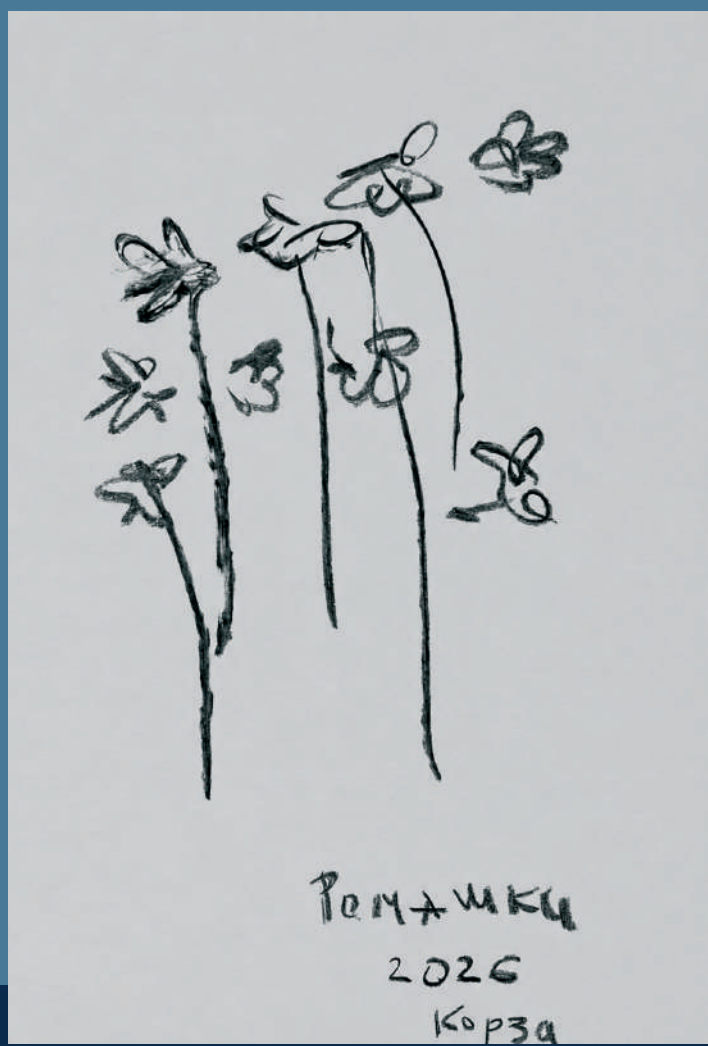


- Психотерапия
- Психиатрия и наркология
- Медицинская психология
- Психофизиология
- Юридическая психология и психология безопасности личности

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

Вестник ПСИХОТЕРАПИИ

№99



2026

Bulletin of Psychotherapy



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

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б. Д. Карвасарского: образовательные и научно- практические проекты

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б. Д. Карвасарского осуществляет образовательную и научно-практическую деятельность в области клинической психотерапии и медицинской психологии. Образовательные программы реализуются в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМО) с начислением кредитных баллов.

Спецкурс «Школа клинической психотерапии Равиля Назырова»:

- двухгодичная авторская программа (1376 учебных часов, 38 зачётных единиц);
- системное освоение фундаментальных подходов Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии;
- формирование устойчивых компетенций для проведения психотерапии у пациентов различных клинических групп;
- индивидуальная образовательная траектория с элементами наставничества, супервизии, интервизии и личной психотерапии;
- включение в профессиональное сообщество («высокоуровневая профессиональная семья») с возможностью трудоустройства по окончании обучения.

Программы профессиональной переподготовки:

- психотерапия (для врачей);
- клиническая (медицинская) психология (для психологов и врачей);
- психология (базовый курс).

Программы повышения квалификации:

- клиническая психотерапия в лечении и реабилитации пациентов с психическими расстройствами и зависимостями;
- клиническая психотерапия отдельных клинических групп (невротические расстройства, соматические и психосоматические заболевания, расстройства пищевого поведения, сексуальные дисфункции, психические расстройства детского возраста);
- клиническая кризисная психотерапия, в том числе для работы с участниками СВО и членами их семей;
- многоступенчатые программы по клинической когнитивно-поведенческой психотерапии, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, клиническому гипнозу, клинической семейно-супружеской и групповой психотерапии.

Обучение строится на принципах андрагогики и включает практическую подготовку на клинических базах, супервизию и интервизию. Выпускники получают документы государственного образца, дающие право на ведение профессиональной деятельности.

Институт проводит научные конференции в рамках системы НМО.

Подробная информация представлена на официальном сайте: <https://ipmp-spb.ru>

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



На 1 странице обложки журнала
«Вестник психотерапии» № 99
использован фрагмент
художественной работы
Лилии Ивановны Коростелевой
«Ромашки». Ватман 30х50, уголь.

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

№ 99
2026

Научный рецензируемый журнал

Издается ежеквартально с 1991 г.

Учредитель

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никитина» 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.ppressa-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. Никитина МЧС России <http://www.nrcerm.ru>

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

Подписано в печать: 23.09.2026
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: 30.09.2026
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

- Афанасенко И.В., Дубинина Е.А., Александрова О.В.
Особенности личности и отношения к аддикции у пациентов, зависимых от синтетических катинонов 6
- Ермакова Н.Г., Чанг ТхиМинь Нгуен, Неберекутина Э.А.
Психологические особенности студентов первого курса с разным уровнем адаптации и успеваемости 16
- Зарубина Н.В., Цыганков Б.Д., Артемьева М.С.
Психотерапевтическая тактика лечения аффективных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом 26
- Крылатова Е.В., Селиверстова Н.А.
Динамика психического состояния у пациентов с тревожно-депрессивными проявлениями в процессе немедикаментозной коррекции 38
- Кубекова А.С.
Техники когнитивно-поведенческой терапии повышения приверженности для больных гипертонической болезнью 48
- Малыгин Я.В., Кузнецова Ю.С., Зевайкина Е.А., Дегтерев Д.А., Быкова С.В., Малыгин В.Л.
Адаптация и валидизация русскоязычной версии опросника «Тест приверженности безглютеновой диете при целиакии» 58
- Невинная Е.Д., Вагайцева М.В., Ипатова К.А.
Влияние онкологического заболевания на эмоциональное состояние пациента: субъективная оценка сопровождающих родственников 70
- Плужник М.С., Филиппова Е.О., Левич С.Н., Марченко Л.О., Евдокимов В.И., Хасанова Е.В.
Влияние продолжительности профессиональной деятельности, связанной с витальной угрозой, на развитие нарушений психической адаптации военнослужащих 79
- Сумина Н.Е., Мочалова А.А.
Роль танцевально-двигательной терапии в процессе психологического сопровождения лиц с нарушением мозгового кровообращения 91
- Тукаев Р.Д.
К системному психотерапевтическому анализу феномена суггестивности 101
- Языков К.Г., Стаценко Ф.А.
Диссимметрия сенсомоторных и нейрокогнитивных функций в условиях билингвизма 117

Дискуссионный клуб

- Волошина Т.М.
Разработка адаптивной интеллектуальной системы на базе искусственного интеллекта для поддержки детей с расстройствами аутистического спектра 126
- Сафонова Н.Ю., Трещевская А.А., Ляшковская С.В., Семенова С.В.
Преморбидный профиль и посттравматическое стрессовое расстройство: систематизация личностных, соматических и демографических предикторов 132

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)

Караваяева 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 99
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 23.09.2026

Format 60×84/8

Conventional sheets 14,25

No. of printed copies 500

Publication date 30.09.2026

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

- Afanasenkov I.V., Dubinina E.A., Aleksandrova O.V.*
Personality traits and attitudes towards addiction in patients
dependent on synthetic cathinones 6
- Ermakova N.G., Nguyen Thi Minh Trang, Neberektina E.A.*
Psychological characteristics of first-year students with
different levels of adaptation and academic performance. 16
- Zarubina N.V., Tsygankov B.D., Artemieva M.S.*
Psychotherapeutic tactics for treating affective disorders
in patients with multiple sclerosis. 26
- Krylatova E.V., Seliverstova N.A.*
Dynamics of mental state in patients with anxiety
and depression symptoms during non-pharmacological
correction using the ASFC method 38
- Kubekova A.S.*
Cognitive behavioral therapy techniques to improve
adherence to therapy in patients with hypertension 48
- Malygin YA.V., Kuznetsova YU.S., Zevaikina E.A.,
Degterev D.A., Bykova S.V., Malygin V.L.*
Adaptation and validation of the Russian version
of the questionnaire "Celiac Diet Adherence Test" 58
- Nevinnaya E.D., Vagaytseva M.V., Ipatova K.A.*
Emotional state in patients with cancer: subjective
assessment by accompanying relatives. 70
- Pluzhnik M.S., Filippova E.O., Levich S.N., Marchenko L.O.,
Evdokimov V.I., Khasanova E.V.*
The impact of the duration of professional activities
associated with a vital threat on the development of mental
adaptation disorders in military personnel 79
- Sumina N.E., Mochalova A.A.*
The role of dance movement therapy in the process
of psychological support of people who have suffered
a stroke 91
- Tukaev R.D.*
Towards a systemic psychotherapeutic analysis
of the phenomenon of suggestibility 101
- Yazykov K.G., Statsenko F.A.*
Dissymmetry of sensorimotor and neurocognitive
functions in bilingualism 117

Discussion club

- Voloshina T.M.*
Development of an adaptive intelligent system based
on artificial intelligence for supporting children with autism
spectrum disorders 126
- Safonova N.Yu., Treshhevskaya A.A., Lyashkovskaya S.V.,
Semenova S.V.*
Premorbid predictors of post-traumatic stress disorder:
a systematic review of personality, somatic,
and demographic factors 132

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!

С радостью представляем вашему вниманию новый, 99-й, номер нашего научного рецензируемого журнала «Вестник психотерапии». В него включены публикации результатов научных исследований по различным аспектам психотерапии и другим научным дисциплинам в области охраны психического здоровья, а также материалы дискуссионного раздела. Публикации текущего выпуска охватывают широкий спектр актуальных тем, отражающих научные достижения и практические находки в области психотерапии.

Психотерапевтическая тематика номера позволяет увидеть передний край науки в современной психотерапии пациентов различных клинических групп. В этом номере представлены статьи Н.В. Зарубиной, Б.Д. Цыганкова, М.С. Артемьева о тактике психотерапевтического лечения аффективных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом; А.С. Кубековой о техниках когнитивной психотерапии при гипертонической болезни; Н.Е. Суминой и А.А. Мочаловой о танцевально-двигательной психотерапии для сопровождения пациентов с нарушением мозгового кровообращения; Е.В. Крылатовой и Н.А. Селиверстовой о динамике психического состояния у пациентов с тревожно-депрессивными проявлениями в процессе немедикаментозной коррекции; а также системный взгляд на феномен суггестивности от Р.Д. Тукаева.

Медико-психологические аспекты личностно-психологического функционирования рассматриваются в статье И.В. Афанасенко, Е.А. Дубининой и О.В. Александровой, в которой речь идёт об особенностях личности и отношении к аддикции у зависимых от синтетических катинонов; в работе Н.Г. Ермаковой, Чанг ТхиМинь Нгуен и Э.А. Неберекутиной, где рассматриваются психологические особенности студентов первого курса с разным уровнем адаптации и успеваемости; в публикации К.Г. Языкова и Ф.А. Стаценко о диссимметрии сенсомоторных и нейрокогнитивных функций в условиях билингвизма. Эти исследования подчёркивают значение личностных характеристик для повышения эффективности психотерапии, психопрофилактических и коррекционных программ.

Новые возможности для психологического сопровождения пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, вносит группа авторов (Я.В. Малыгин, Ю.С. Кузнецова, Е.А. Зевайкина, Д.А. Дегтерев, С.В. Быкова, В.Л. Малыгин), адаптировавшая и валидизировавшая русскоязычную версию «Теста приверженности безглютеновой диете при целиакии».

Работа Е.Д. Невинной и соавторов вносит вклад в помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, определяя их состояние через субъективную оценку сопровождающих родственников. Исследование М.С. Плужника и коллег изучает влияние продолжительности профессиональной деятельности, связанной с витальной угрозой, на психическую адаптацию военнослужащих.

В рубрике «Дискуссионный клуб» представлены работа Т.М. Волошиной, посвящённая созданию интеллектуальной системы для поддержки детей с расстройствами аутистического спектра, и систематизация преморбидных факторов посттравматического стрессового расстройства в исследовании Н.Ю. Сафоновой и коллег.

Таким образом, текущий номер «Вестника психотерапии» предлагает актуальный взгляд на современную психотерапию, медицинскую психологию и другие науки в области психического здоровья, представляя мнения авторов. Надеемся, что эти материалы будут полезны практикующим специалистам и исследователям.

Редакция желает потенциальным авторам реализации творческих замыслов, воплощённых в публикациях результатов научных исследований в области психотерапии и научных специальностей в таких разделах нашего журнала, как «Психиатрия и наркология», «Медицинская психология», «Психофизиология», «Юридическая психология и психология безопасности личности».

Присоединяйтесь к коллективу авторов «Вестника психотерапии», господа!



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

И.В. Афанасенко¹, Е.А. Дубинина^{2,3}, О.В. Александрова⁴

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К АДДИКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ЗАВИСИМЫХ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ

¹ Гатчинская клиническая межрайонная больница, поликлиника «Аэродром»
(Россия, Ленинградская обл., Гатчина, б-р Авиаторов, д. 4);

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

³ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);

⁴ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6)

Актуальность. Несмотря на высокую распространённость зависимости от синтетических катинонов (СК), её клинико-психологический аспект изучен недостаточно. Остаётся открытым вопрос о глубине и характере личностных аномалий при данном виде аддикции, связи личностных характеристик с отношением к заболеванию и реабилитации.

Цель исследования: определить особенности личности зависимых от СК, находящихся на этапе реабилитации, в связи с особенностями их отношения к зависимости.

Материал и методы исследования. Обследован 31 пациент с диагностированной зависимостью от СК на этапе реабилитации. Контрольную группу составил 31 условно здоровый респондент. Использовались такие психологические методы как интервью, опросник Big Five Inventory-2 и незаконченные предложения, касающиеся отношения к зависимости.

Результаты исследования и их обсуждение. Было выявлено, что пациенты, зависимые от СК, отличаются низкой ответственностью ($M = 3,25$ и $4,00$; $p < 0,001$) и высокой эмоциональной неустойчивостью ($M = 3,50$ и $2,75$; $p = 0,001$). По результатам сравнения личностных характеристик у пациентов с разными установками в отношении зависимости было обнаружено, что сосредоточенность на положительных эмоциях от наркотика и неготовность к преодолению тяги при её формальном признании в большей мере характерна для пациентов с чертами негативной эмоциональности, интровертированности и низкой ответственности.

Вывод. Пациенты, зависимые от СК, отличаются низкой ответственностью и высокой эмоциональной неустойчивостью. Негативная эмоциональность, интровертированность и низкая ответственность сопряжены с установками, препятствующими реабилитации.

Ключевые слова: синтетические катиноны, зависимость, личность, реабилитация.

Афанасенко Иван Владимирович – мед. психолог, пол-ка «Аэродром», подразделение Гатчинской клинич. межрайонной б-цы, (Россия, 188309, Ленинградская обл., Гатчина, б-р Авиаторов, д. 4), e-mail: andeist@yandex.ru;

✉ Дубинина Елена Александровна – канд. психол. наук доц., 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); науч. сотр. Нац. мед. исслед. центра психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: dubininaelena@herzen.spb.ru;

Александрова Ольга Викторовна – канд. психол. наук, ст. преподаватель каф. психологии кризисных и экстремальных ситуаций, С-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6), e-mail: al-ov@bk.ru.

Введение

С начала XXI века синтетические катиноны (СК) начали входить на рынок нелегальных рекреационных препаратов, получив впоследствии высокое распространение по всему миру. Одной из причин этого стала их относительная доступность для потребителей. Типичными эффектами СК являются стимуляция, эйфория, галлюцинации, повышение эмпатии. В качестве наиболее часто используемых в рекреационных целях СК указывают мефедрон (4-метилметкатинон), MDPV (3,4-метилендиоксипировалерон), метилон (3,4-метилендиокси-N-метилкатинон), α -PVP (α -пирролидиновалерофенон) [7, 12].

Несмотря на высокую распространённость зависимости от СК, её клинико-психологический аспект изучен лишь в единичных работах, их результаты не позволяют сформировать целостное представление о значении психологических факторов в развитии и динамике зависимости на её разных этапах [1–4, 6, 8]. Остаётся открытым вопрос о глубине и характере личностных аномалий при данном виде аддикции, связи личностных характеристик с отношением к заболеванию и реабилитации, что существенно в аспекте прогноза ремиссии. Решение этого вопроса позволило бы обосновать направления профилактики, уточнить подходы к психотерапии и реабилитации.

Целью настоящего исследования являлось определение особенностей личности зависимых от СК, находящихся на этапе реабилитации, в связи со спецификой их отношения к зависимости.

Материалы и методы

В исследовании принял участие 31 пациент (19 мужчин, 12 женщин) с зависимостью от СК (F15.2). Все респонденты проходили реабилитацию на базе наркологического отделения восстановительного лечения № 3 СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница».

Критерии включения в клиническую группу: прохождение лечения от наркотической зависимости на этапе реабилитации; вещество из группы СК как основной нар-

котик; возраст от 18 до 44 лет; отсутствие грубых нарушений когнитивной сферы; информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Контрольную группу составили лица ($n = 31$, 17 мужчин, 14 женщин), добровольно изъявившие желание принять участие в исследовании, по данным опроса, не имеющие наркологических и психиатрических диагнозов, не имеющие опыт употребления психоактивных веществ, обращения за психиатрической и наркологической помощью. Привлечение к исследованию контрольной группы осуществлялось дистанционно через сеть Интернет. Группа сопоставима по полу и возрасту.

Критерии включения в контрольную группу: возраст от 18 до 44 лет; информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Критерии невключения: наличие наркологического/психиатрического диагноза, опыта употребления запрещённых психоактивных веществ.

Основные клинические и социально-демографические характеристики пациентов представлены в таблице 1.

Инструменты исследования

Сбор социально-демографической и клинической информации осуществлялся посредством интервью.

Для изучения личности респондентов из клинической и контрольной групп использовалась русскоязычная адаптация методики Big Five Inventory-2 [5].

Модель Big Five – наиболее популярная и влиятельная диспозиционная модель личности, рассматривающая личность как совокупность пяти базовых черт. Отличительной особенностью опросника является подразделение каждой из пяти черт также на три аспекта, что позволяет получить углублённую характеристику личности обследуемого. Шкалы опросника, соответствующие пятифакторной модели:

- 1) экстраверсия (аспекты: общительность, настойчивость, энергичность),
- 2) доброжелательность (сочувствие, уважительность, доверие),

Таблица 1

**Социально-демографические и клинические характеристики пациентов,
зависимых от синтетических катинонов (по данным самоотчётов)**

Параметры	Частота	Проценты
Социально-демографические характеристики		
Пол		
Мужской	19	61 %
Женский	12	39 %
Уровень образования		
Неоконченное среднее образование	6	19,2 %
Среднее образование	10	32 %
Среднее специальное образование	15	48 %
Трудовая занятость		
Нет	21	68 %
Есть	10	32 %
Семейное положение		
Холост(ая)	20	65 %
Постоянные отношения	5	16 %
В официальном браке	5	16 %
В разводе	1	3,2 %
Клинические характеристики		
Основное употребляемое вещество		
α-PVP	14	45 %
Мефедрон	7	23 %
Недифференцированно	10	32 %
Способ употребления		
Через нос или другие слизистые	6	19 %
Курение	18	58 %
Внутривенно	7	23 %
Использование приспособлений для употребления за кем-то		
Да	7	23 %
Нет	24	77 %
Параметр	Me	IQR
Стаж употребления (годы)	3,5	3
Количество дополнительных регулярно потребляемых веществ	1	3
Длительность последнего периода воздержания (дни)	30	166
Количество пройденных курсов лечения	1	2
Количество попыток бросить употребление самостоятельно	5	6

3) добросовестность (организованность, продуктивность, ответственность),

4) негативная эмоциональность (тревожность, депрессивность, эмоциональная изменчивость),

5) открытость опыту (эстетичность, любознательность, творческое воображение).

Для изучения особенностей отношения к зависимости в клинической группе применялся метод незаконченных предложений.

Пациентам предлагалось завершить следующие предложения:

1. «Для меня наркотик – это...»
2. «Бросить употребление наркотика...»
3. «Когда я хочу употребить наркотик...»
4. «Мне нужен наркотик...»

Особенности отношения к зависимости определялись на основе контент-анализа ответов. Ответы пациентов подвергались качественному анализу и объединялись в группы в соответствии с ключевым содержанием с последующей оценкой представленности ответов разных типов.

Методы статистической обработки

Обработка полученных данных проводилась посредством программного пакета IBM SPSS Statistics 26. Нормальность распределения в клинической и контрольной группах проверялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Анализ различий в группах и подгруппах осуществлялся с применением критериев U Манна-Уитни при сравнении двух групп и Краскала-Уоллиса при сравнении трёх групп. Для всех показателей рассчитывались медиана (Me) и межквартильный размах (IQR). Межгрупповые различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их анализ

Результаты сравнительного анализа личностных особенностей клинической и контрольной групп

В таблице 2 представлены результаты сравнения показателей по Big Five Inventory-2 между клинической и контрольной группами.

Как следует из таблицы 2, выявлены значимые различия по двум шкалам – ответственности и эмоциональной изменчивости. Так, пациенты, зависимые от СК, склонны к нарушению обязательств и избеганию ответственности, при этом характеризуются эмоциональной лабильностью и реактивностью. Значимых различий по другим шкалам выявлено не было.

Отношение пациентов к зависимости по результатам применения «Незаконченных предложений»

Обследуемые различным образом отвечали на каждое из незаконченных предложений. На основании качественного анализа ответов были выделены группы, отражающие определённые тенденции в отношении к наркотикам, зависимости и реабилитации.

Варианты завершения предложения «Для меня наркотик – это...» были разделены на три группы по их характеру на «Позитивные» (по отношению к наркотикам), «Нейтральные» и «Негативные». Примеры «Позитивных» ответов: «выход/решение», «то, в чём я – это я», «смысл жизни». Примеры «Негативных» ответов: «проблема», «яд», «зло». Примеры «Нейтральных» ответов: «допинг», «жизнь, которая будет в прошлом», «по-разному».

Варианты завершения предложения «Бросить употребление наркотика...» были разделены на три группы по характеру заложенных в них установок на «Конструктивные» (по отношению к жизни больного), «Нейтральные» и «Деструктивные». Примеры «Конструктивных» ответов: «необходимо», «жить счастливо», «навсегда». Примеры «Деструктивных» ответов: «пытка», «это тошно», «не хочу». Примеры «Нейтральных» ответов: «удаётся каждому, кому-то даже при жизни», «остаться наедине с собой».

Варианты завершения предложения «Когда я хочу употребить наркотик...» были разделены на три группы по принципу отношения к влечению: «Подчинение» ему или «Соппротивление», а также категорию «Другое». Примеры «Подчинения влечению»: «употребляю», «сделаю всё, чтобы его найти», «я делаю это». Примеры «Соппротивления влечению»: «звоню доверенному лицу» (термин, обозначающий помощника в 12-шаговой программе), «раньше я бы пошёл и употреблял, а сейчас нет, я не хочу и не буду», «я пытаюсь отвлечься». Примеры в категории «Другое»: «возбуждение», «когда мне плохо», «все мысли только об этом».

Варианты завершения предложения «Мне нужен наркотик...» были разделены на две группы по отношению к потребности в нар-

Таблица 2

**Результаты анализа различий клинической и контрольной групп
по методике Big Five Inventory-2**

Параметры	Зависимые от СК		Контрольная группа		Значимость различий по U-критерию Манна-Уитни (p)
	Me	IQR	Me	IQR	
Экстраверсия	3,17	1,09	3,00	1,41	0,303
Общительность	3,50	1,25	2,75	1,75	0,064
Настойчивость	2,75	1,25	2,75	2,00	0,385
Энергичность	3,50	1,25	2,75	2,00	0,201
Доброжелательность	3,50	1,00	3,41	0,92	0,390
Сочувствие	3,50	1,25	3,75	1,00	0,547
Уважительность	3,75	1,25	3,75	1,00	0,728
Доверие	3,00	1,00	2,50	1,25	0,055
Добросовестность	2,92	0,92	3,25	0,92	0,087
Организованность	2,75	1,50	3,25	1,50	0,130
Продуктивность	3,00	1,50	3,00	0,75	0,697
Ответственность	3,25	1,00	4,00	1,50	0,001
Негативная эмоциональность	3,50	1,25	2,92	1,67	0,352
Тревожность	3,25	2,00	3,00	1,50	0,949
Депрессивность	2,75	1,25	3,50	1,50	0,199
Эмоциональная изменчивость	3,50	1,50	2,75	1,75	0,001
Открытость опыту	3,42	0,66	3,75	1,24	0,139
Любознательность	3,25	1,25	3,50	1,50	0,311
Эстетичность	3,75	1,25	4,25	1,75	0,110
Творческое воображение	3,50	1,25	3,75	1,25	0,854

котике как «Признание тяги» и «Протест против» неё. Примеры «Признания тяги»: «очень», «и не важно как, где, каким путём», «потому что я не умею проживать свои чувства». Примеры «Протеста против тяги»: «чтобы получать удовольствие от жизни, но сейчас надо учиться жить без них», «сейчас нет», «никогда».

В целом, пациенты склонны фокусировать внимание на субъективно позитивных аспектах наркотика. Большинство признают необходимость отказа от наркотика, однако общее отношение к патологической потребности скорее пассивное. Таким образом, пациенты характеризуются недостаточностью критичности к ситуации зависимости, пассивно относятся к своей патологической потребности, но реагируют на сам факт тяги весьма вариативно.

*Результаты сравнительного анализа
различных подгрупп зависимых,
основанных на ответах на
незаконченные предложения*

Мы предположили, что пациенты, по-разному относящиеся к наркотику, имеют различные личностные черты. Результаты сопоставления особенностей личности пациентов с категориями их ответов на незаконченные предложения представлены в таблице 3.

Как следует из таблицы 3, пациенты, склонные к отрицательным переживаниям с чертами пассивности, нерешительности, интровертированности в большей мере сфокусированы на позитивных аспектах переживаний, связанных с употреблением наркотика, чаще признают неготовность или субъективную невозможность отказаться от наркотика. Для пациентов с более низким

Таблица 3

**Значимые различия личностных характеристик аддиктов
с разным отношением к зависимости**

Для меня «наркотик» – это...							
Параметры	Негативный ответ (n = 8)		Нейтральный ответ (n = 5)		Позитивный ответ (n = 18)		Значимость по критерию Краскала-Уоллиса
	Me	IQR	Me	IQR	Me	IQR	
Экстраверсия	3,67	0,79	3,83	0,88	3,00	1,20	0,025
Настойчивость	3,25	1,50	4,00	1,37	2,38	1,31	0,029
Негативная эмоциональность	3,00	1,05	3,17	1,42	3,67	0,81	0,047
Тревожность	2,75	1,87	2,25	1,62	3,88	1,75	0,045
Депрессивность	2,50	1,38	3,50	1,50	3,25	1,06	0,043
Бросить употребление наркотика...							
Параметры	Конструктивная установка (n = 17)		Нейтральная установка (n = 6)		Деструктивная установка (n = 8)		Значимость по критерию Краскала-Уоллиса
	Me	IQR	Me	IQR	Me	IQR	
Экстраверсия	3,67	0,79	2,59	1,08	3,00	1,21	0,045
Настойчивость	3,25	1,50	2,63	1,44	2,13	1,06	0,017
Творческое воображение	3,75	1,25	3,88	0,94	3,00	1,00	0,020
Когда я хочу употребить наркотик... ¹							
Параметры	Подчинение влечению (n = 12)		Нейтральное описание ситуации влечения (n = 7)		Сопротивление влечению (n = 11)		Значимость по критерию Краскала-Уоллиса
	Me	IQR	Me	IQR	Me	IQR	
Продуктивность	2,25	1,13	4,00	1,00	3,25	1,25	0,017
Мне нужен наркотик... ²							
Параметры	Признание тяги (n = 21)		Протест против тяги (n = 9)				Значимость по U-критерию Манна-Уитни
	Me	IQR	Me	IQR			
Добросовестность	2,75	1,17	3,58	0,79			0,001
Организованность	2,25	1,00	4,00	1,37			0,001
Продуктивность	2,50	1,62	3,50	0,63			0,028
Негативная эмоциональность	3,58	1,24	2,83	1,04			0,025
Депрессивность	3,25	1,50	2,75	1,13			0,032

Примечание: 1 и 2 – один человек не вошёл ни в одну подгруппу.

уровнем добросовестности и склонностью к негативным эмоциям более характерно формальное признание тяги без активного стремления к её преодолению.

Таким образом, потенциально наиболее сложные в плане терапии пациенты могут быть охарактеризованы как склонные к негативным эмоциям, интровертированные, с пониженным уровнем обязательности и дисциплинированности.

Заключение

Настоящее исследование было направлено на оценку личностных черт пациентов, зависимых от СК, в связи с особенностями их отношения к зависимости. СК – относительно новый вид наркотиков, популярный в молодёжной среде. Данные о личностных особенностях таких пациентов ограничены, а вместе с тем они важны в контексте задач профилактики, лечения и реабилитации.

Известно, что зависимость от психоактивных веществ сопряжена с комплексом личностных характеристик, в том числе акцентуированных и аномальных. При этом выделяют личностные предпосылки зависимости (в частности, импульсивность, потребность в ярких впечатлениях, антисоциальность, нейротизм, интровертированность, небезопасный стиль привязанности), а также личностные изменения на фоне формирующейся и уже сформировавшейся зависимости [9–11, 13].

В настоящем исследовании было установлено, что пациенты, зависимые от СК, на этапе реабилитации отличаются от условно здоровых лиц сниженной ответственностью и эмоциональной неустойчивостью. В целом, полученные результаты согласуются с данными других исследователей [1–4, 6, 8], но в то же время свидетельствуют о более мягких проявлениях личностной дисфункции, что, возможно, отражает особенности обследованного контингента (участники реабилитационной программы), а также использованного инструментария (самоотчёты). Так, в настоящем исследовании не было установлено повышенной выраженности черт интровертированности либо, напротив, открытости, шизоидности, враждебности, отмечаемых другими авторами [2, 4, 8]. Полученные данные обозначают такие сферы как эмоциональная саморегуляция и отношение к договорённостям в качестве терапевтических «мишеней».

К новым можно отнести полученные в настоящем исследовании данные об особенностях установок пациентов в отношении зависимости и их взаимосвязи с личностными характеристиками. Прежде всего, было установлено, что даже на этапе реабилитации при формальном признании необходимости бороться с зависимостью большинство пациентов фокусируют внимание на позитивных

аспектах наркотика, а позиция по отношению к зависимости носит преимущественно пассивный характер.

Анализ взаимосвязи между характеристиками отношения к зависимости и чертами личности показал, что для потенциально наиболее проблематичных в плане реабилитации пациентов свойственны большая негативная эмоциональность, низкая обязательность, согласующиеся с существенными характеристиками личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса, а также интровертированность, которую можно рассматривать как специфический маркер риска. На повышенную склонность к интроверсии у пациентов с зависимостью от СК указывает ряд исследователей [4, 8], в работе Cohen et al. [8] отмечается также повышенная представленность шизотипии. Несмотря на то, что в настоящем исследовании пациенты не отличались по уровню интровертированности, полученные результаты свидетельствуют о значимости этого фактора как маркера тяжести личностных препятствий для преодоления зависимости от СК.

Выводы

Пациенты, зависимые от СК, отличаются сниженной ответственностью, повышенной эмоциональной неустойчивостью, склонны фокусироваться на позитивных переживаниях, связанных с зависимостью, признают наличие тяги к наркотику, однако демонстрируют преимущественно пассивную позицию в отношении её преодоления. Сосредоточенность на положительных эмоциях от наркотика и неготовность к преодолению тяги при её формальном признании в большей мере характерна для пациентов с чертами негативной эмоциональности, интровертированности и низкой ответственности.

Литература

1. Грановская Е.А. Фактор эмоционального неприятия заболевания у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2024. Т. 14. Вып. 2. С. 320–330. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2024.208>
2. Грановской Е.А. Взаимосвязь социодемографических, клинических и психологических характеристик с анозогнозией у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов (на примере субшкалы «Непризнание заболевания») // Неврологический вестник. 2025. Т. 57, № 1. С. 27–33. DOI: 10.17816/nb635323.
3. Игумнов С.А., Гуткевич Е.В., Лапанов П.С., Шахова С.М. Сравнительный анализ личностных черт и механизмов копинг-поведения у потребителей синтетических катинонов и пациентов с невротическими и соматоформными расстройствами // Медицинский журнал. 2020. № 4. С. 59–63.
4. Игумнов С.А., Шахова С.М. Патопсихологический профиль пациентов с зависимостью от синтетических катинонов // Социальная и клиническая психиатрия 2021. Т. 31, № 3. С. 27–31.
5. Калутин А.Ю., Щебетенко С.А., Мишкевич А.М., [и др.]. Психометрика русскоязычной версии Big Five Inventory-2 // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2021. Т. 18, № 1. С. 7–33.
6. Марков А.В., Курасов Е.С., Баурова Н.Н., Колодин С.Н. Индивидуально-личностные особенности пациентов, принимавших синтетические катиноны, на этапе становления ремиссии // Вестник психотерапии. 2022. № 85. С. 70–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-70-80.
7. Chen S, Zhou W, Lai M. Synthetic Cathinones: Epidemiology, Toxicity, Potential for Abuse, and Current Public Health Perspective // Brain Sci. 2024. Vol. 14, N 4. P. 334. DOI: 10.3390/brainsci14040334.
8. Cohen K., Rosenzweig S., Rosca P., [et al.]. Personality traits and psychotic proneness among chronic synthetic cannabinoid users // Front Psychiatry. 2020. Vol. 11. P. 355. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00355.
9. Davies J.N., Seth C.H., Joseph M.B. The roles of extraversion and neuroticism in the relationship between childhood adversity and adolescent substance misuse // Personality and mental health. 2024. Vol. 18, N 6. Pp. 238–247. DOI:10.1002/pmh.1611.
10. Efrati Y., Kraus S.W., Kaplan G. Common features in compulsive sexual behavior, substance use disorders, personality, temperament, and attachment – a narrative review // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021. Vol. 19, N 1. P. 296. DOI: 10.3390/ijerph19010296.
11. Juchem C.M., Bendau A., Bandurski L.C., [et al.]. Personality changes related to presence and treatment of substance use (disorders): a systematic review // Psychological Medicine. 2024. Vol. 54, N 9. P. 1905–1929. DOI: 10.1017/S003329172400093X.
12. Soares J., Costa V.M., Bastos M.d.L., [et al.]. An updated review on synthetic cathinones // Arch Toxicol. 2021. Vol. 95, N. 9. Pp. 2895–2940. DOI: 10.1007/s00204-021-03083-3.
13. Yang J.Y., Kim M., Sohn A. Predictors of self-assessed likelihood of future drug use among Korean adults: the role of health beliefs and personality traits // BMC Public Health. 2025. Vol. 25, N 1. P. 1315. DOI: 10.1186/s12889-025-22289-z.

Получена 11.03.2026

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

Участие авторов: И.В. Афанасенко – сбор и анализ эмпирических данных, математико-статистический анализ, подготовка разделов рукописи статьи; Е.А. Дубинина – общее руководство научным исследованием, общая редакция текста; О.В. Александрова – координирование научно-исследовательского проекта, научная редакция и проверка критического содержания статьи.

Для цитирования. Афанасенко И.В., Дубинина Е.А., Александрова О.В. Особенности личности и отношения к аддикции у пациентов, зависимых от синтетических катинонов // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 6–15. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-06-15.

I.V. Afanasenko¹, E.A. Dubinina^{2, 3}, O.V. Aleksandrova⁴

Personality Traits and Attitudes Towards Addiction in Patients Dependent on Synthetic Cathinones

¹ Gatchina Clinical Interdistrict Hospital, «Aerodrome» Polyclinic
(4, Aviatorov Boulevard, Gatchina, Leningrad Oblast, Russia);

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

³ V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology
(3, Bekhterev Str., St. Petersburg, Russia);

⁴ Saint Petersburg State University (6, Makarova Emb., St. Petersburg, Russia)

Ivan Vladimirovich Afanasenko – med. psychologist, «Aerodrome» Polyclinic, Gatchina Clinical Interdistrict Hospital (4, Aviatorov Boulevard, Gatchina, Leningrad Oblast, 188309, Russia), ORCID ID 0009-0003-9999-6919, e-mail: andeist@yandex.ru;

✉ Elena Aleksandrovna Dubinina – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., Associate Prof. of the Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance, Herzen State University (48, River Moika Emb., St. Petersburg, Russia); Research Associate, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology (3, Bekhterev Str., St. Petersburg, 192019, Russia), ORCID ID 0000-0003-1740-6659, e-mail: dubininaelena@ Herzen.spb.ru;

Olga Viktorovna Aleksandrova – PhD Psychol. Sci., Senior Lecturer of the Department of the Psychology of Crisis and Extreme Situations, Saint Petersburg State University (6, Makarova Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), ORCID ID 0000-0003-3034-1298, e-mail: al-ov@bk.ru.

Abstract

Relevance. Despite the high prevalence of synthetic cathinones (SC) dependence, its clinical and psychological aspects remain insufficiently studied. The depth and nature of personality abnormalities associated with this type of addiction, as well as the relationship between personality characteristics and attitudes toward the disorder and rehabilitation, remain unclear.

Objective. To identify personality characteristics of patients with synthetic cathinone dependence undergoing rehabilitation and examine their relationship with attitudes toward addiction.

Material and methods. The study included 31 patients diagnosed with synthetic cathinone dependence who were undergoing rehabilitation. The control group consisted of 31 healthy respondents. The psychological assessment included an interview, the Big Five Inventory-2 (BFI-2), and a sentence completion task addressing attitudes toward addiction.

Results of the study and discussion. It was revealed that patients dependent on SC are characterized by low responsibility ($Me = 3.25$ and 4.00 ; $p < 0.001$) and high emotional instability ($Me = 3.50$ and 2.75 ; $p = 0.001$). A comparison of personality characteristics in patients with different addiction attitudes revealed that a focus on positive emotions from the drug and an unwillingness to overcome cravings, even if formally acknowledged, are more characteristic of patients with negative emotionality, introversion, and low responsibility.

Conclusion. Patients with synthetic cathinone dependence are characterized by low responsibility and high emotional instability. Negative emotionality, introversion, and low responsibility are associated with attitudes that may impede the rehabilitation process.

Keywords: synthetic cathinones, addiction, personality, rehabilitation.

References

1. Granovskaya E.A. Faktor emotsional'nogo neprinyatiya zabolevaniya u patsientov s zavisimost'yu ot sinteticheskikh katinonov [The factor of emotional non-acceptance of the illness in patients with dependence on synthetic cathinones]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya* [Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology]. 2024; 14(2): 320–330. DOI: 10.21638/spbu16.2024.208. (In Russ.)
2. Granovskaya E.A. Vzaimosvyaz' sociodemograficheskikh, klinicheskikh i psichologicheskikh harakteristik s anosognoziei u pacientov s zavisimost'yu ot sinteticheskikh katinonov (na primere subshkaly „Nepriзнание zabolevaniya“) [Correlation between socio-demographic, clinical, and psychological characteristics and anosognosia in patients with synthetic cathinone dependence based on the “Denial of Illness” subscale assessment results]. *Nevrologicheskij vestnik* [Neurological Bulletin]. 2025; 57(1): 27–33. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb635323> (In Russ.)

3. Igumnov S.A., Gutkevich E.V., Lapanov P.S., Shakhova S.M. Sravnitel'nyy analiz lichnostnykh chert i mekhanizmov koping-povedeniya u potrebiteley sinteticheskikh kationov i patsientov s nevroticheskimi i somatoformnymi rasstroystvami [Comparative analysis of personality traits and coping mechanisms in synthetic cathinone users and patients with neurotic and somatoform disorders]. *Meditinskiy zhurnal* [Medical Journal]. 2020; (4): 59–63. (In Russ.)
4. Igumnov S.A., Shakhova S.M. Patopsikhologicheskiy profil' patsientov s zavisimost'yu ot sinteticheskikh kationonov [Psychopathological profile of patients with synthetic cathinone dependence]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2021; 31(3): 27–31. (In Russ.)
5. Kalugin A.Yu., Shchebetenko S.A., Mishkevich A.M., [et al.]. Psikhometrika russkoyazychnoy versii Big Five Inventory-2 [Psychometrics of the Russian version of the big five Inventory-2]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]. 2021; 18(1): 7–33. (In Russ.)
6. Markov A.V., Kurasov E.S., Baurova N.N., Kolodin S.N. Individual'no-lichnostnye osobennosti patsientov, prinyimavshikh sinteticheskie katinony, na etape stanovleniya remissii [Individual and personal characteristics of patients taking synthetic cathinones at the stage of remission]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2022; (85): 70–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-70-80. (In Russ.)
7. Chen S, Zhou W, Lai M. Synthetic cathinones: epidemiology, toxicity, potential for abuse, and current public health perspective. *Brain Sci.* 2024; 14(4): 334. DOI: 10.3390/brainsci14040334.
8. Cohen K., Rosenzweig S., Rosca P., [et al.]. Personality traits and psychotic proneness among chronic synthetic cannabinoid users. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 355. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00355.
9. Davies J.N., Seth C.H., Joseph M.B. The roles of extraversion and neuroticism in the relationship between childhood adversity and adolescent substance misuse. *Personality and mental health.* 2024; 18(6): 238–247. DOI:10.1002/pmh.1611.
10. Efrati Y., Kraus S.W., Kaplan G. Common features in compulsive sexual behavior, substance use disorders, personality, temperament, and attachment – a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021; 19(1): 296. DOI: 10.3390/ijerph19010296.
11. Juchem C.M., Bendau A., Bandurski L.C. [et al.]. Personality changes related to presence and treatment of substance use (disorders): a systematic review. *Psychological Medicine.* 2024; 54(9): 1905–1929. DOI: 10.1017/S003329172400093X.
12. Soares J., Costa V.M., Bastos M.d.L., [et al.]. An updated review on synthetic cathinones. *Arch Toxicol.* 2021; 95(9): 2895–2940. DOI: 10.1007/s00204-021-03083-3.
13. Yang J.Y., Kim M., Sohn A. Predictors of self-assessed likelihood of future drug use among Korean adults: the role of health beliefs and personality traits. *BMC Public Health.* 2025; 25(1): 1315. DOI: 10.1186/s12889-025-22289-z.

Received 11.03.2026

For citing: Afanasenko I.V., Dubinina E.A., Aleksandrova O.V. Osobennosti lichnosti i otnosheniya k addiktzii u patsientov, zavisimyykh ot sinteticheskikh kationonov. *Vestnik psikhoterapii.* 2026; (99): 6–15. (In Russ.)

Afanasenko I.V., Dubinina E.A., Aleksandrova O.V. Personality traits and attitudes towards addiction in patients dependent on synthetic cathinones. *Bulletin of Psychotherapy.* 2026; (99): 6–15. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-06-15.

Н.Г. Ермакова, Чанг Тхи Минь Нгуен, Э.А. Неберекутина

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА С РАЗНЫМ УРОВНЕМ АДАПТАЦИИ И УСПЕВАЕМОСТИ

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

Актуальность. При переходе от обучения в школе к обучению в вузе у студентов первого курса университета возникают проблемы адаптации как в учебной сфере (новые условия обучения и коммуникации); так и в бытовой сфере (условия проживания и самообслуживания), что нередко приводит к невротическим реакциям на ситуацию, к снижению успеваемости. В связи с этим актуально обозначение проблем и мер по психопрофилактики нарушений адаптации студентов.

Целью исследования является выявление предпосылок нарушения психической адаптации у студентов-первокурсников и апробация программы психологической помощи.

Методология. В исследовании участвовали 224 студента первого курса Университета социального труда города Хошимина (Вьетнам) после первой сессии. Применялись методики, направленные на изучение академической и социально-психологической адаптации, особенностей темперамента и реакции на стресс.

Результаты и их анализ. По шкале «Академическая адаптация студентов» и показателям успеваемости выборка была разделена на три группы сравнения с низким (НПУ), средним (СПУ) и высоким (ВПУ) уровнем академической адаптации и успеваемости. Психологические (мотивационные, познавательные, личностные, коммуникативные) и социально-психологические (интернальность и самопринятие и принятие других) ресурсы адаптации преобладают в группе студентов со средней и высокой успеваемостью. У студентов с низким уровнем успеваемости (НПУ) значимо ниже мотивационные и познавательные, психофизиологические показатели, ниже самопринятие и интернальность; выше ригидность и импульсивность; выше тревога и подавленное настроение, что можно расценить как предпосылки нарушения адаптации. Программа психологической помощи была направлена на обучение совладанию со стрессом, тайм-менеджменту студентов с низкой успеваемостью. По результатам повторного исследования отмечалась позитивная динамика психологических показателей, у 24 (61,5 %) студентов с НПУ улучшились показатели успеваемости, у остальных остались на прежнем уровне.

Заключение. Программа психологической помощи, разработанная в настоящем исследовании, может быть использована для психопрофилактики нарушений адаптации студентов.

Ключевые слова: студенты первого курса, предпосылки нарушения психической адаптации, апробация программы психологической помощи.

✉ Ермакова Наталья Георгиевна – д-р психол. наук доц., проф. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), SPIN-код: 8037-9078; ORCID: 0000-0002-3015-8488; Scopus Author ID: 57216493968; Researcher ID: AAD-1734-2019; e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru;

Чанг Тхи Минь Нгуен – аспирантка 3 курса, каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: nguyenthiminhtrang1095@gmail.com;

Неберекутина Элла Анатольевна – зав. лаб. «Психология здоровья», ассистент каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: ella.neberekutina@gmail.com.

Введение

Профилактика нарушений психической адаптации студентов является важным аспектом психогигиены, в связи с высокими требованиями, предъявляемыми социумом и процессом обучения в вузе, и занимает важное место в работах учёных разных стран [5, 8, 10, 12]. Проблема адаптации рассматривается в теоретических представлениях разных психологических направлений и традиций: в бихевиорально-поведенческой традиции (Д. Уотсон, Э. Торндайк, Б.Ф. Skinner; А. Бандура); психодинамической традиции (З. Фрейд, А. Фрейд, Х. Хартманн); гуманистически-ориентированном направлении (А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Оллпорт) преимущественно с психологических и социально-психологических позиций [4, 7].

Важную роль в адаптации человека к условиям окружающей среды наряду с социально-психологическими факторами играют биологические факторы [1–3, 7]. Психическая адаптация с точки зрения системного подхода, является выражением системной деятельности многих биологических и психологических подсистем. «Результатом функционирования всей системы является состояние психической адаптации, которое обеспечивает деятельность человека на уровне «оперативного покоя», позволяя ему оптимально противостоять различным природным и социальным факторам» [1, с. 23].

Используя структурно-уровневый подход, Ф.Б. Березин выделяет следующие уровни психической адаптации: психофизиологический, психологический и социально-психологический [3]. Назначение психической адаптации по Ф.Б. Березину состоит в том, чтобы «наряду с поддержанием собственн психического гомеостаза обеспечивать оптимизацию постоянного взаимодействия человека с окружением и установление адекватного соответствия между психическими и физиологическими характеристиками» [3].

Проблемы адаптации студентов первого курса нередко приводят к невротическим реакциям и снижению успеваемости, в связи с чем является актуальным проведение

исследования особенностей психической адаптации с позиций системного подхода.

Цель исследования

Изучение особенностей психической адаптации вьетнамских студентов-первокурсников, выявление предпосылок нарушения адаптации, разработка и апробация программы психологической помощи.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 224 студента первого курса Университета социального труда города Хошимина (Вьетнам) в возрасте от 18 до 25 лет ($18,46 \pm 1,90$); из них 167 девушек, 57 юношей. Студенты обучались гуманитарным специальностям по программе бакалавриата. Все они дали информированное согласие на участие в исследовании, которое проводилось в феврале – марте 2024 года после первой сессии.

Методы исследования: структурированное интервью, направленное на выявление трудностей в обучении и организации досуга и быта; методика «Академическая адаптация студентов» [9]; «Расстройство адаптации – новый модуль 20» (Adjustment Disorder New Module 20; ADMN – 20) [11]; «Диагностика социально-психологической адаптации» К. Роджерс, Р. Даймонд; опросник «Исследование психологической структуры темперамента» Б.Н. Смирнова [6]. Показатель успеваемости студентов: общее количество оценок, делённое на количество сданных дисциплин в первой сессии.

Все методы психодиагностики были переведены на вьетнамский язык специалистами, знающими вьетнамский, русский и английский языки, преподавателями Ханойского университета (Нгуен Тху Чанг и Нгуен Тхи Нхан). Обратный перевод сделан преподавателем Восточного факультета СПбГУ (Нгуен Тхи Минь Хань). Проведён экспертный анализ-сравнение оригинала методик и их обратного перевода с вьетнамского на русский язык двумя русскоязычными преподавателями Института психологии РГПУ им. А.И. Герцена,

работающими с методами психодиагностики. Неточности в переводе нескольких вопросов методики (ADMN – 20) были устранены. Применялись методы математической статистики: описательные статистики, критерий Манна-Уитни, непараметрический коэффициент корреляции Спирмена с применением программы IBM SPSS Statistics 23.0.

Результаты и их обсуждение

По общему баллу по методике «Академическая адаптация студентов» выборка была разделена на 3 группы с низким, средним и высоким уровнем общего балла по шкале. Первую группу составили 39 студентов, общий балл по шкале меньше 25,07 баллов ($X < M - SD$); во вторую группу вошли 148 студентов, общий балл по шкале ($X = M \pm SD$) (от 25,07 до 32,96 баллов). Третью группу составили 37 студентов, общий балл по шкале ($X > M + SD$) (от 32,96 до 40,06 баллов). Студенты этих групп различались и по объективным показателям успеваемости в первой сессии. У студентов 1-й группы ($Me = 2,65; 2,38$ и $3,11$) значительно ниже показатели успеваемости по сравнению с студентами 2-й группы ($Me = 2,92; 2,58; 3,30$) ($U = 2192,000$; $p = 0,021$) и студентами 3-й группы ($Me = 3,03; 2,58; 3,335$); ($U = 522,50$; $p = 0,039$). Нами выделены группы сравнения: 1-я группа (39 студентов – НПУ) с низким; 2-я группа (148 студентов – СПУ) со средним; 3-я группа (37 студентов – ВПУ) с высоким показателем успеваемости.

Анализ результатов по методике «Академическая адаптация студентов» Р.М. Шамионова (табл. 1). Показатели по шкале «Академической адаптации» у студентов 3-й группы с высоким показателем успеваемости (ВПУ) значительно выше, чем у студентов других групп по всем параметрам, в том числе по психофизиологическому показателю ($p < 0,001$). Психофизиологический ресурс адаптации, как отмечали Ю.А. Александровский, Ф.Б. Березин, Б.Г. Ананьев, обеспечивает психологическую готовность к деятельности [1–3].

У студентов 2-й группы (СПУ) по сравнению с 1-й группой различий по психофизиологической готовности не выявлено, однако у них выше, чем у НПУ психологический ресурс, они сохраняют мотивацию, познавательный интерес к процессу обучения, у них выше коммуникативные, личностные показатели и выше успеваемость в первой сессии.

У студентов 1-й группы (НПУ) при высоком психофизиологическом напряжении значительно ниже психологические показатели, чем у студентов с СПУ. Можно предположить, что на студентов с ВПУ и СПУ учебный стресс оказывает мобилизирующее влияние, в то время как на студентов с НПУ дезорганизирующее, что сказывается на их успеваемости и является мишенью для оказания психологической помощи.

При сравнении показателей по шкале «Социально-психологическая адаптация» К. Роджерса и Р. Даймонд у студентов 3-й группы (ВПУ) по сравнению со студен-

Таблица 1

Сравнение показателей 1-й, 2-й и 3-й групп студентов по шкале «Академическая адаптация студентов»

Показатели шкалы академической адаптации студентов	Группа 1 НПУ (39) и группа 2 СПУ (148) U / p	Группа 2 СПУ (148) и группа 3 ВПУ (37) U / p	Группа 3 ВПУ (37) и группа 1 НПУ (39) U / p
Личностный к.	1148,0 / 0,000	680,0 / 0,000	7,5 / 0,000
Эмоциональный к.	596,5 / 0,000	917,0 / 0,000	17,0 / 0,000
Познавательный к.	952,5 / 0,000	1097,5 / 0,000	42,0 / 0,000
Мотивационный к.	1072,0 / 0,000	873,5 / 0,000	29,0 / 0,000
Психофизиологический к.	2858,0 / 0,926	1188,0 / 0,000	330,5 / 0,000
Коммуникативный к.	1124,0 / 0,000	959,5 / 0,000	43,0 / 0,000

Таблица 2

**Сравнение показателей по шкале «Социально-психологическая адаптация»
К. Роджерса и Р. Даймонд 1-й, 2-й и 3-й групп студентов по критерию Манна-Уитни**

Показатели социально-психологической адаптации	Группа	1-я группа (39) НПУ 2-я группа (148) СПУ 3-я группа (37) ВПУ			Группы		
		Me	M ± SD	Мин – Мах	1 и 2	2 и 3	3 и 1
					U / p	U / p	U / p
Адаптация (общий балл)	1	54,09	54,81 ± 7,81	40,08–70,72	2478,00 / 0,175	1601,50 / 0,000	339,00 / 0,000
	2	56,31	56,98 ± 7,76	43,45–82,32			
	3	62,18	65,36 ± 12,50	44,75–93,67			
Самопринятие	1	67,31	68,647 ± 9,66	52,00–89,36	2582,00 / 0,312	1430,00 / 0,000	340,00 / 0,000
	2	68,97	69,94 ± 8,93	47,17–100,00			
	3	80,00	79,01 ± 10,86	58,18–100,00			
Принятие других	1	60,00	60,67 ± 9,32	43,04–79,34	2652,0 / 0,436	1802,50 / 0,001	429,50 / 0,002
	2	61,40	62,04 ± 9,67	35,78–86,63			
	3	68,23	68,83 ± 14,74	33,96–100,00			
Эмоциональный комфорт	1	51,35	49,91 ± 10,44	29,41–74,19	2566,0 / 0,288	1738,00 / 0,001	405,00 / 0,001
	2	50,88	53,15 ± 12,34	25,00–100,00			
	3	61,90	63,20 ± 17,53	27,59–100,00			
Интернальность	1	55,44	56,11 ± 8,06	37,67–76,27	2607,00 / 0,354	1710,50 / 0,000	397,00 / 0,001
	2	57,55	57,63 ± 7,22	42,37–85,49			
	3	60,63	64,18 ± 10,04	50,51–88,33			
Стремление к доминированию	1	43,90	43,79 ± 13,49	26,00–77,78	2624,00 / 0,386	2299,00 / 0,132	556,50 / 0,086
	2	47,16	44,97 ± 12,36	27,00–78,57			
	3	48,89	49,02 ± 15,22	28,00–78,95			

тами 2-й группы (СПУ) значительно выше адаптация в целом ($U = 1601,500$; $p = 0,000$), выше самопринятие ($U = 1430,000$; $p = 0,000$), принятие других ($U = 1802,500$; $p = 0,001$), эмоциональный комфорт ($U = 1738,000$; $p = 0,001$), интернальность ($U = 1710,500$; $p = 0,000$). Ниже только стремление к доминированию (табл. 2), хотя оно не очень выражено и у тех, и у других.

При сравнении показателей студентов 1-й группы (НПУ) и 2-й группы (СПУ) значимых различий по показателям самопринятия, принятия других, эмоционального комфорта, интернальности и стремления к доминированию не выявлено.

У студентов 1-й группы (НПУ) по сравнению с 3-й группой (ВПУ) отмечаются значимо ниже показатели социально-психологической адаптации (самопринятия, принятия других, эмоционального комфорта, интернальности).

При сравнении показателей по методике «Исследование психологической структуры темперамента» Б.Н. Смирнова у студентов 3-й группы (ВПУ) по сравнению со студентами 2-й группы (СПУ) значимо ниже ригидность, ниже уровень эмоциональной возбудимости и также искренности, в то время как по показателям экстраверсии, активности и темпу реакции значимых различий не выявлено (табл. 3).

Студенты с ВПУ более пластичны (низкая ригидность), быстро меняют стратегии принятия решения, меньше отвлекаются на эмоциональные ситуации и меньше посвящают других в свои переживания, демонстрируя самодостаточность по сравнению со 2-й группой (СПУ), что является их психологическим ресурсом адаптации (нейродинамические свойства личности – темперамент). У студентов с низким (НПУ) и средним (СПУ) уровнем успеваемости значимых

Таблица 3

**Сравнение показателей по методике «Исследование психологической структуры темперамента»
Б.Н. Смирнова 1-й, 2-й и 3-й групп студентов по критерию Манна-Уитни**

Показатели по методике «Исследование психологической структуры темперамента»	Группа 1 НПУ (39) и группа 2 СПУ (148) U / p	Группа 2 СПУ (148) и группа 3 ВПУ (37) U / p	Группа 3 ВПУ (37) и группа 1 НПУ (39) U / p
Экстраверсия	2452,000 / 0,148	2251,000 / 0,094	483,500 / 0,013
Ригидность	2674,000 / 0,479	2013,000 / 0,012	483,500 / 0,013
Эмоциональная уравновешенность	2702,000 / 0,538	1601,500 / 0,000	381,000 / 0,000
Темп реакции	2492,500 / 0,189	2292,000 / 0,125	504,000 / 0,023
Активность	2345,500 / 0,071	2210,000 / 0,069	428,500 / 0,002
Искренность	2632,500 / 0,397	1760,500 / 0,001	404,500 / 0,001

различий по показателям темперамента не выявлено.

Анализ результатов взаимосвязей показателей студентов 1-й группы (НПУ). Нами проведён корреляционный анализ показателей студентов всех трёх групп сравнения с применением непараметрического коэффициента корреляции Спирмена. Мы решили проанализировать более подробно результаты студентов с низкой успеваемостью НПУ (N = 39) ($p < 0,001$)*; ($p < 0,05$)* (рис.).

По результатам корреляционного анализа, показатель психофизиологической готовности (ПФК) по шкале академической адаптации у студентов с НПУ имеет высокие отрицательные значимые взаимосвязи с показателями реакции на стресс ADNM – 20: озабоченность стрессом (–0,607**), неспособность адаптироваться (–0,525**), избегание стресса (–0,520**), подавленное настроение (–0,409**), тревога (–0,551**), импульсивные реакции (–0,504**) ($p < 0,001$) и положительную связь с показателем эмоционального комфорта (0,316*) ($p < 0,05$) (см. рис.).

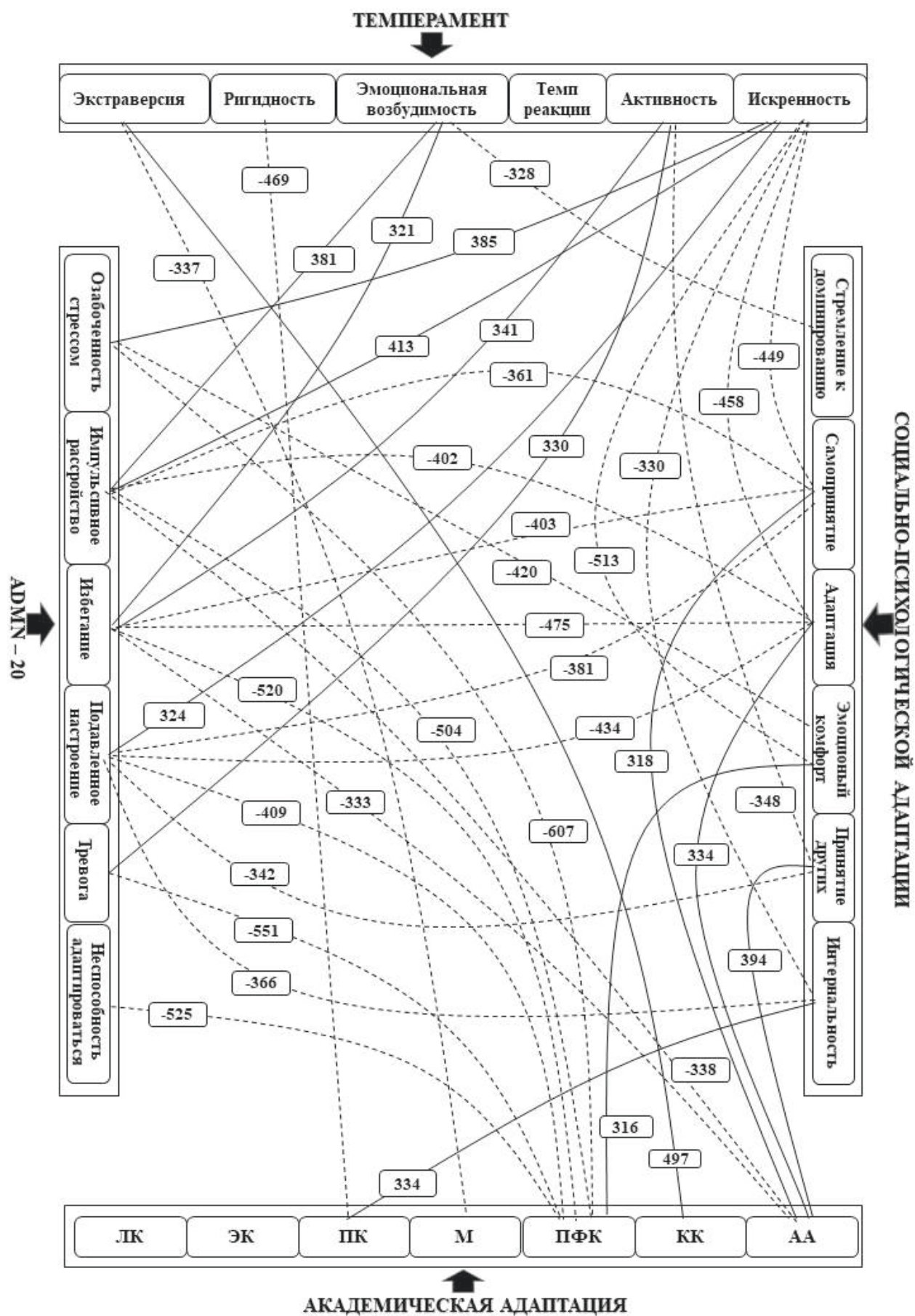
Чем ниже психофизиологическая готовность, тем больше реакция на стресс и меньше эмоциональный комфорт. Можно предположить, что депрессивные и тревожные иррациональные установки у студентов с НПУ приводят к снижению психофизиологической готовности (устомление, истощаемость) и к снижению показателей учебной деятельности. Показатель познавательного компонента также имеет отрицательную взаимосвязь с показателем ригидности (–0,469**) ($p = 0,003$) (темперамент) и поло-

жительную с показателем интернальности (0,334*) ($p = 0,038$) (показатель по шкале социально-психологической адаптации), то есть чем ниже ригидность, тем выше познавательный компонент и интернальность.

Показатель самопринятия (по шкале социально-психологической адаптации) имеет отрицательные взаимосвязи с показателями реакции на стресс (ADNM – 20): избегание стресса (–0,403*), подавленное настроение (–0,381*), импульсивность (–0,361*) ($p < 0,05$) и с показателем искренности (–0,449**) ($p < 0,001$). Чем ниже показатели самопринятия, тем больше подавленное настроение, импульсивность, избегание стрессовых ситуаций и искренность.

Показатель интернальности имеет отрицательные взаимосвязи с показателями реакции на стресс ADNM – 20: подавленное настроение (–0,366*) и искренность (–0,330*); то есть чем ниже интернальность, тем выше подавленное настроение и искренность. Показатель эмоциональной возбудимости (темперамент) имеет положительные взаимосвязи с показателями избегания (0,321), импульсивности (0,381), стремления к доминированию (0,328) ($p < 0,05$).

Показатель искренности (темперамент) имеет положительные взаимосвязи с показателями реакции на стресс: озабоченность стрессом (0,385*), импульсивность (0,413**), подавленное настроение (0,324*) и отрицательные взаимосвязи с показателями самопринятия (–0,449**), интернальности (–0,330*) и эмоционального комфорта (–0,513**). Чем больше искренность, тем



Взаимосвязи показателей 1-й группы с низким показателем успеваемости (НПУ)

больше озабоченность стрессом, импульсивность, подавленное настроение и меньше самопринятие, интернальность и эмоциональный комфорт. Можно предположить, что неуверенность в себе, излишняя искренность и безуспешное ожидание поддержки извне приводит к усилению стресса, а не к решению проблем. Интернальность и самопринятие, то есть готовность к самостоятельному решению проблемы и самодостаточность, значительно ниже у студентов с НПУ, как и доверие к своим силам, что также может быть мишенью для психологической коррекции.

При анализе результатов проведённого эмпирического исследования были выявлены предпосылки нарушения психической адаптации у студентов с НПУ, которые наблюдались на всех уровнях психической адаптации (психофизиологическом, психологическом и социально-психологическом).

Нами была разработана и апробирована программа психологической помощи студентам с низкой успеваемостью НПУ (39 студентов) и проведено повторное обследование (табл. 4).

Программа психологической помощи была направлена на обучение совладанию со стрессом, навыкам коммуникации, тайм-менеджменту и на повышение самопринятия. Программа состояла из мини-лекций и групповых занятий (тренинга) с применением приёмов когнитивно-поведенческой терапии (модель АВС); использовались дискуссии, психологические упражнения, ролевые игры. Программа была проведена в сентябре 2024 года в начале третьего семестра в течение одного месяца (два занятия в неделю, длительностью 1,5 часа).

Студенты были разделены на две группы (20 и 19 человек). Студенты позитивно отнеслись к занятиям. Затем после третьей сессии в феврале – марте 2025 года было проведено повторное тестирование по методике «Академическая адаптация студентов». Отмечается значимая положительная динамика по всем показателям академической адаптации, кроме психофизиологического показателя (табл. 4).

Средний балл по успеваемости улучшился у 24 (61,5 %) студентов из группы НПУ, остался неизменным у 15 (38,5 %) студентов.

Таблица 4

**Динамика показателей студентов 1-й группы (НПУ) по методике
«Академическая адаптация студентов» до и после проведения программы
психологической помощи**

Показатели шкалы академическая адаптация 1-й группы (N = 39) (НПУ)	1	1 – первое обследование (до)			Критерий Вилкоксона	Значимость
	2	2 – второе обследование (после)				
		Me	MS ± D	Min – Max		
Личностный к.	1	3,890	3,94 ± 0,75	2,44–5,22	-4,758	.000
	2	5,220	5,19 ± 0,87	3,22–7,00		
Эмоциональный к.	1	3,750	3,80 ± 0,80	1,75–5,75	-4,620	.000
	2	5,130	5,04 ± 0,94	3,13–7,00		
Познавательный к.	1	3,250	3,80 ± 0,74	1,75–4,63	-5,18	.000
	2	4,380	4,58 ± 0,90	3,13–7,00		
Мотивационный к.	1	4,400	4,27 ± 1,11	1,60–6,20	-4,530	.000
	2	5,400	5,46 ± 1,02	2,40–7,00		
Психофизиологический к.	1	4,000	3,99 ± 1,23	1,43–5,86	-0,293	.769
	2	4,140	4,20 ± 1,49	1,0–6,43		
Коммуникативный к.	1	4,140	4,13 ± 0,82	2,29–6,29	-3,126	.002
	2	4,860	4,97 ± 1,23	1,00–7,00		
Общий показатель	1	23,920	23,38 ± 1.92	14,48–25,02	-5,289	.000
	2	28,91	29,25 ± 3,92	21,30–40,54		

Заключение

Проблеме адаптации студентов в вузе уделяют внимание учёные разных стран [5, 8, 10, 12], в связи с высокой значимостью психопрофилактики нарушений психической адаптации современной молодежи.

В нашем исследовании у студентов первого курса университета с высокой и средней успеваемостью отмечались высокие показатели психологического, психофизиологического и социально-психологического уровней адаптации; учебный стресс оказывал на них мобилизирующее влияние; они использовали свои ресурсы адаптации, имели хорошую успеваемость. У студентов с низкой успеваемостью отмечались низкие показатели как в психологической сфере (низкий мотивационный, познавательный и личностный компонент), низкие показатели психофизиологической готовности, так и в социально-психологической сфере (низкая интернальность и самопринятие), наблюдалась и высокая подверженность стрессу.

После проведённой программы психологической помощи у студентов с НПУ от-

мечается позитивная динамика психологических показателей, кроме психофизиологического показателя; средний балл по успеваемости улучшился у 24 (61,5 %) студентов из группы НПУ, у остальных остался неизменным.

Выводы

1. Предикторами нарушения психической адаптации являются низкие показатели как в психологической сфере (низкий мотивационный, личностный, познавательный компонент), низкие показатели психофизиологической готовности, так и в социально-психологической сфере (низкая интернальность и самопринятие), и высокая подверженность стрессу.

2. Программу психологической помощи первокурсникам можно применять и на начальных этапах обучения в вузе в первом семестре первого курса, что могло бы способствовать профилактике нарушения адаптации и снижения успеваемости.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. 5-е изд. перераб. и доп. Москва: Геотар-Медиа, 2021. 552 с.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. 3-е изд. СПб.: Питер, 2018. 288 с.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
4. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2006. 528 с.
5. Исаева Е.Р., Тюсова О.В., Тишков А.В., [и др.]. Поиск прогностических критериев академической успеваемости студентов // Университетское управление: практика и анализ. 2017. Т. 21, № 2. С. 163–175. DOI: 10.15826/umpra.2017.02.030
6. Райгородский Д.Р. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: Издательский Дом Бахрах-М, 2019. 672 с.
7. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. 479 с.
8. Руженкова В.В., Руженков В.А., Гомеляк Ю.Н. Дезадаптивные типы реагирования на учебный стресс студентов-медиков и подходы к психотерапии (результаты транскультурального исследования) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2020. № 3. С. 33–46. DOI: <https://doi.org/10.33920/med-01-2003-05>
9. Шамионов Р.М., Григорьева М.В., Гринина Е.С., [и др.]. Академическая адаптация студентов: разработка и валидизация новой методики // Психологическая наука и образование. 2022. Т. 27, № 2. С. 53–68. DOI: <https://doi.org/10.17759/pse.2022270205>
10. Corti F, Llanes J, Dorio Alcaraz I, Freixa Niella M. Initial adaptation among university student: the case of the social sciences. // Public Library of Science. 2023. Vol. 18, N 11. e0294440. DOI: 10.1371/journal.pone.0294440. PMID: 37956193; PMCID: PMC10642847.
11. Glaesmer H., Romppel M., Brähler E., [et al.] Adjustment disorder as proposed for ICD-11: dimensionality and symptom differentiation // Psychiatry Research. 2015. Vol. 229, N 3. Pp. 940–948. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010>
12. Nguyen T.T. Predictors of stress in students at VNU university of languages and international studies // VNU Journal of Foreign Studies. 2024. Vol. 40, N 2. Pp.127–138. DOI: <https://doi.org/10.63023/2525-2445/jfs.ulis.5247>

Получена 10.05.2026

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

Авторы сообщают, что при проведении исследования соблюдены этические принципы, предусмотренные для исследований с участием людей и животных.

Участие авторов: Н.Г. Ермакова – концепция, дизайн, сбор литературы, и редактирование текста; Нгуен Тхи Минь Чанг – сбор литературы, проведение обследования, обработка данных, написание текста; Э.А. Неберекутина – написание текста, редактирование.

Для цитирования. Ермакова Н.Г., Чанг Тхи Минь Нгуен, Неберекутина Э.А. Психологические особенности студентов первого курса с разным уровнем адаптации и успеваемости // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 16–25. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-16-25.

N.G. Ermakova, Nguyen Thi Minh Trang, Eh.A. Neberekutina

Psychological Characteristics of First-year Students with Different Levels of Adaptation and Academic Performance

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

✉ Natalia Georgievna Ermakova – Dr. Psychol. Sci. Associate Prof., Prof. of the Department of Clinical Psychology and Psychological Support, Herzen State Pedagogical University (48, River Moika Emb., 191186, St. Petersburg, Russia), e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru;

TrangThi Minh Nguyen – PhD Student of the Department of Clinical Psychology and Psychological Support, Herzen State Pedagogical University (48, River Moika Emb., 191186, St. Petersburg, Russia), e-mail: nguyenthiminhtrang1095@gmail.com;

Ella Anatolyevna Neberekutina – Head of Laboratory Health Psychology, assistant of the Department of Clinical Psychology and Psychological Support, Herzen State Pedagogical University (48, River Moika Emb., 191186, St. Petersburg, Russia), e-mail: ella.neberekutina@gmail.com.

Abstract

Relevance. The transition from school to university education may present first-year students with adaptation difficulties in both the academic domain, including new learning and communication conditions, and everyday life, including living arrangements and self-care. Such difficulties may contribute to neurotic reactions to the situation and decreased academic performance. Therefore, identifying adaptation problems and developing measures for the psychological prevention of maladaptation in university students is of particular relevance.

Intention. To identify predictors of impaired psychological adaptation in first-year university students and to pilot a psychological support program.

Methodology. The study involved 224 first-year students at the University of Social Work in Ho Chi Minh City (Vietnam) after their first exam session. Methods aimed at studying academic and socio-psychological adaptation, temperamental characteristics, and stress response were used.

Results and discussion. Based on the Student Academic Adaptation scale and academic performance indicators, the sample was divided into three comparison groups: low (LP), average (AP), and high (HP) levels of academic adaptation and academic performance. Psychological (motivational, cognitive, personal, and communicative) and socio-psychological (internality, self-acceptance, and acceptance of others) adaptation resources predominate in the group of students with average and high academic performance. Students with low academic performance (LP) have significantly lower motivational, cognitive, and psychophysiological indicators, lower self-acceptance and internality, higher rigidity and impulsivity, and higher anxiety and depressed mood;

these factors can be regarded as prerequisites for adaptation disorders. The psychological support program was aimed at teaching students with low academic performance stress management and time management skills. A follow-up study revealed positive changes in psychological indicators: 24 (61.5%) students with (LP) improved their academic performance, while the rest remained stable.

Conclusion: The psychological support program developed in the present study may be used for the prevention of adaptation difficulties among university students.

Keywords: first-year students, prerequisites for psychological adaptation disorders, piloting a psychological support program.

References

1. Aleksandrovskij Yu.A. Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva [Borderline mental disorders]. Moscow, 2021. 552 p. (In Russ)
2. Anan'ev B.G. Chelovek kak predmet poznaniya [Man as an object of knowledge]. Sankt-Petersburg, 2018. 288 p. (In Russ)
3. Berezin F.B. Psichicheskaya i psihofiziologicheskaya adaptaciya cheloveka [Mental and psychophysiological adaptation of a person]. Leningrad, 1988. 270 p. (In Russ)
4. Bodrov V.A. Psikhologicheskii stress: razvitie i preodolenie [Psychological stress: development and overcoming]. Moscow, 2006. 528 p. (In Russ)
5. Isaeva E.R., Tyusova O.V., Tishkov A.V., [et al.]. Poisk prognosticheskikh kriteriev akademicheskoi uspevaemosti studentov [Searching for prognostic criteria of students' academic success]. *Universitetskoe upravlenie: praktika i analiz* [University Management: Practice and Analysis]. 2017; 21(2): 163–175. DOI: 10.15826/ umpa.2017. 02.030 (In Russ).
6. Rajgorodskij D.R. Prakticheskaya psihodiagnostika. Metodiki i testy. [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara-Moscow, 2019. 672 p. (In Russ)
7. Rean A.A., Kudashov A.R., Baranov A.A. Psihologiya adaptatsii lichnosti. Analiz. Teoriya. Praktika. [Psychology of personality adaptation. Analysis. Theory. Practice.]. Sankt-Petersburg, 2006. 479 p. (In Russ)
8. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Gomelyak Yu.N. Dezadaptivnye tipy reagirovaniya na uchebnyi stress studentov-medikov i podkhody k psikhoterapii (rezul'taty transkul'tural'nogo issledovaniya). [Maladaptive types of response to educational stress of medical students and approaches to psychotherapy (results of a transcultural study)]. *Vestnik nevrologii, psikiatrii i nejrohirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2020; (3): 33–46. DOI: 10.33920/med-01-2003-05. (In Russ)
9. Shamionov R.M., Grigor'eva M.V., Grinina E.S., Sozonnik A.V. Akademicheskaya adaptatsiya studentov: razrabotka i validizatsiya novoi metodiki [Academic adaptation of students: development and validation of a new methodology]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2022; 27(2): 53–68. DOI: [https://doi.org/ 10.17759/pse.2022270205](https://doi.org/10.17759/pse.2022270205) (In Russ).
10. Corti F, Llanes J., Dorio Alcaraz I., Freixa Niella M. Initial adaptation among university student: the case of the social sciences. *Public Library of Science*. 2023; 18(11): e0294440. DOI: 10.1371/journal.pone.0294440. PMID: 37956193; PMCID: PMC10642847.
11. Glaesmer H., Romppel M., Brähler E., [et al.]. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research*. 2015; 229(3): 940–948. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.07.010.
12. Nguyen T.T. Predictors of stress in students at VNU university of languages and international studies. *VNU Journal of Foreign Studies*. 2024; 40(2): 127–138. DOI: [https://doi.org/ 10.63023/2525-2445/jfs.ulis.5247](https://doi.org/10.63023/2525-2445/jfs.ulis.5247)

Received 10.05.2026

For citing: Ermakova N.G., Nguyen Thi Minh Trang, Neberekutina E.H.A. Psikhologicheskie osobennosti studentov pervogo kursa s raznym urovnem adaptatsii i uspevaemosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 16–25. (In Russ.)

Ermakova N.G., Nguyen Thi Minh Trang, Neberekutina E.H.A. Psychological characteristics of first-year students with different levels of adaptation and academic performance. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 16–25. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-16-25.

Н.В. Зарубина¹, Б.Д. Цыганков², М.С. Артемьева¹

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

¹ Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы, Медицинский институт
(Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6);

² Российский университет медицины (Россия, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20)

Актуальность. До настоящего времени не существовало доказательных рекомендаций по лечению депрессивных нарушений у больных рассеянным склерозом (РС) и выверенного алгоритма лечения пациентов рассеянным склерозом с депрессией, также не выявлены факторы, определяющие эффективность того или иного лекарственного препарата. Своевременная диагностика, фармако- и психотерапия депрессивных расстройств могут стать базой для разработки программ физической, психологической и социальной реабилитации пациентов с рассеянным склерозом.

Цель данного исследования: разработать программу лечения аффективных нарушений пациентов с рассеянным склерозом.

Пациенты и методы: приняли участие 203 больных с клинически подтвержденным диагнозом РС. С учётом течения заболевания больные РС распределены по следующим группам: с ремиттирующим (РРС) типом течения РС 88,2% (179 человек) и 11,8% (24 человека) с вторично-прогрессирующим течением (ВПРС). Для подтверждения тяжести депрессии применялись шкала депрессии А.Т. Бека и шкала самооценки депрессии. В исследовании использованы шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптирована Ю.Л. Ханиным), астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой (адаптирована Т.Г. Чертовой), характер совладания со стрессовыми ситуациями – тест Э. Хейма, опросник качества жизни MSQoL-54.

Результаты и обсуждение. С учётом наличия депрессивной симптоматики больные рассеянным склерозом были разделены на две группы: группу № 1 РС без депрессии – 90 человек и группу № 2 РС с депрессией – 113 человек. Установлено, что пациенты РС с депрессией имеют низкий потенциал преодоления стресса, измененное восприятие

Заключение. Полученные результаты имеют перспективы для дальнейшего применения в рамках совершенствования персонифицированных подходов к лечению больных рассеянным склерозом с депрессивными нарушениями, способствуют улучшению образа собственного тела, сниженную готовность реагировать на эмоциональные стимулы и уменьшение межличностного интереса. С разработанной лечебной программой, состоящей из психофармакотерапии и психотерапевтических методов, психическое состояние больных РС с депрессией значительно улучшается на статистически достоверном уровне ($p < 0,001$) – у них снижается уровень тревожности, астении, депрессии. Это способствует улучшению качества жизни, расширению социальных связей, повышению энергии и работоспособности.

Ключевые слова: рассеянный склероз, депрессия, антидепрессанты, качество жизни, психотерапия.

✉ Зарубина Наталья Владимировна – канд. мед. наук, ассистент каф. психиатрии и мед. психологии, Мед. ин-т, Рос. ун-т дружбы народов им. П. Лумумбы (Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6), e-mail: zarubina_ntvl@pfur.ru, SPIN: 1828-1858, ORCID: 0000-0001-6000-8715;

Цыганков Борис Дмитриевич – д-р мед. наук проф., член-корр. РАН, зав. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии, Рос. ун-т медицины (Россия, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20), e-mail: boristsyganikov@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-0180-1267;

Артемьева Марина Станиславовна – д-р мед. наук проф., врач-психиатр, проф. кафедры психиатрии и мед. психологии, Мед. ин-т, Рос. ун-т дружбы народов им. П. Лумумбы (Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6), e-mail: msartemieva@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8713-1438.

Введение

В последнюю четверть века взгляды на возможности терапии рассеянного склероза значительно изменились благодаря появлению препаратов, способных влиять на течение заболевания. Их называют средствами модифицирующей, модулирующей или превентивной, терапии или препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС) [1, 2]. В работах отечественных учёных, врачей-неврологов Яхно Н.Н., Шмидт Т.Е. показано, что интерферон бета-1b может вызывать развитие аффективных расстройств – депрессию, тревогу, эйфорию. Остаётся неясным, насколько эти расстройства связаны с неврологическими проявлениями самой болезни, терапией интерфероном бета-1b или комбинацией обоих факторов. Имеются указания, что препарат следует с осторожностью назначать лицам с наличием в анамнезе упоминания о депрессии. Также требуется наблюдение за больными в период терапии интерферонами для выявления развития депрессии на фоне применения препаратов [3, 4]. По данным исследований, у больных рассеянным склерозом депрессивные расстройства на ранних стадиях заболевания в условиях первичной соматической медицинской сети выявляются редко и мало изучены. В соответствии с клиническими рекомендациями при лечении аффективных расстройств применяют психотропные препараты различных фармакологических групп: трициклические антидепрессанты (ТЦА) – имипрамин, кломипрамин, амитриптилин; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флуоксетин, пароксетин, сертралин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам. Выбор конкретного антидепрессанта базируется на двух ключевых аспектах – спектре фармакологической активности препарата, а также синдромальных особенностях и нозологической принадлежности депрессивного состояния [5–7]. Не менее значимы переносимость и безопасность лекарственного средства. В связи с этим предпочтение зачастую отдаётся современным препаратам, которые обеспечивают мягкий

тимоаналептический эффект при хорошей переносимости [8].

По данным Л.Г. Заславского и Т.Г. Алексеевой [9–12], 75 % больных указывали на наличие в анамнезе психотравмирующих факторов, а примерно в половине случаев из их числа имелись повторные эмоциональные стрессы и хронические психотравмирующие события [13].

Травма для человека уникальна, она приводит к разрушению нормальных связей с самим собой, с собственным организмом, со своей семьёй, с окружающим миром [14]. Психическая травма вызывает не только психологические изменения, но и длительные нейробиологические изменения в мозге [15, 16]. Основатель метода соматического переживания (Somatic Experiencing) американский психотерапевт, биофизик и психолог Питер А. Левин утверждает, что травматические симптомы появляются вследствие прерывания естественных защитных реакций организма – бегства, борьбы или оцепенения – на травмирующее событие. Основные направления психотерапии пациентов с рассеянным склерозом и депрессией включают индивидуальную, групповую и семейную психотерапию. Помимо вышеуказанного метода П. Левина терапия включает также комплекс методов, в числе которых кризисная психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия и психодинамическая психотерапия [17]. Среди техник поведенческой терапии, доказавших свою практическую эффективность при рассеянном склерозе (РС), выделяют также прогрессивную мышечную релаксацию. Её применение способствует достоверному снижению уровня астении и улучшению качества сна у пациентов [18].

Цель исследования: разработать программу лечения аффективных нарушений пациентов с рассеянным склерозом.

Материалы и методы

В соответствии с целью исследования в работу включены данные динамического наблюдения за 203 пациентами, у которых, согласно критериям Мак Дональда 2005, 2010 гг.

(редакция 2017 г.), диагностирован рассеянный склероз. Все исследования проводились с одобрения локального этического комитета. Пациенты были предварительно ознакомлены с задачами исследования и дали своё информированное согласие на обследование. Набор пациентов происходил на основании перечисленных ниже критериев включения и исключения. Все участники получали препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС) и перед включением в исследование подписали информированное согласие.

Для выявления уровня депрессии применялись шкала депрессии А.Т. Бека и шкала самооценки депрессии, разработанная в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. В исследовании использованы шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптирована Ю.Л. Ханиным), астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой (адаптирована Т.Г. Чертовой), характер совладания со стрессовыми ситуациями – тест Э. Хейма, опросник качества жизни MSQoL-54. Диагноз депрессивного расстройства устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10 врачом-психиатром. В группу вошли больные с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типом течения болезни.

Неврологом, согласно критериям (McDonald, 2005, 2017 гг. и данным МРТ исследований головного и спинного мозга, выставлялся диагноз РС и назначалась терапия. Проводилась оценка по Шкале повреждения функциональных систем (ФС) по Дж. Ф. Курцке, для оценки глубины неврологического поражения использована сумма баллов по всем системам от 1–26 и в среднем ($8,58 \pm 0,35$) баллов.

Статистическая обработка материала

Оценка достоверности различий по количественному признаку определялась U-критерием Манна – Уитни. Корреляционный анализ проводился при помощи непараметрического критерия Спирмена (R). Различия средних абсолютных и относительных величин, коэффициентов ассоциации считались статистически значимыми в тех случаях, когда р-значение было ниже критического уровня достоверности ($p < 0,05$).

Результаты и анализ

В лечебную группу вошли 203 пациента с диагнозом рассеянный склероз. Возраст больных на момент обследования составлял от 18 до 60 лет, где средний возраст $39,7 \pm 10,91$ лет. Среди обследованных женщины составили 71,4 % (145 человек), мужчины – 28,6 % (58 человек). С учётом течения заболевания больные РС распределены на две группы. В одной пациенты с ремиттирующим (РРС) типом течения РС, характеризующееся наличием обострений, между которыми не отмечается прогрессирование инвалидизации – 78,3 % (159 человек); в другой группе больные – 21,7 % (44 человека) – со вторично-прогрессирующим течением (ВПРС), при котором тяжесть симптомов увеличивается на протяжении полугода и является продолжением ремиттирующего течения (табл. 1).

С учётом наличия депрессивной симптоматики больные рассеянным склерозом были разделены на две группы: группу № 1 РС без депрессии (F06.6 Органическое астеническое расстройство) – 90 человек и группу № 2 РС

Таблица 1

Характеристика выборки пациентов с рассеянным склерозом

Параметр	РРС 159 чел. М ± SD	ВПРС 44 чел. М ± SD
Возраст	38 ± 10	$46 \pm 9,00$
Продолжительность болезни	$8,23 \pm 6,57$	$15,4 \pm 9,09$
Средний возраст начала заболевания	$30,2 \pm 10,5$	$33,33 \pm 8,02$
EDSS (баллы)	$2,2 \pm 1,5$	$5,7 \pm 0,3$

Таблица 2

Характеристика пациентов с рассеянным склерозом с депрессией

Параметр	РРС n = 69 чел	ВПРС n = 44 чел	медиана		U/Z	p
			РРС	ВПРС		
Стресс в анамнезе	0,64 ± 0,48	1,00	1 (0;1)	1 (1;1)	270/-2,19	0,029*
Уровень депрессии	12,18 ± 8,7	19,11 ± 8,22	10 (6;18)	24 (15;24)	226/-2,30	0,0215*
Астения	51,89 ± 15,2	63,78 ± 16,6	48 (39;62)	61 (57;72)	247,5/-2,04	0,0409*
Ситуационная тревожность	43,30 ± 11,1	51,89 ± 2,60	43 (35;51)	49 (48;55)	242,5/-2,10	0,0354*
Личностная тревожность	46,79 ± 9,54	55,89 ± 9,96	48,5 (40;53)	56 (48;62)	223,5/-2,33	0,019*

с депрессией (F06.36 Непсихотическое депрессивное расстройство органической природы) – 113 человек (табл. 2).

В свою очередь пациенты группы № 1, без депрессии 90 человек, разделились на две подгруппы. В подгруппе № 1.1 пациенты, которым не требовалась психотерапевтическая коррекция – 36 человек. Данная подгруппа пациентов на этапе первичного обследования не предъявляла жалобы на астенические проявления и психические нарушения, а проведённые психометрические исследования не имели значимых отклонений. Копинг-стратегии пациентов данной группы на когнитивном уровне соответствовали адаптивным механизмам совладания в сторону «установки собственной ценности» и «сохранения самообладания», на эмоциональном уровне в виде «оптимизма», а на поведенческом уровне пациенты данной подгруппы использовали «сотрудничество» и «альтруизм» с поиском поддержки в социальном окружении. В подгруппе № 1.2 у 54 пациентов имелись более выраженные проявления астении и тревоги. При изучении копинг-стратегий диагностируются относительно адаптивные механизмы на уровне когнитивного копинга в виде «относительности» и «придачи смысла», как следствие к изменившимся внешним условиям на эмоциональном уровне чаще отмечаются адаптивные формы в виде «протеста» по отношению к трудностям с уверенностью поиска выхода из сложной ситуации и относительно адаптивный поведенческий копинг «компенсация» со смещением потребностей на более доступные занятия в виде хобби или лечения. Пациенты подгруппы № 1.2 приняли участие в психотерапевтической коррекции.

Группа № 2, пациенты РС с депрессивными расстройствами – 113 человек, у которых отмечались жалобы на проявление тревоги, повышенную утомляемость, усталость, а в процессе диагностического исследования выявлялись депрессивные нарушения в виде отчётливого снижения интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; сниженное настроение; снижение энергии и повышенная утомляемость, а также сниженная способность к сосредоточению и вниманию; снижение самооценки и чувство неуверенности в себе; идеи виновности и уничижения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства; нарушенный сон; снижение либидо; нарушенный аппетит. Были диагностированы депрессивные расстройства по степени тяжести. Данная группа была разделена на подгруппы, где в подгруппе № 2.1 представлены пациенты – 44 человека, которым проводилось только психофармакологическое лечение антидепрессантами. В неё вошли пациенты со вторично-прогрессирующим течением заболевания. Подгруппу № 2.2 составили 69 человек с ремиттирующим течением РС, которым помимо назначения антидепрессантов применялась психотерапевтическая интервенция.

В основу разработанных лечебно-профилактических мероприятий легли выявленные в процессе исследования клинко-психопатологические, динамические характеристики течения заболевания, индивидуальные психологические, психофизиологические и нейропсихологические (когнитивные) осо-

бенности больных подгруппы 2.1. Они базировались на комплексном психофармакологическом и психотерапевтическом подходе.

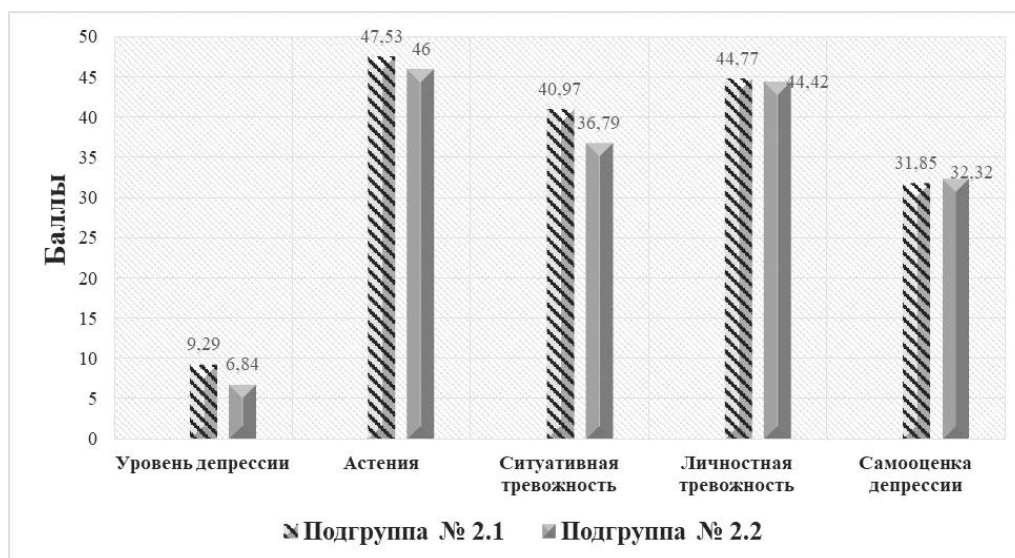
В ходе данного исследования занятия проводились как в подгруппе, так и индивидуально. Катамнестическая оценка проводилась по истечении двух лет с момента окончания лечения. При проведении исследования использовались критерии эффективности психотерапии по подбору психодиагностических методов для регистрации изменений, происходящих в результате психотерапии, предложенные Б.Д. Карвасарским. Учитывалась симптоматическая положительная динамика состояния больных РС, где в ходе терапии менялось отношение к болезни, улучшение социального функционирования и способы реагирования на стресс.

В психотерапевтической работе с пациентами группы № 1 без депрессии, использовались несколько подходов: когнитивный, который основывался на работах А. Бека и Дж. Бека, и техники работы с травмой, которые сочетают в себе телесно-ориентированную терапию и методы релаксации, направленные на преодоление болезненных переживаний и совладание со стрессом. Для оценки эффективности психотерапевтической интервенции проводились сравнения результатов лечебной работы в подгруппе № 1.1 с подгруппой № 1.2 пациентов РС без депрессии, а также в подгруппе № 2.1 с подгруппой № 2.2 пациентов РС с депрессией.

Для работы с депрессивными расстройствами больных РС основными препаратами являются антидепрессанты группы СИОЗС. Стартовая дозировка антидепрессанта у больных РС практически в два раза ниже и отличалась от дозировки в клинических рекомендациях лечения депрессивного расстройства. В силу выраженности неврологических нарушений больные РС с введением стартовой дозировки антидепрессанта отмечали координаторные нарушения, усиление тревожности, головные боли, поэтому введение антидепрессанта производилось с медленной титрацией.

Терапия депрессивных нарушений проводилась от шести месяцев до двух лет, использовалась, в основном, психофармакотерапия. Значимые улучшения в состоянии $p < 0,001$ отмечены у пациентов с РС, которые принимали эсциталопрам, сертралин, флувоксамин и агомелатин на уровне значимости $p < 0,01$, пароксетин $p = 0,011719^*$, $p < 0,05$. Пациенты самостоятельно с помощью балльной шкалы оценивали своё состояние после проводимой терапии антидепрессантами.

С назначением терапии состояние больных РС с депрессивными расстройствами меняется на статистически достоверном уровне ($p < 0,001$) в группе № 2. Отмечено, что после курса фармакотерапии и психотерапии редуцируются все вышеуказанные симптомы депрессивных нарушений в подгруппе № 2.1 и подгруппе № 2.2 (см. рис.).



Динамика изменения депрессивных расстройств больных РС

Состояние больных характеризуется как без депрессии на уровне клинических данных и психологических методов. При этом в подгруппе № 2.2, где у пациентов до лечения был более высокий уровень депрессивных расстройств – 23,89 балла, после проведённой лечебной программы психотерапевтической коррекции показатели снизились до 6,84 баллов.

Выявленные ранее астенические нарушения у больных РС с депрессивными нарушениями после проведённой терапии, ($p < 0,001$) возвращаются к уровню доклинической астении с незначительными проявлениями усталости после физических нагрузок.

Тревожные проявления, которые являются практически постоянным симптомом у больных РС, имеют определённую динамику. Ситуативная тревожность на этапе постановки диагноза становится несколько выше личностной, но по мере адаптации пациента к диагнозу данные показатели снижаются, проведённая медикаментозная терапия в подгруппе № 2.1 в сочетании с психофармакотерапией в подгруппе № 2.2 на заметном уровне снижают уровень ситуативной и личностной тревожности до средних значений, а уровень депрессивных нарушений ($p < 0,001$) до границ нормы.

В исследовании изучался характер совладания со стрессовыми ситуациями.

Проведённый сравнительный анализ результатов пациентов РС группы № 1 и группы № 2 демонстрирует, что показатели когнитивного, эмоционального и поведенческого копирования значительно отличались до и после проведённого психотерапевтического лечения (табл. 3).

У пациентов РС группы № 1 на когнитивном уровне чаще в равной степени у мужчин и женщин диагностируют адаптивные механизмы совладания в сторону «установки собственной ценности» и «сохранения самообладания», на эмоциональном уровне в виде «оптимизма» и «протеста», а на поведенческом уровне пациенты данной группы используют «сотрудничество» и «альтруизм», ищут поддержки в социальном окружении.

Проведённый сравнительный анализ больных РС с депрессивными расстройствами до назначения психофармакотерапии и психотерапии в группе № 2 выявил, что наблюдаются статистически более низкий потенциал преодоления стресса, изменённое восприятие образа собственного тела, сниженная готовность реагировать на эмоциональные стимулы. Значительная часть пациентов ориентируется на неадаптивные и относительно адаптивные варианты coping-поведения, направленные на избегание проблем.

Таблица 3

Динамика coping-стратегий у больных РС

Coping-стратегии	Группа № 1 90 чел.		Группа № 2 113 чел.			
	Подгруппа № 1.1 36 чел.	Подгруппа № 1.2 54 чел.	Подгруппа № 2.2 69 чел.		Подгруппа № 2.1 44 чел.	
			до	после	до	после
Когнитивные	1,84(2)	2,03(2)	1,86(2)	2,11(2)	1,84(1)	2,09(2)
	$p = 0,042165^*$		$p = 0,106468$		$p = 0,388187$	
Эмоциональные	2,14(2)	2,54(3)	2,13(2)	2,57 (3)	2,21(3)	2,37(3)
	$p = 0,000259^{***}$		$p = 0,000794^{***}$		$p = 0,575063$	
Поведенческие	1,81(2)	2,14(2)	1,76(1)	2,26(2)	2,05(2)	2,12(2)
	$p = 0,007502$		$p = 0,000043^{**}$		$p = 0,293622$	
Интегральный показатель	5,81(6)	6,77(7)	5,74(6)	6,78(7)	6,11(7)	6,74(7)
			$p = 0,000001^{***}$		$p = 0,646355$	

Примечание: здесь и в табл. 4 * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Проведённая терапия антидепрессантами и психотерапевтическая работа меняют отношение к внешним факторам и отношение к социуму. Пациенты стали чаще использовать адаптивные механизмы копинга, направленные на возможность справиться или преодолеть жизненную трудность.

Основным инструментом исследования качества жизни являются стандартизированные опросники (индексы и профили). К общим опросникам относятся SF-36. При сравнении группы № 2 РС с депрессией и группы № 1 РС без депрессии, получены статистически существенные $p < 0,001$ раз-

Таблица 4

Динамика показателей качества жизни больных РС

	Группа № 1 90 чел. без терапии		Группа № 2 РС 113 чел.			
	Подгруппа № 1.1	Подгруппа № 1.2	До лечения 69 чел.	Подгруппа № 2.2 69 чел.	До лечения 44 чел.	Подгруппа № 2.1 44 чел.
Физическое здоровье	62,75	76,55	64,35	81,67	55,00	73,68
	$p = 0,026886^*$		$p = 0,00089887^{***}$		$p = 0,0168669^*$	
Ограничение физической роли	41,89	65,58	42,12	70,72	40,79	67,53
	$p = 0,000829^{***}$		$p = 0,000049^{***}$		$p = 0,096092$	
Ограничение в эмоциональной роли	58,12	81,04	59,84	82,53	49,81	75,94
	$p = 0,000125^{***}$		$p = 0,000124^{***}$		$p = 0,061369$	
Боль	67,15	72,14	66,70	77,44	69,36	74,93
	$p = 0,022531^*$		$p = 0,014500^*$		$p = 0,605577$	
Эмоциональное благополучие	55,30	66,26	56,19	68,6	50,95	65,05
	$p = 0,002604^{**}$		$p = 0,000199^{***}$		$p = 0,813664$	
Энергия	48,34	59,26	49,89	61,78	40,84	
	$p = 0,000757^{***}$		$p = 0,000585^{***}$		$p = 0,066457$	
Восприятие здоровья	39,32	48,65	40,22	52,47	35,00	
	$p = 0,009375^{**}$		$p = 0,000118^{**}$		$p = 0,627626$	
Соц. функционирование	60,30	74,98	61,71	77,86	53,47	
	$p = 0,001935^{**}$		$p = 0,000262^{***}$		$p = 0,021781^*$	
Когнитивные функции	67,09	75,30	68,33	77,47	61,05	74,87
	$p = 0,021448^*$		$p = 0,000976^{***}$		$p = 0,098960$	
Стрессовые факторы	53,53	62,82	54,50	66,55	48,95	63,68
	$p = 0,001616^{**}$		$p = 0,000120^{***}$		$p = 0,066457$	
Сексуальная функция	58,85	81,70	58,59	80,83	60,08	77,29
	$p = 0,000002^{***}$		$p = 0,000007^{***}$		$p = 0,168669$	
Изменение здоровья	41,10	48,31	42,28	52,01	35,53	52,63
	$p = 0,075440$		$p = 0,275092$		$p = 0,096092$	
Удовлетворение половой функцией	51,15	73,61	52,22	79,9	46,05	73,68
	$p = 0,000006^{***}$		$p = 0,000021^{***}$		$p = 0,009375^{**}$	
Общее качество жизни	29,70	37,51	30,43	40,7	26,24	33,29
	$p = 0,001616^{**}$		$p = 0,000092^{***}$		$p = 0,098960$	
Физическое здоровье (сумма)	53,23	64,16	54,24	69,46	48,30	65,07
	$p = 0,000633^{***}$		$p = 0,000048^{***}$		$p = 0,066457$	
Психическое здоровье (сумма)	50,30	62,23	51,33	64,86	45,31	63,71
	$p = 0,000067^{***}$		$p = 0,000122^{***}$		$p = 0,0021781^*$	

личия практически по всем шкалам оценки качества жизни, за исключением шкалы боли. Отмечено, что депрессивные нарушения $p < 0,001$ влияют на все сферы качества жизни, что отражается в суммарных показателях физического и психического компонентов здоровья. Далее в исследовании использован опросник MSQoL-54, который является специальным инструментом для оценки качества жизни больных РС (табл. 4).

Коррекция депрессивной сферы в подгруппе № 2.2 на достоверно высоком уровне $p < 0,001$ значимости повышает характеристики качества жизни в виде улучшения эмоционального фона, расширения социальных связей, повышения энергии и работоспособности, восстановления сексуальной функции и в целом физического и психического здоровья.

Улучшение здоровья на статистически достоверном уровне $p < 0,01$ отмечено также по критериям: повышение эмоционального благополучия, улучшение состояния и снижение восприимчивости к стрессам.

У пациентов в подгруппе № 2.2 различия после проведённого лечения статистически достоверны и находятся на умеренном уровне значимости $p < 0,01$ по шкалам физической и эмоциональной роли, эмоционального благополучия, энергии, общего качества жизни, а также суммарных показателей физического и психического здоровья.

В то же время у больных в подгруппе № 2.1, изменения по критериям качества жизни незначительны и затрагивают больше изменения в сферах физического здоровья, социального функционирования, улучшения функции тазовых органов и половой функции.

Заключение

Основные направления психотерапии пациентов с рассеянным склерозом и депрессией охватывают индивидуальную, групповую и семейную психотерапию. Они включают также комплекс методов, в число которых входит кризисная психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия и психодинамическая психотерапия.

Использование комбинированного психотерапевтического подхода объединяет использование методик и техник различных форм психотерапии. Его преимуществом является нацеленность на различные психотерапевтические мишени, что имеет большое значение в разработке программ по повышению эффективности реабилитационных мероприятий.

При выборе антидепрессивной терапии пациентам с рассеянным склерозом необходима адекватная корректировка дозировок с назначением более низких стартовых доз и более медленным титрованием, тем самым удержание пациента в рамках терапии, повышение его мотивации к лечению будет способствовать повышению эффективности лечения.

Полученные результаты имеют перспективы для дальнейшего комплексного применения в рамках совершенствования персонализированных подходов к лечению больных рассеянным склерозом с депрессивными нарушениями с учётом ключевых для каждого конкретного пациента факторов риска, что будет способствовать улучшению качества оказания психиатрической помощи в целом, повышению эффективности терапевтических мероприятий.

Литература

1. Алексеева Т.Г., Ениколопова Е.В., Садальская Е.В., [и др.]. Комплексный подход к оценке когнитивной и эмоционально-личностной сфер у больных рассеянным склерозом. Специальный выпуск «Рассеянный склероз» // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. Т. 102, № S2. С. 20–25.
2. Андреева М.Т., Караваева Т.А. Сопутствующие психические расстройства и нарушение эмоциональной регуляции у пациентов с рассеянным склерозом // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2019. № 4–2. С. 19–28.
3. Андреева М.Т., Караваева Т.А., Калинин И.В. Психическая травма и психологические особенности личности пациентов с рассеянным склерозом как предикторы посттравматического стрессового расстройства и мишени психотерапии // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. Т. 56, № 3. С. 30–38. DOI: 10.31363/2313-7053-2022-56-3-30-38.

4. Булдакова Н.В., Бойко А.Н. Лечение депрессии у неврологических больных: использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина // Справочник поликлинического врача. 2006. № 4. С. 61–64.
5. Заславский Л.Г. Значение психоэмоционального стресса в этиологии и течении рассеянного склероза // Наука и практика. 2002. № 11. С. 35.
6. Кокоткина Л.В., Цыганков Б.Д., Кочетков А.В., [и др.]. Современные особенности психокоррекции тревожно-депрессивных расстройств у больных с травматической болезнью спинного мозга // Материалы I Всероссийского съезда врачей восстановительной медицины. М.: РеаСпоМед, 2007. С. 138.
7. Коржова Ю.Е., Бакулин И.С., Пойдашева А.Г., [и др.]. Реабилитация пациентов с рассеянным склерозом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Специальные выпуски. 2021. Т. 121, № 7–2. С. 13–21.
8. Левин П.А. Пробуждение тигра. Исцеление травмы. М.: АСТ, 2007. 316 с.
9. Марута Н.А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке // НейроNEWS. 2008. № 6(11). С. 24–28.
10. Мироненко М.А. Депрессивные расстройства у пациентов, получающих ПИТРС-терапию при лечении рассеянного склероза (обзор литературы) // Инновационные подходы в современной науке: сб. статей по материалам XXXVIII Межд. науч.-практ. конф. М.: Интернаука, 2019. С. 51–55.
11. Прокаева А.И., Архипов И.Е., Дорчинец Е.Е. [и др.]. Рассеянный склероз: современные диагностические маркеры и прогностические факторы прогрессирования // Сибирский научный медицинский журнал. 2024. Т. 44, № 1. С. 39–51.
12. Шацберг А.Ф., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии. М., 2017. 656 с.
13. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. М.: Медицина, 2003. 156 с.
14. Ghafari S., Ahmadi F., Nabavi M., [et al.]. Effectiveness of applying progressive muscle relaxation technique on quality of life of patients with multiple sclerosis // J. Clin. Nurs. 2009. Vol. 18, N 15. Pp. 2171–2179. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02787.x.
15. Kever A., Walker E.L.S., Riley C.S., [et al.]. Association of personality traits with physical function, cognition, and mood in multiple sclerosis // Mult. Scler. Relat. Disord. 2022. Vol. 59. Art. 103648. DOI: 10.1016/j.msard.2022.103648.
16. Myers L.W. Immunologic therapy for secondary and primary progressive multiple sclerosis // Curr. Neurol. Neurosci. Rep. 2001. Vol. 1, N 3. Pp. 286–293. DOI: 10.1007/s11910-001-0032-8.
17. Handbook of Clinical Neurology. Psychopharmacology of Neurologic Disease / Ed. V.I. Reus, D. Lindqvist. Amsterdam: Elsevier, 2019. Vol. 165. 458 p.
18. Patten S.B. Psychopharmacology of multiple sclerosis // Handbook of Clinical Neurology. 2019. Vol. 165. Pp. 309–315. DOI: 10.1016/B978-0-444-64012-3.00018-6.
19. Peres D.S., Rodrigues P., Viero F.T., [et al.]. Prevalence of depression and anxiety in the different clinical forms of multiple sclerosis and associations with disability: a systematic review and meta-analysis // Brain Behav. Immun. Health. 2022. Vol. 24. Art. 100484. DOI: 10.1016/j.bbih.2022.100484.

Получена 02.05.2026

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

Участие авторов: Н.В. Зарубина – обзор литературы, статистическая обработка данных, написание текста; Б.Д. Цыганков – концепция и дизайн исследования; М.С. Артемьева – написание текста и стилистическая обработка.

Для цитирования. Зарубина Н.В., Цыганков Б.Д., Артемьева М.С. Психотерапевтическая тактика лечения аффективных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 26–37. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-26-37.

N.V. Zarubina¹, B.D. Tsygankov², M.S.Artemieva¹

Psychotherapeutic Tactics for Treating Affective Disorders in Patients with Multiple Sclerosis

¹ Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Medical Institute
(6, Miklukho-Maklaya Str., Moscow, Russia);

² Russian University of Medicine (20, Delegatskaya Str., Moscow, Russia)

✉ Natalia Vladimirovna Zarubina – PhD Med. Sci., Department of Psychiatry and Medical Psychology, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Medical Institute (6, Miklukho-Maklaya Str., Moscow, 117198, Russia), e-mail: zarubina_ntvl@pfur.ru, SPIN: 1828-1858, ORCID: 0000-0001-6000-8715;

Boris Dmitrievich Tsygankov – Dr Med. Sci. Prof., Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Russian University of Medicine (20, Delegatskaya Str., Moscow, 127473, Russia), e-mail: boristsygankov@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-0180-1267;

Marina Stanislavovna Artemyeva – Dr. Med. Sci. Prof., Psychiatrist, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Medical Institute (6, Miklukho-Maklaya Str., Moscow, 117198, Russia), e-mail: msartemieva@mail.ru, ORCID: 0000-0002-8713-1438.

Abstract

Relevance. To date, there have been no evidence-based recommendations for the treatment of depressive disorders in patients with multiple sclerosis (MS), nor has a standardized treatment algorithm been developed for patients with MS and comorbid depression. Furthermore, factors determining the efficacy of specific pharmacological agents have not been sufficiently established. Timely diagnosis, pharmacotherapy, and psychotherapy of depressive disorders may provide the basis for developing comprehensive physical, psychological, and social rehabilitation programs for patients with MS.

The aim. To develop a treatment program for affective disorders in patients with multiple sclerosis.

Patients and methods. 203 patients with a clinically confirmed diagnosis of MS participated. Taking into account the course of the disease, MS patients were divided into 88.2 % (179 people) with remitting (RRS) type of MS and 11.8 % (24 people) with secondary progressive course (RRS). The average age of the examined patients with remitting course (RRS) ranged from 18 to 63 years, on average 38 ± 10 years. The age of the examined patients with MERS ranged from 29 to 65 years, on average (46 ± 9.00) years. The majority of patients had a disease duration of less than 20 years, on average 8.23 ± 6.57 years. The average age of onset of the disease is 30.2 ± 10.5 years. The duration of the disease was 9.84 ± 0.73 years, while the level of disability among patients (EDSS disability score) at the time of examination was 2.89 ± 0.16 points. The disability rate varied: in patients with RRMS 2.89 ± 0.16 points, in patients with VPRS (5.0 ± 0.24) points. To confirm the severity of depression, the A.T. Beck Depression Scale and the Self-Rating Depression Scale were used. The study used the following scales: the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (adapted by Yu. L. Khanin), the Malikova Asthenic State Scale (adapted by T. G. Chertova), the Heim Coping Scale, and the MSQoL-54 Quality of Life Questionnaire.

Results and discussion. Based on the presence or absence of depressive symptoms, patients with MS were divided into two groups: Group 1 comprised 90 patients with MS without depression, while Group 2 comprised 113 patients with MS and depression. Patients with MS and depression were found to have a reduced stress-coping capacity, altered self-perception, decreased readiness to respond to emotional stimuli, and diminished interpersonal interest. Following implementation of the developed treatment program, which included psychopharmacotherapy and psychotherapeutic interventions, the mental state of patients with MS and depression improved significantly ($p < 0.001$). Significant reductions in anxiety, asthenia, and depressive symptoms were observed. These changes were associated with improved quality of life, expansion of social interactions, and increased energy and functional capacity.

The results obtained have prospects for further application in the framework of improving personalized approaches to the treatment of patients with multiple sclerosis with depressive disorders, contributes to improving the quality of psychiatric care in general, and increasing the effectiveness of therapeutic measures.

Keywords: multiple sclerosis, depression, antidepressants, psychotherapy.

References

1. Alekseeva T.G., Enikolopova E.V., Sadal'skaya E.V., [et al.]. Kompleksnyi podkhod k otsenke kognitivnoi i emotsional'no-lichnostnoi sfer u bol'nykh rasseyannym sklerozom. Spetsial'nyi vypusk «Rasseyannyy skleroz» [An integrated approach to the assessment of cognitive and emotional-personal spheres in patients with multiple sclerosis. Special issue "Multiple Sclerosis"]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2002; 102(S2): 20–25. (In Russ.)
2. Andreeva M.T., Karavaeva T.A. Soputstvuyushchie psikhicheskie rasstroistva i narushenie emotsional'noi regulatsii u patsientov s rasseyannym sklerozom [Comorbid mental disorders and impaired emotional regulation in patients with multiple sclerosis]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2019; (4–2): 19–28. (In Russ.)
3. Andreeva M.T., Karavaeva T.A., Kalinin I.V. Psikhicheskaya travma i psikhologicheskie osobennosti lichnosti patsientov s rasseyannym sklerozom kak prediktory posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva i misheni psikhoterapii [Mental trauma and psychological personality traits in patients with multiple sclerosis as predictors of post-traumatic stress disorder and targets for psychotherapy]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2022; 56(3): 30–38. DOI: 10.31363/2313-7053-2022-56-3-30-38. (In Russ.)
4. Buldakova N.V., Boiko A.N. Lechenie depressii u nevrologicheskikh bol'nykh: ispol'zovanie selektivnykh ingibitorov obratnogo zakhvata serotoninina [Treatment of depression in neurological patients: use of selective serotonin reuptake inhibitors]. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha* [Outpatient Physician Handbook]. 2006; (4): 61–64. (In Russ.)
5. Zaslavskii L.G. Znachenie psikhoemotsional'nogo stressa v etiologii i techenii rasseyannogo skleroza [The role of psychoemotional stress in the etiology and course of multiple sclerosis]. *Nauka i praktika* [Science and Practice]. 2002; (11): 35. (In Russ.)
6. Kokotkina L.V., Tsygankov B.D., Kochetkov A.V., [et al.]. Sovremennye osobennosti psikhokorreksii trevozhno-depressivnykh rasstroistv u bol'nykh s travmaticheskoi boleznyu spinного mozga [Current approaches to psychocorrection of anxiety and depressive disorders in patients with traumatic spinal cord disease]. In: *Materialy I Vserossiiskogo s'ezda vrachei vosstanovitel'noi meditsiny* [Proceedings of the First All-Russian Congress of Rehabilitation Medicine Physicians]. Moscow, 2007. 138 p. (In Russ.)
7. Korzhova Yu.E., Bakulin I.S., Poidasheva A.G., [et al.]. Reabilitatsiya patsientov s rasseyannym sklerozom [Rehabilitation of patients with multiple sclerosis]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. Spetsial'nye vypuski* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Special Issues]. 2021; 121(7–2): 13–21. (In Russ.)
8. Levin P.A. Probuzhdenie tigra. Istsenenie travmy [Waking the tiger: healing trauma]. Moscow, 2007. 316 p. (In Russ.)
9. Maruta N.A. Vozmozhnosti antidepressivnoi terapii v XXI veke [Possibilities of antidepressant therapy in the 21st century]. *NeiroNEWS* [NeuroNEWS]. 2008; 6(11): 24–28. (In Russ.)
10. Mironenko M.A. Depressivnye rasstroistva u patsientov, poluchayushchikh PITRS-terapiyu pri lechenii rasseyannogo skleroza (obzor literatury) [Depressive disorders in patients receiving disease-modifying therapy for multiple sclerosis: a literature review]. In: *Innovatsionnye podkhody v sovremennoi nauke: sbornik statei po materialam XXXVIII Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Innovative approaches in modern science: proceedings of the XXXVIII international scientific and practical conference]. Moscow, 2019. Pp. 51–55. (In Russ.)
11. Prokaeva A.I., Arkhipov I.E., Dorchinets E.E., [et al.]. Rasseyannyy skleroz: sovremennye diagnosticheskie markery i prognosticheskie faktory progressirovaniya [Multiple sclerosis: modern diagnostic markers and prognostic factors of progression]. *Sibirskii nauchnyi meditsinskii zhurnal* [Siberian Scientific Medical Journal]. 2024; 44(1): 39–51. (In Russ.)
12. Shatzberg A.F., DeBattista C. Rukovodstvo po klinicheskoi psikhofarmakologii [Manual of clinical psychopharmacology]. Moscow, 2017. 656 p. (In Russ.)
13. Shmidt T.E., Yakhno N.N. Rasseyannyy skleroz [Multiple Sclerosis]. Moscow, 2003. 156 p. (In Russ.)
14. Ghafari S., Ahmadi F., Nabavi M., [et al.]. Effectiveness of applying progressive muscle relaxation technique on quality of life of patients with multiple sclerosis. *J. Clin. Nurs.* 2009; 18(15): 2171–2179. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02787.x.
15. Kever A., Walker E.L.S., Riley C.S., [et al.]. Association of personality traits with physical function, cognition, and mood in multiple sclerosis. *Mult. Scler. Relat. Disord.* 2022; 59: 103648. DOI: 10.1016/j.msard.2022.103648.

16. Myers L.W. Immunologic therapy for secondary and primary progressive multiple sclerosis. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2001; 1(3): 286–293. DOI: 10.1007/s11910-001-0032-8.
17. Handbook of Clinical Neurology. Psychopharmacology of Neurologic Disease. Eds. V.I. Reus, D. Lindqvist. Amsterdam: Elsevier; 2019; 165: 458.
18. Patten S.B. Psychopharmacology of multiple sclerosis. In: Reus V.I., Lindqvist D., eds. Handbook of Clinical Neurology. Psychopharmacology of Neurologic Disease. Amsterdam: Elsevier, 2019; 165: 309–315. DOI: 10.1016/B978-0-444-64012-3.00018-6.
19. Peres D.S., Rodrigues P., Viero F.T., [et al.]. Prevalence of depression and anxiety in the different clinical forms of multiple sclerosis and associations with disability: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav. Immun. Health.* 2022; 24: 100484. DOI: 10.1016/j.bbih.2022.100484.

Received 05.02.2026

For citing: Zarubina N.V., TSygankov B.D., Artemëva M.S. Psikhoterapevticheskaya taktika affektivnykh narushenij u patsientov s rasseyannym sklerozom. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 26–37. **(In Russ.)**

Zarubina N.V., Tsygankov B.D., Artemieva M.S. Psychotherapeutic tactics for treating affective disorders in patients with multiple sclerosis. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 26–37. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-26-37.

Е.В. Крылатова, Н.А. Селиверстова

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9)

Актуальность. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, распространённость тревожных расстройств в мире составляет около 4 % населения, при этом их вклад в структуру нетрудоспособности и снижение качества жизни сопоставим с депрессивными расстройствами. В Российской Федерации, по данным Росстата за период 2020–2024 гг., первичная заболеваемость психическими расстройствами непсихотического уровня увеличилась на 18 %, причём значительную долю (около 30 %) составляют тревожные расстройства, в том числе рубрики F41.8 (другие тревожные расстройства). Традиционные модели коррекции включают медикаментозную поддержку и/или психотерапию. Однако некоторые немедикаментозные методы представляются перспективными, например, такой метод коррекции как психофизиологическое воздействие с использованием искусственных стабильных функциональных связей (АСФС), разработанное В.М. Смирновым и Ю.С. Бородкиным, который показал свою эффективность у пациентов с функциональными расстройствами и негрубым органическим поражением центральной нервной системы. Преимуществом использования данного метода составляет его относительная краткосрочность и отсутствие побочных эффектов, которые могут наблюдаться при приёме лекарственных препаратов.

Цель. Оценить динамику когнитивных, эмоциональных и защитно-личностных показателей до и после трёхнедельного курса АСФС.

Методология. Методологическую основу составляют теоретические положения о механизмах формирования и активации артифициальных стабильных функциональных связей. Для проведения исследования использованы психодиагностические методики Бурдона, Мучника–Смирнова, Тейлор, Басса–Дарки, Цунга, СМИЛ и индекс жизненного стиля Р. Плутчика.

Результаты и обсуждение. Результаты показывают снижение тревоги, депрессивной симптоматики, напряжённости психологических защит и улучшение показателей внимания и кратковременной памяти.

Заключение. В целом в ходе немедикаментозной коррекции методом АСФС пациенты показывают положительную динамику в когнитивной и эмоциональной-личностной сфере, что делает его дополнительным возможным вариантом как при смягчении актуального состояния, так и для коррекции тревожных и депрессивных проявлений в случае, если классические способы недоступны по тем или иным причинам.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные проявления, психическое состояние, немедикаментозная коррекция, когнитивные функции, тревога, депрессия, психологические защиты, функциональные нарушения ЦНС.

✉ Крылатова Екатерина Валерьевна – аспирант, мед. психолог, Ин-т мозга человека им. Н.П. Бехтеревой (ИМЧ РАН) (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9), ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6198-2204>, e-mail: moi_lynx@mail.ru;

Селиверстова Наталья Алексеевна – д-р психол. наук, ст. науч. сотр, Ин-т мозга человека им. Н.П. Бехтеревой (ИМЧ РАН) (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9333-0476>, e-mail: seliverstova@ihb.spb.ru

Введение

Тревожно-депрессивные проявления в клинической практике редко ограничиваются эмоциональными жалобами. Пациенты с данным кругом нарушений описывают ухудшение памяти, снижение устойчивости внимания, нарушения сна, раздражительность, апатию, трудности поддержания привычного общения и снижение социальной активности. При диагнозе F41.8 подобная симптоматика нередко фиксируется как функциональное нарушение центральной нервной системы, при котором ведущими становятся изменения саморегуляции, эмоционального тонуса, когнитивной продуктивности и повседневной адаптации.

Значимость проблемы определяется тем, что тревожные и депрессивные проявления взаимно усиливают друг друга. Тревожное ожидание неблагоприятного исхода поддерживает напряжение, снижает концентрацию и нарушает сон; депрессивные проявления, в свою очередь, уменьшают мотивацию, субъективное чувство ресурса и готовность к коммуникации. На этом фоне когнитивные жалобы приобретают самостоятельную клиническую ценность, поскольку пациент оценивает снижение внимания и памяти как признак утраты контроля над состоянием.

Немедикаментозная коррекция методом формирования и активации искусственных стабильных функциональных связей мозга представляет интерес для работы с функциональными нарушениями ЦНС, поскольку данный подход направлен на регуляцию функционального состояния мозга через сенсорные импульсные воздействия заданной частоты. В отличие от классических методов психокоррекции, основанных на вербальной переработке переживаний, АСФС относится к психофизиологическим способам воздействия. Поэтому оценка результата требует анализа как эмоциональных шкал, так и когнитивных, личностных и защитно-адаптационных показателей.

Цель исследования – оценить динамику психического состояния у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами после трёхнедельного курса немедикаментозной коррекции методом АСФС.

Задачи исследования:

1. Определить исходные особенности когнитивных, эмоциональных и защитно-личностных показателей у пациентов с диагнозом F41.8.

2. Сопоставить результаты психодиагностического обследования до и после трёхнедельного курса АСФС.

3. Охарактеризовать направления изменений психического состояния, имеющие наибольшее значение для восстановления повседневной адаптации.

Научная новизна исследования состоит в комплексной оценке трёх уровней динамики психического состояния: нейродинамического, эмоционально-оценочного и защитно-личностного.

Материалы и методы

Материалы исследования составили данные психодиагностического обследования 50 пациентов в возрасте 44–60 лет (средний возраст $50 \pm 6,44$, из них 6 мужчин (12 %) и 44 женщины (88 %) с диагнозом F41.8, обратившихся к врачу с жалобами на ухудшение памяти, внимания, сна, настроения, апатию, раздражительность, коммуникативные затруднения и лёгкую социальную дезадаптацию. По описанию испытуемых, данные симптомы развивались на протяжении 2–3 лет. При этом они не связывали своё состояние с психологическими проблемами и не признавали необходимости психотерапевтической помощи, считая свои симптомы следствием физических заболеваний. Все участники прошли курс немедикаментозной коррекции методом АСФС продолжительностью три недели. Теоретической базой послужили работы К.А. Борисевич, где описаны клинические проявления сочетания тревожной и депрессивной симптоматики [1]; клинические рекомендации по генерализованному тревожному расстройству, задающие диагностические ориентиры для тревожных нарушений у взрослых [2]; клинические рекомендации по депрессивным расстройствам, раскрывающие значение нарушений настроения, сна, активности и концентра-

ции внимания [3]; обзор А.Б. Локшиной и В.В. Захарова, посвящённый связи астении и когнитивных нарушений [4]; статья Н.Н. Петровой, Ю.Р. Палкина, Д.В. Фаддеева, А.Г. Зиновьевой о коморбидности тревожных и депрессивных расстройств [5]; работа Н.Н. Петровой и К.С. Савицкой, где рассмотрены трудности диагностики сочетанной тревожно-депрессивной симптоматики [6]; исследование Т.Н. Резниковой и Н.А. Селиверстовой по немедикаментозной коррекции психического состояния методом АСФС [7]; статья Т.Н. Резниковой, Н.А. Селиверстовой, И.В. Чихачёва, в которой описан трёхнедельный курс АСФС и его влияние на когнитивные и эмоционально-личностные процессы [8]; монография В.М. Смирнова и Ю.С. Бородкина, раскрывающая теоретические основания артифициальных стабильных функциональных связей [9]; публикация Н.В. Титовой, Ю.Н. Бездольного, Е.А. Катунинной, где проанализирована связь психической утомляемости и когнитивной дисфункции [10].

Психодиагностический блок включал тест корректурной пробы («Тест Бурдона») для оценки устойчивости и продуктивности внимания; «Двойной тест Мучника–Смирнова» для оценки непосредственной и оперативной памяти; «Шкалу проявлений тревоги

Тейлор»; «Опросник уровня агрессивности Басса–Дарки»; «Шкалу самооценки депрессии Цунга»; личностный опросник «СМИЛ» Л.Н. Собчик; методику «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика. Обследование проводилось дважды: до начала курса и после его завершения.

Критерии включения: возраст 44–60 лет; установленный диагноз F41.8; жалобы на функциональные нарушения когнитивного, эмоционального или коммуникативного характера; согласие на участие; полное прохождение курса АСФС. Критерии исключения: выраженный неврологический дефицит; эпилептические приступы, инсульты, инфаркты в анамнезе; декомпенсированные соматические состояния; алкогольная или наркотическая зависимость; состояние, препятствующее выполнению психодиагностических заданий.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ Statistica (версия 12.0). Гипотезу о виде распределения проверяли, используя критерий Колмогорова–Смирнова. Для данных, не подчиняющихся нормальному распределению, результаты представляли в виде медианы (Me), нижнего (Q1) и верхнего квартилей (Q3); использовали непараметрические ме-

Таблица 1

Дизайн исследования и применённые методики

Уровень оценки	Методика	Измеряемые показатели	Период обследования
Внимание	Тест Бурдона	количество обработанных знаков, количество ошибок	до и после курса АСФС
Кратковременная память	Двойной тест Мучника–Смирнова	непосредственная память, оперативная память, индекс кратковременной памяти	до и после курса АСФС
Тревожность	Шкала проявлений тревоги Тейлор	общий уровень тревожных проявлений	до и после курса АСФС
Депрессивность	Шкала самооценки депрессии Цунга	выраженность депрессивной симптоматики	до и после курса АСФС
Агрессивность и враждебность	Опросник Басса–Дарки	индекс враждебности, вербальная агрессия, раздражительность	до и после курса АСФС
Личностный профиль	СМИЛ Л.Н. Собчик	шкалы невротического сверхконтроля, депрессивности, тревожности	до и после курса АСФС
Психологические защиты	Индекс жизненного стиля Р. Плутчика	отрицание, проекция, регрессия, интеллектуализация, общий индекс напряжённости защит	до и после курса АСФС

тоды статистической обработки: для выявления различий между двумя связанными группами применялся критерий Вилкоксона. Уровень статистической значимости принят при $p < 0,05$. Для данной задачи более обоснован сравнительный анализ показателей до и после коррекционных мероприятий.

Результаты и обсуждение

Исходные данные показывают, что клинико-психологические характеристики, определяющие состояние пациентов с диагнозом F41.8 представлены широким диапазоном. На первом плане находились жалобы на эмоциональное напряжение, снижение настроения, нарушения сна, утомляемость, трудности концентрации и снижение продуктивности в повседневных делах. Подобный клинико-психологический профиль описан в работе К.А. Борисевич, автор пишет, что у 27,3 % пациентов с диагнозом смешанного тревожно-депрессивного расстройства не наблюдается склонности к тревожным явлениям или чрезмерной тревожности. Однако негативные мысли и эмоции могут возникать внезапно, влияя на общее самочувствие [1]. В клинических рекомендациях среди диагностически значимых проявлений тревоги прямо названы усиленное реагирование на небольшие неожиданности или на испуг; затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства; постоянная раздражительность; затруднение при засыпании из-за беспокойства [2]. При депрессивной симптоматике особое значение приобретают снижение активности, ухудшение сна, утомляемость и ослабление способности к концентрации [3].

На когнитивном уровне до начала коррекции у пациентов отмечались сниженная устойчивость внимания и недостаточная продуктивность кратковременной памяти. По тесту Бурдона медиана времени выполнения пробы составляла 300 [267; 345] секунд, количество ошибок – 13 [9; 18]. По двойному тесту Мучника–Смирнова непосредственная память находилась на уровне 5,0 [4,5; 5,5] условных единиц, оперативная память – 3,2

[2,6; 3,8], эффективность кратковременного запоминания – 0,62 [0,54; 0,71]. Подобное объяснение согласуется с позицией А.Б. Локшиной и В.В. Захарова, что при астении снижается работоспособность, возникают трудности поддержания длительного умственного и физического напряжения. Наличие этих расстройств, несомненно, ассоциировано со снижением качества жизни, ростом заболеваемости и смертности в целом. Можно сказать, что жалобы на слабость, усталость и утомляемость являются наиболее частыми на приеме у врача первичного звена [4, с. 20].

После трёхнедельного курса АСФС показатели внимания улучшились. По тесту Бурдона время выполнения пробы уменьшилось до 234 [202; 281], количество ошибок снизилось до 9 [6; 13]. Различия достигли статистической значимости. По двойному тесту Мучника–Смирнова непосредственная память выросла до 5,8 [5,4; 6,2], оперативная память – до 5,1 [4,6; 5,8], эффективность кратковременного запоминания – до 0,88 [0,81; 0,96]. Наиболее выраженная динамика касалась оперативной памяти, что логично для пациентов с исходной истощаемостью внимания: улучшение регуляции внимания снижает нагрузку на удержание и переработку материала (табл. 2).

Эмоционально-оценочный уровень исходно характеризовался повышением тревоги и умеренно выраженной депрессивной симптоматикой. По шкале Тейлор медиана составила 31 [27; 36] балл, по шкале Цунга – 58 [54; 62] баллов. Связь депрессивной симптоматики с когнитивными жалобами подтверждается клиническими рекомендациями, где среди проявлений депрессивного эпизода указана рассеянность внимания, которая характеризуется ощутимыми сложностями с концентрацией внимания и ещё большими трудностями в его переключении. Данный тип невнимательности проявляется при временном или постоянном ослаблении интенсивности и силы нервных процессов. У здоровых, но ослабленных в результате переутомления людей данная рассеянность внимания может наблюдаться на отрезке какого-то времени до восстановления их сил.

Таблица 2

**Показатели когнитивной сферы до и после коррекции
(по методикам «Тест Бурдона» и «Двойной тест»)**

Методика	До	После	Уровень значимости
Тест Бурдона			
– время выполнения пробы	300 [267; 345]	234 [202; 281]	< 0,05
– количество ошибок	13 [9; 18]	9 [6; 13]	< 0,05
«Двойной тест»			
– непосредственная память	5,0 [4,5; 5,5]	5,8 [5,4; 6,2]	< 0,05
– оперативная память	3,2 [2,6; 3,8]	5,1 [4,6; 5,8]	< 0,01
– эффективность кратковременного запоминания	0,62 [0,54; 0,71]	0,88 [0,81; 0,96]	< 0,01

В качестве же клинического проявления она наблюдается у пациентов с кислородным голоданием мозга и у людей пожилого возраста, страдающих церебральным атеросклерозом. Невнимательность последних также называют «стариковской рассеянностью». По данным Н.Н. Петровой и соавторов, при коморбидном тревожно-депрессивном профиле уровень депрессии и тревоги у большинства пациентов был высоким, причём тревожные нарушения могут сопутствовать клинически очерченным депрессивным расстройствам в качестве симптома депрессии, а могут выступать как проявления единого тревожно-депрессивного расстройства синдромального либо субсиндромального уровней [5].

После курса АСФС уровень тревоги по шкале Тейлор снизился до 20 [16; 24] баллов, показатель депрессии по шкале Цунга – до 43 [39; 48] баллов. Оба изменения статистически значимы. Переход медианы по шкале Цунга ниже порогового диапазона клинически значимой депрессивности имеет практическое значение: пациенты после курса реже описывали состояние как «безысходное» или «неуправляемое», чаще отмечали восстанов-

ление бытовой активности, улучшение сна и более спокойную реакцию на повседневные нагрузки. Похожие изменения эмоционального самочувствия описаны Т.Н. Резниковой и Н.А. Селиверстовой. Так, после курса воздействия методом АСФС был проведён анализ динамики психического состояния в обследованной группе больных РС. Большинство больных РС отмечали улучшение общего самочувствия, повышение настроения, активности и уверенности, восстановление ночного сна [7].

По опроснику Басса–Дарки наиболее заметная динамика выявлена в показателях враждебности и раздражительности. Индекс враждебности снизился с 14 [12; 16] до 8 [6; 10] баллов, раздражительность – с 7 [5; 9] до 5 [4; 7] баллов (табл. 3). Эти данные следует трактовать как изменения с уменьшением внутреннего напряжения, повышением терпимости к фрустрирующим ситуациям и ослаблением защитного реагирования. Показатели физической агрессии не рассматривались как самостоятельная мишень коррекции, поскольку исходно не выходили за пределы нормативного диапазона.

Таблица 3

**Показатели эмоциональной сферы до и после коррекции
(по методикам «Шкала тревоги Тейлор», «Шкала самооценки депрессии Цунга»,
«Опросник уровня агрессивности Басса-Дарки»)**

Показатель	До	После	Уровень значимости
Общий уровень тревоги Тейлор	31 [27; 36]	20 [16; 24]	< 0,01
Уровень депрессии, Цунг	58 [54; 62]	43 [39; 48]	< 0,01
Индекс враждебности, Басса-Дарки	14 [12; 16]	8 [6; 10]	< 0,01
Раздражительность, Басса-Дарки	7 [5; 9]	5 [4; 7]	< 0,01

Таблица 4

**Показатели личностной сферы до и после коррекции
(методики «СМИЛ» и «Индекс Жизненного стиля»)**

Показатели	До	После	Уровень значимости
СМИЛ. Шкала 1	72 [65; 78]	64 [58; 70]	< 0,05
СМИЛ. Шкала 2	70 [64; 76]	59 [54; 66]	< 0,01
СМИЛ. Шкала 7	69 [63; 75]	58 [52; 65]	< 0,01
ИЖС			
– отрицание	65 [58; 72]	58 [51; 64]	< 0,05
– проекция	60 [53; 67]	54 [47; 61]	< 0,05
– интеллектуализация	45 [38; 52]	52 [46; 58]	< 0,05
– общий индекс психологических защит	61 [55; 69]	54 [49; 61]	< 0,05

Личностный профиль по СМИЛ до курса АСФС характеризовался повышением шкал, связанных с невротическим сверхконтролем, депрессивностью и тревожностью. Шкала 1 составила 72 [65; 78] Т-баллов, шкала 2 – 70 [64; 76] Т-баллов, шкала 7 – 69 [63; 75] Т-баллов. Данная конфигурация указывает на фиксацию на состоянии здоровья, сниженный эмоциональный тонус, ожидание неблагоприятных последствий и склонность к внутреннему контролю. После коррекции шкала 1 снизилась до 64 [58; 70], шкала 2 – до 59 [54; 66], шкала 7 – до 58 [52; 65] Т-баллов (табл. 4).

В работах Т.Н. Резниковой и соавторов метод АСФС описан как немедикаментозное воздействие, связанное с формированием и активацией искусственных стабильных функциональных связей мозга [7, 8]. Теоретическая линия метода восходит к исследованиям В.М. Смирнова и Ю.С. Бородкина: искусственные стабильные функциональные связи трактуются в них как функциональные образования, возникающие при заданной сенсорной стимуляции и участвующие в регуляции состояния центральной нервной системы [9]. В настоящем исследовании такая опора нужна для объяснения того, почему сдвиги в когнитивных показателях идут вместе с изменениями эмоционального фона: оба ряда данных соотносятся с перестройкой функциональной организации психофизиологического состояния.

До начала курса защитно-личностный уровень по индексу жизненного стиля отличался повышенными значениями отрицания, проекции и общего индекса напряженно-

сти защит. Отрицание составило 65 [58; 72] процентиля, проекция – 60 [53; 67], общий индекс напряженности защит – 61 [55; 69]. После курса отрицание снизилось до 58 [51; 64], проекция – до 54 [47; 61], общий индекс – до 54 [49; 61]. Интеллектуализация, напротив, умеренно выросла с 45 [38; 52] до 52 [46; 58] процентиля. При снижении тревожного напряжения уменьшается потребность в более примитивных способах психологической защиты, а рациональная переработка переживаний становится доступнее (см. табл. 4).

Таким образом, сравнение показателей до и после курса позволяет выделить три направления динамики. Первое связано с повышением когнитивной продуктивности: пациенты быстрее и точнее выполняли задания на внимание, лучше удерживали материал в кратковременной памяти и успешнее справлялись с операциями, требующими одновременного запоминания и переработки. Второе направление затрагивает эмоциональное состояние: снизились тревожность и депрессивность, уменьшилась раздражительность. Третье направление относится к защитно-личностной сфере: уменьшилась выраженность отрицания и проекции, снизился общий уровень напряженности психологических защит.

Полученные результаты согласуются с данными о том, что при тревожно-депрессивной симптоматике когнитивные жалобы часто связаны с эмоциональным напряжением и астенизацией [4, 10]. В исследованиях коморбидности тревоги и депрессии сочетанная симптоматика описывается как

фактор, затрудняющий возвращение пациента к привычной повседневной активности [5, 6], на таком клиническом материале метод АСФС представляет интерес как немедикаментозная процедура, направленная на психофизиологическую регуляцию.

Полученные данные дают основание рассматривать тревожно-депрессивное состояние при F41.8 как функционально неоднородное нарушение: эмоциональная симптоматика здесь сочетается с когнитивной истощаемостью и повышенным напряжением защитных механизмов. При такой структуре нарушения одна шкала тревоги или депрессии сужает картину происходящих сдвигов. Более содержательной оказывается трёхуровневая схема: внимание и память фиксируют нейродинамическую сторону состояния, шкалы тревоги и депрессии передают эмоциональный уровень, а СМИЛ и индекс жизненного стиля показывают, как пациент личностно перерабатывает переживания через систему психологических защит.

Наиболее выраженная положительная динамика проявилась в эмоциональных шкалах. Снижение тревожности после курса АСФС имеет значение не только как уменьшение субъективного дискомфорта. Н.Н. Петрова и К.С. Савицкая описывают хроническое флуктуирующее течение ГТР как в сочетании с разной глубины депрессией, так и с другими тревожными расстройствами (паническими атаками) [6], поэтому снижение тревожности после курса АСФС следует рассматривать в связи с общей эмоциональной стабилизацией.

Динамика по шкале Цунга показывает переход от умеренно выраженной депрессивной симптоматики к диапазону, близкому к нормативному. Для интерпретации результата принципиально, что снижение депрессивности сопровождалось улучшением оперативной памяти и внимания. Подобная связка позволяет предположить, что пациенты до курса испытывали состояние функциональной истощаемости. После коррекции уменьшилась нагрузка на регуляторные механизмы, что отразилось в большей точности и продуктивности выполнения заданий. Такая трак-

товка согласуется с позицией Н.В. Титовой, Ю.Н. Бездольного и Е.А. Катунинной, которые пишут, что повышенная утомляемость может проявляться физической и/или когнитивной и психической утомляемостью. Для терапии астенических состояний, сопровождающихся КН, патогенетически обоснована комбинированная терапия, включающая фонтурацетам, препарат, содержащий экстракт гинкго билоба, и никотиноил-ГАМК [10].

Снижение враждебности и раздражительности указывает на ослабление реактивного напряжения: до курса оно выражалось в настороженности, недовольстве, вспыльчивых реакциях и затруднённом контакте с окружающими.

После курса АСФС профиль СМИЛ сместился к меньшей выраженности актуального невротического напряжения. Падение показателей по шкалам, связанным с фиксацией на самочувствии, депрессивностью и тревожностью, передаёт ослабление внутренней зажатости и эмоционального неблагополучия. Говорить о «перестройке личности» по результатам трёх недель некорректно: курс направлен на смягчение актуального состояния, из-за которого личностные акцентуации в период обращения выглядели более резкими.

Динамика психологических защит требует отдельного прочтения, так как снижение отрицания и проекции на фоне умеренного роста интеллектуализации выглядит клинически правдоподобно. Когда тревога снижается, пациенту требуется меньше искажать восприятие собственного состояния или переносить внутреннее напряжение на внешние обстоятельства. Рост интеллектуализации в пределах адаптивного диапазона указывает на усиление рациональной переработки переживаний. Подобное изменение допустимо рассматривать как признак большей психологической организованности после курса.

Для применения факторного анализа требуются достаточный объём выборки, предварительная проверка пригодности матрицы данных, описание факторных нагрузок, критериев выделения факторов и доли объяснённой дисперсии. В исследовании с 50 пациентами и большим количеством

разнотипных шкал факторная модель создала бы риск методической избыточности. Сравнение связанных выборок в данном случае лучше соответствует цели: оценить динамику состояния до и после конкретного курса коррекционных мероприятий.

Ограничения исследования связаны с отсутствием отдалённого катамнестического этапа и контрольной группы, сопоставимой по диагнозу и выраженности симптоматики. Поэтому результаты характеризуют ближайший эффект трёхнедельного курса, но не позволяют судить о длительности сохранения достигнутой динамики. Перспективным направлением дальнейшей работы выступает повторное обследование через три и шесть месяцев с анализом устойчивости когнитивных и эмоционально-личностных изменений.

Заключение

По первой задаче установлено, что пациенты с диагнозом F41.8 до начала курса АСФС характеризовались сочетанием тревоги, умеренно выраженной депрессивной

симптоматики, снижения устойчивости внимания, ослабления оперативной памяти, раздражительности и повышенной напряжённости психологических защит.

По второй задаче выявлена статистически значимая положительная динамика после трёхнедельного курса немедикаментозной коррекции методом АСФС. Улучшились показатели теста Бурдона и двойного теста Мучника–Смирнова, снизились значения по шкалам тревоги Тейлор и депрессии Цунга, уменьшилась выраженность враждебности, невротического напряжения и ряда защитных механизмов.

По третьей задаче определены наиболее заметные направления изменений психического состояния: повышение когнитивной продуктивности, снижение эмоционального напряжения и смягчение защитно-личностной дезадаптации. Полученные данные позволяют рассматривать метод АСФС как перспективный вариант немедикаментозной психофизиологической коррекции у пациентов с тревожно-депрессивными проявлениями и функциональными нарушениями ЦНС.

Литература

1. Борисевич К.А. Клиническая характеристика пациентов со смешанным тревожным и депрессивным расстройством // *Международный научно-исследовательский журнал*. 2024. № 8 (146). С. 1–4. DOI: 10.60797/IRJ.2024.146.159.
2. Генерализованное тревожное расстройство: клинические рекомендации / Российское общество психиатров. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. С. 8–10.
3. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство: клинические рекомендации / Российское общество психиатров. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. С. 11–12.
4. Локшина А.Б., Захаров В.В. Двуединство астении и когнитивных расстройств при церебральных заболеваниях // *Медицинский совет*. 2023. № 21. С. 20–27. DOI: 10.21518/ms2023-401.
5. Петрова Н.Н., Палкин Ю.Р., Фаддеев Д.В., Зиновьева А.Г. Коморбидность депрессивных и тревожных расстройств в клинической практике // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021. Т. 121, № 4. С. 31–37. DOI: 10.17116/jnevro202112104131.
6. Петрова Н.Н., Савицкая К.С. Диагностика и терапия коморбидных тревожных и депрессивных расстройств в клинической практике // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2021. № 1. С. 102–112. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-1-102-112.
7. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А. О коррекции психического состояния немедикаментозным способом при рассеянном склерозе // *Клиническая и специальная психология*. 2019. Т. 8, № 1. С. 177–188. DOI: 10.17759/cpse.2019080111.
8. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Чихачёв И.В. Коррекция когнитивных и эмоционально-личностных процессов у пожилых лиц немедикаментозным способом методом формирования и активаций искусственных стабильных функциональных связей мозга // *Клиническая и специальная психология*. 2021. Т. 10, № 4. С. 162–184. DOI: 10.17759/cpse.2021100408.
9. Смирнов В.М., Бородкин Ю.С. Искусственные стабильные функциональные связи. Л.: Медицина, 1979. 192 с.
10. Титова Н.В., Бездольный Ю.Н., Катунина Е.А. Астения, психическая утомляемость и когнитивная дисфункция // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023. Т. 123, № 5. С. 38–47. DOI: 10.17116/jnevro202312305138.

Поступила 29.04.2026

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

Участие авторов: Е.В. Крылатова – сбор первичных данных, статистический анализ результатов, написание первого варианта статьи, обобщение результатов, транслитерация списка литературы; Н.А. Селиверстова – планирование и методология исследования, редактирование окончательного варианта статьи.

Для цитирования. Крылатова Е.В., Селиверстова Н.А. Динамика психического состояния у пациентов с тревожно-депрессивными проявлениями в процессе немедикаментозной коррекции // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 38–47. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-38-47.

E.V. Krylatova, N.A. Seliverstova

Dynamics of Mental State in Patients with Anxiety and Depression Symptoms During Non-Pharmacological Correction Using the ASFC Method

N.P. Bechtereva Institute of the human brain (9, Akademika Pavlova Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Ekaterina Valerievna Krylatova – graduate student, medical psychologist, N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain (9, Akademika Pavlova Str., St. Petersburg, 197376, Russia), ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6198-2204>, e-mail: moi_lynx@mail.ru;

Natal'ya Alekseevna Seliverstova – Dr. Psychol. Sci., Senior Researcher, N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain (9, Akademika Pavlova Str., St. Petersburg, 197376, Russia), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9333-0476>, e-mail: seliverstova@ihb.spb.ru

Abstract

Relevance. According to the World Health Organization, anxiety disorders affect approximately 4 % of the global population, with their contribution to disability and reduced quality of life being comparable to that of depressive disorders. In the Russian Federation, according to Rosstat data for 2020–2024, the incidence of non-psychotic mental disorders increased by 18 %, with anxiety disorders accounting for a substantial proportion (approximately 30 %), including disorders classified under F41.8 (other anxiety disorders). Traditional treatment approaches include pharmacotherapy and/or psychotherapy. However, certain non-pharmacological methods appear promising, including psychophysiological intervention using Artificial Stable Functional Connections (ASFC), developed by V.M. Smirnov and Yu.S. Borodkin. This method has demonstrated efficacy in patients with functional disorders and mild organic lesions of the central nervous system. Its potential advantages include a relatively short treatment course and the absence of adverse effects associated with pharmacological treatment.

Objective. To assess changes in cognitive, emotional, and defense-personality indicators before and after a three-week course of ASFC.

Methodology. The methodological framework is based on theoretical principles regarding the mechanisms of formation and activation of artificial stable functional connections. The study utilized psychodiagnostic methods developed by Burdon, Muchnik–Smirnov, Taylor, Bass–Dark, Tsung, SMIL, and R. Plutchik's Lifestyle Index.

Results and discussion. The results demonstrated a reduction in anxiety and depressive symptoms, decreased tension of psychological defenses, and improved attention and short-term memory performance.

Conclusion. Overall, patients demonstrated positive changes in cognitive and emotional-personality domains following non-pharmacological intervention using ASFC. These findings suggest that ASFC may represent a potential adjunctive approach both for alleviating current

symptoms and for addressing anxiety and depressive manifestations when conventional treatment options are unavailable or cannot be used for various reasons.

Keywords: anxiety and depressive symptoms, mental state, non-pharmacological treatment, cognitive functions, anxiety, depression, psychological defenses, functional disorders of the central nervous system.

References

1. Borisevich K.A. Klinicheskaja harakteristika pacientov so smeshannym trevozhnym i depressivnym rasstrojstvom [Clinical characteristics of patients with mixed anxiety and depressive disorder]. *Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal* [International Research Journal]. 2024; (8(146)):1–4. DOI: 10.60797/IRJ.2024.146.159 (In Russ.)
2. Generalizovannoe trevozhnoe rasstrojstvo: klinicheskie rekomendacii. Rossijskoe obshhestvo psihiatrov [Generalized anxiety disorder: clinical guidelines / Russian society of psychiatrists]. Moscow, 2021. Pp. 8–10. (In Russ.)
3. Depressivnyj jepizod. Rekurrentnoe depressivnoe rasstrojstvo: klinicheskie rekomendacii. Rossijskoe obshhestvo psihiatrov. [Depressive episode. Recurrent depressive disorder: clinical guidelines. Russian society of psychiatrists]. Moscow, 2021. Pp. 11–12. (In Russ.)
4. Lokshina A.B., Zaharov V.V. Dvuedinstvo astenii i kognitivnyh rasstrojstv pri cerebral'nyh zabolevanijah [The dual nature of asthenia and cognitive disorders in cerebral diseases]. *Medicinskij sovet* [Medical Council]. 2023; (21): 20–27. DOI: 10.21518/ms2023-401. (In Russ.)
5. Petrova N.N., Palkin Ju.R., Faddeev D.V., Zinov'eva A.G. Komorbidnost' depressivnyh i trevozhnyh rasstrojstv v klinicheskoi praktike [Comorbidity of depressive and anxiety disorders in clinical practice]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2021; 121(4): 31–37. DOI: 10.17116/jnevro202112104131 (In Russ.)
6. Petrova N.N., Savickaja K.S. Diagnostika i terapija komorbidnyh trevozhnyh i depressivnyh rasstrojstv v klinicheskoi praktike [Diagnosis and treatment of comorbid anxiety and depressive disorders in clinical practice]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2021; (1): 102–112. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-1-102-112 (In Russ.)
7. Reznikova T.N., Seliverstova N.A. O korrekcii psihicheskogo sostojanija nemedikamentoznym sposobom pri rassejannom skleroze [Non-pharmacological approaches to mental health management in multiple sclerosis]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija* [Clinical and Special Psychology]. 2019; 8(1): 177–188. DOI: 10.17759/cpse.2019080111 (In Russ.)
8. Reznikova T.N., Seliverstova N.A., Chihachjov I.V. Korrekcija kognitivnyh i jemocional'no-lichnostnyh processov u pozilyh lic nemedikamentoznym sposobom metodom formirovanija i aktivacij artificial'nyh stabil'nyh funkcional'nyh svjazej mozga [Non-pharmacological correction of cognitive and emotional-personality processes in older adults through the formation and activation of artificial stable functional brain connections]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija* [Clinical and Special Psychology]. 2021; 10(4): 162–184. DOI: 10.17759/cpse.2021100408 (In Russ.)
9. Smirnov V.M., Borodkin Ju.S. Artificial'nye stabil'nye funkcional'nye svjazi [Artificial stable functional connections]. Leningrad, 1979. 192 p. (In Russ.)
10. Titova N.V., Bezdo'nyj Ju.N., Katunina E.A. Astenija, psihicheskaja utomljaemost' i kognitivnaja disfunkcija [Asthenia, mental fatigue, and cognitive dysfunction]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2023; 123(5): 38–47. DOI: 10.17116/jnevro202312305138 (In Russ.)

Received 29.04.2026

For citing: Krylatova E.V., Seliverstova N.A. Dinamika psikhicheskogo sostoyaniya u patsientov s trevozhno-depressivnymi proyavleniyami v protsesse nemedikamentoznoj korrektsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 38–47. (In Russ.)

Krylatova E.V., Seliverstova N.A. Dynamics of mental state in patients with anxiety and depression symptoms during non-pharmacological correction using the ASFC method. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 38–47. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-38-47.

А.С. Кубекова

ТЕХНИКИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

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

Актуальность. Заболевания сердечно-сосудистой системы на сегодняшний день являются одной из самых распространённых причин смертности населения в Российской Федерации. Они ведут к физиологическим и биохимическим изменениям в организме, тем самым оказывая негативное влияние на общее психологическое состояние человека и внутреннюю картину болезни. По данным отчёта Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение в России 2024», за два года (2022–2023) в Российской Федерации на 1,9 % увеличилось темпы роста болезней систем кровообращения.

Цель. Провести оценку эффективности техник когнитивно-поведенческой терапии повышения приверженности к терапии больных гипертонической болезнью в стационарных условиях.

Методология. Оценка эффективности техник когнитивно-поведенческой терапии повышения приверженности к терапии больных гипертонической болезнью в стационарных условиях проводилась 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). В кардиологическом отделении было проанкетировано и протестировано 418 больных ГБ. На момент обследования больные проходили стационарное лечение и состояли под наблюдением у кардиологов и терапевтов. 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); 3) шкала тревоги Спилбергера – Ханина (Charles Spielberger, рос. адаптация: Ю.Л. Ханин); 4) тест-опросник личности «Большая пятёрка» (в рос. адаптации А.Б. Хромов); 5) опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова); 6) методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). В качестве методов статистической обработки эмпирических данных были использованы линейный коэффициент корреляции и корреляционный анализ с применением критерия ранговой корреляции Спирмена, t-критерий Стьюдента с помощью пакета SPSS Statistics 28.0.

Результаты и их анализ. В условиях дефицита времени в рамках стационарного лечения важное значение имеет применение краткосрочных психотерапевтических методов для больных ГБ. В результате исследования у больных гипертонической болезнью был выявлен низкий уровень общей приверженности к лечению, что означает низкую вовлечённость в выполнение больным рекомендаций врача в отношении приёма лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других мер, направленных на изменение образа жизни. Для повышения приверженности к терапии больных гипертонической болезнью рекомендуется использо-

вать психотерапевтические практики, включающие в себя когнитивно-поведенческую терапию, мотивационное интервью. Метод когнитивно-поведенческой терапии в настоящее время является наиболее эффективным среди психотерапевтических методов при лечении психосоматических заболеваний. После применения техник когнитивно-поведенческой терапии в психокоррекционной программе повышения приверженности больные ГБ стали строже выполнять рекомендации врача, повысилась ответственность за выздоровление и качество жизни больного. Среди причин, повлиявших на повышение приверженности и других психологических показателей больных, называется улучшение здоровья в процессе стационарного лечения.

Заключение. Когнитивно-поведенческая терапия имеет большое количество преимуществ, в том числе возможность достижения психотерапевтического эффекта в краткосрочный период. Конечными целями в рамках работы с больными кардиологического профиля выступают минимизация психосоциальных факторов риска прогрессирования заболевания, достижение гармоничного типа внутренней картины болезни и повышение качества жизни пациента. Кроме того, психологические реабилитационные мероприятия позволяют достичь комплаенса, повысить приверженность лечебной терапии и скорректировать неадекватные представления пациента о своём состоянии.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, приверженность к терапии, психологическая коррекция, психоэмоциональный статус, методы повышения приверженности к лечению, когнитивно-поведенческая терапия, болезни кардиологического профиля, психосоматические расстройства, психологическая профилактика.

Введение

Заболевания сердечно-сосудистой системы на сегодняшний день стали одной из самых распространённых причин смертности населения в Российской Федерации. Они ведут к физиологическим и биохимическим изменениям в организме, тем самым оказывая негативное влияние на общее психологическое состояние пациента и внутреннюю картину болезни. По данным отчёта Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение в России 2024», за два года (2022–2023) в Российской Федерации на 1,9 % увеличилось темпы роста болезней систем кровообращения [14].

Традиционный подход к лечению основан на использовании медикаментозной терапии, в то время как современный взгляд на хронические неинфекционные заболевания включает использование также и психологических методов для эффективного лечения и вторичной профилактики [1, 2]. В работе Елиашевич С.О., Мишаровой А.П., Медика Я.В. и др. [8] были выявлены психоэмоциональные мишени для проведения когнитивно-поведенческой терапии с больными, такие как депрессия, чувство вины и стыд. В исследовании Базаркиной Д.В., Кирюхиной С.В., Подсеваткина В.Г. [3] показана эффективность

курса КПТ для формирования эффективных когнитивных схем и обучения навыкам саморегуляции для формирования долгосрочной ремиссии. Одним из активно используемых и эмпирически доказательных направлений в работе с заболеваниями кардиологического профиля является когнитивно-поведенческий подход. Его эффективность продемонстрирована рядом научных исследований с достоверными методами получения и обработки данных. В основе когнитивно-поведенческой терапии лежит работа с негативными реакциями и эмоциональными состояниями, влияющими на мышление и поведение человека. Психолог достигает результата с помощью коррекции автоматических мыслей, когнитивных ошибок мышления, иррациональных установок, обращая их в более адаптивные [8].

Одной из первоочередных задач психолога является выбор наиболее приемлемых для конкретного пациента методов. В ходе же групповой работы, например, в рамках школ здоровья, специалисту необходимо уделить должное внимание как всей группе в целом, так и каждому её члену в отдельности, используя индивидуальный подход для достижения эффективного результата в ходе занятий. Для подбора методик учитывается не только наличие конкретного заболе-

вания, но и пол, возраст, психологические особенности пациента, наличие внутренних конфликтов и невротических черт личности, тип отношения к болезни, копинг-стратегии и уровень приверженности к лечению.

Краткосрочная КПТ позволяет эффективно реализовывать потребности практической медицины. Основными психологическими технологиями, применяемыми для работы с пациентами кардиологического профиля, являются:

- 1) методы когнитивного реструктурирования;
- 2) методы изменения окружающей среды или самоподкрепления;
- 3) метод ведения дневника;
- 4) способы развития позитивного поведения;
- 5) сенсорная репродукция;
- 6) реатрибуция;
- 7) методы, направленные на снятие стресса, тревоги и напряжения [15].

Как известно, многие болезни кардиологического профиля приводят к нейровегетативным нарушениям, в конечном счёте связанным с изменениями, ведущими к снижению толерантности к стрессовым ситуациям. Так как дистресс является фактором прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, возникает порочный круг, который пациенту разорвать без помощи специалиста представляется особой трудностью. В ходе работы в рамках когнитивно-поведенческой терапии психолог помогает клиенту снизить психосоциальные факторы риска, повысить стрессоустойчивость. Для обучения управлению стрессом активно применяется уже проверенный временем метод систематической сенсификации, разработанный Джозефом Вольпе. В основе – моделирование и контролируемое введение клиента в ситуации, вызывающие тревогу, для постепенного преодоления вызванных негативных реакций.

Барановым М.Л., Джангильдиным Ю.Т., Гаджиевой У.Х. [4] было установлено, что у пациентов, проходивших адаптированную программу когнитивно-поведенческой терапии достоверно выше показатели качества жизни по психическому и физическому

компонентам в сравнении с больными, не проходившие данную программу.

Стоит отметить, что для работы с больными кардиологического профиля также применим метод СМЭР, заключающийся в анализе дестабилизирующей ситуации, автоматических мыслей, эмоций и реакций. Глубокая работа квалифицированного КПТ-специалиста позволяет скорректировать компенсаторные стратегии, копинг-стратегии, глубинные убеждения и негативный эмоциональный ответ. С каждым годом растёт ценность и значимость психологической работы в медицинских учреждениях. Современные методы терапии сердечно-сосудистых патологий демонстрируют целостный подход к пациенту в соматической практике и включают в себя комбинацию медикаментозных методов и психологической помощи [16–18]. Когнитивно-поведенческая терапия имеет большое количество преимуществ, в том числе возможность достижения психотерапевтического эффекта в краткосрочный период. Конечными целями в рамках работы с больными гипертонической болезнью являются минимизация психосоциальных факторов риска прогрессирования заболевания, достижение гармоничного типа внутренней картины болезни и повышение качества жизни пациента. Кроме того, психологические реабилитационные мероприятия позволяют достичь комплаенса, повысить приверженность лечебной терапии и скорректировать неадекватные представления больного о своём состоянии.

Цель исследования. Апробация психокоррекционной программы повышения приверженности терапии для больных гипертонической болезнью с оперативным мониторингом их психоэмоционального состояния, приверженности терапии, уровня комплаентности и стилей саморегуляции поведения в период стационарного и амбулаторно-поликлинического лечения.

Материал и методы

Оценка эффективности техник когнитивно-поведенческой терапии повышения приверженности к терапии больных гиперто-

нической болезнью в стационарных условиях проводилась 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). В кардиологическом отделении было проанкетировано и протестировано 418 больных ГБ. 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. На момент обследования больные проходили стационарное лечение и состояли под наблюдением кардиологов и терапевтов. 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) [10]. Опросник КОП-25 позволяет оценить приверженность пациентов к лекарственной терапии, к медицинскому сопровождению, к модификации образа жизни; интегральную приверженность к лечению [10].

2. Тест-опросник личности «Большая пятёрка» (в рос. адаптации А.Б. Хромов).

3. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова) [11]. Позволяет диагностировать степень развития осознанной саморегуляции и её индивидуальные профили, компонентами которых являются частные регуляторные процессы: планирование целей, моделирование значимых условий, программирование действий, оценка результата [11].

4. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) – клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни (НИПНИ (1986)) [13].

5. «Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири) [12].

6. Шкала тревоги Спилбергера – Ханина (Charles Spielberger, рос. адаптация: Ю.Л. Ханин) [15]. Шкала тревожности Спилберге-

ра – Ханина использовалась для определения у больных уровня реактивной и личностной тревожности.

В качестве методов статистической обработки эмпирических данных были использованы линейный коэффициент корреляции и корреляционный анализ с применением критерия ранговой корреляции Спирмена, t-критерий Стьюдента с помощью пакета SPSS Statistics 28.0. Дисперсионный анализ проведён с помощью программы ANalysis Of VAriance (ANOVA).

Результаты их анализ

Всего в психокоррекционной программе медицинского психолога с применением техник когнитивно-поведенческой терапии повышения приверженности терапии для больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий в стационаре приняли участие 49 человек. Кроме того, в качестве контрольной группы были больные 2-й и 3-й стадий ГБ (50 человек), не принимавшие участие в психокоррекционной программе с использованием техник КПТ повышения приверженности к терапии, но с которыми были проведён скрининг психодиагностических методик и методов. Психокоррекционная программа повышения приверженности к терапии с применением техник когнитивно-поведенческой терапии для больных гипертонической болезнью включала в себя несколько этапов работы. На первом и заключительном (четвёртом) этапах медицинский психолог проводил комплексную психологическую диагностику больных ГБ. В рамках третьего этапа психокоррекционной программы проводилась психологическая коррекция пациентов с применением техник когнитивно-поведенческой терапии (работа с автоматическими мыслями, работа с убеждениями пациента, упражнение «Развитие понимания неопределённости», упражнение «Анализ выгод», упражнение «Начните актуализацию», упражнение «Использование бритвы Оккама», упражнение «Применение метода ABCDE», упражнение «Составление плана изменений на основе подхода BASIC-ID», упражнение «Боритесь с пер-

фекционизмом, делая ошибки», упражнение «Использование метода PURRRRS для борьбы со сдерживанием» и мотивационное интервью). Необходимо отметить, что основные аспекты когнитивно-поведенческой терапии, применяемые при гипертонической болезни, это изменение психоэмоционального состояния (снижение тревоги) с целью снижения гипертензивных реакций, изменение стиля жизни больных ГБ с помощью техник КПТ. На последнем этапе медицинский психолог проводил консультативную работу с ближайшим социальным окружением пациента. Результаты оценки психологических характеристик пациентов до и после психокоррекционных мероприятий представлены в таблице 1.

Исходя из таблицы 1, в результате психокоррекционного вмешательства с применением техник когнитивно-поведенческой терапии наблюдалось значимое повышение следующих психологических показателей: приверженность к лечению (исходно 41,18 против 53,06), приверженность к лекарственной терапии (исходно 41,83 против 55,97), приверженность к медицинскому сопровождению (исходно 43,02 против 56,38), приверженность к изменению образа жизни (исходно 34,64 против 56,38) (уровень значимости 0,05). Больные ГБ, не принимавшие участие в психокоррекционной программе, имеют достоверно низкие значения приверженности – 42,04; 43,2; 45,6; 37,35, соответственно ($p < 0,01$).

Также отмечалось при оценке типов реагирования на заболевание у пациентов с ГБ, принявших участие в исследовании, произошло снижение неадаптивных типов отношения к болезни: меланхолический тип отношения к болезни – 4,02, апатический тип отношения к болезни – 4,22, неврастенический тип отношения к болезни – 4,22, эргопатический тип отношения к болезни – 9,53 ($p < 0,01$). У больных ГБ, не принимавших участие в исследовании, показатели были на высоком уровне неадаптивных типов отношения к болезни – 4,53, апатический тип отношения к болезни – 4,67, неврастенический тип отношения к болезни – 5,27, эргопатический тип отношения к болезни – 13,0.

Таким образом, психокоррекционная программа с техниками КПТ значительно повышает приверженность к терапии, формирует адаптивные типы реагирования на заболевание, улучшает психоэмоциональный статус, снижает показатели личностной и ситуативной тревоги, что способствует стабилизации артериального давления. Для повышения приверженности к терапии больных гипертонической болезнью рекомендуется использовать психотерапевтические практики, включающие в себя когнитивно-поведенческую терапию, мотивационное интервью.

Заключение

1. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных гипертонической болезнью, находящихся на стационарном лечении, выявляются низкие значения приверженности и к лекарственной терапии ($41,8 \pm 0,32$), и к медицинскому сопровождению ($43,02 \pm 0,35$), а также к изменению образа жизни ($34,6 \pm 0,36$).

2. После проведения психокоррекционной работы у больных гипертонической болезнью повысился показатель приверженности лечению, больные стали более привержены к медицинскому сопровождению, прислушиваться к мнению врачей, следовать их рекомендациям, стали проявлять ответственность в процессе лечения и на этапе выздоровления.

3. В процессе психокоррекционной работы выявлено статистически достоверное улучшение в личностных показателях по тесту-опроснику личности «Большая пятёрка» (в рос. адаптации А.Б. Хромов) «интроверсия-экстраверсия», «импульсивность-самоконтроль», «эмоциональная устойчивость-эмоциональная неустойчивость», общий уровень саморегуляции, что свидетельствует о том, что пациенты стали более самостоятельны в принятии решений, более гибко и адекватно реагируют на изменение ситуации. У больных ГБ 2-й и 3-й стадий, проходящих стационарное лечение, зафиксировано увеличение показателей по таким

Таблица 1

**Психологические показатели по скрининговым методикам у больных
гипертонической болезнью до и после психокоррекционной программы с применением
техник когнитивно-поведенческой терапии**

Психологические показатели	До участия в психокоррекционной программе повышения приверженности к терапии (49 человек)	После участия в психокоррекционной программе повышения приверженности к терапии (49 человек)	Больные 2-й и 3-й стадии ГБ, не принимавшие участие в программе (50 человек)	p < Различия статистической достоверности (p)
приверженность к лечению (КОП-25 (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко))	41,18 ± 0,08	53,06 ± 0,76	42,04 ± 0,03	0,05
приверженность к лекарственной терапии (КОП-25 (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко))	41,83 ± 0,60	55,97 ± 0,17	43,2 ± 0,23	0,05
приверженность к медицинскому сопровождению (КОП-25 (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко))	43,02 ± 0,75	56,38 ± 0,11	45,6 ± 0,08	0,05
приверженность к изменению образа жизни (КОП-25 (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко))	34,64 ± 0,04	46,65 ± 0,14	37,35 ± 0,10	0,05
интроверсия-экстраверсия (тест-опросник личности «Большая пятёрка» (в рос. адаптации А.Б. Хромов)	51,44 ± 0,03	60,44 ± 0,15	51,39 ± 0,12	0,05
импульсивность-самоконтроль (тест-опросник личности «Большая пятёрка» (в рос. адаптации А.Б. Хромов)	60,93 ± 0,05	68,08 ± 0,12	60,3 ± 0,16	0,05
эмоциональная устойчивость -эмоциональная неустойчивость (тест-опросник личности «Большая пятёрка» (в рос. адаптации А.Б. Хромов)	51,93 ± 0,10	45,42 ± 0,21	51,1 ± 0,17	0,05
оценивание результатов (опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова)	5,74 ± 0,11	8,12 ± 0,02	5,0 ± 0,10	0,05
гибкость (опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова)	4,99 ± 0,12	7,14 ± 0,16	4,9 ± 0,12	0,05
меланхолический тип отношения к болезни (методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ))	6,66 ± 0,06	4,02 ± 0,20	4,53 ± 0,10	0,01
апатический тип отношения к болезни (методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ))	6,12 ± 0,10	4,22 ± 0,22	4,67 ± 0,23	0,01
неврастенический тип отношения к болезни (методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ))	6,14±0,09	4,22±0,01	5,27±0,22	0,01
эргопатический тип отношения к болезни (методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ))	13,12 ± 0,08	9,53 ± 0,21	13,0 ± 0,40	0,01
ситуативная тревожность (шкала тревоги Спилбергера-Ханина)	45,66 ± 0,14	36,55 ± 0,28	46,0 ± 0,45	0,01
личностная тревожность (шкала тревоги Спилбергера-Ханина)	45,05 ± 0,13	41,95 ± 0,35	45,0 ± 0,05	0,01
оценка реального образа врача дружелюбие «Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири)	2,39 ± 0,19	4,30 ± 0,30	2,06 ± 0,09	0,05

стилям саморегуляции поведения как «оценивание результатов» и «гибкость», а также изменения ситуативной и личностной тревожности (тревожность также снизилась по абсолютному значению).

4. Исследование показало целесообразность использования техник когнитивно-поведенческой терапии для повышения приверженности к терапии больных гипертонической болезнью.

Литература

1. Абдуллаева А.С. Методы коррекции и лечения психосоматических расстройств // Психолог. 2024. № 3. С. 70–78.
2. Абдуллаева А.С., Абдуллаев С.С., Гаджиев М.А. Иррациональные установки как фактор профессиональной дезадаптации врачей-ординаторов // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2023. Т.12. №2-1. С. 127–133. DOI: 10.34670/AR.2023.99.93.012.
3. Базаркина Д.В., Кирюхина С.В., Подсеваткин В.Г. Исследование влияния когнитивно-поведенческой и эмоционально-образной психотерапии на стабилизацию артериального давления (клинический случай). Российский кардиологический журнал. 2025. Т. 30, № 14S. С. 6682. DOI: 10.15829/1560-4071-2025-6682.
4. Баранов М.Л., Джангильдин Ю.Т., Гаджиева У.Х. Динамика значений качества жизни в оценке эффективности адаптированной модели когнитивной терапии при тревожно-депрессивных расстройствах у пациентов с гипертонической болезнью // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 10. С. 34–38.
5. Бузина Т.С., Кубекова А.С., Великанова Л.П. Личностные особенности и приверженность к терапии больных гипертонической болезнью // Вестник психотерапии. 2025. № 95. С. 26–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-95-26-36
6. Великанов А.А., Левашкевич А.Л., Столярова А.А., [и др.]. Когнитивные ошибки и психологические особенности пациентов с ишемической болезнью сердца перед коронарным шунтированием в зависимости от пола и возраста // Сибирский психологический журнал. 2022. № 83. С. 184–203.
7. Дубинина Е.А. Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенёвших инфаркт миокарда // Медицинская психология в России. 2018. № 2. С. 1–11. DOI: 10.24411/2219-8245-2018-12030
8. Елиашевич С.О., Мишарова А.П., Медик Я.В., [и др.]. Скрытые мишени когнитивно-поведенческой терапии у лиц с ожирением и гипертонической болезнью // Российский кардиологический журнал. 2024. Т. 29, № S8. С. 203–204.
9. Кубекова А.С., Бисалиев Р.В. Когнитивно-поведенческая терапия при расстройствах пищевого поведения // Медицинская психология в России. 2022. Т. 14, № 2(73). С. 1–11.
10. 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).
11. Стиль саморегуляции поведения, ССПМ [электронный ресурс] // PsyTests. Психологические тесты онлайн. URL: <https://psytests.org/result?v=sspAFXXbt&pp=1> (дата обращения: 22.01.2024).
12. Тест диагностики межличностных отношений Лири [электронный ресурс] // PsyTests. Психологические тесты онлайн. URL: <https://psytests.org/classic/leary-run.html> (дата обращения: 22.01.2024).
13. Тип отношения к болезни, ТОБОЛ [электронный ресурс] // PsyTests. Психологические тесты онлайн. URL: <https://psytests.org/diag/tobol-run.html?ysclid=mdk1d30wb7234979676> (дата обращения: 22.01.2024).
14. Федеральная служба государственной статистики (Росстат) [Электронный ресурс] // Здравоохранение в России. 2023. URL: <https://www.gks.ru> (дата обращения: 12.07.2025).
15. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга. URL: http://azps.ru/tests/tests_spilberger.html (дата обращения: 16.01.2024).
16. Ahmadpanah M., Paghale S. J., Bakhtyari A., [at al.]. Effects of psychotherapy in combination with pharmacotherapy, when compared to pharmacotherapy only on blood pressure, depression, and anxiety in female patients with hypertension // J Health Psychol. 2016. N 21(7). Pp. 1216–1227.
17. Magán I., Casado L., Jurado-Barba R., [et al.]. Efficacy of psychological interventions on psychological outcomes in coronary artery disease: systematic review and meta-analysis // Psychological Medicine. 2021. Vol. 51, N 11. Pp. 1846–1860.

Поступила 20.02.2026

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

Для цитирования. Кубекова А.С. Техники когнитивно-поведенческой терапии повышения приверженности для больных гипертонической болезнью // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 48–57. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-48-57.

A.S. Kubekova

Cognitive Behavioral Therapy Techniques to Improve Adherence to Therapy in Patients with Hypertension

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

✉ 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.

Abstract

Relevance. Cardiovascular diseases are currently among the leading causes of mortality in the Russian Federation. They result in physiological and biochemical changes in the body and thereby negatively affect an individual's overall psychological state and subjective representation of illness. According to the Healthcare in Russia 2024 report published by the Federal State Statistics Service (Rosstat), the incidence of diseases of the circulatory system in the Russian Federation increased by 1.9 % over the two-year period from 2022 to 2023.

Intention. To evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) techniques to increase adherence to therapy in patients with hypertension in inpatient settings.

Materials and methods. The effectiveness of CBT techniques for improving treatment adherence in hospitalized patients with hypertension was evaluated at a private healthcare institution, the Medical and Sanitary Unit, in Astrakhan, Russia. Data from 418 patients with hypertension (215 women and 203 men; mean age, 45 ± 7.4 years) were analyzed. All patients were examined and assessed in the cardiology department while undergoing inpatient treatment and receiving ongoing medical supervision from cardiologists and internists. Psychological characteristics and psychoemotional status were assessed using a battery of psychodiagnostic instruments: (1) the COP-25 Questionnaire for Quantitative Assessment of Treatment Adherence (N.A. Nikolaev and Yu.P. Skirdenko); (2) T. Leary's Interpersonal Relations Test (Russian adaptation by L.N. Sobchik); (3) the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (Russian adaptation by Yu.L. Khanin); (4) the Big Five Personality Questionnaire (Russian adaptation by A.B. Khromov); (5) the Behavioral Self-Regulation Style Questionnaire (V.I. Morosanova); and (6) the Type of Attitude Toward Illness Questionnaire (TOBOL). Statistical analysis included Pearson's linear correlation coefficient, Spearman's rank correlation analysis, and Student's t-test, performed using SPSS Statistics 28.0.

Results and analysis. Given the limited time available during inpatient treatment, the use of brief psychotherapeutic approaches is particularly important for patients with hypertension. The study revealed a low overall level of treatment adherence among patients with hypertension, indicating limited engagement in following physicians' recommendations regarding medication use, dietary adherence, and other lifestyle modifications. To improve treatment adherence in patients with hypertension, psychotherapeutic approaches, including cognitive behavioral therapy and motivational interviewing, are recommended. CBT is currently considered one of the most effective psychotherapeutic approaches for the treatment of psychosomatic disorders. Following

the implementation of CBT techniques within a psychological intervention program aimed at improving treatment adherence, patients with hypertension demonstrated greater compliance with physicians' recommendations, increased responsibility for their recovery, and improved quality of life. The improvement in health during inpatient treatment was also identified as a factor potentially contributing to increased treatment adherence and improvement in other psychological indicators.

Conclusion. Cognitive behavioral therapy has several advantages, including the potential to produce psychotherapeutic effects within a relatively short period. In patients with cardiovascular disorders, the ultimate goals of psychological intervention include minimizing psychosocial risk factors associated with disease progression, promoting a more adaptive and harmonious subjective representation of illness, and improving quality of life. In addition, psychological rehabilitation interventions may facilitate therapeutic alliance and treatment adherence and help modify maladaptive beliefs and perceptions regarding the patient's health condition.

Keywords: hypertension, adherence to therapy, psychological correction, psychoemotional status, methods of increasing adherence to treatment, cognitive-behavioral therapy, cardiac diseases, psychosomatic disorders, psychological prevention.

References

1. Abdullaeva A.S. Metody korrektsii i lecheniya psichosomaticheskikh rasstroistv [Methods of correction and treatment of psychosomatic disorders]. *Psikholog* [Psychologist]. 2024; (3): 70–78. (In Russ.)
2. Abdullaeva A.S., Abdullaev S.S., Gadzhiev M.A. Irratsional'nye ustanovki kak faktor professional'noi dezadaptatsii vrachei-ordinatorov [Irrational attitudes as a factor in professional maladaptation of medical residents]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical and critical reviews and modern research]. 2023; 12(2–1): 127–133. DOI 10.34670/AR.2023.99.93.012. (In Russ.)
3. Bazarkina D.V., Kiryukhina S.V., Podsevatkin V.G. Dinamika znachenii kachestva zhizni v otsenke effektivnosti adaptirovannoi modeli kognitivnoi terapii pri trevozhno-depressivnykh rasstroistvakh u patsientov s gipertonicheskoi bolezn'yu [The effect of cognitive-behavioral and emotional-imaginative psychotherapy on blood pressure stabilization: a case report]. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2025; 30(14S): 6682. DOI: 10.15829/1560-4071-2025-6682. (In Russ.)
4. Baranov M.L., Dzhangildin Yu.T., Gadzhieva U.Kh. Dinamika znachenii kachestva zhizni v otsenke effektivnosti adaptirovannoi modeli kognitivnoi terapii pri trevozhno-depressivnykh rasstroistvakh u patsientov s gipertonicheskoi bolezn'yu [Dynamics of quality of life values in assessing the effectiveness of an adapted model of cognitive therapy for anxiety-depressive disorders in patients with hypertension]. *Vestnik nevrologii, psikiatrii i neirokhirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2019; (10): 34–38. (In Russ.)
5. Buzina T.S., Kubeikova A.S., Velikanova L.P. Lichnostnye osobennosti i priverzhennost' k terapii bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu [Personality characteristics and adherence to treatment in hypertension patients]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2025; (95): 26–36. (In Russ.)
6. Velikanov A.A., Levashkevich A.L., Stolyarova A.A., [et al.]. Dinamika znachenii kachestva zhizni v otsenke effektivnosti adaptirovannoi modeli kognitivnoi terapii pri trevozhno-depressivnykh rasstroistvakh u patsientov s gipertonicheskoi bolezn'yu [Cognitive errors and psychological characteristics of patients with coronary heart disease before coronary artery bypass grafting depending on gender and age]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian Psychological Journal]. 2022; (83): 184–203 (In Russ.)
7. Dubinina E.A. Dinamika znachenii kachestva zhizni v otsenke effektivnosti adaptirovannoi modeli kognitivnoi terapii pri trevozhno-depressivnykh rasstroistvakh u patsientov s gipertonicheskoi bolezn'yu [Psychological aspects of rehabilitation of patients who suffered myocardial infarction]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2018; (2); 1–11. DOI: 10.24411/2219-8245-2018-12030 (In Russ.)
8. Eliashevich S.O., Misharova A.P., Medik Ya.V., [et al.]. Skrytye misheni kognitivno-povedencheskoi terapii u lits s ozhireniem i gipertonicheskoi bolezn'yu [Hidden targets of cognitive-behavioral therapy in individuals with obesity and hypertension]. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2024; 29(8): 203–204. (In Russ.)
9. Kubeikova A.S., Bisaliyev R.V. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pri rasstroistvakh pishchevogo povedeniya [Cognitive-behavioral therapy for eating disorders]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2022; 14(2(73)): 1–11. (In Russ.)
10. Russian universal questionnaire for quantitative assessment of adherence to treatment (KOP-25) [digital resource]. *PsyTests. Psychological tests online*. URL: <https://psytests.org/diag/kop25.html>
11. Self-regulation style of behavior, SRBS [digital resource]. *PsyTests. Psychological tests online*. URL: <https://psytests.org/result?v=sspAFXXbt&pp=1> (In Russ.)

-
12. Leary Interpersonal Relationship Diagnostic Test [digital resource]. *PsyTests. Psychological tests online*. URL: <https://psytests.org/classic/leary-run.html> (In Russ.)
 13. Type of attitude to illness, TOBOL [digital resource]. *PsyTests. Psychological tests online*. URL: <https://psytests.org/diag/tobol-run.html?ysclid=mdk1d30wb7234979676> (In Russ.)
 14. Federal State Statistics Service (Rosstat) [Electronic resource]. *Healthcare in Russia*. 2023. URL: <https://www.gks.ru> (In Russ.)
 15. Shkala reaktivnoi i lichnostnoi trevozhnosti Spilbergera. Available at [Spielberger Reactive and Personal Anxiety Scale]. URL: http://azps.ru/tests/tests_spilberger.html (In Russ.)
 16. Ahmadpanah M., Paghale S.J., Bakhtyari A., [et al.]. Effects of psychotherapy in combination with pharmacotherapy, when compared to pharmacotherapy only on blood pressure, depression, and anxiety in female patients with hypertension. *J Health Psychol*. 2016; (21(7)): 1216–1227.
 17. Magán I., Casado L., Jurado-Barba R., [et al.]. Efficacy of psychological interventions on psychological outcomes in coronary artery disease: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2021; 51(11): 1846–1860.
-

Received 20.02.2026

For citing: Kubekova A.S. Tekhniki kognitivno-povedencheskoi terapii povysheniya priverzhennosti k terapii dlya bol'nykh gipertonicheskoi bolezn'yu. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 48–57. (In Russ.)

Kubekova A.S. Cognitive behavioral therapy techniques to improve adherence to therapy in patients with hypertension. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 48–57. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-48-57.

Я.В. Малыгин^{1,2}, Ю.С. Кузнецова¹, Е.А. Зевайкина², Д.А. Дегтерев³,
С.В. Быкова³, В.Л. Малыгин¹

АДАПТАЦИЯ И ВАЛИДИЗАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА «ТЕСТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЕ ПРИ ЦЕЛИАКИИ»

¹ Российский университет медицины (Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20);

² Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(Россия, Москва, ул. Ленинские горы, д. 1);

³ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова
(Россия, Москва, ул. Новогиреевская, д. 1)

Актуальность. Пожизненная строгая безглютеновая диета (БГД) является основным методом лечения целиакии. Мониторинг приверженности диете представляет собой сложную клиническую задачу и требует применения валидных инструментов для её оценки. Одним из эффективных психодиагностических инструментов, оценивающим симптомы болезни, самоэффективность, осознанность и поведение пациента, направленного на соблюдение диеты, является краткий опросник Celiac Diet Adherence Test («Тест приверженности безглютеновой диете при целиакии» – ТПБДЦ), англоязычная и испаноязычные версии которого характеризуется высокой конкурентной валидностью.

Цель. Адаптировать и валидизировать русскоязычную версию опросника Celiac Diet Adherence Test (ТПБДЦ) для использования в клинической практике и научных исследованиях в России.

Методология. Процедура адаптации включала прямой и обратный переводы, экспертный анализ и когнитивное интервью. Психометрическая оценка проведена на выборке из 79 взрослых пациентов с верифицированной целиакией, соблюдающих БГД не менее одного года. Анализировались внутренняя структура (метод главных компонент с вращением валидакса) и конкурентная валидность. В качестве внешнего критерия («золотого стандарта») использовался опросник «Стандартизированная диетологическая оценка» (СДО).

✉ Малыгин Ярослав Владимирович – д-р мед. наук доц., проф. каф. общей психологии, Росс. ун-т медицины (Россия, 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20); доц. каф. многопрофильной клинич. подготовки фак. фундамент. медицины, Москов. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова (Россия, 119991, Москва, ул. Ленинские горы, д. 1), e-mail: malygin-y@yandex.ru;

Кузнецова Юлия Сергеевна – клинич. психолог, каф. психол. консультирования, психокоррекции и психотерапии, Росс. ун-т медицины (Россия, 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20), e-mail: kuznetsovaus97@gmail.com;

Зевайкина Екатерина Александровна – студент, фак. фундамент. медицины, Москов. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова (Россия, 191991, Москва, ул. Ленинские горы, д. 1), e-mail: ekaterinazev@yandex.ru;

Дегтерев Даниил Александрович – канд. мед. наук, зав. отд-нием неврологии, Москов. клинич. науч.-практ. центр им. А.С. Логинова (Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1), e-mail: daniil_degterev@mail.ru;

Быкова Светлана Владимировна – д-р мед. наук, врач-гастроэнтеролог, отд-ние патологии кишечника, вед. науч. сотр., Москов. клинич. науч.-практ. центр им. А.С. Логинова (Россия, 111123, Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1), e-mail: dr.s.bykova@yandex.ru;

Малыгин Владимир Леонидович – д-р мед. наук проф., зав. каф. психол. консультирования, психокоррекции и психотерапии, Росс. ун-т медицины (Россия, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20), e-mail: malyginvl@yandex.ru.

Результаты и их анализ. Показатель Кайзера-Мейера-Олкина (КМО) составил 0,53, а проверка на специфичность Барлета была пройдена успешно ($p < 0,05$), что указывает на адекватность выборки. Факторный анализ выявил 77 % дисперсии: 1-я компонента отражает устойчивость в поддержании безглютеновой диеты, 2 – отражает неврологические аспекты течения заболевания, 3 – психологические характеристики пациентов, 4 – способность придерживаться диете при еде вне дома, что соответствует концепции опросника. Связь между вопросами внутри компонент в целом соответствует связи между вопросами в версиях опросника на других языках. Подтверждена конкурентная валидность: выявлена умеренная статистически значимая корреляция общего балла ТПБДЦ с оценкой по опроснику СДО ($R = 0,315$; $p = 0,04$).

Заключение. Русскоязычная версия опросника ТПБДЦ обладает приемлемыми психометрическими характеристиками. Выявленная четырехфакторная структура содержательно соответствует концепции опросника и в целом соответствует данным о внутренней согласованности версий опросника на других языках, а корреляция с валидным инструментом СДО подтверждает его конкурентную валидность. Адаптированный опросник может быть рекомендован для скрининговой оценки приверженности БГД у русскоязычных пациентов с целиакией.

Ключевые слова: целиакия, безглютеновая диета, приверженность лечению, адаптация опросника, валидизация.

Введение

Целиакия, или глютеновая энтеропатия, представляет собой хроническое, генетически обусловленное, аутоиммунное заболевание. Патогенез целиакии характеризуется развитием гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки в ответ на введение белковой фракции злаковых – глютена и его производных (глиадина, секалина, гордеина, авенина), содержащихся в пшенице, ржи, ячмене, овсе [3].

В Европе заболеванию подвержен каждый сотый человек [14]. Отдельные данные о частоте диагностики целиакии в Российской Федерации указывают на предполагаемую распространённость от 1:85 в Рязани до 1,2:1000 в Томске. По некоторым данным, частота выявления заболевания в России может быть оценена в диапазоне от 1:100 до 1:250 [1]. При этом значительная часть случаев целиакии могут быть недиагностированными [5]. В настоящее время единственным методом лечения целиакии является пожизненная строгая безглютеновая диета. Исследования показывают, что соблюдение диеты приводит к улучшению большинства сопутствующих проблем, включая остеопороз/остеопению, анемию, риск онкологических заболеваний, гастроинтестинальные симптомы и даже смертность [15]. При исключении из диеты глютена структура слизистой оболочки вос-

становливается [6]. С психологической точки зрения это означает, что человеку, страдающему от данного заболевания, необходимо не только полностью отказаться от привычных продуктов питания (например, пшеничного хлеба, продуктов, при производстве которых используется пшеничная мука и т.д.), но и существенно перестроить образ жизни в целом. Поэтому на первый план в терапии и реабилитации таких пациентов выступает фактор приверженности безглютеновой диете [9–11].

Таким образом, чтобы определить причины отсутствия ответа на лечение, необходимо оценить приверженность пациента диете. Однако это сложная задача, и серологические тесты могут не выявить минимальное потребление глютена, что подтверждается путём обнаружения белка в стуле у пациентов, придерживающихся диеты в течение года. Поэтому необходимы не только лабораторные, но и другие методы, в частности психодиагностические опросники, позволяющие оценивать степень приверженности диете [7, 8].

Одним из опросников, разработанных для оценки соблюдения безглютеновой диеты, является опросник СДО («Стандартизованная диетологическая оценка»), который учитывает пять ключевых аспектов: симптомы целиакии, осведомлённость пациента о заболевании и лечении, уверенность в эффективности терапии, мотивацию соблюдать

диету и самостоятельную оценку соблюдения диеты [15, 18]. Опросник характеризуется высокими показателями надёжности (метод тест-ретест), внутренней согласованности и конкурентной валидности и был успешно адаптирован и внедрён в работу клиник за пределами региона своего создания [11, 13, 14, 16, 17]. При этом опросник СДО фокусируется на оценке приверженности диете, мало учитывая её психологические аспекты, а его прохождение и обработка требует затрат времени и обязательного участия диетолога [4].

В отличие от опросника СДО тест ТПБДЦ оценивает не только приверженность диете, но и общие симптомы целиакии и может помочь оценивать осложнения, вызванные целиакией. Кроме того, ТПБДЦ является более многогранной методикой, поскольку раскрывает психологические аспекты приверженности диете, которые являются одной из основных причин намеренного или случайного несоблюдения безглютеновой диеты. Наконец, ТПБДЦ представляет собой более быстрый инструмент для оценки приверженности диете у пациентов с целиакией и не требует привлечения диетолога [14]. Таким образом, преимущество данного опросника состоит в том, что при достаточной простоте заполнения и оценки он учитывает множество факторов, влияющих на приверженность диете, в т.ч. психологические особенности пациентов, например, самоэффективность пациента в отношении лечения [13].

В ходе валидизации англоязычной версии ТПБДЦ была показана высокая степень корреляции между опросниками СДО и ТПБДЦ [15].

Целью настоящего исследования выступила адаптация на русский язык опросника «Тест приверженности безглютеновой диете при целиакии» и валидизация русскоязычной версии данного опросника

Адаптация. Опросник состоит из семи вопросов и утверждений, с которыми респонденту предлагается оценить степень своего согласия по пятибалльной шкале. Каждому ответу присваивается определённое количество баллов. Соответственно, респон-

дент может набрать от 7 до 35 баллов, при этом чем выше набранный балл, тем с большей долей вероятности мы можем говорить о сниженной приверженности респондента безглютеновой диете. По результатам исследования разработчиков опросника приверженность пациента может быть оценена следующим образом:

1. Показатели в диапазоне 7–12 баллов свидетельствуют о высоком уровне приверженности безглютеновой диете;
2. Показатели в диапазоне 13–17 баллов свидетельствуют о среднем уровне приверженности безглютеновой диете;
3. Показатели в диапазоне 18–35 баллов свидетельствуют о низком уровне приверженности безглютеновой диете.

Англоязычная версия опросника Celiac Diet Adherence Test. Оригинальная версия опросника выглядит следующим образом (табл. 1).

Процедура адаптации опросника «Тест приверженности безглютеновой диете при целиакии» проводилась с учётом международных рекомендаций и включала следующие этапы:

А. *Прямой перевод с английского на русский с учётом культурных особенностей.* Перевод проводился Ю.С. Кузнецовой. В ходе прямого перевода был внесён ряд изменений:

1. В связи с тем, что в русском языке дословный перевод варианта ответа «A little of the time» («немного времени») достаточно сложен для понимания в контексте предложенных вопросов, было принято решение перевести его как «редко», более привычный русскоговорящему респонденту.

2. В связи с тем, что в русском языке при прямом переводе вариантов ответов «A little of the time» – «Some of the time» («Немного времени» – «Какое-то время») нет выраженных различий, был предложен вариант перевода «Редко» – «Иногда» соответственно, более знакомый русскоговорящим респондентам. Прямой перевод вариантов ответа «Most of the time» – «All of the time» («Большинство времени» – «Все время») также достаточно сложен для восприятия русскоговорящему респонденту, поэтому было при-

Таблица 1

Celiac Diet Adherence Test (CDAT, ТПБДЦ)

Question	1	2	3	4	5
Have you been bothered by low energy level during the past 4 weeks?	None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
Have you been bothered by headaches during the past 4 weeks?	None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
I am able to follow a GFD when dining outside my home	Strongly agree	Somewhat agree	Neither agree nor disagree	Somewhat disagree	Strongly disagree
Before I do something I carefully consider the consequences	Strongly agree	Somewhat agree	Neither agree nor disagree	Somewhat disagree	Strongly disagree
I do not consider myself a failure	Strongly agree	Somewhat agree	Neither agree nor disagree	Somewhat disagree	Strongly disagree
How important to your health are accidental gluten exposures?	Very important	Somewhat important	Neutral/ unsure	A little important	Not at all important
Over the past 4 weeks, how many times have you eaten foods containing gluten on purpose?	0 (never)	1–2	3–5	6–10	> 10

нято решение заменить его на более привычный «Часто» – «Всегда».

3. В связи с тем, что в русском языке при прямом переводе вариантов ответов «Strongly agree» – «Somewhat agree» («Категорически согласен» – «Согласен») и «Disagree» – «Strongly disagree» («Не согласен» – «Категорически несогласен») нет выраженных различий, было принято решение перевести их как «Полностью согласен» – «Скорее согласен» и «Скорее несогласен» – «Полностью не согласен».

4. Вариант ответа «Neither agree nor disagree» был переведён как «Отчасти согласен, отчасти нет».

5. Для облегчения восприятия респондентами дословной формулировки вопроса «How important to your health are accidental gluten exposures?» («Насколько важны для вашего здоровья неожиданные воздействия глютена?») был предложен вариант перевода «Насколько влияют на ваше здоровье случайные приёмы пищи, содержащей глютен?»

6. В связи с тем, что прямой перевод на русский язык пар вариантов ответов «Very important» – «Somewhat important» («Очень важны» – «Частично важны») и «A little important» – «Not at all important» («Немного» – «Вообще не важны») достаточно сложен для восприятия русскоговорящим респондентом,

и поскольку при переводе вопрос был сформулирован как «Насколько влияют на ваше здоровье...» ответы были переведены как: «Очень влияют» – «Немного влияют» и «Почти не влияют» – «Не влияют» соответственно.

7. Для облегчения восприятия формулировки вопросов респондентами было принято решение изменить дословный перевод вопроса «Have you been bothered by headaches during the past 4 weeks?» («Беспокоили ли вас головные боли в течение последних 4-х недель?») на вариант «Бывали у вас головные боли в последние 4 недели?».

В. Обсуждение экспертной группой. В экспертную группу вошли д.м.н. по специальности «медицинская психология» Ярослав Владимирович Малыгин, кандидат медицинских наук по специальности «неврология» Даниил Александрович Дегтерев, клинический психолог Юлия Сергеевна Кузнецова, гастроэнтеролог, д.м.н. по специальности «гастроэнтерология» Светлана Владимировна Быкова. В ходе обсуждения экспертной группой были одобрены все предложенные изменения, внесённые в прямой перевод.

С. Обратный перевод независимым переводчиком. Обратный перевод осуществлялся дипломированным переводчиком с английского языка Арменом Агасиевичем Бурнузяном.

Таблица 2

Тест приверженности безглютеновой диете при целиакии

Вопрос	1	2	3	4	5
Ощущали ли вы упадок сил в последние 4 недели?	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
Бывали у вас головные боли в последние 4 недели?	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
Я могу придерживаться аглютеновой диеты, когда ем вне дома	Полностью согласен	Частично согласен	Отчасти согласен, отчасти нет	Частично не согласен	Полностью не согласен
Прежде чем сделать что-либо, я тщательно обдумываю последствия	Полностью согласен	Частично согласен	Отчасти согласен, отчасти нет	Частично не согласен	Полностью не согласен
Я не считаю себя неудачником	Полностью согласен	Частично согласен	Отчасти согласен, отчасти нет	Частично не согласен	Полностью не согласен
Насколько влияют на ваше здоровье случайные приёмы пищи, содержащей глютен?	Очень влияют	Немного влияют	Не уверен	Почти не влияют	Не влияют
За последние 4 недели как часто вы употребляли пищу, содержащую глютен, осознанно?	0 (никогда)	1–2 раза	3–5 раз	6–10 раз	Более 10 раз

Д. Предварительное тестирование и оценка на верное понимание утверждений респондентами. Предварительное тестирование проводилось при участии пяти пациентов отделения невоспалительных заболеваний кишечника МКНЦ им. А.С. Логинова с установленным диагнозом целиакии. В ходе опроса респонденты отметили, что формулировки всех вопросов и предложенных ответов им понятны, поэтому перевод опросника не потребовал дополнительных изменений.

Е. Создание финальной версии опросника. В соответствии со всей процедурой финальная русскоязычная версия опросника выглядит следующим образом.

Количество баллов, набранных за ответ, соответствует порядковому номеру ответа в опроснике. Полученные баллы суммируются и сравниваются с диапазонами, представленными в ключе к опроснику. Таким образом делается вывод о степени приверженности безглютеновой диете респондента – низкой, средней, высокой.

После адаптации на русский язык опросника «Тест приверженности безглютеновой диете при целиакии» была проведена валидизация русскоязычной версии опросника ТПБДЦ.

Валидизация. Исследование было проведено с 1 октября 2025 года по 1 февраля 2026 года.

Выборка была сформирована сплошным образом. Участие в исследовании было предложено всем пациентам, подходящим под критерии (старше 18 лет, диагноз целиакии на основе серологических и гистологических исследований), на повторном приеме у гастроэнтеролога. Пациенты, придерживающиеся безглютеновой диеты меньше года, были исключены из исследования.

Исследование было одобрено биоэтическим комитетом, также было получено письменное согласие пациентов на участие в исследовании.

Материал и методы исследования

Исследование включило 79 взрослых пациентов (61 женщину и 18 мужчин) с диагнозом целиакии в возрасте 37 ± 13 лет. Были включены как стационарные, так и амбулаторные пациенты ГБУЗ Московского Клинического Научного Центра имени А.С. Логинова ДЗМ.

Пациентам предложено прохождение опросника ТПБДЦ, учитывающего симптомы целиакии, оценку способности придерживаться диеты в разных ситуациях, общую самооценку и способность к планированию своих действий. Анкета содержит 7 вопросов, итоговая сумма баллов варьирует от 7 до 35. Оценка определяется следующим образом: 7 баллов – отличное соблюдение, 8–12 баллов – очень хорошее соблюдение, 13–17 баллов – недостаточное соблюдение и более 17 баллов – плохое соблюдение. Англоязычная версия опросника ТПБДЦ показала структурную и конкурентную валидность [12, 15].

Пациентам была также предложена для прохождения русскоязычная версия опросника СДО, включающая анализ рациона и тест на маркировку продуктов [2]. При изучении валидности русскоязычной версии СДО была выявлена высокая степень корреляции между СДО и иммунологическими и гистологическими показателями. [4].

Полученные данные проанализированы с использованием методов математической статистики. Под структурной валидностью мы подразумевали гомогенность, стабильность и константность методики. Структурная валидность ТПБДЦ изучалась при помощи метода основных компонент, позволяющего выделить связи между пунктами, входящими в опросник, путём объединения их в группы (компоненты). В качестве метода выделения факторов был использован метод главных компонент, в качестве метода вращения – варимакс с нормализацией Кайзера. Для определения адекватности выборки применялся критерий Кайзера-Майера-Олкина (КМО). Адекватность считалась достаточной при $\text{КМО} \geq 0,5$ и успешном прохождении проверки на специфичность Барлета ($p < 0,05$).

Конкурентная валидность изучалась путём установления связей между методикой с родственными показателями – в данном случае путём изучения связи между ТПБДЦ и СДО, выступившим в роли золотого стандарта. Статистический анализ проводился при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты

При тестировании с помощью ТПБДЦ было выявлено, что 51 % всех пациентов недостаточно придерживаются безглютеновой диеты, 18 % – плохо и лишь 31 % пациентов хорошо придерживается диеты. Таким образом, большая часть пациентов (69 %) недостаточно или плохо придерживается диеты, при этом в исследовании Leffler этот показатель несколько ниже и составляет 56 % [15], а в исследовании Fueyo-Diaz этот показатель существенно ниже – 5,7 % [12].

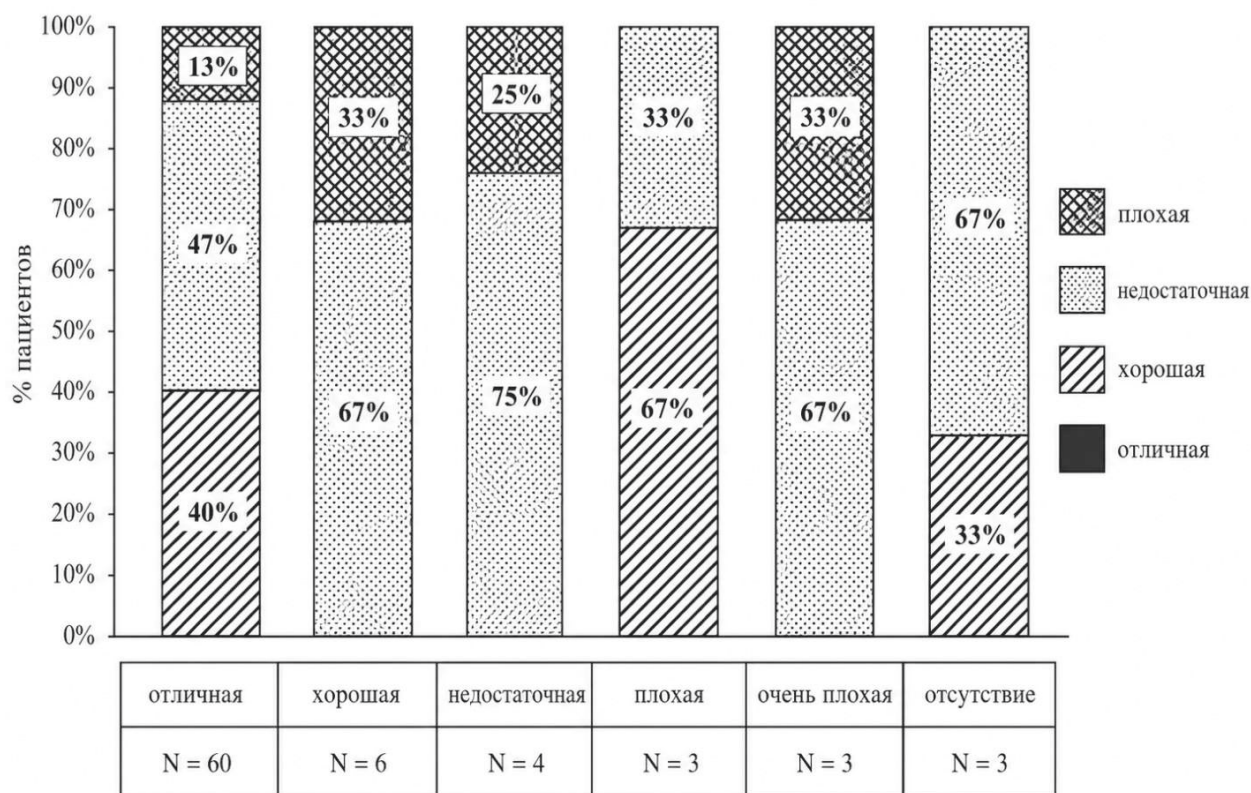
Также нами была показана умеренная степень корреляции между опросниками СДО и ТПБДЦ ($R = 0,315$, $p = 0,04$) (см. рис.). Таким образом, нами впервые изучена конкурентная валидность русскоязычной версии опросника «Тест приверженности безглютеновой диете при целиакии» (ТПБДЦ). Это совпадает с результатами исследования D.A. Leffler [15], в котором при оценке конкурентной валидности ТПБДЦ была также выявлена статистически значимая корреляционная связь между опросниками ТПБДЦ и СДО ($p = 0,01$). Косвенно конкурентная валидность, продемонстрированная в нашем исследовании, согласуется с данными о связи большинства вопросов ТПБДЦ с общим баллом по шкале самооффективности в отношении целиакии [13].

В таблице извлечения суммы квадратов нагрузок первые три компонента объясняли более 1,0 каждая, а четвёртая – 0,996. В связи с близостью этого числа к 1 мы предположили, что при вращении значение превысит 1. Наше предположение подтвердилось – после ограничения числа компонент четырьмя четвёртая компонента объясняла 1,088 суммы квадратов нагрузок. В результате мы приняли решение описать модель четырьмя компонентами.

В совокупности модель объясняла 76,9 % дисперсии.

Для оценки внутренней согласованности была использована повернутая матрица компонент с помощью метода вращения варимакс с нормализацией Кайзера. Вращение сошлось за три итерации. Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина равна 0,53,

Приверженность согласно ТПБДЦ



Приверженность согласно СДО

Зависимость показателей приверженности диете по данным ТПБДЦ и СДО
(коэффициент корреляции Спирмена $R = 0,315$, $p = 0,04$)

также проводилась проверка на специфичность Барлета ($p < 0,01$), что в совокупности указывало на допустимость использования модели факторного анализа для исследования.

Результаты анализа внутренней согласованности опросника представлены в таблице 3 в форме повернутой матрицы компонент. Первая компонента отражает устойчивость в поддержании безглютеновой диеты, объединяя в себя вопросы 6 и 7, отражающие самостоятельную оценку пациентом способности к отказу от глютеносодержащих продуктов и осознание возможного вреда от случайных приёмов глютеносодержащих продуктов. Нужно отметить, что частично в эту компоненту вошёл вопрос о способности учитывать последствия своих действий и отказ от спонтанных эмоционально обусловленных поступков. Компонента 2 опросника ТПБДЦ включает вопросы 1 и 2 и отражает неврологические аспекты течения заболевания.

Это соответствует концепции опросника, учитывающей соматические стигматы низкой приверженности диете. Психологические характеристики, такие как способность к планированию деятельности и самооценка, объединились в компоненту 3. Наконец, способность придерживаться безглютеновой диеты при питании вне дома выделилась в отдельную – четвёртую – компоненту, не связанную с другими вопросами.

Полученная нами четырёхкомпонентная структура опросника частично отличается от результатов Leffler [15] и Fueyo-Diaz [12], по данным которых структура опросника описывается тремя компонентами.

При этом как по результатам нашего исследования, так и по результатам работ Leffler [15] и Fueyo-Diaz [12], соматические аспекты течения заболевания (1-й и 2-й вопросы) относятся к одной компоненте. Также случайные и намеренные нарушения

Таблица 3

**Внутренняя согласованность опросника ТПБДЦ. Повёрнутая матрица компонент.
Метод выделения факторов: метод главных компонент**

Вопросы ТПБДЦ	Компонента			
	1	2	3	4
1. Ощущали ли вы упадок сил в последние 4 недели?	-0,113	0,822	0,070	0,316
2. Бывали у вас головные боли в последние 4 недели?	0,018	0,891	0,094	-0,163
3. Я могу придерживаться аглютеновой диеты, когда ем вне дома	0,078	0,053	0,086	0,951
4. Прежде чем сделать что-либо, я тщательно обдумываю последствия	0,428	0,152	0,653	-0,052
5. Я не считаю себя неудачником	-0,146	0,048	0,863	0,133
6. Насколько значительны для вашего здоровья случайные приёмы пищи, содержащей глютен?	0,798	-0,153	0,176	-0,081
7. За последние 4 недели как часто вы употребляли пищу, содержащую глютен, осознанно?	0,820	0,042	-0,127	0,177

Примечание: жирным шрифтом выделены значения факторных нагрузок более 0,5, на основании чего определялась принадлежность пункта опросника к компоненте.

безглютеновой диеты (6-й и 7-й вопросы) как в нашем исследовании, так и в исследовании Leffler [15] и Fueyo-Diaz [12] относятся к единой компоненте. Более того, по данным испанских авторов [12], частично по аналогии с нашим результатам к этой компоненте относится вопрос о способности к планированию (вопрос 4). Таким образом, в целом структура опросника согласуется с полученными в других исследованиях данными о группировке вопросов.

Важно отметить, что 3-й вопрос (способность придерживаться аглютеновой диеты вне дома) по нашим данным был выделен в отдельную компоненту. В работах же Leffler [15] и Fueyo-Diaz [12] 3-й вопрос равномерно распределялся между несколькими компонентами, хотя по формальному признаку Leffler [15] и Fueyo-Diaz [12] отнесли его к одной из компонент.

Также 5-й вопрос, отражающий психологическую самооценку пациента, по результатам нашего исследования был включён в третью компоненту, обнаруживая связь с самооценкой (вопрос 4). Эти результаты

согласовываются с исследованием Leffler [15] в котором эти два вопроса объединены в одну компоненту.

Заключение

Таким образом, нами впервые адаптирован на русский язык и валидирован опросник «Тест приверженности безглютеновой диете при целиакии». Показана его конкурентная валидность. В ходе изучения было продемонстрировано, что структура адаптированной русскоязычной версии опросника ТПБДЦ описывается четырьмя компонентами: первая компонента отражает устойчивость в поддержании безглютеновой диете, вторая отражает неврологические аспекты течения заболевания, третья – психологические характеристики пациентов, четвёртая компонента отражает способность придерживаться диете при еде вне дома, что соответствует концепции опросника. Связь между вопросами внутри компонент в целом соответствует связи между вопросами в версиях опросника на других языках.

Литература

1. Быкова С.В., Парфенов А.И., Сабельникова Е.А. Эпидемиология целиакии в мире // Альманах клинической медицины. 2018. Т. 46, № 1. С. 23–31.
2. Дегтерев Д.А., Малыгин Я.В., Кузнецова Ю.С., [и др.]. Адаптация методики «Экспертная оценка приверженности безглютеновой диете» («Стандартизованная диетологическая оценка») // Эффективная фармакотерапия. 2025. Т. 21, № 31. С. 154–157. DOI: 10.33978/2307-3586-2025-21-31-154-157.

3. Лазебник Л.Б., Ткаченко Е.И., Орешко Л.С., [и др.]. Рекомендации по диагностике и лечению целиакии взрослых // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015. № 5. С. 3–12.
4. Малыгин Я.В., Быкова С.В., Романов С.В., [и др.]. Валидизация методики «Экспертная оценка приверженности безглютеновой диете» («Стандартизованная диетологическая оценка») // Эффективная фармакотерапия. 2026. № 1. С. 98–105.
5. Парфенов А.И., Быкова С.В., Сабельникова Е.А., [и др.]. Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых // Терапевтический архив. 2017. № 3. С. 94–107. DOI: 10.17116/terarkh201789394-107.
6. Сабельникова Е.А., Парфенов А.И., Крумс Л.М., [и др.]. Проблемы организации диетического питания больных глютенчувствительной целиакией в России // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 3. С. 107–110.
7. Всемирная Гастроэнтерологическая Организация (WGO). Целиакия. Глобальные практические рекомендации. 2016. 38 с.
8. Comino I., Fernández-Bañares F., Esteve M., [et al.]. Fecal gluten peptides reveal limitations of serological tests and food questionnaires for monitoring gluten-free diet in celiac disease patients // American Journal of Gastroenterology. 2016. Vol. 111, No. 10. Pp. 1456–1465. DOI: 10.1038/ajg.2016.439.
9. Dakó E., Dakó S., Papp V., [et al.]. Monitoring the quality of life and the relationship between quality of life, dietary intervention, and dietary adherence in patients with coeliac disease // Nutrients. 2024. Vol. 16, N 17. P. 2964. DOI: 10.3390/nu16172964.
10. Dimidi E., Kabir B., Singh J., [et al.]. Predictors of adherence to a gluten-free diet in celiac disease: Do knowledge, attitudes, experiences, symptoms, and quality of life play a role? // Nutrition. 2021. Vol. 90. P. 111249. DOI: 10.1016/j.nut.2021.111249.
11. Dochat C., Afari N., Satherley R.M., [et al.]. Celiac disease symptom profiles and their relationship to gluten-free diet adherence, mental health, and quality of life // BMC Gastroenterology. 2024. Vol. 24, N 1. P. 9. DOI: 10.1186/s12876-023-03101-x.
12. Fueyo-Díaz R., Gascón-Santos S., Asensio-Martínez Á., [et al.]. Transcultural adaptation and validation of the Celiac Dietary Adherence Test. A simple questionnaire to measure adherence to a gluten-free diet // Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2016. Vol. 108, N 3. Pp. 138–144. DOI: 10.17235/reed.2016.4033/2015.
13. Fueyo-Díaz R., Magallón-Botaya R., Gascón-Santos S., [et al.]. The effect of self-efficacy expectations in the adherence to a gluten free diet in celiac disease // Psychology and Health. 2020. Vol. 35, N 6. Pp. 734–749. DOI: 10.1080/08870446.2019.1675658.
14. Gładys K., Dardzińska J., Guzek M., [et al.]. Celiac Dietary Adherence Test and Standardized Dietician Evaluation in assessment of adherence to a gluten-free diet in patients with celiac disease // Nutrients. 2020. Vol. 12, N 8. P. 2300. DOI: 10.3390/nu1208230.
15. Leffler D.A., Dennis M., Edwards George J.B., [et al.]. A simple validated gluten-free diet adherence survey for adults with celiac disease // Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2009. Vol. 7, N 5. Pp. 530–536; e1–e2. DOI: 10.1016/j.cgh.2008.12.032.
16. Nikniaz Z., Asghari Jafarabadi M., Ghaffarifar S., [et al.]. Psychometric properties of the Persian version of the celiac disease adherence test questionnaire // BMC Gastroenterology. 2020. Vol. 20, N 1. P. 247. DOI: 10.1186/s12876-020-01396-8.
17. Ribeiro C.D.S., Uenishi R.H., Domingues A.D.S., [et al.]. Gluten-free diet adherence tools for individuals with celiac disease: A systematic review and meta-analysis of tools compared to laboratory tests // Nutrients. 2024. Vol. 16, N 15. P. 2428. DOI: 10.3390/nu16152428.

Получена 02.03.2026

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

Участие авторов: Я.В. Малыгин – руководство работой, статистический анализ данных, подготовка таблиц, критический анализ и редактирование текста статьи; Ю.С. Кузнецова – сбор материала, ведение базы данных, формальный анализ, визуализация; Е.А. Зевайкина – статистический анализ данных, написание первого черновика статьи; Д.А. Дегтерев – сбор материала; С.В. Быкова – сбор материала; В.Л. Малыгин – редактирование текста статьи.

Для цитирования. Малыгин Я.В., Кузнецова Ю.С., Зевайкина Е.А., Дегтерев Д.А., Быкова С.В., Малыгин В.Л. Адаптация и валидизация русскоязычной версии опросника «Тест приверженности безглютеновой диете при целиакии» // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 58–69. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-58-69.

YA.V. Malygin^{1,2}, YU.S. Kuznetsova¹, E.A. Zevaikina², D.A. Degterev³,
S.V. Bykova³, V.L. Malygin¹

Adaptation and Validation of the Russian Version of the Questionnaire “Celiac Diet Adherence Test”

¹ Russian University of Medicine (20, Delegatskaya Str., Moscow, Russia);

² Lomonosov Moscow State University (1, Leninskie gory Str., Moscow, Russia);

³ Loginov Moscow Clinical Scientific Center (1, Novogireevskaya Str., Moscow, Russia)

✉ Yaroslav Vladimirovich Malygin – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Prof. of the Department of General Psychology, Russian University of Medicine (20, Delegatskaya Str., Moscow, 127473, Russia); Associate Prof. faculty of Fundamental Medicine, Lomonosov Moscow State University (1, Leninskie gory Str., Moscow, 119991, Russia), e-mail: malygin-y@yandex.ru;

Yulia Sergeevna Kuznetsova – Clinical Psychologist, Department of General Psychology, Russian University of Medicine (20, Delegatskaya Str., Moscow, 127473, Russia), e-mail: kuznetsovaus97@gmail.com;

Ekaterina Aleksandrovna Zevaikina – student, faculty of Fundamental Medicine, Lomonosov Moscow State University (1, Leninskie gory Str. Moscow, 119991, Russia), e-mail: ekaterinazev@yandex.ru;

Daniil Aneksandrovich Degterev – PhD Med. Sci., Neurologist, Specialist in Endovascular Diagnostics and Treatment, Botulinotherapy Specialist, Head of the Neurology Department, Loginov Moscow Clinical Scientific Center (1, Novogireevskaya Str., Moscow, 111123, Russia), e-mail: daniil_degterev@mail.ru;

Svetlana Vladimirovna Bykova – Dr. Med. Sci., Gastroenterologist, Department of Intestinal Pathology, Leading Research Associate, Loginov Moscow Clinical Scientific Center (1, Novogireevskaya Str., Moscow, 111123, Russia), e-mail: dr.s.bykova@yandex.ru;

Vladimir Leonidovich Malygin – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Psychological Counseling, Psychocorrection and Psychotherapy, Russian University of Medicine (20, Delegatskaya Str., Moscow, 127473, Russia), e-mail: malyginvl@yandex.ru.

Abstract

Relevance. A lifelong strict gluten-free diet (GFD) is the primary treatment for celiac disease. Monitoring dietary adherence presents a complex clinical challenge and requires the use of valid assessment tools. One effective psychodiagnostic tool that evaluates disease symptoms, self-efficacy, awareness, and patient behavior aimed at dietary adherence is the brief Celiac Dietary Adherence Test (CDAT), whose English and Spanish versions demonstrate high concurrent validity.

Objective. To adapt and validate a Russian-language version of the Celiac Dietary Adherence Test (CDAT) for use in clinical practice and scientific research in Russia.

Methodology. The adaptation procedure included forward and back translation, expert review, and cognitive interviewing. Psychometric evaluation was conducted in a sample of 79 adult patients with verified celiac disease who had been following a GFD for at least one year. Internal structure (principal component analysis with varimax rotation) and concurrent validity were analyzed. The “Standardized Dietetic Evaluation” (SDE) questionnaire was used as the external criterion (“gold standard”).

Results and analysis. The Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) measure of sampling adequacy was 0.53, while Bartlett’s test of sphericity was statistically significant ($p < 0.05$), indicating that the data were suitable for factor analysis. Principal component analysis accounted for 77% of the total variance. The first component reflected consistency in maintaining a gluten-free diet; the second reflected neurological aspects of the disease course; the third represented patients’ psychological characteristics; and the fourth reflected the ability to adhere to the diet when eating outside the home. These components were consistent with the conceptual framework of the questionnaire. Overall, the pattern of associations among items within the components was comparable to that reported for versions of the questionnaire in other languages. Concurrent validity was supported by a moderate, statistically significant correlation between the total CDAT score and the SDA questionnaire score ($r = 0.315$; $p = 0.04$).

Conclusion. The Russian-language version of the CDAT demonstrates acceptable psychometric properties. The identified factor structure was conceptually consistent with the questionnaire's underlying framework and broadly comparable to findings concerning the internal consistency of versions in other languages. The correlation with the validated SDA instrument provides evidence of concurrent validity. The adapted questionnaire may be recommended as a screening tool for assessing adherence to a gluten-free diet in Russian-speaking patients with celiac disease.

Keywords: celiac disease, gluten-free diet, treatment adherence, questionnaire adaptation, validation.

References

1. Bykova S.V., Parfenov A.I., Sabel'nikova E.A. Epidemiologiya tseliakii v mire [Epidemiology of celiac disease in the world]. *Al'manakh klinicheskoi meditsiny* [Almanac of Clinical Medicine]. 2018; 46(1): 23–31. (In Russ.)
2. Degterev D.A., Malygin Ya.V., Kuznetsova Yu.S., [et al.]. Adaptatsiya metodiki «Ekspertnaya otsenka priverzhennosti bezglyutenovoi diete» («Standartizovannaya dietologicheskaya otsenka») [Adaptation of the “Expert Assessment of Gluten-Free Diet Adherence” (“Standardized Dietetic Evaluation”) methodology]. *Effektivnaya farmakoterapiya* [Effective Pharmacotherapy]. 2025; 21(31): 154–157. DOI: 10.33978/2307-3586-2025-21-31-154-157. (In Russ.)
3. Lazebnik L.B., Tkachenko E.I., Oreshko L.S., [et al.]. Rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu tseliakii vzroslykh [Recommendations for the diagnosis and treatment of celiac disease in adults]. *Ekspperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya* [Experimental and Clinical Gastroenterology]. 2015; (5): 3–12. (In Russ.)
4. Malygin Ya.V., Bykova S.V., Romanov S.V., [et al.]. Validizatsiya metodiki «Ekspertnaya otsenka priverzhennosti bezglyutenovoi diete» («Standartizovannaya dietologicheskaya otsenka») [Validation of the “Expert Assessment of Gluten-Free Diet Adherence” (“Standardized Dietetic Evaluation”) methodology]. *Effektivnaya farmakoterapiya* [Effective Pharmacotherapy]. 2026; (1): 98–105. (In Russ.)
5. Parfenov A.I., Bykova S.V., Sabel'nikova E.A., [et al.]. Vserossiiskii konsensus po diagnostike i lecheniyu tseliakii u detei i vzroslykh [All-Russian consensus on the diagnosis and treatment of celiac disease in children and adults]. *Terapevticheskii arkhiv* [Therapeutic Archive]. 2017; (3): 94–107. DOI: 10.17116/terarkh201789394-107. (In Russ.)
6. Sabel'nikova E.A., Parfenov A.I., Krums L.M., [et al.]. Problemy organizatsii dieticheskogo pitaniya bol'nykh glyutenchuvstvitel'noi tseliakiei v Rossii [Problems of organizing dietary nutrition for patients with gluten-sensitive celiac disease in Russia]. *Ekspperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya* [Experimental and Clinical Gastroenterology]. 2010; (3): 107–110. (In Russ.)
7. Vsemirnaya Gastroenterologicheskaya Organizatsiya (WGO). Tseliakiya. Global'nye prakticheskie rekomendatsii [Celiac disease. Global practical guidelines]. 2016. 38 p. (In Russ.)
8. Comino I., Fernández-Bañares F., Esteve M., [et al.]. Fecal gluten peptides reveal limitations of serological tests and food questionnaires for monitoring gluten-free diet in celiac disease patients. *American Journal of Gastroenterology*. 2016; 111(10): 1456–1465. DOI: 10.1038/ajg.2016.439.
9. Dakó E., Dakó S., Papp V., [et al.]. Monitoring the quality of life and the relationship between quality of life, dietary intervention, and dietary adherence in patients with coeliac disease. *Nutrients*. 2024; 16(17): 2964. DOI: 10.3390/nu16172964.
10. Dimidi E., Kabir B., Singh J. [et al.]. Predictors of adherence to a gluten-free diet in celiac disease: Do knowledge, attitudes, experiences, symptoms, and quality of life play a role? *Nutrition*. 2021; (90): 111249. DOI: 10.1016/j.nut.2021.111249.
11. Dochat C., Afari N., Satherley R.M., [et al.]. Celiac disease symptom profiles and their relationship to gluten-free diet adherence, mental health, and quality of life. *BMC Gastroenterology*. 2024; 24(1): 9. DOI: 10.1186/s12876-023-03101-x.
12. Fueyo-Díaz R., Gascón-Santos S., Asensio-Martínez Á., [et al.]. Transcultural adaptation and validation of the Celiac Dietary Adherence Test. A simple questionnaire to measure adherence to a gluten-free diet. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2016; 108(3): 138–144. DOI: 10.17235/reed.2016.4033/2015.
13. Fueyo-Díaz R., Magallón-Botaya R., Gascón-Santos S., [et al.]. The effect of self-efficacy expectations in the adherence to a gluten free diet in celiac disease. *Psychology and Health*. 2020; 35(6): 734–749. DOI: 10.1080/08870446.2019.1675658.
14. Gładyś K., Dardzińska J., Guzek M., [et al.]. Celiac Dietary Adherence Test and Standardized Dietician Evaluation in assessment of adherence to a gluten-free diet in patients with celiac disease. *Nutrients*. 2020; 12(8): 2300. DOI: 10.3390/nu12082300.
15. Leffler D.A., Dennis M., Edwards George J.B., [et al.]. A simple validated gluten-free diet adherence survey for adults with celiac disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2009; 7(5): 530–536; e1–e2. DOI: 10.1016/j.cgh.2008.12.032.

-
16. Nikniaz Z., Asghari Jafarabadi M., Ghaffarifar S., [et al.]. Psychometric properties of the Persian version of the celiac disease adherence test questionnaire. *BMC Gastroenterology*. 2020; 20(1): 247. DOI: 10.1186/s12876-020-01396-8.
 17. Ribeiro C.D.S., Uenishi R.H., Domingues A.D.S., [et al.]. Gluten-free diet adherence tools for individuals with celiac disease: a systematic review and meta-analysis of tools compared to laboratory tests. *Nutrients*. 2024; 16(15): 2428. DOI: 10.3390/nu16152428.
-

Received 02.03.2026

For citing: Malygin YA.V., Kuznetsova YU.S., Zevaikina E.A., Degterev D.A., Bykova S.V., Malygin V.L. Adaptatsiya i validizatsiya russkoyazychnoj versii oprosnika «Test priverzhennosti bezglyutenovoj diete pri tseliakii». *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 58–69. (In Russ.)

Malygin YA.V., Kuznetsova YU.S., Zevaikina E.A., Degterev D.A., Bykova S.V., Malygin V.L. Adaptation and validation of the Russian version of the questionnaire “Celiac Diet Adherence Test”. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 58–69. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-58-69.

Е.Д. Невинная³, М.В. Вагайцева^{1, 2}, К.А. Ипатова⁴

ВЛИЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА: СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОПРОВОЖДАЮЩИХ РОДСТВЕННИКОВ

¹ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Ленинградская, д. 68);

² Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2);

³ Городская поликлиника № 3 (Россия, Санкт-Петербург, ул. Железноводская, д. 64);

⁴ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8)

Актуальность. Родственники сопровождают онкологических пациентов в лечебном и реабилитационном процессе. Часто их участие необходимо в связи с тяжестью состояния пациента. Астения и динамика эмоционального напряжения нередко снижают активность включённости пациента в процесс лечения. Оценка родственником эмоционального состояния и потребности в поддержке пациента своеобразно влияет на качество сопровождения.

Цель. Цель исследования заключается в изучении субъективной оценки родственниками особенностей эмоционального переживания пациента с онкологическим заболеванием.

Методология. Методология представлена клинико-психологическими и экспериментально-психологическими методами, такими как наблюдение, опросные формы и тестирование. Статистическая обработка включает описательную статистику, корреляционный анализ, контент-анализ с кластерным анализом.

Полученные *результаты и их анализ* демонстрируют обусловленность субъективной оценки родственником эмоционального состояния больного рядом личных клинико-психологических и социально-демографических показателей и неоднозначность выраженности и структуры эмоциональных переживаний пациента с онкологическим заболеванием.

Заключение. Результаты представляют интерес с точки зрения психодиагностики и потенциального инструмента для повышения приверженности к лечению, с включением в него семьи больных. Однако исследуемый вопрос требует дальнейшей разработки ввиду неоднозначности результатов и необходимости расширения объёма выборки и методологического поля.

Ключевые слова: онкология, родственники пациента, эмоциональная сфера, семья, психологическая оценка.

✉ Невинная Елизавета Дмитриевна – мед. психолог, каб. паллиативной мед. помощи поликлинического отделения № 2, гор. пол-ка № 3 (Россия, 199155, Санкт-Петербург, ул. Железноводская, д. 64,), ORCID: 0009-0005-8170-7976; e-mail: nevinnaiae@yandex.ru;

Вагайцева Маргарита Валерьевна – канд. психол. наук, клинич. психолог, Нац. мед. исслед. центр онкологии им. Н.Н. Петрова (Россия, 197758, Санкт-Петербург, ул. Ленинградская, д. 68); Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2), ORCID: 0009-0006-5804-9888; e-mail: 7707170m@gmail.com;

Ипатова Кира Александровна – клинич. психолог, ассистент 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), ORCID: 0000-0002-3957-1009; e-mail: ipatova_k@mail.ru.

Введение

По данным ряда публикаций, у онкологических пациентов часто развиваются тревожные и депрессивные расстройства [5, 8], что негативно влияет на самочувствие пациента и переживания его семьи, а также может играть определённую роль в снижении приверженности лечению и развитии сопряжённых с изменением эмоционального фона состояний, таких как антивитальные идеации [1], психологическая травматизация [3, 4, 13] и пр. Первой линией принятия на себя эмоциональных и поведенческих реакций, обусловленных данной динамикой эмоциональной сферы, вместе со специалистами медицинских учреждений становятся родственники онкологических больных. Оказывая психологическую и физическую поддержку в лечебном и реабилитационном процессе и играя роль буфера [9, 12], они также нередко служат связующим звеном между лечащим врачом, медицинским персоналом и самим пациентом.

Помимо влияния эмоциональной динамики пациентов на переживания их семьи, изучение диады больной-родственник также представляет интерес ввиду субъективности восприятия у пациентов с онкологическим заболеванием. Эта субъективность обусловлена физиологическими процессами, психоэмоциональными изменениями и астенизацией на фоне медикаментозного лечения [2, 10, 11], и она затрудняет оценку эмоционально-личностных характеристик больного.

Принимая во внимание активное участие и поддержку семьи, стоит обратиться также к их потенциальной роли индикаторов эмоциональной динамики онкологических пациентов.

Новизна пилотного исследования заключается в том, что экспертную оценку об эмоциональном состоянии пациента предоставляют его родственники. Объектом исследования является субъективная оценка члена семьи. Предметом – оцениваемая выраженность нарушений эмоциональной сферы у больных с онкологическим диагнозом.

Практическая значимость исследования может заключаться в потенциальном применении полученных результатов в опти-

мизации внутренней и внешней картины болезни пациента, а также формировании стратегий по психологическому сопровождению с включением в процесс семьи больного.

Цель исследования – изучение субъективной оценки и восприятия родственниками особенностей эмоциональной сферы пациентов с онкологическим заболеванием. Таким образом, задачи исследования включают:

- изучение субъективной оценки выраженности эмоциональных переживаний пациентов их родственниками;
- изучение вероятной структуры и особенностей эмоциональных переживаний пациентов их родственниками;
- изучение обусловленности оценки эмоциональных переживаний у пациентов социально-демографическими и когнитивно-поведенческими особенностями родственников.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 36 родственников пациентов с онкологическим диагнозом (злокачественное новообразование органов репродуктивной системы: С 53, С 55, С 50), установленным впервые. Средний возраст родственников составил 46 ± 16 , нижняя граница – 19 лет, верхняя – 72 года. Представленность группы по социально-демографическим характеристикам в абсолютном и относительном значении выражены в таблице 1. Все испытуемые предоставили письменное информированное согласие на участие в исследовании. Всем участникам были разъяснены принципы добровольности, конфиденциальности и возможность на любом этапе прервать участие в исследовании.

Структура проведённого исследования представлена следующими этапами:

- 1) обзор теоретических и эмпирических исследований, выявление проблемы и постановка цели;
- 2) информирование о принципах исследования, проведение клинико-психологического наблюдения и беседы, проведение анкетирования и психодиагностического исследования;

Таблица 1

**Социально-демографическая
и клинико-психологическая характеристика
выборки родственников пациентов
с онкологическим диагнозом (n = 36)**

Оцениваемый параметр	Абсолютное количество	Доля, %
Пол		
Мужчины	6	0,17
Женщины	30	0,83
Степень родства		
мать	12	0,33
супруг	5	0,14
сестра	9	0,25
сын / дочь	1 / 1	0,03 / 0,03
внучка	8	0,22
Образование		
начальное	7	0,19
среднее	10	0,28
высшее	19	0,53
Трудоустроенность		
да	19	0,53
частично	8	0,22
нет	9	0,25
Семейное положение		
холост	5	0,14
в браке	29	0,81
вдовец/вдова	2	0,05
Наличие детей		
да	23	0,64
нет	13	0,36
Выраженность уровня тревоги у родственника (по методике «Шкала самооценки тревоги Шихана»)		
незначительный	2	0,05
низкий (лёгкая степень)	25	0,7
средний (умеренная степень)	5	0,14
высокий (выраженная степень)	4	0,11
Сниженный эмоциональный фон (по методике «Опросник депрессивности CES-D»)		
отсутствует	9	0,25
лёгкой степени	9	0,25
умеренной степени	7	0,19
выраженной степени	11	0,31

3) проведение математико-статистической обработки данных и формирование выводов.

В ходе исследования для решения поставленных задач были применены следующие методы: анкетирование с открытым вопросом о субъективной оценке родственником эмоционального состояния пациента; анкета социально-демографических характеристик; «Интегративный тест тревоги» (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман и Б.В. Иовлев); «Шкала самооценки тревоги Шихана» (Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale, SPRAS); «Опросник депрессивности CES-D»; «Методика диагностики когнитивно-поведенческих стратегий преодоления» (И.Г. Сизова, С.И. Филиппченкова).

Для субъективной оценки родственником по 10-бальной шкале выраженности у больного ряда эмоций за основание была взята формальная модель эмоций ЕМА [15] – один из современных подходов, использующих для определения эмоций вероятность и желательность события, которому вторят и ряд отечественных моделей, например подход Леонтьева-Фомина [6, 7, 14], и выделяющих таким образом радость, надежду, страх и дистресс.

Математико-статистическая обработка данных и анализ (корреляционный, кластерный, описательный) были произведены с применением программы IBM SPSS Statistics 27.0. Для описания количественных характеристик были применены среднее значение и стандартное отклонение в виде « $M \pm SD$ ». При проведении корреляционного анализа значимой считалась корреляция при $p < 0,05$. Кластерный анализ был проведён с применением метода Уарда.

Результаты и их анализ

Средние значения по предложенным к оценке по 10-бальной шкале параметрам представлены следующими числами: «дистресс» ($M = 7,86$; $SD = 1,38$), «страх» ($7,44 \pm 1,44$), «надежда» ($5,89 \pm 1,75$), «радость» ($5,19 \pm 1,49$). Наглядно средние результаты с наибольшими и наименьшими полученными ответами представлены на рисунке 1.

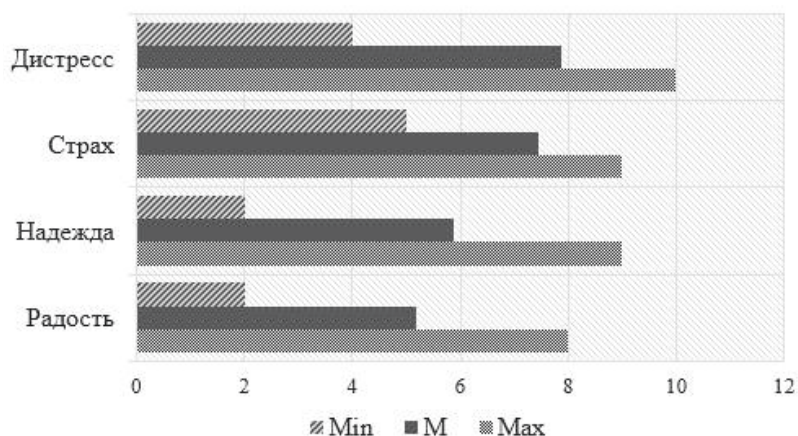


Рис. 1. Субъективная оценка родственником выраженности ряда эмоций пациента (n = 36)

По результатам корреляционного анализа, проведённого с целью определить наличие и выраженность взаимосвязи оценки родственником ряда параметров эмоциональной сферы больного с его (родственника) клинико-психологическими и социально-демографическими особенностями, полученные значимые связи представлены в таблице 2.

Таким образом, склонность отмечать в эмоциональном реагировании и переживании больного положительные компоненты может быть обусловлена как склонностью к активным стратегиям совладания родственника, так и пассивностью в поведении, эмоционально-фокусированной стратегией справляться с травмирующим событием (соответствует определению и содержанию «неконструктивных стратегий», согласно методике). Родственники, склонные подмечать у больного выраженность сниженного эмоционального

фона, стресс и фобические проявления, также демонстрируют повышенный уровень личностной тревожности, что может говорить о склонности проецировать собственные переживания на больного или даже семейной ситуации развития тревожных характерологических особенностей. Данные требуют дальнейшего изучения с расширением методологии и количества оцениваемых параметров.

Интересной представляется отрицательная корреляция между оценкой выраженности у больного надежды и профессиональной занятостью родственника, объяснение которой не может быть полноценно представлено на данном этапе и при ограниченности связанных показателей и требует более глубокого анализа.

Для определения вероятной структуры субъективной оценки родственником эмоционального переживания больного был прове-

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа

Показатели, между которыми выявлены значимые связи		Характеристика корреляционной связи	
Субъективная оценка родственником характеристики пациента	Характеристика родственника	r	p
Радость	Тревога в ситуации социального взаимодействия	0,368	0,027
	Неконструктивная стратегия поведения	0,655	< 0,001
Надежда	Трудовая деятельность	-0,589	< 0,001
	Конструктивная стратегия преобразования	0,386	0,02
Страх	Личностная тревожность	0,585	< 0,001
Дистресс		0,373	0,025

Таблица 3

Абсолютная и относительная частота упоминания категорий

Категории: компоненты эмоций	Абсолютная частота	Относительная частота
Субъективное переживание	21	0,172
Реакция организма	9	0,074
Мысли и идеи, сопровождающие эмоциональное переживание	15	0,123
Выражение лица, движения тела	12	0,098
Генерализованные эмоциональные реакции	29	0,238
Склонность к действиям, ассоциированным с эмоциональным переживанием	36	0,295

дён кластерный анализ переменных с предварительной обработкой их свободных высказываний на тему «Как Вы можете описать эмоциональные переживания Вашего родственника?». В записанных ответах были выделены семантические единицы, относящиеся к эмоциональной сфере и ассоциированным с ней компонентам поведения, мышления, физического состояния, каждая из которых была определена одной из категорий компонентов эмоций. Так, с предоставленными испытуемыми описаниями на словосочетания-стимул был проведён контент-анализ (табл. 3).

Одна из наиболее часто упоминаемых родственниками общая динамика эмоциональной сферы больных связана с заметными изменениями не только отдельных компонентов эмоциональной стороны личности, но зачастую и выраженных характерологических изменений (пример части описания, предоставленного родственником: «... он

(сын) в последние дни стал как будто другим человеком, у него сильно испортился характер, отказывался говорить даже с дочкой...»). Также среди наиболее часто встречающихся категорий отмечаются «склонность к действиям, ассоциированным с эмоциональным переживанием», таких как агрессия и отказ от всех социальных контактов; «субъективное переживание» и «мысли и идеи, сопровождающие эмоциональное переживание».

По результатам кластерного анализа переменных с использованием метода Уарда категории разделились на два кластера, первый из которых включает такие компоненты эмоций как «реакции организма», «выражения лица и телодвижения», «мысли и идеи (высказ.)» и «субъективные переживания». Второй кластер включает категории «генерализованные эмоциональные реакции» и «действия, ассоциированные с эмоциональным переживанием» (рис. 2).

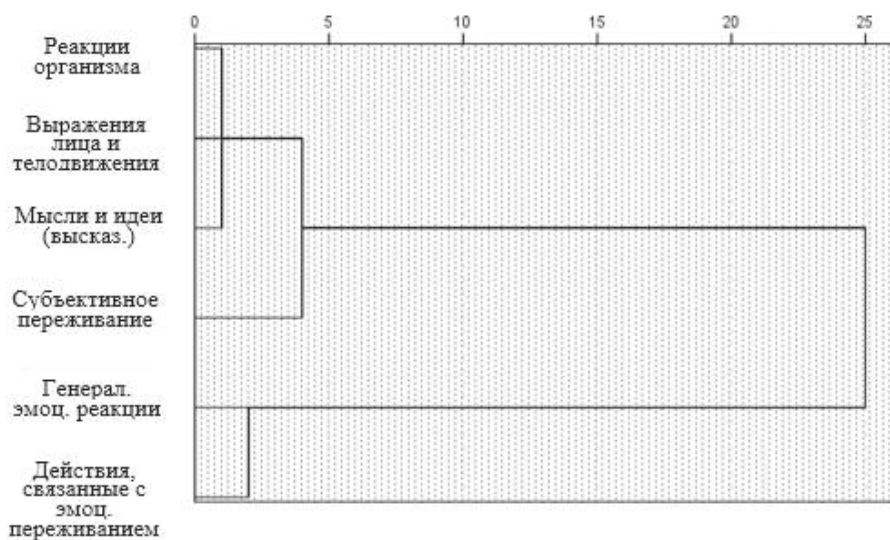


Рис. 2. Дендрограмма с использованием метода Уарда

Можно говорить о выделении двух ведущих тенденций в описании родственником эмоционального состояния больного с онкологическим заболеванием. Первая предполагает раскрытие преимущественно внутренних (субъективных) переживаемых изменений, включающая высказываемые вслух мысли и переживания; наблюдаемые при более тесном и длительном взаимодействии особенности реакции организма, мимики и пантомимики. Вторую группу тенденций можно условно назвать наблюдаемыми (внешними) проявлениями эмоциональной стороны: выраженные изменения в реагировании как эмоциональном, так и поведенческом. Однако отсутствие наблюдаемых родственником субъективных внутренних переживаний при наличии соответствующей ведущей тенденции не означает их отсутствие на деле, что может потенциально стать мишенью для психологического сопровождения, наблюдения и повышение качества жизни больного и его семьи на этапе лечения и реабилитации.

Заключение

Полученные данные и их анализ позволяют предполагать участие родственника в процессе психологического сопровождения больного, повышения его приверженности

к лечению и улучшения качества переживания сложного лечебного и реабилитационного процесса намного более комплексным компонентом, требующим дальнейшего изучения с расширением выборки и углублением методологического положения исследования.

Выявляемые ограничения работы заключаются в том, что участие родственников в обращении за психологической помощью и участие в испытании не предполагает на тех же принципах и согласии привлечение собственно пациентов для сравнения и проведения дополнительного анализа.

Наблюдаемые тенденции к семейной обусловленности переживаний страха и стресса, а также преобладанию в оценке родственниками внешних или внутренних проявлений эмоциональных переживаний могут быть полезны в разработке программ сопровождения пациентов с включением в них участие близких, а также могут выступать самостоятельными маркерами эмоционального состояния пациента. Полученные результаты позволяют взглянуть на эмоциональный компонент внутренней картины болезни с другой стороны.

Таким образом, результаты проведенного исследования могут представлять ценность в разработке ряда программ и расширении возможностей психодиагностических инструментов.

Литература

1. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение пациентов онкологического профиля // Медицинский вестник Юга России. 2024. Т. 15, № 3. С. 18–25. DOI:10.21886/2219-8075-2024-15-3-18-25
2. Блинов Д.В., Солопова А.Г., Плутницкий А.Н., [и др.]. Организация здравоохранения в сфере реабилитации пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2022. Т. 15, № 1. С. 119–130.
3. Васильева А.В., Караваева А.А., Мизинова Е.Б., [и др.]. Мишени психотерапии при коморбидном посттравматическом стрессовом расстройстве у онкологических больных // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Т. 10, № 4. С. 402–416. 2020.
4. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., [и др.]. ПТСР у пациенток с раком молочной железы после оперативного лечения (мастэктомии). Клинико-психологические особенности // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018. № 4. С. 83–92. DOI:10.31363/2313-7053-2018-4-83-92
5. Владимиров Л.Ю., Вельтищев Д.Ю., Гладков О.А., [и др.]. Депрессивные и тревожные расстройства // Злокачественные опухоли. 2025. Т. 15, № 3. С. 444–471. <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2025-15-3s2-2-24>
6. Леонтьев В.О. Классификация эмоций. Одесса: Изд-во Инновационно-ипотечного центра, 2002. 92 с.
7. Леонтьев В.О. Формулы эмоций // Одиннадцатая национальная конференция по искусственному интеллекту с международным участием КИИ-2008. Труды конференции. 2008. № 1. С. 115–123.
8. Мустафин Р.Н. Проблемы психологической помощи онкологическим пациентам // Сибирский онкологический журнал. 2024. Т. 23, № 6. С. 159–167. DOI:10.21294/1814-4861-2024-23-6-159-167 2024
9. Орлова М.М. Предикторы субъективного ощущения социальной поддержки у онкологических больных на примере заболеваний репродуктивной системы // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2023. Т. 23, № 3. С. 318–325. DOI:10.18500/1819-7671-2023-23-3-318-325

10. Петров Ю.А., Тарасова А.Ю., Палиева Н.В., [и др.]. Специфика психоэмоционального состояния онкогинекологических больных // Главный врач Юга России. 2023. Т. 2, № 88. С. 31–34.
11. Петрожицкая А.А., Танделов Р.К., Быстрицкая Д.А., [и др.]. Возможности реабилитации пациенток со злокачественными опухолями женских половых органов // Злокачественные опухоли. 2022. Т. 12, № 3. С. 35–42.
12. Романов Д.К., Романов К.М., Саныгина Д.А. Психологические особенности общения врача с онкологическими больными // Огарёв-Online. 2022. Т. 15, № 184. С. 2.
13. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 1. С. 40–63.
14. Фоминых И.Б. Инженерия образов, творческие задачи, эмоциональные оценки // Онтология проектирования. 2018. Т. 8, № 2. С. 175–189. DOI: 10.18287/2223-9537-2018-8-2-175-189
15. Gratch J., Marsella S. A domain-independent framework for modeling emotions // J. of Cognitive Systems Research. 2004. Vol. 5, N 4. Pp. 269–306.

Поступила 06.04.2026

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

Участие авторов: Е.Д. Невинная – систематизированный отбор и анализ литературы для уточнения направления и цели исследования, организация и проведение экспериментальной части исследования, подготовка чернового варианта текста рукописи, согласование окончательного варианта; М.В. Вагайцева – развитие ключевых задач исследования и подбор методологических оснований, анализ полученных в результате математико-статистической обработки данных, критический пересмотр текста рукописи с внесением коррективов по оформлению и представлению данных, утверждение окончательного варианта; К.А. Ипатова – подготовка направлений дизайна исследования, математико-статистическая обработка результатов исследования, редактирование итогового варианта статьи, согласование окончательного варианта.

Для цитирования. Невинная Е.Д., Вагайцева М.В., Ипатова К.А. Влияние онкологического заболевания на эмоциональное состояние пациента: субъективная оценка сопровождающих родственников // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 70–78. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-70-78.

E.D. Nevinnaya³, M.V. Vagaytseva^{1, 2}, K.A. Ipatova⁴

Emotional State in Patients with Cancer: Subjective Assessment by Accompanying Relatives

¹ National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov
(68, Leningradskaya Str., St. Petersburg, Russia);

² Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, Russia);

³ City Clinical Hospital N 3 (64, Zheleznovodskaya Str., St. Petersburg, Russia);

⁴ Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Elizaveta Dmitrievna Nevinnaya – medical psychologist, Palliative Care Office of the Saint Petersburg State Healthcare Institution City Clinical Hospital N 3 (64, Zheleznovodskaya Str., St. Petersburg, 199155, Russia), ORCID: 0009-0005-8170-7976; e-mail: nevinnajae@yandex.ru;

Margarita Valerievna Vagaytseva – PhD. Psychol. Sci., clinical psychologist, National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov (68, Leningradskaya Str., St. Petersburg, 197758, Russia); Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia), ORCID: 0009-0006-5804-9888; e-mail: 7707170m@gmail.com;

Kira Aleksandrovna Ipatova – clinical psychologist, assistant Department of general and clinical psychology, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia), ORCID: 0000-0002-3957-1009; e-mail: ipatova_k@mail.ru.

Abstract

Relevance. Family members accompany patients with cancer throughout the treatment and rehabilitation process. Their involvement is often necessary due to the severity of the patient's condition. Asthenia and fluctuations in emotional distress may reduce patients' active engagement in the treatment process. Family members' assessment of the patient's emotional state and need for psychological support may, in turn, influence the quality of caregiving and support provided.

Objective. To examine family members' subjective assessments of the emotional experiences of patients with cancer.

The methodology. The study employed clinical-psychological and experimental-psychological methods, including observation, questionnaires, and psychological testing. Statistical analysis included descriptive statistics, correlation analysis, and content analysis combined with cluster analysis.

The results and their analysis. The findings demonstrated that family members' subjective assessments of patients' emotional states were associated with a range of clinical-psychological and sociodemographic characteristics of both the patient and the family member. The results also indicated considerable variability in the intensity and structure of emotional experiences among patients with cancer.

Conclusion. The findings are of interest from the perspective of psychological assessment and suggest the potential value of incorporating family members into interventions aimed at improving patients' treatment adherence. However, the issue requires further investigation because of the heterogeneity and ambiguity of the findings, as well as the need for larger samples and a broader methodological framework.

Keywords: oncology, patient relatives, emotional sphere, family, psychological assessment.

References

1. Bisaliev R.V. Suicidal'noe povedenie pacientov onkologicheskogo profilya [Suicidal behavior of cancer patients]. *Meditsinskij vestnik YUga Rossii* [Medical Herald of the South of Russia]. 2024; 15(3): 18–25. DOI: 10.21886/2219-8075-2024-15-3-18-25 (In Russ.)
2. Blinov D.V., Solopova A.G., Plutnickij A.N., [et al.]. Organizaciya zdavoohraneniya v sfere reabilitacii pacientok s onkologicheskimi zabolevaniyami reproduktivnoj sistemy [Strengthening health care to provide rehabilitation services for women with cancer diseases of the reproductive system]. *Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya* [Farmakoekonomika. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology]. 2022; 15(1): 119–130. (In Russ.)
3. Vasileva A.V., Karavaeva A.A., Mizinova E.B., [et al.]. Misheni psihoterapii pri komorbidnom posttravmaticheskom stressovom rasstrojstve u onkologicheskikh bol'nyh [Psychotherapy targets for comorbid post-traumatic stress disorder in cancer patients]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psihologiya* [Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology]. 2020; 10(4): 402–416. (In Russ.)
4. Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P., [et al.]. PTSR u pacientok s rakom molochnoj zhelezy posle operativnogo lecheniya (mastektomii). Kliniko-psihologicheskie osobennosti [Breast cancer related PTSD in patients afer surgical treatment (mastectomy). Clinical and psychological issues]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2018; (4): 83–92. DOI: 10.31363/2313-7053-2018-4-83-92 (In Russ.)
5. Vladimirova L.Y., Vel'tishchev D.YU., Gladkov O.A., [et al.]. Depressivnye i trevozhnye rasstrojstva [Depressive and anxiety disorders]. *Zlokachestvennye opuholi* [Malignant tumours]. 2025; 15(3): 444–471. <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2025-15-3s2-2-24> (In Russ.)
6. Leontev V.O. Klassifikaciya emocij. Odessa, 2002. 92 p. (In Russ.)
7. Leontev V.O. Formuly emocij. Odinnadcataya nacional'naya konferenciya po iskusstvennomu intellektu s mezhdunarodnym uchastiem KII-2008. Trudy konferencii [Formulas of emotions. Eleventh national conference on artificial intelligence with international participation (CAI-2008)]. 2008; (1): 115–123. (In Russ.)
8. Mustafin R.N. Problemy psihologicheskoy pomoshchi onkologicheskim pacientam [Problems of psychological assistance to cancer patients]. *Sibirskij onkologicheskij zhurnal* [Siberian journal of oncology]. 2024; 23(6): 159–167. DOI: 10.21294/1814-4861-2024-23-6-159-167 2024 (In Russ.)
9. Orlova M.M. Prediktory sub'ektivnogo oshchushcheniya social'noj podderzhki u onkologicheskikh bol'nyh na primere zabolevanij reproduktivnoj sistemy [Predictors of subjective feeling of social support in women with oncological diseases of the reproductive system]. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya Filosofiya. Pedagogika* [Izvestiya of Saratov University. New Series. Psihologiya. Pedagogika]. 2023; 23(3): 318–325. DOI: 10.18500/1819-7671-2023-23-3-318-325 (In Russ.)

10. Petrov Y.A., Tarasova A.YU., Palieva N.V., [et al.]. Specifika psihoemocional'nogo sostoyaniya onkoginekologicheskikh bol'nyh [The specifics of the psychoemotional state of oncogynecological patients]. *Glavnyj vrach YUga Rossii* [Chief Physician of the South of Russia]. 2023; 2(88): 31–34. (In Russ.)
11. Petrozhickaya A.A., Tandelov R.K., Bystrickaya D.A., [et al.]. Vozmozhnosti reabilitatsii pacientok so zlokachestvennymi opuholyami zhenskih polovyh organov [Currently available rehabilitation techniques for patients with gynecological cancer]. *Zlokachestvennye opuholi* [Malignant tumours]. 2022; 12(3): 35–42. (In Russ.)
12. Romanov D.K., Romanov K.M., Sanygina D.A. Psihologicheskie osobennosti obshcheniya vracha s onkologicheskimi bol'nymi [Psychological features of doctor's communication with oncological patients]. *Ogaryov-Online* [Ogaryev-Online]. 2022; 15(184): 2. (In Russ.)
13. Tarabrina N.V. Posttravmaticheskiy stress u bol'nyh ugrozhayushchimi zhizni (onkologicheskimi) zabolevaniyami [Posttraumatic stress among cancer patients]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2014; 22(1): 40–63. (In Russ.)
14. Fominyh I.B. Inzheneriya obrazov, tvorcheskije zadachi, emocional'nye ocenki [Mental image engineering, creative problems, emotional evaluations]. *Ontologiya proektirovaniya* [Ontology of Designing]. 2018; 8(2): 175–189. DOI: 10.18287/2223-9537-2018-8-2-175-189. (In Russ.)
15. Gratch J., Marsella S. A domain-independent framework for modeling emotions. *J. of Cognitive Systems Research*. 2004; 5(4): 269–306.

Received 06.04.2026

For citing: Nevinnaya E.D., Vagaytseva M.V., Ipatova K.A. Vliyanie onkologicheskogo zabolevaniya na ehmo-tsional'noe sostoyanie patsienta: sub"ektivnaya otsenka soprovozhdayushhikh rodstvennikov. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 70–78. (In Russ.)

Nevinnaya E.D., Vagaytseva M.V., Ipatova K.A. Emotional state in patients with cancer: subjective assessment by accompanying relatives. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 70–78. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-70-78.

М.С. Плужник¹, Е.О. Филиппова², С.Н. Левич²,
Л.О. Марченко², В.И. Евдокимов¹, Е.В. Хасанова²

ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ВИТАЛЬНОЙ УГРОЗОЙ, НА РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова
МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

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

Введение. Длительное пребывание в условиях витальной угрозы может вызывать нарушения психической адаптации и способствовать ухудшению результатов выполнения профессиональных обязанностей.

Цель – оценить выраженность нарушений психической адаптации в группах с различной длительностью пребывания обследованных в условиях витальной угрозы и выявить мишени для проведения психокоррекционных мероприятий.

Методология. Обследовали 98 человек, профессиональная деятельность которых связана с командировками в зону повышенной опасности с витальной угрозой, в возрасте ($29,7 \pm 4,0$) года. Контрольную группу составили 24 человека аналогичного возраста, деятельность которых была без риска витальной угрозы. Создали 3 группы по длительности пребывания в ситуациях витальной угрозы. 1-ю группу составили 43 человека со средней длительностью пребывания в условиях витальной угрозы 5,6 мес, 2-ю группу – с длительностью 20,8 мес – 22 человека, 3-ю группу – с длительностью 38 мес – 33 человека. Предположили, что у лиц 3-й группы в отличие от 1-й могут возникать нарушения психической адаптации и стресс-индуцированные расстройства. Для оценки личностных особенностей и вероятности развития нарушений психической адаптации использовали психологические мето-

✉ Плужник Михаил Сергеевич – мл. науч. сотр., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), ORCID: 0009-0002-0535-533X, e-mail: pluzhnikms@yandex.ru;

Филиппова Елена Олеговна – науч. сотр., науч.-исслед. отд. (мед.-психол. сопровождения) Науч.-исслед. центра, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0009-0002-9529-5173, e-mail: lena-philippova@bk.ru;

Левич Светлана Николаевна – ст. науч. сотр., науч.-исслед. отд. (мед.-психол. сопровождения) Науч.-исслед. центра, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-5874-1341, e-mail: leviswet@mail.ru;

Лариса Олеговна Марченко – науч. сотр., науч.-исслед. отд. (мед.-психол. сопровождения) Науч.-исслед. центра, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-0425-6463, e-mail: marchenlara@mail.ru;

Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., гл. науч. сотр., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Хасанова Елизавета Владиславовна – пом. нач. учеб.-метод. отд., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0009-0008-8798-1759.

дики: личностный опросник «Модуль», Индивидуально-типологический опросник (ИТО), опросник «Профессиональное выгорание» (MBI), госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), шкалу безнадежности А. Бека (BHI), методику диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана, Миссисипскую шкалу посттравматических стрессовых проявлений (MS PTSD). Для сравнительного анализа двух несвязанных групп использовали непараметрический U-критерий Манна–Уитни с поправкой Бонферрони. Взаимосвязи оценивали с помощью коэффициента непараметрической корреляции Спирмена.

Результаты и их анализ. Оценка влияния показателей длительности витальной угрозы у лиц, профессиональная деятельность которых связана с командировками в зону повышенной опасности и с витальной угрозой, выявила, что у 18 % лиц с высокой длительностью действия витальной угрозы наблюдались отдельные (парциальные) признаки посттравматического стрессового расстройства, а у 6,1 % – клинический и субклинический уровень тревоги и депрессии, у лиц со средней и высокой длительностью оказался более высокий уровень ригидности. Кроме этого, в группе со средней длительностью выявлен низкий уровень компромиссности, а в группе с высокой длительностью – высокая конфликтность. Таким образом, при увеличении длительности пребывания комбатантов в ситуации витальной угрозы отмечается возрастание «негативных» психологических проявлений.

Заключение. С увеличением сроков пребывания обследованных лиц в командировках с витальной угрозой возрастает риск получения травм и развития нарушений психической адаптации.

Ключевые слова: витальный стресс, длительность стресса, комбатант, психологическая диагностика, нарушение адаптации, стресс-индуцированные расстройства, травма.

Введение

Актуальность исследования определялась недостаточной изученностью влияния длительности воздействия стресс-факторов на психическое здоровье лиц, выполняющих профессиональные обязанности в экстремальных условиях, в том числе, с витальной угрозой.

Совокупность основных стресс-факторов (интенсивность и продолжительность воздействия, повторяемость ситуации, травмы и ранения, оперативная обстановка) оказывает негативное влияние на состояние личностного адаптационного потенциала и функциональных резервов организма, приводя к их снижению и в дальнейшем нарушениям социально-психологической адаптации [2, 16].

Длительность воздействия стресса, связанного с витальной угрозой, определяет глубину изменений личности профессионала. На начальном этапе стресс проявляется в смешанной, несформированной клинической картине [2]. Кратковременный стресс (4–6 нед) мобилизует адаптацию. При более длительном пролонгированном воздействии происходит нарушение защитно-приспособительных механизмов. Хрониче-

ский стресс приводит к изменению функциональных и личностных особенностей [4, 9], снижению мотивации и потери интереса к жизни, снижению нервно-психической устойчивости, нарастанию социальной изоляции, развитию комплексного нарушения психической адаптации (рисунок).

Доказано, что кумулятивный стресс выступает фактором развития соматоформных нарушений, расстройств настроения, депрессии, посттравматического стрессового расстройства [14]. Последствия выполнения профессиональных обязанностей, связанных с риском возникновения чрезвычайных ситуаций, приводят к развитию агрессивного поведения, эмоционального истощения, нервно-психической неустойчивости и т.д. [19]. Также в других исследованиях показано, что удовлетворенность жизнедеятельностью у подавляющего большинства сотрудников, работающих в таких условиях, не достигается, а эффективность деятельности определялась напряжением функциональных резервов организма, что приводило к их истощению, значительной астенизации и психопатизации личности (см. рисунок) [7, 10].

Исследования ряда авторов [11, 14] показали, что при изучении динамики психи-

ческого состояния военнослужащих в условиях боевой деятельности на начальном этапе происходит возрастание показателей по шкалам невротической триады, а затем при длительном воздействии ситуации – по психотическим шкалам при одномоментном снижении выраженности эмоциональных нарушений.

При проведении обследования 8300 военнослужащих регулярной армии Великобритании, из которых 48 % принимали участие в боевых действиях за последние 3 года при кумулятивной средней продолжительности командировок 13 мес, выявлены статистически значимые корреляционные зависимости между сроком участия в зоне боевых действий и шкалам посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) по данным опросника Checklist (PCL) ($p < 0,002$), наличием психологического дистресса по опроснику General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) ($p = 0,018$), жалобами на самочувствие (боль в различных частях тела, головокружение, сердцебиение, желудочно-кишечные расстройства, нарушение сна и др.) ($p = 0,030$), а также проблемами в семье, взаимоотношениями с близкими и тенденцией к злоупотреблению алкоголем [20].

В исследовании А.Д. MacGregor и соавт. [18] оказалось, что у морских пехотинцев, участвующих в двух командировках в зону боевых действий, развитие верифицированного ПТСР по ICD-9 по данным психометрических опросников и специальных интервью было статистически достоверно чаще, чем у военнослужащих с одной командировкой (2,1 против 1,2 %; $p < 0,001$). Учет развития ПТСР проводился в течение первого года после возвращения из последней командировки.

В мета-анализе, подготовленном С. Хуе и соавт. [21], установлено, что увеличение числа командировок (от одной до трех и более) и длительное суммарное пребывание в зоне боевых действий (например более 12 мес) ассоциировалось у комбатантов с повышенным риском развития ПТСР. В качестве основных факторов риска могли оказаться интенсивность боевых действий, низкий уровень социальной поддержки после возвращения, низкий воинский статус, молодой возраст, низкий уровень образования, отсутствие брака, злоупотребление психоактивными веществами.

Данная статья является продолжением опубликованной предыдущей [12], в которой



Обобщенная схема изменений функциональных резервов организма и психических функций при боевом стрессе [15]

по сконструированному коэффициенту интенсивности витальной угрозы комбатантов разделили на группы с вероятностью возникновения нарушений психической адаптации. Оказалось, что изменение личностных особенностей у них происходит в основном по стеническому типу реагирования. Усиление черт стенического регистра (агрессии, стеничности и ригидности в сочетании со снижением социабельности и способности к компромиссам) повышает вероятность ретравматизации психики за счет ухудшения социального функционирования и в дальнейшем может приводить к развитию нарушений психической адаптации. Для оценки вероятности развития и профилактики нарушений психической адаптации разработана дискриминативная модель.

Цель – оценить выраженность нарушений психической адаптации в группах с различной длительностью пребывания обследованных в условиях витальной угрозы и выявить мишени для проведения психокоррекционных мероприятий.

Материал и методы

Обследовали 98 медицинских работников, профессиональная деятельность которых связана с командировками в зону повышенной опасности и витальной угрозы в возрасте от 24 до 42 лет, средний возраст – $(29,7 \pm 4,0)$ года. Они образовали группу с витальной угрозой (ВУ). Суммарная длительность пребывания в ситуации витальной угрозы варьировала от 1 мес до 5 лет. Контрольную группу (КГ) составили 24 человека в возрасте $(28,6 \pm 2,8)$ года, выполнение профессиональных задач у которых не связано с воздействием витальной угрозы.

Для оценки личностных особенностей применяли методики:

- личностный опросник «Модуль» [5], содержит 84 утверждения, позволяющих оценить выраженность нервно-психической неустойчивости и нарушений эмоционально-волевой регуляции;

- «Индивидуально-типологический опросник» (ИТО) в модификации К.В. Сугоняева

[5] состоит из 133 утверждений, при которых изучаются индивидуально-типологические особенности личности, оказывающие влияние на поведение, общение и адаптацию;

- опросник «Профессиональное выгорание» К. Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI) в адаптации Н.Е. Водопьяновой [3], включает 22 высказывания и выявляет эмоциональное истощение, утрату интереса к работе, проявление негатива в отношении с коллегами и пациентами, неудовлетворенность результатами своей деятельности. При оценке результатов по шкале редукции личных достижений имеется обратный подсчет: чем меньше балл, тем больше выражена редукция личных достижений.

Для оценки субклинических и клинических проявлений стресс-индуцированных расстройств использовали методики:

- госпитальную шкалу тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), содержит по 7 утверждений на каждую подшкалу для оценки тревоги и депрессии в скрининговых обследованиях [17];

- шкалу безнадежности А. Бека (Beck Hopelessness Inventory, BHI), содержит 20 утверждений, позволяющих измерять выраженность негативного отношения субъекта к собственному будущему и является косвенным индикатором суицидального риска [6];

- методику диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко, содержит 20 утверждений для выявления психического напряжения, связанного с неудовлетворенностью социальным положением в сферах жизни. Оценку проводили в баллах по 5 градациям удовлетворенности сферами социального функционирования (0 баллов – полностью удовлетворен, 4 – не удовлетворен). Чем меньше оценка, тем большая удовлетворенность социальным положением и меньшая социальная фрустрированность [1];

- Миссисипскую шкалу посттравматических стрессовых проявлений (MS PTSD) [8]. Использовали адаптивный гражданский вариант шкалы, содержащий 35 утверждений, используемый в Минобороны России, так

как лица контрольной группы не принимали участие в боевых операциях.

На одно психологическое обследование в среднем затрачивали около $1\frac{1}{2}$ ч.

Для качественной оценки продолжительности деятельности в ситуации с витальной угрозой средний показатель (20,1 мес) разделили на 3 равных части ($\frac{1}{3} = 6,7$ мес). К низкому показателю относили данные, которые были меньше среднего на $\frac{1}{3}$ средней величины, к высокому – больше на $\frac{1}{3}$. Эти данные использовали для распределения общего массива обследованных лиц на группы. 1-ю группу составили 43 обследованных, их средняя длительность пребывания в условиях витальной угрозы была 5,6 мес. Предположили, что у них отмечается невысокая вероятность развития нарушений психической адаптации. Во 2-й группе со средней продолжительностью 20,8 мес оказались 22 человека. В 3-й группе с высокой длительностью пребывания в условиях витальной угрозы 38 мес было 33 человека. Предположили, что у лиц 3-й группы могут возникать нарушения психической адаптации и стресс-индуцированные расстройства.

Распределение полученных результатов по критерию Колмогорова–Смирнова отличались от нормального, в связи с этим в таблице представили только средние показатели. Для сравнительного анализа двух групп использовали непараметрический U-критерий Манна–Уитни с поправкой Бонферрони. При изучаемых 5 группах статистически достоверные различия ($p \leq 0,05$) были при поправке $p \leq 0,01$. Установление взаимосвязи между показателями проводили с помощью коэффициента (ρ) непараметрической корреляции Спирмена.

Результаты и их анализ

По результатам дисперсионного анализа оказалось, что в выделенных группах длительность нахождения в условиях витального стресса статистически достоверно различались по показателям дезадаптации ($p = 0,020$), агрессии ($p = 0,025$) и конфликтности ($p = 0,038$) по опроснику ИТО, что яви-

лось основанием проведения более углубленного изучения психического состояния комбатантов в группах.

Показатели обследования по психологическим методикам в группах представлены в табл. 1. Как правило, показатели психологических методик в группах с угрозой витального стресса соответствовали нормативным данным. Только у 18 (18,4 %) человек 3-й группы наблюдались отдельные (парциальные) признаки ПТСР, не выходящие за рамки нормативных значений, и у 6 (6,1 %) человек выявлены клинический (2 человека) и субклинический (4 человека) уровень тревоги и депрессии по шкале HADS, что, в целом, соответствует данным при обследовании комбатантов специальной военной операции с ранениями легкой и средней степени тяжести [15].

Средние значения по психологическим методикам у обследованных лиц в выделенных группах по продолжительности участия в командировках с витальной угрозой практически статистически достоверно не отличались (см. табл. 1). В то же время, оказалось, что в 3-й группе по сравнению с 1-й и особенно со 2-й группой отмечались более высокие «негативные» психологические проявления на уровне тенденций. По сравнению с КГ во 2-й группе выявлены статистически достоверно высокие показатели ригидности и низкие компромиссности по опроснику ИТО, в 3-й группе – также высокие показатели ригидности и конфликтности по опроснику ИТО (см. табл. 1). По сравнению с КГ у обследованных комбатантов ВУ были статистически значимо выраженные показатели стеничности, конфликтности и меньшие – компромиссности по опроснику ИТО. Уместно также отметить, что число травм в 1-й группе комбатантов было статистически достоверно меньше, чем в 3-й (см. табл. 1).

Психологические показатели во 2-й группе обследованных по сравнению с 3-й уже имели больше статистически значимых различий, притом что показатели конфликтности по опроснику ИТО были статистически достоверно меньше (см. табл. 1), что может

Таблица 1

**Показатели психологических методик в группах по длительности пребывания
в условиях витальной угрозы, средний балл**

Показатель/психологическая методика	Группа					P =
	1-я (1)	2-я (2)	3-я (3)	ВУ (4)	КГ (5)	
Длительность командировок, мес	5,9	20,8	38,0	20,1		
Наличие травм, число	0,1	0,3	0,6	0,3		(1-3) 0,007
ПТСР по шкале MS PTSD	47,3	43,0	54,4	48,7	42,4	
Методика «Модуль»						
Эмоционально-волевая регуляция	3,9	3,5	3,9	3,8	4,4	
Личностные особенности	10,6	10,3	11,3	10,8	10,3	
Нервно-психическая неустойчивость	14,5	13,8	15,2	14,6	14,7	
Индивидуально-типологический опросник (ИТО)						
Атипичность	0,4	0,5	0,8	0,6	0,5	
Стеничность	5,8	6,1	5,7	5,9	4,4	(4-5) 0,008
Ригидность	6,7	6,7	7,1	6,8	5,4	(2-5) 0,010; (3-5) 0,010
Интроверсия	2,7	2,2	3,4	2,8	3,0	
Тревожность	0,4	0,3	0,8	0,6	0,5	
Лабильность	5,0	4,4	4,2	4,6	5,3	
Дезадаптация	1,5	1,0	2,8	1,8	1,2	
Агрессия	1,8	1,1	3,1	2,1	1,7	
Конфликтность	8,5	7,8	10,2	8,9	7,1	(3-5) 0,003; (4-5) 0,009
Социабельность	24,4	23,0	21,8	23,2	25,4	
Компромиссность	15,0	13,9	14,2	14,5	18,4	(2-5) 0,002; (4-5) 0,001
Опросник «Профессиональное выгорание»						
Эмоциональное истощение	7,5	6,5	8,5	7,7	7,2	
Редукция личных достижений	34,3	33,9	32,6	33,7	30,7	
Деперсонализация	4,3	3,9	4,6	4,3	4,0	
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)						
Тревога	1,7	1,5	2,3	1,9	2,0	
Депрессия	2,1	2,8	2,8	2,5	2,2	
Безнадежность по шкале Бека	1,0	1,2	1,3	1,2	1,5	
Социальная фрустрированность	1,5	1,4	1,6	1,5	1,6	

свидетельствовать о снижении эмоционального фона для более оптимального выполнения профессиональных задач. Полагаем, что эти сведения соответствовали периоду психической резистентности стрессовой кривой (см. рисунок).

У обследованных лиц 3-й группы по сравнению с КГ оказались более выраженные показатели посттравматического стресс-

ового расстройства (ПТСР) по шкале MS PTSD. Оказались также более высокие показатели по ряду «негативных» характеристик (ригидность и конфликтность) по опроснику ИТО. Возможно, что у обследованных комбатантов 3-й группы могли наблюдаться социально неадекватные эмоциональные состояния и возможные нарушения психической адаптации, которые формировались

в период психического истощения и профессиональной деформации стрессовой кривой (см. рисунок).

В табл. 2 соотнесли распространенность показателей использованных методик в группах со стрессовой кривой (см. рисунок). Сравнили психологические данные с предыдущей продолжительностью пребывания в условиях витального стресса. Например, психологические обследования 1-й группы были взяты за 100 % по сравнению с показателями 2-й группы. Выявлено уменьшение сведений по 16 шкалам психологических тестов, что вполне соответствует периоду ре-

зистентности стрессовой кривой, снижения фона эмоций и минимизации постстрессовых реакций при витальном (боевом) стрессе во 2-м периоде (см. рисунок). Отмечается выраженное уменьшение данных интроверсии, тревожности, дезадаптации и агрессии по опроснику ИТО и снижение социальной фрустрированности по методике Вассермана. Следует также указать на значительное увеличение показателей атипичности ответов по опроснику ИТО, депрессии по HADS и безнадёжности по шкале Бека. Полученные результаты повышают диагностическую валидность исследований.

Таблица 2

Отношение показателей психологических тестов в группах по длительности пребывания в условиях витального стресса, %

Показатель/ психологическая методика	Отношение данных 2-й группы к 1-й		Отношение данных 3-й группы ко 2-й	
	%	+/-	%	+/-
ПТСР по шкале MS PTSD	90,9	-9,1	126,5	26,5
Методика «Модуль»				
Эмоционально-волевая регуляция	89,7	-10,3	111,4	11,4
Личностные особенности	97,2	-2,8	109,7	9,7
Нервно-психическая неустойчивость	95,2	-4,8	110,1	10,1
Индивидуально-типологический опросник (ИТО)				
Атипичность	125,0	25,0	160,0	60,0
Стеничность	105,2	5,2	93,4	-6,6
Ригидность	100,0	0,0	106,0	6,0
Интроверсия	81,5	-18,5	154,5	54,5
Тревожность	75,0	-25,0	266,7	166,7
Лабильность	88,0	-12,0	95,5	-4,5
Дезадаптация	66,7	-33,3	280,0	180,0
Агрессия	61,1	-38,9	281,8	181,8
Конфликтность	91,8	-8,2	130,8	30,8
Социабельность	94,3	-5,7	94,8	-5,2
Компромиссность	92,7	-7,3	102,2	2,2
Опросник «Профессиональное выгорание»				
Эмоциональное истощение	86,7	-13,3	130,8	30,8
Редукция личных достижений	98,8	1,2	96,2	-3,8
Деперсонализация	90,7	-9,3	117,9	17,9
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)				
Тревога	88,2	-11,8	153,3	53,3
Депрессия	133,3	33,3	100,0	0,0
Безнадёжность по шкале Бека	120,0	20,0	108,3	8,3
Социальная фрустрированность	93,3	-6,7	114,3	14,3

При дальнейшем анализе показатели обследуемых 2-й группы, длительность пребывания которых в командировках с витальной угрозой составляла около 20,8 мес, приняты за 100 % по сравнению с показателями 3-й группы (табл. 2). Выявлено увеличение сведений по 17 шкалам психологических тестов, которые характеризуют перенапряжение функциональных резервов, развитие «негативных» личностных качеств, что вполне соответствует периоду психического истощения в 3-м периоде витального стресса (см. рисунок). Отмечается выраженное повышение данных дезадаптации, агрессии, тревожности, интроверсии и конфликтности по опроснику ИТО, тревоги по шкале HADS, ПТСР по шкале MS PTSD и увеличение социальной фрустрированности по методике Вассермана. Практически аналогичные сведения по сопряженности психологических проявлений со стрессовой кривой у комбатантов представлены в публикации В.К. Шамрея и соавт. [15]. Полагаем, что полученные результаты также повышают диагностическую валидность представленных исследований.

При помощи непараметрического корреляционного анализа Спирмена изучили взаимосвязь показателей длительности пребывания в командировках с ситуацией витальной угрозы с показателями психологических методик. В общей группе обследованных лиц обнаружены умеренные положительные статистически значимые корреляции показателей длительности периода пребывания в командировках с витальной угрозой с числом травм ($r = 0,362$; $p \leq 0,05$), отрицательные – с данными лабильности ($r = -0,283$; $p < 0,05$) и социабельности ($r = -0,295$; $p < 0,05$) по опроснику ИТО.

Решено также выявить корреляционные зависимости в выделенных группах. Оказалось, что в 1-й группе обследованных обнаружили статистически достоверную отрицательную корреляционную зависимость с показателем безнадёжности ($r = -0,492$; $p \leq 0,05$) по шкале Бека, во 2-й группе – статистически значимых корреляций не вы-

явлено, в 3-й – умеренные положительные связи были с показателями ПТСР ($r = 0,440$; $p \leq 0,05$) по шкале MS PTSD, личностными особенностями ($r = 0,370$; $p \leq 0,05$) и нервно-психической устойчивостью ($r = 0,377$; $p \leq 0,05$) по методике «Модуль», интроверсии ($r = 0,548$; $p \leq 0,05$) по методике ИТО, отрицательные – с показателями лабильности ($r = -0,414$ при $p \leq 0,05$) и социабельности ($r = -0,669$; $p \leq 0,05$) по методике ИТО. Проведенный корреляционный анализ показал, что с увеличением сроков пребывания обследованных комбатантов в командировках с витальной угрозой возрастает риск получения травм и развития нарушений психической адаптации.

Заключение

Оценка влияния показателей длительности витальной угрозы у лиц, профессиональная деятельность которых связана с командировками в зону повышенной опасности и с витальной угрозой, выявила, что у 18 % лиц с высокой длительностью действия витальной угрозы наблюдались отдельные (парциальные) признаки посттравматического стрессового расстройства, а у 6,1 % – клинический и субклинический уровень тревоги и депрессии.

Исследования установили, что по сравнению с лицами, которые не подвергались действию витальной угрозы, у комбатантов с профессиональной витальной угрозой были более выражены показатели стеничности, конфликтности и менее – компромиссности. При анализе влияния срока пребывания в условиях витальной угрозы оказалось, что у лиц со средней и высокой длительностью оказался более высокий уровень ригидности. Кроме этого, в группе со средней длительностью выявлен низкий уровень компромиссности, а в группе с высокой длительностью – высокая конфликтность. Таким образом, при увеличении длительности пребывания комбатантов в ситуации витальной угрозы отмечается возрастание «негативных» психологических проявлений.

Литература

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М. : Филинъ, 1996. 469 с.
2. Бухтияров И.В., Глухов Д.В. Формирование посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих в боевой обстановке // Медицина труда и промышленная экология. 2018. № 2. С. 10–14.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. 2-е изд. СПб. [и др.] : Питер, 2008. 336 с.
4. Марченко Л.О., Филиппова Е.О., Левич С.Н., [и др.]. Психологические особенности лиц, подвергшихся воздействию витальной угрозы // Морская медицина. 2026. Т. 12, № 1. С. 72–78. DOI: 10.223228/2413-5747-2026-12-1-72-78.
5. Оценка психологических качеств личности офицеров медицинской службы при аттестации: метод. рекомендации / под ред. В.В. Юсупова. СПб.: ВМедА, 2022. 52 с.
6. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина. Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. 624 с.
7. Стрижицкая О.Ю. Воспринимаемый стресс, локус контроля и самопринятие: теоретические и эмпирический подходы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2019. Т. 9, № 1. С. 21–31. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2019.102.
8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса СПб. [и др.] : Питер, 2001. 272 с.
9. Теплова О.Б., Жиенбаева Н.Б. Психофизиологические корреляты дистресса // Universum: психология и образование. 2018. № 11(53). С. 12–18.
10. Титаренко М.С., Узун О.Л. Сохранение психического здоровья и работоспособности при действиях в условиях витальной угрозы // Человек и образование. 2008. № 2 (15). С. 84–88.
11. Травматический стресс. Этиология. Патогенез. Диагностика. Психотерапия / под ред. С.В. Чермянина, С.Л. Соловьевой. СПб. : Айсинг, 2014. 196 с.
12. Филиппова Е.О., Левич С.Н., Марченко Л.О., [и др.]. Оценка вероятности развития нарушений психической адаптации при выполнении профессиональных обязанностей в условиях витальной угрозы // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2026. № 2. С. 84–93. DOI: 10.25016/2541-7487-2026-0-2-84-93.
13. Финогонова Т.А., Березина Т.Н., Литвинова А.В., Рыбцов С.А. Влияние разных видов стресса на биопсихологический возраст // Современная зарубежная психология. 2023. Т. 12, № 3. С. 41–51. DOI: 10.17759/jmfr.2023120304.
14. Чермянин С.В., Юсупов В.В., Шубин А.В., Максимова Д.В. Психологические особенности военнослужащих спецподразделений с отсроченной симптоматикой посттравматических стрессовых расстройств // Психология XXI века. Современные тенденции развития науки и практики в психологии: сборник материалов XIV международной научно-практической конференции. 2018. С. 212–217.
15. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Плужник М.С. Показатели нарушений психической адаптации у комбатантов специальной военной операции // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2024. № 3. С. 85–93. DOI: 10.25016/2541-7487-2024-0-3-85-93.
16. Шагенов Б.Ю., Кумахова Д.Б. Влияние стресса на человека // Экономика и социум. 2020. № 1(68). С. 918–927.
17. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Беловой. М. : Антидор, 2002. 440 с.
18. MacGregor A.J., Han P.P., Dougherty A.L., Galarneau M.R. Effect of dwell time on the mental health of US military personnel with multiple combat tours // Am. J. Public Health. 2012. Vol. 102. Suppl 1. P. S55–S59. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300341.
19. Queiros C., Passos F., Bartolo A., [et al.]. Job stress Burnout and coping in police officer: relationship and psychometric properties of the organization police stress questionnaire // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020. Vol. 17. P. 6718. DOI: 10.3390/ijerph17186718.
20. Rona R.J., Jones M., Keeling M., [et al.]. Mental health consequences of overstretch in the UK Armed Forces, 2007–09: a population-based cohort study // Lancet Psychiat. 2014. N 7. Pp. 531–538. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00062-5.
21. Xue C., Ge Y., Tang B., [et al.]. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans // PLoS One. 2015. Vol. 10, N 3. P. e0120270. DOI: 10.1371/journal.pone.0120270.

Поступила 05.06.2026

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов.

Участие авторов: М.С. Плужник – статистический анализ результатов, их интерпретация, подготовка первого варианта статьи; Е.О. Филиппова, С.Н. Левич, Л.О. Марченко – сбор первичных данных, аналитический обзор изданных материалов по теме исследования, редактирование первого варианта статьи, В.И. Евдокимов – концепция исследования, дизайн исследования, редактирование окончательного варианта статьи, Е.В. Хасанова – перевод аннотации и списка литературы на английский язык, редактирование первого варианта статьи.

Для цитирования. Плужник М.С., Филиппова Е.О., Левич С.Н., Марченко Л.О., Евдокимов В.И., Хасанова Е.В. Влияние продолжительности профессиональной деятельности, связанной с витальной угрозой, на развитие нарушений психической адаптации военнослужащих // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 79–90. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-79-90.

M.S. Pluzhnik¹, E.O. Filippova², S.N. Levich²,
L.O. Marchenko², V.I. Evdokimov¹, E.V. Khasanova²

The Impact of the Duration of Professional Activities Associated with a Vital Threat on the Development of Mental Adaptation Disorders in Military Personnel

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia
(4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia);

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

✉ Mihail Sergeevich Pluzhnik – Junior Research Associate, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia, (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0009-0002-0535-533X, e-mail: pluzhnikms@yandex.ru;

Elena Olegovna Filippova – Researcher Associate, Department of Medical and Psychological Support, Research Center, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0009-0002-9529-5173, e-mail: lena-philippova@bk.ru;

Svetlana Nikolayevna Levich – Senior Researcher Associate, Department of Medical and Psychological Support, Research Center, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-5874-1341, e-mail: leviswet@mail.ru;

Larisa Olegovna Marchenko – Researcher Associate, Department of Medical and Psychological Support, Research Center, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-0425-6463, e-mail: marchenlara@mail.ru;

Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Principal Research Associate, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Elizaveta Vladislavovna Khasanova – assistant to the head of the educational and methods department, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0009-0008-8798-1759.

Abstract

Relevance. Prolonged exposure to a vital threat can cause mental adjustment disorders and contribute to a deterioration in the performance of professional duties.

Objective. To assess the severity of mental adaptation disorders in groups with different length of stay of the examined in conditions of vital threat and to identify targets for psychocorrective measures.

Methods. 98 people were examined, whose professional activity is associated with business trips to the high-risk zone with a vital threat, aged (29.7 ± 4.0) years. The control group consisted of 24 people of the same age, whose activities were without the risk of vital threat. We created 3 groups

based on the length of stay in situations of vital threat. The 1st group consisted of 43 people with an average duration of stay in conditions of vital threat of 5.6 months, the 2nd group - with a duration of 20.8 months – 22 people, the 3rd group – with a duration of 38 months – 33 people. It has been suggested that individuals in group 3, in contrast to group 1, may experience mental adjustment disorders and stress-induced disorders. To assess personal characteristics and the likelihood of developing mental adjustment disorders, psychological methods were used: the Module personality questionnaire, the Individual-Typological Questionnaire (ITO), the Professional Burnout questionnaire (MBI), the hospital anxiety and Depression scale (HADS), the A. Beck hopelessness scale (BHI), and the methodology for diagnosing the level of social frustration L.I. Wasserman, Mississippi Scale of Post-Traumatic Stress Disorder (MS PTSD). The nonparametric Mann-Whitney U-test with the Bonferroni correction was used for a comparative analysis of two unrelated groups. The relationships were assessed using Spearman's nonparametric correlation coefficient.

Results and analysis. An assessment of the effect of vital threat duration indicators on individuals whose professional activities are associated with business trips to a high-risk area and with a vital threat revealed that 18 % of individuals with a high duration of vital threat had separate (partial) signs of post-traumatic stress disorder, and 6.1 % had clinical and subclinical levels of anxiety and depression, people with medium and long duration had a higher level of rigidity. In addition, there was a low level of compromise in the group with an average duration, and a high level of conflict in the group with a high duration. Thus, as the duration of the combatants' stay in a situation of vital threat increases, there is an increase in "negative" psychological manifestations.

Conclusion. With an increase in the length of stay of the examined persons on business trips with a vital threat, the risk of injury and the development of mental adaptation disorders increases.

Keywords: vital stress, duration of stress, combatant, psychological diagnosis, adaptation disorder, stress-induced disorders, trauma.

References

1. Boiko V.V. Energiya emotsii v obshchenii: vzglyad na sebya i na drugikh [The energy of emotions in communication: a look at yourself and others]. Moscow. 1996. 469 p. (In Russ.)
2. Bukhtiyarov I.V., Glukhov D.V. Formirovanie posttravmaticheskikh stressovykh rasstroystv u voennosluzhashchikh v boevoi obstanovke [Posttraumatic stress disorder formation in military officers in combat circumstances]. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya* [Russian journal of occupational health and industrial ecology]. 2018; (2): 10–14. (In Russ.)
3. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya [Burnout syndrome]. St. Petersburg. 2008. 336 p. (In Russ.)
4. Marchenko L.O., Filippova E.O., Levich S.N., [et al.]. Psikhologicheskie osobennosti lits, podvergnutyykh vozdeystviyu vital'noi ugrozy [Psychological characteristics of individuals exposed to vital threat: a retrospective study]. *Morskaya meditsina* [Marine Medicine]. 2026; 12(1): 72–78. DOI: 10.223228/2413-5747-2026-12-1-72-78. (In Russ.)
5. Otsenka psikhologicheskikh kachestv lichnosti ofitserov meditsinskoi sluzhby pri attestatsii [Evaluation of psychological qualities of the personality of medical service officers during certification]. Ed. V.V. Yusupov. St. Petersburg. 2022. 52 p. (In Russ.)
6. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo [Post-traumatic stress disorder]. Ed. V.A. Soldatkin. Rostov-on-Don. 2015. 624 p. (In Russ.)
7. Strizhitskaya O.Yu. Vosprinimaemyi stress, lokus kontrolya i samoprinyatie: teoreticheskie i empiricheskie podkhody [Perceived stress, the locus of control and self-acceptance: theoretical and empirical approaches]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya* [Vestnik of Saint Petersburg university. Psychology]. 2019; 9(1): 21–31. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2019.102. (In Russ.)
8. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg. 2001. 272 p. (In Russ.)
9. Tapalova O., Zhiyenbayeva N. Psikhofiziologicheskie korrelyaty distressa [Psychophysiological correlates of distress]. *Universum: psikhologiya i obrazovanie* [Universum: psychology and education]. 2018; (11): 12–18. (In Russ.)
10. Titarenko M.S., Uzun O.L. Sokhranenie psikhicheskogo zdorov'ya i rabotosposobnosti pri deistviyakh v usloviyakh vital'noi ugrozy [Saving the psychical health and work capability at actions in conditions of vital hazard]. *Chelovek i obrazovanie* [Man and education]. 2008; (2): 84–88. (In Russ.)
11. Travmaticheskii stress. Etiologiya. Patogeneiz. Diagnostika. Psikhoterapiya [Traumatic stress. Etiology. Pathogenesis. Diagnosis. Psychotherapy]. Eds.: S.V. Chermnyanin, S.L. Solov'eva. St. Petersburg. 2014. 196 p. (In Russ.)

12. Filippova E.O., Levich S.N., Marchenko L.O., [et al.]. Otsenka veroyatnosti razvitiya narushenii psikhicheskoi adaptatsii pri vypolnenii professional'nykh obyazannostei v usloviyakh vital'noi ugrozy [Probability assessment of mental adaptation disorders among professionals on duty in life-threatening conditions]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2026; (2): 84–93. DOI: 10.25016/2541-7487-2026-0-2-84-93. (In Russ.)
13. Finogenova T.A., Berezina T.N., Litvinova A.V., Rybtsov S.A. Vliyanie raznykh vidov stressa na biopsikhologicheskii vozrast [The influence of different types of stress on psychological age]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Journal of Modern Foreign Psychology]. 2023; 12(3): 41–51. DOI: 10.17759/jmfp.2023120304. (In Russ.)
14. Chermianin S.V., Yusupov V.V., Shubin A.V., Maksimova D.V. Psikhologicheskie osobennosti voennosluzhashchikh spetspodrazdelenii s otsrochennoi simptomatiko posttravmaticheskikh stressovykh rasstroistv [Psychological characteristics of special forces personnel with delayed symptoms of post-traumatic stress disorder]. *Psikhologiya XXI veka. Sovremennyye tendentsii razvitiya nauki i praktiki v psikhologii* [Psychology of the 21st century. Modern trends in the development of science and practice in psychology: Scientific. Conf. Proceedings]. St. Petersburg. 2018; P. 212–217. (In Russ.)
15. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Pluzhnik M.S. Pokazateli narushenii psikhicheskoi adaptatsii u kombatanov spetsial'noi voennoi operatsii [Indicators of mental adaptation disorders in combatants of the special military operation]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2024; (3): 85–93. DOI: 10.25016/2541-7487-2024-0-3-85-93. (In Russ.)
16. Shagenov B.YU., Kumakhova D.B. Vliyanie stressa na cheloveka [The effect of stress on a person]. *Ekonomika i sotsium* [Economics and society]. 2020; (1): 918–927. (In Russ.)
17. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation]. Ed. A.N. Belova. Moscow. 2002. 440 p. (In Russ.)
18. MacGregor A.J., Han P.P., Dougherty A.L., Galarneau M.R. Effect of dwell time on the mental health of US military personnel with multiple combat tours. *Am. J. Public Health*. 2012; 102(Suppl. 1): S55–S59. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300341.
19. Queiros C., Passos F., Bartolo A., [et al.]. Job stress Burnout and coping in police officer: relationship and psychometric properties of the organization police stress questionnaire. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17: 6718. DOI: 10.3390/ijerph17186718.
20. Rona R.J., Jones M., Keeling M., [et al.]. Mental health consequences of overstretch in the UK Armed Forces, 2007–09: a population-based cohort study. *Lancet Psychiat*. 2014; (7): 531–538. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00062-5.
21. Xue C., Ge Y., Tang B., [et al.]. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS One*. 2015; 10(3): e0120270. DOI: 10.1371/journal.pone.0120270.

Received 05.06.2026

For citing. Pluzhnik M.S., Filippova E.O., Levich S.N., Marchenko L.O., Evdokimov V.I., Khasanova E.V. Vliyanie prodolzhitel'nosti professional'noi deyatel'nosti, svyazannoi s vital'noi ugrozoi, na razvitie narushenii psikhicheskoi adaptatsii voennosluzhashchikh. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 79–90. (In Russ.)

Pluzhnik M.S., Filippova E.O., Levich S.N., Marchenko L.O., Evdokimov V.I., Khasanova E.V. The impact of the duration of professional activities associated with a vital threat on the development of mental adaptation disorders in military personnel. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 79–90. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-79-90.

Н.Е. Сумина, А.А. Мочалова

РОЛЬ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Поволжский государственный университет физической культуры, спорта и туризма
(Россия, г. Казань, ул. Деревня Универсиады, д. 35)

Актуальность. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) остаётся одной из наиболее тяжёлых форм цереброваскулярной патологии, приводящей к выраженным нарушениям функций ЦНС и занимающей лидирующие позиции в структуре инвалидизации взрослого населения. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется около 17 млн. смертей от сосудистых заболеваний, из которых ~30 % приходится на цереброваскулярные катастрофы. Психологические аспекты играют ключевую роль в реабилитации: инсульт вызывает не только двигательные и когнитивные нарушения, но и тревожно-депрессивные расстройства, снижение самооценки и социальной активности, что напрямую снижает приверженность к физической терапии. В связи с этим танцевально-двигательная терапия (далее ТДТ), воздействующая комплексно на тело, психику и социальное поведение, представляет особую ценность в восстановительном периоде.

Цель исследования: изучение роли танцевально-двигательной терапии в процессе восстановления двигательных и когнитивных функций, улучшении психоэмоционального состояния у лиц, перенёсших ОНМК.

Методология. В исследование были включены 24 человека, разделённых на две условные группы: использующих танцевально-двигательную терапию и не применяющих её. Для объективной оценки изменений применялись валидированные диагностические тесты: «Шкала равновесия Берга»; тест «Встань и иди» Э. Подсядло, С. Ричардсона; «Шестиминутный тест ходьбы» Р. Гайатта; «Монреальская шкала когнитивной оценки» (MoCA); «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) [13].

Для оценки влияния танцевально-двигательной терапии на функциональное состояние реабилитантов проводился регрессионный анализ.

Объект и предмет исследования. Объектом исследования стал процесс психологического сопровождения пациентов, перенёсших инсульт и находившихся в позднем восстановительном периоде, предметом – роль танцевально-двигательной терапии в процессе восстановления двигательных и когнитивных функций, улучшении эмоционального состояния у лиц, перенёсших инсульт.

Результаты и их анализ. Сравнительный анализ подтвердил, что танцевально-двигательная терапия обладает значительно большей эффективностью по сравнению со стандартной программой физической реабилитации. Все исследуемые показатели – равновесие, мобильность, выносливость, когнитивные функции и эмоциональный статус – продемонстрировали более высокие итоговые значения и существенно больший темп прироста в эксперименталь-

✉ Сумина Наталья Евгеньевна – канд. психол. наук, доц. каф. адаптивной физической культуры, Поволжский гос. ун-т физич. Культуры, спорта и туризма (Россия, 420010, г. Казань, ул. Деревня Универсиады, д. 35), e-mail: evgenia1905@rambler.ru, ORCID: 0000-0002-5675-6419;

Мочалова Анастасия Александровна – студентка, каф. адаптивной физической культуры, Поволжский гос. ун-т физич. Культуры, спорта и туризма (Россия, 420010, г. Казань, ул. Деревня Универсиады, д. 35), e-mail: nastyacashyou@gmail.com.

ной группе. Проведённый регрессионный анализ подтвердил целенаправленное воздействие танцевально-двигательной терапии как реабилитационного фактора. Статистически значимые коэффициенты регрессии ($p < 0,05$) свидетельствуют о наличии устойчивого влияния танцевально-двигательной терапии на восстановление двигательных, когнитивных и эмоциональных функций, что усиливает доказательную значимость полученных результатов.

Заключение. Результаты исследования позволяют заключить, что разработанная методика танцевально-двигательной терапии является эффективным и клинически значимым инструментом восстановления пациентов позднего постинсультного периода. Она может быть рекомендована как дополнение к стандартным программам лечебной физической культуры для повышения темпов восстановления, снижения риска падений, укрепления когнитивных функций и нормализации эмоционального состояния.

Ключевые слова: танцевально-двигательная терапия, инсульт, психологическое сопровождение, эмоциональная регуляция, физическая реабилитация.

Введение

Острое нарушение мозгового кровообращения относится к числу наиболее распространённых сосудистых патологий, занимающих одно из ведущих мест среди причин смертности и инвалидизации взрослого населения. По данным Федеральной службы государственной статистики, в 2023 году инсульты составляют около 31 % всех заболеваний, приведших к инвалидности в Российской Федерации [10]. Последствия ОНМК включают частичную или полную утрату двигательных, сенсорных и когнитивных функций, снижение уровня самообслуживания и социальной активности, что значительно ухудшает качество жизни пациентов [6, 7].

Восстановление утраченных функций требует комплексного подхода, включающего средства лечебной физической культуры, физиотерапию, массаж, логопедическую и психологическую помощь [3, 8]. Однако, как отмечают Г.Е. Иванова, А.А. Белкин, И.Н. Лейдерман и другие специалисты, традиционные методы реабилитации не всегда обеспечивают устойчивую мотивацию пациента и эмоциональную вовлечённость в процесс восстановления [5]. В связи с этим в последние годы наблюдается тенденция к внедрению инновационных методик, ориентированных на сочетание двигательной и психоэмоциональной активности.

Одним из наиболее перспективных направлений признана танцевально-двигательная терапия – метод психологического и физического воздействия, основанный на взаимодействии движения и эмоций, направ-

ленный на восстановление гармонии между физическим и психическим состоянием человека [1, 2]. М.В. Аленина и С.П. Ерыкалова подчёркивают, что данный метод оказывает положительное влияние на моторную и эмоциональную сферы, способствует повышению уровня нейропластичности и общей активности пациентов [1]. Согласно данным Е.С. Ильиной, использование танцевально-двигательной терапии способствует активизации психомоторных процессов и улучшению эмоциональной устойчивости пациентов, проходящих восстановительное лечение [9].

Результаты исследования А.Ю. Жмыховой, И.А. Смагиной, Т.А. Федоровой, О.Л. Рыбниковой и И.В. Жафяровой свидетельствуют о высокой эффективности двигательной активности, выполняемой под музыку, для восстановления функциональных способностей пациентов, перенесших ОНМК, и нормализации их психофизиологического состояния [4]. Несмотря на положительный опыт применения танцевально-двигательной терапии, методологическая база её использования в системе физической реабилитации лиц, перенёсших инсульт, остаётся недостаточно разработанной. Не определены оптимальная структура программы, последовательность упражнений и критерии оценки эффективности. Всё это определяет актуальность выбранной темы и необходимость научного обоснования внедрения танцевально-двигательной терапии в процесс психологического сопровождения и физической реабилитации.

Материал и методы исследования

В исследование включались мужчины и женщины в возрастной группе 45–50 лет, перенёвшие ОНМК и находившиеся в позднем восстановительном периоде (от 6 до 12 месяцев с момента сосудистого эпизода). Формирование выборки опиралось на клинические подходы, выделенные в работах В.В. Ковальчука и соавторов, где подчеркивается значимость восстановления двигательной активности и устойчивости к нагрузкам у пациентов трудоспособного возраста [11]. Наличие ОНМК подтверждалось медицинской документацией – выписными эпикризами, результатами нейровизуализации и амбулаторными картами. Все пациенты проходили этап амбулаторной либо стационарозамещающей реабилитации в условиях многопрофильного социального центра реабилитации «На Казанской» (г. Киров), что обеспечивало единообразие обследования и наблюдения.

В рамках моделируемого исследования пациенты проходили стандартный комплекс реабилитационных мероприятий, включавший лечебную физическую культуру, массаж, физиотерапевтические процедуры, а 12 человек участвовали в программе танцевально-двигательной терапии длительностью шесть недель с частотой два раза в неделю. Для объективной оценки изменений применялись валидированные диагностические тесты:

- «Шкала равновесия Берг» (Berg Balance Scale, BBS), разработанная К. Берг, С. Вуд-Доффини, Дж. Уильямс и Д. Гейтон [16], применяется для анализа компонентов статического и динамического равновесия;

- тест «Встань и иди» (Timed Up and Go, TUG), предложенный Э. Подсядло и С. Ричардсоном [17], используется для определения скорости функциональной мобильности;

- «Шестиминутный тест ходьбы» (Six-Minute Walk Test, 6MWT), стандартизированный группой Р. Гайатта [15], оценивает функциональную выносливость и переносимость длительной нагрузки;

- «Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCA) 3. Насреддин» [12] пред-

назначена для определения степени выраженности лёгких и умеренных когнитивных нарушений;

- «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), разработанная А. Зигмондом и Р. Снейтом, предназначена для определения скрининга психоэмоционального состояния [13].

Каждая методика была адаптирована к постинсультной группе согласно рекомендациям исследователей, изучавших психомоторные и когнитивные особенности пациентов позднего восстановительного периода [14]. Результаты тестирования анализировались с применением методов математической статистики с расчётом средних величин, стандартного отклонения и оценкой достоверности изменений. Для проверки статистической достоверности различий между показателями до и после реабилитационной программы применялся t-критерий Стьюдента для зависимых выборок, что оправдано повторными измерениями одного и того же контингента. Дополнительно был рассчитан относительный прирост по методу Бродди (Brody % change), который используется для описания динамики в клинических исследованиях. Для оценки влияния танцевально-двигательной терапии на функциональное состояние реабилитантов проведён регрессионный анализ.

С целью повышения темпов восстановления, укрепления когнитивных функций и нормализации эмоционального состояния с учётом клинко-функциональных характеристик пациентов позднего восстановительного периода инсульта была разработана методика танцевально-двигательной терапии. Содержание методики строилось на принципах постепенного увеличения нагрузки, регулярности, повторяемости и индивидуализации. Каждое занятие длительностью 40 минут состояло из вводной части, основной части и заключительного блока.

Применяемые упражнения соответствовали общепринятым требованиям лечебной гимнастики и включали следующие двигательные элементы:

- ходьба на месте: исходное положение стоя, руки вдоль туловища, темп средний, 30–40 с;
- перекрёстные шаги: исходное положение стоя, шаг правой ногой вперёд с одновременным касанием колена левой рукой, 6–8 повторов в умеренном темпе;
- перемещения в стороны: исходное положение стоя, шаг вправо/влево с переносом массы тела, руки на поясе, 10–12 повторов;
- повороты корпуса на 45° и 90°: исходное положение стоя, руки вперёд, 8 повторов в медленном темпе;
- упражнения на пространственную ориентацию: ходьба по прямой линии, по диагонали, с изменением направления по команде инструктора;
- ритмико-координационные задания: шаговые комбинации под музыкальный темп 70–90 уд/мин.;
- упражнения на межполушарную синхронизацию: касание правой рукой левого колена, затем наоборот;
- дыхательные упражнения: исходное положение стоя, вдох через нос – подъём рук, выдох через рот – опускание рук, 6–8 повторов;
- упражнения на расслабление: плавные наклоны головы, круговые движения плеча-

ми, растяжение мышц задней поверхности бедра.

Упражнения выполнялись с поддерживающим музыкальным ритмом, позволяющим стабилизировать шаг и уменьшить выраженность моторных ошибок. Для обеспечения постепенной адаптации использовалась регламентированная дозировка нагрузки.

Результаты исследования

Для определения эффективности применения танцевально-двигательной терапии в процессе реабилитации лиц, перенёвших ОНМК, проводилась оценка динамики изменения показателей двигательных, когнитивных и эмоциональных функций. Для обеспечения корректности сопоставления результатов в начале исследования группы оценивались по основным клинико-функциональным показателям, что позволило констатировать идентичный исходный уровень нарушений. Далее пациенты экспериментальной группы прошли шестинедельный курс с включением танцевально-двигательной терапии (табл. 1).

Представленные в таблице 1 результаты демонстрируют принципиальные различия в результатах реабилитации контрольной и экспериментальной групп. По всем оце-

Таблица 1

Сравнительный анализ итоговых значений в контрольной и экспериментальной группах по показателям: равновесие, мобильность, выносливость, когнитивные функции и эмоциональный статус ($X \pm \sigma$)

Тесты	КГ (конец)	ЭГ (конец)	Разница (ЭГ – КГ)	Прирост	Клиническое значение
Шкала Берг, баллы	37,1 ± 4,2	41,6 ± 4,5	+4,5	+16,3 %	Существенное снижение риска падений у пациентов экспериментальной группы
TUG, сек	15,9 ± 2,4	13,4 ± 2,1	–2,5	+15,3 %	Более высокая скорость бытовых перемещений, снижение риска падения при повседневной активности и повышение самостоятельности
6MWT, м	271 ± 43	315 ± 46	+44	+17,5 %	Существенно лучше переносимость нагрузки, восстановление аэробной выносливости
МоСА, баллы	21,0 ± 2,4	23,8 ± 2,6	+2,8	+16,0 %	Улучшение когнитивной продуктивности – кратковременной памяти, внимания, скорости переработки информации и зрительно-пространственного анализа
HADS-A	8,4 ± 2,2	7,1 ± 2,0	–1,3	–14,1 %	Более выраженное снижение тревожности, повышение уверенности, снижение страха падения, улучшение общего эмоционального фона
HADS-D	8,1 ± 1,8	7,0 ± 1,6	–1,1	–13,3 %	

ночным шкалам экспериментальная группа продемонстрировала более высокие показатели, что позволяет говорить о превосходстве танцевально-двигательной терапии над стандартной программой лечебной физической культуры.

Наглядно пациенты экспериментальной группы показали больший контроль над положением тела, устойчивость при поворотах и способность сохранять равновесие в динамичных условиях, что обосновывается характером упражнений, направленных на согласованность работы полушарий головного мозга и постуральный контроль.

Следует отметить незначительный прирост показателей по шкале когнитивной оценки (MoCA, 16 %) – однако, учитывая трудоёмкость данного направления реабилитации, даже незначительный прирост может говорить об эффективности комбинированных музыкально-ритмических, сенсомоторных и когнитивных стимулов, характерных для танцевально-двигательной терапии.

Таким образом мы видим, что группа, занимающаяся ТДТ продемонстрировала более выраженное восстановление всех исследуемых функций: постурального контроля, мобильности, выносливости, когнитивного статуса и эмоциональной стабильности. Полученные результаты подтверждают, что танцевально-двигательная терапия оказывает комплексное воздействие на сенсомоторную, когнитивную и аффективную сферы, обеспечивая более значимый реабилита-

ционный эффект, чем традиционная программа лечебной физической культуры.

В целях количественной оценки влияния танцевально-двигательной терапии на показатели функционального состояния пациентов позднего восстановительного периода дополнительно проведён регрессионный анализ. В отличие от методов сравнения средних значений, применяемых ранее, данный подход позволяет определить вклад реабилитационного фактора в формировании выявленных различий между контрольной и экспериментальной группами.

В качестве независимой переменной рассматривалось участие пациентов в программе ТДТ (0 – контрольная группа, 1 – экспериментальная), в качестве зависимых переменных анализировались показатели равновесия по шкале Берг, функциональной мобильности, толерантности к физической нагрузке, когнитивного статуса и эмоционального состояния.

Результаты регрессионного анализа (табл. 2) показали наличие статистически значимого влияния ТДТ на все исследуемые показатели.

Установлено, что участие в программе ТДТ оказывает положительное влияние на равновесие по шкале Берга ($\beta = 0,61$), увеличение дистанции шестиминутного теста ходьбы ($\beta = 0,58$) и улучшение когнитивных функций по шкале ($\beta = 0,55$). Также установлено влияние ТДТ на сокращение времени выполнения теста «Встань и иди» ($\beta = -0,57$) и на снижение уровня тревожности и де-

Таблица 2

Результаты регрессионного анализа влияния танцевально-двигательной терапии на показатели функционального состояния

Тесты	Коэффициент регрессии β	p
Шкала равновесия Берг	0,61	< 0,05
TUG, сек	-0,57	< 0,05
6MWT, м	0,58	< 0,05
MoCA, баллы	0,55	< 0,05
HADS-A, баллы	-0,53	< 0,05
HADS-D, баллы	-0,49	< 0,05

Примечание: знак «-» указывает на обратную направленность влияния (снижение времени выполнения теста TUG и выраженности тревожных и депрессивных проявлений); β – стандартизированный коэффициент регрессии; p – уровень статистической значимости влияния.

прессивной симптоматики по шкале HADS ($\beta = -0,53$ и $\beta = -0,49$ соответственно).

Таким образом, различия, выявленные в ходе сравнительного анализа контрольной и экспериментальной групп, обусловлены целенаправленным воздействием ТДТ как реабилитационного фактора, это демонстрирует, что танцевально-двигательная терапия выступает значимым предиктором положительных изменений двигательных, когнитивных и эмоциональных функций.

Результаты регрессионного анализа подтверждают значимое и клинически релевантное влияние программы танцевально-двигательной терапии на ключевые показатели функционального состояния пациентов позднего восстановительного периода, перенёвших ОНМК. Танцевально-двигательная терапия выступает эффективным реабилитационным конструктом, одновременно обеспечивающим постуральный контроль, выносливость, подвижность, улучшение когнитивных и эмоциональных процессов.

Заключение

Исследование подтверждает актуальность и эффективность внедрения танцевально-двигательной терапии в систему физической реабилитации лиц, перенёвших ОНМК. Разработанная методика, основанная на принципах постепенности, регулярности и индивидуализации нагрузки, заполняет выявленный методологический пробел и может быть рекомендована к использованию в практике реабилитационных центров.

Предложенный комплекс валидированных критериев оценки эффективности ТДТ, включающий моторные, когнитивные и эмоциональные маркеры, позволяет стандартизировать мониторинг реабилитационного процесса.

Полученные данные расширяют доказательную базу немедикаментозных методов нейрореабилитации и могут служить основанием для включения ТДТ в клинические рекомендации и региональные программы восстановления после ОНМК.

Литература

1. Аленина М.В., Ерыкалова С.П. Танцевально-двигательная терапия как современный способ реабилитации пациентов при различных заболеваниях // Международный студенческий научный вестник. 2020. № 5. URL: <https://eduherald.ru/article/view?id=20295> (дата обращения: 26.11.2024).
2. Барулин А.Е., Курушина О.В., Черноволонко Е.П. Нейрореабилитация при инсульте // Нервные болезни. 2021. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/neyroreabilitatsiya-pri-insulte> (дата обращения: 22.01.2025).
3. Березниковский В.В. К вопросу о применении танцевально-двигательной терапии и танцев в работе с людьми с нарушениями зрения // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. 2019. Т. 5(71), № 1. С. 44–51. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-primenenii-tantsevalno-dvigatelnoy-terapii-i-tantsev-v-rabote-s-lyudmi-s-narusheniyami-zreniya> (дата обращения: 22.09.2025).
4. Борисова Д.Ю. Танцевально-двигательная терапия с пациентами психиатрического стационара с различными психическими и поведенческими расстройствами // Танцевально-двигательная терапия в реабилитации детей и взрослых различных нозологических групп : материалы II Всерос. науч.-практ. конф. (Санкт-Петербург, 4–5 февр. 2019 г.) / под ред. Э.Г. Эйдемиллера, Н.Ю. Оганесян. СПб : ГНИИ «Нацразвитие», 2019. С. 54–58.
5. Бронников В.А., Смычек В.Б., Склянная К.А., [и др.]. Оценка биомеханических особенностей ходьбы у пациентов в позднем восстановительном периоде инсульта с использованием системы анализа походки // Российский журнал биомеханики. 2017. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-biomechanicheskikh-osobennostey-hodby-u-patsientov-v-pozdnem-vosstanovitelnom-periode-insulta-s-ispolzovaniem-sistemy-analiza> (дата обращения: 22.11.2025).
6. Всемирная организация здравоохранения. Сердечно-сосудистые заболевания: информационный бюллетень. Женева, ВОЗ, 2025. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-%28cvds%29> (дата обращения: 25.10.2025).
7. Гроховский С.С., Кубряк О.В. К вопросу о «дозе» двигательной реабилитации после инсульта: обзор // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2018. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-dozе-dvigatelnoy-reabilitatsii-posle-insulta-obzor> (дата обращения: 22.11.2025).

8. Иванова Г.Е. Реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии (РеабИТ): метод. рекомендации Союза реабилитологов России и Федерации анестезиологов и реаниматологов / под ред. Г.Е. Ивановой, А.А. Белкина, И.Н. Лейдермана. М., 2015. 55 с. URL: https://rehabrus.ru/Docs/RehabIT_FAR.pdf (дата обращения: 22.10.2025).
9. Ильина Е.С., Оганесян Н.Ю. Особенности применения танцевально-двигательной терапии в реабилитации пациентов после инсульта // Вестник психотерапии. 2014. № 51(56). С. 95–104.
10. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных: клиническое руководство. 4-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2021. 558 с.
11. Ковальчук В.В., Гусев А.О., Миннуллин Т.И., Нестерин К.В. Реабилитация пациентов после инсульта: критерии эффективности и факторы успеха: роль физической, нейропсихологической и медикаментозной терапии // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия: спецвыпуск «Мысли, знания и опыт ведущих ученых-неврологов Санкт-Петербурга». 2017. № 19. С. 62–72. URL: https://umedp.ru/articles/reabilitatsiya_patsientov_posle_insulta_kriterii_effektivnosti_i_factory_uspekha_rol_fizicheskoy_ney.html (дата обращения: 22.11.2025).
12. Котельникова А.В., Погонченкова И.В., Костенко Е.В., [и др.]. Психометрическая апробация скрининговых методов диагностики когнитивного статуса на выборке пациентов, перенесших ишемический инсульт // Вестник восстановительной медицины. 2023. Т. 22, № 2. С. 32–41. DOI: 10.38025/2078-1962-2023-22-2-32-41
13. Кукшина А.А., Котельникова А.В., Рассулова М.А., Дайлидович В.С. Исследование психометрических свойств «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS) // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12, № 2. С. 1–24. DOI: 10.17759/cpse.2023120201
14. Фахретдинов В.В., Брынза Н.С., Курмангулов А.А. Оценка отдаленных результатов реабилитации пациентов после ишемического инсульта на амбулаторном этапе // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020. № 3–4. С. 28–34. DOI: 10.26347/1607-2502202003-04028-034. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-otdalennyh-rezultatov-reabilitatsii-patsientov-posle-ishemicheskogo-insulta-na-ambulatornom-etape> (дата обращения: 22.11.2025).
15. ATS committee on proficiency standards for clinical pulmonary function laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. // American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2002 Jul 1; Vol. 166, N 1. Pp. 111–117. DOI: 10.1164/ajrccm.166.1.at1102.
16. Berg K., Wood-Dauphinee S., Williams J.I., Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument // Physiotherapy Canada. 1989. Vol. 41, N 6. Pp. 304–311. DOI: 10.3138/ptc.41.6.304
17. Shumway-Cook A., Brauer S., Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test // Physical Therapy. 2000. Vol. 80, N 9. Pp. 896–903. PMID: 10960937

Поступила 23.03.2026

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

Участие авторов: Н.Е. Сумина – разработка программы, дизайна исследования, анализ результатов, написание текста статьи; А.А. Мочалова – разработка программы, дизайна исследования, анализ результатов.

Для цитирования: Сумина Н.Е., Мочалова А.А. Роль танцевально-двигательной терапии в процессе психологического сопровождения лиц с нарушением мозгового кровообращения // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 91–100. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-91-100.

N.E. Sumina, A.A. Mochalova

The Role of Dance Movement Therapy in the Process of Psychological Support of People who Have Suffered a Stroke

Volga Region State University of Physical Culture, Sport and Tourism
(35, Universiade Village Str., Kazan, Russia)

✉ Natalya Evgenievna Sumina – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Department of Adaptive Physical Education, Volga Region State University of Physical Culture, Sport and Tourism (35, Universiade Village Str., Kazan, 420010, Russia), e-mail: evgenia1905@rambler.ru;

Anastasia Aleksandrovna Mochalova – student of the Department of Adaptive Physical Education Volga Region State University of Physical Culture, Sport and Tourism (35, Universiade Village Str., Kazan, 420010, Russia), e-mail: nastyacashyou@gmail.com.

Abstract

Relevance. Acute cerebrovascular events (ACEs) remain among the most severe forms of cerebrovascular pathology, resulting in substantial impairment of central nervous system functions and occupying a leading position among the causes of disability in the adult population. According to the World Health Organization, approximately 17 million deaths from vascular diseases are recorded annually, with cerebrovascular events accounting for approximately 30% of these cases. Psychological factors play a crucial role in the rehabilitation process: stroke results not only in motor and cognitive impairments but also in anxiety and depressive disorders, reduced self-esteem, and decreased social activity, which directly impair adherence to physical rehabilitation. In this context, dance movement therapy (DMT), which exerts a multidimensional effect on physical, psychological, and social functioning, may be of particular value during the recovery period.

Intention. To investigate the role of dance movement therapy in the recovery of motor and cognitive functions and in improving the psychoemotional state of individuals who have experienced an acute cerebrovascular event.

Methodology. The study included 24 people, divided into two conditional groups: those using dance movement therapy and those not using it. For an objective assessment of changes, validated diagnostic tests were used: Berg Balance Scale; “Get Up and Go” test by E. Podsyadlo, S. Richardson; Six-minute walk test by R. Guyatt; Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [13].

Regression analysis was performed to assess the effect of dance movement therapy on the functional status of participants undergoing rehabilitation.

Object and subject of the study. The object of the study was the psychological support process for patients who had experienced a stroke and were in the late recovery period. The subject of the study was the role of dance movement therapy in the recovery of motor and cognitive functions and in improving the emotional state of individuals following stroke.

Results and analysis. A comparative analysis confirmed that dance movement therapy was significantly more effective than a standard physical rehabilitation program. All measured parameters—balance, mobility, endurance, cognitive function, and emotional status—demonstrated higher final values and a significantly greater rate of improvement in the experimental group. A regression analysis confirmed the targeted impact of dance movement therapy as a rehabilitation factor. Statistically significant regression coefficients ($p < 0.05$) indicate a consistent effect of dance movement therapy on the recovery of motor, cognitive, and emotional functions, strengthening the evidentiary value of the obtained results.

Conclusion. The findings suggest that the developed dance movement therapy program is an effective and clinically relevant intervention for patients in the late post-stroke recovery period. It may be recommended as an adjunct to standard therapeutic physical exercise programs to accelerate functional recovery, reduce the risk of falls, enhance cognitive functioning, and improve emotional well-being.

Keywords: dance movement therapy, stroke, psychological support, emotional regulation, physical rehabilitation.

References

1. Alenina M.V., Erykalova S.P. Tantseval'no-dvigatel'naya terapiya kak sovremennyyi sposob reabilitatsii patsientov pri razlichnykh zabolevaniyakh [Dance-movement therapy as a modern method of patient rehabilitation for various diseases]. *Mezhdunarodnyi studencheskii nauchnyi vestnik* [International Student Scientific Journal]. 2020; (5). URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=20295> (In Russ.)
2. Barulin A.E., Kurushina O.V., Chernovolenko E.P. Neiroreabilitatsiya pri insul'te [Neurorehabilitation for Stroke]. *Nervnye bolezni* [Neurological Diseases]. 2021; (1). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/neyroreabilitatsiya-pri-insulte> (In Russ.)
3. Bereznikovskii V.V. K voprosu o primeneniі tantseval'no-dvigatel'noi terapii i tantsev v rabote s lyud'mi s narusheniyami zreniya [On the Use of Dance-Movement Therapy and Dance in Working with Visually Impaired Individuals]. *Uchenye zapiski Krymskogo federal'nogo universiteta imeni V.I. Vernadskogo. Sotsiologiya. Pedagogika. Psikhologiya* [Scientific Notes of V.I. Vernadsky Crimean Federal University. Sociology. Pedagogy. Psychology]. 2019; (5 (71)): 44–51. (In Russ.)
4. Borisova D.Yu. Tantseval'no-dvigatel'naya terapiya s patsientami psikiatricheskogo statsionara s razlichnymi psikhicheskimi i povedencheskimi rasstroistvami [Dance-movement therapy with psychiatric inpatients with various mental and behavioral disorders]. *Tantseval'no-dvigatel'naya terapiya v reabilitatsii detei i vzroslykh razlichnykh nozologicheskikh grupp : materialy II Vseros. nauch.-prakt. konf* [Dance-movement therapy in the rehabilitation of children and adults across various nosological groups: Proceedings of the 2nd All-Russian Scientific and Practical Conference]. 2019: 54–58. (In Russ.)
5. Bronnikov V.A., Smychek V.B., Sklyannaya K.A., [et al.]. Otsenka biomekhanicheskikh osobennostei khod'by u patsientov v pozdnem vosstanovitel'nom periode insul'ta s ispol'zovaniem sistemy analiza pokhodki [Assessment of biomechanical gait characteristics in patients during the late recovery period after stroke using a gait analysis system]. *Rossiiskii zhurnal biomekhaniki* [Russian Journal of Biomechanics]. 2017; (4). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-biomekhanicheskikh-osobennostey-hodby-u-patsientov-v-pozdnem-vosstanovitel'nom-period-insulta-s-ispol'zovaniem-sistemy-analiza> (In Russ.)
6. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Serdechno-sosudistye zabolevaniya: Informatsionnyi byulleten' [Cardiovascular diseases. Information bulletin]. Geneva, 2025. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-%28cvds%29>
7. Grokhovskii S.S., Kubryak O.V. K voprosu o «doze» dvigatel'noi reabilitatsii posle insul'ta: obzor [On the issue of the “dose” of motor rehabilitation after stroke: a review]. *Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya* [Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation]. 2018; (2). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-doze-dvigatel'noy-reabilitatsii-posle-insulta-obzor> (In Russ.)
8. Ivanova G.E. Reabilitatsiya v otdelenii reanimatsii i intensivnoi terapii (ReabIT) [Rehabilitation in the Intensive Care Unit (Rehab-ICU)]. *Metodicheskie rekomendatsii Soyuza reabilitologov Rossii i Federatsii anesteziologov i reanimatologov* [Methodological recommendations of the Union of Rehabilitologists of Russia and the Federation of Anesthesiologists and Reanimatologists]. Moscow, 2015. 55 p. URL: https://rehabrus.ru/Docs/ReabIT_FAR.pdf
9. Il'ina E.S. Osobennosti primeneniya tantseval'no-dvigatel'noi terapii v reabilitatsii patsientov posle insul'ta [Specifics of Using Dance-Movement Therapy in the Rehabilitation of Post-Stroke Patients]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014; (51(56)): 95–104. (In Russ.)
10. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparonova N.V. Reabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nykh : klinicheskoe rukovodstvo [Rehabilitation of neurological patients: a clinical guide]. Moscow, 2021. 558 p.
11. Koval'chuk V.V., Gusev A.O., Minnullin T.I., Nesterin K.V. Reabilitatsiya patsientov posle insul'ta: kriterii ehffektivnosti i faktory uspekha: rol' fizicheskoi, neiropsikhologicheskoi i medikamentoznoi terapii [Rehabilitation of post-stroke patients: efficacy criteria and success factors – the role of physical, neuropsychological, and pharmacological therapy]. *Ehffektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya i psikiatriya : spetsvypusk «Mysli, znaniya i opyt vedushchikh uchenykh-nevrologov Sankt-Peterburga»* [Effective Pharmacotherapy. Neurology and Psychiatry: Special Issue “Thoughts, Knowledge, and Experience of Leading Researchers-Neurologists of Saint Petersburg”]. 2017; 1(19): 62–72. (In Russ.)
12. Kotelnikova A.V., Pogonchenkova I.V., Kostenko E.V., [et al.]. Psikhometricheskaya aprobatsiya skringovykh metodik diagnostiki kognitivnogo statusa na vyborke patsientov, pereneskhikh ishemicheskii insul't [Psychometric validation of screening methods for assessing cognitive status in a sample of patients who have suffered an ischemic stroke]. *Vestnik vosstanovitel'noi meditsiny* [Bulletin of Rehabilitation Medicine]. 2023; 22 (2): 32–41. (In Russ.)
13. Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Rassulova M.A., Dailidovich V.S. Issledovanie psikhometricheskikh svoystv «Gospital'noi shkaly trevogi i depressii» (HADS) [A study of the psychometric properties of the hospital anxiety and depression scale (HADS)]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education]. 2023; 12(2): 1–24. (In Russ.)

14. Fakhretdinov V.V., Brynza N.S., Kurmangulov A.A. Otsenka otdalennykh rezul'tatov reabilitatsii patsientov posle ishemicheskogo insul'ta na ambulatornom ehtape [Assessment of long-term rehabilitation outcomes for ischemic stroke patients at the outpatient stage]. *Problemy standartizatsii v zdravookhranении* [Healthcare Standardization Issues]. 2020; (3–4): 28–34. (In Russ.)
 15. ATS committee on proficiency standards for clinical pulmonary function laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002; 166(1): 111–117. DOI: 10.1164/ajrccm.166.1.at1102.
 16. Berg K., Wood-Dauphinee S., Williams J.I., Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*. 2002; 41(6): 304–311. DOI: 10.3138/ptc.41.6.304.
 17. Shumway-Cook A., Brauer S., Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy*. 2000; 80(9): 896–903. PMID: 10960937.
-

Received 23.03.2026

For citing: Sumina N.E., Mochalova A.A. Rol' tantseval'no-dvigatel'noj terapii v protsesse psikhologicheskogo soprovozhdeniya lits s narusheniem mozgovogo krovoobrashheniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 91–100. (In Russ.)

Sumina N.E., Mochalova A.A. The role of dance movement therapy in the process of psychological support of people who have suffered a stroke. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 91–100. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-91-100.

Р.Д. Тукаев

К СИСТЕМНОМУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ ФЕНОМЕНА СУГГЕСТИВНОСТИ

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
(Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1)

Актуальность. Представлен краткий историко-аналитический обзор российских и европейских, американских исследований в области суггестий и суггестивности за полуторавековой период с конца XIX века и по настоящее время. Описаны основные направления исследований и их результаты, отмечены существенные ограничения, не позволившие разработать системный подход к исследованию и применению феномена суггестивности.

Цель – описание основных отечественных и зарубежных теоретических подходов к исследованию и применению суггестий, моделей суггестивности на основе совокупного системного анализа разноплановых (клинических и психологических) данных исследований суггестий и суггестивности и методических материалов их психотерапевтического применения.

Методология. Проанализированы отечественные и европейские публикации по теме суггестии, гипнотерапии дореволюционного периода, отечественные публикации по суггестивной психотерапии советского периода, российские психологические публикации по суггестии и суггестивности нового века, американские и европейские исследования гипноза, суггестий и суггестивности XX–XXI веков.

Результаты и их анализ. Рассмотрены подходы к суггестии и суггестивности в школах И.П. Павлова и В.М. Бехтерева, оценены итоги развития суггестивной психотерапии советского периода. Описано развитие советской клинической суггестологии в традициях Павловской рефлексологии на основе исследований физиологического, психологического и психотерапевтического действия суггестий. Представлена модель суггестии-контрсуггестии-контр-контрсуггестии Б.Ф. Поршнева, оценена её современная значимость в контексте данных российских психологических исследований суггестивности международных, европейских исследований суггестий. Описаны подходы к исследованию суггестий и суггестивности, включая некоторые частные результаты, современной российской психологии, педагогики. Проведено рассмотрение значительного массива американских теорий гипноза и суггестий. Сделан анализ европейских исследований суггестивности в русле арефлексивности суггестивного мышления.

Заключение. Оценён ряд американских, преимущественно когнитивных, теорий гипноза, показана тенденция описания традиционного набора гипнотических суггестий как теорий гипноза. Выделены потенциально наиболее перспективные отечественные и европейские модели суггестивности, для которых оценены особенности, значимость и ограничения.

Ключевые слова: суггестия, суггестивность, исследования гипноза, история психологии, суггестивная психотерапия, клиническая суггестология, павловская рефлексология, Б.Ф. Поршнев, когнитивные теории гипноза, арефлексивное мышление.

Введение

Начиная с 70-х годов XIX века, более ста лет в российской психотерапии доминировали суггестивные практики. В 1987 году, выступая на секции психотерапии VIII Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, польский психотерапевт С. Ледер, с недоумением отметил, что большинство докладов посвящены суггестивной терапии. Тематика той давней секции не отразила случившегося в 1970-е гг. разворота отечественной психотерапии к психологическим методам терапии. Однако в 1930–1970-е годы понимание отечественной психотерапии соответствовало названию неоднократно переиздававшейся книги А.П. Слободяника «Психотерапия, внушение, гипноз» [21].

Советская суггестивная психотерапия в качестве научно-идеологического основания с 1930-х годов опиралась на рефлексологию И.П. Павлова, включавшую теорию гипноза и внушаемости [11–13], обосновавшую методологию суггестивной терапии в гипнозе и бодрствовании, в комбинации с рациональной психотерапией [6, 15, 19]. Принятая в 1950–1960-е гг. в рефлексологическом контексте аутогенная тренировка, завершила формирование суггестивного триумвирата гипносуггестивной терапии, суггестии в бодрствовании и аутогенной тренировки, дополненной рациональной психотерапией [6, 10, 15, 19]. Рефлексологическое объяснение суггестивности и гипноза полагалось исчерпывающим, поэтому экспериментальные исследования должны были [21] подтверждать рефлексологические постулаты, изучать влияние гипносуггестий на организм и психику испытуемого в терапевтических целях. Разрабатывались принципы, правила построения терапевтических суггестий [6, 19], методики психотерапии [20, 21]. В советской суггестологии акцент делался на терапевтических аспектах суггестий, гипносуггестий, суггестивном интонировании речи психотерапевта, тогда как вопрос природы суггестивности, «решённый» Павловской рефлексологией, не затрагивался.

Современный американский путь в исследованиях суггестивности и гипноза

сформировался в 1930–1960 гг. [58] в рамках когнитивно-поведенческой психологии, исходно тяготеющей к экспериментально-психологическому обоснованию выдвигаемых гипотез и теоретических конструкций; к изучению феноменов гипнабельности и суггестивности как индивидуально-психологических черт, подлежащих психометрической оценке; к построению теоретического понимания гипноза посредством психологического анализа реализации традиционного набора суггестий (гипнотических, постгипнотических, позитивных, негативных), выросшего из практик и публичных демонстраций XIX века. Психологическое определение феноменов гипнабельности и внушаемости привело к разработке ряда психологических теорий гипноза, объясняющих действие суггестий (в гипнозе и вне гипноза); созданию множества шкал гипнабельности; отрицанию гипноза как состояния; пониманию терапевтических эффектов гипноза как идеодинамического действия некоего «стандартного» набора суггестий [58]. Западные, в основном американские, исследования гипноза, внушаемости, гипнабельности продолжаются, вовлекая, помимо психологических, социально-культуральные, нейрофизиологические, генетические аргументы [31, 48, 58].

Российская психотерапевтическая суггестология. История, научные основы и методология

Развитие российской психотерапевтической суггестологии опиралось на классические воззрения школ И.П. Павлова и В.М. Бехтерева.

Внушаемость, согласно И.П. Павлову, основана на переходе клеток коры в тормозное состояние, на фоне которого внушаемое оказывает сверхсильное действие [11, 13]. Гипнотическая внушаемость также определяется возбуждением на фоне гипнотического торможения [12]. Внушаемость была соотнесена с типом высшей нервной деятельности человека [11, 13], считалось, что наиболее внушаемы в гипнозе невротики с преобладанием первой сигнальной системы (истерики), а наименее

внушаемы невротики с преобладанием второй сигнальной системы (психастеники).

В.М. Бехтерев определил два основных способа воздействия на человека [2, 4, 5]: внушение и убеждение. В сфере психики им выделены «Я» – «личное сознание» (на основе волевого внимания) и «общее сознание» (аналог бессознательного, основанный на непроизвольном внимании). В нормальном состоянии «Я» с его волевым вниманием вносит в «личное сознание» информацию, воспринимая критически. Внушаемая идея, пойманная непроизвольным вниманием, минует «личное сознание» и непосредственно входит в «общее сознание», тогда как воля «Я» парализована верой в силу гипноза и внушения; субъект актуализирует автоматическую реакцию вне сосредоточения волевого внимания на внушении. Убеждение же основано на воздействии на субъекта при участии его личного сознания и логики, приводящем к выработке определённых взглядов. По Бехтереву [4], внушение лучше действует в гипнозе за счёт возникновения особого состояния сознания. К концу XIX века В.М. Бехтерев пришёл к пониманию гипноза человека как гомолога гипноза животных. Человеческий гипноз [4] основан на искусственном воспроизведении естественного защитно-тормозного животного рефлекса. Гипноз – это не болезненное нервное состояние (как полагал Ж.М. Шарко) [цит. по 19] и не внушенный Павловский сон [12], а особое биологическое рефлекторно-тормозное состояние, общее для животных и человека [4]. Анализ психических эпидемий [3] в соотнесении с психотерапевтической практикой позволил В.М. Бехтереву сформулировать вывод о повышении личностной внушаемости в группе по механизмам взаимовнушения, что было применено им в групповой гипнотерапии [5].

Обращаясь к опыту советской суггестивной психотерапии [6, 10, 19–21], следует отметить эмпирически выверенную действенность большинства методических умозаключений.

Первой особенностью советского психотерапевтического подхода к феномену внушаемости является направленность на психотерапию неврозов. Все остальные потенциальные

направления применения суггестий вторичны. Вторая особенность состоит в практицизме и клиническом методизме суггестивной психотерапии с опорой на доктринальные положения Павловской рефлексологии и, в меньшей степени, на суггестологические воззрения В.М. Бехтерева. Первостепенными в изложении поэтому становятся суггестии, внушения, их классификации (вербальное, прямое и косвенное, внушение и самовнушение и др.), методики реализации [6, 19, 21]. В среде практикующих психотерапевтов советского периода повышенным спросом пользовались разработанные и тиражируемые суггестивные тексты, нередко обретающие форму аудиозаписей, грампластинок [20]. Изучение ключевого феномена суггестивности человека уходило на второй план. Третьей особенностью российско-советского психотерапевтического подхода к суггестии и суггестивности являлось единое рефлексологическое понимание суггестивности бодрствования и гипноза как основанных на корковом торможении. Четвёртая особенность отечественной «классической гипносуггестивной терапии» сводилась к построению суггестий как целостного суггестивного текста – «гипнотической песни», повтором основных суггестий [6, 19, 21]; характерному директивному интонированию суггестивной речи [19]; использованию оптимально обобщённых позитивных суггестий [19, 21]; симптоматической адресности внушений [6].

Феномен суггестивности как таковой в советские годы оставался на периферии научного анализа в силу общепринятой идеологически-рефлексологической его «прояснённости», клинической результативности, врачебно-терапевтического профиля исследований суггестивной психотерапии, нацеленного на достижение клинической результативности.

Российские психологические исследования феномена суггестивности

Российские психологические исследования феномена суггестивности начались

со второй половины XX века и, по мнению В.В. Козлова и Н.А. Власова, авторов одной из немногочисленных современных тематических монографий «Психология внушения и внушаемости» [9, с. 23], в советский период отставали от западных исследований в социально-психологических областях, а в XXI веке стали отставать и в области нейробиологии. Авторы ссылаются всего на трёх современных российских исследователей суггестивности: М.М. Пакова, И.А. Чеснокову и Т.А. Казанцеву [8, 14, 22]. Так, М.М. Паков [14] с помощью стабилометрии установил что все испытуемые, высоко- и низковнушаемые, стопроцентно реагируют на стандартное вербальное внушение изменения позы в обычном состоянии сознания; высоковнушаемые испытуемые отклоняются в соответствии с внушением назад, тогда как низковнушаемые – отклоняются вперёд, с эквивалентной выраженностью отклонения. В исследовании бывших участников сект И.А. Чесноковой [22] в качестве ключевых факторов вовлечения в секты указаны внушаемость, неспособность к независимому восприятию личностного статуса. Работа Т.А. Казанцевой [8] посвящена роли суггестии в формировании и поддержании веры.

Внушаемость была актуальной темой в ряде психолого-педагогических исследований [18], где велась дискуссия о её пользе/вреде в педагогическом процессе. В настоящее время появились публикации, посвящённые исследованию суггестивности средств массовой информации, интернет-рекламы, специфике её проявления в сетевых коммуникациях [7].

Скудность экспериментальных психологических исследований в 1960–1990-е гг., на наш взгляд, отчасти перекрывается разработкой советским историком, социологом Б.Ф. Поршневым оригинальной концепции суггестии-контрсуггестии [16, 17]. Автор считал предметом социальной психологии изучение речевого влияния людей друг на друга, определяя их как суггестию. Функция суггестии принималась за исходное свойство человеческой речи. Б.Ф. Поршнев рассматри-

вал два типа «заражения»: подражание и суггестию. Понятие подражания включает автоматизм прямого имитирования действий вкупе с его осознанием, опосредованным речью. Понятие суггестии по Б.Ф. Поршневу характеризует определённую работу слова. Автор считает, что на протяжении жизненного развития индивида суггестия имеет неизмеримо большую власть над детьми (достигая кульминации в 8–10-летнем возрасте), чем над взрослыми; суггестия сильнее влияет на группу или, если она исходит от человека, олицетворяющего группу, общество, или от непосредственных словесных воздействий группы людей. Б.Ф. Поршнев полагал, что суггестия, сила прямого влияния слова на психику, порождает её ограничение различными психическими механизмами, определёнными им как контрсуггестия. По мнению автора, контрсуггестия отключается в гипнозе и сновидении, что проявляет суггестию. В свою очередь механизмы контрсуггестии порождают усиливающие суггестию более сложные и узконаправленные механизмы контр-контрсуггестии. Б.Ф. Поршнев соотнос социально-психологическую эволюцию человека с последовательным развитием вербальных механизмов суггестии, контрсуггестии и контр-контрсуггестии. Развитие контрсуггестии и контр-контрсуггестии «преобразовывало суггестию в гораздо более неодолимую силу на той узко ограниченной колее, которая ей теперь оставалась» [16, 17].

В целом стоит согласиться с В.В. Козловым [9] в том, феномен суггестивности не стал приоритетным для развития различных разделов отечественных личностной и социальной психологии в XX–XXI вв.

Западные исследования феномена суггестивности

В западных исследованиях феномена суггестивности следует выделить два основных этапа: европейско-французский, реализованный во второй половине XIX века; американско-европейский, развивающийся с середины XX века по сей день. Объектив-

ности ради европейско-французский этап исследований и психотерапевтического применения феномена суггестивности следовало бы назвать европейско-французско-русским, поскольку именно в России европейский задел исследований XIX века получил дальнейшее развитие в начале XX века и были достигнуты наиболее весомые результаты в исследовании и применении феноменов внушаемости и гипноза, гипнотерапии. Однако российский вклад в исследования феноменов суггестивности и гипноза, практики их применения игнорируется современной западной суггестологией и гипнологией [31, 58]. Принимая позицию западных коллег, вероятно, следует подчеркнуть самодостаточность отечественных исследований суггестивности и гипноза и их психотерапевтического применения, стартовавших с опорой на ранние европейские исследования и развивавшихся далее автономно.

Ранние европейские исследования суггестивности и гипноза (конец XIX – начало XX веков)

Ключевая идея единой природы внушения и гипноза была сформулирована И. Бернгеймом в рамках идеодинамического механизма [1]:

1) при внушении (в т.ч. в гипнозе) критический контроль воли, рассудка ослабевает, поэтому воспринятая идея реализуется автоматически, напрямую через физиологические или поведенческие реакции;

2) активная часть психики автоматически выполняет суггестии, тогда как пассивная часть (включая ослабленные волю, критическое мышление) не осознает их источника и не может сопротивляться;

3) «гипноза не существует, есть только внушение» [1];

4) внушение и диссоциация сознания работают не только в психотерапии, гипнотерапии, но и в повседневной жизни (при глубоко погружении в чтение книги, просмотр спектакля и т.д.) Следует отметить, что концепция идеоматического действия суггестии И. Бернгейма имела предшествен-

ников – Карпентера, Брейда, Шеврила и последователей в лице М. Эриксона [58].

Современный неодиссоциативный подход в теоретизировании гипноза и суггестии основан на первоначальной концепции диссоциации (в оригинале – дезагрегации) П. Жане [41], которую автор рассматривал как основополагающий суггестивный механизм развития гипноза, внушения, истерии, психической травмы. По его мнению, при диссоциации одна из субъединиц психической жизни отделяется от остальных, лишаясь осознания и произвольного контроля. Суггестия активирует диссоциированные идеи, остающиеся вне осознания. Гипноз и внушение, согласно П. Жане, характеризуются сужением сознания, исключаящим осознание материала, доступного при других обстоятельствах; особым влиянием на поведение исключённого из сознания материала посредством активации суггестией. По П. Жане диссоциация может быть частичной, тогда осознание и произвольный контроль над диссоциированным материалом снижаются, но не устраняются.

Развитие теории и практики классического психоанализа в конце XIX в. – первой половине XX веков привело к утрате научного и практического интереса к феноменам гипноза и суггестивности в Европе на десятилетия.

Современные западные исследования суггестивности и гипноза (1960–2020-е гг.)

Ведущими центрами исследований гипноза и суггестивности ко второй половине XX века стали факультеты психологии американских университетов, где (и когда) акцент исходно ставился на первоочередных исследованиях гипноза с позиций когнитивной психологии, а суггестивность позиционировалась как ассоциированный с гипнозом феномен. Европейская университетская наука занялась исследованиями в гипносуггестивной области с 20–30-летней задержкой, но с большим акцентом на феномене суггестивности.

Для того, чтобы оценить масштаб исследовательской и терапевтической активности западных исследователей в области суггестивности, суггестологии, гипноза, приведём некоторые данные PubMed. Так за период 1963–2025 гг. по теме «внушаемость», «шкалы внушаемости», «гипнабельность», «гипнотическая внушаемость», «шкалы гипнабельности», «гипнотерапия» в совокупности было опубликовано 4070 работ. Отметим, что за период с 1987 по 2003 гг. было проведено четыре международных симпозиума по суггестии и суггестивности. В последнее двадцатилетие феномен суггестивности рассматривается преимущественно в рамках домена гипноза.

Феномен суггестивности в контексте современных западных теорий гипноза

Среди современных западных исследований суггестивности, безусловно, доминируют исследования суггестивности в гипнозе, обеспечивающие генерацию большого числа когнитивных либо тяготеющих к когнитивным теорий гипноза [58]. Данные теории сфокусированы на объяснении механизмов реализации определённого набора экспериментальных суггестий, принятого в американской и, шире, западной гипнологии. Объяснение действия суггестий подаётся как теория гипноза. Поэтому исследователей интересует произвольный опыт гипноза (произвольные поведение и переживания, возникающие в ответ на внушения в гипнозе); трёхуровневая дифференциация области гипноза с выделением «теорий гипноза» и теорий «конкретных гипнотических явлений». Первый уровень включает вариативно используемый набор гипнотических средств: идеомоторную активность и каталепсию; позитивные и негативные галлюцинации, анестезию и перцептивные искажения; возрастную регрессию и сновидения; амнезию и гипермнезию; постгипнотические внушения. Второй уровень области гипноза основан на анализе внушений как наборов, взаимодействующих между собой и внутри себя, элементов:

- прямого моторного воздействия;
- моторной проверки;
- когнитивно-бредового эффекта;
- постгипнотической амнезии.

Гипнотический ответ может состоять из различных элементов, что обуславливает различие его объяснений. На третьем уровне гипноз обсуждается в контекстах состояния или черт, особенностей.

Диссоциативные теории гипноза

Рассмотрим неодииссоциативные теории гипноза: неодииссоциативную теорию Е. Хилгарда; неодииссоциативную теорию Боуэrsa; теорию диссоциированного опыта; теорию диссоциированного контроля второго порядка.

Неодииссоциативная теория гипноза Е. Хилгарда [38] строится на объяснении экспериментальной гипноанальгезии за счёт отделения ряда психических процессов от основного тела сознания с различной степенью автономии. Для прояснения диссоциации им привлечены метафоры «амнестического барьера» и «скрытого наблюдателя». Помимо этого Е. Хилгардом разработана иерархическая модель механизмов контроля, включающая исполнительное эго-централизованную структуру управления и три управляемых ею структуры когнитивного контроля, связанных прямыми и обратными связями. Гипнотическая суггестия размыкает связи исполнительного эго и нижележащих структур когнитивного контроля, обеспечивая произвольную реализацию суггестий.

В *неодииссоциативной теории Боуэrsa* [27] диссоциированный опыт и диссоциированный контроль в реализации гипнотических суггестий первоначально рассматривались как взаимодополняющие аспекты гипнотической реактивности [58, с. 160], далее произвольный диссоциированный контроль был описан как основа диссоциации в гипнозе [27].

Согласно *теории диссоциированного опыта* [33], гипнотические реакции на побуждающие внушения характеризуются неспо-

способностью контролировать (и осознавать) собственное начало действий; гипнотические реакции на блокирующие внушения включают в себя неспособность контролировать и осознавать собственное подавление действий. Неспособность правильно контролировать инициирование образов и мыслей приведёт к восприятиям, ложно приписываемым внешним источникам: позитивным галлюцинациям и ложным воспоминаниям. Неспособность контролировать подавление образов и мыслей обуславливает негативные галлюцинации и амнезии. Гипнотический автоматизм иллюзорен, в гипнотическом ответе задействован исполнительный контроль [33].

Теория *диссоциированного контроля второго порядка* [33, 40, 58] фокусируется на функциональной диссоциации исполнительного контроля от исполнительного мониторинга. Нижние подсистемы управления сохраняют интеграцию с исполнительным контролем, но исполнительный контроль отключён от исполнительного мониторинга. Гипнотизируемый сохраняет способность модулировать поведение на первом уровне исполнительного контроля на основе высших целей и правил, но не способен гибко корректировать этот контроль на за счёт исполнительного мониторинга на обыденном уровне.

Социально-когнитивные теории гипноза

В 1930–2000-е гг. в США проводились экспериментальные исследования гипноза, в которых идентичные образные внушения реализовались как после, так и вне гипнотизации, что расценили как незначительность эффекта гипнотизации при сильной корреляции гипнотической и негипнотической внушаемости [24, 28, 39, 57, 59]. Результаты данных исследований послужили развитию социально-когнитивных теорий, отрицающих гипноз как состояние и трактующих гипнотические феномены как результат культурных, личностных и межличностных влияний.

Ролевая теория гипноза Т. Сарбина [51, 58, с. 116] отрицает гипноз как состояние,

описывая его как форму ролевого поведения. Гипнотизируемый и гипнотизёр – добровольно и «честно» принимаемые социальные роли; гипнотические феномены – культурально обусловлены, переживаются искренне, не имитируются. Эволюция ролевой теории гипноза [30] породила нарративную модель гипноза, основанную на мотивированной, активной, конструктивной природе гипнотических переживаний и представлений.

Операциональная модель гипноза Т. Барбера [24] построена на основе позитивизма, необихевиоризма, индуктивизма. В результате двадцатилетних исследований суггестий в гипнозе и вне гипноза, автор выделил восемь переменных, связанных с гипнотическими суггестиями и тестовыми мотивационными внегипнотическими внушениями: отношение; ожидания; формулировка и тон внушений; мотивация; определение ситуации как гипноза; внушения для расслабления; формулировка вопроса, с помощью которого оценивается реакция; и поведение, принятое экспериментатором. Т. Барбер считал, что гипнотические реакции не исключительны и не связаны с необычными состояниями сознания.

Многофакторная модель гипнотической внушаемости [58, с. 118] обобщает и развивает теории Т. Сарбина [51], Т. Барбера [24], учитывая роль установок, убеждений, представлений и ожиданий в формировании гипнотических явлений, в сочетании с концепцией стратегического исполнения роли. Гипнабельность определяется тем, как субъекты исполняют гипнотическую роль на основе когнитивных стратегий – «целенаправленных фантазий» [53], гипнотическая реакция поддаётся изменению и может быть усилена у более чем половины исходно «малогипнабельных». В целях повышения гипнабельности Н. Спанос с соавторами [58, с. 119] разработали обучающую программу (CSTP), где показана устойчивость полученной гипнабельности. Исследования «скрытого наблюдателя» [54] показали его обусловленность реализуемой экспериментатором социально-когнитивной модели.

Теория ожиданий гипнотической реакции
И. Кирша [43, 44] основана на теории социального обучения Дж. Роттера [50], согласно которой ожидания изменений в субъективном опыте прямо на него влияют, порождая автоматические реакции в форме самосбытающихся пророчеств. Кирш утверждает, что гипнотические внушения – это модификация ожиданий, вызывающих плацебо-подобный эффект [44]. Ожидание и способность (1991) – два независимых фактора гипнотической внушаемости [44].

Интегративная модель С. Линна и его коллег [45] акцентирована на бессознательных детерминантах гипнотической реакции и основана на интеграции ситуационных, межличностных и внутриличностных переменных гипнабельности и гипнотических реакций.

Интеракционистские теории гипноза

К интеракционистским теориям гипноза относятся теории Дж. Сатклиффа, П. Шихана, и К. Макконки.

Дж. Сатклифф [56] считал, что реализация внушений в гипнозе основана на эмоциональной убеждённости гипнотика в том, что мир таков, каким его представляет гипнотизёр.

В основе теории гипноза П. Шихана [52] – концепция «мотивированной когнитивной приверженности», отражающей позитивную мотивацию гипнотика к активному когнитивному сотрудничеству с гипнотизёром для адекватного реагирования на внушение.

К. Макконки [46] различал когнитивные стратегии, использованные гипнотиками для переживания внушаемых эффектов и веры в подлинность переживаний, обусловленных суггестиями. Общими для трёх теорий является то, что гипнотические субъекты действуют разумно в гипнотическом контексте, будучи когнитивно подготовленными к активному сотрудничеству и мотивированными; гипнотические субъекты воспринимают свою реакцию как неподвластную их контролю, субъективно реальную.

Теория холодного контроля гипноза

Теория холодного контроля гипноза [25, 32] опирается на теорию высшего порядка мышления сознания Д. Розенталя и П. Каррутерса [29, 49], согласно которой восприятие (состояние первого порядка) осознаётся при состояниях более высокого (второго и далее) порядка.

Согласно теории холодного контроля, при гипнотическом реагировании исполнительная система на уровне первого порядка функционирует нормально, изменяется функция представлений о намерении второго (высшего) порядка – функция осознания, гипнотическое ожидание влияют на состояния второго порядка. Гипноз «происходит», потому что субъекты не осознают высшего порядка контроля над своими реакциями вследствие ожидания произвольности. Теория холодного контроля гипноза нейтральна в отношении того, существует ли особое состояние гипноза. Считается, что холодный контроль реализован в различных религиозных и духовных практиках. Теория холодного контроля использует соответствующие бессознательные намерения и последующие чувства произвольности для объяснения всех аспектов гипнотического опыта. Ощущение реальности галлюцинации возникает из-за того, что воображаемый образ ощущается как появляющийся произвольно [26, 32].

Европейские исследования суггестии и суггестивности

Среди европейских исследований суггестии и суггестивности, преимущественно следующих по проторенной дорожке американской гипно-суггестологии [31], необходимо выделить работы «Гиссенской группы» (В. Георгиу, П. Неттер, Г. Айзенк, Р. Розенталь) [55, 34], осуществившей системное исследование феномена суггестивности. Наш взгляд, ключевой вклад в эти исследования 1960–2000 гг. внёс В. Георгиу, который создал теорию суггестивной арефлексивности [35, 36]:

– в рамках когнитивно-поведенческого подхода;

– вне контекста гипноза;

– как общую черту личности и специфическую реакцию на стимулы.

В теории суггестивной арефлексивности В. Георгиу выделен ряд положений:

1. Сенсорная суггестивность бодрствования, основанная на восприятии несуществующих физических ощущений (тепла, запахов, прикосновений) под влиянием ожидания.

2. Критическая психологическая дистанция между суггестором и реципиентом, сокращение которой (через доверие или авторитет) повышает вероятность принятия внушения.

3. Когнитивное ожидание, установка на реализацию внушения. Человек реагирует на суггестию не только по причине «внушаемости», а потому что его мозг активно строит модель реальности на основе предвосхищения события.

4. Ситуативный фактор. Суггестивность – не только врождённая черта, но и взаимодействие с контекстом (обстановкой, тоном голоса, социальным обуславливанием).

Теория суггестивной арефлексивности (арефлексивного принятия) В. Георгиу [35, 36] описывает системный механизм принятия человеком внешнего воздействия вне критического, рефлексивного осмысления, выделяя факторы снижения контроля, сенсорного фокуса, иллюзии реальности, условий возникновения.

Снижение контроля. Арефлексивность сопряжена с блокировкой механизмов логической проверки информации, реакция человека на стимул следует «автоматически».

Сенсорный фокус. Условием эффективности сенсорной суггестивности является направленность внимания на ожидание конкретного ощущения (мозг занят «поиском» сенсорного сигнала (запаха, тепла), когда критическое мышление отходит на второй план.

Иллюзия реальности. Благодаря арефлексивности субъективное ожидание становится важнее объективного факта. Ожидая сенсорного сигнала человек «достраивает»

его в сознании, воспринимая галлюцинаторный стимул как реальный физический опыт.

Условия возникновения. Ситуации неопределённости в сочетании с высоким авторитетом источника и/или сильной вовлечённости в задачу усиливают арефлексивность мышления.

Согласно В. Георгиу [35, 36], феномен суггестивности основан на переключении с рефлексивного на арефлексивное мышление в целях быстрой ситуативной адаптации. В исследованиях Гиссенской группы разграничены моторная (первичная) внушаемость, связанная с идеомоторными актами; сенсорная (вторичная) внушаемость на основе косвенного влияния через создание ожиданий, которую В. Георгиу определяет как высшее проявление арефлексивного принятия, он считает, что внушение создаёт внутреннюю установку, через призму которой человек воспринимает мир арефлексивно.

В. Георгиу определяет внушаемость как «ускользающий» феномен у взрослых, при попытке её измерения испытуемый начинает рефлексировать и эффект внушения исчезает. Автор в эксперименте выделил два этапа развития мышления [36]: 1) арефлексивный, с прямым принятием ребёнком гипотезы за реальность, максимально выраженный к 7–10 годам с последующим плавным снижением арефлексивности за счёт накопления когнитивного опыта и «проверочного мышления»; 2) рефлексивный, активный с подросткового возраста (12–14 лет), на основе социальной рефлексии (за счёт опасения выглядеть обманутым и глупым). У взрослых преобладает рефлексивное мышление, арефлексивность переходит в латентную форму, включаясь в специальных, потенцирующих суггестивность, условиях. Автор предполагал возможность вторичного роста арефлексивности мышления в пожилом возрасте в связи с ослаблением когнитивного контроля.

Обсуждение

Развитие исследований суггестивности обусловлено логикой, порождаемой природой данного феномена и исторически разви-

вающимся методическим и теоретическим инструментарием исследований (психологическим, физиологическим, нейрофизиологическим, социологическим и иным) и областями проявления феномена суггестивности (гипноз, состояние бодрствования, социальная ситуация).

Феномен человеческой суггестивности является фундаментальным, сущностным, пронизывая психику во всех её состояниях, социальность. Суггестивность человека наиболее высока в детстве, снижается при взрослении, значительно и ярко возрастает в гипнотической ситуации, отчётливо усиливается в определённых социальных ситуациях.

Поэтому этапность развития исследований феномена суггестивности исторически была предопределена началом научного изучения в XIX веке, начиная с наиболее ярких проявлений в гипносуггестиях; осознанием наличия феномена суггестивности в обычном (не-гипнотическом) состоянии психики; открытием социальной суггестивности (социальные эпидемии); фрагментацией, детализацией исследований и практик суггестивности в гипнозе и бодрствовании, ауто- и гетеро-суггестиях, в рекламе, маркетинге, интернете, интернет-мошенничестве, интернет-терроризме и далее в XX–XXI вв.

Характерный опыт описания и изучения терапевтических и экспериментальных суггестий явно выдвинут в литературе на первый план, тогда как изучение порождающего частные суггестии, собственно, феномена суггестивности остаётся на втором. Следует согласиться с определением суггестивности как «ускользающего» феномена, что, очевидно, связано с его системной глобальностью, «сердцевинной», тотальной включённостью в психическую деятельность. Существует диалектическая связь общеизвестных, аттрактивных суггестивных актов, приёмов и обусловливающего их феномена «ускользающей» суггестивности.

Оттолкнувшись от рефлексологической трактовки суггестий и гипноза, российская суггестивная психотерапия советского периода результативно обратилась к мето-

логиям, практикам реализации суггестий в состояниях гипноза, бодрствования и т.д.

Исходно психологический анализ реализации набора гипносуггестий в американской гипнологии породил каскадный механизм разработки множества психологических теорий гипноза, в которых собственно феномен гипноза нередко выводится за скобки либо отрицается, зато феномен суггестивности, трактуемый данными теориями, становится фигурой умолчания.

Теория арефлексивной суггестивности В. Георгиу убедительно обосновывает сенсорную суггестивность, её объяснительный потенциал сохраняется для феноменов плацебо, ноцебо, социальной суггестивности. В ней предписан возрастной аспект развития рефлексивности с переходом от арефлексивного к рефлексивному мышлению и функциональному «соскальзыванию» с рефлексивного к арефлексивному мышлению у взрослого человека в суггестивных ситуациях.

Концепция Б.Ф. Поршнева об историческом развитии речи в алгоритме «суггестия – контрсуггестия – контр-контрсуггестия», соотнесённая с индивидуальным развитием речи (высокая суггестивность ребёнка, снижающаяся с возрастом) соотносится с биогенетическим законом Геккеля-Мюллера (онтогенез следует филогенезу); с теорией арефлексивной суггестивности В. Георгиу (рефлексия как контрсуггестия); с результатами стабилметрических экспериментов М.М. Пакова, согласно которым все испытуемые биполярно реагируют на познотонические внушения (высоковнушаемые – суггестивно отклоняясь назад, низковнушаемые – контрсуггестивно – вперёд).

Заключение

Таким образом, феномен суггестивности относится к области «старых и трудных» мультидисциплинарных проблем наук о человеке. То, что проблема суггестий и суггестивности оказалась одной из первых, с изучения которой началось развитие современных психологии, физиологии высшей

нервной деятельности, сформировало устойчивые исторически ограничивающие стереотипы подобных исследований, ритуализацию, фрагментацию, поляризацию подходов (в гипнозе, бодрствовании).

В итоге, как полагаем, аретфлексивный подход В. Георгиу, созвучный эволюционно-

исторической модели Б.Ф. Поршнева, ясно сформулированный к 1990 г. и достаточно полно раскрывающий феномен человеческой суггестивности, дезавуирован в настоящее время множественными исследованиями в американско-европейской гипносуггестологии.

Литература

1. Бернгейм И. Внушение и его применение в терапии. / пер. с франц. М.П. Кадминой; под ред. А.А. Токарского. Москва: Изд. А. Карцева, 1888. 410 с.
2. Бехтерев В.М. Сознание и его границы. Казань: Тип. Императ. ун-та. 1888. 32 с.
3. Бехтерев В.М. Роль внушения в общественной жизни. СПб.: Изд-во К.Л. Риккер, 1898. 53 с.
4. Бехтерев В.М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное воздействие // Вестник знания. СПб., 1911. Вып. 4. 60 с.
5. Бехтерев В.М. Алкоголизм и борьба с ним. Л., 1927. 62 с.
6. Буль П.И. Основы психотерапии. М., 1974. 302 с.
7. Кадилина О.А. Технологии суггестивной лингвистики в интернет-коммуникациях // Научные исследования и разработки. Современная коммуникативистика. 2023. Т. 12, № 4. С. 80–86. DOI: 10.12737/2587-9103-2023-12-4-80-86
8. Казанцева Т.А. Вера как социально-психологический феномен // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2011. № 4(92). С. 106–111.
9. Козлов В.В., Власов Н.А. Психология внушения и внушаемости: учебное пособие. Международная академия психологических наук. Ярославль: МАПН, 2011. 188 с.
10. Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка: справочное пособие для врачей. Л.: Медицина, 1986. 280с.
11. Павлов И.П. Клинические среды. М.: Л., 1954. Т. 2. 386 с.
12. Павлов И.П. О механизме гипнотического состояния человека // Вопросы психологии. 1969. № 5. С. 158–159.
13. Павлов И.П. Проба физиологического понимания симптомологии истерии. Л.: Изд-во АН СССР, 1932. 36 с.
14. Паков М.М. Психологические свойства личности с разным уровнем внушаемости в бодрствующем состоянии // Психологический журнал. 1987. Т. 8, № 5. С. 136–138.
15. Панков Д.В. Рациональная и разъяснительная психотерапия. Руководство по психотерапии. 3-е изд. Ташкент, 1985. С. 188–212.
16. Поршнев Б.Ф. Контрсуггестия и история: (Элементарное звено социальной психологии) / История и психология. Москва: Наука, 1971. С. 7–35.
17. Поршнев Б.Ф. Социальная психология и история. 2-е изд., доп. и испр. Москва: Наука, 1979. 232 с.
18. Прядеин В.П. Психолого-педагогические и психофизиологические предпосылки внушения // Педагогическое образование в России. 2015. № 11. С. 136–143.
19. Рожнов В.Е. Гипнотерапия. Руководство по психотерапии. 3-е изд. Ташкент, 1985. С. 176–177.
20. Руководство по психотерапии / под ред. В.Е. Рожнова. 3-е изд. Ташкент, 1985. 719 с.
21. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1982. 376 с.
22. Чеснокова И.А. Влияние сект, культов и нетрадиционных организаций на психику человека // Психология и право. 2011. Т. 1, № 4. С. 83–94.
23. Baker S.L., Kirsch I. Hypnotic and placebo analgesia: order effects and the role of expectations // International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 1994. Vol. 42, N 3. Pp. 227–243. DOI: 10.1080/00207149408409352.
24. Barber T.X., Spanos N.P., Chaves J. F. Hypnotism, imagination, and human potentialities. New York: Pergamon Press, 1974. 189 p.
25. Barnier A.J., Dienes Z., Mitchell C.J. How hypnosis happens: new cognitive theories of hypnotic responding / The Oxford handbook of hypnosis: theory, research, and practice. Eds. M. R. Nash, A.J. Barnier. Oxford: Oxford University Press, 2008. Pp. 141–177.
26. Bentall R.P. The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations // Psychological Bulletin. 1990. Vol. 107, N 1. Pp. 82–95.
27. Bowers K.S., Woody E.Z. A theory of dissociated control / Contemporary Hypnosis Research. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 131–153.
28. Braffman W., Kirsch I. Imaginative suggestibility and hypnotizability: an empirical analysis // Journal of Personality and Social Psychology. 1999. Vol. 77, N 3. Pp. 578–589.

29. Carruthers P. Phenomenal consciousness: a naturalistic theory. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. 298 p.
30. Coe W.C., Sarbin T.R. The social-psychology of hypnosis: a contextualist perspective / *Contemporary Hypnosis Research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 303–323.
31. De Benedittis G. Neurophysiology and neuropsychology of hypnosis // *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2021. Vol. 64, N 1. Pp. 75–97.
32. Dienes Z., Lush P., Palfi B., [et al.]. Phenomenological control as cold control // *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2022. Vol. 9, N 2. Pp. 101–116. DOI: 10.1037/cns0000302.
33. Egner T., Jamieson J., Gruzelier L. Dissociating target selection and conflict monitoring: combined fMRI and EEG evidence // *NeuroImage*. 2005. Vol. 25, N 3. Pp. 960–970. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2004.12.066.
34. Eysenck H.J. The personality of suggestible people / *Suggestibility: theory and research*. Eds. V.A. Gheorghiu [et al.]. Berlin: Springer-Verlag, 1989. Pp. 97–116.
35. Gheorghiu V.A. Die Prüfung der suggestiblen Reaktionsbereitschaft // *Psychologische Beiträge*. 1974. Bd. 16. Pp. 317–335.
36. Gheorghiu V.A., Kruse P. Is the sensory suggestibility scale a measure of "faking"? / *Suggestibility: theory and research*. Eds. V.A. Gheorghiu [et al.]. Berlin: Springer-Verlag, 1989. Pp. 221–229.
37. Gorassini D.R., Gorassini D.R., Spanos N.P. The social cognitive and contextualist view of hypnosis // *The Council of Societies for the Study of Religion Bulletin*. 1999. Vol. 28, N 4. Pp. 102–109.
38. Hilgard E.R. Neodissociation theory of phenomenology: memory and hypnosis / *Functional Disorders of Memory*. Eds. J.F. Kihlstrom, F.J. Evans. Hillsdale, 1979. Pp. 191–211.
39. Hull C.L. Hypnosis and suggestibility: an experimental approach. New York: Appleton-Century-Crofts, 1933. 416 p.
40. Jamieson G.A., Sheehan P.W. An empirical test of the combined influence of dissociated control and executive monitoring in hypnosis // *Contemporary Hypnosis*. 2004. Vol. 21, N 1. Pp. 3–14. DOI: 10.1002/ch.281.
41. Janet P. *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Félix Alcan, 1889. 496 p.
42. Kihlstrom J.F. Dissociation and hypnotizability / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 305–336.
43. Kirsch I. Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo // *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1994. Vol. 37, N 2. Pp. 95–106.
44. Kirsch I. The social learning theory of hypnosis / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 439–466.
45. Lynn S.J., Lynn S.J., Rhue J.W. Theories of hypnosis: an integrative perspective / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 397–438.
46. McConkey K.M. The construction and resolution of hypnotic experience / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 359–380.
47. Netter P. Biochemical variables in suggestibility / *Suggestibility: theory and research*. Eds. V.A. Gheorghiu [et al.]. Berlin: Springer-Verlag, 1989. Pp. 325–334.
48. Rominger C., Papousek M., Schuster G. COMT Val158Met polymorphism and hypnotizability: a meta-analysis // *Personality and Individual Differences*. 2014. Vol. 64. Pp. 114–119. DOI: 10.1016/j.paid.2014.02.025.
49. Rosenthal D.M. A theory of consciousness / *The nature of consciousness: philosophical debates*. Ed.: N. Block, O. Flanagan, G. Güzeldere. Cambridge, MA: MIT Press, 1997. Pp. 729–753.
50. Rotter J. B. Social learning and clinical psychology. New York: Prentice-Hall, 1954. 466 p. DOI: 10.1037/10788-000.
51. Sarbin T.R., Coe W.C. Hypnosis: a social psychological analysis of influence communication. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1972. 274 p.
52. Sheehan P.W. Hypnosis and the process of imagination / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 381–406.
53. Spanos N.P. A sociocognitive approach to hypnosis / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 596–624.
54. Spanos N.P., Hewitt K. The hidden observer: a social psychological analysis // *Journal of Abnormal Psychology*. 1980. Vol. 89, N 1. Pp. 146–151.
55. *Suggestibility: theory and research*. Eds. V.A. Gheorghiu, P. Netter, H.J. Eysenck, R. Rosenthal. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag, 1989. 346 p.
56. Sutcliffe J.P. "Credulity" and "skepticism" in hypnotic phenomena: a critical aspect of the nature of hypnosis // *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1961. Vol. 62, N 2. Pp. 189–200. DOI: 10.1037/h0040774.
57. Tart C.T., Hilgard E.R. Responsiveness to suggestions under "hypnosis" and waking conditions // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1966. Vol. 14, N 3. Pp. 253–270.
58. *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice*. Eds. M.R. Nash, A.J. Barnier. Oxford: Oxford University Press, 2008. 800 p.

59. Weitzenhoffer A.M., Sjöberg B.M. Suggestibility with and without "hypnotic induction": An information-processing approach // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1961. Vol. 132. Pp. 204–220.
60. Woody E.Z., Bowers K.S. Dissociated control as a signature of hypnosis / *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice*. Eds. M.R. Nash, A.J. Barnier. Oxford: Oxford University Press, 2008. Pp. 209–226.

Получена 01.04.2026

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

Для цитирования. Тукаев Р.Д. К системному психотерапевтическому анализу феномена суггестивности // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 101–116. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-101-116.

R.D. Tukaev

Towards a Systemic Psychotherapeutic Analysis of the Phenomenon of Suggestibility

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education
(2/1, Bild. 1, Barrikadnaya Str., Moscow, Russia)

✉ Rashit Dzhaudatovic Tukaev – Dr. Med. Sci. Prof., Prof. of the Department of Psychotherapy and Clinical Psychology, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (2/1, Bild. 1, Barrikadnaya Str., Moscow, 125993, Russia); e-mail: tukaevrd@gmail.com.

Abstract

Relevance. A brief historical and analytical review of Russian and European and American research on suggestion and suggestibility over a period of approximately 150 years, from the late nineteenth century to the present, is presented. The main areas of research and their findings are described, and substantial limitations that have hindered the development of a systemic approach to the study and application of the phenomenon of suggestibility are identified.

Intention. To describe the principal Russian and international theoretical approaches to the study and application of suggestion, as well as models of suggestibility, based on a comprehensive systemic analysis of heterogeneous clinical and psychological research data on suggestion and suggestibility and methodological materials concerning their psychotherapeutic application.

Methodology. Russian and European publications on suggestion and hypnotherapy from the pre-revolutionary period, Russian publications on suggestive psychotherapy from the Soviet period, Russian psychological publications on suggestion and suggestibility from the twenty-first century, and American and European studies of hypnosis, suggestion, and suggestibility conducted in the twentieth and twenty-first centuries were analyzed.

Results and discussion. Approaches to suggestion and suggestibility developed within the schools of I.P. Pavlov and V.M. Bekhterev were examined, and the outcomes of the development of suggestive psychotherapy during the Soviet period were evaluated. The development of Soviet clinical suggestology within the Pavlovian reflexology tradition is described, based on studies of the physiological, psychological, and psychotherapeutic effects of suggestion. B.F. Porshnev's model of suggestion–counter-suggestion–counter-counter-suggestion is presented, and its contemporary relevance is evaluated in the context of findings from Russian psychological studies of suggestibility and international and European research on suggestion. Approaches to the study of suggestion and suggestibility in contemporary Russian psychology and pedagogy, including selected empirical findings, are described. A substantial body of American theories of hypnosis and suggestion is

reviewed. European research on suggestibility within the framework of the arreflective nature of suggestive thinking is analyzed.

Conclusion. A number of predominantly cognitive American theories of hypnosis are evaluated, and a tendency to conceptualize the traditional set of hypnotic suggestions as theories of hypnosis is identified. The potentially most promising Russian and European models of suggestibility are identified, with their specific features, significance, and limitations assessed.

Keywords: suggestion, suggestibility, hypnosis research, history of psychology, suggestive psychotherapy, clinical suggestology, Pavlovian reflexology, B.F. Porshnev, cognitive theories of hypnosis, arreflective thinking.

References

1. Bernejm I. Vnushenie i ego primenenie v terapii [Suggestion and its application in therapy]. Moscow, 1888. 410 p. (In Russ.)
2. Behterev V.M. Soznanie i ego granicy [Consciousness and its limits]. Kazan, 1888. 32 p. (In Russ.)
3. Behterev V.M. Rol' vnusheniya v obshchestvennoj zhizni [The role of suggestion in social life]. St. Petersburg, 1898. 53 p. (In Russ.)
4. Behterev V.M. Gipnoz, vnushenie, psihoterapiya i ih lechebnoe vozdejstvie [Hypnosis, suggestion, psychotherapy and their therapeutic effect]. *Vestnik znaniya* [Herald of Knowledge]. St. Petersburg, 1911; (4): 60. (In Russ.)
5. Behterev V.M. Alkogolizm i bor'ba s nim [Alcoholism and the struggle against it]. Leningrad, 1927. 62 p. (In Russ.)
6. Bul' P.I. Osnovy psihoterapii [Fundamentals of psychotherapy]. Moscow, 1974. 302 p. (In Russ.)
7. Kadilina O.A. Tekhnologii suggestivnoj lingvistiki v internet-kommunikacijah [Technologies of suggestive linguistics in internet communications]. *Nauchnye issledovaniya i razrabotki. Sovremennaya kommunikativistika* [Research and Development. Modern Communication Studies]. 2023; 12(4): 80–86. DOI: 10.12737/2587-9103-2023-12-4-80-86. (In Russ.)
8. Kazanceva T.A. Vera kak social'no-psihologicheskij fenomen [Faith as a socio-psychological phenomenon]. *Uchenye zapiski Rossijskogo gosudarstvennogo social'nogo universiteta* [Scientific Notes of the Russian State Social University]. 2011; (4(92)): 106–111. (In Russ.)
9. Kozlov V.V., Vlasov N.A. Psihologiya vnusheniya i vnushaemosti [Psychology of suggestion and suggestibility]. Yaroslavl, 2011. 188 p. (In Russ.)
10. Lobzin V.S., Reshetnikov M.M. Autogennaya trenirovka. Spravochnoe posobie dlya vrachej [Autogenic training: a reference guide for physicians]. Leningrad, 1986. 280 p. (In Russ.)
11. Pavlov I.P. Klinicheskie sredy [Clinical environments]. Moscow, Leningrad, 1954. Vol. 2. 386 p. (In Russ.)
12. Pavlov I.P. O mekhanizme gipnoticheskogo sostoyaniya cheloveka [On the mechanism of the hypnotic state in humans]. *Voprosy psihologii* [Issues in Psychology]. 1969; (5): 158–159. (In Russ.)
13. Pavlov I.P. Proba fiziologicheskogo ponimaniya simptomologii isterii [An attempt at a physiological understanding of the symptomatology of hysteria]. Leningrad, 1932. 36 p. (In Russ.)
14. Pakov M.M. Psihologicheskie svoystva lichnosti s raznym urovnem vnushaemosti v bodrstvuyushchem sostoyanii [Psychological properties of personality with different levels of suggestibility in the waking state]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological Journal]. 1987; 8(5): 136–138. (In Russ.)
15. Pankov D.V. Racional'naya i raz'yasnitel'naya psihoterapiya [Rational and explanatory psychotherapy]. *Rukovodstvo po psihoterapii* [Guide to Psychotherapy]. Tashkent, 1985. Pp. 188–212. (In Russ.)
16. Porshnev B.F. Kontrsuggestiya i istoriya: (Elementarnoe zveno social'noj psihologii) [Counter-suggestion and history: (An elementary link of social psychology)]. *Istoriya i psihologiya* [History and Psychology]. Moscow, 1971. Pp. 7–35. (In Russ.)
17. Porshnev B.F. Social'naya psihologiya i istoriya [Social psychology and history]. Moscow, 1979. 232 p. (In Russ.)
18. Pryadein V.P. Psihologo-pedagogicheskie i psihofiziologicheskie predposylki vnusheniya [Psycho-pedagogical and psycho-physiological prerequisites of suggestion]. *Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii* [Pedagogical Education in Russia]. 2015; (11): 136–143. (In Russ.)
19. Rozhnov V.E. Gipnoterapiya [Hypnotherapy]. *Rukovodstvo po psihoterapii* [Guide to Psychotherapy]. Tashkent, 1985. Pp. 176–177. (In Russ.)
20. *Rukovodstvo po psihoterapii* [Guide to Psychotherapy]. Ed. V.E. Rozhnov. Tashkent, 1985. 719 p. (In Russ.)
21. Slobodyanik A.P. Psihoterapiya, vnushenie, gipnoz [Psychotherapy, suggestion, hypnosis]. Kiev, 1982. 376 p. (In Russ.)
22. Chesnokova I.A. Vliyanie sekt, kul'tov i netradicionnyh organizacij na psihiku cheloveka [Influence of sects, cults and non-traditional organizations on the human psyche]. *Psihologiya i pravo* [Psychology and Law]. 2011; 1(4): 83–94. (In Russ.)

23. Baker S.L., Kirsch I. Hypnotic and placebo analgesia: order effects and the role of expectations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1994; 42(3): 227–243. DOI: 10.1080/00207149408409352.
24. Barber T.X., Spanos N.P., Chaves J.F. Hypnotism, imagination, and human potentialities. New York: Pergamon Press, 1974. 189 p.
25. Barnier A.J., Dienes Z., Mitchell C.J. How hypnosis happens: new cognitive theories of hypnotic responding / *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research, and practice*. Eds. M.R. Nash, A.J. Barnier. Oxford: Oxford University Press, 2008. Pp. 141–177.
26. Bentall R.P. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*. 1990; 107(1): 82–95.
27. Bowers K.S., Woody E.Z. A theory of dissociated control / *Contemporary Hypnosis Research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 131–153.
28. Braffman W., Kirsch I. Imaginative suggestibility and hypnotizability: an empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999; 77(3): 578–589.
29. Carruthers P. Phenomenal consciousness: a naturalistic theory. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. 298 p.
30. Coe W.C., Sarbin T.R. The social-psychology of hypnosis: a contextualist perspective / *Contemporary Hypnosis Research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 303–323.
31. De Benedittis G. Neurophysiology and neuropsychology of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2021; 64(1): 75–97.
32. Dienes Z., Lush P., Palfi B., [et al.]. Phenomenological control as cold control. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. 2022; 9(2): 101–116. DOI: 10.1037/cns0000302.
33. Egner T., Jamieson J., Gruzelier L. Dissociating target selection and conflict monitoring: combined fMRI and EEG evidence. *NeuroImage*. 2005; 25(3): 960–970. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2004.12.066.
34. Eysenck H.J. The personality of suggestible people / *Suggestibility: theory and research*. Eds. V.A. Gheorghiu [et al.]. Berlin: Springer-Verlag, 1989. Pp. 97–116.
35. Gheorghiu V.A. Die Prüfung der suggestiblen Reaktionsbereitschaft. *Psychologische Beiträge*. 1974; 16: 317–335.
36. Gheorghiu V.A., Kruse P. Is the sensory suggestibility scale a measure of “faking”? / *Suggestibility: theory and research*. Eds. V.A. Gheorghiu [et al.]. Berlin: Springer-Verlag, 1989. Pp. 221–229.
37. Gorassini D.R., Spanos N.P. The social cognitive and contextualist view of hypnosis. *The Council of Societies for the Study of Religion Bulletin*. 1999; 28(4): 102–109.
38. Hilgard E.R. Neodissociation theory of phenomenology: memory and hypnosis / *Functional Disorders of Memory*. Eds. J.F. Kihlstrom, F.J. Evans. Hillsdale, 1979. Pp. 191–211.
39. Hull C.L. Hypnosis and suggestibility: an experimental approach. New York: Appleton-Century-Crofts, 1933. 416 p.
40. Jamieson G.A., Sheehan P.W. An empirical test of the combined influence of dissociated control and executive monitoring in hypnosis. *Contemporary Hypnosis*. 2004; 21(1): 3–14. DOI: 10.1002/ch.281.
41. Janet P. L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Félix Alcan, 1889. 496 p.
42. Kihlstrom J.F. Dissociation and hypnotizability / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 305–336.
43. Kirsch I. Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1994; 37(2): 95–106.
44. Kirsch I. The social learning theory of hypnosis / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 439–466.
45. Lynn S.J., Lynn S.J., Rhue J.W. Theories of hypnosis: an integrative perspective / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 397–438.
46. McConkey K.M. The construction and resolution of hypnotic experience / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 359–380.
47. Netter P. Biochemical variables in suggestibility / *Suggestibility: theory and research*. Eds. V.A. Gheorghiu [et al.]. Berlin: Springer-Verlag, 1989. Pp. 325–334.
48. Rominger C., Papousek M., Schuster G. COMT Val158Met polymorphism and hypnotizability: a meta-analysis. *Personality and Individual Differences*. 2014; 64: 114–119. DOI: 10.1016/j.paid.2014.02.025.
49. Rosenthal D.M. A theory of consciousness / *The nature of consciousness: philosophical debates*. Eds. N. Block, O. Flanagan, G. Güzeldere. Cambridge, MA: MIT Press, 1997. Pp. 729–753.
50. Rotter J. B. Social learning and clinical psychology. New York: Prentice-Hall, 1954. 466 p. DOI: 10.1037/10788-000.
51. Sarbin T.R., Coe W.C. Hypnosis: a social psychological analysis of influence communication. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1972. 274 p.
52. Sheehan P.W. Hypnosis and the process of imagination / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 381–406.
53. Spanos N.P. A sociocognitive approach to hypnosis / *Contemporary hypnosis research*. Eds. E. Fromm, M.R. Nash. New York: Guilford Press, 1992. Pp. 596–624.

-
54. Spanos N.P., Hewitt K. The hidden observer: a social psychological analysis. *Journal of Abnormal Psychology*. 1980; 89(1): 146–151.
 55. Suggestibility: theory and research. Eds. V.A. Gheorghiu, P. Netter, H.J. Eysenck, R. Rosenthal. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag, 1989. 346 p.
 56. Sutcliffe J.P. “Credulity” and “skepticism” in hypnotic phenomena: a critical aspect of the nature of hypnosis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1961; 62(2): 189–200. DOI: 10.1037/h0040774.
 57. Tart C.T., Hilgard E.R. Responsiveness to suggestions under “hypnosis” and waking conditions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1966; 14(3): 253–270.
 58. The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice. Eds. M.R. Nash, A.J. Barnier. Oxford: Oxford University Press, 2008. 800 p.
 59. Weitzenhoffer A.M., Sjöberg B.M. Suggestibility with and without “hypnotic induction”: An information-processing approach. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1961; 132: 204–220.
 60. Woody E.Z., Bowers K.S. Dissociated control as a signature of hypnosis / The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice. Eds. M.R. Nash, A.J. Barnier. Oxford: Oxford University Press, 2008. Pp. 209–226.
-

Received 01.04.2026

For citing: Tukaev R.D. K sistemnomu psikhoterapevticheskomu analizu fenomena suggestivnosti. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 101–116. (In Russ.)

Tukaev R.D. Towards a systemic psychotherapeutic analysis of the phenomenon of suggestibility. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 101–116. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-101-116.

К.Г. Языков, Ф.А. Стаценко

ДИССИММЕТРИЯ СЕНСОМОТОРНЫХ И НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ БИЛИНГВИЗМА

Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта
(Россия, г. Калининград, ул. Александра Невского, д. 14)

Актуальность исследования. Использование двух и более языков оказывает значительное влияние на когнитивные функции и структурно-функциональную организацию мозга. Изучение взаимосвязи между диссимметрией сенсомоторных функций и уровнем освоения второго языка актуально для нейропсихологии и психологии образования. Нерешённым остаётся вопрос о том, как уровень билингвизма связан с профилем латеральной организации, межполушарным взаимодействием и нейрокогнитивными функциями. Дискуссия о «билингвальном преимуществе» и концепция воплощённого разума задают теоретические рамки для эмпирического исследования этих взаимосвязей.

Цель исследования – установить взаимоотношения между диссимметрией сенсомоторных функций, нейрокогнитивных пространственных способностей, логического мышления и уровня билингвизма; представить групповую изменчивость латерализованных признаков и когнитивных функций в зависимости от степени освоения второго языка.

Материалы и методы. Выборку составили 35 иностранных студентов с разными уровнями владения русским языком как вторым неродным (L2): $\geq C1$ ($n = 11$), $\leq B2$ ($n = 7$), $\leq A2$ ($n = 17$). Использовалась нейропсихологическая батарея, включающая тест Аннет (ведущая рука), стереограмму Белы Юлеша (межполушарное взаимодействие), методику «Компасы» (пространственные способности) и тест «Ханойская башня» (логическое мышление). Применялись корреляционный анализ по Спирмену, иерархический кластерный анализ и дисперсионный анализ.

Результаты. Большинство нейрокогнитивных показателей не обнаруживают значимых различий в зависимости от уровня L2. Единственное значимое различие выявлено по параметру «время планирования» задачи «Ханойская башня» у женщин с уровнем C1. Иерархический анализ показал, что профиль латеральной организации определяется как ведущей рукой, так и уровнем билингвизма.

Заключение. Нейрокогнитивный профиль билингва определяется совокупностью взаимосвязанных факторов; ключевым является не поиск латерализационного паттерна, а моделирование динамического взаимодействия между специализациями полушарий и системой исполнительного контроля, усиленной двуязычным опытом.

Ключевые слова: билингвизм, функциональная асимметрия мозга, межполушарное взаимодействие, нейропластичность, исполнительный контроль, воплощённое познание, диссимметрия.

Языков Константин Геннадьевич – д-р мед. наук проф., Высшая школа образования и психологии, Балтийский фед. ун-т им. Иммануила Канта (Россия, 236041, г. Калининград, ул. Александра Невского, д. 14), e-mail: yazk@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5034-136X;

✉ Стаценко Филипп Александрович – ст. препод., Высшая школа образования и психологии, Балтийский фед. ун-т им. Иммануила Канта (Россия, 236041, г. Калининград, ул. Александра Невского, д. 14), e-mail: fstatsenko@hotmail.com; ORCID: 0009-0000-7546-2857.

Введение

Межполушарная асимметрия функций – ключевое понятие в анализе взаимосвязи между мозгом, сознанием и поведением в нейронауках и философии. Язык и языковое сознание представляют наиболее важный аспект существования человека как ключевой инструмент осмысления и преобразования мира. Предполагается, что использование двух и более языков оказывает значительное влияние на когнитивные функции и языковое сознание [2]. Переключение между языковыми системами требует перераспределения внимания, торможения и активации информации [3]. Систематическое использование билингвами функции когнитивного контроля в способности подавлять доминирующий язык в пользу целевого даёт основу (exercise framework) для развития высших психических функций (ВПФ). Билингвизм (БЛ) усиливает исполнительные функции, повышает нейронную пластичность и создаёт когнитивный резерв [8–10]. В нейропсихологии сложился консенсус относительно эмпирической модели «динамической реструктуризации» морфофункциональных ресурсов мозга при овладении вторым языком [12, 23]. Настоящая работа представляет эмпирическое решение задач, находящихся на пересечении нейропсихологии и педагогической психологии. Её цель – установить взаимоотношения между диссимметрией сенсомоторных функций, нейрокогнитивных пространственных способностей, логического мышления и уровня билингвизма, а также представить групповую изменчивость латерализованных признаков в зависимости от степени освоения второго языка.

Теоретический анализ проблемы

Нейробиологические основы билингвизма: модель динамической реструктуризации. Центральной и наиболее подтверждённой теорией является теория усиления исполнительного контроля (The Executive Control Advantage). Её идея состоит в том, что постоянное управление двумя языковыми системами создаёт уникальную когнитивную

нагрузку на механизмы контроля. Основные данные представлены в работах Bialystok, Craik & Luk [10], Green & Abutalebi [15], Meuter & Allport [20]. Нелинейные паттерны типа expansion–renormalization воспроизведены в хвостатом ядре и nucleus accumbens в зависимости от объёма билингвального опыта [19]. Уровень владения L2 имеет первостепенное значение, но зависит от времени освоения языка (Age of Acquisition, AoA). Синтаксические и фонологические процессы L2 сохраняют субстратные признаки позднего усвоения и связываются с гомологичными областями правого полушария [11]. Управляющая сеть у билингвов всегда «включена» (The Control Network is Always “On”), что выражено усилением в лобно-теменной исполнительной сети. Взаимодействие внутри этой сети носит двусторонний межполушарный характер, но чаще при вербальных задачах является левополушарным, что связывают с более выраженным когнитивным контролем левосторонних языковых схем [7]. Важную роль в межполушарной коммуникации и когнитивном контроле играет мозолистое тело [14]. Билингвы демонстрируют пластичность белого вещества в функциональной целостности мозолистого тела и коннективности левого верхнего продольного пучка, соединяющего лобную и височную языковые области. Данные выявляют двунаправленные изменения: снижение коннективности мозолистого тела на начальных этапах L2 сменяется её восстановлением при высоком уровне владения языком [28].

Лингвистические факторы и функциональная асимметрия мозга. В последние 15–20 лет в нейролингвистике происходит парадигмальный сдвиг: двуязычный мозг рассматривается не как субстрат с принципиально иной картой латерализованных функций, а как более адаптивная, эффективно управляемая система – что соответствует теории «двуязычного преимущества» [10].

Нет подтверждения связи между L2 и праворукостью, латерализацией двигательного контроля: морфология мозолистого тела не зависит ни от предпочтения руки, ни от полушарного доминирования для языка [30];

ассоциации между праворукостью и мозговыми показателями нестабильны в зависимости от способа и времени измерения руности [26]. Ориентационная сеть внимания проявляет правополушарные эффекты и повышенную эффективность у билингвов – как эффект тренированного исполнительного контроля, но не как изменение функциональной полушарности [25]. Левополушарная асимметрия предсказывает более высокую успешность в освоении L2 [13].

Дискуссия о «билингвальном преимуществе». Преимущество билингвов в когнитивной сфере неоднозначно и зависит от множества факторов. Дискуссия рассматривается как частный случай кризиса воспроизводимости в психологии [21]; метаанализ зафиксировал эффект практически на уровне статистического шума [17]. Акцент смещается на определение дифференциальных условий: какие билингвы, при каких задачах, в каком возрасте овладевают вторым языком [16]. В современных исследованиях используются непрерывные переменные (уровень владения языком, ежедневное воздействие, частота переключения между языками), а не категориальные группы.

Эмоциональный контроль и правополушарные функции в L2. Для эмоционального контроля показано снижение кожно-гальванической реакции (КГР) и активации миндалевидного тела на табуированные слова в L2 по сравнению с L1, особенно у «поздних» билингвов, что подтверждает гипотезу об «эмоциональной дистанции» у билингвов [18]. Систематический обзор подтверждает: аффективная обработка более интенсивна в L1; роль правого полушария и миндалевидного тела хорошо воспроизводится, а уровень владения L2 выступает ключевым модулятором [24].

Воплощённый разум, диссимметрия и нейропсихологические факторы. Положения концепции воплощённого разума (embodied mind, EM), сформулированные Ф. Варелой, Э. Рош и Э. Томпсоном, фундаментальны в энактивизме [27]. В энактивизме (Э) основным является положение о том, что познание обусловлено телесностью человека и его когнитивной размерностью; к компо-

нентам Э относятся телесность, ситуационность, погружённость, воплощённость и интерактивность [4]. Согласно Лакоффу и Джонсону, сама структура мыслей обусловлена природой тела [22].

Телесность и когнитивная размерность сопряжены с цитоархитектонической топикой мозга и связаны с активностью нейропсихологических факторов высших психических функций и трёхблоковой организацией головного мозга. Существует мягкий изоморфизм энактивизма и нейропсихологической системно-динамической концепции, заключающийся в понимании телесности не только как биологического, но и как жизненного воплощения (embodied cognition).

В отношении морфофункциональных особенностей тела и мозга более точным следует считать термин «диссимметрия», а не «асимметрия». Мозг холистичен и не дихотомически разделён на лево- и правополушарные способы функционирования – что подтверждено методами функциональной томографии. При билингвальном обучении язык выступает не только как средство коммуникации, но и как инструмент профессиональной и познавательной деятельности [6]. Воплощённость абстрактных концептов в L2 зависит от уровня владения языком: уже при среднем уровне активируются сенсомоторные репрезентации, близкие к L1 [29].

Материалы и методы

Организация исследования. Выборка представлена 35 иностранными студентами с разными уровнями знания русского языка как второго неродного (L2). Участники распределены по уровням L2 согласно принятому критерию CEFR: $\geq C1$ ($n = 11$), $\leq B2$ ($n = 7$), $\leq A2$ ($n = 17$). Участие в исследовании было добровольным. Все участники дали информированное согласие на участие в исследовании и обработку обезличенных данных. Исследование проводилось с соблюдением этических принципов проведения психологических исследований. Учитывая разнородный контингент учащихся, очевиден полиморфизм телесных и когнитивных функций в их индивидуальном

композиционном воплощении. Сочетанность рассматривали как композиционную межиндивидуальную вариативность когнитивных функций, билингвизма, сенсомоторной диссимметрии и межполушарного взаимодействия. **Методы сбора данных.** В исследовании использована нейропсихологическая батарея:

- опросник Л.В. Яссмана, В.Н. Данюкова;
- стереограмма Белы Юлеша – определяет

уровень межполушарного взаимодействия методом компьютерного исследования бинокулярной конкуренции; позволяет изучать переключение между образами без активного внимания субъекта [5];

- тест Аннет (ведущая рука, ВР);
- методика «Компасы»;
- тест «Ханойская башня» (ХБ).

Обработка данных. Корреляционный анализ по Спирмену; иерархический кластерный анализ (древовидный метод) для выделения однородных групп по показателям ПЛО, функциональной асимметрии мозга (ФАМ) и уровня билингвизма; дисперсионный анализ для сравнения групп.

Результаты

Сравнение различий тестируемых параметров в зависимости от уровня знания L2 показало их отсутствие. Дисперсионный анализ выявил единственные значимые различия – в женской популяции – по признаку «время планирования» задачи «Ханойская башня», с большим показателем у лиц с высоким уровнем знания языка (C1). Это время, после которого испытуемый приступает к выполнению задачи: испытуемые с C1 оказались более медлительными или менее решительными (z-score: C1 = -0,37; ≤ A2 = -0,69). В первой задаче применен корреляционный дизайн. Из таблицы 1 следует, что ПЛО и ведущая рука положительно коррелировали, что означает согласованность симметрии. Показатели диссимметрии отрицательно коррелируют с показателем интенсивности межполушарного взаимодействия (ИМПВ) и положительно с числом правильно решенных заданий в тесте «Компас». Это указывает на то, что ИМПВ смещен в сторону теменно-затылочной области, поскольку в тесте «Компас» решались

Таблица 1

Коэффициенты корреляции между когнитивными переменными (тест Компас, Ханойская башня), латеральными функциями (тест Аннет), интенсивностью межполушарного взаимодействия (ПУСС) в зависимости от уровня билингвизма

	ПЛО	Тест Аннет	Сумма ПУСС до тестов	Сумма ПУСС после тестов	Правильно 50 заданий «Компас»	Время планирования ХБ	Время выполнения ХБ
ПЛО		0,54 (3)		-0,62 (1)			
Тест Аннет			-0,59 (3)		0,43 0,58 (3)		-0,56 (3)
Сумма ПУСС до тестов				0,68 0,71 (3) 0,76 (2) 0,61 (1)	-0,68 (3) 0,83 (2) 0,59 (1)	-0,59 (3)	
Сумма ПУСС после тестов					0,71 (2) 0,59 (1)		
Правильно 50 заданий «Компас»							-0,43 -0,80 (3)
Время планирования ХБ							
Кол-во ходов ХБ							0,83 0,90 (3) 0,78 (1)

Примечание: Оценки показателей в z-score. В круглых скобках – группа L2: (3) – ≥ C1; (2) – ≤ B2; (1) – ≤ A2. ХБ – «Ханойская башня»; ПУСС – предельный угол сохранности стереоприса.

задачи пространственного характера и, видимо, преимущественно правым полушарием, так как отрицательные корреляции отмечены с тестом Аннет. Это предполагает, что более высокая интенсивность межполушарного взаимодействия смещается в сторону левосторонней организации ВР в подгруппах БЛ (от амбидекстрии к леворукости), что свидетельствует о правополушарном смещении. Об этом свидетельствуют и положительные корреляции показателей теста Аннет, ПЛО и «Компас».

Во второй задаче решался вопрос о степени согласованности нейрокогнитивных функций и диссимметрии в зависимости от уровня билингвизма. Был применён подход к анализу изменчивости на основе методов многомерной статистики, включающий работу с ковариационными матрицами (КМ). Это позволяет перейти от изучения отдельных признаков к анализу их комплексов. КМ выступает ключевым инструментом для количественной оценки изменчивости. В рамках концепции интеграции полигенных систем оценку определителя КМ предложил Л.А. Животовский [1]. Она позволяет учитывать не только индивидуальную изменчивость признаков, но и их взаимосвязи, что критически важно для понимания адаптивных процессов в популяциях. Были получены оценки определителей матриц с разделением L2 на категории в соответствии с нумерацией к таблице 1. Для уровня C1 и выше определитель матрицы равен $(6,7 \times 10^{18})$; для уровня ниже B2 определитель равен $(9,5 \times 10^8)$; для A2 определитель матрицы равен $(2,1 \times 10^{17})$. Геометрическая интерпретация определителя КМ отражает «объём» многомерного распределения данных. Следовательно, наибольшим значением определитель КМ представлен в группе с лучшими показателями билингвизма – C1 и выше, близко по значению к ней группа с наименьшими показателями БЛ. Для группы B2 он на 9–10 порядков ниже. Пока невозможно интерпретировать результат столь высокой сопряжённости (взаимосвязи) нейрокогнитивных признаков в группе B2, составляющую как бы переходную по языковой эффективности группу лиц.

В решении третьей задачи для выделения однородных групп с особенностями межполушарной асимметрии и степенью владения вторым языком (L2) использовали метод построения деревьев классификации «CRT» (Classification and Regression Trees), который позволяет осуществлять бинарные разделения узлов. В табл. 2 представлена системная иерархия организации факторов, которые в условиях билингвального уровня выделяют группы индивидов со сходными показателями ПЛО, ФАМ, билингвизма. Для условия категоризации принят уровень билингвизма, для категоризации диссимметрии (ФАМ) использованы факторы ПЛО и ведущая рука (ВР). Показано, что для оценки ФАМ ПЛО («профиля латеральной организации») имеют значение не только показатели Аннет (фактора ведущей руки), но и уровень билингвизма. Выделяются следующие особенности формирования нейрокогнитивных комплексов признаков лиц при условии варьирования этих функций и системного принципа организации. В первом разделении отмечается комплекс со смещением в сторону леворукости (ВР по Аннет) и в целом усреднённого ПЛО. Эффекты разделения по языковой эффективности для уровня выше A2 характеризуются высокими значениями ВР (праворукость, ЛП) и высокими значениями ПЛО (ЛП) (узел 3). Далее это разделение для A2 ещё более дифференцируется, усугубляется левшество руки, но наблюдается левополушарность по профилю ПЛО. Происходит некоторая диссоциация этих функциональных свойств для определённых лиц.

Обсуждение результатов

Современные научные данные описывают двуязычный мозг не как обладающий принципиально иной картой латерализованных функций, а как обладающий более взаимосвязанным и эффективно управляемым набором карт. Основная лингвистическая репрезентация остаётся левосторонней и становится более эффективно организованной при высоком уровне владения языком. Влияние на другие латерализованные функции лучше всего по-

Таблица 2

Классификация признаков диссимметрии (ведущая рука по Аннет и профиль латеральной организации) и языковой эффективности билингвов по CRT

ИСХОДНЫЙ Аннет «ведущая рука, ВР» (n = 35) M = 0,00 (SD = 1,00)						
УЗЕЛ 2 MBP > -0,61 (n = 31) МПЛО = 0,14 (0,87)						
УЗЕЛ 3 Второй язык {3} (n = 11) МПЛО = 0,59 (0,92)	УЗЕЛ 4 Второй язык {2, 1} (n = 20) MBP = 0,12 (0,66)					
УЗЕЛ 6 MBP > -0,29 (n = 10) МПЛО = 0,44 (0,77)	УЗЕЛ 8 MBP > 0,25 (n = 15) МПЛО = 0,21 (0,70)					
	УЗЕЛ 9 MBP ≤ 0,48 (n = 9) МПЛО = 0,29 (0,62)		УЗЕЛ 11 MBP ≤ 0,48 (n = 9) МПЛО = 0,18 (0,91)	УЗЕЛ 12 MBP > 0,48 (n = 6) МПЛО = 0,26 (0,38)		
	MBP ≤ 0,25 (n = 3) МПЛО = 0,07 (1,03)	MBP > 0,25 (n = 6) МПЛО = 0,40 (0,38)		Второй язык {2} (n = 3) МПЛО = 0,17 (1,77)	Второй язык {1} (n = 6) МПЛО = 0,18 (0,48)	Второй язык {1} (n = 5) МПЛО = 0,23 (0,45)

нимать как стратегическую адаптацию при посредничестве расширенной сети контроля.

Полученные данные согласуются с этой общей картиной. Отсутствие значимых различий большинства изучаемых параметров между группами с разным уровнем L2 свидетельствует о том, что полиморфизм нейрокогнитивных характеристик определяется совокупностью факторов, не сводимых к уровню владения языком в рамках одного измерительного среза. Единственный значимый эффект – увеличение времени планирования у женщин с C1 – может отражать более рефлексивный стиль решения задачи или большую требовательность к точности планирования, формируемую практикой языкового контроля.

Иерархический анализ показал, что ПЛО определяется не только ведущей рукой, но и уровнем билингвизма, что свидетельствует о взаимодействии моторной и языковой систем в формировании латерального профиля индивида. Открытым остаётся вопрос о ме-

ханизмах: вызывают ли изменения в мозге специфически торможение и переключение языков или же это следствие общего языкового использования («лингвистическая стимуляция»)?

Перспективы и ограничения исследования. Малая выборка (n = 35) ограничивает статистическую мощность и обобщаемость выводов. Требуют дальнейшего исследования нейрокогнитивные характеристики билингвов в различных возрастных группах, в зависимости от типологической близости L1 и L2, а также с использованием непрерывных переменных интенсивности билингвального опыта.

Заключение

Ключевым вопросом является не поиск паттерна латерализации, а моделирование динамичного, зависящего от опыта взаимодействия между фиксированными специализациями полушарий и высокопластичной системой контроля, усиленной двуязычием. Эм-

пирические данные свидетельствуют о том, что нейрокогнитивный профиль билингва определяется не уровнем L2 как изолированным фактором, а сложной системой взаимодействий между ним, ведущей рукой, межполушарным взаимодействием и ситуационным контекстом.

Иерархический анализ показал, что ПЛО определяется как ведущей рукой, так и уров-

нем билингвизма, что свидетельствует о взаимодействии моторной и языковой систем в формировании латерального профиля. Область исследования переходит от локализации активации в определённых полушариях к моделированию динамических функциональных связей. Необходим переход к непрерывным переменным вместо категориальных групп.

Литература/ References

1. Животовский Л.А. Популяционная биометрия. М.: Наука, 1991. 271 с.
1. Zhivotovskii L.A. Populyatsionnaya biometriya [Population biometrics]. Moscow: Nauka; 1991. 271 p. (In Russ.)
2. Малышевская А.С., Галло Ф., Ефремов А.А., [и др.]. Роль билингвизма в формировании нейрокогнитивного резерва // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2022. Т. 72, № 5. С. 591–608. DOI: 10.31857/S0044467722050094.
2. Malyshevskaya A.S., Gallo F., Efremov A.A., [et al.]. Rol' bilingvizma v formirovanii neirokognitivnogo rezerva [The role of bilingualism in the formation of neurocognitive reserve]. *Zhurnal vysshei nervnoi deyatel'nosti im. I.P. Pavlova* [I.P. Pavlov Journal of Higher Nervous Activity]. 2022; 72(5): 591–608. DOI: 10.31857/S0044467722050094 (In Russ.)
3. Новицкий Н.Ю. Особенности функционирования мозга билингвов при выполнении речевых и общих когнитивных задач // Современная зарубежная психология. 2016. Т. 5, № 4. С. 77–84. DOI: 10.17759/jmfp.2016050408.
3. Novitskii N.Yu. Osobennosti funktsionirovaniya mozga bilingvov pri vypolnenii rechevykh i obshchikh kognitivnykh zadach [Features of brain functioning in bilinguals during verbal and general cognitive tasks]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Journal of Modern Foreign Psychology]. 2016; 5(4): 77–84. DOI: 10.17759/jmfp.2016050408 (In Russ.)
4. Ополев П.В. Энактивизм как эпистемология наук о сложном // Омский научный вестник. Серия «Общество. История. Современность». 2023. Т. 8, № 1. С. 118–126. DOI: 10.25206/2542-0488-2023-8-1-118-126.
4. Opolev P.V. Enaktivizm kak epistemologiya nauk o slozhnom [Enactivism as an epistemology of the sciences of complexity]. *Omskii nauchnyi vestnik. Seriya «Obshchestvo. Istoriya. Sovremennost'»* [Omsk Scientific Bulletin. Series “Society. History. Modernity”]. 2023; 8(1): 118–126. DOI: 10.25206/2542-0488-2023-8-1-118-126 (In Russ.)
5. Островский В.А. Пределы разрушения стереопсиса как маркеры интенсивности латерального взаимодействия и продуктивности мышления // Известия ТРТУ. Тематический выпуск «Психология и педагогика». 2005. № 5(49). С. 192–196.
5. Ostrovskii V.A. Predely razrusheniya stereopsisa kak markery intensivnosti lateral'nogo vzaimodeistviya i produktivnosti myshleniya [Limits of stereopsis disruption as markers of the intensity of lateral interaction and productivity of thinking]. *Izvestiya TRTU. Tematicheskii vypusk «Psikhologiya i pedagogika»* [Proceedings of TRTU. Thematic issue “Psychology and Pedagogy”]. 2005; (5(49)): 192–196 (In Russ.)
6. Смирнова З.М. Билингвальное обучение иностранных студентов. Преподавание физики и математики иностранным студентам в медицинских вузах // Методология и технология непрерывного профессионального образования. 2024. № 1(17). С. 76–85. DOI: 10.24075/MTCPE.2024.09.
6. Smirnova Z.M. Bilingval'noe obuchenie inostrannykh studentov. Prepodavanie fiziki i matematiki inostrannym studentam v meditsinskikh vuzakh [Bilingual education of international students. Teaching physics and mathematics to international students at medical universities]. *Metodologiya i tekhnologiya nepreryvnogo professional'nogo obrazovaniya* [Methodology and Technology of Continuing Professional Education]. 2024; (1(17)): 76–85. DOI: 10.24075/MTCPE.2024.09 (In Russ.)
7. Abutalebi J., Green D.W. Neuroimaging of language control in bilinguals: neural adaptation and reserve. *Bilingualism: Language and Cognition*. 2016; 19(4): 689–698. DOI: 10.1017/S1366728916000225.
8. Bialystok E., Craik F.I.M., Freedman M. Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia. *Neuropsychologia*. 2007; 45(2): 459–464. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.10.009.
9. Bialystok E., Craik F.I.M., Luk G. Cognitive control and lexical access in younger and older bilinguals. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*. 2008; 34(4): 859–873. DOI: 10.1037/0278-7393.34.4.859.
10. Bialystok E., Craik F.I.M., Luk G. Bilingualism: consequences for mind and brain. *Trends in Cognitive Sciences*. 2012; 16(4): 240–250. DOI: 10.1016/j.tics.2012.03.001.
11. Birdsong D., Vanhove J. Age of second-language acquisition: critical periods and social concerns. In: Nicoladis E., Montanari S., eds. *Bilingualism across the lifespan: factors moderating language proficiency*. Washington DC: American Psychological Association; 2016. Pp. 163–181. DOI: 10.1037/14939-010.

12. DeLuca V., Rothman J., Pliatsikas C. Linguistic immersion and structural effects on the bilingual brain: a longitudinal study. *Bilingualism: Language and Cognition*. 2019; 22(5): 1160–1175. DOI: 10.1017/S1366728918000883.
13. Demareva V. Exploring hemispheric lateralization and second language class performance in 10-y.o. students. *Symmetry*. 2023; 15(12): 2147. DOI: 10.3390/sym15122147.
14. Felton A., Vazquez D., Ramos-Nunez A.I., [et al.]. Bilingualism influences structural indices of interhemispheric organization. *Journal of Neurolinguistics*. 2017; 42: 1–11. DOI: 10.1016/j.jneuroling.2016.10.004.
15. Green D.W., Abutalebi J. Language control in bilinguals: the adaptive control hypothesis. *Journal of Cognitive Psychology*. 2013; 25(5): 515–530. DOI: 10.1080/20445911.2013.796377.
16. Grundy J.G. The effects of bilingualism on executive functions: An updated quantitative analysis. *Journal of Cultural Cognitive Science*. 2020; 4(2): 177–199. DOI: 10.1007/s41809-020-00062-5.
17. Gunnerud H.L., Ten Braak D., Reikerås E.K.L., [et al.]. Is bilingualism related to a cognitive advantage in children? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2020; 146(12): 1059–1083. DOI: 10.1037/bul0000301.
18. Harris C.L., Ayçiçeği A., Gleason J.B. Taboo words and reprimands elicit greater autonomic reactivity in a first language than in a second language. *Applied Psycholinguistics*. 2003; 24(4): 561–579. DOI: 10.1017/S0142716403000286.
19. Korenar M., Treffers-Daller J., Pliatsikas C. Dynamic effects of bilingualism on brain structure map onto general principles of experience-based neuroplasticity. *Scientific Reports*. 2023; 13: 3428. DOI: 10.1038/s41598-023-30326-3.
20. Meuter R.F.I., Allport A. Bilingual language switching in naming: asymmetrical costs of language selection. *Journal of Memory and Language*. 1999; 40(1): 25–40. DOI: 10.1006/jmla.1998.2602.
21. Paap K.R. The bilingual advantage in executive functioning hypothesis: how the debate provides insight into psychology's replication crisis. New York: Routledge; 2023. 306 p.
22. Pelkey J. Embodiment and language. *WIREs Cognitive Science*. 2023; 14(5): e1649. DOI: 10.1002/wcs.1649.
23. Pliatsikas C. Understanding structural plasticity in the bilingual brain: the dynamic restructuring model. *Bilingualism: Language and Cognition*. 2020; 23(2): 459–471. DOI: 10.1017/S1366728919000130.
24. Sharif H., Mahmood S. Emotional processing in bilinguals: a systematic review aimed at identifying future trends in neurolinguistics. *Humanities and Social Sciences Communications*. 2023; 10: 438. DOI: 10.1057/s41599-023-01926-1.
25. Tao L., Marzecová A., Taft M., [et al.]. The efficiency of attentional networks in early and late bilinguals: the role of age of acquisition. *Frontiers in Psychology*. 2011; 2: 123. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00123.
26. Tejavibulya L., Horien C., Fredricks C., [et al.]. Brain handedness associations depend on how and when handedness is measured. *Scientific Reports*. 2025; 15: 9674. DOI: 10.1038/s41598-025-94036-8.
27. Varela F.J., Thompson E., Rosch E. The embodied mind: cognitive science and human experience. Cambridge, MA: MIT Press; 1991. 328 p.
28. Wei X., Gunter T.C., Adamson H., [et al.]. White matter plasticity during second language learning within and across hemispheres. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2024; 121(2): e2306286121. DOI: 10.1073/pnas.2306286121.
29. Wei Y., Thierry G. Neurophysiological evidence for abstract concept embodiment in the second language: a question of proficiency? Language, cognition and neuroscience. 2025. Advance online publication. DOI: 10.1080/23273798.2025.2564838.
30. Westerhausen R., Karlsson E.M., Johnstone L., Carey D.P. Corpus callosum morphology does not depend on hand preference or hemispheric dominance for language. *Brain Research*. 2025; 1856: 149574. DOI: 10.1016/j.brainres.2025.149574.

Поступила 16.03.2026

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

Участие авторов: К.Г. Языков – разработка концепции и дизайна исследования, методологическое сопровождение, обработка и интерпретация результатов, подготовка первоначальной версии и научное редактирование текста статьи; Ф.А. Стаценко – анализ научной литературы, организация исследования, обработка и статистический анализ данных, подготовка первоначальной версии текста статьи. Оба автора одобрили окончательную версию статьи.

Для цитирования. Языков К.Г., Стаценко Ф.А. Диссимметрия сенсомоторных и нейрокогнитивных функций в условиях билингвизма // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 117–125. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-117-125.

K.G. Yazykov, F.A. Statsenko

Dissymmetry of Sensorimotor and Neurocognitive Functions in Bilingualism

Immanuel Kant Baltic Federal University (14, Aleksandra Nevskogo Str., Kaliningrad, Russia)

Konstantin Gennadyevich Yazykov – Dr. Med. Sci. Prof., Higher School of Education and Psychology, Immanuel Kant Baltic Federal University (14, Aleksandra Nevskogo Str., Kaliningrad, 236041, Russia), e-mail: yazk@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5034-136X;

✉ Filipp Aleksandrovich Statsenko – Senior Lecturer, Higher School of Education and Psychology, Immanuel Kant Baltic Federal University (14, Aleksandra Nevskogo Str., Kaliningrad, 236041, Russia), e-mail: fstatsenko@hotmail.com; ORCID: 0009-0000-7546-2857.

Abstract

Relevance. The use of two or more languages has a substantial influence on cognitive functions and the structural and functional organization of the brain. Examining the relationship between the dissymmetry of sensorimotor functions and second-language proficiency is relevant to both neuropsychology and educational psychology. It remains unclear how the level of bilingual proficiency is related to the lateral organization profile, interhemispheric interaction, and neurocognitive functions. The debate on the “bilingual advantage” and the concept of the embodied mind provide the theoretical framework for the empirical investigation of these relationships.

Intention. To establish the relationships among the dissymmetry of sensorimotor functions, neurocognitive spatial abilities, logical reasoning, and the level of bilingual proficiency, and to describe group variability in lateralized characteristics and cognitive functions depending on second-language proficiency.

Materials and methods. The sample comprised 35 international students with different levels of proficiency in Russian as a second, non-native language (L2): $\geq$ C1 ($n = 11$), $\leq$ B2 ($n = 7$), and $\leq$ A2 ($n = 17$). A neuropsychological battery was used, including the Annett test for handedness, the Béla Julesz stereogram for interhemispheric interaction, the Compass test for spatial abilities, and the Tower of Hanoi task for logical reasoning. Spearman's correlation analysis, hierarchical cluster analysis, and analysis of variance were applied.

Results. Most neurocognitive measures showed no significant differences depending on L2 proficiency. The only significant difference was found in the planning time for the Tower of Hanoi task among women with C1 proficiency. Hierarchical analysis showed that the lateral organization profile was determined by both handedness and the level of bilingual proficiency.

Conclusion. The neurocognitive profile of a bilingual individual is determined by a set of interrelated factors. The key task is not to identify a single lateralization pattern, but to model the dynamic interaction between hemispheric specializations and the executive control system strengthened by bilingual experience.

Keywords: bilingualism, functional cerebral asymmetry, interhemispheric interaction, neuroplasticity, executive control, embodied cognition, dissymmetry.

Received 16.03.2026

For citing: Yazykov K.G., Statsenko F.A. Dissimetriya sensomotornykh i nejrokognitivnykh funktsij v usloviyakh bilingvizma. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 117–125. (In Russ.)

Yazykov K.G., Statsenko F.A. Dissymmetry of sensorimotor and neurocognitive functions in bilingualism. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 117–125. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-117-125.

Т.М. Волошина

РАЗРАБОТКА АДАПТИВНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА БАЗЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Центр для одарённых детей «Поиск» (Россия, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 460)

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу нейроразвитийных состояний, требующих персонализированных методов коррекционной поддержки. Традиционные методы обладают ограничениями по масштабируемости и индивидуализации.

Цель – анализ существующих ИИ-решений для коррекции РАС и описание концепции текстовой интеллектуальной системы с возможностью динамического обучения и индивидуальной адаптации.

Методология. Проведён обзор современных ИИ-решений в области коррекции РАС: платформ когнитивной поддержки, диалоговых чат-ботов, робототехнических и генеративных ИИ-приложений. Разработана архитектура адаптивной системы с геймифицированным интерфейсом.

Результаты. Предложена концепция текстовой ИИ-системы, формирующей индивидуальный профиль ребёнка и адаптирующей сложность, формат и содержание заданий в реальном времени. Система интегрирует принципы АВА-терапии и DIR/Floortime на уровне логики принятия решений.

Заключение. Разработка текстовой адаптивной ИИ-системы представляет перспективное направление, сочетающее достижения искусственного интеллекта и коррекционной педагогики.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, искусственный интеллект, адаптивные системы, коррекционная педагогика, геймификация, прикладной анализ поведения.

Введение

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу нейроразвитийных состояний, характеризующихся нарушениями социальной коммуникации, особенностями поведения, а также вариативностью когнитивного и эмоционального развития [2]. По данным международных и национальных исследований, распространённость РАС стабильно растёт, что формирует устойчивый запрос на разработку новых, масштабируемых и персонализированных

методов коррекционной и развивающей поддержки [7].

Традиционные методы коррекции РАС (АВА-терапия, DIR/Floortime, ТЕАССН и др.) демонстрируют клиническую эффективность, однако обладают рядом ограничений: высокой зависимостью от квалификации специалистов, значительными временными и финансовыми затратами, а также ограниченной возможностью непрерывной адаптации под индивидуальные особенности конкретного ребёнка [9].

В последние годы искусственный интеллект (ИИ) рассматривается как перспективный инструмент для расширения возможностей коррекционной педагогики и психологии [1]. Особый интерес представляют текстовые диалоговые ИИ-системы, способные выступать в роли безопасного, предсказуемого и адаптивного партнёра по взаимодействию для ребёнка с РАС.

Целью настоящей работы является анализ существующих ИИ-решений для коррекции и поддержки детей с РАС, а также описание концепции текстовой интеллектуальной системы, способной к динамическому обучению и индивидуальной адаптации под конкретного ребёнка.

Материал и методы

Теоретической базой разработки послужили фундаментальные работы в области прикладного анализа поведения [5], определяющие принципы дискретного обучения, формирования и генерализации навыков, которые легли в основу логики адаптивного модуля системы. Модель аффективного развития DIR/Floortime [6] обеспечила концептуальную рамку для проектирования эмоционально-ориентированных сценариев взаимодействия и принципов следования за инициативой ребёнка. Крупномасштабный метаанализ интервенций при РАС Project AIM [9] позволил выделить наиболее эффективные компоненты вмешательств, подлежащие интеграции в архитектуру ИИ-системы.

При анализе технологических решений особое внимание уделено работам по применению генеративных языковых моделей в образовательном контексте, а также исследованиям специализированных диалоговых агентов для детей с особенностями развития [3]. Дополнительно проанализированы технические описания и документация современных коммерческих и исследовательских ИИ-платформ: CognitiveBotics, Noora (Stanford), QTrobot (LuxAI) и др.

Критерии включения: исследования и разработки, описывающие применение ИИ-технологий для коррекции, обучения

или поддержки детей с РАС. Критерии исключения: работы, посвящённые исключительно диагностике РАС без коррекционного компонента.

Результаты и их анализ

Обзор существующих ИИ-решений в области коррекции РАС

Платформы когнитивной и поведенческой поддержки. Ряд современных решений ориентирован на структурированное обучение и развитие когнитивных, социальных и речевых навыков. Примером является платформа CognitiveBotics (2025), использующая элементы ИИ для адаптации обучающего контента и мониторинга прогресса ребёнка [5]. Существенным ограничением подобных систем остаётся необходимость активного участия родителей или специалистов, а также вторичная роль ИИ, выполняющего функции анализа и рекомендаций, а не самостоятельного управления взаимодействием.

Диалоговые и социальные чат-боты. Отдельную категорию составляют диалоговые ИИ-решения, предназначенные для тренировки социальных навыков. Проект Noora (Stanford, 2025) представляет собой специализированного чат-бота, ориентированного на развитие эмпатии и навыков социального взаимодействия [4]. Подобные системы, как правило, работают в режиме «по запросу» и не формируют долговременную индивидуальную модель пользователя.

Робототехнические и мультимодальные решения. Роботы социального взаимодействия (например, QTrobot от LuxAI) используют визуальные, аудиальные и моторные стимулы для вовлечения детей с РАС [8]. Несмотря на высокую эффективность в ряде сценариев, данные решения требуют сложной аппаратной инфраструктуры и не всегда доступны для массового применения.

Генеративные ИИ-приложения. Современные генеративные модели применяются для создания персонализированных сценариев, диалогов и упражнений [8]. Однако в большинстве случаев такие приложения

используют универсальные языковые модели без глубокой адаптации под специфику восприятия и коммуникации детей с РАС.

Ограничения существующих подходов. Анализ показал, что большинство существующих ИИ-решений ориентированы на эпизодическое взаимодействие; не формируют устойчивую индивидуальную модель ребёнка; используют ИИ преимущественно как вспомогательный инструмент; недостаточно учитывают нетипичные речевые паттерны, сенсорную чувствительность и особенности эмоциональной регуляции детей с РАС.

Описание предлагаемой системы

Общая концепция. Предлагаемая система представляет собой интеллектуальную интерактивную среду поддержки детей с РАС, в основе которой лежит текстовая ИИ-модель, выполняющая функции управления, анализа и генерации контента. При этом взаимодействие ребёнка с системой не ограничивается классическим текстовым диалогом.

Текстовая ИИ-модель выступает в роли «когнитивного ядра» системы: она анализирует данные о ребёнке, формирует индивидуальную траекторию развития и генерирует интерактивные задания. Непосредственное взаимодействие ребёнка осуществляется через игровые механики (геймифицированные задания), что снижает коммуникативную нагрузку и повышает мотивацию.

Ключевой особенностью системы является её способность к непрерывному динамическому обучению на данных взаимодействия с конкретным ребёнком. Формируется и постоянно уточняется индивидуальный профиль пользователя, включающий уровень когнитивного и речевого развития; предпочтительные типы заданий и стимулов; скорость выполнения заданий; зоны устойчивого успеха и зоны повышенной сложности; признаки утомления, фрустрации или снижения интереса. На основе данного профиля ИИ в реальном времени адаптирует сложность, формат и содержание последующих заданий.

Архитектура адаптации. Система не является статичной языковой моделью. По-

верх базовой текстовой модели реализован адаптивный контур, включающий модуль анализа диалогового поведения; механизм краткосрочной и долгосрочной пользовательской памяти; правила и вероятностные модели изменения сложности, темпа и формы подачи текста. Адаптация осуществляется без изменения базовых весов модели, за счёт управления контекстом, стратегией генерации и параметрами диалога.

Генерация и адаптация геймифицированных заданий. Система реализует механизм автоматической генерации заданий в геймифицированной форме. Ребёнку не требуется формировать текстовые ответы, взаимодействие осуществляется через выбор, указание, сортировку, сопоставление и простые действия в игровой среде. Примеры индивидуальных игровых заданий: задания на зрительное различение («покажи, где лисичка», «найди предмет красного цвета»); задания на классификацию и обобщение («выбери все круглые фигуры», «найди одинаковые предметы»); задания на пространственное восприятие («что находится слева», «что выше»); задания на понимание инструкций и последовательностей действий. ИИ анализирует успешность выполнения каждого задания (время реакции, количество ошибок, необходимость подсказок) и использует эти данные для адаптивной генерации последующих игровых сценариев.

Совместные (социально ориентированные) задания. Отдельный класс составляют совместные задания, направленные на развитие функциональной коммуникации и социальных навыков с участием родителей или других взрослых. В научной и педагогической литературе такие задания корректно обозначаются как опосредованные социальные и бытовые практики или экологически валидные задания. Примеры совместных заданий: поиск предметов в окружающем пространстве («найди в комнате предмет жёлтого цвета»); задания на выражение потребностей («попроси то, что ты хочешь»); тренировка ожидания и саморегуляции («постой в очереди», «подожди своей очереди»); выполнение простых бытовых сценариев

вместе с родителем. ИИ фиксирует результаты выполнения таких заданий через обратную связь от родителей и учитывает их при дальнейшем планировании индивидуальной траектории.

Интеграция коррекционных подходов. Принципы прикладного анализа поведения (ABA), DIR/Floortime и других доказательных методов интегрированы не в виде жёстких сценариев, а на уровне логики принятия решений [5, 6]. Это позволяет системе поддерживать инициативу ребёнка, усиливать позитивные формы взаимодействия, избегать навязчивых или стрессовых диалоговых стратегий.

Научная новизна. Научная новизна предлагаемого подхода заключается в следующем: использование специализированной текстовой ИИ-системы, ориентированной исключительно на детей с РАС, с учётом их коммуникативных и когнитивных особенностей; реализация механизма долговременной индивидуальной адаптации, при котором система фактически «обучается» конкретному ребёнку, формируя персонализированную модель взаимодействия; интеграция принципов коррекционной педагогики и психологии непосредственно в архитектуру принятия решений ИИ, а не только в контент или сценарии.

Прогнозируемые психотерапевтические результаты и преимущества ИИ-опосредованного взаимодействия. Ожидаемый терапевтический эффект предлагаемой системы базируется на ряде психологических механизмов, особенно значимых для детей с РАС. Центральным фактором является снижение социальной тревожности и коммуникативного напряжения при взаимодействии с ИИ по сравнению с живым собеседником. Согласно исследованиям Baron-Cohen (2009) и Klin et al. (2002), дети с аутизмом испытывают значительные трудности при декодировании невербальных сигналов, эмоциональных состояний и имплицитных социальных ожиданий партнёра по коммуникации. ИИ-система элиминирует данную когнитивную нагрузку: взаимодействие становится предсказуемым, лишённым скрытых социальных требований и эмоционального давления.

Ключевым преимуществом ИИ-системы перед специалистом-человеком является её способность к неограниченному хранению и мгновенной актуализации индивидуальных особенностей ребёнка. В то время как терапевт или педагог способен удерживать в оперативной памяти ограниченный объём информации о предпочтениях, триггерах и паттернах реагирования конкретного ребёнка, ИИ-система непрерывно накапливает и систематизирует полный массив данных о взаимодействии: предпочитаемые сенсорные стимулы, оптимальную длительность заданий, индивидуальные маркеры утомления и фрустрации, успешные стратегии подкрепления, специфические интересы и зоны избегания.

Данная информация немедленно интегрируется в алгоритм принятия решений, обеспечивая непрерывную микроадаптацию: система плавно модифицирует темп предъявления материала, уровень сложности, модальность инструкций и характер обратной связи, реагируя на малейшие изменения в поведении ребёнка. Такая степень персонализации недостижима в традиционной терапевтической практике, где специалист вынужден опираться на обобщённые протоколы и ретроспективный анализ сессий.

С позиций прикладного анализа поведения, ИИ-система обеспечивает оптимальные условия для формирования навыков: немедленное и последовательное подкрепление корректных реакций, точное выдерживание интервалов между предъявлениями, систематическое варьирование стимульного материала для генерализации. Отсутствие эмоциональной изменчивости и усталости ИИ гарантирует стабильность терапевтической среды – фактор, критически важный для детей с РАС, испытывающих выраженную потребность в предсказуемости и структурированности.

Ожидаемые терапевтические результаты включают: формирование устойчивой мотивации к коммуникативному взаимодействию в безопасной среде; расширение репертуара коммуникативных инициаций; снижение частоты избегающего поведения и отказов от деятельности; развитие навыков

саморегуляции посредством предсказуемой структуры заданий; перенос сформированных навыков в естественные социальные контексты через интеграцию совместных заданий с родителями.

Методика экспериментальной оценки системы. Экспериментальные исследования направлены на оценку эффективности предлагаемой системы в контексте повышения вовлечённости ребёнка во взаимодействие; улучшения устойчивости диалога; снижения уровня коммуникативной тревожности; роста показателей речевой и социальной активности.

Планируется проведение пилотного исследования с участием детей с диагностированным РАС (F84.0 по МКБ-10) в возрасте от 6 до 12 лет. Эксперимент включает входную диагностику (оценка уровня коммуникации и поведения); серию регулярных сессий взаимодействия с ИИ-системой; контрольную группу, использующую статические текстовые задания или традиционные цифровые инструменты.

Для оценки эффективности используются следующие показатели: длительность

и непрерывность диалога; количество инициативных сообщений ребёнка; снижение числа отказов от взаимодействия; экспертная оценка изменений в коммуникативном поведении. Все эксперименты проводятся с информированного согласия родителей (законных представителей) и под контролем специалистов. Система не позиционируется как замена терапии, а рассматривается как вспомогательный инструмент поддержки.

Заключение

Разработка текстовой адаптивной ИИ-системы поддержки детей с РАС представляет собой перспективное направление, сочетающее достижения искусственного интеллекта и коррекционной педагогики. Предлагаемый подход позволяет обеспечить персонализированное, масштабируемое и этически контролируемое взаимодействие, дополняющее традиционные методы коррекции и развития. Дальнейшие исследования будут направлены на экспериментальную валидацию предложенной системы и оценку её клинической эффективности.

Литература/ References

- Петрова А.Н., Иванов В.С. Применение технологий искусственного интеллекта в коррекционной педагогике: обзор современных подходов. Специальное образование. 2023. № 3. С. 45–58.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing. 2013. 947 p.
- Brown T., Mann B., Ryder N., [et al.]. Language models are few-shot learners. *Advances in Neural Information Processing Systems*. 2020; 33: 1877–1901.
- Chen L., Williams R., Anderson M. Noora: a specialized chatbot for social skills training in autism spectrum disorder. *Proceedings of CHI conference on human factors in computing systems*. 2025: 1–15. DOI: 10.1145/3613904.3641982.
- Cooper J.O., Heron T.E., Heward W.L. Applied behavior analysis. 3rd ed. Hoboken: Pearson. 2020. Pp. 912.
- Greenspan S.I., Wieder S. Engaging autism: using the floortime approach to help children relate, communicate, and think. Cambridge: Da Capo Lifelong Books. 2006. Pp. 448.
- Maenner M.J., Warren Z., Williams A.R., [et al.]. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance Summaries*. 2023; 72(2): 1–14. DOI: 10.15585/mmwr.ss7202a1.
- Marino F., Chilà P., Sfrassetto S.T., [et al.]. Outcomes of a robot-assisted social-emotional understanding intervention for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2020; 50(6): 1973–1987. DOI: 10.1007/s10803-019-03953-x.
- Sandbank M., Bottema-Beutel K., Crowley S., [et al.]. Project AIM: autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychological Bulletin*. 2020; 146(1): 1–29. DOI: 10.1037/bul0000215.
- Smith J., Johnson K. Cognitive botics: an AI-powered platform for cognitive skill development in children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2025; 55(2): 234–248. DOI: 10.1007/s10803-024-06321-5.
- Petrova A.N., Ivanov V.S. Primenenie tekhnologij iskusstvennogo intellekta v korrekcionnoj pedagogike: obzor sovremennyh podhodov [Application of artificial intelligence technologies in correctional pedagogy: a review of modern approaches]. *Special'noe obrazovanie* [Special education]. 2023; (3): 45–58. (In Russ.)

Получена 02.04.2026

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

Для цитирования. Волошина Т.М. Разработка адаптивной интеллектуальной системы на базе искусственного интеллекта для поддержки детей с расстройствами аутистического спектра // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 126–131. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-126-131.

T.M. Voloshina

Development of an Adaptive Intelligent System Based on Artificial Intelligence for Supporting Children with Autism Spectrum Disorders

Poisk Center for Gifted Children (460, Mira Str., Stavropol, Russia)

✉ Tatyana Mikhailovna Voloshina – teacher, Poisk Center for Gifted Children (460, Mira Str., Stavropol, 355029, Russia), e-mail: ivanyuta_tanya@mail.ru, ORCID: 0009-0006-8134-7103.

Abstract

Relevance. Autism spectrum disorder (ASD) comprises a group of neurodevelopmental conditions requiring personalized approaches to developmental and educational support. Traditional approaches have limitations in terms of scalability and individualization.

Objective. To analyze existing artificial intelligence (AI)-based solutions for supporting children with ASD and to describe the concept of a text-based intelligent system capable of dynamic learning and individualized adaptation.

Methodology. Current AI-based solutions for supporting children with ASD were reviewed, including cognitive support platforms, conversational chatbots, robotic systems, and generative AI applications. An adaptive system architecture with a gamified interface was developed.

Results. A concept for a text-based AI system was proposed that generates an individual child profile and adapts the difficulty, format, and content of tasks in real time. The system incorporates the principles of applied behavior analysis (ABA) and the Developmental, Individual-differences, Relationship-based (DIR)/Floortime approach at the level of its decision-making logic.

Conclusion. The development of a text-based adaptive AI system represents a promising direction that combines advances in artificial intelligence with approaches to developmental and educational support.

Keywords: autism spectrum disorders; artificial intelligence; adaptive systems; correctional pedagogy; gamification; applied behavior analysis.

Received 02.04.2026

For citing: Voloshina T.M. Razrabotka adaptivnoj intellektual'noj sistemy na baze iskusstvennogo intellekta dlya podderzhki detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 126–131. (In Russ.)

Voloshina T.M. Development of an adaptive intelligent system based on artificial intelligence for supporting children with autism spectrum disorders. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 126–131. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-126-131.

Н.Ю. Сафонова, А.А. Трещевская, С.В. Ляшковская, Н.В. Семенова

ПРЕМОРБИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТНЫХ, СОМАТИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
имени В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Актуальность. В связи с ростом числа лиц, переживающих травматические события (боевые действия, дорожно-транспортные происшествия, природные катастрофы, насилие), проблема посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) приобретает особую значимость. От 13 до 50 % пострадавших демонстрируют клинически выраженные симптомы, однако развитие посттравматического стрессового расстройства определяется не столько интенсивностью травмы, сколько индивидуальной преморбидной уязвимостью. Выявление дотравматических факторов риска является ключевым условием для ранней профилактики и персонализированного подхода, что и обуславливает актуальность настоящего обзора.

Цель. Систематизация данных исследований 2020–2025 гг. о преморбидных личностных, соматических и демографических предикторах ПТСР.

Методология. Объект исследования – преморбидные характеристики (личностные черты, пол, возраст, соматический статус) у лиц, подвергшихся травматическому воздействию. Проведён обзор публикаций в базах PubMed, eLibrary, Scopus за 2020–2025 гг. по ключевым словам.

Результаты и их анализ. Установлено, что наиболее значимыми предикторами ПТСР являются негативная эмоциональность (нейротизм), предшествующие психические расстройства, нарушения сна, дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и провоспалительный статус. Среди соматических факторов риска особое значение имеют хроническое системное воспаление, сниженная чувствительность глюкокортикоидных рецепторов и коморбидные аутоиммунные заболевания, которые формируют нейробиологический субстрат повышенной уязвимости к стрессу. Женский пол значительно повышает риск при гражданской травматизации (в 2 раза), но не в контексте боевой психической травмы. Возраст самостоятельной прогностической роли не играет.

Заключение. Для повышения эффективности профилактики и раннего вмешательства рекомендуется внедрение в клиническую практику комплексной стратификации риска, объединяющей оценку личностных особенностей, соматического анамнеза (с акцентом на вос-

✉ Сафонова Наталья Юрьевна – канд. мед. наук., ст. науч. сотр., отд-ние нейровизуализационных исследований, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (192019, Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: astarta10@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-5847-4936;

Трещевская Анастасия Алексеевна – специалист, Федер. консульт.-метод. центр по психотерапии, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: taa.dr@mail.ru, ORCID: 0009-0005-7582-4068;

Ляшковская Светлана Владимировна – канд. мед. наук., ст. науч. сотр., науч.-организац. отд-ние, гл. спец. Федер. консульт.-метод. центр по психотерапии, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: sl_dok@mail.ru, ORCID: 0000-0002-4765-2423;

Семенова Наталия Владимировна – д-р. мед. наук, зам. дир. по науч.-организ. и метод. работе, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (192019, Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: nvs@bekhterev.ru, ORCID: 0000-0002-2798-8800.

палительные и нейроэндокринные маркеры) и демографических данных, с ориентацией на многомерные модели прогнозирования, а не на изолированные факторы.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, преморбидные факторы, личностные особенности, пол, соматические заболевания, стресс-регулирующие системы.

Введение

Ожидается, что к 2030 году расстройства, связанные со стрессом, такие как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), станут основной причиной смертности и заболеваемости во всём мире [13]. Учитывая геополитическую и экономическую ситуацию в нашей стране, особенно с 2022 г., проблема ПТСР стала как никогда актуальной [1]. Актуальность изучения преморбидных предикторов ПТСР обусловлена ростом числа лиц, подвергающихся травматическим воздействиям: участников боевых действий, пострадавших в ДТП, жертв насилия, а также жертв природных и техногенных катастроф. До 61 % людей в разные периоды жизни сталкиваются с потенциально травматическими событиями, однако расстройство развивается далеко не у всех: доля заболевших варьирует от 13 до 50 % в зависимости от индивидуальной уязвимости и характера травматического воздействия [3, 4], что определяет необходимость изучения преморбидных факторов предрасположенности к развитию ПТСР (индивидуальный профиль уязвимости). Целью настоящего обзора является систематизация данных исследований (опубликованных научных статей) за 2020–2025 гг. о преморбидных факторах развития ПТСР.

Материал и методы

Проведён поиск публикаций по ключевым словам: посттравматическое стрессовое расстройство; преморбидные факторы; личностные особенности; пол; соматические заболевания; стресс-регулирующие системы, post-traumatic stress disorder; premorbid factors; personality traits; sex; somatic diseases; stress-regulating systems – в реферативно-библиографических базах Medline/PubMed, Scopus, Web of Science, РИНЦ и др. В качестве предмета поиска были выбраны заглавие публикации, аннотация и ключевые слова. Поиск осуществлялся с учётом морфологии. При этом приоритет отдавался обзорным работам.

Результаты и их анализ

Эпидемиология ПТСР

Данные о распространённости ПТСР характеризуются значительной вариабельностью. В благоприятные периоды жизни общества заболеваемость ПТСР составляет около 0,5 % среди мужчин и 1,2 % среди женщин [3, 4]. Данные по распространённости варьируются от 2,6 % от общего числа обследуемого населения до 73–92 % в группах риска (жители областей, пострадавших от стихийных бедствий, катастроф, военных конфликтов). У военнослужащих (участников боевых действий) распространённость ПТСР составляет от 3 до 11 %, среди раненых военнослужащих доля пограничных психических расстройств достигает не менее 30 % случаев, а удельный вес собственно ПТСР в этой подгруппе достигает 14–17 % [4, 7]. Боевое ПТСР с психотическими симптомами имеет большую тяжесть проявлений, кроме того, при ПТСР наблюдается клинический полиморфизм психической патологии [13]. Применительно к участникам специальной военной операции К.А. Баширзаде и М.Ю. Наров указывают, что показатель распространённости ПТСР среди ветеранов боевых действий в целом варьируется от 15 до 77 %, при этом нахождение военнослужащего в зоне боевых действий на протяжении года повышает риск развития ПТСР в 4 раза по сравнению со здоровым контролем [2, 9]. Показатели распространённости ПТСР связаны с интенсивностью и продолжительностью войны, временем после войны [19]. Значимый вклад в общую заболеваемость ПТСР вносят и невоенные виды травматизации: данные о пострадавших в ДТП, а также данные о ПТСР после ожогов показывают, что вероятность развития ПТСР после тяжёлых ожоговых травм составляет 80 % у пострадавших детей и 30 % у пострадавших взрослых [12], тогда как после дорожно-транспортных происшествий расстройство манифестирует в среднем у 20,3 % пострадавших независимо

от возраста [25]. Отдельную группу риска составляют беременные женщины и родильницы, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, где выявлена распространённость перинатального ПТСР (до 11 %) по сравнению с общепопуляционными показателями, особенно в условиях ограниченного доступа к акушерской и психологической помощи [20]. Распространённость ПТСР после землетрясений в Турции (в том числе и в сочетании с депрессией и тревожностью) варьировалась от 29 до 54 %, а тяжесть симптомов оставалась высокой в течение первого года [15].

Преморбидные личностные особенности как предикторы развития ПТСР

Статистически значимые взаимосвязи преморбидных особенностей с развитием в последующем ПТСР получены для всех категорий факторов риска за исключением демографических характеристик и копинг-стратегий, тогда как наиболее сильными предикторами, особенно для развития повторного ПТСР, оказались предшествующие психические расстройства, негативная эмоциональность, нарушения сна и уже имеющаяся симптоматика ПТСР от предшествующей травматизации [18]. Значимый вклад в понимание преморбидной уязвимости вносят и генетико-молекулярные исследования: взаимодействие генетических факторов и средовых воздействий определяет специфичный для диагноза ПТСР характер глюкокортикоид-индуцированной экспрессии генов, что указывает на конституционально обусловленные, преморбидные различия в реактивности стресс-регулирующих систем у лиц с последующим развитием расстройства. Была выявлена гиперчувствительность к глюкокортикоидам в нейронах при ПТСР и идентифицированы гены, которые вносят вклад в ПТСР-зависимый глюкокортикоидный ответ [24]. Эмоциональная неустойчивость и выраженность диссоциативных симптомов в остром периоде тесно связаны с последующей клинической динамикой и риском перехода острой реакции на стресс в развёрнутую картину ПТСР у российских военных [5]. Полученные данные позволяют

рассматривать высокий нейротизм (негативную эмоциональность), сниженную резилиентность, тревожность как устойчивую личностную черту, дисфункциональные когнитивные стратегии обработки травматического опыта и склонность к диссоциативным реакциям как взаимосвязанный кластер преморбидных характеристик, формирующих кумулятивный профиль уязвимости.

Роль пола в предрасположенности к развитию ПТСР

Половой диморфизм – один из устойчивых факторов риска развития ПТСР. По литературным данным, ПТСР практически в два раза чаще встречается у женщин, за исключением специфической группы комбатантов; примечательно, что в детском возрасте закономерность носит обратный характер (мальчики оказываются более уязвимыми к манифестации ПТСР, чем девочки) [4]. Данные различия объясняются биологическими факторами (например, гормональными) [6]. Показатели по невоенной травматизации: у женщин, переживших ДТП, шансы развития ПТСР выше, чем у мужчин [25]. По данным исследования последствий цунами 2004 г. в Индонезии, женщины были более склонны к развитию более длительно протекающего ПТСР, чем мужчины, что подтверждают данные других исследователей, согласно которым у женщин симптомы ПТСР проявляются дольше в условиях стихийного бедствия [26]. При изучении последствий землетрясений в Кахраманмараше (Турция, 2023 г.) выявлено, что женский пол наряду с утратой близких, разрушением жилья, вынужденным переселением и низким уровнем социальной поддержки входит в число статистически значимых факторов риска развития ПТСР, депрессии и тревожных расстройств у взрослых выживших [15]. Важным исключением из общей закономерности остаётся ситуация комбатантов, у которых половые различия в распространённости ПТСР нивелируются вследствие абсолютного преобладания мужчин среди военнослужащих строевых подразделений и специфического характера боевого стрессового воздействия

[2, 4]. Таким образом, женский пол следует рассматривать как преморбидный фактор повышенного риска применительно к гражданским видам травматизации.

Влияние возраста на риск развития ПТСР

Оценка возраста как самостоятельного предиктора ПТСР в современной литературе носит более неоднозначный характер, чем это представлялось ранее. Возраст на момент травмы в целом не показал статистически значимой ассоциации с последующей симптоматикой ПТСР в отличие от личностных, психопатологических и психофизиологических категорий предикторов [18]. Возраст, вероятно, не действует как изолированный фактор риска, а модулирует уязвимость к развитию ПТСР опосредованно (через характер и интенсивность воздействия травмы, специфичной для той или иной возрастной группы). Исследование ПТСР как предиктора смертности выявило, что выраженность зависимости между ПТСР и неблагоприятными исходами варьируется в зависимости от возраста [23]. Применительно к детскому и подростковому возрасту описана инвертированная по сравнению со взрослой популяцией гендерная закономерность (более высокая уязвимость мальчиков) [4], что дополнительно подтверждает тезис о невозможности рассматривать возраст изолированно от иных демографических и клинических характеристик. Таким образом, необходима комплексная оценка факторов риска, объединяющая возрастные, личностные и клиничко-анамнестические данные в едином алгоритме стратификации риска, что согласуется с общей логикой многофакторных моделей уязвимости к ПТСР [18].

Соматические заболевания как преморбидный фактор риска ПТСР

Хронические соматические заболевания рассматриваются как неблагоприятный фон, на котором психогенные факторы легче трансформируются в симптомы посттравматического стрессового расстройства. «Медицинское ПТСР» встречается у 12–25 %

тяжелобольных пациентов (модель длительной соматической угрозы) [16]. Современная психонейроиммунология рассматривает соматическую отягощённость не только как следствие, но и как самостоятельный преморбидный фактор, повышающий предрасположенность к ПТСР через провоспалительные и нейроэндокринные механизмы. Глюкокортикоиды играют важную роль в развитии ПТСР. Неадекватное высвобождение глюкокортикоидов после стресса может привести к задержке восстановления и/или длительным нарушениям памяти, негативно влияя на обработку стрессовой информации. Более низкие уровни кортизола, регистрируемые в остром периоде после травмы, служат предиктором более тяжёлой последующей симптоматики [8]. Дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, повышенные уровни провоспалительных цитокинов и сниженная чувствительность глюкокортикоидных рецепторов формируют нейробиологический субстрат, повышающий чувствительность центральной нервной системы к последующим стрессовым воздействиям [21]. Превентивное применение глюкокортикоидной терапии в остром периоде травмы (фармакологическая модуляция глюкокортикоидного ответа) в первые часы после травматического воздействия способна снижать вероятность и тяжесть последующего развития ПТСР [17]. Повышенный риск развития ПТСР при аутоиммунных заболеваниях сопоставим у мужчин и женщин, однако абсолютные показатели заболеваемости выше у женщин в силу общей более высокой распространённости аутоиммунной патологии в этой группе [22]. Коморбидность психических и соматических заболеваний зарегистрирована, по данным исследований, у 32,1 % обследованных, а ПТСР выступало фактором риска развития и прогрессирования соматической патологии у 87,8 % ветеранов [11]. ПТСР в перинатальном периоде обусловлено сочетанным действием гормональной перестройки, повышенной эмоциональной реактивности и стрессогенности самого опыта родов [20]. Изменения иммунной регуляции при ПТСР носят двунаправленный характер: с одной стороны,

преморбидный провоспалительный статус повышает уязвимость к манифестации расстройства, с другой, уже развившееся ПТСР поддерживает хроническое воспаление за счёт устойчивой гиперактивации симпатoadрено-вой системы и нарушения обратной связи в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [21]. Это создаёт своего рода порочный круг, в котором соматическая и психическая патология взаимно усиливают друг друга, что имеет прямое значение для организации междисциплинарного взаимодействия психиатрической и соматической служб. Практическая реализация принципа стратификации риска требует применения валидизированных психометрических инструментов на донозологическом этапе, а также учёта данных объективных биологических маркеров там, где это методологически возможно.

Заключение

Проведённый анализ современных данных свидетельствует о том, что развитие ПТСР определяется не только характери-

стиками самого травматического воздействия, но и совокупностью преморбидных факторов предрасположенности. Наиболее вероятными предикторами, по данным метааналитических исследований, выступают негативная эмоциональность и предшествующая психопатологическая отягощённость [18], молекулярно-генетически обусловленная дисфункция стресс-регулирующих систем [24], провоспалительный и нейро-эндокринный соматический статус [21, 22] и женский пол применительно к гражданским видам травматизации [15, 25], тогда как изолированная роль демографического фактора возраста представляется менее однозначной. Учёт указанных факторов при организации медико-психологической помощи лицам, подвергшимся травматическим воздействиям, включая участников боевых действий и пострадавших в чрезвычайных ситуациях, представляется необходимым условием повышения эффективности профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Баширзаде К.А., Наров М.Ю. История изучения боевой психической травмы (обзор литературы) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2025. № 12. С. 1587–1602. DOI:10.33920/med-01-2512-04.
2. Баширзаде К.А., Наров М.Ю. Нозологическая принадлежность и специфика клинической картины психических расстройств у участников специальной военной операции // Медицина. 2025. Т. 13, № 3. С. 49–63. DOI: 10.29234/2308-9113-2025-13-3-49-63.
3. Васильева А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство – от травматического невроза к МКБ-11: особенности диагностики и подбора терапии // Медицинский Совет. 2023. № 3. С. 94–108. <https://doi.org/10.21518/ms2023-083>
4. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., Радионов Д.С. Основные подходы к диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. Т. 56, № 4. С. 107–111. DOI: 10.31363/2313-7053-2022-4-107-111.
5. Зеленина Н.В., Чернявский Е.А., Федоткина И.В., Юсупов В.В. Диагностика уровня психических нарушений у комбатантов с острым стрессовым расстройством на этапе госпитальной реабилитации // Клиническая и специальная психология. 2024. Т. 13, № 2. С. 1–19. DOI: 10.17759/cpse.2024130203.
6. Казенная Е.В. Современные зарубежные исследования посттравматического стрессового расстройства и его лечения эффективными психотерапевтическими методами у взрослых // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9, № 4. С. 110–119. DOI: 10.17759/jmfp.2020090410.
7. Караяни А.Г. Психологические последствия ранения: рабочая модель // Человеческий капитал. 2023. № 11(179). С. 97–105. DOI: 10.25629/НС.2023.11.09.
8. Лапшин М.С., Кондашевская М.В., Епишев В.В., Паточкина Н.А. Механизмы патогенеза посттравматического стрессового расстройства: роль гормональных, биохимических и морфофункциональных изменений // Успехи физиологических наук. 2023. Т. 54, № 1. С. 45–61. DOI: 10.31857/S0301179823010058.
9. Нестеренко О.Б., Аркунова О.П. Профилактика посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих в условиях военного госпиталя // Вестник науки. 2023. Т. 3, № 12(69). С. 877–884.
10. Николенко В.Н., Осадчий А.С., Лобанова А.К., [и др.]. Функциональная анатомия структур лимбической системы, вовлечённых в развитие посттравматического стрессового расстройства: анализ анатомо-клинических исследований // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024. № 2. С. 69–75. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-2- 69-75.

11. Осадчая Е.В., Татаева Р.К. Степень выраженности посттравматических стрессовых нарушений у ветеранов Афганской войны // Психология человека в образовании. 2024. Т. 6, № 1. С. 92–99.
12. Попов Ю.В., Вид В.Д. Реакции на стресс. Практический комментарий к 5-й главе Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) // Современная психиатрия. 1998. № 1. С. 9–13.
13. Резник А.М., Сюняков Т.С., Щербаков Д.В., Мартынюк Ю.Л. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2020. № 120(6–2). С. 31–36. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012006231>.
14. Gebresenbet E.A., Zegeye S., Biratu T.D. Prevalence and associated factors of depression and posttraumatic stress disorder among trauma patients: multi-centered cross-sectional study // *Frontiers in Psychiatry*. 2025. Vol. 16. art. 1447232. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1447232.
15. Çınaroğlu M., Yilmazer E., Noyan Ahlatcioğlu E., [et al.]. Psychological impact of the 2023 Kahramanmaraş earthquakes: a systematic review and meta-analysis of PTSD, depression, and anxiety among Turkish adults // *Frontiers in Public Health*. 2025. Vol. 13. art. 1664212. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1664212.
16. Edmondson D. An enduring somatic threat model of posttraumatic stress disorder due to acute life-threatening medical events // *Social and Personality Psychology Compass*. 2014. Vol. 8, N 3. Pp. 118–134. DOI: 10.1111/spc3.12089.
17. Florido A., Velasco E.R., Monari S., [et al.]. Glucocorticoid-based pharmacotherapies preventing PTSD // *Neuropharmacology*. 2023. Vol. 224. art. 109344. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2022.109344.
18. Georgescu T., Nedelcea C. Pretrauma risk factors and posttraumatic stress disorder symptoms following subsequent exposure: multilevel and univariate meta-analytical approaches // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2024. Vol. 31, N 1. art. e2912. DOI: 10.1002/cpp.2912.
19. Hoppen T.H., Priebe S., Vetter I., Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis // *BMJ Global Health*. 2021. Vol. 6. art. e006303. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-006303.
20. Jenkins H., Daskalopoulou Z., Opondo C., [et al.]. Prevalence of perinatal post-traumatic stress disorder (PTSD) in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis // *BMJ Public Health*. 2024. Vol. 2. art. e000215. DOI: 10.1136/bmjph-2023-000215.
21. Katrinli S., Oliveira N.C.S., Felger J.C., [et al.]. The role of the immune system in posttraumatic stress disorder // *Translational Psychiatry*. 2022. Vol. 12. art. 313. DOI: 10.1038/s41398-022-02094-7.
22. Mandagere K., Stoy S., Hammerle N., [et al.]. Systematic review and meta-analysis of post-traumatic stress disorder as a risk factor for multiple autoimmune diseases // *Frontiers in Psychiatry*. 2025. Vol. 16. art. 1523994. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1523994.
23. Nilaweera D., Phyto A.Z.Z., Teshale A.B., [et al.]. Lifetime posttraumatic stress disorder as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis // *BMC Psychiatry*. 2023. Vol. 23. Pp. 229–243.
24. Seah C., Breen M.S., Rusielewicz T., [et al.]. Modeling gene × environment interactions in PTSD using human neurons reveals diagnosis-specific glucocorticoid-induced gene expression // *Nature Neuroscience*. 2022. Vol. 25. Pp. 1434–1445. DOI: 10.1038/s41593-022-01161-y.
25. Shahsavarinia K., Sabahi Z., Tahmasbi F., [et al.]. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in road traffic accident survivors // *Health Promotion Perspectives*. 2025. Vol. 15, N 3. Pp. 213–235. DOI: 10.34172/hpp.2025.12345.
26. Suriastini N.W., Sikoki B., Sumantri C., Umaroh R. Longitudinal outcomes of post-traumatic stress disorder among the Indian Ocean tsunami survivors in Indonesia // *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2022. Vol. 82. art. 103358. DOI: 10.1016/j.ijdr.2022.103358.

Получена 29.08.2026

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

Участие авторов: Н.Ю. Сафонова – сбор первичных данных, написание первого варианта статьи; планирование и методология исследования; А.А. Трещевская – сбор первичных данных, транслитерация списка литературы; С.В. Ляшковская – обобщение результатов, перевод реферата; Н.В. Семенова – редактирование окончательного варианта статьи.

Для цитирования. Сафонова Н.Ю., Трещевская А.А., Ляшковская С.В., Семенова Н.В. Преморбидный профиль и посттравматическое стрессовое расстройство: систематизация личностных, соматических и демографических предикторов // Вестник психотерапии. 2026. № 99. С. 132–140. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-099-132-140.

N.Y. Safonova, A.A. Treshchevskaya, S.V. Lyashkovskaya, N.V. Semenova

Premorbid Profile of Post-Traumatic Stress Disorder: a Systematic Review of Personality, Somatic, and Demographic Factors

V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology
(3, Bekhtereva Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Natalia Yurievna Safonova – PhD Med. Sci., Senior Researcher, Department of Neuroimaging Research, V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology (3, Bekhtereva Str., St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: astarta10@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-5847-4936;

Anastasiia Alexeevna Treshchevskaya – specialist, Federal Consulting and Methodological Center for Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (3, Bekhtereva Str., St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: taa.dr@mail.ru, ORCID: 0009-0005-7582-4068;

Svetlana Vladimirovna Lyashkovskaya – PhD Med. Sci., Senior Researcher, Scientific Organizational Department; Chief Specialist, Federal Consulting and Methodological Center for Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (3, Bekhtereva Str., St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: sl_dok@mail.ru, ORCID: 0000-0002-4765-2423;

Natalia Vladimirovna Semenova – Dr. Med. Sci., Deputy Director for Scientific, Organizational and Methodological Work, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (3, Bekhtereva Str., St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: nvs@bekhterev.ru, ORCID: 0000-0002-2798-8800.

Abstract

Relevance. Given the growing number of individuals exposed to traumatic events, including combat, road traffic accidents, natural disasters, and violence, post-traumatic stress disorder (PTSD) has become an increasingly important clinical and public health concern. Between 13 % and 50 % of trauma-exposed individuals develop clinically significant symptoms; however, the development of PTSD appears to be determined not only by trauma severity but also by individual premorbid vulnerability. Identifying pre-traumatic risk factors is essential for early prevention and personalized approaches, underscoring the relevance of the present review.

Intention – to systematize data from studies published between 2020 and 2025 on premorbid personality, somatic, and demographic predictors of PTSD.

Methodology. The review focused on premorbid characteristics, including personality traits, sex, age, and somatic status, in individuals exposed to traumatic events. Publications indexed in PubMed, eLibrary, and Scopus and published between 2020 and 2025 were reviewed using relevant keywords.

Results and discussion. The review identified negative emotionality (neuroticism), pre-existing mental disorders, sleep disturbances, hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis dysfunction, and a pro-inflammatory state as among the most significant predictors of PTSD. Among somatic risk factors, particular importance was attributed to chronic systemic inflammation, reduced glucocorticoid receptor sensitivity, and comorbid autoimmune diseases, which may contribute to a neurobiological substrate underlying increased stress vulnerability. Female sex was associated with a twofold increase in PTSD risk following civilian trauma, but not in the context of combat-related psychological trauma. Age did not demonstrate an independent predictive role.

Conclusion. To enhance the effectiveness of prevention and early intervention, the implementation of comprehensive risk stratification in clinical practice is recommended. Such stratification should integrate the assessment of personality traits, somatic history (with particular emphasis on inflammatory and neuroendocrine markers), and demographic data, prioritizing multidimensional predictive models over isolated singlefactor approaches.

Keywords: post-traumatic stress disorder, premorbid factors, personality traits, sex, somatic diseases, stress-regulatory systems, chronic inflammation, risk stratification, prevention.

References

1. Bashirzade K.A., Narov M.Yu. Istoriya izucheniya boevoy psikhicheskoy travmy (obzor literatury) [History of the study of combat mental trauma (literature review)]. *Vestnik nevrologii, psikhiatrii i neyrokhirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2025; (12): 1587–1602. DOI: 10.33920/med-01-2512-04. (In Russ.)
2. Bashirzade K.A., Narov M.Yu. Nosologicheskaya prinadlezhnost' i spetsifika klinicheskoy kartiny psikhicheskikh rasstroystv u uchastnikov spetsial'noy voennoy operatsii [Nosological affiliation and specificity of the clinical picture of mental disorders in participants of a special military operation]. *Meditsina* [Medicine]. 2025; 13(3): 49–63. DOI: 10.29234/2308-9113-2025-13-3-49-63 (In Russ.)
3. Vasileva A.V. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo – ot travmaticheskogo nevroza k MKB-11: osobennosti diagnostiki i podbora terapii [Post-traumatic stress disorder – from traumatic neurosis to ICD-11: features of diagnosis and selection of therapy]. *Meditsinskiy sovet* [Medical Council]. 2023; (3): 94–108. DOI: 10.21518/2079-701X-2023-3-94-108. <https://doi.org/10.21518/ms2023-083> (In Russ.)
4. Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P., Radionov D.S. Osnovnye podkhody k diagnostike i terapii posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva [Basic approaches to the diagnosis and therapy of post-traumatic stress disorder]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology] 2022; 56(4): 107–111. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-107-111>. (In Russ.)
5. Zelenina N.V., Chernyavskiy E.A., Fedotkina I.V., [et al.]. Diagnostika urovnya psikhicheskikh narusheniy u kombatanov s ostrym stressovym rasstroystvom na etape gospital'noy 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 Psychology and Special Education]. 2024; 13(2): 46–60. DOI: 10.17759/cpse.2024130203 (In Russ.)
6. Kazennaya E.V. Sovremennye zarubezhnye issledovaniya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva i ego lecheniya effektivnymi psikhoterapevticheskimi metodami u vzroslykh [Contemporary research on and scientifically based psychotherapeutic methods of treating PTSD in adults]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Journal of Modern Foreign Psychology]. 2020; 9(4): 110–119. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090410> (In Russ.)
7. Karayani A.G. Psikhologicheskie posledstviya raneniya: rabochaya model' [Psychological consequences of injury: working model]. *Chelovecheskiy kapital* [Human Capital]. 2023; (11): 97–105. DOI: 10.25629/HC.2023.11.09. (In Russ.)
8. Lapshin M.S., Kondashevskaya M.V., Epishev V.V., Patochkina N.A. Mekhanizmy patogeneza posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva: rol' gormonal'nykh, biokhimicheskikh i morfofunktsional'nykh izmeneniy [Pathogenesis of post-traumatic stress disorder, therapeutic targets]. *Uspekhi fiziologicheskikh nauk* [Progress in Physiological Science]. 2023; 54(1): 45–61. DOI: 10.31857/S0301179823010058. (In Russ.)
9. Nesterenko O.B., Arkunova O.P. Profilaktika posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva u voennosluzhashchikh v usloviyakh voennogo gospitalya [Prevention of post-traumatic stress disorder in military personnel in military hospital setting]. *Vestnik nauki* [Science Bulletin]. 2023; (12): 877–884. (In Russ.)
10. Nikolenko V.N., Osadchiy A.S., Lobanova A.K., [et al.]. Funktsional'naya anatomiya struktur limbicheskoy SISTEMY, vovlechenykh v razvitie posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva: analiz anatomo-klinicheskikh issledovaniy [Functional anatomy of the structures of the limbic system structures involved in the development of post-traumatic stress disorder: analysis of anatomical and clinical studies]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics]. 2024; (2): 69–75. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-2-69-75. (In Russ.)
11. Osadchaya E.V., Tataeva R.K. Stepen' vyrazhennosti posttravmaticheskikh stressovykh narusheniy u veteranov Afganskoy voyny [The severity of post-traumatic stress disorders in veterans of the Afghan war] *Psikhologiya cheloveka v obrazovanii* [Psychology in Education]. 2024; 6(1): 92–99. <https://www.doi.org/10.33910/2686-9527-2024-6-1-92-99>. (In Russ.)
12. Popov Yu.V., Vid V.D. Reaktsii na stress. Prakticheskiy kommentariy k 5-y glave Mezhdunarodnoy klassifikatsii bolezney 10 peresmotra (MKB-10) [Reactions to stress. A practical commentary on chapter 5 of the international classification of diseases, 10th revision (ICD-10)]. *Sovremennaya psikhiatriya* [Modern Psychiatry]. 1998; (1): 9–13. (In Russ.)
13. Reznik AM, Syunyakov TS, Shcherbakov DV, Martynyuk YL. Psikhicheskie rasstroystva u veteranov lokal'nykh voyn [Psychotic disorders in the veterans of local wars]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2020; 120(6–2): 31–36. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012006231>. (In Russ.)
14. Gebresenbet E.A., Zegeye S., Biratu T.D. Prevalence and associated factors of depression and posttraumatic stress disorder among trauma patients: multi-centered cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*. 2025; 16: 1447232. DOI: 10.3389/fpsy.2025.1447232.
15. Çınaroğlu M., Yilmazer E., Noyan Ahlatcıoğlu E., [et al.]. Psychological impact of the 2023 Kahramanmaraş earthquakes: a systematic review and meta-analysis of PTSD, depression, and anxiety among Turkish adults. *Frontiers in Public Health*. 2025; 13: 1664212. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1664212.

16. Edmondson D. An enduring somatic threat model of posttraumatic stress disorder due to acute life-threatening medical events. *Social and Personality Psychology Compass*. 2014; 8(3): 118–134. DOI: 10.1111/spc3.12089.
17. Florido A., Velasco E.R., Monari S., [et al.]. Glucocorticoid-based pharmacotherapies preventing PTSD. *Neuropharmacology*. 2023; 224: 109344. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2022.109344.
18. Georgescu T., Nedelcea C. Pretrauma risk factors and posttraumatic stress disorder symptoms following subsequent exposure: multilevel and univariate meta-analytical approaches. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2024; 31(1): e2912. DOI: 10.1002/cpp.2912.
19. Hoppen T.H., Priebe S., Vetter I., Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*. 2021; 6: e006303. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-006303.
20. Jenkins H., Daskalopoulou Z., Opondo C., [et al.]. Prevalence of perinatal post-traumatic stress disorder (PTSD) in low-income and middleincome countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Public Health*. 2024; 2: e000215. DOI: 10.1136/bmjph-2023-000215.
21. Katrinli S., Oliveira N.C.S., Felger J.C., [et al.]. The role of the immune system in posttraumatic stress disorder. *Translational Psychiatry*. 2022; 12: 313. DOI: 10.1038/s41398-022-02094-7.
22. Mandagere K., Stoy S., Hammerle N., [et al.]. Systematic review and meta-analysis of post-traumatic stress disorder as a risk factor for multiple autoimmune diseases. *Frontiers in Psychiatry*. 2025; 16: 1523994. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1523994.
23. Nilaweera D., Phyo A.Z.Z., Teshale A.B., [et al.]. Lifetime posttraumatic stress disorder as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2023; 23: 229–243.
24. Seah C., Breen M.S., Rusielewicz T., [et al.]. Modeling gene × environment interactions in PTSD using human neurons reveals diagnosis-specific glucocorticoid-induced gene expression. *Nature Neuroscience*. 2022; 25: 1434–1445. DOI: 10.1038/s41593-022-01161-y.
25. Shahsavarinia K., Sabahi Z., Tahmasbi F., [et al.]. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in road traffic accident survivors. *Health Promotion Perspectives*. 2025; 15(3): 213–235. DOI: 10.34172/hpp.2025.12345.
26. Suriastini N.W., Sikoki B., Sumantri C., Umaroh R. Longitudinal outcomes of post-traumatic stress disorder among the Indian Ocean tsunami survivors in Indonesia. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 2022; 82: 103358. DOI: 10.1016/j.ijdrr.2022.103358.

Received 29.08.2026

For citing: Safonova N.Yu., Trehchevskaia A.A., Lyashkovskaya S.V., Semenova N.V. Premorbidnyj profil' i posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: sistematizatsiya lichnostnykh, somaticheskikh i demograficheskikh prediktorov. *Vestnik psikhoterapii*. 2026; (99): 132–140. (In Russ.)

Safonova N.Yu., Trehchevskaia A.A., Lyashkovskaya S.V., Semenova N.V. Premorbid profile of post-traumatic stress disorder: a systematic review of personality, somatic, and demographic factors. *Bulletin of Psychotherapy*. 2026; (99): 132–140. DOI: 10.25016/2782-652X-2026-0-99-132-140.
