

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

2026, том 17, № 1. Электронное приложение

Psychiatry Psychotherapy and Clinical Psychology
International Scientific Journal

2026 Volume 17 Number 1 Electronic Supplement

"Комедия" ("Быть и казаться").
Скульптура французского мастера
Виктора-Эдмона Лехаривеля-Дюроше.
1868 г. Мрамор. Лувр (Париж).



**МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА, ВКЛЮЧАЮЩЕГО VI СЪЕЗД
ПСИХОТЕРАПЕВТОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ,
«СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ
ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ».**

27 марта 2026 года

Гродненский государственный медицинский университет (Беларусь)

ISSN 2220-1122 (print)
ISSN 2414-2212 (online)



ПИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

International Scientific Journal

Psychiatry psychotherapy and Clinical Psychology

PSIHIATRIJA, PSIHOTERAPIJA I KLINICHESKAJA PSIHOLOGIJA

psihea.recipe.by

2026, том 17, № 1

Электронное приложение

2026 Volume 17 Number 1

Electronic Supplement

Основан в 2010 г.

Founded in 2010

Беларусь

Журнал зарегистрирован

в Министерстве информации
Республики Беларусь
Регистрационное свидетельство № 610

Учредители:

УП «Профессиональные издания»,
ОО «Белорусская психиатрическая ассоциация»,
ОО «Белорусская ассоциация психотерапевтов»

Адрес редакции:

220040, Республика Беларусь, г. Минск,
ул. Богдановича, 112, пом. 1Н, офис 3
Тел.: +375 (17) 322 16 59
e-mail: psihea@recipe.by

Директор

Евтушенко Л.А.

Заместитель главного редактора Глушук В.А.

Руководитель службы рекламы и маркетинга Коваль М.А.

Технический редактор Каулькин С.В.

Подписка

в каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь)
индивидуальный индекс 01078,
ведомственный индекс 010782

В электронных каталогах на сайтах агентств:

ООО «Прессинформ», ООО «Криэтив Сервис Бэнд»,
ООО «Екатеринбург-ОПТ», ООО «Глобалпресс»

Электронная версия журнала доступна на сайтах psihea.recipe.by,
в Научной электронной библиотеке eLibrary.ru, в базе данных East View,
в электронной библиотечной системе IPRbooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца

Цена свободная

Подписано в печать: 20.03.2026

Тираж 700 экз.

Заказ №

Формат 70×100 1/16 (165×240 мм). Печать офсетная

Отпечатано в типографии

Производственное дочернее унитарное предприятие

«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,

изготовителя, распространителя печатных изданий

№2/18 от 26.11.2013.

пл. Свободы, 23-94, г. Минск. ЛП №3820000006490 от 12.08.2013.

© «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология»

Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов
издания возможно только с обязательной ссылкой на источник.

© УП «Профессиональные издания», 2026

© Оформление и дизайн. УП «Профессиональные издания», 2026

Belarus

The journal is registered

in the Ministry of information
of the Republic of Belarus
Registration certificate №610

Founders:

UE "Professional Editions",
The Belarusian Psychiatric Association,
The Belarusian Association of Psychotherapists

Address:

112 Bogdanovicha st., room 1N, office 3, Minsk,
220040, Republic of Belarus
Phone: +375 (17) 322 16 59
e-mail: psihea@recipe.by

Director

Evtushenko L.

Deputy editor-in-chief Glushuk V.

Head of advertising and marketing Koval M.

Technical editor Kaulkin S.

Subscription

In the catalogue of the Republican Unitary

Enterprise "Belposhta" (Belarus):

individual index – 01078, departmental index – 010782

In electronic catalogs on web-sites of agencies: LLC "Pressinform",

LLC "Kriektiv Servis Bend", LLC "Ekaterinburg-OPT", LLC "Globalpress"

The electronic version of the journal is available on psihea.recipe.by,
on the Scientific electronic library eLibrary.ru, in the East View database,
in the electronic library system IPRbooks

Concerning acquisition of the journal address to the editorial office

The frequency of journal is 1 time in 3 months

The price is not fixed

Sent for the press 20.03.2026

Circulation is 700 copies

Order №

Format 70×100 1/16 (165×240 mm). Litho

Printed in

© "Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology"

Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition is
possible only with an obligatory reference to the source.

© "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2026

© Design and decor of "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2026

Беларусь

Главный редактор

Евсегнеев Роман Александрович, доктор медицинских наук, профессор, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)

Редакционный совет:

Айзберг О.Р. кандидат медицинских наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Александров А.А., кандидат медицинских наук, доцент, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)
Доморадский В.А., доктор медицинских наук, профессор (Минск)
Дукорский В.В., кандидат медицинских наук, доцент, Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь (Минск)
Евсегнеева Е.Р., кандидат медицинских наук, доцент, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)
Каминская Ю.М., кандидат медицинских наук, Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)
Карлюк В.А., кандидат медицинских наук, доцент (Гродно)
Кирпиченко А.А., доктор медицинских наук, доцент, Витебский государственный медицинский университет (Витебск)
Копытов А.В., доктор медицинских наук, профессор, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Королева Е.Г., доктор медицинских наук, профессор, Гродненский государственный медицинский университет (Гродно)
Литвинова О.С., Минский городской клинический центр детской психиатрии и психотерапии (Минск)
Остянюк Ю.И., кандидат медицинских наук, Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь (Минск)
Пяницкая И.В., кандидат медицинских наук, доцент (Минск)
Ремизевич Р.С., кандидат медицинских наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Сквира И.М., доктор медицинских наук, доцент, Гомельский государственный медицинский университет (Гомель)
Скугаревская М.М., доктор медицинских наук, профессор, Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)
Скугаревский О.А., доктор медицинских наук, профессор, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)
Станько Э.П., доктор медицинских наук, доцент, Гродненский государственный медицинский университет (Гродно)
Ходжаев А.В., кандидат медицинских наук, доцент, Министерство здравоохранения Республика Беларусь (Минск)
Шилова О.В., кандидат медицинских наук, доцент, Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)

Рецензируемое издание

Журнал включен в международные базы Scopus, EBSCO, Ulrich's Periodicals Directory, CNKI, РИНЦ.

Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований (решение коллегии ВАК от 12.06.2009, протокол № 11/6).

Ответственность за точность приведенных фактов, цитат, собственных имен и прочих сведений, а также за разглашение закрытой информации несут авторы.

Редакция может публиковать статьи в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора.

Ответственность за содержание рекламных материалов и публикаций с пометкой «На правах рекламы» несут рекламодатели.

Россия

Главный редактор

Краснов Валерий Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва)

Редакционный совет:

Александровский Ю.А., доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, член-корреспондент РАН, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского (Москва)
Бобров А.Е., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России (Москва)
Бохан Н.А., доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, НИИ психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН (Томск)
Вельтищев Д.Ю., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Говорин Н.В., доктор медицинских наук, профессор, Читинская государственная медицинская академия (Чита)
Григорьева Е.А., доктор медицинских наук, профессор, Ярославская государственная медицинская академия (Ярославль)
Егоров А.Ю., доктор медицинских наук, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)
Иванец Н.Н., доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, Клиника психиатрии имени С.С. Корсакова (Москва)
Игумнов С.А., доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии, Институт нейронаук и нейротехнологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова» (Москва)
Кульгина М.А., кандидат медицинских наук, Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева (Москва)
Мосолов С.Н., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Незванов Н.Г., доктор медицинских наук, профессор, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (Москва)
Немцов А. В., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Николаев Е.Л., доктор медицинских наук, доцент, Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова (Чебоксары)
Петрова Н.Н., доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)
Решетников М.М., доктор медицинских наук, профессор, Восточно-Европейский институт психоанализа (Санкт-Петербург)
Савенко Ю.С., кандидат медицинских наук, Независимая психиатрическая ассоциация России (Москва)
Сафанов Ф.С., доктор психологических наук, профессор, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва)
Северный А.А., кандидат медицинских наук, Ассоциация детских психотерапевтов и психологов (Москва)
Семенова Н.Д., кандидат психологических наук, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Холмогорова А.Б., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Шамрей В.К., доктор медицинских наук, профессор, Военно-медицинская академия (Санкт-Петербург)
Шевченко Ю.С., доктор медицинских наук, профессор, Российская медицинская академия последипломного образования (Москва)

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

International Scientific Journal

Psychiatry psychotherapy and Clinical Psychology

PSIHIATRIJA, PSIHOTERAPIJA I KLINICHESKAJA PSIHOLOGIJA

psihea.recipe-russia.ru

2026, том 17, № 1
Электронное приложение

2026 Volume 17 Number 1
Electronic Supplement

Основан в 2010 г.

Founded in 2010

Россия

Журнал зарегистрирован

Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство ПИ № ФС77-64063

Учредитель и издатель

ООО «Вилин – Профессиональные издания»

Адрес редакции и издателя:

214522, Смоленская обл., Смоленский р-н,
с.п. Катинское, п. Авторемзавод, д. 1А, пом. 413
E-mail: psihea.recipe@recipe.by

Редакция:

Директор А.В. Сакмаров
Главный редактор В.Н. Краснов

Подписка

В электронных каталогах на сайтах агентств:
ООО «Прессинформ», ООО «Криэтив Сервис Бэнд»,
ООО «Екатеринбург-ОПТ», ООО «Глобалпресс»

Электронная версия журнала доступна на сайтах psihea.
recipe-russia.ru, в Научной электронной библиотеке elibrary.ru,
в базе данных East View, в электронной библиотечной системе
IPRbooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию
Журнал выходит 1 раз в 3 месяца
Цена свободная
Подписано в печать: 20.03.2026
Дата выхода в свет: 25.03.2026
Тираж 3000 экз.
Заказ №
Формат 70×100 1/16 (165×240 мм). Печать офсетная
16+

Отпечатано в типографии

Производственное дочернее унитарное предприятие
«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий
№2/18 от 26.11.2013.
пл. Свободы, 23-94, г. Минск. ЛП №38200000006490 от 12.08.2013.

© «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология»
Авторские права защищены. Любое воспроизведение
материалов издания возможно только с обязательной ссылкой
на источник.
© ООО «Вилин – Профессиональные издания», 2026

Russia

The journal is registered

by the Federal Service for Supervision
of Communications, Information Technology,
and Mass Media (Roskomnadzor)
Certificate ПИ No. ФС77-64063

Founder and Publisher

LLC "Vilin – Professional Editions"

Editorial and Publisher Address:

214522, Smolensk region, Smolensk district,
rural settlement Katynskoye, Avtozemzavod village, 1A, office 413
E-mail: psihea.recipe@recipe.by

Editorial office

Director A. Sakmarov
Editor-in Chief V. Krasnov

Subscription

In electronic catalogs on web-sites of agencies: LLC "Pressinform",
LLC "Kriektiv Servis Bend", LLC "Ekaterinburg-OPT", LLC "Globalpress"

The electronic version of the journal is available on psihea.recipe.
by, on the Scientific electronic library elibrary.ru, in the East View
database, in the electronic library system IPRbooks

Concerning acquisition of the journal address to the editorial office
The frequency of journal is 1 time in 3 months
The price is not fixed
Sent for the press 20.03.2026
Release date 25.03.2026
Circulation is 3000 copies
Order №
Format 70×100 1/16 (165×240 мм). Litho
16+

Printed in

© "Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology"
Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition
is possible only with an obligatory reference to the source.
© LLC "Vilin – Professional Editions", 2026

Belarus

Editor-in Chief

Roman A. Evsegneeve, Doctor of Medical Sciences, Professor, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)

Editorial Board:

Oleg R. Aizberg, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)
Aleksey A. Alexandrov, Candidate of Medical Sciences, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)
Vladimir A. Domoradsky, Doctor of Medical Sciences, Professor (Minsk)
Vladimir V. Dukorsky, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, State Committee of Forensic Expertise of the Republic of Belarus (Minsk)
Ekaterina R. Evsegneeva, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)
Yulia M. Kaminskaya, Candidate of Medical Sciences, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health (Minsk)
Valentina A. Karpnyuk, PhD, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (Grodno)
Alexander A. Kirpichenko, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Vitebsk State Medical University (Grodno)
Alexander V. Khodzhaev, Doctor of Medical Sciences Associate Professor, Ministry of Health of the Republic of Belarus (Minsk)
Andrey V. Kopytov, Doctor of Medical Sciences, Belarusian State Medical University (Minsk)
Elena G. Koroleva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Grodno State Medical University (Grodno)
Olga S. Litvinova, Minsk City Clinical Center for Child Psychiatry and Psychotherapy (Minsk)
Yuri I. Ostyanko, Candidate of Medical Sciences, State Committee of Forensic Examinations of the Republic of Belarus (Minsk)
Inna V. Pyatnitskaya, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (Minsk)
Roman S. Remizevich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)
Ivan M. Skvira, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Gomel State Medical University (Gomel)
Marina M. Skugarevskaya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)
Oleg A. Skugarevsky, Doctor of Medical Sciences, Professor, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)
Eduard P. Stanko, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Grodno State Medical University (Grodno)
Oksana V. Shilova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health (Minsk)

Peer-reviewed edition

The Magazine is Included in the International Databases of Scopus, Ebsco, Ulrich's Periodicals Directory, CNKI, RSCI.

The Journal is Included into a List of Scientific Publications of the Republic of Belarus for the Publication of the Results of the Dissertation Research (HCC Board Decision of 12.06.2009, Protocol No. 11/6).

Responsibility for the Accuracy of the Given Facts, Quotes, Own Names and Other Data, and also for Disclosure of the Classified Information Authors Bear.

Editorial Staff Can Publish Articles as Discussion, Without Sharing the Point of View of the Author.

Responsibility for the Content of Advertising Materials and Publications with the Mark "on the Rights of Advertising" are Advertisers.

Russia

Editor-in Chief

Valery N. Krasnov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry, affiliate of National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbskiy (Moscow)

Editorial Board:

Alla B. Kholmogorova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexander V. Nemtsov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexey E. Bobrov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexey Yu. Yegorov, Doctor of Medical Sciences, Professor, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov (Saint Petersburg)
Anatoly A. Severny, Candidate of Medical Sciences, Association of Child Psychotherapists and Psychologists (Moscow)
Dmitry Yu. Veltischev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Elena, A. Grigorieva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Yaroslavl State Medical Academy (Yaroslavl)
Evgeny L. Nikolaev, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Chuvash State University named after I. N. Ulyanov (Cheboksary)
Maya A. Kulygina, Candidate of Medical Sciences, Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev (Moscow)
Mikhail M. Reshetnikov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Eastern European Institute of Psychoanalysis (Saint Petersburg)
Nataliya N. Petrova, Doctor of Medical Sciences, Professor, St. Petersburg State University (Saint Petersburg)
Natalia D. Semenova, Candidate of Psychological Sciences, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Nikolay A. Bokhan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the Russian Scientific Academy, Mental Health Research Institute of the Tomsk Scientific Center of the Siberian Department of the RAMS (Tomsk)
Nikolay V. Govorin, Doctor of Medical Sciences, Professor, Chita State Medical Academy (Chita)
Nikolai N. Ivanets, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the RAMS, Psychiatry Clinic named after S. S. Korsakov (Moscow)
Nikolay G. Neznanov, Doctor of Medical Sciences, Professor, V. M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Moscow)
Sergey A. Igumnov, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Institute of Neuroscience and Neurotechnology of the Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Moscow)
Sergey N. Mosolov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Scientific and Methodological Center of Therapy of Mental Diseases, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Vladislav K. Shamrey, Doctor of Medical Sciences, Professor, Military Medical Academy (Saint Petersburg)
Yuriy A. Alexandrovsky, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the RAMS, State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbskiy (Moscow)
Yuri S. Savenko, Candidate of Medical Sciences, Independent Psychiatric Association of Russia (Moscow)
Farit S. Safuanov, National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbskiy (Moscow)
Yuriy S. Shevchenko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Russian Medical Academy of Postgraduate Education (Moscow)

Оригинальные исследования.

Научные публикации

Мерзляков Д.Е.

Связь тревоги и агрессии в зависимости от ясности Я-концепции 7

Томащук Т.Е., Луговская А.А.

Оценка критериальной валидности Опросника соматоформных расстройств 17

Бойко С.Л., Карпинский К.В.

Генезис психической регуляции поведения, связанного со здоровьем: историко-эволюционный анализ 27

Золотова И.А.

Роль нозологического фактора и материнского отношения при формировании субъективной репрезентации заболевания новорожденного у женщин в раннем послеродовом периоде 40

Земзюлина И.Н., Василенко Т.Д.

Клинико-психологический анализ факторов перинатальной тревоги и депрессии 50

Игнатова Е.С., Передеренко Е.О.

Эффективность программы развития эмоциональной саморегуляции у студентов первого курса при переживании ситуационной тревоги 64

Щепкина С.В.

Жизнеспособность студентов-медиков выпускного курса при разном уровне эмоционального выгорания 76

Евтухович Е.Д., Григорьева И.В., Александров А.А.

Уголовно наказуемые деяния несовершеннолетних сексуальной направленности: подходы к судебно-психиатрической оценке, необходимость обеспечения постделиктного психотерапевтического сопровождения 86

Свердлова А.И.

Психологические детерминанты и клинико-типологические характеристики зависимости от электронных систем доставки никотина: результаты эмпирического исследования 95

Обзоры. Лекции.

Учебные материалы

Стрелков О.Г., Каминская Ю.М., Луговская А.А.

О вовлеченности семей пациентов с шизофренией в процесс лечения и ресоциализации 115

Багдасаров А.Э., Семенова Н.В.

Роль психотерапии в лечении тревожных и стресс-ассоциированных расстройств. Обзор литературы 124

Тарасов А.А., Григорьева И.В.

Оптимизация подходов к седации при алкогольном делирии 137

Валюженич Ю.В., Григорьева И.В.

Роль психотерапии в реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя 147

Фрейманис И.Ф., Игнатова Е.С.

Цифровая трансформация психологического сопровождения личности в тензионных состояниях 158

Диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств

Николаев Е.Е., Орлов Ф.В., Николаев Е.Л.

Острое психотическое расстройство у иностранного студента-медика: культуральный контекст клинического случая 166

Original Research.

Scientific Publications

Merzlyakov D.

Self-Concept Clarity as a Moderator of the Relationship Between Anxiety and Aggression 8

Tomaschik T., Lugovskaya A.

Criterion validity assessment of the Somatoform Disorders Questionnaire 18

Boiko S., Karpinski K.

The Genesis of Mental Regulation of Health-Related Behavior: A Historical and Evolutionary Analysis 28

Zolotova I.

The Role of the Nosological Factor and Maternal Attitude in the Formation of Subjective Representation of the Disease of the Newborn in Women in the Early Postpartum Period 41

Zemzyulina I., Vasilenko T.

Clinical and Psychological Analysis of Factors Associated with Perinatal Anxiety and Depression 51

Ignatova E., Perederenko E.

Effectiveness of a Program for Developing Emotional Self-Regulation in First-Year Students Experiencing Situational Anxiety 65

Shchepkina S.

Vitality of Graduate Medical Students at Different Levels of Emotional Burnout 77

Yeutukhovich Ya., Grigoryeva I., Alexandrov A.

Criminally Punishable Acts of Minors of a Sexual Nature: Approaches to the Psychotherapeutic Component, the Need to Ensure Post-Delinquent Psychotherapeutic Support 87

Sverdlova A.

Psychological Determinants and Clinical-Typological Characteristics of Addiction to Electronic Nicotine Delivery Systems: Results of an Empirical Study 96

Reviews. Lectures. Training Materials

Strelkov O., Kaminskaya Y., Lugovskaya A.

On the Involvement of Families of Patients with Schizophrenia in the Treatment and Resocialization Process 116

Bagdasarov A., Semenova N.

The Role of Psychotherapy in the Treatment of Anxiety and Stress-Associated Disorders. Literature Review 125

Tarasov A., Grigoryeva I.

Optimization of Sedation Approaches in Alcoholic Delirium 138

Valiuzhenich Y., Grigorieva I.

The Role of Psychotherapy in the Rehabilitation of Patients with Alcohol Dependence Syndrome 148

Freimanis I., Ignatova E.

The Digital Transformation of Psychological Support for Individuals Experiencing Tension States 159

Diagnosis and Treatment of Mental and Behavioral Disorders

Nikolaev E.E., Orlov F.V., Nikolaev E.L.

Acute Psychotic Disorder in an International Medical Student: Cultural Context of a Case Report 167

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.021>
УДК 159.923:159.942.5

Мерзляков Д.Е.

Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермь, Россия

Связь тревоги и агрессии в зависимости от ясности Я-концепции

Конфликт интересов: не заявлен.

Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 12.01.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: dmitrey@outlook.com

Резюме

Введение. Тревога и агрессия традиционно рассматриваются как противоположные поведенческие тенденции в рамках теории «бей или беги», однако эмпирические данные указывают на их положительную связь, особенно на уровне гнева и враждебности. Структура этой взаимосвязи и роль личностных факторов остаются недостаточно изученными. В качестве такого фактора в исследовании рассматривается ясность Я-концепции – это характеристика определенности и согласованности представлений личности о себе.

Цель. Изучить взаимосвязь личностной тревоги и агрессивных проявлений у лиц с различным уровнем ясности Я-концепции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 356 человек в возрасте от 18 до 25 лет. Использовались Шкала ясности Я-концепции, Шкала личностной тревоги (краткая версия опросника личностной и ситуативной тревоги Ч. Спилберга) и Опросник диагностики агрессии А. Басса и М. Перри. Статистический анализ включал корреляционный анализ и анализ взаимосвязей в квартильных группах по уровню ясности Я-концепции.

Результаты. Установлено, что ясность Я-концепции отрицательно коррелирует с личностной тревогой и всеми формами агрессии. В общей выборке тревога была значимо связана с гневом и враждебностью, но не имела статистически значимой связи с физической агрессией. Выявлено, что при низкой ясности Я-концепции тревога связана преимущественно с враждебностью. При высокой ясности тревога коррелирует одновременно и с гневом, и с враждебностью.

Заключение. Установлено то, что с ростом ясности Я-концепции происходит дифференциация переживаний: при высоком уровне ясности тревожный человек не только настроен враждебно по отношению к другому, но и осознает гнев, который не переходит в физическую агрессию.

Ключевые слова: тревога, личностная тревога, гнев, враждебность, Я-концепция, ясность Я-концепции

Merzlyakov D.
Perm State National Research University, Perm, Russia

Self-Concept Clarity as a Moderator of the Relationship Between Anxiety and Aggression

Conflict of interest: nothing to declare.
The article is published in author's edition.

Submitted: 12.01.2026
Accepted: 16.03.2026
Contacts: dmitrey@outlook.com

Abstract

Introduction. Anxiety and aggression are traditionally viewed as opposite behavioral tendencies within the framework of the fight-or-flight theory; however, empirical evidence indicates their positive association, particularly at the levels of anger and hostility. At the same time, the structure of the relationship between anxiety and different forms of aggression remains insufficiently explained, and the role of personality factors determining the specificity of this relationship has been studied to a limited extent. The present study considers self-concept clarity as such a factor, defined as the degree of certainty and consistency of self-beliefs.

Purpose. The aim of the study was to examine the specificity of the relationship between trait anxiety and aggressive manifestations in individuals with different levels of self-concept clarity.

Materials and methods. The sample comprised 356 participants aged 18–25 years. Measures included the Self-Concept Clarity Scale, the Trait Anxiety Scale (short form of the State-Trait Anxiety Inventory by C. Spielberger), and the Buss–Perry Aggression Questionnaire. Statistical analysis involved correlation and analysis of variance.

Results. Self-concept clarity was negatively associated with trait anxiety and all forms of aggression. In the total sample, anxiety was significantly related to anger and hostility but showed almost no association with physical aggression. Examination of correlation coefficients across self-concept clarity quartiles revealed that at low self-concept clarity anxiety was primarily related to hostility, whereas at high clarity it was related to anger and hostility but not to physical aggression.

Conclusion. The findings indicate a moderating role of self-concept clarity in the transformation of anxious tension into different forms of aggressive experience and confirm its importance as a personality factor of emotional regulation.

Keywords: anxiety, trait anxiety, anger, hostility, self-concept, self-concept clarity

■ ВВЕДЕНИЕ

Связь тревоги и агрессивных проявлений остается одной из дискуссионных проблем в психологии. Реакции «бей» или «беги» были впервые описаны У.Б. Кэнноном как острая поведенческая реакция на стресс [1]. В рамках данной модели тревога и агрессия рассматриваются как альтернативные формы реагирования на угрозу – избегание и нападение [2]. К.М. Keyes et al. обнаружили, что у лиц с тревожными

расстройствами чаще случаются приступы гнева, в том числе неконтролируемые и несоразмерные провоцирующим обстоятельствам [3]. Подобные результаты обнаружили M. Anwer et al., где коэффициент корреляции между тревогой и агрессией составил $r=0.62$, при этом в регрессионной модели тревога являлась сильным предиктором агрессии [4]. Это создает противоречие: тревога и агрессия рассматриваются как противоположные поведенческие тенденции [5], но эмпирически сосуществуют.

Общность тревоги и агрессии обнаруживается в аффективной, когнитивной и поведенческой сферах. Обе реакции связаны общими эмоциональными и когнитивными механизмами, включая особенности регуляции эмоций и восприятия контроля [6]. Также авторы указывают на общие характеристики, такие как эмоциональная реактивность и искаженное восприятие угрозы [7]. Связь проявляется и в интерпретации социальных ситуаций: агрессивное поведение связано преимущественно с враждебными интерпретациями, тогда как тревога связана с угрожающими; при этом оба типа интерпретаций тесно взаимосвязаны [8]. На поведенческом уровне реакции «бей» или «беги» у взрослых формируются вследствие неблагоприятного жизненного опыта: состояние повышенной возбудимости может переходить либо в эпизоды неконтролируемой агрессии, либо в избегающее поведение [2]. Помимо этого, подтверждается связь тревоги с различными формами агрессии: с межличностной и реактивной агрессией, тогда как связь с физической агрессией оказывается более слабой [9, 10]. J.E. Chung et al. обнаружили, что у подростков тревога тесно связана с косвенными проявлениями агрессии – гневом и враждебностью. С позиции авторов косвенная агрессия – незаметная форма поведения, которая сложно поддается наблюдению [11]. Подобные результаты обнаружены на русскоязычной выборке подростков: личностная тревога значимо коррелировала с предметной, эмоциональной агрессией и самоагрессией. Как и в прочих исследованиях связь с физической агрессией не была обнаружена [12].

Обобщая вышесказанное, можно заключить, что наличие общего когнитивного субстрата тревоги и агрессии создает предпосылки их сопряженности. Однако механизмы, определяющие, в каких формах тревожное напряжение трансформируется в агрессивные реакции, остаются недостаточно ясными. Это указывает на роль индивидуально-личностных факторов, модифицирующих данную связь. Одним из таких факторов может выступать ясность Я-концепции.

Ясность Я отражает степень устойчивости и согласованности представлений о себе и определенности самопонимания [13]. В исследовании S. Chen et al. на 83 китайских респондентах, проведенного с помощью метода дневников, обнаружено то, что более высокая ясность Я положительно коррелирует с более высоким смыслом повседневной жизни [14]. В ходе своих исследований T. Ritchie et al. подтвердили, что ясность Я опосредует связь между стрессовыми событиями, внутренними конфликтами и субъективным благополучием, действуя как защитный механизм независимо от уровня невротизма. Полученные результаты обосновывают роль ясности Я-концепции как когнитивного ресурса, снижающего негативное воздействие стресса [15]. С экзистенциальной точки зрения, Я-концепция выполняет функцию защиты от неопределенности. Устойчивая система представлений о себе и окружающем мире выступает когнитивным каркасом личности, который позволяет минимизировать тревогу путем субъективного упорядочивания внешних стимулов и формирования ощущения контролируемости происходящего [16]. В данном контексте

Ясность Я-концепции можно рассматривать как меру эффективности этой защиты: высокая определенность представлений о себе обеспечивает внутренний контроль и ресурсное состояние, позволяя личности эффективно регулировать тревожное напряжение. Напротив, фрагментарность и противоречивость Я-концепции ведут к срыву защитных механизмов, при котором вследствие недостаточности регуляторных процессов тревога может переходить в агрессивные реакции как способ защиты и поддержания целостности Я.

Несмотря на традиционное представление о тревоге и агрессии как о противоположных поведенческих тенденциях [5], ряд исследований показывают их положительную связь [3, 4, 6], особенно на уровне гнева и враждебности [11, 12]. Однако структура этой связи остается недостаточно объясненной: тревога по-разному соотносится с ее компонентами. Это указывает на наличие личностных факторов, модифицирующих переработку тревожного напряжения в агрессивные реакции. В рамках Я-концепции тревога может рассматриваться как переживание угрозы целостности Я, тогда как агрессия – как реакция защиты Я. Соответственно, степень ясности и устойчивости Я-концепции может определять форму трансформации тревоги в агрессивные переживания: от недифференцированной враждебности при неясном Я к более осознаваемому гневу при ясном Я. Таким образом, проблема исследования заключается в недостаточной определенности личностных механизмов, объясняющих, каким образом тревога связана с различными формами агрессии. В частности, недостаточно изучена роль ясности Я-концепции как личностного фактора, связанного со степенью осознания, дифференциации и регуляции тревожных и агрессивных переживаний.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить специфику связи личностной тревоги и агрессивных проявлений у лиц с различным уровнем ясности Я-концепции. Предполагается, что ясность Я-концепции выступает личностным фактором, связанным со снижением личностной тревоги и агрессивных проявлений, а также с различиями в характере их взаимосвязи.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выборка

В исследовании приняли участие 356 студентов Пермского государственного национального исследовательского университета в возрасте от 18 до 25 лет ($M=19.51$, $SD=1.79$), из них 296 женщин (83.15%) и 60 мужчин (16.85%). Сбор данных осуществлялся в онлайн-формате с использованием специализированной платформы для проведения опросов. Участие было добровольным и анонимным. Все респонденты были проинформированы о целях исследования, добровольности участия и возможности прекратить участие на любом этапе без негативных последствий.

Методики

Использовались следующие самоотчетные опросники:

- Шкала ясности Я-концепции. Опросник включает 12 утверждений, направленных на оценку степени внутренней согласованности, устойчивости и определенности представлений о себе. Ответы даются по пятибалльной шкале Ликерта. Русская-язычная версия шкалы валидизирована В.В. Вдовенко и др. [13].

- Шкала личностной тревоги краткой версии опросника ситуативной и личностной тревоги Ч. Спилбергера. Использована шкала личностной тревоги, включающая 5 пунктов, оцениваемых по четырехбалльной шкале Ликерта; суммарный балл варьирует от 5 до 20. Русскоязычная апробация произведена Д.Е. Мерзляковым.
- Опросник диагностики агрессии А. Басса и М. Перри. Опросник состоит из 24 утверждений и измеряет три диспозиционные характеристики агрессии: физическую агрессию, гнев и враждебность. Ответы даются по пятибалльной шкале Ликерта. Русскоязычная адаптация выполнена С.Н. Ениколоповым и Н.П. Цибульским [17].

Анализ данных

Произведены следующие статистические процедуры:

- Для оценки распределения переменных рассчитывались дескриптивные статистики: минимальное (Min) и максимальное (Max) значения, среднее (M), стандартное отклонение (SD), коэффициенты асимметрии (As) и эксцесса (Ex). Нормальность распределения оценивалась на основании значений асимметрии и эксцесса.
 - Для оценки взаимосвязей между переменными применялись корреляционные анализы Пирсона.
 - Сравнение коэффициентов корреляции проводилось с использованием Z-преобразования Фишера для оценки статистической значимости различий между ними.
- Статистическая обработка данных проводилась в программе JASP (версия 0.19.3).

РЕЗУЛЬТАТЫ

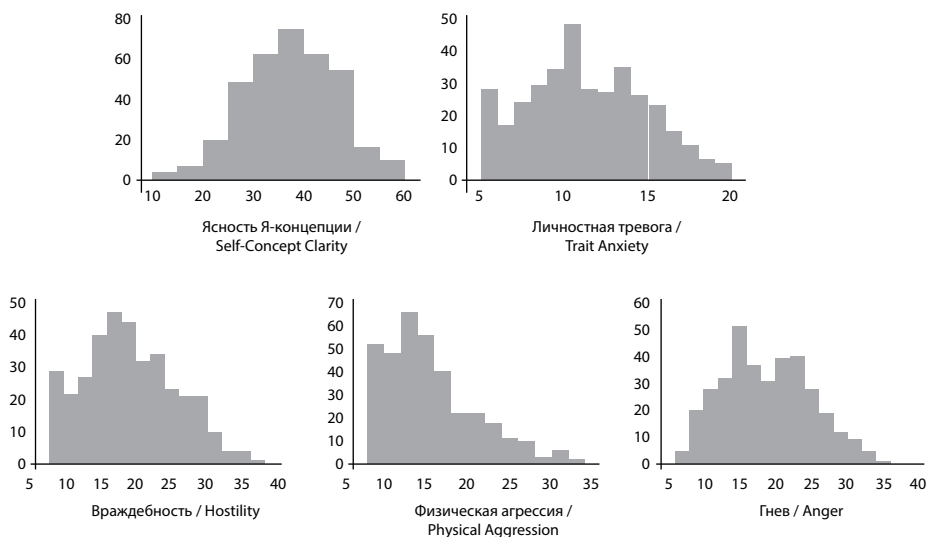
Дескриптивные характеристики представлены в табл. 1.

Среднее арифметическое ясности Я-концепции в выборке составляет $M=37.90$ ($SD=9.17$) при диапазоне значений от 14 до 60 баллов. Показатели асимметрии ($As=-0.12$) и эксцесса ($Ex=-0.26$) находятся в пределах нормативных значений ($|As|<1$; $|Ex|<1$), что свидетельствует о распределении, близком к нормальному. Среднее арифметическое личностной тревоги составляет $M=11.78$ ($SD=3.60$), при разбросе значений от 5 до 20 баллов. Коэффициенты асимметрии ($As=0.10$) и эксцесса

Таблица 1
Дескриптивные характеристики исследуемых переменных (N=356)
Table 1
Descriptive Statistics for the Study Variables (N=356)

Переменные	Min	Max	M	SD	As	Ex
1. Ясность Я-концепции	14	60	37.90	9.17	-0.12	-0.26
2. Личностная тревога	5	20	11.78	3.60	0.10	-0.64
3. Физическая агрессия	9	34	16.10	5.46	0.97	0.52
4. Гнев	7	35	19.23	6.06	0.24	-0.64
5. Враждебность	8	38	19.67	6.40	0.31	-0.44

Примечания: M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение, As – асимметрия, Ex – эксцесс, Min – минимальное значение, Max – максимальное значение.



Распределение исследуемых переменных
Distribution of the study variables

($E_x = -0.64$) также указывают на близость распределения к нормальному. Среди показателей агрессии среднее значение физической агрессии равно $M = 16.10$ ($SD = 5.46$) при диапазоне от 9 до 34 баллов. Наблюдается умеренная положительная асимметрия ($A_s = 0.97$) и незначительный положительный эксцесс ($E_x = 0.52$), что свидетельствует о смещении распределения физической агрессии. Однако показатели остаются в допустимых пределах и не указывают на выраженное отклонение от нормальности. Среднее арифметическое по шкале «Гнев» составляет $M = 19.23$ ($SD = 6.06$), по шкале «Враждебность» – $M = 19.67$ ($SD = 6.40$). Коэффициенты асимметрии (0.24 и 0.31 соответственно) и эксцесса (-0.64 и -0.44 соответственно) у обеих переменных свидетельствуют о распределениях, близких к нормальному.

Для более наглядного представления распределения переменных соответствующие гистограммы приведены на рисунке.

При рассмотрении рисунка обнаружено, что большинство переменных условно соответствуют кривой Гаусса. Исключение составляет шкала физической агрессии, для которой характерна выраженная правосторонняя асимметрия, что может быть обусловлено спецификой выборки: преобладанием лиц женского пола, демонстрирующих низкую склонность к прямой физической агрессии в сравнении с мужской популяцией. Следовательно, распределения большинства исследуемых переменных характеризуются отсутствием выраженной асимметрии и эксцесса. Все значения A_s и E_x находятся в пределах ± 1 , что позволяет рассматривать распределения как приближенные к нормальному и использовать параметрические методы статистического анализа.

Для оценки взаимосвязей между переменными проведен корреляционный анализ Пирсона (табл. 2).

Таблица 2
Связь показателей ясности Я-концепции, личностной тревоги и показателей агрессии (N=356)
Table 2
Relationships between Self-Concept Clarity, Trait Anxiety, and Aggression (N=356)

Переменные	Ясность Я-концепции	1	2	3
1. Личностная тревога	-0.51***	-		
2. Физическая агрессия	-0.18***	0.02	-	
3. Гнев	-0.32***	0.34***	0.40***	-
4. Враждебность	-0.50***	0.53***	0.40***	0.59***

Примечание: «***» $p < 0.001$.

Обнаружены отрицательные связи ясности Я-концепции с личностной тревогой ($r = -0.51$, $p < 0.001$), физической агрессией ($r = -0.18$, $p < 0.001$), гневом ($r = -0.32$, $p < 0.001$) и враждебностью ($r = -0.50$, $p < 0.001$). Это указывает на то, что более высокая ясность Я связана с более низким уровнем тревоги и агрессивных проявлений, особенно враждебности и гнева. Личностная тревога положительно связана с гневом ($r = 0.34$, $p < 0.001$) и враждебностью ($r = 0.53$, $p < 0.001$), однако не обнаружено значимой связи с физической агрессией ($r = 0.02$, $p > 0.05$), что может быть обусловлено низким процентом мужчин в выборке. Таким образом, тревога в большей степени ассоциирована с аффективно-когнитивными компонентами агрессии (гнев, враждебность), чем с ее поведенческим компонентом (физической агрессией).

Для проверки гипотезы о различиях во взаимосвязи личностной тревоги и агрессии при разном уровне ясности Я-концепции выборка (N=356) была разделена на четыре равные группы (квартили) по уровню выраженности данного личностного фактора (по 89 человек в каждой). Группа 1 (нижний квартиль) включала респондентов с наименьшей выраженностью ясности Я-концепции ($M = 26.09$, $SD = 4.60$); группы 2 ($M = 34.93$, $SD = 2.01$) и 3 ($M = 41.12$, $SD = 1.80$) – участников со средними значениями; группа 4 (верхний квартиль) – студентов с наиболее высокой ясностью Я-концепции ($M = 49.47$, $SD = 3.88$). Для уточнения специфики взаимосвязи тревоги и агрессии при различном уровне ясности Я-концепции проведен корреляционный анализ Пирсона отдельно в каждой группе. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3
Коэффициенты корреляции между личностной тревожностью и показателями агрессии в группах с разным уровнем ясности Я-концепции (N=356)
Table 3
Correlation Coefficients between Trait Anxiety and Aggression Measures in Groups with Different Levels of Self-Concept Clarity (N=356)

Переменные	Группы	Физическая агрессия	Гнев	Враждебность
Личностная тревога	1	0.06	0.15	0.45***
	2	-0.21*	0.09	0.10
	3	-0.17	0.24*	0.43***
	4	-0.01	0.35***	0.47***

Примечание: *** $p < 0.001$; * $p < 0.05$; 1 – низкая ясность Я-концепции (нижний квартиль); 2, 3 – средняя; 4 – высокая (верхний квартиль).

Обнаруженный характер связей личностной тревоги с компонентами агрессии существенно различается в зависимости от выраженности ясности Я-концепции. В группе 1 личностная тревога значимо связана с враждебностью ($r=0.45$, $p<0.001$), когда с другими переменными связи не обнаружено. Из этого следует, что при недостаточной определенности представлений о себе тревога связана с негативными установками и недоверием к другим. В группе 2 обнаружена слабая отрицательная корреляция тревоги с физической агрессией ($r=-0.21$, $p<0.05$), с остальными формами агрессии связи не обнаружены. В группе 3 тревога связана с враждебностью ($r=0.43$, $p<0.001$) и гневом ($r=0.24$, $p<0.05$), однако не связана с физической агрессией. В группе 4 личностная тревога коррелирует с гневом ($r=0.35$, $p<0.001$) и враждебностью ($r=0.47$, $p<0.001$), при этом связь с физической агрессией не обнаружена. Можно отметить устойчивое сохранение положительной связи личностной тревоги с враждебностью в 1, 3 и 4 квартилях, вне зависимости от уровня ясности Я-концепции. Одновременно наблюдается формирование устойчивой положительной связи тревоги с гневом при высокой ясности Я, что может отражать более дифференцированное восприятие и переработку аффективного напряжения у лиц с более четким и согласованным представлением о себе.

При сравнении коэффициентов корреляции с использованием Z-преобразования Фишера статистически значимых различий между связями личностной тревоги и враждебности в исследуемых группах не обнаружено ($Z=-0.17$, $p=0.86$), что указывает на относительную устойчивость данной взаимосвязи вне зависимости от уровня ясности Я-концепции. Аналогично, при сравнении коэффициентов корреляции между личностной тревогой и гневом статистически значимые различия также не выявлены ($Z=-1.40$, $p=0.16$), однако отмечается тенденция к усилению связи в группе с высокой ясностью Я-концепции. Таким образом, полученные данные позволяют говорить о возможных различиях в структуре взаимосвязей тревоги и агрессии при разном уровне ясности Я-концепции.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Целью настоящего исследования было изучение специфики взаимосвязи личностной тревоги и агрессивных проявлений у лиц с различным уровнем ясности Я-концепции. Полученные результаты в целом подтверждают выдвинутую гипотезу о том, что ясность Я-концепции выступает личностным фактором, связанным со снижением личностной тревоги и агрессии, а также с различиями в их взаимосвязи.

В результате корреляционного анализа обнаружено, что более высокая ясность Я-концепции связана с более низкими уровнями личностной тревоги и проявлениями агрессии, особенно враждебности и гнева. Это согласуется с представлениями о ясности Я-концепции как показателе внутренней согласованности и определенности Я-образа, обеспечивающем большую устойчивость к внутреннему напряжению и межличностной фрустрации [13]. Следовательно, более целостные и устойчивые представления о себе связаны с меньшей выраженностью тревоги и агрессивных переживаний. При этом обнаружена положительная связь личностной тревоги с гневом и враждебностью при отсутствии связи с физической агрессией. Это указывает на то, что тревога преимущественно сопряжена с когнитивно-аффективными компонентами агрессии [11, 12], а не с поведенческим [9].

При анализе взаимосвязи тревоги и агрессии в группах с разной ясностью Я-концепции выявлены особенности взаимосвязей. Связь тревоги с враждебностью сохраняется устойчиво в 1, 3 и 4 квартилях, вне зависимости от уровня ясности Я, что подтверждается сравнением коэффициентов корреляции с использованием Z-преобразования Фишера. Одновременно при высокой ясности Я обнаружена устойчивая положительная связь тревоги с гневом, что отражает более дифференцированное восприятие и переработку аффективного напряжения у лиц с более четким и согласованным представлением о себе. В группе с низкой ясностью Я тревога проявляется преимущественно через враждебность, что может указывать на менее дифференцированное эмоциональное восприятие и трудности в идентификации собственных состояний [18]. При высокой ясности Я тревожное напряжение сопровождается гневом и враждебностью, что может рассматриваться как эмоциональная реакция на угрозу целостности «Я» и способ когнитивно-аффективной переработки внутреннего напряжения [16]. В то же время физическая агрессия, по-видимому, в большей степени определяется другими факторами, такими как требования социальной ситуации [8], уровень самооценки и самоконтроля [19].

В целом, полученные данные подтверждают, что ясность Я-концепции связана с более низкими уровнями тревоги и агрессивных проявлений и одновременно определяет специфику связи тревоги с аффективным и когнитивным проявлением агрессии. Такое понимание согласуется с представлениями о роли интеграции возбуждения и interoцептивного осознания в регуляции аффекта [2]. В этом контексте ясность Я-концепции может рассматриваться как фактор, связанный с внутренним мониторингом и регуляцией состояний.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ясность Я-концепции связана с особенностями структуры переживаний тревоги и гнева: при высокой ясности наблюдается более интегрированная взаимосвязь компонентов эмоций, при низкой – менее выраженная. Более определенное и согласованное представление о себе сопряжено с усилением их взаимосвязи на уровне переживания при одновременном снижении выраженности деструктивных агрессивных проявлений.

■ ОГРАНИЧЕНИЯ

Несмотря на полученные результаты, данное исследование имеет ряд ограничений.

- В выборке преобладали лица женского пола, что ограничивает возможность обобщения результатов на мужскую популяцию. Дальнейшие исследования на сбалансированных по полу выборках позволят уточнить универсальность выявленных связей.
- Использование самоотчетных методик может сопровождаться искажениями, связанными с социальной желательностью ответов.
- Корреляционный дизайн исследования не позволяет делать выводы о причинно-следственных отношениях между ясностью Я-концепции, тревогой и агрессивными проявлениями.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. McCarty R. *The fight-or-flight response: A cornerstone of stress research. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior.* 2016;33–37. DOI: 10.1016/B978-0-12-800951-2.00004-2
2. Kozłowska K., Walker P., McLean L. Fear and the defense cascade: Clinical implications and management. *Harvard Review of Psychiatry.* 2015;23(4):263–287. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000065
3. Keyes K.M., McLaughlin K.A., Vo T. Anxious and aggressive: The co-occurrence of IED with anxiety disorders. *Depression and Anxiety.* 2016;33(2):101–111. DOI: 10.1002/da.22428
4. Anwer M., Shah Z., Shaikh H. Impact of anxiety on aggression in group settings: Implications for team cohesion and conflict resolution. *The Critical Review of Social Sciences Studies.* 2024;2:906–925. DOI: 10.59075/dpm9r978
5. Neumann I.D., Veenema A.H., Beiderbeck D.I. Aggression and anxiety: Social context and neurobiological links. *Frontiers in Behavioral Neuroscience.* 2010;4:12. DOI: 10.3389/fnbeh.2010.00012
6. Kunimatsu M.M., Marsee M.A. Examining the presence of anxiety in aggressive individuals: The illuminating role of fight-or-flight mechanisms. *Child & Youth Care Forum.* 2012;41(3):247–258. DOI: 10.1007/s10566-012-9178-6
7. Zinzow H.M., Jeffirs S.M. Driving aggression and anxiety: Intersections, assessment, and interventions. *Journal of Clinical Psychology.* 2018;74(1):43–82. DOI: 10.1002/jclp.22494
8. Dapprich A.L., Derks L.M., Holtmann M. Hostile and threatening interpretation biases in adolescent inpatients are specific to callous-unemotional traits and social anxiety. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2024;33(4):1143–1150. DOI: 10.1007/s00787-023-02227-3
9. Andrews L.A., et al. Fight and flight: Examining putative links between social anxiety and youth aggression. *Aggression and Violent Behavior.* 2019;48:94–103. DOI: 10.1016/j.avb.2019.08.005
10. Kashani J.H., Deuser W., Reid J.C. Aggression and anxiety: A new look at an old notion. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1991;30(2):218–223. DOI: 10.1097/00004583-199103000-00009
11. Chung J.E., Song G., Kim K. Association between anxiety and aggression in adolescents: A cross-sectional study. *BMC Pediatrics.* 2019;19:115. DOI: 10.1186/s12887-019-1479-6
12. Proshchenko I.V., Maksimova N.E., Rimashevskaja A.O. Research of the relationship of alarm and aggressive behavior in senior schoolchildren. *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2020;30(1):73–76. (In Russ.)
13. Vdovenko V., Shchebetenko S., Starovoitenko E. Self in self-knowledge: The Russian version of the Self-Concept Clarity Scale. *Psikhologicheskie Issledovaniya.* 2021;14(77):1–15. DOI: 10.54359/ps.v14i77.157 (In Russ.)
14. Chen S., Li X., Ye S.S. Self-concept clarity and meaning in life: A daily diary study in a collectivistic culture. *Journal of Happiness Studies.* 2024;25:1–20. DOI: 10.1007/s10902-024-00775-2
15. Ritchie T., Sedikides C., Wildschut T. Self-concept clarity mediates the relation between stress and subjective well-being. *Self and Identity.* 2011;10:493–508. DOI: 10.1080/15298868.2010.493066
16. Rusiaeva I.A. Philosophical aspects of self-concept: the roots of psychological defenses. *Russian Journal of Education and Psychology.* 2012;11:61. (In Russ.)
17. Enikolopov S.N., Tsubulskii N.P. Psychometric analysis of the Russian version of the Questionnaire for the diagnosis of aggression by A. Bass and M. Perry. *Psychological Journal.* 2007;28(1):115–124. (In Russ.)
18. Barrett L.F., Gross J., Christensen T.C. Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion.* 2001;15(6):713–724. DOI: 10.1080/02699930143000239
19. Krylov V.I., Zabrodina A.S. Anger affect – angry reactions and angry states (clinical-psychopathological features and diagnostic significance). *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2023;33(1):93–99. (In Russ.)

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.022>
УДК 616.89-008.44-036.8-071.1

Томашик Т.Е., Луговская А.А. ✉

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Оценка критериальной валидности Опросника соматоформных расстройств

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – Томашик Т.Е.; концепция и дизайн исследования, написание текста, редактирование – Луговская А.А.

Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 02.02.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: lug.al@mail.ru

Резюме

Введение. На территории Республики Беларусь нет достаточного количества адаптированных психодиагностических методик, которые специально разработаны для оценки клинических проявлений при соматоформных расстройствах и учитывают широкий спектр особенностей пациентов данной категории.

Цель. Оценить критериальную валидность Опросника соматоформных расстройств.

Материалы и методы. С помощью Опросника соматоформных расстройств исследованы 227 человек с диагнозами невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, а также депрессивные расстройства с и без соматических симптомов. Оценка психометрических характеристик и модификация опросника проводились на основе метрической системы Раша. Критериальная валидность шкал опросника оценивалась по результатам ROC-анализа.

Результаты. Шкала «Соматическое неблагополучие и нарушения функционирования» и шкала «Когнитивные искажения и поведение при болезни» Опросника соматоформных расстройств имеют высокую критериальную валидность в дифференцировании пациентов с соматоформными расстройствами от «несоматоформных пациентов» ($AUC=0,829$, $p<0,0001$ и $AUC=0,943$, $p<0,0001$ соответственно). Также обе шкалы с высокой точностью отделяют пациентов с соматоформными расстройствами от пациентов с депрессивными расстройствами и другими (смешанная группа пациентов) расстройствами. Шкала «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования» в отличие от шкалы «Когнитивные искажения и поведение при болезни» имеет умеренную критериальную валидность в дифференцировании пациентов с соматоформными расстройствами от пациентов с тревожными расстройствами ($AUC=0,711$, $p<0,0001$).

Заключение. Модифицированный Опросник соматоформных расстройств можно использовать как высокоточный инструмент в клинической практике, научных исследованиях. При дифференциальной диагностике пациентов с соматоформными расстройствами и тревожными расстройствами необходимо оценивать не только количество и тяжесть соматических симптомов и вызванных ими нарушений функционирования, но и проводить оценку особенностей восприятия, мышления и поведения пациентов.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, психодиагностические методики, критериальная валидность, ROC-анализ

Tomaschik T., Lugovskaya A. ✉
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Criterion validity assessment of the Somatoform Disorders Questionnaire

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of research, editing, collecting material, processing, writing text – Tomashchik T.; the concept and design of research, writing text – Lugovskaya A.

The article is published in author's edition.

Submitted: 02.02.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: lug.al@mail.ru

Abstract

Introduction. In the Republic of Belarus, there are insufficient adapted psychodiagnostic methods specifically designed to assess the clinical manifestations of somatoform disorders and take into account the wide range of patient characteristics in this category.

Purpose. To evaluate the criterion validity of the Somatoform Disorders Questionnaire.

Materials and methods. A study of 227 individuals diagnosed with neurotic, stress-related, and somatoform disorders, as well as depressive disorders with and without somatic symptoms, was conducted using the Somatoform Disorders Questionnaire. The questionnaire's psychometric properties were assessed and modified using the Rasch metric system. The criterion validity of the questionnaire scales was assessed using the results of a ROC analysis.

Results. The Somatic Distress and Functioning Impairments scale and the Cognitive Distortions and Illness Behavior scale of the Somatoform Disorders Questionnaire have high criterion validity in differentiating patients with somatoform disorders from "non-somatoform patients" (AUC=0.829, $p<0.0001$ and AUC=0.943, $p<0.0001$, respectively). Both scales distinguish patients with somatoform disorders from patients with depressive disorders and other (mixed group of patients) disorders with high accuracy. The Somatic Distress and Functioning Impairments scale, in contrast to the Cognitive Distortions and Illness Behavior scale, has moderate criterion validity in differentiating patients with somatoform disorders from patients with anxiety disorders (AUC=0.711, $p<0.0001$).

Conclusion. The modified Somatoform Disorder Questionnaire can be used as a highly accurate tool in clinical practice and research. When differentially diagnosing patients with somatoform disorders and anxiety disorders, it is necessary to assess not only the number and severity of somatic symptoms and the resulting functional impairments, but also the patient's perception, thinking, and behavioral characteristics.

Keywords: somatoform disorders, psychodiagnostic methods, criterion validity, ROC analysis

■ ВВЕДЕНИЕ

Пациенты с соматоформными расстройствами проходят долгий путь консультаций, диагностических обследований, лечения у врачей общего профиля и узких специалистов, прежде чем придут на прием к врачу-психотерапевту или врачу-психиатру. И даже после начала лечения у врача-психиатра или врача-психотерапевта пациенты еще долгое время продолжают сомневаться в правильности психиатрической помощи, постоянно следят за состоянием своего тела и настаивают на дополнительных соматических обследованиях [1–3]. Часто это связано с неверием пациентов в то, что их соматические симптомы могут быть проявлением психологических проблем.

Еще один из проблемных вопросов данной категории пациентов состоит в том, что на территории Республики Беларусь нет адаптированных психодиагностических методик, которые помогали бы врачам-специалистам в сфере охраны психического здоровья при анализе клинической картины соматоформных расстройств оценивать не только количество и тяжесть соматических симптомов, но и специфические для данной категории пациентов когнитивные, перцептивные и поведенческие аспекты. А также недостаточно валидных психодиагностических методик, которое были специально разработаны для соматоформных расстройств и могли бы оценивать степень их тяжести. Решению двух описанных клинических задач помогает модифицированный нами Опросник соматоформных расстройств, разработанный группой немецких психиатров (D. Wedekind et al.) в 2007 г. [4].

Оценка конструктивной валидности, факторный анализ, определение надежности и дискриминативности выделенных шкал в опроснике, определение уровней выраженности исследуемых конструктов по каждой шкале, разработка критериев минимальных клинически значимых изменений при повторных исследованиях проводились на основе метрической системы Раша (MCP), представляющей собой современную теорию тестов. Психодиагностические методики, разработанные на основе MCP отвечают всем требованиям современной психометрики [5, 6].

В данной статье изложены результаты оценки критериальной валидности Опросника соматоформных расстройств с помощью ROC-анализа.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить критериальную валидность Опросника соматоформных расстройств.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование осуществлялось на базе психоневрологического стационарного отделения пограничных состояний учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология» и психоневрологического стационарного отделения учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 3 г. Гродно». Психодиагностическое исследование прошли 227 человек, из них 175 женщин и 52 мужчины в возрасте от 18 до 55 лет. У всех испытуемых были установлены диагнозы, относящиеся к невротическим, связанным со стрессом и соматоформным расстройствам, а также к депрессивным расстройствам с и без соматических симптомов. Из исследования исключались те пациенты, у которых наблюдались тяжелые соматические заболевания, психозы, биполярные расстройства, умеренное или выраженное снижение когнитивных функций.

Пациентам предлагался для самостоятельного заполнения опросник, состоящий из 18 вопросов. Оригинальное название опросника – The quantification inventory for somatoform syndromes (QUISS), дословно переводится как «Перечень показателей для соматоформных синдромов». После модификации опросник получил название «Опросник соматоформных расстройств». Пациент оценивал каждый из 18 вопросов по пятибалльной шкале (от 0 до 4) [7].

Первый пункт оценивает общую оценку самочувствия респондента. Второй содержит перечень из сорока одного телесного симптома. Испытуемому нужно было отметить все симптомы, что вызывали дискомфорт в течение последней недели. В процессе анализа данных все соматические симптомы категоризовались по частоте встречаемости и отнесению к определенной группе (сердечно-легочные, желудочно-кишечные, болевые, мочеполовые, псевдоневрологические, неспецифические и кожные симптомы) и переводились в 5-балльную шкалу. Оставшиеся шестнадцать вопросов касаются того, каким образом отмеченные телесные симптомы сказываются на качестве жизни пациента, его когнитивных процессах, паттернах поведения и общей способности к деятельности.

Для анализа психометрических свойств Опросника соматоформных расстройств на первом этапе использовалась метрическая система Раша. По результатам факторного анализа нормализованных остатков в опроснике было выделено 2 шкалы: шкала «Соматическое неблагополучие и нарушения функционирования» и шкала «Когнитивные искажения и поведение при болезни» [8]. Шкалу «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования» составили вопросы, описывающие тяжесть соматических симптомов и трудности функционирования в семейной жизни, быту и профессиональной деятельности. В шкалу «Когнитивные искажения и поведение при болезни» вошли вопросы, характеризующие озабоченность своим здоровьем, стремление к диагностическим обследованиям и контактам с врачом [8].

На следующем этапе психометрического анализа была проведена оценка валидности и надежности полученных шкал. Все пункты выделенных шкал опросника имели высокие показатели конструктивной валидности. Индексы надежности обеих шкал высокие. Нами установлено, что шкала «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования» способна дифференцировать 7 статистических уровней выраженности соматического неблагополучия и нарушения функционирования [8]. Шкала «Когнитивные искажения и поведение при болезни» способна дифференцировать 5 статистических уровней выраженности когнитивных искажений и поведения при болезни [9]. Так же были разработаны критерии минимальных клинически значимых изменений при повторных исследованиях [10].

Подробнее с вышеописанными психометрическими характеристиками Опросника соматоформных расстройств можно ознакомиться в других наших статьях [8, 9, 11].

В данной статье описаны результаты оценки критериальной валидности опросника, которая проводилась с помощью ROC-анализа.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

ROC-анализ проводился на данных исследования группы пациентов с соматоформными расстройствами (F 45.0 – F 45.8, N=95) и группы пациентов с другими невротическими расстройствами (F32, 33, 40, 41.1 и 41.2, 42, 43, 48, N=123). На рис. 1

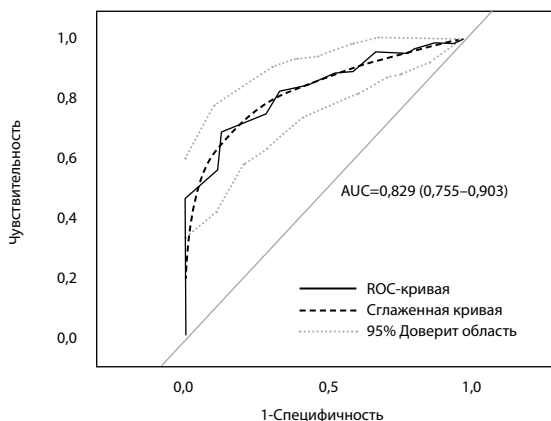


Рис. 1. ROC-кривая шкалы «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования», пациенты с соматоформными расстройствами и несоматоформными расстройствами
Fig. 1. ROC curve of The Somatic Distress and Functioning Impairments scale, patients with somatoform disorders and non-somatoform disorders

и 2 представлены ROC-кривые, полученные в результате ROC-анализа обеих шкал «Опросника соматоформных расстройств».

Согласно рис. 1 шкала «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования» имеет высокую критериальную валидность в дифференцировании пациентов с соматоформными расстройствами от несоматоформных пациентов ($AUC=0,829$, $p<0,0001$). Пороговое значение составило 17 и более баллов, что соответствует умеренной степени выраженности соматоформных симптомов. Сензитивность шкалы (Se) – 0,75, специфичность (Sp) – 0,71.

Согласно рис. 2, шкала «Когнитивные искажения и поведение при болезни» имеет очень высокую критериальную валидность в дифференцировании пациентов

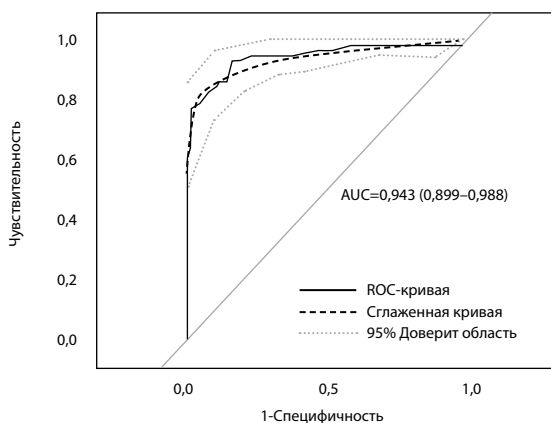


Рис. 2. ROC-кривая шкалы «Когнитивные искажения и поведение при болезни», пациенты с соматоформными расстройствами и несоматоформными расстройствами
Fig. 2. ROC curve of The Cognitive Distortions and Illness Behavior scale, patients with somatoform disorders and non-somatoform disorders

с соматоформными расстройствами от несоматоформных пациентов ($AUC=0,943$, $p<0,0001$). Пороговое значение составило 15 и более баллов, что соответствует умеренной степени выраженности когнитивных искажений и поведения при болезни. Сензитивность шкалы (Se) – 0,86, специфичность (Sp) – 0,86.

Далее мы провели детальный анализ критериальной валидности опросника: способность каждой шкалы дифференцировать пациентов с соматоформными расстройствами от пациентов с депрессивными расстройствами, с тревожными расстройствами и группы пациентов с другими невротическими расстройствами (смешанная группа). В группу пациентов с соматоформными расстройствами вошли пациенты с диагнозами F 45.0 – F 45.8, $N=95$. В группу пациентов с депрессивными расстройствами вошли пациенты с диагнозами F 32 и F 33, $N=51$. Группу пациентов с тревожными расстройствами составили пациенты с диагнозами F 40.1, F 40.2, F41.0, F41.1, $N=38$. И группу пациентов с другими расстройствами (смешанная группа) составили пациенты с диагнозами F 43.21 – F 43.25, F 42.0, F 42.2. F44.4, F48.0, $N=35$.

На рис. 3.1–3.3 представлены ROC-кривые, полученные в результате ROC-анализа шкалы «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования». Данная шкала имеет высокие показатели критериальной валидности в дифференцировании пациентов с соматоформными расстройствами от пациентов с депрессивными расстройствами ($AUC=0,89$, $p<0,0001$) (рис. 3.1) и пациентов с соматоформными расстройствами от пациентов смешанной группы ($AUC=0,816$, $p<0,0001$) (рис. 3.2).

Способность шкалы «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования» дифференцировать пациентов с соматоформными расстройствами от пациентов с тревожными расстройствами умеренная ($AUC=0,711$, $p<0,0001$) (рис. 3.3).

Выявленная нами особенность указывает, что при дифференциальной диагностике пациентов с соматоформными расстройствами и тревожными расстройствами необходимо оценивать не только количество и тяжесть соматических симптомов и вызванных ими нарушения функционирования, но и проводить оценку других, более специфических для соматоформных расстройств, нарушений.

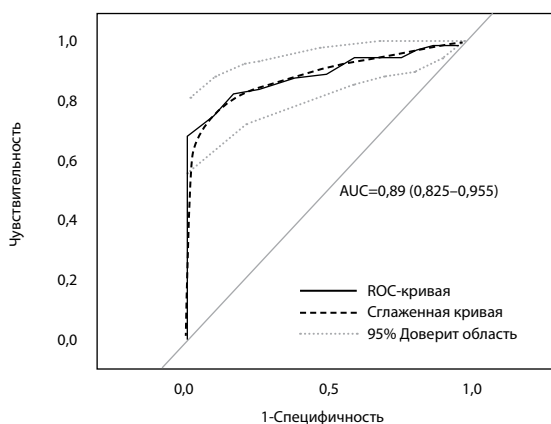


Рис. 3.1. ROC-кривая шкалы «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования», пациенты с соматоформными расстройствами и депрессивными расстройствами
Fig. 3.1. ROC curve of The Somatic Distress and Functioning Impairments scale, patients with somatoform disorders and depressive disorders

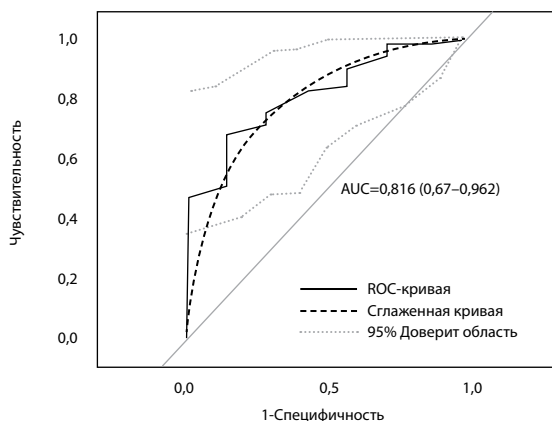


Рис. 3.2. ROC-кривая шкалы «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования», пациенты с соматоформными расстройствами и смешанная группа пациентов
Fig. 3.2. ROC curve of The Somatic Distress and Functioning Impairments scale, patients with somatoform disorders and a mixed group of patients

На рис. 4.1–4.3 представлены ROC-кривые, полученные в результате ROC-анализа шкалы «Когнитивные искажения и поведение при болезни». ROC-кривая на рис. 4.1 отражает способность шкалы дифференцировать пациентов с соматоформными расстройствами от пациентов с депрессивными расстройствами ($AUC=0,967$, $p<0,0001$) (рис. 4.1).

ROC-кривая на рис. 4.2 отражает способность шкалы дифференцировать пациентов с соматоформными расстройствами от пациентов смешанной группы ($AUC=0,915$, $p<0,0001$). И ROC-кривая на рис. 4.3 отражает способность шкалы дифференцировать пациентов с соматоформными расстройствами от пациентов с тревожными расстройствами ($AUC=0,907$, $p<0,0001$).

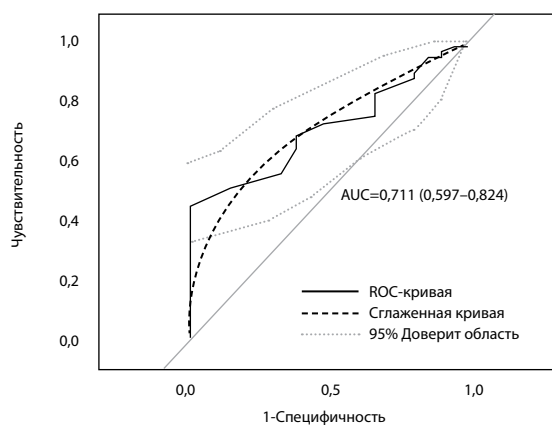


Рис. 3.3. ROC-кривая шкалы «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования», пациенты с соматоформными расстройствами и тревожными расстройствами
Fig. 3.3. ROC curve of The Somatic Distress and Functioning Impairments scale, patients with somatoform disorders and anxiety disorders

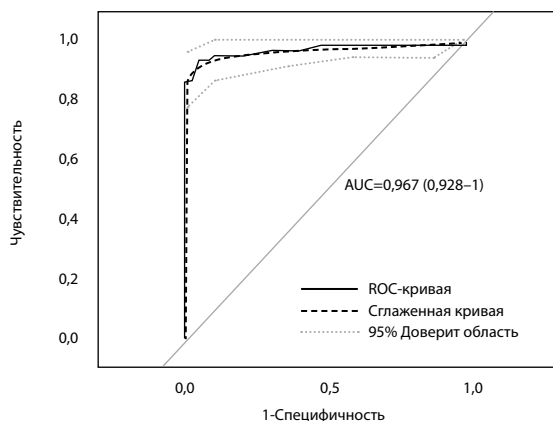


Рис. 4.1. ROC-кривая шкалы «Когнитивные искажения и поведение при болезни», пациенты с соматоформными расстройствами и депрессивными расстройствами
Fig. 4.1. ROC curve of The Cognitive Distortions and Illness Behavior scale, patients with somatoform disorders and depressive disorders

Анализ графиков показывает, что шкала «Когнитивные искажения и поведение при болезни» способна достоверно дифференцировать пациентов с соматоформными расстройствами от всех других групп пациентов, в том числе и пациентов с тревожными расстройствами.

■ ВЫВОДЫ

1. Опросник соматоформных расстройств (ОСР) демонстрирует высокие показатели клинической валидности, что делает его надежным инструментом для дифференциальной диагностики соматоформных расстройств.

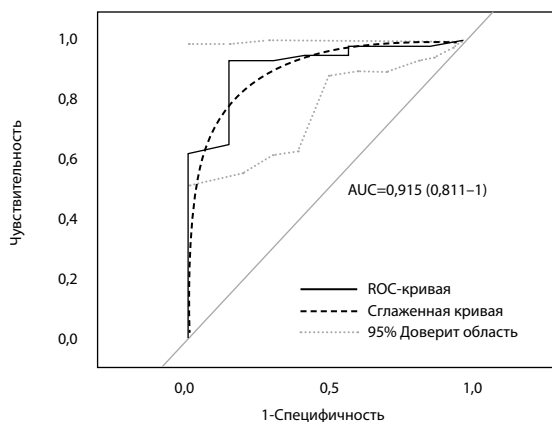


Рис. 4.2. ROC-кривая шкалы «Когнитивные искажения и поведение при болезни», пациенты с соматоформными расстройствами и смешанная группа пациентов
Fig. 4.2. ROC curve of The Cognitive Distortions and Illness Behavior scale, patients with somatoform disorders and a mixed group of patients

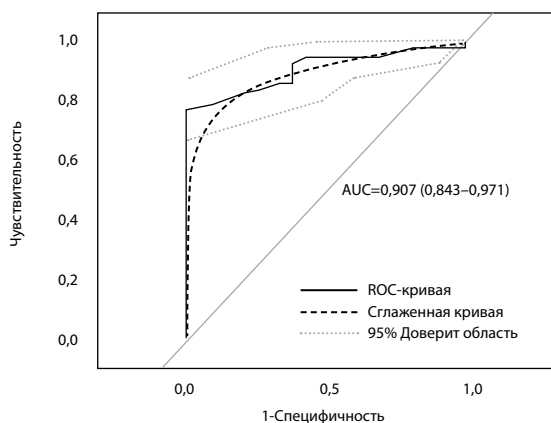


Рис. 4.3. ROC-кривая шкалы «Когнитивные искажения и поведение при болезни», пациенты с соматоформными расстройствами и тревожными расстройствами
Fig. 4.3. ROC curve of The Cognitive Distortions and Illness Behavior scale, patients with somatoform disorders and anxiety disorders

2. Шкала «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования» имеет высокую критериальную валидность в дифференцировании пациентов с соматоформными расстройствами от несоматоформных пациентов ($AUC=0,829$, $p<0,0001$). Шкала «Когнитивные искажения и поведение при болезни» имеет очень высокую критериальную валидность ($AUC=0,943$, $p<0,0001$).
3. Детальный анализ дифференциальных возможностей шкал установил, что шкала «Соматическое неблагополучие и нарушение функционирования» с высокой точностью отделяет пациентов с соматоформными расстройствами от депрессивных пациентов ($AUC=0,89$, $p<0,0001$) и других (смешанная группа пациентов) ($AUC=0,82$, $p<0,0001$). При разграничении пациентов с соматоформными расстройствами и пациентов с тревожными расстройствами следует оценивать не только количество и тяжесть соматических симптомов, но и проводить оценку особенностей мышления и поведения пациентов (критериальная валидность шкалы умеренная ($AUC=0,711$, $p<0,0001$)).
4. Шкала «Когнитивные искажения и поведение при болезни» способна с очень высокой точностью различать пациентов с соматоформными расстройствами и пациентов с депрессивными ($AUC=0,967$, $p<0,0001$), тревожными ($AUC=0,915$, $p<0,0001$) и другими (смешанная группа) ($AUC=0,907$, $p<0,0001$) расстройствами.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Perezhogin L.O. *Somatoform disorders. Diagnostics, treatment, prevention. Clinical guidelines*. 2015; 22 p. (in Russian)
2. Pribytkov A.A., Elichev A.N. Somatoform disorders. Part one: integrative model of pathology. *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev*. 2017;1:3–10. (in Russian)
3. Sobennikov V.S. *Somatization and somatoform disorders*. 2014; 304 p. (in Russian)
4. Wedekind D. et al. The quantification inventory for somatoform syndromes (QUISS): a novel instrument for the assessment of severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:153–163.
5. Assanovich M.A. *Methodology and applied aspects of the Rasch metric system in clinical psychodiagnostics: monograph*. Grodno: Grodno State Medical University, 2018; 428 p. (in Russian)

6. Andrich D.A. *Course in Rasch Measurement Theory. Measuring in the Educational, Social and Health Sciences*. Springer. 2019; 482 p.
7. Tomashchik T.E., Lugovskaya A.A. *Method for assessing the severity of somatoform disorders: instructions for use: No. 141-1223, approved. by the Ministry of Health of the Republic of Belarus on March 26, 2024*. Institution developer: Grodno State Medical University. Grodno, 2024; 16 p. (in Russian)
8. Tomashchik T.E., Lugovskaya A.A. *Factor structure of the quantification inventory for somatoform syndromes and interpretation of the somatic distress scale*. Psychiatry and narcology: past, present, a look into the future: collection of materials of the scientific and practical conference with international participation (December 22, 2022) [Electronic resource]. Editorial board: I.G. Zhuk (editor-in-chief) et al. Grodno: Grodno State Medical University, 2022. Electronic text data and programs (volume 3.3 MB). 1 electronic optical disc (CD-ROM). (in Russian)
9. Tomashchik T.E. et al. *Psychometric characteristics and interpretation of the cognitive distortions scale of the quantification inventory for somatoform syndromes*. Psychiatry and narcology: past, present, a look into the future: collection of materials from the scientific and practical conference with international participation (December 22, 2022) [Electronic resource]. Editorial board: I.G. Zhuk (editor-in-chief) et al. Grodno: Grodno State Medical University, 2022. Electronic text data and programs (volume 3.3 MB). 1 electronic optical disc (CD-ROM). (in Russian)
10. Tomashchik T.E., Lugovskaya A.A. *Method for determining Minimal Clinically Important Difference in the severity of somatoform disorders: instructions for use: No. 142-1223, approved. by the Ministry of Health of the Republic of Belarus on March 26, 2024*. Institution developer: Grodno State Medical University. Grodno, 2024;14p. (in Russian)
11. Tomashchik T.E. Psychometric analysis of the quantification inventory for somatoform syndromes (QUISS). *Emergency cardiology and cardiovascular risks*. 2019;2:756–759. (in Russian)

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.016>
УДК 159.9:61:316.75 + 613:93/94

Бойко С.Л.¹ ✉, Карпинский К.В.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

² Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, Гродно, Беларусь

Генезис психической регуляции поведения, связанного со здоровьем: историко-эволюционный анализ

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция исследования, редактирование текста – Карпинский К.В., написание текста – Бойко С.Л. Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 12.01.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: sduduk@yandex.by

Резюме

Цель. Провести историко-психологический анализ генезиса и эволюции психической регуляции поведения, связанного со здоровьем (ПСЗ), как культурно опосредованного феномена, выявив ключевые механизмы трансформации его психической регуляции от биологически детерминированных форм к ценностно-смысловым конструктам.

Материалы и методы. Исследование выполнено в парадигме исторической психологии и теоретического анализа. Материалом послужили фундаментальные труды по этологии (К. Лоренц, Н. Тинберген), культурной антропологии (Дж. Фрэнгер, М. Дуглас, В. Тернер), исторической психологии (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев), философии (М. Фуко, Ж. Ле Гофф), античной медицине (Гиппократ), а также современные работы по психологии здоровья и социологии медицины. Методы исследования включали историко-генетический анализ, сравнительно-исторический метод, теоретическую реконструкцию и интерпретацию культурных феноменов в контексте их влияния на психическую регуляцию ПСЗ.

Результаты. В работе прослежена макросоциальная динамика психической регуляции ПСЗ. Выделены и охарактеризованы шесть ключевых исторических моделей здоровья: 1) ритуально-коллективная (регуляция через табу и сакральные запреты); 2) этико-гражданская (рациональная диететика и сакральная инкубация как механизмы саморегуляции); 3) религиозно-аскетическая (девальвация телесного здоровья, надделение страдания позитивным смыслом); 4) государственно-утилитарная (биополитика, санитарное движение, медиализация); 5) индивидуалистическая (психология здоровья, концепция факторов риска, модели убеждений и запланированного поведения); 6) технократическая (современность). Установлено, что на каждом этапе внешние формы поведения (схожие с заботой о здоровье) были мотивированы принципиально различными ценностно-смысловыми комплексами – от страха нарушения космического порядка до стремления к личной эффективности и социальному успеху.

Заключение. Ценность здоровья не является биологически заданной константой, а представляет собой исторически изменчивый конструкт. Понимание этой динамики необходимо для клинической психологии и психотерапии, поскольку позволяет избегать ошибок при анализе мотивации пациентов и учитывать глубинные культурно-исторические детерминанты их поведения. Эффективные интервенции в области здоровьесбережения должны основываться не только на трансляции знаний о рисках, но и на работе с ценностно-смысловой сферой личности, сформированной в конкретном культурном контексте.

Ключевые слова: поведение, связанное со здоровьем (ПСЗ), историческая психология, ценность здоровья, психическая регуляция

Boiko S.¹ ✉, Karpinski K.²

¹ Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

² Yanka Kupala Grodno State University, Grodno, Belarus

The Genesis of Mental Regulation of Health-Related Behavior: A Historical and Evolutionary Analysis

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: research conceptualization, text editing – Karpinski K.; writing – Boiko S.

The article is published in author's edition.

Submitted: 12.01.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: sduduk@yandex.by

Abstract

The aim of this study is to conduct a historical-psychological analysis of the genesis and evolution of the mental regulation of health-related behavior (HRB) as a culturally mediated phenomenon, and to identify the key mechanisms of its transformation from biologically determined forms to value-semantic constructs.

Materials and methods. The research is conducted within the paradigm of historical psychology and theoretical analysis. The material comprised fundamental works on ethology (K. Lorenz, N. Tinbergen), cultural anthropology (J. Frazer, M. Douglas, V. Turner), historical psychology (L.S. Vygotsky, A.N. Leontiev), philosophy (M. Foucault, J. Le Goff), ancient medicine (Hippocrates), as well as contemporary works on health psychology and the sociology of medicine. The research methods included historical-genetic analysis, comparative-historical method, theoretical reconstruction, and interpretation of cultural phenomena in the context of their influence on the mental regulation of HRB.

Results. The study traces the macrosocial dynamics of the mental regulation of HRB. Six key historical models of health are identified and characterized: 1) the ritual-collective model (regulation through taboos and sacred prohibitions); 2) the ethical-civic model (rational dietetics and sacred incubation as mechanisms of self-regulation); 3) the religious-ascetic model (devaluation of physical health, imbuing suffering with positive meaning); 4) the state-utilitarian model (biopolitics, the sanitary movement, medicalization); 5) the individualistic model (health psychology, the concept of risk factors, models of beliefs

and planned behavior); and 6) the technocratic model (modernity). It is established that at each stage, the external forms of behavior (similar to health care) were motivated by fundamentally different value-semantic complexes –ranging from fear of disrupting the cosmic order to the pursuit of personal efficiency and social success.

Conclusion. The value of health is not a biologically predetermined constant, but rather a historically variable construct. Understanding this dynamic is essential for clinical psychology and psychotherapy, as it allows for the avoidance of errors in analyzing patient motivation and for considering the deep-seated cultural and historical determinants of their behavior. Effective health-preserving interventions should be based not only on the transmission of knowledge about risks but also on working with the value-semantic sphere of the individual, which is shaped within a specific cultural context.

Keywords: health-related behavior, historical psychology, value of health, psychological regulation

■ ВВЕДЕНИЕ

Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2026–2030 годы определяет демографическую безопасность как главный приоритет развития страны на ближайшую пятилетку. В рамках подраздела 4.2 «Укрепление здоровья нации» сформулированы конкретные задачи, непосредственно связанные со здоровьесберегающим поведением: выполнение комплекса мер по повышению осведомленности различных групп населения по вопросам здорового образа жизни, формирование культуры и дальнейшее продвижение принципов здорового образа жизни, включая создание центров здоровья и повышение уровня физической активности населения в регионах, обеспечение не менее 35% доли лиц, занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности населения к 2030 году. Решение этих задач направлено на изменение повседневных привычек миллионов людей для достижения ключевых индикаторов (увеличения ожидаемой продолжительности жизни до 76,5 лет и снижения смертности) [1]. Однако традиционный подход, заложенный в программных документах (повышение осведомленности, создание инфраструктуры), является необходимым, но недостаточным условием для массового и устойчивого изменения поведения, связанного со здоровьем (ПСЗ). Мировая и отечественная практика показывают, что между знанием о здоровом образе жизни и реальными действиями существует значительный барьер. С психологической точки зрения, этот барьер имеет сложную структуру, включающую когнитивные факторы (неадекватные убеждения, низкая самоэффективность, предпочтение краткосрочных выгод долгосрочным целям), эмоциональные факторы (страх неудачи, тревога, связанная с изменением привычного уклада), мотивационные факторы (отсутствие внутренней, автономной мотивации; действия из-под внешнего давления недолговечны), а также социальные и средовые факторы (влияние семьи, коллег, социальных норм в конкретном сообществе, доступность и привлекательность здоровьесбережения). Исследование не внешних факторов (инфраструктура, информирование), а внутренних психологических механизмов, которые этим поведением управляют, является логическим и необходимым углублением положений программного документа. Программа социально-экономического развития ставит

задачу «формирования культуры здорового образа жизни». Как известно, культура базируется на разделяемых смыслах и ценностях. В связи с этим изучение того, как у человека формируется личностный смысл здоровья, как этот смысл конкурирует с другими жизненными смыслами (карьера, семья, сиюминутные удовольствия) и как он в конечном итоге регулирует поведение, представляет собой исследование фундаментальных основ такой культуры. Чтобы люди начали и, что важнее, продолжили заниматься физической культурой, эта деятельность должна обрести для них статус смыслообразующей.

Проблема генезиса и психологической регуляции ПСЗ является одной из центральных в медицинской психологии. Однако ее анализ часто ограничивается современным социокультурным контекстом, упуская из виду фундаментальный антропологический разрыв между человеком и другими биологическими видами. Ключом к пониманию этого разрыва служит тезис о том, что здоровье как осознанная ценность и предмет целенаправленной деятельности является исключительно человеческим феноменом, возникшим на стыке биологической эволюции и культурно-исторического развития. В отличие от человека, у животных сохранение жизнедеятельности обеспечивается комплексом врожденных биологических программ или инстинктов, направленных на избегание непосредственной опасности, добычу пищи и заботу о потомстве [2]. Здоровье как абстрактная категория, отвлеченная от сиюминутного контекста, и, тем более, как самостоятельная цель поведения, животным не свойственна. Поведенческие акты животных, обеспечивающие выживание, носят реактивный и ситуативный характер [3]. Они запускаются конкретными ключевыми стимулами: болью, голодом, непосредственной угрозой или внутренними гормональными изменениями. В отличие от этого, человеческая деятельность по сохранению здоровья носит преимущественно проактивный и опосредованный знанием характер. Она направлена на предотвращение гипотетических угроз в отдаленном будущем, что требует развитого прогностического мышления и способности к символическому представлению (например, отказ от курения сегодня для профилактики рака легких через десятилетия). Этот переход от реактивности к проактивности знаменует собой смену эволюционного уровня регуляции от инстинкта и навыка к осознанной, целенаправленной деятельности. Таким образом, забота о здоровье в человеческом понимании является деятельностью в терминах деятельностного подхода, обладающей собственным мотивом, целью и комплексом средств [4].

У человека понятие здоровья не редуцируется к биологическому функционированию, а наполняется культурными смыслами во взаимосвязи с представлениями о красоте, успехе, моральной чистоте и качестве жизни [5]. Яркой иллюстрацией служит пищевое поведение: если у животных это поведение детерминировано доступностью ресурсов и инстинктивными предпочтениями, то человеческая диета связана с культурой – вегетарианство (этические или религиозные мотивы), «детокс» (следование мифу об очищении), кето-диета (приверженность определенной научной парадигме). В рамках теории самодетерминации забота о здоровье выступает как опосредованная, внешне мотивированная деятельность, интегрированная в более широкие ценностные системы [6]. Наиболее ярким доказательством того, что здоровье для человека является именно ценностью, а не инстинктом, служит феномен устойчивого, часто осознанного здоровьеразрушающего поведения. У животных в естественной среде действия, напрямую угрожающие выживанию и репродукции, в

норме подавляются инстинктивными механизмами. Человек же, обладая знанием о вреде и декларируя ценность здоровья, систематически совершает деструктивные для него действия. Этот парадокс возможен потому, что здоровье в структуре человеческой мотивации – это лишь одна из множества конкурирующих ценностей.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести историко-психологический анализ генезиса и эволюции психической регуляции ПСЗ, как культурно опосредованного феномена, выявив ключевые механизмы трансформации регуляции от биологически детерминированных форм к ценностно-смысловым конструктам.

■ ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Обосновать принципиальное отличие человеческой заботы о здоровье от инстинктивных форм жизнеобеспечения животных, определив роль культурного опосредования в формировании ПСЗ.
2. Реконструировать ключевые исторические модели здоровья и соответствующие им механизмы психической регуляции ПСЗ на основных этапах развития западной цивилизации (от архаических обществ до современности).
3. Систематизировать выделенные модели и проанализировать динамику перехода от внешних (коллективных, сакральных, государственных) форм регуляции к внутренним (индивидуальным, ценностно-смысловым).
4. Определить значение выявленной исторической динамики для современной клинической психологии и психотерапии в контексте задач по формированию устойчивого здоровьесберегающего поведения.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено в парадигме исторической психологии и теоретического анализа. Материалом для исследования послужили фундаментальные труды, репрезентирующие ключевые этапы развития представлений о здоровье и поведении человека: этология и эволюционная биология (работы К. Лоренца [2] и Н. Тинбергена [3]); культурная и историческая антропология (исследования М. Дуглас [7], Дж. Дж. Фрэзера [8], В. Тернера [9], М. Элиаде [10]); историческая психология и теория деятельности (труды Л.С. Выготского [11] и А.Н. Леонтьева [4]); история медицины и философии (трактаты античных авторов (Гиппократ [12], Птолемей [13]), исследования по истории античной медицины (Э.Дж. Эдельштейн, Л. Эдельштейн [14]; Х. Бартош [15]), работы по истории средневековой и ренессансной культуры (Ж. Ле Гофф [16], Я. Буркхардт [17]), труды по истории эпидемий и карантин (У.Х. Макнилл [18], А.Г. Кармайкл [19], Е. Тоньотти [20])); философия и социальная теория (работы М. Фуко [21–23], П. Бергера и Т. Лукмана [5]); психология здоровья и смежные дисциплины (классические и современные работы, представляющие основные теоретические модели ПСЗ (И.М. Розеншток [24], М.Х. Беккер [25], И. Айзен [26], А. Бандура [27]), исследования по медиализации (П. Конрад [28], Р. Кроуфорд [29]), критический анализ современных практик ПСЗ (Д. Люптон [30])); а также работы, отражающие советскую/постсоветскую традицию изучения здорового образа жизни (Н.М. Амосов [31], Ю.П. Лисицын [32]). В качестве дополнительных источников

привлекались исторические документы (отчет Э. Чадвика [33], доклад М. Лалонда [34]) и программные документы (Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2026–2030 годы [1]). В соответствии с поставленной целью и характером материала в работе использован комплекс методов теоретического анализа: историко-генетический метод, сравнительно-исторический метод, метод теоретической реконструкции, интерпретация культурных феноменов, систематизация и классификация выделенных исторических типов регуляции ПСЗ.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ позволяет проследить макросоциальную динамику психической регуляции ПСЗ. В ходе исследования были выделены и охарактеризованы шесть ключевых исторических моделей здоровья, каждая из которых задавала специфическую систему ценностей и механизмов регуляции.

1. Ритуально-коллективная модель (архаические и традиционные общества). В доиндустриальных и племенных обществах не существовало концепции здоровья отдельного человека. Тело индивида воспринималось как интегральная часть «социосоматического» тела общины, его благополучие было напрямую связано с жизнеспособностью группы [7]. Регуляция осуществлялась не через медицинские предписания, а через систему сакральных ритуалов и табу, выполнявших объективно профилактическую функцию. Классический антропологический пример – это пищевые табу, связанные с тотемами или понятием «нечистоты». Такие табу часто защищали от реальных отравлений или паразитарных инвазий [8, С. 33–41, 145–175]. Табу для беременных, мифологически обоснованные, могли предотвращать попадание в организм патогенов (например, от сырой рыбы) [8, С. 147]. Ритуалы очищения (окуривание, омовение), имевшие целью изгнание «злых духов», объективно снижали риск контактной передачи инфекций. Таким образом, символический порядок выполнял функцию психогигиены и социального иммунитета, а регуляция поведения осуществлялась через страх нарушения запрета, а не через понимание причинно-следственных связей.

Забота о физическом состоянии была жестко встроена в социальную структуру, регламентированную полом, возрастом и статусом [9, С. 201–231]. Практики селекции (инфантицида, оставления) в отношении больных или неполноценных новорожденных воспринимались не как жестокость, а как гигиеническая мера по сохранению «силы рода», избавлению от «порчи» [10, С. 337–376]. Причина болезни виделась не в естественных факторах, а в нарушении социального или космического порядка (сглаз, нарушение табу, гнев духов предков) [10, С. 107–112]. Эта модель создавала мощнейший механизм внутригруппового контроля, при котором поведение каждого находилось под постоянным наблюдением, поскольку от него зависело благополучие всех.

2. Этико-гражданская модель (античность).

Следующий этап историогенеза ПСЗ связан с античной цивилизацией, где забота о здоровье впервые была рационализирована через две параллельные, но взаимосвязанные модели: натурфилософско-гигиеническую, основанную на принципе равновесия, и религиозно-ритуальную, апеллирующую к божественному вмешательству. Обе модели опосредованы культурой и направлены на конструирование определенного типа личности – гражданина полиса или империи. Классическим

воплощением рационального подхода к ПСЗ служит греческая диететика, режим жизни, охватывающий питание, сон, физическую активность и умственные упражнения. Детально разработанная в гиппократовском корпусе (напр., трактат «О диете»), она основывалась на гуморальной теории, согласно которой здоровье есть состояние динамического равновесия телесных соков, а болезнь – его нарушение [12]. С психологической точки зрения, это предполагало развитие внутреннего контроля, основанного не на страхе перед табу, а на рациональном понимании причинно-следственных связей. Диететика, таким образом, была ранней формой проактивной поведенческой медицины, где здоровье выступало не столько даром богов, сколько результатом личной дисциплины и знания. Однако эта рациональность сосуществовала с глубоко сакрализованными формами врачевания. Ритуальным воплощением ПСЗ была практика инкубации – «священного сна» в храмах Асклепия (асклепионах) [14]. Здоровье понималось как условный дар богов, достигаемый через правильное (ритуально чистое) поведение и внутренний настрой, и парадоксальным образом, эта «сверхъестественная» практика могла запускать мощные психосоматические механизмы исцеления, связанные с верой и ожиданием чуда, что предвосхищает современные исследования плацебо-эффекта и роли ожиданий пациента.

В Древнем Риме ПСЗ приобрело идеологический характер, став атрибутом римской идентичности и цивилизованности. Ярчайшим примером служил культ общественных бань и акведуков, посещение терм было не просто гигиенической процедурой, но ежедневным социальным ритуалом, обязательным для римского гражданина. Телесная чистота становилась воплощением и подтверждением социального статуса и культурного превосходства. Психическая регуляция ПСЗ здесь обеспечивалась не столько личной ответственностью, как в греческой диететике, и не столько страхом перед богами, как в инкубации, а стремлением к соответствию идеалу римлянина.

3. Религиозно-аскетическая модель (Средневековье).

Эпоха Средневековья представляет собой уникальный этап в историогенезе ПСЗ, в это время формируется глубоко теоцентричная модель, в которой здоровье перестает быть самостоятельной ценностью или гражданской добродетелью, подчиняясь высшей цели спасению души. Это порождает парадоксальную, с современной точки зрения, систему психической регуляции, где телесное страдание могло обретать позитивный смысл, а активная забота о физическом благополучии – осуждаться как грех гордыни. Рациональные гигиенические практики античности были во многом утрачены или переосмыслены. Как отмечал Жак Ле Гофф, в средневековом мировоззрении излишняя забота о теле могла рассматриваться как проявление греховной гордыни и привязанности к тленному миру [16]. Этиология болезни радикально сместилась из природной в морально-религиозную сферу. Болезнь трактовалась как наказание за личный или коллективный грех, испытание веры, ниспосланное для укрепления духа. Психическая регуляция поведения в связи с болезнью осуществлялась через практики, направленные не на тело, а на душу (молитву, исповедь, паломничество к святым мощам, ношение реликвий). Добровольное страдание тела (изнурительный пост, ношение власяницы, самобичевание, лишение сна) воспринималось как аскетическая техника, имеющая двойную цель умертвление греховной плоти как источника искушений и искупление грехов. Подвиги столпников, затворников и юродивых, сознательно разрушавших свое здоровье, не только одобрялись, но и

почитались как образец святости. Поскольку здоровье и болезнь считались прямым проявлением Божьего промысла, активная борьба с недугом с помощью земной медицины могла расцениваться как богопротивная гордыня, нежелание принять свою крестную участь. Чисто спиритуалистическая модель столкнулась с предельным вызовом во время пандемии бубонной чумы («Черной смерти») в XIV веке. Невозможность интерпретировать катастрофу такого масштаба исключительно в категориях индивидуального греха привела к внедрению рациональных, санкционированных государством мер. Как документирует Энн Кармен, в 1377 году в Венеции впервые был законодательно введен 40-дневный карантин для прибывающих судов, как мера, основанная на эмпирических наблюдениях, а не на теологии [19]. Однако, как отмечает Е. Тоньотти, подобные мероприятия встречали яростное сопротивление населения, воспринимавшего карантины как богопротивное насилие над волей Божьей [20].

4. Государственно-утилитарная модель (Новое время).

В эпоху Возрождения на смену средневековому спиритуализму приходит антропоцентризм, реабилитирующий человеческое тело как ценное и прекрасное творение. Интерес к анатомии (революционные труды Андреаса Везалия «*De humani corporis fabrica*», 1543) и развитие натурфилософии способствовали тому, что тело перестало восприниматься лишь как «сосуд греха» и стало объектом научного изучения и эстетического восхищения [17]. Это породило новые формы поведения, связанного, в то числе и со здоровьем. Физические упражнения, фехтование, танцы, внимание к осанке и костюму мотивировались теперь не только религиозными целями, но и желанием соответствовать гуманистическому идеалу гармонично развитого человека [17]. Психическая регуляция поведения обогатилась мотивами самовозвеличивания, стремления к славе и эстетическому совершенству. Наряду с теологической трактовкой чумы как «Божьей кары», в эпоху Возрождения стали активно искать и земные причины эпидемий. Получили распространение две конкурирующие теории: миазматическая (заражение через «ядовитые испарения» воздуха) и контагионистская (передача при непосредственном прикосновении или через предметы). Это привело к появлению новых форм поведения, основанных на прото-эпидемиологическом мышлении (бегство из зараженных городов, использование ароматических веществ (помандеров) и укусных губок для «очищения» воздуха, ношение первых прообразов защитных масок с «клювами», наполненными ароматическими травами), психическим регулятором такого поведения выступал уже не только религиозный страх, но и зарождающееся чувство личной ответственности за профилактику, основанное на квазинаучных представлениях, при этом описанные выше практики часто сочетались с молитвами и процессиями.

Фигура врача, особенно придворного, начинает обретать авторитет, конкурирующий с авторитетом священника. Появляются первые трактаты о персональной гигиене и диете, адресованные конкретным социальным слоям (придворным, ученым, купцам). Рекомендации избегать излишеств в еде и вине мотивировались уже не только грехом чревоугодия, но и необходимостью сохранить ясность ума для интеллектуальных трудов, политических интриг или художественного творчества. Таким образом, здоровье начинало рассматриваться как условие социальной успешности и профессиональной реализации. В эпоху Возрождения ценность здоровья стала земной, но при этом элитарной и эстетизированной.

В эпоху Просвещения и последующий XIX век здоровье превратилось в объект научного управления. Как определил Мишель Фуко, в эту эпоху складывается концепция управления жизнью популяции через регулирование здоровья, гигиены, рождаемости и смертности (Фуко, 1999) [21, 22]. В результате научных открытий, прежде всего микробной теории Луи Пастера и Роберта Коха (1870–1880-е гг.), болезнь получила конкретного, видимого в микроскоп врага – патогенного микроорганизма. Это кардинально изменило смысл профилактики, борьба с невидимыми «миазмами» сменилась целенаправленной борьбой с конкретным агентом. Психическая регуляция ПСЗ обрела четкий фокус, когда страх сместился с божественной кары на невидимую, но реальную бактериальную угрозу, которую можно победить с помощью гигиены, дезинфекции и вакцинации.

Инициированное отчетом Эдвина Чадвика «Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain» (1842), санитарное движение напрямую связало здоровье масс с социальными и экологическими условиями [33]. Это привело к строительству централизованных систем канализации, водоснабжения и утилизации отходов. Как отмечает историк медицины Дороти Портер, здоровье трансформировалось из личной проблемы в гражданскую обязанность и объект государственной политики [35]. Внедрение вакцинации (от оспы Э. Дженнера) было первой массовой медицинской практикой, требовавшей от населения добровольного подчинения болезненной процедуре, смысл которой (борьба с невидимым вирусом) был неочевиден. Широкое внедрение медицинской и демографической статистики (труды У. Фарра, Дж. Граунта) позволило впервые количественно оценить влияние социальных факторов на здоровье. Здоровье стало измеряемым, исчисляемым объектом, что заложило основу для доказательного обоснования государственных предписаний. В XVIII–XIX вв. наблюдается взрыв популярной литературы по диететике, гигиене и «правильному образу жизни». Это свидетельствует о формировании нового типа субъектности, для которого здоровье становится сферой самосовершенствования. Здоровое тело начинает рассматриваться как необходимое условие для продуктивного труда, успешной карьеры, военной службы и, в конечном счете, процветания нации. Таким образом, индивидуальное здоровьесберегающее поведение обрело гражданский смысл. Именно в этот период здоровье стало полноценной секулярной, социальной и моральной ценностью в ее современном понимании.

5. Индивидуалистическая модель (XX век).

Следующий этап – XIX и первая половина XX века – становится эпохой тотальной медикализации и индустриализации здоровья. Если Просвещение провозгласило здоровье общественным благом, то этот период превращает его в объект систематического научно-технического управления в рамках биомедицинской парадигмы. В данной модели здоровье редуцируется к отсутствию объективно диагностируемой патологии, а его носитель, пациент, рассматривается как пассивный объект врачебного воздействия. Медицина окончательно закрепила за собой монопольное право на определение нормы и патологии. Эта норма, как отмечал Жорж Кангильем, все чаще стала описываться в количественных, статистических показателях (артериальное давление, уровень холестерина, сахара в крови), что позволяло объективировать и стандартизировать оценку состояния индивида [36]. Экспансия медицинского контроля привела к медикализации жизненных процессов: беременность и роды были перемещены из домашней сферы в пространство клиники; старость стала объектом

геронтологии; формы девиантного поведения (алкоголизм) и обычные жизненные трудности (стресс) были переопределены как медицинские проблемы, требующие диагноза и терапии [28]. Идеальным продуктом этой системы стал комплаентный (приверженный) пациент, чья главная добродетель заключалась в беспрекословном и точном следовании врачебным предписаниям. Психическая регуляция ПСЗ сводилась к внешней дисциплине, опосредованной авторитетом «белого халата», а внутренний мир пациента и социальные детерминанты болезни оставались за рамками медицинского внимания.

Поворотным пунктом, предвосхитившим кризис этой модели, стало эпидемиологическое исследование Ричарда Долла и Брэдфорда Хилла, доказавшее причинно-следственную связь между курением и раком легких [37]. Эта работа не только изменила представления об этиологии болезни, но и сместила вектор ответственности на индивидуальное поведение, заложив основы для концепции «факторов риска», управляемых самим человеком. К 1970-м годам становится очевидным кризис чисто биомедицинского подхода. Ведущие причины смертности в развитых странах (сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет) носят хронический и поведенчески опосредованный характер, их нельзя устранить разовым медицинским вмешательством, поскольку перечисленные заболевания требуют пожизненной модификации образа жизни. Это породило спрос на понимание психологических механизмов, лежащих в основе здоровьесберегающего и здоровьеразрушающего поведения.

В Докладе Лалонда (1974) впервые на государственном уровне здоровье было представлено как результат четырех групп факторов, среди которых образ жизни был определен как наиболее значимый (50–55%) [34]. Это легитимизировало вмешательство не только в среду, но и в повседневные привычки и мотивацию индивида. Последовавшая программа США «Healthy People» (1979) операционализировала этот подход, установив измеримые цели по изменению поведения населения. Произошел переход от парадигмы здравоохранения к парадигме содействия здоровью. Для реализации этой новой задачи потребовался теоретический аппарат. Психология здоровья оформилась как самостоятельная дисциплина, предложив модели, объясняющие и прогнозирующие поведенческие изменения. Модель убеждений в отношении здоровья (Health Belief Model, НВМ) постулировала, что готовность к действию зависит от воспринимаемой уязвимости, серьезности угрозы, сигналов к действию и других переменных [24]. Теория запланированного поведения (Theory of Planned Behavior, ТРВ) делала акцент на роли установок, субъективных норм и контроля в формировании поведенческих намерений [26]. Эти теории переводили проблему здоровья из сугубо медицинской плоскости в плоскость индивидуальной когнитивно-мотивационной сферы. Они стали основой для разработки массовых программ, направленных на отказ от курения, изменение питания и увеличение физической активности. Таким образом, психология взяла на себя роль посредника между медицинским знанием о рисках и реальным повседневным поведением человека, окончательно утвердив принцип личной ответственности в современной концепции здоровья.

Параллельно с зарождением психологии здоровья на Западе, в СССР в 1970–80-е годы была официально сформулирована и внедрена в идеологический оборот концепция «здорового образа жизни» (ЗОЖ). Ключевыми фигурами стали академики-медики Амосов Н.М. и Лисицын Ю.П. Амосов Н.М., кардиохирург и популяризатор, в

своей книге «Раздумья о здоровье» (1978) продвигал аскетичный, почти спартанский идеал «режима ограничений и нагрузок», включающий закаливание, систематическую физкультуру и пищевые ограничения [31]. Его подход носил выраженный технократический характер, тело рассматривалось как система, требующая регулярной «тренировки» и «профилактики поломок». Лисицын Ю.П. в фундаментальной работе «Образ жизни и здоровье населения» (1982) дал развернутое научное определение ЗОЖ как целенаправленной деятельности и выделил его структурные элементы: созидательный труд, отказ от вредных привычек, рациональное питание, оптимальную двигательную активность, закаливание и личную гигиену [32]. Пропаганда ЗОЖ осуществлялась через мощные государственные институты: комплекс ГТО («Готов к труду и обороне»), производственную гимнастику, сеть лекториев и наглядную агитацию (плакаты). Это была новая форма внешней, дисциплинарной регуляции, опосредованной идеологическим долгом перед социалистическим обществом, авторитетом науки и давлением коллектива. ЗОЖ становился не личным выбором, а гражданской обязанностью сознательного строителя коммунизма, а здоровье тела – символом морально-политической стойкости. Эта модель не предполагала психологической рефлексии или учета индивидуальной мотивации, делая упор на внешней организации и воспитании «правильных» привычек.

Легитимационными вехами в становлении психологии здоровья стали создание Отдела психологии здоровья (Division 38) в Американской психологической ассоциации (1982) и запуск журнала «Health Psychology» (1986). К 1990-м годам в рамках дисциплины оформились специализации: психология болезни, психоонкология, кардиопсихология, что свидетельствовало о ее глубокой интеграции в систему здравоохранения.

б. Технократическая модель (современность).

С конца XX – начала XXI века ПСЗ претерпевает трансформацию, когда доминирующей формой становится самооптимизация через постоянный сбор и анализ данных о состоянии собственного здоровья. Как анализирует Дебора Люптон, здоровье перестало восприниматься как статическое состояние и превратилось в непрерывный «поток данных», требующий постоянного мониторинга, интерпретации и корректировки [30]. Цель сместилась с лечебной к предсказательной и превентивной. Этот тренд усиливается развитием персонализированной (прецизионной) медицины [38].

■ ВЫВОДЫ

На протяжении истории человечества не существовало универсальной и вневременной ценности «здоровья». Его смысл, значение и связанное с ним поведение являлись продуктом конкретных культурных и социальных систем. Этот вывод опровергает биологический взгляд на здоровье как на инстинктивную данность и подчеркивает его опосредованность культурой. Проведенный историко-психологический анализ генезиса и эволюции психической регуляции ПСЗ, позволяет сформулировать следующие основные выводы:

1. Ценность здоровья не является биологически заданной константой и не может быть редуцирована к инстинктивным формам жизнеобеспечения, свойственным животным. Она представляет собой исторически изменчивый культурный конструкт, содержание и регуляторные механизмы которого определяются

доминирующей в обществе картиной мира, системой ценностей и социальными институтами. Принципиальное отличие человеческого ПСЗ заключается в его проактивном, опосредованном знанием и ценностно-смысловой регуляцией характера.

2. В ходе исторического развития западной цивилизации последовательно сменяли друг друга шесть ключевых моделей здоровья, каждая из которых задавала специфическую систему психической регуляции ПСЗ: ритуально-коллективная, этико-гражданская, религиозно-аскетическая, государственно-утилитарная, индивидуалистическая, технократическая.
3. Динамика психической регуляции ПСЗ демонстрирует макросоциальный переход от жесткой внешней детерминации (табу, религиозные и государственные предписания) к интериоризированным формам самоконтроля и личной ответственности. Однако этот переход не является полным и безвозвратным, на современном этапе он дополняется новыми, «мягкими» формами внешней регуляции, осуществляемыми через программы здоровьесбережения, которые индивид добровольно интериоризирует.
4. Понимание выявленной исторической динамики имеет принципиальное значение для клинической психологии и психотерапии. Оно позволяет, во-первых, избегать неверного проецирования современных мотивов и смыслов на поведение пациентов, чья ценностно-смысловая сфера может быть сформирована под влиянием иных (например, религиозных или патерналистских) моделей. Во-вторых, оно указывает на необходимость в практической работе смещать фокус с простой трансляции знаний о факторах риска на анализ глубинных ценностно-смысловых структур личности, определяющих реальное поведение. Эффективные интервенции в области здоровьесбережения должны быть направлены на то, чтобы деятельность по сохранению здоровья обрела для пациента статус смыслообразующей, что особенно актуально в контексте реализации государственных программ по формированию культуры здорового образа жизни и увеличению продолжительности жизни населения.

Перспективы дальнейших исследований связаны с эмпирической верификацией выделенных моделей психической регуляции ПСЗ в современном культурном пространстве, а также с разработкой на их основе дифференцированных стратегий психологического сопровождения и интервенций для различных групп населения.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Program of Socio-Economic Development of the Republic of Belarus for 2026–2030: utv. Resheniem Vsebelorusskogo narodnogo sobraniya Respubliki Belarus', 19 dekabrya 2025 g., № 1. Natsional'nyy pravovoy Internet-portal Respubliki Belarus'. 20.12.2025. – 2.1/22252. (in Russian)
2. Lorenz K. On Aggression. Moscow: Progress, 1994; 348 p. (in Russian)
3. Tinbergen N. The Study of Instinct. Oxford: Oxford University Press, 1951; 228 p.
4. Leont'ev A.N. *Problems of the development of the psyche*. Moscow: Izd-vo Moskovskogo universiteta, 1981; 584 p. (in Russian)
5. Berger P., Lukman T. *The Social Construction of Reality: A Treatise on the Sociology of Knowledge*. Moscow: Medium, 1995; 323 p. (in Russian)
6. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000;55(1):68–78.
7. Douglas M. *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. London: Barrie & Rockliff, 1970; 177 p.
8. Frezer Dzh. *The Golden Bough*. Moscow: Politizdat, 1980; 831 p. (in Russian)
9. Terner V. *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*. Moscow: Nauka, 1983; 277 p. (in Russian)
10. Eliade M. *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy*. Kiev: Sofiya, 2000; 480 p. (in Russian)
11. Vygotskii L.S. *The history of the development of higher mental functions. Sobr. soch. v 6 t.* Moscow: Pedagogika, 1983;3:5–328. (in Russian)

12. Gippokrat. *On Regimen*. Gippokrat. Sochineniya v 4 t. Per. s grech. V.I. Rudneva. Moscow: Gosudarstvennoe izdatel'stvo meditsinskoj literatury. 1931;4:224–447. (in Russian)
13. Ptolemy C. *Tetrabiblos*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1940; 466 p. (Loeb Classical Library).
14. Edelstein E.J., Edelstein L. *Asclepius: A Collection and Interpretation of the Testimonies*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1945;2:325.
15. Bartoš H. *Philosophy and Dietetics in the Hippocratic on Regimen*. Leiden: Brill, 2015; 235 p. doi: 10.1163/9789004289550
16. Le Goff Zh. *Tsivilizatsiya srednevekovogo Zapada [Medieval Civilization 400–1500]*. Ekaterinburg: U-Faktoriya, 2005; 560 p. (in Russian)
17. Burkhardt Ya. *The Civilization of the Renaissance in Italy*. Moscow: Intrada, 1996; 526 p. (in Russian)
18. McNeill W.H. *Plagues and Peoples*. New York: Anchor Press, 1976; 369 p.
19. Carmichael A.G. *The First Quarantine Regulation and the Early Management of Plague in Venice, 1377–1500. Pandemic Disease in the Medieval World: Rethinking the Black Death*. Kismet Press, 2015; 163–176 pp.
20. Tognotti E. Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerging Infectious Diseases*. 2013;19(2):254–259. doi: 10.3201/eid1902.120312
21. Fuko M. *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Moscow: Ad Marginem, 1999; 480 p. (in Russian)
22. Fuko M. *The History of Sexuality, vol. 3: The Care of the Self*. Moscow: Respublika, 1998; 288 p. (in Russian)
23. Fuko M. *The Will to Truth: Beyond Knowledge, Power and Sexuality*. Moscow: Kastal', 1999; 448 p. (in Russian)
24. Rosenstock I.M. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 1974;2(4):328–335.
25. Becker M.H. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*. 1974;2(4):324–473.
26. Ajzen I. *From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. Action Control: From Cognition to Behavior*. Berlin: Springer, 1985; 11–39 pp.
27. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company, 1997; 604 p.
28. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*. 1992;18:209–232.
29. Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*. 1980;10(3):365–388.
30. Lupton D. *The Quantified Self: A Sociology of Self-Tracking*. Cambridge: Polity Press, 2016; 210 p.
31. Amosov N.M. *Reflections on Health*. Moscow: Molodaya gvardiya, 1978; 192 p. (in Russian)
32. Lisitsyn Yu.P. *Lifestyle and health of the population*. Moscow: Znanie, 1982; 40 p. (in Russian)
33. Chadvik E. *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1965; 350 p. (in Russian)
34. Lalond M. *A New Perspective on the Health of Canadians: Report*. Ottawa: Pravitel'stvo Kanady, 1974; 78 p. (in Russian)
35. Porter D. *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London: Routledge, 1999; 376 p. (in Russian)
36. Canguilhem G. *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books, 1991; 327 p.
37. Doll R., Hill A.B. Lung Cancer and Other Causes of Death in Relation to Smoking: A Second Report on the Mortality of British Doctors. *British Medical Journal*. 1956;2(5001):1071–1081.
38. Topol E. *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine is in Your Hands*. New York: Basic Books, 2015; 364 p.

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.017>
УДК 159.9.07

Золотова И.А.

Ярославский государственный университет, Ярославль, Россия

Роль нозологического фактора и материнского отношения при формировании субъективной репрезентации заболевания новорожденного у женщин в раннем послеродовом периоде

Конфликт интересов: не заявлен.

Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 15.01.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: iazolotova@mail.ru

Резюме

Введение. Возрастающий запрос со стороны медицинского сообщества на эффективность от лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение здоровья детей раннего возраста, стимулирует изучение особенностей восприятия картины заболевания ребенка матерью, т.е. субъективную репрезентацию заболевания новорожденного.

Цель. Изучить особенности эмоционального переживания, личную включенность, уровень владения и понимания ситуации, связанной с заболеванием новорожденного у женщин в раннем послеродовом периоде и описать их взаимосвязи с нозологическим фактором и особенностями материнского отношения.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 239 женщин с диагностированными заболеваниями у новорожденных: инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная (P39.9), пороки развития (Q00–Q99), перинатальное поражение центральной нервной системы (P 91.0), нарушение периода адаптации у новорожденного (P 70.0 – P 74.0) и гемолитическая болезнь новорожденного (P55.0). Применялись методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» (СДЖС) и Тест отношений матери (ТОМ). Статистические методы обработки: однофакторный дисперсионный анализ рангов (Kruskal – Wallis) и Точечно-бисериальный коэффициент корреляции (rpb).

Результаты. Уровень владения ситуацией, связанной с рождением ребенка с заболеванием (когнитивный компонент) и эмоциональное переживание (эмоциональный компонент) различается у женщин в зависимости от установленного диагноза новорожденному. Множественные корреляции между показателями по шкалам методик, характеризующие отношение женщины к ребенку, субъективное восприятие отношения к ней мужа и самоотношение в контексте ролевой составляющей взаимосвязаны с уровнем владения, уровнем эмоционального переживания и понимания ситуации, обусловленной рождением ребенка с заболеванием.

Ключевые слова: ребенок с заболеванием, материнское отношение, субъективная репрезентация заболевания новорожденного, нозологический фактор, ранний послеродовый период

Zolotova I.
Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

The Role of the Nosological Factor and Maternal Attitude in the Formation of Subjective Representation of the Disease of the Newborn in Women in the Early Postpartum Period

Conflict of interest: nothing to declare.
The article is published in author's edition.

Submitted: 15.01.2026
Accepted: 16.03.2026
Contacts: iazolotova@mail.ru

Abstract

Introduction. Growing demand from the medical community for the effectiveness of treatment and rehabilitation measures aimed at improving the health of young children is stimulating the study of the characteristics of the mother's perception of the child's illness, i.e., the subjective representation of the newborn's illness.

Purpose. To study the characteristics of emotional experience, personal involvement, level of knowledge and understanding of the situation related to the illness of a newborn in women in the early postpartum period and to describe their relationships with the nosological factor and characteristics of the maternal attitude.

Materials and methods. The study involved 239 women with diagnosed neonatal diseases: infection specific to the perinatal period, unspecified (P39.9), malformations (Q00–Q99), perinatal damage to the central nervous system (P91.0), impaired adaptation period in the newborn (P70.0–P74.0), and hemolytic disease of the newborn (P55.0). The Semantic Differential of Life Situation (SDLS) and the Test of Mother's Relationships (TOM) were used. Statistical processing methods included one-way analysis of variance on ranks (Kruskal-Wallis) and the point-biserial correlation coefficient (RPB).

Outcomes. Women's level of understanding of the situation surrounding the birth of a child with a medical condition (cognitive component) and emotional experience (emotional component) vary depending on the newborn's diagnosis. Multiple correlations between the scales characterizing a woman's attitude toward her child, her subjective perception of her husband's attitude toward her, and her self-perception in the context of the role component are linked to the level of understanding, emotional experience, and comprehension of the situation surrounding the birth of a child with a medical condition.

Keywords: child with illness, maternal attitude, subjective representation of newborn illness, nosological factor, early postpartum period

■ ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия в клинической психологии возрастает научный интерес в отношении формирования внутренней картины болезни и психологической адаптации к соматическим заболеваниям, в том числе в условиях неопределенности,

среди различных возрастных категорий [1–3]. Исследователи рассматривают данный феномен с разных теоретических позиций, что позволяет глубже понять, как человек воспринимает свое заболевание, как адаптируется к нему, и как это влияет на его качество жизни.

Сохраняющие свою актуальность вопросы наследственной и врожденной патологии новорожденных, детей младенческого и раннего возраста актуализируют психодиагностическую потребность в изучении особенностей восприятия картины заболевания ребенка матерью. Современные теоретические подходы к изучению внутренней картины болезни и адаптации в условиях соматической болезни взрослого населения, детей и подростков не раскрывают особенностей формирования восприятия женщиной картины заболевания новорожденного. Отсутствует феноменологический категориальный аппарат, описывающий компоненты и этапы формирования данного феномена.

При рождении ребенка с заболеванием происходит ненормативный кризис идентичностей, проявляющийся в замене идентичности «я – мама» на «я – мама больного ребенка». Становление диады «мать – дитя с заболеванием» и принятие материнской роли происходит не в семейной среде, а в стационарных условиях, иногда, в течение продолжительного времени. Это отражается на психоэмоциональном статусе матери, ее отношении к новорожденному. Но в то же время происходит «накопление» знания о заболевании новорожденного. В результате формируется субъективная репрезентация заболевания новорожденного у матери.

Субъективная составляющая включает индивидуальную интерпретацию клинических симптомов, эмоциональное отношение к соматическому состоянию и диагнозу новорожденного и дальнейшему прогнозу. Личностный смысл болезни новорожденного воспринимается через систему убеждений относительно природы заболевания и возможностей его контроля.

Изучению эмоционального статуса женщины после родов посвящено большое количество исследований отечественных и зарубежных ученых [4–8]. В ранее проведенных исследованиях ученые описывают многочисленные и тесные связи состояния психического здоровья матерей с показателями физического и психического развития детей, проявляющиеся на этапах новорожденности и младенчества [9–12]. Вопросы субъективной репрезентации заболевания новорожденного остаются не изученными.

Постановка проблемы – с одной стороны, для повышения эффективности лечебно-реабилитационных программ ранней помощи необходим высокий уровень включенности со стороны матери. В то же время недостаточный уровень изучения феномена субъективной репрезентации заболевания новорожденности со стороны женщины не позволяет учитывать детерминанты, повышающие личностный ресурсный потенциал и эффективное участие матери в лечебно-реабилитационных программах с учетом особенностей психологической адаптации к заболеванию ребенка.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности эмоционального переживания ситуации, личную включенность, уровень владения и понимания ситуации, связанной с заболеванием новорожденного у женщин в раннем послеродовом периоде и описать их взаимосвязи с нозологическим фактором и особенностями материнского отношения. Мы

предполагаем, что установленный диагноз, а также особенности, характеризующие отношение женщины к ребенку, субъективное восприятие отношения к ней мужа и самоотношение влияют на формирование субъективной репрезентации заболевания новорожденного.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведенное исследование соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА и одобрено локальным этическим комитетом ГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 49 от 30.09.2021 г.). В исследовании участвовали 239 женщин. Отличительным критерием при отборе группы респондентов стало установление диагноза новорожденному в раннем неонатальном периоде. Мама с ребенком были переведены в отделение патологии новорожденных Областной клинической больницы, где проходили обследование и лечение. В последующем, по нозологическому критерию в виде диагностированного заболевания у новорожденного, были сформированы группы сравнения. 1 группа – женщины, с диагностированным заболеванием у новорожденного – инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная (P39.9) в количестве 58 человек, далее – группа «ВУИ». 2 группа – женщины, у детей которых выявлены пороки развития (Q00-Q99) в количестве 48 человек, далее «ВГР»; 3 группа – женщины с новорожденными с перинатальным поражением центральной нервной системы (P91.0) – 19 человек, группа «ППЦНС». 4 группа – женщины, с нарушениями периода адаптации у новорожденного (P70.0 – P74.0), включая, конъюгационную желтуху новорожденного (P 59.9). Самая многочисленная группа, представленная 103 женщинами, соответственно – группа «НПА». 5 группа объединила женщин с заболеваниями системы крови у ребенка в количестве 11 человек: гемолитическая болезнь новорожденного (P 55.0) и геморрагическая болезнь новорожденного (P50.0), далее «ГБН». Соматическое состояние женщин при переводе в отделение патологии новорожденных было расценено акушерами-гинекологами, как удовлетворительное. У всех женщин были своевременные роды. Соответственно, срок гестации детей регистрировался в интервале 37–41 неделя. Критерием исключения из выборки стало нарушение репродуктивного анамнеза у женщин и рождение ребенка, в результате индуцированной беременности посредством вспомогательных репродуктивных технологий.

При проведении исследования были использованы методики:

1. Методика «Семантический дифференциал жизненной ситуации» (СДЖС), ориентированная на изучение восприятия ситуации рождения ребенка женщинами. В качестве основных смысловых осей использовались диагностические параметры: «эмоциональное переживание ситуации», «энергетический заряд», «уровень понимания и владение ситуацией», «позитивные ожидания», «разрешимость ситуации», «личностная включенность» и «вера в преодолимость ситуации» (Александрова, Дерманова 2017). Выявленные показатели позволяют характеризовать степень выраженности признака от существенно повышенного до существенно пониженного уровня, соответственно, по каждой из перечисленных шкал [13].
2. Методика «Тест отношений матери», ориентирована на описание отношения женщины к новорожденному с заболеванием в послеродовом периоде, а также, описание субъективного восприятия отношения к ней мужа, самоотношения,

обусловленного ролью матери и выявить возможные взаимосвязи с показателями по шкалам методики СДЖС. Методика является модификационной версией Теста отношений беременной И.В. Добрякова [14, 15]. Проверка надежности методики «Тест отношений матери» осуществлялась с помощью критерия Альфа-Кронбаха. Конструктивная валидность методики оценивалась путем кластеризации переменных методом дальних связей, для сравнения данных использовался t -критерий Стьюдента для независимых выборок. Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Содержательная валидность методики была оценена с помощью внешней экспертной оценки. Внешним экспертом выступил И.В. Добряков - автор методики «Тест отношений беременной» [16].

Для подтверждения достоверности результатов исследования были использованы статистические методы обработки: однофакторный дисперсионный анализ рангов (Критерий Краскала – Уолеса) и Точечно-бисериальный коэффициент корреляции (r_{pb}).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

1. При анализе результатов методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» О.В. Александровой и И.Б. Дермановой были выявлены различия показателей по представленным в методике шкалам: «владение ситуацией», «эмоциональное переживание ситуации», «разрешимость ситуации», «обыденность и повседневность ситуации» и «уровень понимания ситуации» у женщин с разными нозологическими формами заболевания новорожденного ребенка. Что является отражением особенностей субъективной репрезентации заболевания новорожденного матерью. Для сопоставления одновременно всех средних параметров по группам сравнения, сформированных по нозологическому критерию, применялся классический метод множественного сравнения средних – дисперсионный анализ (ANOVA) и его непараметрический аналог критерий Краскала – Уоллиса (Kruskal – Wallis). Полученные результаты представлен в табл. 1.

Результаты показывают, что у женщин в раннем послеродовом периоде, есть статистически значимые различия по уровню владения ситуацией ($p=,0062$), связанной с рождением ребенка с заболеванием (когнитивный компонент) и эмоциональным переживанием этой ситуации ($p=,0018$) (эмоциональный компонент). Они отличаются у респондентов с различным диагнозом новорожденного. Матери по-разному оценивают «обыденность и повседневность ситуации» ($p=,0418$), «разрешимость ситуации» ($p=,0187$). Транслируют разный уровень «понимания ситуации» ($p=,0371$) при рождении ребенка с заболеванием в рамках представленных нозологий: инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная (P39.9), перинатальное поражение ЦНС (P91.0), неонатальная желтуха, неуточненная (P59.9), гемолитическая болезнь новорожденного (P55.0) и врожденные пороки развития (Q00–Q99). Это подтверждается в степени выраженности признака от существенно повышенного до существенно пониженного уровня, соответственно, по каждой из перечисленных шкал в группах сравнения.

2. «Тест отношений матери». Точечный бисериальный коэффициент корреляции (r_{pb}) позволил выявить взаимосвязи между переменными, измеряемыми в номинальной дихотомической шкале (виды и типы отношений), и переменными –

Таблица 1
Результаты анализа переменных методики СДЖС по критерию Краскала – Уоллиса в исследуемых группах
Table 1
Results of the analysis of variables of the SDGS method according to the Kruskal-Wallis criterion in the study groups

	Медиана					Среднее выборочное					Критерий Краскала – Уоллиса Kruskal – Wallis test: H
	ВУИ	ВПр	ППЦНС	НПА	ГБН	ВУИ	ВПр	ППЦС	НПА	ГБН	
Владение ситуацией	5,00	4,77	3,90	4,55	4,10	4,77	4,53	4,04	4,50	4,24	p=,0062**
Эмоциональное переживание ситуации	5,11	4,95	4,11	4,78	4,22	5,02	4,83	4,21	4,69	4,35	p=,0018**
Обыденность и повседневность ситуации	4,00	3,63	3,00	3,50	3,50	3,88	3,76	3,11	3,58	3,63	p=,0418*
Разрешимость ситуации	4,80	4,40	4,00	4,40	4,20	4,70	4,48	3,84	4,34	4,30	p=,0187*
Уровень понимания ситуации	4,25	3,75	3,50	4,00	4,50	4,09	3,68	3,20	3,94	4,23	p=,0371*

Примечания: * различия на уровне значимости $p < 0,05$; ** различия на уровне значимости $p < 0,01$; *** различия на уровне значимости $p < 0,001$.

в количественных шкалах (количественный уровень выраженности признака) [17]. Были описаны взаимосвязи между особенностями отношения женщины к новорожденному с заболеванием, к себе матери, к отношению со стороны отца ребенка по ее субъективным представлениям и показателями по шкалам методики СДЖС «эмоциональное переживание ситуации», «энергетический заряд», «владение ситуацией», «позитивные ожидания», «разрешимость ситуации», и «вера в преодолимость ситуации» в общей выборке. Результаты представлены в табл. 2.

Множественные значимые корреляции между показателями по шкалам методики указывают на то, что особенности, характеризующие отношение женщины к ребенку, субъективное восприятие отношения к ней мужа и самоотношение в контексте ролевой составляющей взаимосвязаны с уровнем владения, уровнем эмоционального переживания и понимания ситуации, обусловленной рождением ребенка с заболеванием.

При отсутствии признака «эйфорическое отношение к ребенку» и при наличии признака «оптимального отношения к новорожденному», возрастают количественные показатели, характеризующие «эмоциональное переживание ситуации», «энергетический заряд», «владение ситуацией», «позитивные ожидания», «разрешимость ситуации», и «вера в преодолимость ситуации» в общей выборке. Наличие признака «эйфорическое отношение к себе матери», поддерживает высокие количественные показатели, характеризующие аналогичные шкалы в общей выборке. Наличие признака «тревожное отношение к ребенку», поддерживает количественные показатели, характеризующие «позитивные ожидания», «разрешимость ситуации», и «веру в преодолимость ситуации» для респондентов общей выборки. Но при отсутствии

Таблица 2

Результаты анализа переменных методики СДЖС и ТОМ при использовании Точечного бисериального коэффициента корреляции (rpb) в исследуемых группах

Table 2

Results of the analysis of variables of the SJS and TOM methods using the Point Biserial Correlation Coefficient (rpb) in the study groups

Тест отношений матери	Семантический дифференциал жизненной ситуации				
	Владение ситуацией	Эмоциональное переживание ситуации	Позитивное ожидание от ситуации	Обыденность и повседневность ситуации	Разрешимость ситуации
Эйфорическое отношение к ребенку	-0,02829	-0,00602	-0,4392***	-0,86834***	-0,56574***
Оптимальное отношение к ребенку	0,076454	0,201833**	-0,16684**	0,786545***	0,64362***
Тревожное отношение к ребенку	-0,02754	-0,13051*	0,65821***	-0,18283**	0,139504*
Эйфорическое отношение к себе матери	0,25488***	0,177355**	-0,4932***	0,52314***	0,214571
Оптимальное отношение к себе матери	-0,16434*	-0,15338*	0,53974***	-0,39701***	0,062228
Эйфорическое отношение мужа	0,176205**	0,128069*	-0,17971**	-0,44285***	0,150014*
Оптимальное отношение мужа	0,078857	-0,02927	0,522507**	0,95181***	0,27071***
Гипоинфантигонозическое отношение мужа	-0,29518***	-0,13632*	-0,3863***	-0,76945***	-0,5145***

Примечания:

-0,13631* – различия на уровне значимости $p < 0,05$;

-0,20065** – различия на уровне значимости $p < 0,01$;

-0,41227*** – различия на уровне значимости $p < 0,001$.

тревожного отношения к ребенку возрастает уровень владения ситуацией. Очевидно, тревожность, направленная на будущее ребенка и изменения, связанные с трудной жизненной ситуацией, нарушает процесс адаптации и замедляют изменения в ролевом поведении. Отсутствие проявлений безразличия со стороны мужа (гипоинфантигонозическое отношение), как и наличие признака «оптимального отношения» с его стороны повышает уровень владения ситуацией, способствует «вере в преодолимость ситуации» и поддерживает «позитивные ожидания».

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Восприятие ситуации рождения ребенка с заболеванием женщинами в раннем послеродовом периоде зависит от большого количества факторов. В рамках данного исследования, впервые был описан феномен субъективной репрезентации заболевания новорожденного и для изучения его компонентов была использована методика СДЖС. В качестве основных смысловых осей эмоционального компонента СРЗН использовались диагностические параметры: «эмоциональное переживание ситуации» и «энергетический заряд». Для исследования когнитивного компонента или первичной ментальной репрезентации заболевания новорожденного имели значения показатели по диагностическим параметрам: «уровень понимания и владение

ситуацией», «позитивные ожидания», «разрешимость ситуации». Для характеристики конативного компонента в виде ментального представления о своих дальнейших действиях и мотивационном векторе были использованы значения по диагностическим параметрам «личностная включенность» и «вера в преодолимость ситуации».

Субъективная репрезентация заболевания новорожденного женщиной может существенно различаться с объективной клинической картиной. Лёгкие, по медицинским критериям, состояния ребенка, способны порождать глубокие психологические кризисы, тогда как тяжёлые соматические патологии иногда сопровождаются относительно адаптивными формами переживания. Это подтверждают результаты сопоставления одновременно всех средних параметров по группам сравнения, сформированных по нозологическому критерию. Картину болезни может быть охарактеризована как относительно ресурсная в когнитивном плане, но при этом эмоционально насыщенная и напряжённая. Перспектива исследования направлена на выявление особенностей когнитивного и эмоционального компонентов субъективной репрезентации, конкретизированных при попарном сопоставлении результатов, полученных в группах отличных нозологических форм заболевания ребенка.

Женщина испытывает высокий уровень стресса при рождении ребенка с заболеванием независимо от нозологического фактора, что часто проявляется в изменении ее психоэмоционального статуса, снижении ресурсов и «неспособности» к адаптации [15]. Основываясь на исследованиях Salomè S. и ее соратников, проведенных в 2022 году «у матерей частота посттравматического синдрома ПТТС была выше, чем у отцов, в течение первого года после выписки из отделения интенсивной терапии новорожденных (55% против 20%)» (Salomè et al., 2022, с. 13) [18].

Представленные выше результаты бисериальной точечной корреляции демонстрируют значимость качественных характеристик в виде оптимального, эйфорического, тревожного и гипоинфантогнозического типов в различных категориях отношений. Особого внимания заслуживает субъективное восприятие женщиной отношения к ней мужа. Отсутствие признака в виде гипоинфантогнозического (безразличного) отношения и наличие признака оптимального отношения обеспечивают высокие показатели по всем шкалам методики СДЖС. Последнее может свидетельствовать о том, что поддержка и понимание со стороны отца ребенка является важным условием для успешной адаптации матери при рождении ребенка с заболеванием и способствует конструктивной личной включенности в процесс лечебно-реабилитационных мероприятий. Данное заключение подтверждают результаты качественного исследования, направленного на изучение факторов, влияющих на поддержку супругами женщин, которое было проведено в специализированной больнице в Шанхае с сентября по октябрь 2023 года (Zou et al., 2024) [19]. Отношение к отцу ребенка с стороны женщины лежит в основе формирования отношения к новорожденному, что соотносится с результатами ранее проведенных исследований [20–22].

Субъективная репрезентация заболевания новорожденного также, взаимосвязана с особенностями отношения матери к новорожденному. Оптимальное отношение к новорожденному с заболеванием и отсутствие тревожного компонента поддерживают достаточный уровень владения ситуацией. Интересен полученный результат взаимосвязи эйфорического отношения женщины к себе как матери с количественными показателями, характеризующими «эмоциональное переживание

ситуации», «энергетический заряд», «владение ситуацией», «позитивные ожидания», «разрешимость ситуации», и «вера в преодолимость ситуации» в общей выборке респондентов. Некоторое восторженное отношение к новой социальной роли матери способствует большей адаптивности к ситуации, связанной с рождением ребенка с заболеванием, чем при оптимальном отношении.

■ ВЫВОДЫ

1. Обзор научной литературы по проблематике исследования позволил определить актуальность изучения феномена субъективной репрезентации заболевания новорожденного женщинами в раннем послеродовом периоде.
2. В результате проведенного исследования описаны особенности эмоционального переживания ситуации, личная включенность, уровень владения и понимания ситуации, связанной с заболеванием новорожденного у женщин в раннем послеродовом периоде и эмпирически установлена их взаимосвязь с нозологическим фактором и особенностями материнского отношения.
3. Субъективная репрезентация заболевания новорожденного представляет собой динамичный процесс, требующий дальнейшего изучения. Исследования когнитивного компонента или первичной ментальной репрезентации заболевания новорожденного через значения показателей по диагностическим параметрам: «уровень понимания и владение ситуацией», «позитивные ожидания», «разрешимость ситуации» способствуют пониманию психологических аспектов поведения женщины при лечении новорожденного в стационарных условиях и могут быть использованы клиническими психологами и неонатологами с целью формирования более глубокого знания у матери относительно соматического состояния ее ребенка. Осведомленность в вопросах этиологии и клинических проявлениях заболевания ребенка, присутствие отца ребенка рядом с женщиной в условиях длительного стационарного пребывания способствует формированию адаптивного включенного поведения женщины.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Wasserman L.I., Chugunov D.N., Shchelkova O.Yu. The relationship between subjective and objective factors in the process of forming an internal picture of illness and coping behavior. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2019;27(2):82–94. <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270206> (in Russian)
2. Goryacheva T.G., Kofanova E.B. Attitude toward illness and psychological characteristics of children frequently suffering from respiratory diseases. *Clinical and Special Psychology*. 2016;5(1):45–60. <https://doi.org/10.17759/cpse.2016050104> (in Russian)
3. Fetisov B.A., Sirota N.A., Sajaya S.T., et al. Uncertainty in illness and coping behavior in patients with various somatic diseases. *Medical Psychology in Russia*. 2024;16(2):36–48. (in Russian)
4. Nael-Prupes M.V., Kharkova O.A., Soloviev A.G., Nefedova S.S. Dynamics of depressive state in women in the antenatal and postnatal periods. *Clinical and Special Psychology*. 2024;13(3):205–215. <https://doi.org/10.17759/cpse.2024130310> (in Russian)
5. Lambiasi C.V., Guiso M., Pesce M., et al. The relationship among NICU stressors and irritable bowel syndrome in parents during their infant stay: the mediating role of anxiety. *Ital J Pediatr*. 2025;51(1):277. doi: 10.1186/s13052-025-02121-5
6. Yakubova V.A., Anikeeva M.A., Suarez A.D. Posttraumatic stress disorder after trauma: a review of studies. *Clinical and Special Psychology*. 2023;12(2):70–93. doi: 10.17759/cpse.2023120204 (in Russian)
7. Zolotova I.A. Features of clinical and psychological counseling of women taking into account their psychoemotional state at the birth of a child with a disease in the neonatal period. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2024;3(124):71–78. doi: 10.26617/1810-3111-2024-3(124)-71-78 (in Russian)
8. Insan N., Weke A., Rankin J., et al. Perceptions and attitudes around perinatal mental health in Bangladesh, India and Pakistan: a systematic review of qualitative data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):293. doi: 10.1186/s12884-022-04642-x
9. Van Wyk L., Majiza A.P., Ely C.S.E., Singer L.T. Psychological distress in the neonatal intensive care unit: a meta-review. *Pediatr Res*. 2024;96(6):1510–1518. doi: 10.1038/s41390-024-03599-1

10. Alhusen J.L., Hayat M.J., Borg L. A pilot study of a group intervention for perinatal depression aimed at reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity. *Archives of Women's Mental Health*. 2021;24(1):145–154. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01032-0>
11. Kleine I., Falconer S., Roth S., et al. Early postnatal maternal trait anxiety is associated with the behavioural outcomes of children born preterm. *Journal of psychiatric research*. 2020;131:160–168. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.010>
12. Kleine I., Vamvakas G., Lautarescu A., et al. Postnatal maternal depressive symptoms and behavioural outcomes in term-born and preterm-born toddlers: a longitudinal UK community cohort study. *BMJ open*. 2022;12(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058540>
13. Aleksandrova O.V., Dermanova I.B. Semantic differential of a life situation. *Consultative psychology and psychotherapy*. 2018;26(3):127–145. (in Russian)
14. Dobryakov I.V. *Perinatal Psychology*. St.Petersburg: Peter; 2015. (in Russian)
15. Zolotova I.A., Khazova S.A. Women's resources in the early postpartum period associated with the illness of the newborn. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2023;14(2):158–167. doi: 10.34883/Pl.2023.14.2.005 (in Russian)
16. Zolotova I.A. *Guide to using the Mother Relationship Test (MRT) at the stage of existence of the mother-child dyad (modified version of I.V. Dobryakov's method (TOB)): Study guide for students majoring in 37.05.01 Clinical Psychology in the discipline "Perinatal Psychology"*. Limited Liability Company «Avers Plus». 2026. 24 p. (in Russian)
17. Bavrina A.P., Borisov I.B. Modern rules for the application of correlation analysis. *Medical almanac*. 2021;3(68). (in Russian)
18. Salomé S., Mansi G., Lambiasi CV., et al. Impact of psychological distress and psychophysical wellbeing on posttraumatic symptoms in parents of preterm infants after NICU discharge. *Ital J Pediatr*. 2022;48(1):13. doi: 10.1186/s13052-022-01202-z
19. Zou Q., Yang Y., Liu X., et al. Factors influencing spousal support for women with perinatal depression in seeking formal assistance: a qualitative study. *Front Public Health*. 2024;12:1493300. doi: 10.3389/fpubh.2024.1493300
20. Zolotova I.A. The role of the figure of the child's father in the formation of the maternal attitude towards a newborn with an illness. *Human psychology in education*. 2024;6(4):534–542. doi: 10.33910/2686-9527-2024-6-4-534-542 (in Russian)
21. Kalina O.G., Kholmogorova A.B. *The role of the father in the child's mental development*. Moscow: Forum Publ.; Infra-M Publ., 2019; 112 p. (In Russian)
22. Condon J.T., Corkindale C.J., Boyce P., Gamble E.A. A longitudinal study of father-to-infant attachment: Antecedents and correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2013;31(1):15–30. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.757694>

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.024>
УДК 159.9.072.43

Земзюлина И.Н. ✉, Василенко Т.Д.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Клинико-психологический анализ факторов перинатальной тревоги и депрессии

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – Земзюлина И.Н.; концепция и дизайн исследования, редактирование, обработка, написание текста – Василенко Т.Д. Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 10.02.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: zemzulain@kursksmu.net

Резюме

Введение. Необходимость применения интегративного биопсихосоциального подхода, в рамках которого впервые проведен сравнительный анализ копинг-стратегий у женщин с разным уровнем симптоматики перинатальной тревоги и депрессии, а также осуществлена комплексная диагностика личности беременной женщины на взаимосвязанных уровнях ее функционирования: когнитивном, духовно-смысловом, эмоциональном, социально-психологическом и личностном, что позволило построить целостную мультифакторную модель и разработать научно обоснованную программу сопровождения, предусматривающую психологическую работу на всех уровнях функционирования личности беременной женщины.

Цель. Выявить и проанализировать предикторы и протективные факторы перинатальной тревоги и депрессии, и разработать программу клинико-психологического сопровождения женщин с перинатальной тревогой и депрессией.

Материалы и методы. Для проведения исследования была сформирована выборка из 58 женщин в возрасте от 18 до 29 лет, находящихся в III триместре беременности. На основании критериев Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и для обеспечения большей статистической мощности сравнительного анализа выборка была разделена на две группы с помощью медианного деления по общему баллу HADS.

Методики, используемые в исследовании: Опросник дисфункциональных установок (личностных убеждений) А. Бека (BDI) – субшкалы: убеждения о себе, о мире, о будущем; Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева – показатели: общая осмысленность жизни, цели, процесс, результат, экзистенциальный вакуум; Опросник САН (самочувствие, активность, настроение); Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (MSPSS); Шкала пренатальной привязанности матери к ребенку (MAAS); Шкала оценки стрессовых событий Т. Холмса и Р. Раэ; Шкала оценки влияния травматического события (IES-R); Опросник способов совладания (ОСК, адаптация методики WCQ); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Сравнительный анализ проводился для двух независимых групп (по количественным показателям использован U-критерий Манна-Уитни). Для выявления силы и направленности связей между уровнем тревоги/депрессии и всеми изучаемыми

факторами использован коэффициент ранговой корреляции R-Спирмена. Для определения комплексного влияния (вклада) выявленных значимых предикторов и протективных факторов на уровень тревоги и депрессии построены две отдельные модели множественной линейной регрессии с помощью регрессионного анализа.

Результаты. Установлено существование специфического психологического профиля, связанного с высоким риском развития перинатальной тревоги и депрессии, который статистически значимо отличается от нормы по широкому спектру переменных. Особенностью выявленных закономерностей является их комплексный, многоуровневый характер, где факторы риска и защиты находятся в тесном динамическом взаимодействии. Полученные результаты подчеркивают, что эффективная профилактика перинатальных аффективных расстройств должна быть направлена не на изолированные симптомы, а на целостное укрепление психологического благополучия женщины через развитие когнитивной гибкости, экзистенциальной устойчивости, эмоциональной регуляции и социальных связей.

Заключение. Проведенное комплексное эмпирическое исследование позволило достичь поставленной цели и всесторонне проанализировать многоуровневые предикторы и протективные факторы перинатальной тревоги и депрессии у женщин, находящихся в 3 триместре беременности. Полученные результаты подтверждают центральную гипотезу о существовании значимых предикторов и протективных факторов. Эмпирически установлено, что психологический профиль женщин с высокой симптоматикой характеризуется системным дефицитом защитных ресурсов на фоне выраженности дезадаптивных паттернов, затрагивающих когнитивный, эмоциональный, экзистенциальный и социальный уровни функционирования.

Ключевые слова: перинатальная тревога и депрессия, беременность, предикторы, протективные факторы, копинг-стратегии

Zemzyulina I. ✉, Vasilenko T.
Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Clinical and Psychological Analysis of Factors Associated with Perinatal Anxiety and Depression

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: study concept and design, editing, data collection, processing, and writing – Zemzyulina I.; study concept and design, editing, processing, and writing – Vasilenko T.

The article is published in author's edition.

Submitted: 10.02.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: zemzulain@kursksmu.net

Abstract

Introduction. The need for an integrative biopsychosocial approach, which for the first time conducted a comparative analysis of coping strategies in women with varying levels of perinatal anxiety and depression symptoms, and also carried out a comprehensive diagnosis of the pregnant woman's personality at interconnected levels of functioning:

cognitive, spiritual-semantic, emotional, socio-psychological, and personal. This allowed for the construction of a holistic multifactorial model and the development of a scientifically based support program that includes psychological interventions at all levels of the pregnant woman's personality.

Purpose. To identify and analyze predictors and protective factors of perinatal anxiety and depression, and to develop a clinical and psychological support program for women with perinatal anxiety and depression.

Materials and methods. A sample of 58 women aged 18 to 29 years in the third trimester of pregnancy was recruited for the study. Based on the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) criteria and to ensure greater statistical power for the comparative analysis, the sample was divided into two groups using a median split based on the HADS total score.

The methods used in the study: Beck's Dysfunctional Attitudes Inventory (BDI) – subscales: beliefs about self, the world, and the future;

Leontiev's Meaning in Life Orientations Test (MOOT) – indicators: general meaning in life, goals, process, outcome, existential vacuum; Well-being, Activity, Mood Questionnaire (WAM); Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS); Mother-Infant Attachment Scale (MAAS); Holmes and Rae's Stressful Events Rating Scale; Impact of Traumatic Event Rating Scale (IES-R); Coping Styles Questionnaire (CSQ, an adaptation of the WCQ); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

A comparative analysis was conducted for two independent groups (the Mann-Whitney U test was used for quantitative indicators). The Spearman R-rank correlation coefficient was used to identify the strength and direction of the relationships between anxiety/depression levels and all studied factors. To determine the combined influence (contribution) of the identified significant predictors and protective factors on anxiety and depression levels, two separate multiple linear regression models were constructed using regression analysis.

Results. The existence of a specific psychological profile associated with a high risk of developing perinatal anxiety and depression was established. This profile differs statistically significantly from the norm across a wide range of variables. A distinctive feature of the identified patterns is their complex, multi-layered nature, where risk and protective factors are closely and dynamically interrelated. The obtained results emphasize that effective prevention of perinatal affective disorders should not be aimed at isolated symptoms, but at holistically strengthening the psychological well-being of women through the development of cognitive flexibility, existential resilience, emotional regulation, and social connections.

Conclusion. This comprehensive empirical study achieved its stated goal and provided a comprehensive analysis of multilevel predictors and protective factors of perinatal anxiety and depression in women in the third trimester of pregnancy. The results confirm the central hypothesis regarding the existence of significant predictors and protective factors. It has been empirically established that the psychological profile of women with high symptomatology is characterized by a systemic deficit of protective resources against the background of the severity of disappointing patterns affecting the cognitive, emotional, existential and social levels of functioning.

Keywords: perinatal anxiety and depression, pregnancy, predictors, protective factors, coping strategies

■ ВВЕДЕНИЕ

Перинатальный период, охватывающий беременность и первый год жизни после родов, является критическим этапом в жизни каждой женщины. Данный период связывают со множеством изменений, а именно физиологическими, психологическими, гормональными и социальными изменениями, совокупность которых, в свою очередь, оказывает прямое влияние на психическое здоровье женщины. В последнее время отмечается возрастающий интерес к теме перинатальной тревоги и депрессии, связано это с тем, что данные состояния оказывают негативное воздействие не только на здоровье матери, но и на развитие ребенка, климат внутрисемейных отношений и качество жизни в целом. Исходя из этого, изучение факторов риска и факторов защиты, которые связаны с перинатальной тревогой и депрессией, является важной задачей современной психологии. Данная научная работа посвящена исследованию предикторов, то есть факторов риска, и протективных факторов, то есть факторов защиты перинатальной тревоги и депрессии, с целью выявления групп риска и разработки научно обоснованных рекомендаций для профилактики в данной области.

Актуальность настоящего исследования определяется комплексом взаимосвязанных факторов. В первую очередь стоит отметить, что сохраняется высокий уровень распространенности перинатальной тревоги и депрессии: по данным международных исследований, от 10 до 20% женщин страдают депрессией, а тревожные расстройства встречаются еще чаще, достигая 30% в перинатальный период. В России, несмотря на нарастающий интерес к данной теме, проблематика перинатальной тревоги и депрессии изучена не достаточно. Данные о распространенности данных расстройств фрагментарны и противоречивы, а система скрининга, профилактики и оказания специализированной помощи развита недостаточно. Во-вторых, наблюдается значительный пробел изучения данной темы в отечественных социокультурных исследованиях. Большинство используемых эмпирических моделей и выделенных факторов риска преимущественно заимствуются из зарубежных исследований, которые в свою очередь опираются на совсем иные реалии жизни: другую организацию семьи, систему здравоохранения и культурных ожиданий, связанных с материнством. Это создает серьезный пробел в понимании того, какие именно психологические механизмы запускают и поддерживают перинатальную тревогу и депрессию у русских женщин. В-третьих, несмотря на признание многофакторной природы перинатальной тревоги и депрессии, многие исследования рассматривают изолированные переменные (например, только социальную поддержку или только когнитивные искажения), что указывает на фрагментарность исследований в данной области. В научной литературе отмечается дефицит исследований, реализующих интегративный подход, который бы в свою очередь рассматривал одновременное взаимодействие и вклад когнитивных, духовно-смысловых, эмоциональных, социальных и поведенческих (копинг-стратегии) факторов в рамках единой концептуальной модели.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

выявить и проанализировать предикторы и протективные факторы перинатальной тревоги и депрессии, и разработать программу клинико-психологического сопровождения женщин с перинатальной тревогой и депрессией

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения исследования была сформирована выборка из 58 женщин в возрасте от 18 до 29 лет, находящихся на III триместре беременности. На основании критериев Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и для обеспечения большей статистической мощности сравнительного анализа выборка была разделена на две группы с помощью медианного разделения по общему баллу HADS:

- Группа 1: «Условно здоровые» (n=28). Женщины с субклиническим уровнем симптоматики (показатели по обеим субшкалам HADS <11).
- Группа 2: «Высокая тревога/депрессия» (группа риска) (n=30). Женщины, демонстрирующие клинически значимый уровень тревоги и/или депрессии (показатель ≥ 11 хотя бы по одной из субшкал HADS).

Методики, используемые в исследовании (соответствуют концептуальной модели):

- Когнитивный уровень: Опросник дисфункциональных установок (личностных убеждений) А. Бека (BDI) – субшкалы: убеждения о себе, о мире, о будущем.
- Духовный уровень: Тест смысловых ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева – показатели: общая осмысленность жизни, цели, процесс, результат, экзистенциальный вакуум.
- Эмоциональный уровень: Опросник САН (самочувствие, активность, настроение).
- Социально-психологический уровень: Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (MSPSS) – субшкалы: поддержка семьи, друзей, значимых других.
- Уровень материнства: Шкала пренатальной привязанности матери к ребенку (MAAS) – субшкалы: эмоциональная, когнитивная, поведенческая привязанность.
- Уровень стрессовой нагрузки: Шкала оценки стрессовых событий Т. Холмса и Р. Раэ (индекс стресса).
- Уровень фрустрации (последствия стресса): Шкала оценки влияния травматического события (IES-R) – субшкалы: вторжение, избегание, гипер-возбуждение
- Уровень копинга: Опросник способов совладания (ОСК, адаптация методики WCQ) – шкалы: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка.
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) – субшкалы: тревога, депрессия.

Сравнительный анализ: Для сравнения двух независимых групп по количественным показателям использован U-критерий Манна-Уитни

Для выявления силы и направленности связей между уровнем тревоги/депрессии и всеми изучаемыми факторами использован коэффициент ранговой корреляции R-Спирмена.

Регрессионный анализ: Для определения комплексного влияния (вклада) выявленных значимых предикторов и протективных факторов на уровень тревоги и депрессии построены две отдельные модели множественной линейной регрессии.

Расчеты проводятся в программе Statistica 8.0

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Для исследования различий в выраженности дисфункциональных когнитивных убеждений использовался Опросник дисфункциональных установок (личностных убеждений) А. Бека (BDI) (табл. 1).

Таблица 1
Уровень когнитивных убеждений
Table 1
Level of cognitive beliefs in groups

Показатель BDI	U-критерий Манна-Уитни	p-level	Среднее в группе с низким уровнем симптомов	Среднее в группе с высоким уровнем симптомов
Убеждения о себе	15	p<0,001	15,68	28,62
Убеждения о мире	189	p=0,002	17,43	22,35
Убеждения о будущем	89	p<0,001	18,82	26,96

Статистический анализ выявил достоверные различия между группами беременных женщин по всем трем видам дисфункциональных убеждений. У женщин с высоким уровнем тревоги и депрессии показатели негативных убеждений о себе, мире и будущем значительно выше, чем у женщин условно здоровой группы. Наиболее выраженная разница наблюдается в убеждениях о себе (U=15,0; p<0,001) и о будущем (U=89,0; p<0,001).

Для исследования различий в уровне смысловых ориентаций использовался Тест смысловых ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева. Сравнение проводилось по пяти показателям: общая осмысленность жизни, цели в жизни, процесс жизни, результативность жизни и экзистенциальный вакуум. Для проведения статистического анализа использовался U-критерий Манна-Уитни. Полученные результаты представлены в табл. 2.

У женщин с высоким уровнем тревоги и депрессии достоверно ниже как общее ощущение осмысленности жизни (U=53,0; p<0,001), так и удовлетворенность текущим процессом жизни (U=95,0; p<0,001) по сравнению с условно здоровой группой.

Снижение общей осмысленности жизни и удовлетворенности ее процессом у группы риска подтверждает положение модели о духовно-смысловом вакууме как предикторе.

Для исследования различий в актуальном эмоциональном состоянии использовался опросник САН (Самочувствие, Активность, Настроение). Сравнение проводилось по трем субшкалам: самочувствие, активность и настроение. Для проведения статистического анализа использовался U-критерий Манна-Уитни. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Таблица 2
Уровень смысловых ориентаций
Table 2
Level of life-meaning orientations

Показатель СЖО	U-критерий Манна-Уитни	p-level	Среднее в группе с низким уровнем симптомов	Среднее в группе с высоким уровнем симптомов
Общая осмысленность жизни	53	p<0,001	97,96	82,81
Удовлетворенность процессом жизни	95	p<0,001	28,07	22,38

Таблица 3
Показатели самочувствия, активности, настроения
Table 3
Well-being, activity, and mood indicators

Показатель САИ	U-критерий Манна-Уитни	p-level	Среднее в группе с низким уровнем симптомов	Среднее в группе с высоким уровнем симптомов
Самочувствие	12,5	p<0,001	4,91	3,25
Активность	69,5	p<0,001	4,98	3,5
Настроение	18	p<0,001	5,03	3,14

По всем трем компонентам – самочувствию, активности и настроению – группа с высокой симптоматикой показывает значительно более низкие показатели (все $U < 70$, все $p < 0,001$). Наибольший разрыв наблюдается в самочувствии ($U = 12,5$) и настроении ($U = 18,0$).

Для исследования различий в социально-психологической сфере и уровне стресса использовались три методики: Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (MSPSS), Шкала пренатальной привязанности матери к ребенку (MAAS) и Шкала оценки стрессовых событий Т. Холмса и Р. Раэ. Полученные результаты представлены в Таблице 4.

Уровень воспринимаемой социальной поддержки является значимым протективным фактором. Женщины группы «Условно здоровые» достоверно выше оценивают доступность и качество поддержки со стороны своего окружения ($M = 69,79$), чем женщины группы «Высокая тревога/депрессия» ($M = 53,27$). Низкий уровень социальной поддержки ($U = 102,0$; $p < 0,001$) выступает одним из факторов риска развития эмоционального неблагополучия в перинатальный период.

Качество эмоциональной связи с будущим ребенком также различается между группами. У женщин с низким уровнем симптоматики отмечается более сильная и позитивная пренатальная привязанность ($M = 72,14$), в то время как у женщин с высокой тревогой и депрессией этот показатель значимо ниже ($M = 62,15$; $U = 135,0$; $p = 0,001$).

Индекс стрессовой нагрузки является мощным предиктором эмоциональных нарушений. В группе риска совокупная тяжесть пережитых за год стрессовых жизненных событий более чем в два раза выше ($M = 201,38$), чем в группе условно здоровых женщин ($M = 96,04$). Крайне низкое значение U-критерия ($U = 10,5$; $p < 0,001$) свидетельствует о практически непересекающихся распределениях этого показателя в двух группах.

Таблица 4
Показатели социальной поддержки, привязанности и стресса
Table 4
Indicators of social support, attachment, and stress

Показатель	U-критерий Манна-Уитни	p-level	Среднее в группе с низким уровнем симптомов (N=28)	Среднее в группе с высоким уровнем симптомов (N=26)
Социальная поддержка (общий)	102	p<0,001	69,79	53,27
Перинатальная привязанность (общий)	135	p=0,001	72,14	62,15
Стрессовая нагрузка (индекс Холмса)	10,5	p<0,001	96,04	201,38

Таблица 5
Уровень фрустрации
Table 5
Frustration Level

Показатель IES-R	U-критерий Манна-Уитни	p-level	Среднее в группе с низким уровнем симптомов	Среднее в группе с высоким уровнем симптомов
Вторжение	372,5	0,455	14,6	15,6
Избегание	316,5	0,077	16,1	14,3
Гипервозбуждение	264,5	0,01	15,9	13,5

Для исследования различий в степени фрустрации и постстрессовых реакций использовалась Шкала оценки влияния травматического события (IES-R). Сравнение проводилось по трем субшкалам: вторжение, избегание и гипервозбуждение. Полученные результаты представлены в табл. 5.

Средний уровень гипервозбуждения (повышенной психофизиологической реактивности, раздражительности, нарушения сна) в группе с низким уровнем тревоги и депрессии (15,9 балла) оказался выше, чем в группе с высоким уровнем симптомов (13,5 балла).

Для исследования различий в способах совладания со стрессом использовался Опросник способов совладания (ОСК). Сравнение проводилось по восьми шкалам, отражающим различные копинг-стратегии. Полученные результаты представлены в табл. 6.

По стратегиям конфронтация, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы и положительная переоценка достоверных различий между группами не выявлено ($p > 0,05$). Женщины обеих групп в среднем в равной степени склонны использовать эти способы совладания со стрессом.

Обнаружены статистически значимые различия ($p = 0,045$) по стратегии дистанцирование. Средний уровень использования дистанцирования (попыток отстраниться от ситуации, воспринимать ее отстраненно) в группе с высоким уровнем тревоги и

Таблица 6
Копинг-стратегии
Table 6
Coping strategies

Копинг-стратегия (ОСК)	U-критерий Манна-Уитни	p-level	Среднее в группе с низким уровнем симптомов (N=29)	Среднее в группе с высоким уровнем симптомов (N=29)
Конфронтация	385,5	0,609	10,5	9,8
Дистанцирование	304	0,045	11,9	12,9
Самоконтроль	391	0,666	10,1	10,6
Поиск социальной поддержки	415	0,947	9,9	10,1
Принятие ответственности	324	0,104	10,3	9,5
Бегство-избегание	361	0,335	10,8	11,4
Планирование решения проблемы	415,5	0,952	11	10,7
Положительная переоценка	333	0,142	9,2	8,7

депрессии (12,9 балла) оказался выше, чем в группе с низким уровнем симптомов (11,9 балла).

Более частое использование стратегии дистанцирования в группе риска напрямую соответствует модели, где незрелые копинг-стратегии (избегание, отстранение) выступают одним из звеньев, обуславливающих развитие ПТД.

Отстранение от проблем не позволяет их конструктивно разрешать, что ведет к накоплению стресса и чувству беспомощности. Отсутствие выраженных различий по другим стратегиям (например, поиск поддержки) может указывать на их формальное знание, но недостаточную эффективность при дефиците внутренних и внешних ресурсов.

Для выявления взаимосвязей между изучаемыми переменными (предикторами и протективными факторами) и уровнем тревожно-депрессивной симптоматики использовался коэффициент корреляции R-Спирмена. Анализ проводился отдельно для зависимых переменных тревога (HADS-T) и депрессия (HADS-D). В корреляционные плеяды включены только статистически значимые связи ($p < 0,05$) и тенденции к значимости ($p < 0,10$). Полученные результаты представлены в табл. 7, 8.

С тревогой (HADS-T) наиболее сильные связи обнаруживают негативные убеждения о себе ($R=0,76$), убеждения о будущем ($R=0,68$) и стрессовая нагрузка ($R=0,66$). Среди протекторов наиболее тесно с тревогой связаны настроение ($R=-0,64$) и самочувствие ($R=-0,62$).

С депрессией (HADS-D) самые сильные связи наблюдаются с убеждениями о будущем ($R=0,78$), убеждениями о себе ($R=0,76$) и настроением ($R=-0,73$). Это указывает на ключевую роль пессимистического взгляда на будущее и сниженного эмоционального фона в структуре депрессивных симптомов.

Универсальные предикторы, сильно связанные с обоими типами симптомов: негативные убеждения (о себе и будущем), стресс, гипервозбуждение, низкие показатели САН и осмысленности жизни.

Таблица 7
Значимые корреляционные связи показателей с уровнем тревоги (HADS-T)

Table 7
Significant correlations between indicators and anxiety level (HADS-T)

Показатель	Коэффициент корреляции (R)	p-level
Бек негативные убеждения о себе	0,76	$p < 0,001$
Бек убеждения о будущем	0,68	$p < 0,001$
Стресс Холмс	0,66	$p < 0,001$
Гипервозбуждение	0,65	$p < 0,001$
САН Настроение	-0,64	$p < 0,001$
САН Самочувствие	-0,62	$p < 0,001$
Осмысленность жизни	-0,60	$p < 0,001$
САН Активность	-0,58	$p < 0,001$
Бек убеждения о мире	0,53	$p < 0,001$
Удовлетворенность процессом жизни	-0,51	$p < 0,001$
Социальная поддержка	-0,47	$p < 0,001$
Пренатальная привязанность	-0,36	$p = 0,005$
Копинг конфронтация	-0,30	$p = 0,021$

Таблица 8
Значимые корреляционные связи показателей с уровнем депрессии (HADS-D)

Table 8
Significant correlations between indicators and depression level (HADS-D)

Показатель	Коэффициент корреляции (R)	p-level
Бек убеждения о будущем	0,78	p<0,001
Бек негативные убеждения о себе	0,76	p<0,001
САН Настроение	-0,73	p<0,001
САН Самочувствие	-0,68	p<0,001
Осмысленность жизни	-0,68	p<0,001
Удовлетворенность процессом жизни	-0,65	p<0,001
Стресс Холмс	0,64	p<0,001
САН Активность	-0,64	p<0,001
Гипервозбуждение	0,61	p<0,001
Бек убеждения о мире	0,53	p<0,001
Социальная поддержка	-0,48	p<0,001
Пренатальная привязанность	-0,39	p=0,002
Копинг Конфронтация	-0,33	p=0,011

Специфичность для депрессии: Убеждения о будущем и удовлетворенность процессом жизни имеют несколько более сильную связь с депрессией, чем с тревогой, что соответствует когнитивной модели депрессии (безнадежность, ангедония).

Копинг-стратегии: Из двух анализируемых стратегий только Конфронтация показала значимую отрицательную связь с симптомами. Это может означать, что активное, хотя и потенциально конфликтное, совладание со сложностями в перинатальный период связано с меньшим эмоциональным неблагополучием. Дистанцирование не показало значимых связей.

Для определения комплексного вклада выявленных коррелирующих факторов в уровень тревожно-депрессивной симптоматики был использован шаговый метод множественной линейной регрессии. Анализ проводился отдельно для тревоги (HADS-T) и депрессии (HADS-D). В качестве независимых переменных были включены только те показатели, которые продемонстрировали статистически значимые корреляции с соответствующим критерием. Данные регрессионного анализа представлены в таблицах 9 и 10.

Для тревоги (HADS-T):

- Негативные убеждения о себе являются наиболее мощным предиктором тревоги ($\beta=0,42$). Увеличение на 1 стандартное отклонение по этой шкале предсказывает увеличение тревоги на 0,42 стандартного отклонения.

Таблица 9
Результаты регрессионного анализа предикторов уровня тревоги (HADS-T)

Table 9
Results of the regression analysis of predictors of anxiety levels (HADS-T)

Зависимая переменная	Независимая переменная (предиктор)	Бета-коэффициент (β)	Уровень значимости (p)	Стандартная ошибка
HADS-Тревога	Бек негативные убеждения о себе	0,42	p<0,001	0,08
	Стресс Холмс	0,32	p=0,002	0,1
	САН Настроение	-0,28	p=0,005	0,1

Таблица 10
Результаты регрессионного анализа предикторов уровня депрессии (HADS-D)
Table 10
Results of the regression analysis of predictors of depression level (HADS-D)

Зависимая переменная	Независимая переменная (предиктор)	Бета-коэффициент (β)	Уровень значимости (p)	Стандартная ошибка
HADS-Депрессия	Бек убеждения о будущем	0,48	$p < 0,001$	0,09
	САН Настроение	-0,31	$p = 0,001$	0,09
	Удовлетворенность процессом жизни	-0,22	$p = 0,012$	0,09

- Стрессовая нагрузка также значимо предсказывает тревогу ($\beta = 0,32$), что подтверждает роль жизненных стрессоров в развитии тревожных симптомов.
- Настроение выступает как протективный фактор ($\beta = -0,28$): более высокое настроение связано с меньшим уровнем тревоги.
Для депрессии (HADS-D):
- Негативные убеждения о будущем – самый сильный предиктор депрессии ($\beta = 0,48$), что соответствует когнитивной теории депрессии (безнадежность).
- Настроение также является значимым протектором ($\beta = -0,31$).
- Удовлетворенность процессом жизни вносит дополнительный уникальный вклад ($\beta = -0,22$): чем больше женщина удовлетворена текущей жизнью, тем ниже депрессивные симптомы.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Подтверждение специфического психологического симптомокомплекса при высокой перинатальной тревоге и депрессии. Сравнительный анализ между группой условно здоровых женщин и группой с клинически значимой симптоматикой выявил системные психологические различия. Так, у женщин с высоким уровнем перинатальной тревоги и депрессии была обнаружена достоверно более высокая ($p < 0,001$) выраженность ключевых факторов уязвимости: а именно, дисфункциональных когнитивных убеждений (особенно касающихся себя и будущего) и объективной стрессовой нагрузки. Одновременно с этим, защитные ресурсы в данной группе оказались значимо снижены, что проявилось в более низких показателях общей осмысленности жизни и удовлетворенности ее процессом, худшем эмоциональном состоянии по методике САН (самочувствие, активность, настроение), а также в сниженном уровне воспринимаемой социальной поддержки и качестве пренатальной привязанности. Таким образом, формирующийся взаимосвязанный симптомокомплекс, включающий негативное мышление, экзистенциальный вакуум, эмоциональное истощение и дефицит поддержки, может рассматриваться как основа психологической уязвимости в перинатальный период.

Различная психологическая структура тревоги и депрессии при общности многих коррелятов. Регрессионный анализ, уточняя характер взаимосвязей, позволил выявить различия в ключевых предикторах для тревожной и депрессивной симптоматики. Согласно полученным данным, наиболее мощным предиктором тревоги оказались негативные убеждения о себе ($\beta = 0,42$) в сочетании с высокой стрессовой нагрузкой ($\beta = 0,32$), что указывает на ее тесную связь с самооценкой и актуальными

внешними факторами. В то же время, для депрессии критическую прогностическую роль играют пессимистические убеждения о будущем ($\beta=0,48$) и низкая удовлетворенность текущим процессом жизни ($\beta=-0,22$), что соответствует когнитивной модели депрессии с ее ядром в виде безнадежности и ангедонии. Следовательно, несмотря на сильные корреляции многих факторов с обоими типами симптомов, их регрессионные модели имеют качественные отличия, указывая на разную психологическую архитектуру.

Критическая роль стрессовой нагрузки и избирательность влияния копинг-стратегий. Важным результатом исследования стало выявление того, что именно стрессовая нагрузка является одним из наиболее мощных дифференцирующих факторов с практически непересекающимися распределениями в группах ($U=10,5$; $p<0,001$). При этом анализ копинг-стратегий показал относительную избирательность их влияния: значимые межгрупповые различия были обнаружены только для стратегии дистанцирования, которая чаще использовалась в группе риска. Более того, лишь стратегия конфронтации показала значимую отрицательную связь с симптомами в корреляционном анализе. Это позволяет сделать вывод о том, что ключевым аспектом является не столько использование конкретных способов совладания, сколько общий дефицит адаптационной гибкости и ресурсов, необходимых для эффективно-го противостояния стрессу.

Устойчивые структурные взаимосвязи в системе предикторов и протективных факторов. Корреляционный анализ подтвердил существование устойчивых паттернов взаимосвязей, образующих единую систему. Так, дисфункциональные убеждения демонстрируют сильные положительные связи как с тревогой, так и с депрессией (R до $0,78$), одновременно находясь в сильной отрицательной связи с протективными факторами – осмысленностью жизни и эмоциональным состоянием (САН). Последние, в свою очередь, тесно взаимосвязаны между собой и с восприятием социальной поддержки. Данная картина подтверждает интегративную модель, согласно которой симптомы перинатальной тревоги и депрессии возникают в результате динамического взаимодействия и взаимного усиления факторов уязвимости при одновременном истощении или отсутствии буферных защитных ресурсов.

Корреляционный анализ подтвердил комплексный характер взаимосвязей между психологическими факторами и перинатальной тревогой и депрессией. Симптоматика тесно переплетена с дисфункциональным когнитивным стилем, высоким уровнем стресса, снижением смысложизненных ориентаций, ухудшением актуального эмоционального и физического состояния, а также дефицитом социальных и личностных ресурсов (поддержка, привязанность). Полученные корреляционные плеяды служат основанием для построения регрессионных моделей с целью определения уникального вклада каждого фактора.

Множественный регрессионный анализ подтвердил, что перинатальная тревога и депрессия имеют разные, хотя и частично пересекающиеся, наборы ключевых предикторов. Тревога в большей степени связана с негативной оценкой себя и текущими стрессорами, тогда как депрессия – с пессимистичным взглядом на будущее и неудовлетворенностью текущей жизнью. Полученные регрессионные модели имеют хорошую предсказательную силу и могут использоваться для выявления женщин группы риска.

Регрессионные модели выявили уникальный вклад конкретных факторов в тревогу и депрессию, уточняя механизмы модели: тревога в большей степени детерминирована актуальной негативной оценкой себя и внешним стрессом. Депрессия сильнее связана с пессимистичной оценкой будущего и потерей удовлетворенности текущей жизнью.

Это указывает на разные мишени для психологического вмешательства: для тревоги – коррекция самооценки и управление стрессом; для депрессии – работа с безнадёжностью и восстановление контакта с значимыми аспектами жизни.

■ ВЫВОДЫ

Эмпирическое исследование, проведенное на выборке беременных женщин в III триместре, полностью подтвердило положения концептуальной модели и позволило выявить системные закономерности.

1. Установлено, что женщины с клинически значимым уровнем перинатальной тревоги и депрессии обладают специфическим психологическим профилем, достоверно отличающимся от профиля условно здоровых женщин. Психологический портрет женщины с высокой перинатальной тревогой и депрессией характеризуется: выраженными дисфункциональными когнитивными убеждениями (особенно негативными установками о себе и пессимистичным взглядом на будущее), сниженной осмысленностью жизни и удовлетворенностью ее процессом, стабильно низким эмоциональным тонусом (плохое самочувствие, низкая активность и настроение), дефицитом воспринимаемой социальной поддержки, ослабленной пренатальной эмоциональной связью с ребенком, крайне высокой стрессовой нагрузкой, склонностью к использованию дезадаптивной копинг-стратегии дистанцирования.
2. К числу протективных факторов, статистически значимо снижающих риск развития перинатальных расстройств, относятся: высокая осмысленность жизни (особенно удовлетворенность ее процессом), позитивное эмоциональное состояние (самочувствие, активность, настроение), высокий уровень воспринимаемой социальной поддержки, сформированная пренатальная привязанность, а также адаптивная копинг-стратегия конфронтации (активное противостояние трудностям).
3. Предикторами (факторами риска) выступают: высокая объективная и субъективная стрессовая нагрузка, дисфункциональные когнитивные убеждения (особенно негативные установки о себе и пессимистичный взгляд на будущее), сниженная осмысленность жизни, эмоциональное неблагополучие, дефицит социальной поддержки, низкое качество пренатальной привязанности и использование дезадаптивной стратегии дистанцирования от проблем.
4. Теоретическая и практическая значимость результатов. Полученные данные, подтвержденные статистически достоверными различиями и регрессионными моделями, обосновывают необходимость раннего скрининга и адресной психологической профилактики. Выявленные «слабые звенья» – негативный когнитивный стиль (особенно в отношении себя и будущего), высокая стрессовая нагрузка, дефицит смыслов и социальной поддержки – становятся четкими мишенями для психологического вмешательства. Кроме того, результаты позволяют дифференцировать психологическую помощь: при работе с тревогой акцент следует делать на коррекции самооценки и управлении текущим стрессом, в то время как при

депрессивной симптоматике ключевыми становятся работа с безнадежностью и восстановление контакта с позитивными аспектами настоящего. Таким образом, разработанная и апробированная в исследовании концептуальная модель задает научно обоснованный вектор для интеграции психологической составляющей, направленной на усиление протективных факторов и снижение влияния предикторов, в систему комплексного сопровождения беременности.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Arndt I.G., Petrov Yu.A., Chebotareva Yu.Yu., Tarasova A.Yu. Modern Issues of Perinatal and Postpartum Psychology. Chief Physician of the South of Russia. 2022;4(85):65–68.
2. Gladkaya M.A. Features of Psychological Readiness for Motherhood in Pregnant Women in the Third Trimester. International Journal of Humanities and Natural Sciences. 2024;8(2(95)):94–97. DOI: 10.24412/2500-1000-2024-8-2-94-97
3. Zhigulina T.A., Kuranov D.S., Stepanova K.V. Mental Disorders During Pregnancy: Diagnosis, Risks, and Management Strategies. Biology and Integrative Medicine. 2025;Special issue(73):971–982.
4. Kalina O.G., Kholmogorova A.B. The Influence of Parental Attachment on a Child's Mental Development (Review of Foreign Research). Cultural-Historical Psychology. 2011;7(3):101–109.
5. Korgoza M.A., Evmenenko A.O., Sergienko O.I. Perinatal Anxiety and Its Predictors: An Empirical Study in Women with Their First Pregnancy. Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology. 2023;12(3(44)):128–132. DOI: 10.57145/271284742023120330
6. Kuzmina A.S., Stoyanova I.Ya., Praizendorf E.S., Kulagina D.A. Negative Childhood Experiences as a Predictor of Affective Disorders in Late Pregnancy. Psychology of Human Education. 2025;7(2):244–255. DOI: 10.33910/2686-9527-2025-7-2-244-255
7. Kuzmina A.S., Stoyanova I.Ya. Cognitive Predictors of Affective Disorders in the Perinatal Period: A Review of Modern Research. Counseling Psychology and Psychotherapy. 2023;31(1):70–89. DOI: 10.17759/cpp.2023310105
8. Mazur M.V., Leontiev D.A. Meaningfulness of life and experience of pregnancy in women expecting their first child. Psychological journal. 2020;41(6):49–60. DOI: 10.31857/S020595920011515-4
9. Makarova M.A., Tikhonova Yu.G., Avdeeva T.I., et al. Postpartum Depression – Risk Factors for Development, Clinical and Therapeutic Aspects. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2021;13(4):75–80. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-4-75-80
10. Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Shmukler A.B. Biopsychosocial model as the basis of an integrative approach to the therapy of perinatal depressions. Social and Clinical Psychiatry. 2020;30(4):71–78.
11. Meshveliani G.R., Tarasova A.Yu., Petrov Yu.A., Paliyaeva N.V. Psychological health of a woman during pregnancy. Chief Physician of the South of Russia. 2023;1(87):37–40. DOI: 10.52340/akvarel2023.87.1.07
12. Mitin K.V. Influence of stress factors on the course of pregnancy. International scientific journal "Symbol of Science". 2025;4-2:229–232.
13. Ryzhkova A.V., Saponova M.A. Features of Coping Behavior in Women with Different Levels of Anxiety During Pregnancy. Clinical and Special Psychology. 2022;11(1):166–184. DOI: 10.17759/cpse.2022110108
14. Skvortsova A.M. Psychological Readiness for Motherhood: D.V. Winnicott's Concept and Modern Research. Psychological Science and Education. 2020;25(2):19–30. DOI: 10.17759/pse.202025020
15. Tarasova A.Yu., Paliyaeva N.V., Petrov Yu.A., Tishchenko E.E. Psychological assistance in a comprehensive approach to solving reproductive health problems. Chief Physician of the South of Russia. 2023;2(88):47–51. DOI: 10.52340/akvarel2023.88.2.11
16. Cheban O.S., Mari O.O. Clinical and Psychopathological Aspects of Postpartum Depression. Theoretical and Clinical Medicine. Pharmacology. 2022;5:49–55. DOI: 10.37690/1817-743X-2022-5-49-55
17. Chikunova D.K. Comparative analysis of perinatal anxiety in women // Human psychological health: a vital resource and vital potential. Proceedings of the XI International Scientific and Practical Conference (Moscow Krasnoyarsk, November 14–15, 2024). Krasnoyarsk: Verso, 2025; p. 385.
18. Filippova G.G. Psychology of motherhood. Moscow: Publishing House of the Institute of Psychotherapy. 2002; 239 p. URL: https://www.studmed.ru/filippova-g-g-psihologiya-materinstva_5c8245c7cea.html (accessed: 15.09.2025).
19. Camoni L., Di Pietro M.L., Saporito A., et al. Epidemiology of perinatal depression in Italy: systematic review and meta-analysis. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità. 2023;59(2):108–119. DOI: 10.4415/ANN_23_02_04
20. Guardino C.M., Schetter C.D. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. Health Psychology Review. 2014;8(1):70–94. DOI: 10.1080/17437199.2012.752659
21. Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A., et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2010;202(1):5–14. DOI: 10.1016/j.ajog.2009.09.007
22. Mateus V., Martinez-Borba V., Osma J., et al. Rates of depressive and anxiety symptoms in the perinatal period during the COVID-19 pandemic: Comparisons between countries and with pre-pandemic data. Journal of Affective Disorders. 2022;316:245–253. DOI: 10.1016/j.jad.2022.08.017
23. Milgrom J., Gemmill A.W., Bilszta J.L., et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. Journal of Affective Disorders. 2008;108(1–2):147–157. DOI: 10.1016/j.jad.2007.10.014
24. Rtbej G., Tsehay M., Destaw B., et al. Perinatal depression and associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2024;24(1):Art. 25. DOI: 10.1186/s12888-023-05480-7
25. Shorey S., Chee C.Y.I., Ng E.D., et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research. 2018;104:235–248. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001
26. Ventriglio A., Carpinello B., Iasevoli F., et al. Associated factors to Generalized Anxiety in a sample of women screened for the risk of perinatal depression: a naturalistic study from Italy. Journal of Affective Disorders. 2025;366:205–212. DOI: 10.1016/j.jad.2024.12.041
27. Yang L., Zhao Y., Wang Y., et al. Prevalence of perinatal anxiety and its determinants in mainland China: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2023;321:259–271. DOI: 10.1016/j.jad.2022.10.022
28. Zaleski Z., Schier K., Cierpka M. Meaning in life in pregnant women: its role in the relationship between depression and hopelessness. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2021;39(5):531–543. DOI: 10.1080/02646838.2020.1754370

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.018>
УДК 159.942.5:159.947:378

Игнатова Е.С. ✉, Передеренко Е.О.

Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермь, Россия

Эффективность программы развития эмоциональной саморегуляции у студентов первого курса при переживании ситуационной тревоги

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, написание текста, редактирование – Игнатова Е.С.; концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – Передеренко Е.О.

Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 12.02.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: 131013@mail.ru

Резюме

Введение. Проблема психологической адаптации студентов первого курса к академической среде вуза является ключевой в современной психологии образования. Высокий уровень ситуационной тревоги негативно влияет на учебный процесс и социально-эмоциональное состояние обучающихся.

Цель. Апробация программы развития эмоциональной саморегуляции для снижения тревожности у первокурсников.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 58 студентов Пермского государственного национального исследовательского университета (ПГНИУ) в возрасте от 17 до 21 года ($M=18,34$; $SD=1,83$), разделенных на экспериментальную (ЭГ, $n=14$) и контрольную (КГ, $n=44$) группы. Программа включала 8 групповых занятий по 3 часа на основе методов когнитивно-поведенческой терапии и техник релаксации. Для оценки эффективности применялись методика Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, опросник самооотношения В.В. Столина – С.Р. Панталеева и опросник эмоционального интеллекта Н. Холла. Статистический анализ включал Т-критерий Вилкоксона, U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена и Индекс Надежного Изменения (RCI).

Результаты. В ЭГ зафиксировано статистически значимое снижение ситуационной тревоги ($p=0,0001$, $d=1,06$), что превышает показатели естественной адаптации в КГ ($p=0,0007$). Выявлен значимый рост навыков управления эмоциями ($p=0,04$) и нормализация самооотношения (снижение завышенных показателей, $p=0,04$). У 85,7% участников ЭГ отмечено улучшение состояния, у 35,7% – надежно значимая динамика ($RCI>1,96$), что в 2 раза выше, чем в КГ (18,2%). Корреляционный анализ показал связь снижения тревоги с ростом навыков регуляции ($r=-0,54$).

Заключение. Программа развития эмоциональной саморегуляции доказала эффективность в снижении ситуационной тревоги и нормализации самооотношения у студентов-первокурсников. Полученные данные подтверждают возможность внедрения программы в практику психологических служб вузов как

инструмента первичной профилактики и поддержки адаптации студентов в период обучения.

Ключевые слова: эмоциональная саморегуляция, ситуационная тревога, студенты-первокурсники, адаптация к обучению в вузе, когнитивно-поведенческая терапия, эмоциональный интеллект, самоотношение

Ignatova E. ✉, Perederenko E.
Perm State National Research University, Perm, Russia

Effectiveness of a Program for Developing Emotional Self-Regulation in First-Year Students Experiencing Situational Anxiety

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study, text writing, editing – Ignatova E.; concept and design of the study, data collection, processing, text writing – Perederenko E.

The article is published in author's edition.

Submitted: 12.02.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: 131013@mail.ru

Abstract

Introduction. The problem of psychological adaptation of first-year students to the university academic environment is key in modern educational psychology. High levels of situational anxiety negatively affect the learning process and the socio-emotional state of students.

The aim of the study is to evaluate the effectiveness of a program for developing emotional self-regulation to reduce anxiety in first-year students.

Materials and methods. The study involved 58 students of Perm State University aged 17 to 21 years ($M=18.34$; $SD=1.83$), divided into experimental (EG, $n=14$) and control (CG, $n=44$) groups. The program included 8 group sessions of 3 hours based on cognitive-behavioral therapy methods and relaxation techniques. To assess effectiveness, the Spielberger-Khanin State-Trait Anxiety Inventory, the Stolin-Pantileev Self-Attitude Questionnaire, and the Hall Emotional Intelligence Questionnaire were used. Statistical analysis included the Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U-test, Spearman correlation analysis, and Reliable Change Index (RCI).

Results. A statistically significant decrease in situational anxiety was recorded in the EG ($p=0.0001$, $d=1.06$), exceeding the indicators of natural adaptation in the CG ($p=0.0007$). A significant increase in emotion management skills ($p=0.04$) and normalization of self-attitude (decrease in elevated scores, $p=0.04$) were revealed. 85.7% of EG participants showed improvement, 35.7% showed reliable change ($RCI>1.96$), which is 2 times higher than in the CG (18.2%). Correlation analysis showed a link between anxiety reduction and growth in regulation skills ($r=-0.54$).

Conclusion. The emotional self-regulation development program demonstrated effectiveness in reducing situational anxiety and normalizing self-attitude in first-year

students. The obtained data confirm the possibility of implementing the program into the practice of university psychological services as a tool for primary prevention and support of student adaptation during the academic period.

Keywords: emotional self-regulation; situational anxiety, first-year students; adaptation to university studies, cognitive-behavioral therapy, emotional intelligence, self-attitude

■ ВВЕДЕНИЕ

Проблема адаптации студентов первого курса к академической среде высшей школы является одной из ключевых в современной психологии образования. Смена социального окружения, повышение учебной нагрузки и необходимость самостоятельной регуляции своего состояния создают предпосылки для роста тревожности. Исследования подтверждают, что у первокурсников преобладает высокий уровень ситуационной тревоги (30–35%), что негативно влияет на учебный процесс и социально-эмоциональную адаптацию [1–3]. Тревога повышает чувствительность молодых людей к совершенным ошибкам и неудачам, ситуациям социального взаимодействия, снижает уровень саморегуляции и самопринятия [4]. Доказанное негативное влияние тревоги на процесс адаптации требует разработки эффективных методов поддержки студентов [5]. Профилактическое вмешательство на раннем этапе позволяет предотвратить трансформацию ситуационной тревоги в личностную тревожность и снизить риск развития клинических форм тревожных расстройств [6–9]. Несмотря на отсутствие клинических диагнозов, данная группа относится к группе риска, что обуславливает необходимость разработки программ психологической поддержки.

В отечественной и зарубежной психологии эмоциональная саморегуляция рассматривается как процесс оптимизации эмоционального состояния посредством рефлексивного осмысления, осознания переживаемых эмоций и произвольного использования личностью разнообразных приемов и техник (когнитивных и релаксационных) [10]. Сформированные навыки эмоциональной саморегуляции способствуют повышению психологической устойчивости и успешности обучения [11]. Однако, несмотря на доказанную значимость эмоциональной саморегуляции, в практике вузов недостаточно разработаны конкретные программы формирования опыта регуляции эмоциональных состояний именно в ситуациях переживания тревоги у студентов младших курсов. Существующие подходы часто носят общий характер и не учитывают специфику ситуационной тревоги в период адаптации.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности программы развития эмоциональной саморегуляции у студентов первого курса при переживании ситуационной тревоги.

Гипотеза: реализация программы, основанной на методах когнитивно-поведенческой терапии и техниках релаксации, приведет к снижению уровня ситуационной тревоги, нормализации самоотношения и повышению способности к управлению своими эмоциями.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Участники

В исследовании приняли участие 58 студентов I курса Пермского государственного национального исследовательского университета (ПГНИУ) в возрасте от 17 до 21 года ($M=18,34$; $SD=1,83$). Участники были разделены на две группы:

Экспериментальная группа (ЭГ): $n=14$ (7 женщин и 7 мужчин).

Контрольная группа (КГ): $n=44$ (30 женщин и 14 мужчин).

Критерии включения: обучение на первом курсе, возраст 17–21 год, добровольное участие. Специфические требования к уровню тревожности не предъявлялись, что позволило сформировать выборку, отражающую естественное распределение показателя в период адаптации. На момент первого замера у значительной части участников наблюдался высокий уровень ситуационной тревоги (в ЭГ – 71,43%, в КГ – 51%). Участники не имели диагностированных психических расстройств, однако высокий уровень ситуационной тревоги в сочетании с трудностями адаптации к академической среде относит данную группу к группе риска по развитию тревожных расстройств [12, 13]. Критерии исключения: отказ от продолжения участия, пропуск более двух занятий программы.

Важно отметить, что значительная часть студентов контрольной группы в период исследования проходила учебную дисциплину «Эффективный самоменеджмент». Данный фактор рассматривался как потенциальный сопутствующий эффект, способный повлиять на динамику показателей эмоционального интеллекта и ситуационной тревоги в контрольной группе.

Формирование групп проводилось на основе добровольного участия (ЭГ) и потокового принципа (КГ).

Процедура и интервенция

Апробация программы проводилась в период с октября по декабрь 2022 г. на базе ПГНИУ. Проблема психологической адаптации первокурсников носит устойчивый характер, что подтверждается данными исследований 2023–2025 гг. [2, 3, 14].

Использовался квазиэкспериментальный план с контрольной группой. Замеры проводились дважды: до начала реализации программы (констатирующий этап) и после завершения (контрольный этап).

В качестве экспериментального воздействия использовалась Программа развития эмоциональной саморегуляции студентов в ситуации переживания тревоги (далее – Программа). Программа состояла из 8 групповых занятий по 3 часа (1 раз в неделю). Выбор продолжительности и количества занятий обусловлен стандартными протоколами групповой когнитивно-поведенческой терапии (6–10 сессий) [6, 9], а также необходимостью баланса между теоретическим обучением и практической отработкой навыков в условиях академического расписания.

Размер экспериментальной группы (14 человек) определен как оптимальный для обеспечения групповой динамики при сохранении возможности индивидуального внимания каждому участнику [15, 16].

Программа построена на принципах когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) [6, 17] и процессуальной модели регуляции эмоций (J. Gross) [18]. Структура программы

включает четыре логических блока, отражающих поэтапное формирование навыков саморегуляции:

- диагностико-мотивационный (формирование запроса, психообразование о природе тревоги);
- когнитивный (выявление и коррекция когнитивных искажений, работа с перфекционизмом);
- эмоционально-личностный (развитие навыков распознавания эмоций, работа с самоотношением);
- интегративный (закрепление навыков саморегуляции, профилактика рецидивов).

Основные мишени программы: ситуационная тревога, эмоциональный интеллект, самоотношение. Выбор мишеней обусловлен их доказанной связью с процессами адаптации студентов [2, 6, 12, 13]. Программа направлена на разрыв цикла «тревога – неэффективная регуляция – негативное самоотношение» посредством развития навыков эмоциональной саморегуляции.

Важной методической особенностью программы является использование специализированной рабочей тетради участника, разработанной в рамках данного исследования. Тетрадь содержала материалы для психопросвещения, бланки для упражнений (например, «Дневник эмоций», «Копинг-карточки») и инструкции для самостоятельной отработки навыков. Это обеспечивало непрерывность образовательно-коррекционного процесса между встречами и позволяло участникам фиксировать инсайты в ходе выполнения домашних заданий.

До внедрения программа прошла процедуру экспертной оценки специалистами кафедры общей и клинической психологии ПГНИУ (n=4). Эксперты высоко оценили логичность структуры программы (4,8 балла) и соответствие содержания основным мишеням воздействия (4,6 балла). Общий средний балл соответствия цели и задачам составил 4,9 из 5, что подтверждает методологическую обоснованность используемого вмешательства.

Тематический план представлен в табл. 1.

Таблица 1
Тематический план программы развития эмоциональной саморегуляции у студентов первого курса при переживании ситуационной тревоги
Table 1

Session-by-session outline of the emotional self-regulation program for first-year students experiencing situational anxiety

№ занятия	Тема модуля	Ключевые мишени воздействия	Основные техники и методы
1–2	Психообразование и осознанность	Снижение напряжения, идентификация тревоги	Упражнение «Экспресс-перезагрузка», техника дыхания «Просто дыши», ведение «Дневника эмоций»
3–5	Когнитивная реструктуризация	Работа с автоматическими мыслями, перфекционизмом	Техника «Посадить мысль на облако», выявление когнитивных искажений, упражнение «И что потом?»
6–7	Эмоциональный интеллект и самоотношение	Развитие эмпатии, нормализация самооценки	Упражнение «Мои ценные качества», техника «5-4-3-2-1», работа с телесными зажимами
8	Интеграция опыта	Закрепление навыков, профилактика рецидивов	Упражнение «Мои изменения», составление плана самоподдержки

Инструментарий

Для оценки результативности использовались следующие валидизированные методики:

1. Шкала ситуационной тревожности (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина [19]. В исследовании применялась первая часть опросника (20 утверждений), оценивающая тревогу как состояние в данный момент. Ответы давались по 4-балльной шкале Лайкерта. Методика демонстрирует высокую внутреннюю согласованность ($\alpha=0,897$) и удовлетворительную ретестовую надежность ($r=0,59$) [20]. Интерпретация результатов проводилась по стандартным критериям: до 30 баллов – низкий уровень, 31–45 – умеренный, от 46 – высокий.
2. Опросник самооотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантилеев) [21] использовался для выявления системы установок личности по отношению к самой себе. Методика включает 57 утверждений с бинарной шкалой ответов и позволяет оценить глобальное самооотношение, а также дифференцированные шкалы (самоуверенность, самообвинение, самопонимание и др.). Ретестовая надежность варьируется от 0,62 до 0,90, надежность шкалы глобального самооотношения – 0,88 [21].
3. Опросник эмоционального интеллекта (Н. Холл, адаптация Е.И. Ильина) [22] применялся для оценки способности осознавать, понимать и произвольно управлять своими эмоциями и эмоциями других людей. Методика включает 30 утверждений с оценочной шкалой от «-3» до «+3» и пять шкал: эмоциональная осведомленность, управление своими эмоциями, самомотивация, эмпатия, распознавание эмоций других людей. Несмотря на широкое использование в отечественной практике, данные по психометрическим показателям в открытом доступе ограничены [22].
4. Качественные данные собирались посредством анализа записей в рабочих тетрадях участников (заключительная рефлексия на занятии № 8), что позволило дополнить количественные результаты субъективными отчетами об изменениях.

Статистический анализ

Обработка данных проводилась в программе IBM SPSS Statistics 21. Проверка данных на соответствие нормальному распределению (по критериям асимметрии и эксцесса) показала отклонение от нормы, что обусловило использование непараметрических методов статистики:

- Т-критерий Вилкоксона – для сравнения зависимых выборок (динамика показателей внутри групп до и после программы).
- U-критерий Манна-Уитни – для сравнения независимых выборок (различия между экспериментальной и контрольной группами до и после реализации программы).
- Коэффициент ранговой корреляции Спирмена – для выявления взаимосвязей между параметрами методик. Дополнительно проведен анализ корреляций между изменениями показателей (Δ - Δ анализ) для выявления взаимосвязей динамики переменных.

Для оценки надежности и практической значимости полученных изменений дополнительно рассчитывались:

Индекс надежного изменения (RCI, Reliable Change Index) – для определения доли участников с индивидуально значимой динамикой. Значимым считалось изменение при $RCI > 1,96$, что указывает на надежное изменение показателя, превышающее погрешность измерения методики ($\alpha = 0,89$ для шкалы STAI).

Размер эффекта (Cohen's d) – для оценки практической значимости выявленных различий на групповом уровне.

95% доверительные интервалы (95% ДИ) – для оценки точности полученных оценок.

Этические аспекты. Исследование проведено в соответствии с этическими стандартами Хельсинкской декларации 1964 г. и последующими поправками. Все участники дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании и использование обезличенных данных в научных публикациях. Исследование носило учебно-практический характер в рамках производственной практики. Конфиденциальность данных была обеспечена путем анонимизации и агрегирования данных для публикации.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Динамика показателей в экспериментальной группе

Сравнительный анализ показателей до и после реализации Программы в экспериментальной группе (ЭГ) выявил статистически значимые изменения по ключевым мишеням воздействия. Наиболее выраженная динамика наблюдалась по шкале «Ситуационная тревога»: средний балл снизился с высокого уровня ($M=46,71$) до умеренного ($M=35,14$) ($p=0,0001$). Снижение тревоги в ЭГ составило $\Delta M=-11,57$, 95% ДИ $[-15,21; -7,93]$. Размер эффекта составил $d=1,06$, что классифицируется как очень большой.

Также зафиксирована нормализация самооотношения: показатели глобального самооотношения ($p=0,04$), самоуважения ($p=0,05$) и самоуверенности ($p=0,01$) достоверно снизились. Для глобального самооотношения $\Delta M=-1,14$, 95% ДИ $[-2,26; -0,02]$. Учитывая, что на констатирующем этапе значения этих шкал соответствовали завышенному уровню, снижение свидетельствует о развитии рефлексии и формировании более адекватной самооценки. По методике эмоционального интеллекта

Таблица 2

Динамика показателей в экспериментальной группе до и после реализации программы (Т-критерий Вилкоксона) ($n=14$)

Table 2

Pre- and post-intervention changes in the experimental group (Wilcoxon signed-rank test) ($n=14$)

Показатель	До Программы (M±SD)	После Программы (M±SD)	Z	p	r	d (Коэн)
Ситуационная тревога	46,71±7,45	35,14±9,63	5,37	0,0001	0,47	1,06
Глобальное самооотношение	19,93±3,29	18,79±3,45	2,23	0,04	0,20	0,41
Шкала самоуважения	9,71±2,81	8,71±2,09	2,19	0,05	0,19	0,39
Шкала самоуверенности	5,79±1,19	5,00±0,68	3,29	0,01	0,29	0,60
Шкала самообвинения	4,43±1,55	4,21±2,01	0,52	0,61	0,14	0,28
Управление эмоциями (EQ)	2,36±7,22	6,36±6,69	-2,34	0,04	0,21	0,43

Примечание: d (Коэн) рассчитан путем конвертации из r ($d = 2r / \sqrt{1 - r^2}$); является оценочным показателем для непараметрических данных.

значимый рост наблюдался по шкале «Управление своими эмоциями» ($p=0,04$). Для данной шкалы $\Delta M=+4,00$, 95% ДИ [0,21; 7,79]. Результаты представлены в табл. 2.

Интересным результатом стало отсутствие значимой динамики по шкале «Самообвинение» ($p=0,61$), несмотря на снижение показателей глобального самоотношения. Это может указывать на то, что когнитивная переоценка и техники релаксации недостаточно эффективны для работы с глубинными паттернами самокритики за короткий период вмешательства.

2. Сравнение групп после вмешательства

В контрольной группе (КГ) также наблюдалось снижение ситуационной тревоги ($M=43,93 \rightarrow M=34,00$; $p=0,0007$; $d=0,78$), что может быть связано с эффектом естественной адаптации к концу триместра и снижением учебной нагрузки. Однако межгрупповое сравнение после реализации Программы выявило качественные различия. Участники ЭГ продемонстрировали более адекватные показатели самоотношения по сравнению с КГ: достоверные различия зафиксированы по шкалам «Глобальное самоотношение» ($U=35,00$, $p=0,004$), «Самоуважение» ($U=15,50$, $p=0,000$) и «Самоуверенность» ($U=41,00$, $p=0,009$). Результаты сравнения представлены в табл. 3.

Важно отметить, что по шкале «Самообвинение» участники ЭГ изначально имели более высокие показатели ($U=29,5$, $p=0,001$), которые частично сохранились и после вмешательства ($p=0,043$). Это требует учета при интерпретации данных о самоотношении и указывает на необходимость включения дополнительных техник работы с самокритикой в будущие версии программы.

3. Анализ индивидуальной динамики и надежности изменений

Помимо групповых сравнений, был проведен многоуровневый анализ индивидуальной динамики. Из 14 участников экспериментальной группы у 12 (85,7%) зафиксировано снижение ситуационной тревоги. При расчете Индекса Надежного Изменения (RCI) у 5 участников (35,7%) изменения превысили порог надежно значимой динамики ($RCI>1,96$), что почти в 2 раза выше показателя контрольной группы (18,2%). Доля участников со снижением тревоги $\geq 30\%$ составила 50% в ЭГ против 27,3% в КГ ($OR=2,66$). Распределение участников по категориям изменений представлено в табл. 4.

Таблица 3
Сравнение показателей экспериментальной и контрольной групп после реализации программы (U-критерий Манна-Уитни)

Table 3
Post-intervention comparison of experimental and control groups (Mann-Whitney U-test)

Показатель	ЭГ (n=14) (M±SD)	КГ (n=44) (M±SD)	U	p
Ситуационная тревога	35,14±9,63	34,00±13,53	87,00	0,613
Глобальное самоотношение	18,79±3,45	21,07±3,60	35,00	0,004
Шкала самоуважения	8,71±2,09	11,16±2,34	15,50	0,000
Шкала самоуверенности	5,00±0,68	5,50±1,59	41,00	0,009
Шкала самообвинения	4,21±2,01	3,18±1,60	54,00	0,043
Управление своими эмоциями (EQ)	6,36±6,69	6,91±7,59	70,00	0,198

Примечания: ЭГ – экспериментальная группа; КГ – контрольная группа.

Таблица 4
Распределение участников по категориям изменений (Индекс RCI)

Table 4
Distribution of participants by change categories (Reliable Change Index, RCI)

Категория изменений	Критерий RCI	ЭГ (n=14)	КГ (n=44)	p (χ^2)
Надежное улучшение	RCI > 1,96	5 (35,7%)	8 (18,2%)	0,17
Без изменений	-1,96 ≤ RCI ≤ 1,96	8 (57,1%)	28 (63,6%)	0,64
Ухудшение	RCI < -1,96	1 (7,1%)	8 (18,2%)	0,28

Примечания: ЭГ – экспериментальная группа; КГ – контрольная группа. Различия не достигают статистической значимости из-за малой выборки, однако наблюдается тенденция к превосходству ЭГ.

4. Корреляционный анализ изменений (Δ-Δ анализ)

Для выявления механизмов изменений был проведен корреляционный анализ между дельтами показателей (Δ = После – До). Результаты представлены в табл. 5.

Корреляционный анализ выявил значимую обратную связь между снижением тревоги и ростом навыков управления эмоциями ($r = -0,54$, $p = 0,047$). Это согласуется с гипотезой исследования: развитие навыков эмоциональной саморегуляции связано со снижением ситуационной тревоги. Также наблюдалась тенденция к связи между снижением тревоги и нормализацией самооношения ($r = 0,42$, $p = 0,13$), что требует дальнейшего изучения на более многочисленной выборке. Остальные корреляции не достигли статистической значимости ($p > 0,05$).

5. Качественные данные

Для триангуляции количественных результатов был проведен анализ записей в рабочих тетрадях участников. Выделены три типичные темы рефлексии, иллюстрирующие механизмы изменений:

Когнитивная переоценка: участники отмечали изменение отношения к тревоге как к нормальному состоянию (например: «Раньше я думала, что если я волнуюсь – значит я некомпетентна. Теперь я понимаю, что тревога – это нормально»).

Применение техник: участники сообщали об использовании освоенных навыков в реальных стрессовых ситуациях (например: «Техника «5-4-3-2-1» помогла мне на экзамене, когда начало колотиться сердце»).

Нормализация самооношения: участники отмечали переход от сравнения с идеалом к сравнению с собой вчерашним (например: «Теперь я сравниваю себя с собой вчерашней, а не с идеалом»).

Таблица 5
Корреляционный анализ изменений показателей в экспериментальной группе (n=14)

Table 5
Correlation analysis of indicator changes in the experimental group (n=14)

Переменная 1 (Δ)	Переменная 2 (Δ)	r	p
Δ Тревога	Δ Самоотношение	0,42	0,13
Δ Тревога	Δ Управление эмоциями	-0,54	0,047
Δ Тревога	Δ Эмоциональный интеллект (общий)	-0,31	0,28
Δ Самоотношение	Δ Управление эмоциями	0,31	0,28

Примечание: Δ = После – До (отрицательные значения по шкале «Тревога» указывают на снижение).

Полученные качественные данные согласуются с количественными результатами, подтверждая, что реализация программы способствует не только снижению уровня ситуационной тревоги, но и формированию навыков произвольной регуляции эмоциональных состояний у студентов первого курса.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Интерпретация основных результатов

Полученные данные подтверждают гипотезу исследования об эффективности программы развития эмоциональной саморегуляции. В экспериментальной группе (ЭГ) зафиксировано статистически значимое снижение уровня ситуационной тревоги ($p=0,0001$). Размер эффекта составил $d=1,06$, что классифицируется как очень большой и превышает показатели, сообщаемые в ряде мета-анализов групповых вмешательств для студентов ($d=0,80-1,10$) [6]. Данный эффект обусловлен освоением участниками техник когнитивной переоценки и релаксации, что согласуется с данными об эффективности КПТ при тревожных состояниях [6, 17].

Клиническая значимость изменений

Важным показателем результативности является анализ индивидуальной динамики. Индекс Надежного Изменения (RCI) показал, что 35,7% участников ЭГ достигли порога надежно значимой динамики ($RCI>1,96$), что в 2 раза выше показателя контрольной группы (18,2%). В целом, 85,7% участников ЭГ продемонстрировали снижение тревоги по индивидуальным траекториям. Это свидетельствует о том, что программа работает не только на уровне групповых средних, но и обеспечивает значимые изменения для конкретного студента.

Динамика самооотношения: нормализация, а не ухудшение

Интересным результатом стало снижение показателей глобального самооотношения ($p=0,04$) и самоуверенности ($p=0,01$) в ЭГ при сохранении высоких значений в контрольной группе (КГ). Учитывая, что до программы у 92,9% студентов ЭГ наблюдалось завышенное самооотношение, полученную динамику следует трактовать не как ухудшение, а как нормализацию самооценки и развитие рефлексии [23–25]. Завышенное самооотношение у тревожных студентов часто служит компенсаторным (защитным) механизмом [5, 24, 26]. Участие в программе способствовало развитию самонаблюдения, что привело к более дифференцированной и реалистичной оценке себя. После прохождения программы доля участников с адекватной самооценкой увеличилась с 7,1% до 28,6%. Это согласуется с данными о трансформации самосознания в процессе групповой работы [15, 25] и коррелирует с успешной академической адаптацией [13]. Важно отметить, что, несмотря на снижение глобальных показателей, шкала «Самообвинение» не показала значимого роста ($p=0,61$), что говорит о безопасности вмешательства для личностной сферы.

Сравнение с контрольной группой

В контрольной группе также наблюдалось снижение тревоги ($p=0,0007$). Это может быть связано с естественной адаптацией к концу триместра и снижением учебной нагрузки, что подтверждается данными о сезонной динамике тревожности у студентов в адаптационный период [2, 3]. Кроме того, часть студентов КГ в период

исследования проходила учебную дисциплину «Эффективный самоменеджмент», которая включала элементы тайм- и стресс-менеджмента. Однако сравнительный анализ после программы выявил значимые различия в сфере самооотношения ($U=35,00$, $p=0,004$): студенты КГ сохранили более завышенные показатели, тогда как в ЭГ они стремились к адекватным значениям. Это свидетельствует о специфическом влиянии программы на самосознание, которое не обеспечивается стандартным учебным курсом. Наличие дисциплины в КГ ограничивает чистоту экспериментального дизайна, однако повышает экологическую валидность исследования, так как программа сравнивалась с реальной образовательной практикой, а не с условием полного отсутствия вмешательства.

Ограничения исследования

К ограничениям исследования следует отнести:

1. Малочисленность экспериментальной группы ($n=14$), что снижает статистическую мощность анализа и требует осторожности при генерализации выводов.
2. Неэквивалентность групп на входе (значимые различия по шкалам «Самообвинение» и «Самопонимание», $p=0,001$), что обусловлено добровольным характером набора в ЭГ.
3. Отсутствие отсроченного замера (катамнеза) для оценки устойчивости эффекта через 1–3 месяца.
4. Однородность выборки (студенты социально-гуманитарных специальностей), что ограничивает применимость результатов на студентов технических направлений. Исследование проведено на неклинической выборке с субклиническими проявлениями тревоги. Результаты могут быть менее генерализуемы на клинические популяции с диагностированными тревожными расстройствами. Тем не менее, данные соответствуют целям первичной профилактики в университетской среде.

Практическая значимость и перспективы

Программа развития эмоциональной саморегуляции доказала свою результативность в снижении ситуационной тревоги и нормализации самооотношения у студентов-первокурсников. Ключевыми элементами, обеспечившими эффективность, стали:

- Когнитивная реструктуризация: выявление и коррекция когнитивных искажений (катастрофизация, долженствования) [6, 17].
- Групповой формат: структурированное групповое вмешательство, аналогичное эффективным CBT-based workshop [7].
- Релаксационные техники: методы регуляции физиологического компонента тревоги.
- Рабочая тетрадь: структурированный материал для закрепления навыков между сессиями (программа прошла экспертную оценку, средний балл 4,9/5).

Полученные данные позволяют рекомендовать внедрение подобных программ в работу психологических служб вузов для поддержки адаптации студентов первого курса. Дальнейшие исследования могут быть направлены на увеличение выборки, рандомизацию групп, введение отсроченного замера и апробацию программы на выборках студентов других специальностей.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам исследования подтверждена эффективность программы развития эмоциональной саморегуляции для снижения ситуационной тревоги ($p=0,0001$, $d=1,06$) и нормализации самооотношения у студентов-первокурсников. Установлено, что групповая работа на основе методов КПТ и релаксации способствует переходу от завышенных показателей самооценки к адекватным в период адаптации. На основании полученных данных программа рекомендуется к внедрению в систему психологического сопровождения образовательного процесса вуза как инструмент оптимизации адаптации студентов первого курса.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Farrer LM, Gulliver A, Bennett K, et al. Mental health among first-year students transitioning to university in Australia: A longitudinal study. *Psychol Rep.* 2024. DOI: 10.1177/00332941241295978
2. Garrett R, Liu S, Young SD. A longitudinal analysis of stress among incoming college freshmen. *J Am Coll Health.* 2017;65(5):331–338. DOI: 10.1080/07448481.2017.1312413
3. Liu X, Zhang Y, Gao W, et al. Developmental trajectories of depression, anxiety, and stress among college students: a piecewise growth mixture model analysis. *Humanit Soc Sci Commun.* 2023;10. DOI: 10.1057/s41599-023-02252-2
4. Gulaya NV. Psychological features of self-regulation development in students with negative mental states. *Aktual Probl Gumanit Estestv Nauk.* 2013;11(2):1–8. (In Russ.)
5. Cassaretto M, Espinosa A, Chau C. Effects of resilience, social support, and academic self-efficacy on mental health among Peruvian university students during the pandemic: the mediating role of digital inclusion. *Front Psychol.* 2024;15:1282281. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1282281
6. Curtiss JE, Levine DS, Ander I, et al. Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2021;19(2):184–189. DOI: 10.1176/appi.focus.20200045
7. Duraku ZH, Ng SK-Y, Greicevci V, et al. Outcomes of a CBT-based anxiety workshop on higher education students' mental health, stigma, learning, and career certainty. *J Public Health Res.* 2025;14(4). DOI: 10.1177/22799036251381227
8. Astapov VM. *Phenomenon of anxiety from the position of functional approach.* Moscow: Mosk Ped Gos Univ., 2002; 42 p. (In Russ.)
9. Ковпак DV. Fear. Anxiety. Phobia. You can cope with them! Practical guide for psychotherapist. Saint Petersburg: Nauka i Tehnika. 2019; 368 p. (In Russ.)
10. Ignat'ev PD, Trusova AV. Self-regulation: review of modern concepts. *Peterburgskij Psihologicheskij Zhurnal.* 2016;15:55–69. (In Russ.)
11. Dolgova VI. Formation of emotional stability of personality. Saint Petersburg: RGPU im A.I. Gercena. 2002; 167 p. (In Russ.)
12. Maslova TM. Dynamics of anxiety of university students in the process of their professional formation. *Vektor Nauki Tol'yatinskogo Gos Univ.* 2014;4:168–171. (In Russ.)
13. Raevskaya EA. Features of emotional states of first-year students in the context of continuity of education. *Nepriyemnoe Obrazovanie: XXI Vek.* 2019;4:1–15. (In Russ.)
14. Dost G. Student well-being: the impact of belonging, COVID-19 pandemic related student stress, loneliness, and academic anxiety. *Front Psychol.* 2025;16:1481328. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1481328
15. Rudestam K. Group psychotherapy. Saint Petersburg: Piter. 2000; 384 p. (In Russ.)
16. Sidorenko EV. Technology of creating training from concept to result. Saint Petersburg: Rech', 2007; 116 p. (In Russ.)
17. Beck AT, Clark DA. Anxiety and worry: cognitive-behavioral approach. Moscow: Vil'yams, 2019; 448 p. (In Russ.)
18. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol.* 1998;74(1):224–237. DOI: 10.1037/0022-3514.74.1.224
19. Hanin YuL. *Short guide to the State-Trait Anxiety Inventory by C.D. Spielberger.* Leningrad, 1976; 18 p. (In Russ.)
20. Vergunov EG, Nikolaeva EI, Bobrova YuV. On the psychometric reliability of some psychological methods. *Teor Eksp Psikhologiya.* 2019;1:61–67. (In Russ.)
21. Stolin VV, Pantelev SR. *Self-attitude questionnaire. Workshop on psychodiagnostics: Psychodiagnostic materials.* Moscow. 1988; 123–130 p. (In Russ.)
22. Il'in EP, N. *Hall's emotional intelligence assessment method (EQ questionnaire). Emotions and feelings.* Saint Petersburg: Piter, 2001; 633–634 p. (In Russ.)
23. Zhigulin AA, Kruchinin VN. Transformation of self-attitude parameters of law students at various stages of university education. *JSRP.* 2018;4:99–104. (In Russ.)
24. Pantelev SR. *Self-attitude as emotional-evaluative system.* Moscow: MGU, 1991; 110 p. (In Russ.)
25. Cherepanova EV. Dynamics of self-consciousness of students – future psychologists, participating in personal growth trainings. *Vestnik KGPU im V.P. Astafeva.* 2010;1:131–138. (In Russ.)
26. Sagalakova OA, Truetshev DV, Stoyanova Iya, et al. Social anxiety in adolescence and youth in the context of psychological safety. *Voprosy Psichologii.* 2016;6:63–75. (In Russ.)

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.029>

Щепкина С.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия

Жизнеспособность студентов-медиков выпускного курса при разном уровне эмоционального выгорания

Конфликт интересов: не заявлен.

Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 12.01.2026

Принята: 14.02.2026

Контакты: svetvl151@yandex.ru

Резюме

Цель. Изучить показатели жизнеспособности при разном уровне эмоционального выгорания с учетом депрессии, тревоги и стресса у студентов медиков выпускного курса.

Материалы и методы. Выборка составила 157 студентов 6 курса медицинского университета. Использовались методики: «Жизнеспособность взрослого человека» А.В. Махнача, опросник выгорания К. Маслач в адаптации Н.Е. Водопьяновой, методика исследования депрессии, тревоги, стресса DASS-21 в адаптации А.А. Золотаревой. На основании общего показателя эмоционального выгорания уровни распределились следующим образом: низкий у 3,18% (N 5), средний у 58,59% (N 92), высокий у 38,21% (N 60). Были сформированы две группы студентов медиков: 1 группа со средним и 2 группа с высоким уровнем эмоционального выгорания.

Результаты. По результатам описательной статистики выявлена статистически значимая разница по показателям эмоционального выгорания и эмоционального состояния: психоэмоционального истощения, деперсонализации, депрессии ($r=0,000$, $p<0,001$), тревоги ($r=0,04$, $p<0,05$) и стресса ($r=0,02$, $p<0,05$). По всем показателям жизнеспособности статистически значимых различий не выявлено между группами сравнения студентов медиков выпускного курса.

Наибольшее количество отрицательных взаимосвязей обнаружено между показателями жизнеспособности и психоэмоциональным истощением, редукцией личных достижений, депрессией у студентов 1 группы с аналогичными тенденциями во 2 группе. У 2 группы не обнаружено статистически значимых взаимосвязей между показателями жизнеспособности и деперсонализацией.

Заключение. Проведенное исследование впервые подчеркивает универсальность такого показателя эмоционального выгорания, как редукция профессиональных достижения, который одинаково представлен в обеих группах и взаимосвязан с показателями жизнестойкости. У студентов 2 группы внутренний локус контроля и духовность, основные внутренние ресурсы жизнеспособности, не взаимосвязаны с эмоциональным выгоранием, депрессией, тревогой и стрессом.

Ключевые слова: студенты медики, эмоциональное выгорание, жизнеспособность, депрессия, тревога, стресс

Shchepkina S.

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

Vitality of Graduate Medical Students at Different Levels of Emotional Burnout

Conflict of interest: nothing to declare.
The article is published in author's edition.

Submitted: 12.01.2026

Accepted: 14.02.2026

Contacts: svetv1151@yandex.ru

Abstract

Purpose. Study vitality scores at different levels of burnout, taking into account depression, anxiety and stress in graduate medical students.

Materials and methods. The sample was 157 students of the 6th year of medical university. The following methods were used: "Adult Viability" by A.V. Makhnach, a burnout questionnaire by K. Maslach adapted by N.E. Vodopyanova, a methodology for studying depression, anxiety, stress DASS-21 adapted by A.A. Zolotareva. Based on the overall burnout score, the levels were distributed as follows: low in 3.18% (N 5), average in 58.59% (N 92), high in 38.21% (N 60). Two groups of medical students were formed: 1 group with an average and 2 groups with a high level of burnout.

Results. Descriptive statistics revealed a statistically significant difference in indicators of emotional burnout and emotional state: psychoemotional exhaustion, depersonalization, depression ($r=0.000$, $p<0.001$), anxiety ($r=0.04$, $p<0.05$) and stress ($r=0.02$, $p<0.05$). For all viability indicators, no statistically significant differences were found between the comparison groups of graduate medical students.

The greatest number of negative relationships was found between vitality indicators and psycho-emotional exhaustion, a reduction in personal achievements, depression in students of group 1 with similar trends in group 2. In group 2, no statistically significant relationships were found between viability and depersonalization.

Conclusion. The study for the first time emphasizes the universality of such an indicator of emotional burnout as a reduction in professional achievements, which is equally represented in both groups and is interconnected with indicators of resilience. In group 2 students, the internal locus of control and spirituality, the main internal resources of vitality, are not interconnected with burnout, depression, anxiety and stress.

Keywords: medical students, burnout, vitality, depression, anxiety, stress

■ ВВЕДЕНИЕ

Профессиональная деятельность медицинских работников связана с постоянными стрессами и ситуациями неопределенности, обуславливает необходимость изучения внутренних и внешних ресурсов их жизнедеятельности в целом и ресурсов, связанных с повышением эффективности их профессиональной деятельности. В последние годы растет внимание исследователей к проблеме эмоционального

выгорания специалистов из-за тяжелых последствий для соматического и психического состояния, увеличения суицидальных рисков, зависимости от психоактивных веществ и иных отрицательных явлений. Наиболее ярко отрицательные явления проявляются у медицинских работников из-за постоянного повышения требований к их компетентности и качеству медицинской помощи, к их личностным качествам, из-за роста обращений пациентов в правоохранительные структуры, как следствие, судебных разбирательств против медиков. Существует ряд «исследований, документально подтверждающих широко распространенную неудовлетворенность профессией и чувство сожаления в связи с выбором медицинской карьеры» [1, с. 10]. Данное положение подтверждается масштабным исследованием 2020 года всех 43 медицинских образовательных учреждений Испании, в результате которого обнаружено эмоциональное выгорание у 37% студентов медиков, при этом у студентов 6 курса эмоциональное выгорание встречается чаще, чем у студентов 1 курса [2].

При изучении эмоционального выгорания у студентов медиков 1-2 курса по направлению обучения лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов обнаружен факт наилучшего эмоционального состояния у студентов педиатров, наихудший результат у студентов лечебного факультета; вне зависимости от направления обучения у юношей эмоциональное выгорание меньше выражено по сравнению с девушками [3], с указанием на меньшую эффективность первичной профилактики эмоционального выгорания у девушек вне зависимости от будущей медицинской специализации [4]. В качестве основных причин эмоционального выгорания у студентов медиков называются высокие академические требования, как следствие, равнодушное отношение к учебной деятельности и неудовлетворенность успеваемостью [5], что подтверждается другими исследованиями [6], где дополнительно указывается строгий внешний контроль, недооценка достижений, недостаточный уровень корпоративности.

Отдельно рассматривается вопрос о факторах, которые могли бы играть, сдерживающую роль при возникновении и увеличения интенсивности эмоционального выгорания, с одной стороны, поиск ресурсов, предотвращающих и/или снижающих проявления эмоционального выгорания у медицинских работников, с другой стороны. К одному из основных факторов можно отнести жизнеспособность. Понятие «жизнеспособность» как психологическое явление рассматривается в отечественной психологии сравнительно недавно, тогда как обычно в исследованиях оперируется понятие «жизнестойкость». При аналитическом сравнении понятий «жизнеспособности» и «жизнестойкости» отмечаются следующие три принципиальные различия: 1) жизнеспособность является индивидуальным личностным свойством, тогда как жизнестойкость в большей мере рассматривается в контексте уровня направленности личности; 2) наблюдается разница в проявлении: жизнеспособность в социокультурных условиях, жизнестойкость в трудных жизненных ситуациях; 3) жизнеспособность отражается в удовлетворенности жизнью на индивидуальном уровне, тогда как жизнестойкость определяет способность и умение сопротивляться [7]. Автор считает жизнеспособность более широким понятием по сравнению с жизнестойкостью, которая является составной частью жизнеспособности. В связи с этим, представляется наиболее перспективными исследовать жизнеспособность у медицинских работников для определения мишеней психологической помощи, используя которые можно нивелировать негативные воздействия на них.

Не смотря на единое мнение о жизнеспособности в виде комплекса ресурсов, предлагаются разные конструкты. Так, жизнеспособность состоит из системы ресурсов на биолого-генетическом, психологическом и социально-средовом уровнях при условии способности человека использовать перечисленные ресурсы, включая следующие компоненты: активность субъекта, саморегуляцию, контроль поведения, психологические защиты и совладающее поведение, сознание, способность к рефлексии [8] или самоэффективность, настойчивость, внутренний локус контроля, совладание и адаптация, духовность, семейные и социальные ценности [9]. Другими авторами жизнеспособность рассматривается как «способность человека преодолевать неблагоприятные жизненные обстоятельства и восстанавливаться, используя для этого все имеющиеся в наличии внутренние и внешние ресурсы» [10, с.15].

В последнее время появились немногочисленные эмпирические исследования индивидуальной жизнеспособности студентов. Получены данные о том, что студенты с высоким уровнем жизнеспособности характеризуются более критичной оценкой себя, оптимизмом, пониманием ценности образования и позитивной оценкой своей профессиональной востребованности, повышает шансы успешной самостоятельной жизни [11], у студентов с низким уровнем жизнеспособности наблюдается низкая мотивация к учебе, эмоциональные проблемы и финансовые трудности [12]. В исследовании, проведенном на японских студентах медиках, выявлена прямая взаимосвязь между жизнеспособностью и академической успеваемостью, где ведущую роль играет компонент жизнеспособности «устойчивость» [13]. В другом исследовании получены принципиально иные данные: наиболее адаптированными к условиям учебно-профессиональной деятельности являются студенты с низким уровнем жизнеспособности [14], но за счет каких ресурсов происходит адаптация в представленном исследовании не анализировалось. При исследовании интеллектуальных характеристик как предикторов жизнеспособности показано наибольшее влияние на осмысленность жизни как компонента жизнеспособности эмоционального интеллекта и метакогнитивной включенности, а также на способность к адаптации, тогда как влияние на способность к саморегуляции и способность к саморазвитию интеллектуальных предикторов не подтверждаются [15], значимое влияние на развитие указанных компонентов жизнеспособности оказывают динамические мыслительные процессы [16], а также активная ученическая позиция и адаптивность учебных планов [17]. Констатируется, что совмещение учебы с трудовой деятельностью, приносящую доход, укрепляет контекстуальную жизнеспособность у юношей и не оказывает влияние на жизнеспособность девушек [18]. Предпринимались попытки изучить взаимосвязь жизнеспособности с типом привязанности у студентов, в результате которых получили вполне ожидаемые результаты о более высоком уровне жизнеспособности у лиц с надежным типом привязанности к родителям в детстве и воспроизводство ими прошлых стратегий поведения в нестандартных ситуациях [19]. К семейным ценностям как предиктору жизнеспособности обращались другие исследователи, изучая роль университетского музея национальной культуры семьи в формировании навыка жизнеспособности студентов медицинского вуза [20], формируя мультикультуральный подход в принятии картины мира, социальную компетентность, самопринятие и т.д., проводя мероприятия, тренинги со студентами первых курсов из 30 стран для их успешной адаптации к условиям обучения. При исследовании студентов медиков в Тунисе акцент сделан на внеучебной деятельности и

занятием спортом, как факторов повышающих индивидуальную жизнеспособность, наравне с доброжелательными, уважительными взаимоотношениями с сокурсниками и преподавательским составом [21]. Представляется интересным факт отсутствия взаимосвязи между жизнеспособностью и религиозностью, описанный бразильскими учеными [22].

Итак, в последнее время появились немногочисленные отечественные научные публикации, посвященные различным аспектам индивидуальной жизнеспособности у студентов, при этом жизнеспособность студентов медиков, а также взаимосвязь жизнеспособности с эмоциональным выгоранием не рассматривалась. При этом, индивидуальная жизнеспособность изучалась в контексте начального периода обучения у студентов 1-2 курсов, в большинстве исследований студентов не медицинского направления, для улучшения их адаптации к обучению в вузе и повышения мотивации к обучению. В аналитическом обзоре зарубежных публикаций указывается на жизнеспособность, как на основной фактор успешности учебной и дальнейшей профессиональной деятельности у студентов медиков, но не определена значимость отдельных компонентов жизнеспособности [23].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение показателей жизнеспособности при разном уровне эмоционального выгорания с учетом депрессии, тревоги и стресса у студентов медиков выпускного курса в связи с необходимостью выделения мишеней психологической помощи для успешного включения в профессиональную деятельность.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для исследования жизнеспособности использован опросник «Жизнеспособность взрослого человека», который сконструирован в соответствии с многофакторной структурой ее компонентов, предложенной А.В. Махначом [9]. Для исследования эмоционального выгорания использован опросник выгорания К. Маслач в адаптации Н.Е. Водопьяновой [24]. Для исследования эмоционального состояния использовалась методика DASS-21 в адаптации А.А. Золотаревой [25], где выделяются шкалы депрессии, тревоги, стресса. В эмпирическом исследовании приняли участие 157 студентов 6 курса медицинского университета, обучающиеся по направлению педиатрия в возрасте 23-28 лет. Сбор материала осуществлялся в 2024–2025 годах.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась при помощи пакета статистики SPSS-23 с расчетом описательных статистик ($M \pm S$), критерия Манна-Уитни (U), корреляционного анализа Спирмена (r).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании общего показателя эмоционального выгорания выявлена встречаемость различных уровней эмоционального выгорания, которые распределились следующим образом: низкий уровень – 3,18% (N 5), средний уровень – 58,59% (N 92), высокий уровень – 38,21% (N 60). В связи с редкой встречаемостью низкого уровня эмоционального выгорания у обследованных студентов медиков выпускного курса анализ жизнеспособности у них не проводился. Согласно поставленной цели, в качестве объектов исследования были выбраны две группы студентов медиков: 1 группа

Таблица 1

Описательные статистики показателей жизнеспособности у студентов медиков выпускных курсов со средним и высоким уровнями эмоционального выгорания

Table 1

Descriptive statistics of vitality indicators in graduate medical students with moderate to high levels of burnout

Показатели	Средний уровень эмоционального выгорания (M±S)	Высокий уровень эмоционального выгорания (M±S)	U-критерий Манна-Уитни
Психозмоц. истощение	24,98±6,94	37,00±7,07	0,000***
Деперсонализация	10,10±4,53	16,61±4,60	0,000***
Редукция профессиональных достижений	30,73±6,44	29,88±6,38	0,583
Самоэффективность	63,20±7,86	62,65±8,89	0,734
Настойчивость	59,52±8,38	59,08±9,63	0,864
Внут. локус контроля	59,58±6,68	59,51±7,43	0,994
Совладание и адаптация	60,66±8,56	59,10±8,98	0,280
Духовность	47,01±14,53	44,15±14,11	0,190
Семейные и социальные взаимосвязи	66,40±9,49	64,20±10,72	0,230
Интегральный показат. жизнеспособности	356,39±43,14	348,70±46,25	0,475
Депрессия	5,91±3,86	8,61±4,25	0,000***
Тревога	7,48±3,86	9,53±4,50	0,04*
Стресс	10,61±3,93	12,68±4,42	0,02*

Примечание: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

со средним и 2 группа с высоким уровнем эмоционального выгорания. После обработки полученных данных показатели компонентов эмоционального выгорания, компонентов жизнеспособности, депрессии, тревоги, стресса представлены в таблице 1 в виде описательных статистик.

Между показателями эмоционального выгорания психозмоционального истощения, деперсонализации у студентов медиков со средним и высоким уровнем эмоционального выгорания наблюдается одинаковые значения статистически значимых различий ($r=0,000$, $p<0,001$), тогда как редукция личных достижений остается неизменной. При исследовании эмоционального состояния можно констатировать, что наибольшее статистически значимое различий выявлено по показателю депрессия ($r=0,000$, $p<0,001$), тогда как показатели тревоги и стресса также различаются ($r=0,04$, $p<0,05$; $r=0,02$, $p<0,05$, соответственно), но в меньшей степени. Примечательно, что по всем показателям жизнеспособности статистически значимых различий не выявлено между группами сравнения студентов медиков 6 курса обучения со средним и высоким уровнями эмоционального выгорания.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязей показателей эмоционального выгорания, жизнеспособности, депрессии, тревоги и стресса приведены в таблице 2.

У 1 группы студентов медиков значимых взаимосвязей гораздо больше, по сравнению с меньшим количеством взаимосвязей показателей жизнестойкости, эмоционального выгорания, депрессии, тревоги и стресса у 2 группы студентов, 33 и 21 соответственно. Наибольшее количество отрицательных взаимосвязей обнаружено между жизнеспособностью и психозмоциональным истощением, редукцией личных

Таблица 2
Взаимосвязь эмоционального выгорания, жизнеспособности и эмоционального состояния у студентов медиков выпускного курса
Table 2
Relationship of burnout, vitality, and emotional state in graduate medical students

	Психоэмоционал. Источен.	Деперсонализация	Редукц. професс. достиж.	Депрессия	Тревога	Стресс
Средний уровень эмоционального выгорания						
Самоэффективность	-0,393**	-0,235*	0,518**	-0,519**	-0,475**	-0,325**
Настойчивость	-0,469**	0,137	0,539**	-0,544**	-0,513**	-0,278**
Внут. локус контроля	-0,243*	-0,165	0,423**	-0,512**	-0,449**	-0,281**
Совладание и адаптация	-0,407**	-0,234*	0,507**	-0,422**	-0,471**	-0,358**
Духовность	-0,347**	-0,124	-0,344**	-0,080	-0,011	-0,064
Семейные и социальные взаимосвязи	-0,176	-0,221*	0,314**	-0,359**	-0,119	-0,032
Интеграл. показатель жизнеспособности	-0,459**	-0,225*	0,576**	-0,482**	-0,392**	-0,257*
Высокий уровень эмоционального выгорания						
Самоэффективность	-0,387**	0,205	0,278*	-0,403**	-0,200	-0,274*
Настойчивость	-0,396**	-0,158	0,305*	-0,411**	-0,203	-0,220
Внут. локус контроля	-0,209	-0,109	0,108	-0,155	-0,111	-0,074
Совладание и адаптация	-0,326*	-0,133	0,275*	-0,491**	-0,342**	-0,410**
Духовность	-0,168	-0,189	0,266*	-0,195	0,002	-0,099
Семейные и социальные взаимосвязи	-0,279*	-0,182	0,311*	-0,316*	-0,286*	-0,200
Интеграл. показатель жизнеспособности	-0,344**	-0,194	0,332**	-0,409**	-0,209	-0,268*

Примечание: * p<0,05, ** p<0,01/

достижений, депрессией у 1 группы студентов. У 2 группы студентов тенденция та же: наибольшее количество статистически значимых взаимосвязей показателями жизнеспособности и с аналогичными показателями эмоционального выгорания и эмоционального состояния. У студентов с высоким уровнем эмоционального выгорания не обнаружено статистически значимых взаимосвязей между показателями жизнеспособности и таким показателем эмоционального выгорания, как деперсонализация.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Выявлен факт низкого уровня эмоционального выгорания всего у 3,18% (5) студентов медиков, что вызывает озабоченность, с одной стороны, и подтверждает обоснованность данного исследования для выявления мишеней психологического сопровождения, с другой стороны.

При анализе описательной статистики получен ожидаемый результат в виде статистически значимо более выраженных показателей психоэмоционального напряжения, деперсонализации и депрессии, тревоги, стресса у 2 группы студентов

по сравнению со 2 группой студентов. При этом, такой показатель эмоционального выгорания как редукция профессиональных достижений представлен одинаково в группах сравнения, что свидетельствует о недостаточной уверенности в своей профессиональной компетентности и ее продуктивности, неуверенностью в личных качествах, способствующих исполнению профессиональных обязанностях, что во многом связано с грядущим переходом из статуса студента в статус врача или ординатора с повышением ответственности. Следует отметить факт отсутствия статистически значимых различий по всем показателям жизнеспособности в группах сравнения. Вероятно, данный факт можно объяснить одинаковым контекстом ситуации и предъявляемыми требованиями с необходимостью мобилизовать ресурсную базу, которая у студентов выпускного курса во многом схожа.

Структурный анализ данных показывает весомо большее количество взаимосвязей между изучаемыми показателями у студентов 1 группы по сравнению с 2 группой, что можно объяснить наибольшей мобилизацией внутренних и внешних ресурсов жизнеспособности студентами со средним уровнем жизнеспособности для успешного совладания с признаками эмоционального выгорания, депрессии, тревоги и стресса. Обращает на себя внимание, что из 42 возможных взаимосвязей между всеми исследуемыми показателями у студентов 1 группы только 9 не являются статистически значимыми, при этом 4 из них относятся к показателю духовности. У студентов 2 группы показатель духовности связан только с таким показателем эмоционального выгорания, как редукцией профессиональных достижений, также у студентов данной группы не обнаружено взаимосвязей с внутренним локусом контроля. Следовательно, можно утверждать, что основные внутренние ресурсы жизнеспособности у 2 группы студентов медиков не используются при возникновении сложных ситуаций и не препятствуют усугублению показателей эмоционального выгорания. Показатель редукции профессиональных достижений взаимосвязан со всеми показателями жизнеспособности у 1 группы студентов и кроме одного у 2 группы студентов, причем это единственный показатель эмоционального выгорания, с которым взаимосвязи прямые. Как уже отмечалось выше, данный факт связан с изменениями из-за окончания вуза и начала самостоятельной профессиональной деятельности. Следует отметить, что деперсонализация не взаимосвязана ни с одним из показателей жизнеспособности у 2 группы студентов, что указывает на не сформированность у них сбалансированного отношения к пациентам с излишней включенностью в их проблемы.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование впервые подчеркивает универсальность такого показателя эмоционального выгорания, как редукция профессиональных достижений, при этом взаимосвязан практически со всеми показателями жизнеспособности у 1 и 2 группы студентов. Также впервые доказана одинаковая представленность показателей жизнеспособности у студентов медиков выпускного курса обучения, не смотря на разный уровень эмоционального выгорания, депрессии, тревоги, стресса. Структурный анализ полученных данных убедительно доказывает большее количество отрицательных взаимосвязей показателей жизнеспособности, эмоционального выгорания, депрессии, тревоги, стресса у студентов медиков со средним уровнем эмоционального выгорания по сравнению со студентами с высоким уровнем

эмоционального выгорания. Впервые выявлено, что внутренний локус контроля и во многом духовность, основные внутренние ресурсы жизнеспособности, не взаимосвязаны с эмоциональным выгоранием, депрессией, тревогой, стрессом у студентов медиков с высоким уровнем эмоционального выгорания. Полученные данные имеют ключевое значение для оптимизация психологического сопровождения студентов медиков выпускных курсов с проработкой психоэмоционального состояния, редукции профессиональных достижений, проявлений депрессии, что взаимосвязано с показателями жизнеспособности.

Перспектива исследования заключается в изучении взаимосвязи феноменов эмоционального выгорания и жизнеспособности у студентов медиков от начала обучения и до его завершения для разработки эффективных мероприятий для проведения первичной профилактики эмоционального выгорания для 1 группы студентов и вторичной профилактики для 2 группы студентов в виде индивидуальной и групповой работы с учетом полученных данных.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERANCES

1. Bulgakova O.S., Parkhomchuk D.S., Ulyanov T.A. Burnout syndrome in physicians as a sign of the profession (review). *Psychophysiology news*. 2020;1:9–20. (in Russian)
2. Capdevila-Gaudens P., Garcá-a-Abajo J.M., Flores-Funes D., et al. Depression, anxiety, burnout and empathy among Spanish medical students. *PLoS ONE*. 2021;16(12):e0260359. doi: 10.1371/journal.pone.0260359
3. Singur V.V., Kadyrova K.V., Balatskaya E.V., et al. Features of emotional burnout among medical students of various fields of study. *International journal of applied and fundamental research*. 2025;4:19–22. doi: 10.17513/mjpf.13713 (in Russian)
4. Obregon M., Luo J., Shelton J., et al. Assessment of burnout in medical students using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey: a cross sectional data analysis. *BMC Medical Education*. 2020;20:376–385. doi: 10.1186/s12909-020-02274-3
5. Pekov D.B. Burnout syndrome in medical students. Collection of scientific and methodological articles of the conference "Cultural genetic functions of psychological, pedagogical and special education". *Cheboksary: publishing house Chuvashskij gosudarstvennyj pedagogicheskij universitet im. I.YA. YAKovleva*. 2024:457–461. (in Russian)
6. Thun-Hohenstein L., Hübinger-Ablasser C., Geyerhofer S., et al. Burnout in medical students. *Neuropsychiatr*. 2021;35:17–27. doi: 10.1007/s40211-020-00359-5
7. Tarasova E.V. Hardiness, antifragility and resilience in the profession of the psychologist-consultant. Collection of scientific papers «Chelovek v usloviyah neopredelennosti». Samara: Samara State Technical University. 2018;2:170–176 (in Russian)
8. Laktionova A.I. *Adolescent vitality and social adaptation*. M.: Publishing House "Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences". 2017; 236 p. (in Russian)
9. Mahnach A.V. *Human and family vitality: a socio-psychological paradigm*. M.: Publishing House "Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences". 2016; 459 p. (in Russian)
10. Mahnach A.V., Miklyayeva A.V., Saraeva N.M., et al. Vitality of Russian youth: socio-ecological paradigm of psychological research. M.: Publishing House "Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences". 2024; 286 p. doi: 10.38098/fund_24_0473 (in Russian)
11. Oshri A., Duprey E.B., Kogan S.M., et al. Growth patterns of future orientation among maltreated youth: a prospective examination of the emergence of resilience. *Developmental Psychology*. 2018;54.8:1456–1471.
12. Postlyyakova Y.V. Resilience factors and risk factors in the educational space of a university for students with different level of individual resilience. Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. *Organizational Psychology and Psychology of Labor*. 2024;9(1):49–69. doi: 10.38098/iproan.opwp_2024_30_1_003 (in Russian)
13. Tanji F., Nanbu H., Ono M., et al. The association between resilience and academic performance among nursing students: a cross-sectional study in Japan. *Journal of Rural Medicine*. 2021;16(4):206–213. doi: 10.2185/jrm.2021-030
14. Bogomazova K.O. Comparative analysis of the parameters of the psychological structure of viability in students of various professional training profiles. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafit*. 2024;9(235):280–284. (in Russian)
15. Grachev M.A., Rylskaya E.A. Resilience in individuals: intellectual characteristics as predictors. *Psychology. Psychophysiology*. 2025;18(1):5–15. doi: 10.14529/jpps250101 (in Russian)
16. Zhang N. Incorporating a Growth Mindset Model into Medical Education and Enhancing the Complex Problem-Solving Abilities and Mental Resilience of Medical Students and Residents. *Cureus*. 2024;16(8):e67294. doi: 10.7759/cureus.67294
17. Meyerson I.-L.S. Viability and Psychological Resources to Ensure It: A Theoretical Review. *Scientific Notes of Russian State Social University*. 2025;24.3:50–55. doi: 10.17922/2071-5323-2025-24-3-50-55 (in Russian)
18. Gorkovaya I.A., Miklyayeva A.V. The resilience of employed students: gender perspective. Collection of articles «The current state and prospects for the development of labor psychology and organizational psychology». M.: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. 2021; 625–637 p. (in Russian)
19. Moroz T.S. *Type of attachment as a factor of the vitality of modern students in a period of instability*. *Bulletin of the IPA VPA (collection of scientific papers)*. Tula: MPA VPA; 2024;1(5):223–226. (in Russian)

20. Gulyaevskaya N.V., Rassihina M.A., Tihanova A.Yu. *The role of the university's Museum of National Family Culture in building the vitality skill of medical students*. Article in the collection of Proceedings of the conference "Prevention of crisis conditions in an educational organization." *Materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation*. Novosibirsk: Publishing House Novosibirsk State Medical University. 2024; 182–190 p. (in Russian)
21. Ammar A., Mabrouk R., Chelly S., et al. Medical students 'resilience level and its associated factors: A Tunisian study. *LA TUNISIE MEDICALE*. 2023;101(10):745–750.
22. Dias A.R., Fernandes S.M., Fialho-Silva I., et al. Burnout syndrome and resilience in medical students from a Brazilian public college in Salvador, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother*. 2022;44:1–10. doi: 10.47626/2237-6089-2020-0187
23. Long R., Forty L., Field J. Resilience in Oral Health Professional Education: A Scoping Review. *European Journal of Dental Education*. 2024;0:1–17. doi: 10.1111/eje.13034
24. Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S. *Burnout syndrome: diagnosis and prevention*. SPb: Piter. 2008; 338 p. (in Russian)
25. Zolotareva A.A. Systematic review of the psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21). *The Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2020;2:26–37. doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-26-37 (in Russian).

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.023>
УДК 343.54-053.71: [340.63+615.851]

Евтухович Е.Д.¹, Григорьева И.В.², Александров А.А.¹

¹ Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Минск, Беларусь

² Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Уголовно наказуемые деяния несовершеннолетних сексуальной направленности: подходы к судебно-психиатрической оценке, необходимость обеспечения постделиктного психотерапевтического сопровождения

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – Евтухович Е.Д.; концепция и дизайн исследования, редактирование, обработка – Григорьева И.В.; концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – Александров А.А.

Финансирование: исследование выполнено по инициативе авторов без привлечения финансирования. Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 12.01.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: eugenehrabs743@gmail.com

Резюме

В статье представлен анализ критериев «возрастной невменяемости» в белорусском уголовном законодательстве. Проведено исследование содержания психической незрелости несовершеннолетних применительно к оценке их способности осуществлять осознанно-волевою регуляцию своего поведения в юридически значимый период времени с акцентом на противоправных деяниях сексуальной направленности. Обосновывается мнение о невозможности всесторонне и полно оценить проявления психической незрелости несовершеннолетних и ее влияние на осознанно-волевою регуляцию поведения при совершении общественно опасных деяний в ситуации отсутствия в законодательстве волевого компонента юридического критерия «возрастной невменяемости». Дискутируются вопросы совершенствования подходов к установлению критериев «возрастной невменяемости», включая их наполнение, необходимость изменения белорусского законодательства в части введения волевого критерия «возрастной невменяемости», а также совершенствование судебно-экспертной практики диагностики критериев «возрастной невменяемости» применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности несовершеннолетних. Высказывается мнение о целесообразности применения когнитивно-поведенческой терапии в качестве психотерапевтического сопровождения постделиктной адаптации несовершеннолетних лиц, совершивших уголовно-наказуемые деяния в состоянии «возрастной невменяемости».

Ключевые слова: вменяемость, возрастная невменяемость, юридический критерий невменяемости, интеллектуальный и волевой компоненты, психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, сексуальные правонарушения, ювенильная юстиция

Yeutukhovich Ya.¹, Grigoryeva I.², Alexandrov A.¹

¹ Minsk Regional Clinical Centre "Psychiatry – Narcology", Minsk, Belarus;

² Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

Criminally Punishable Acts of Minors of a Sexual Nature: Approaches to the Psychotherapeutic Component, the Need to Ensure Post-Delinquent Psychotherapeutic Support

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study, editing, collection of materials, processing, writing the text – Evtukhovich E.; concept and design of the study, editing, processing – Grigorieva I.; concept and design of the study, collection of materials, processing, writing the text – Aleksandrov A.

The article is published in author's edition.

Submitted: 12.01.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: eugenehkrabs743@gmail.com

Abstract

The article presents a comparative analysis of the consequences of "age-related insanity" in Belarusian and Russian criminal legislation. A study of the content of mental immaturity of minors is conducted, as applied to the assessment of their abilities to study conscious-volitional regulation of their behavior in a legally significant period of time. The article substantiates the opinion that it is impossible to comprehensively and fully assess the manifestations of mental immaturity of minors and its influence on the conscious-volitional regulation of behavior when committing socially dangerous acts in a situation where there is no volitional component of the legal criterion of "age-related insanity" in the legislation. The issues of improving approaches to establishing the criteria of "age insanity" are discussed, including their content, the need to change Belarusian legislation in terms of introducing a volitional criterion of "age insanity", as well as improving forensic practice of diagnosing the criteria of "age insanity" in relation to illegal sexual acts of minors. The article substantiates the opinion on the advisability of using cognitive-behavioral therapy as a psychotherapeutic support for post-delinquent adaptation of minors who have committed criminal acts in a state of "age-related insanity".

Keywords: criminal sanity, age-specific criminal insanity, legal criterion of criminal insanity, intellectual and volitional components, psychotherapy, cognitive behavioral therapy, sexual crimes, juvenile justice

■ ВВЕДЕНИЕ

Основой уголовной ответственности человека является наличие у него способности к самостоятельному, свободному выбору действий с учетом действующих в обществе норм и правил. Формируется такая способность в процессе возрастного развития и социализации. Вменяемость, как предпосылка вины, определяет возможность наступления уголовной ответственности. Невменяемость же, обуславливая невинное совершение уголовно наказуемого деяния, исключает возможность уголовной ответственности. Особое место наряду с понятиями «вменяемость» и «невменяемость» занимает понятие «возрастная невменяемость». Наличие в законодательстве Республики Беларусь данного уголовно-правового института позволяет при реализации уголовного преследования ориентироваться на индивидуальные особенности личности несовершеннолетнего, совершившего уголовно наказуемое деяние, то есть фактически реализовывать принципы ювенильной юстиции.

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Установление необходимости, возможности и целесообразности изменения подходов к установлению критериев «возрастной невменяемости», включая их наполнение и использование применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности несовершеннолетних, к установлению психотерапевтического сопровождения несовершеннолетних, совершивших уголовно-наказуемые деяния в состоянии «возрастной невменяемости».

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе использовались актуальные нормативные правовые и иные правовые акты Республики Беларусь, определяющие содержание уголовно-правового института «возрастной невменяемости», смысловое наполнение критериев «возрастной невменяемости» и их диагностику, условия, определяющие применение «возрастной невменяемости» в уголовном процессе. Посредством методов, используемые на теоретическом уровне исследований, с учетом актуальных подходов в белорусской судебно-экспертной практике по деяниям сексуальной направленности несовершеннолетних, проведено исследование критериев «возрастной невменяемости» на предмет их релевантности определенным особенностям интеллектуальной и волевой сфер психической деятельности несовершеннолетних.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Несформированность у несовершеннолетнего лица способности учитывать в своих действиях принятые в обществе нормы и правила определяет невозможность привлечения его к уголовной ответственности, для обозначения чего в специальной литературе используется термин «возрастная невменяемость».

В соответствии с белорусским уголовным законодательством одним из условий уголовной ответственности является возраст лица, совершившего деяния, предусмотренные соответственно Особенными частями Уголовного кодекса Республики Беларусь (УК РБ).

Части первая и вторая статьи 27 УК РБ соединяют возрастную вменяемость с достижением определенного возраста и устанавливают, что для большинства составов

преступлений уголовной ответственности подлежит лицо, достигшее ко времени совершения преступления шестнадцатилетнего возраста, а по ряду запрещенных уголовными кодексами деяний – лицо в возрасте от четырнадцати до шестнадцати лет.

Установленные возрастные интервалы законодатель ассоциирует с таким уровнем социального, психического и нравственного развития несовершеннолетнего, который позволяет привлечь его к уголовной ответственности, поскольку достижение данного уровня развития определяет его (несовершеннолетнего) индивидуальное формирование и становление как личности, позволяет социально ориентироваться, осуществлять выбор поведения, при этом учитывая как последствия своего поведения, так и, предвидя данные последствия, отказываться от совершения тех или иных действий. Посредством этого происходит управление своим поведением, в том числе и с точки зрения оценки своего поведения с позиции социальных, правовых, нравственных правил и норм. Исходя из этого следует, что лицо в определенном возрасте должно быть способно осознавать основные нормы права и нравственности, принятые в данном обществе (стране), понимать их социальное значение, а также последствия своих действий как для себя, так и для других лиц, прогнозировать результаты своего поведения [1].

Составы преступлений в законодательстве Республики Беларусь, по которым субъект преступления подлежит уголовной ответственности по достижению четырнадцати лет, включают: убийство, причинение смерти по неосторожности, умышленное причинение тяжкого телесного повреждения, умышленное причинение менее тяжкого телесного повреждения, изнасилование, насильственные действия сексуального характера, похищение человека, кража, грабеж, разбой, вымогательство, хищение имущества путем модификации компьютерной информации, угон транспортного средства или маломерного судна, умышленное уничтожение либо повреждение чужого имущества, захват заложника, хищение огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ, умышленное приведение в негодность транспортного средства или путей сообщения, хищение наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров и аналогов, незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров или аналогов, хулиганство, заведомо ложное сообщение об опасности, осквернение сооружений и порча имущества, побег из исправительного учреждения, исполняющего наказание в виде лишения свободы, арестного дома или из-под стражи.

Частью 3 статьи 27 УК РБ предусмотрены условия, при которых несовершеннолетнее лицо, которое достигло возраста, с которого наступает уголовная ответственность, не подлежит уголовной ответственности. Так, согласно действующему белорусскому законодательству, не подлежит уголовной ответственности несовершеннолетнее лицо, которое вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством (заболеванием), во время совершения общественно опасного деяния не было способно сознавать фактический характер или общественную опасность своего деяния.

Следует отметить, что установление критериев «возрастной невменяемости» осуществляется при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, при этом принятие решения о привлечении к уголовной ответственности либо освобождения от нее несовершеннолетнего осуществляется судом [2].

Законодательно установленный возраст наступления уголовной ответственности за соответствующее преступление предполагает способность лица понимать характер и социальную значимость своих действий, соотносить свои желания и побуждения с требованиями общественного запрета и нормами поведения, установленными в обществе, а также способность правильно воспринимать уголовное наказание. Однако жизненные условия и обстоятельства, в которых происходит развитие подростков и их формирование весьма разнообразны, как разнообразны и личностные особенности каждого конкретного индивидуума. Поэтому при привлечении несовершеннолетнего лица к уголовной ответственности следует учитывать многообразие указанных обстоятельств и особенностей для решения вопроса, возможно ли такое привлечение за совершение конкретного деяния с учетом условий и обстоятельств его совершения.

Следует обратить внимание на то, что структура юридического критерия «возрастной невменяемости» в белорусском законодательстве, содержит лишь интеллектуальный компонент – не способность понимать фактический характер и общественную опасность своих действий, волевой же компонент – способность осуществлять волевую регуляцию своего поведения, отсутствует.

Интеллектуальный компонент является проявлением когнитивного процесса и заключается в определении способности лица к осознанию опасности своего деяния, его фактического характера. При этом данный компонент помимо интеллектуального недоразвития включает в себя нарушения личностного развития, которые могут приводить к недостаточному уровню правового, социального, нравственного сознания. Волевой компонент выражается в способности лица к руководству своими действиями в юридически-значимый период времени.

Данные компоненты – интеллектуальный и волевой – относительно обособлены, самостоятельны, каждый из них подлежит отдельной и последовательной положительной либо отрицательной оценке. При этом для установления состояния невменяемости не обязательно одновременное наличие обоих компонентов юридического критерия невменяемости. Вместе с тем наличие интеллектуального компонента невменяемости влечет за собой констатацию наличия волевого компонента, поскольку при отсутствии понимания фактического характера и общественной опасности своих действий субъект уголовно-наказуемого деяния не может применить свои волевые ресурсы для регуляции своего поведения в соответствии с нормами права и нравственности, принятыми в конкретном обществе.

Волевые качества в контексте совершения подростком уголовно наказуемого деяния определяют возможность принимать и реализовывать принятые решения, а также способность принимать решение, подавлять желание либо выбирать способ реализации потребности.

Белорусскими специалистами в области охраны психического здоровья отмечается необходимость дальнейшей проработки и совершенствования вопросов «возрастной невменяемости» в уголовном процессе [3, 4].

Проявления психической незрелости несовершеннолетнего, обозначаемые понятием «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством (заболеванием)», носят целостный характер, затрагивают не только познавательную деятельность, но и личностные свойства несовершеннолетних, определяющие потенциальную возможность наличия выраженной дефицитарно-

сти волевой регуляции поведения в юридически значимый период времени. Отсутствие волевого компонента юридического критерия «возрастной невменяемости» в белорусском законодательстве приводит к фрагментарной оценке проявлений психической незрелости несовершеннолетнего лица и не учитывает такой важный ее аспект, как личностная незрелость, что не позволяет всесторонне и полно оценить проявления психической незрелости несовершеннолетних и ее влияние на осознанно-волевою регуляцию поведения при совершении общественно опасного деяния [4].

Воля, как регулятор осмысленного поведения несовершеннолетнего, в определенном смысле результируя и реализуя возможности внимания, восприятия, мышления, памяти, является крайне важным компонентом с позиции оценки «возрастной невменяемости». Достаточность волевого регулирования поведения определяется исходя из наличия способности к сознательным усилиям, обеспечивающим преодоление трудностей при достижении целей применительно к юридически значимой ситуации, наличия концентрации и устойчивости волевых усилий, способности предпринять определенные действия либо воздержаться от их совершения.

Следует отметить, что сомнение в способности несовершеннолетних осуществлять осознанную регуляцию своего поведения в момент совершения общественно опасного деяния может быть основано не только на данных об отставании в психическом развитии, но и на оценке сложности ситуации, в которой они действовали. В ряде случаев недостаточное осознание своих действий, слабость волевого контроля поведения может объясняться вполне естественной для подростков ограниченностью жизненного опыта, легкостью возникновения некоторых эмоциональных состояний.

Данное положение особую актуальность приобретает при рассмотрении уголовно наказуемых деяний сексуальной направленности, поскольку несформированность предпосылок для своевременного психосексуального развития может существенно ограничивать у несовершеннолетнего диапазон восприятия ситуации, связанной с сексуальностью. Ограничение может касаться прогноза последствий осуществляемых действий, ошибки в понимании психического состояния потерпевшего, причин его поведения. При этом в отношении деяний сексуальной направленности оценка степени незрелости будет означать анализ сформированности тех структур личности, которые предопределяют возможность достижения осознания соответствующих требований и способность им следовать.

Также применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности следует отметить, что выявляемые у несовершеннолетних лиц, совершивших такие деяния, нарушения психосексуального созревания могут оказывать влияние на их поведение в момент совершения данных деяний, и, как следствие, на способность сознавать фактический характер или общественную опасность своих действий [4].

Оправданность данного тезиса обусловлена тем, что любые нарушения развития в данном контексте не сводятся исключительно к интеллектуальным расстройствам, а отражают широкий спектр дизонтогенетических аномалий личности в целом, в связи с чем их оценка должна включать и анализ отклонений в психосексуальном становлении, поскольку данные отклонения являются составной частью психического развития. Также следует учитывать то обстоятельство, что речь может идти не только о задержках развития, обусловленных социальными причинами, но и о ретардации

психофизического созревания, составной частью которого является психо- и соматосексуальное становление индивида.

Отдельно следует отметить более «сложные» для понимания (осознания) и субъектом и объектом преступления характеристики (признаки) деяний сексуальной направленности в сравнении с иными противоправными деяниями, объективная сторона которых выражается физическим воздействием субъекта преступления на потерпевшего, что в целом соответствует особенностям онтогенеза человека.

Так, например, действия в отношении потерпевшего, угрожающие его жизни и здоровью, затрагивают инстинкт самосохранения человека – врожденную форму поведения, реализуемую в случае возникновения опасности в виде действий по спасению себя от этой опасности. Реализация данного инстинкта происходит через страх и боль, что определяет способного адекватно воспринимать данные чувства индивидуума как имеющего возможность осознать опасность для себя и, соответственно, способного правильно воспринимать происходящее в контексте криминальной ситуации. Для адекватной же оценки опасности действий, направленных против половой свободы и неприкосновенность, человеку недостаточно лишь возможности восприятия происходящего [5].

Данное различие нашло отражение в белорусском законодательстве, в частности, в смысловом наполнении понятия «беспомощное состояние» как характеристики физического лица – объекта уголовно наказуемого деяния сексуальной направленности в момент либо период совершения данного деяния.

Так, согласно Постановлению Пленума Верховного суда Республики Беларусь от 27.09.2012 № 7 «О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности или половой свободы (ст.ст. 166–170 Уголовного кодекса Республики Беларусь)», потерпевший при совершении в отношении него преступления против половой неприкосновенности или половой свободы признается находившимся в «беспомощном состоянии» в случае, когда в силу определенных причин не мог понимать характер или значение совершаемых с ним действий либо оказать сопротивление.

То есть интеллектуальный компонент «беспомощного состояния» потерпевшего от полового преступления включает как осознание содержания и направленности криминальных действий (понимание характера действий), так и понимание смыслового аспекта отражения противоправных действий в сознании, то есть сущности происходящего в сопоставлении с общепринятой системой ценностей и норм в отношении половой свободы и неприкосновенности (понимание значения действий), что онтогенетически формируется позже, нежели базовые инстинкты самосохранения.

С учетом того, что уголовный закон призван в равной степени защищать права и законные интересы как потерпевших, так и лиц, совершивших общественно опасные деяния, представляется целесообразным учитывать обозначенные особенности понимания содержания действий сексуальной направленности при определении ответственности несовершеннолетних лиц, совершивших уголовно наказуемые деяния сексуальной направленности [1].

Отдельно следует отметить, что в белорусском законодательстве фактически отсутствует механизм постделиктивной адаптации несовершеннолетних лиц, совершивших уголовно-наказуемое деяния в состоянии «возрастной невменяемости». По мне-

нию авторов, такая адаптация крайне важна, поскольку будет способствовать снижению потенциальной общественной опасности преступивших закон подростков, адаптации их к дальнейшему социальному функционированию с учетом актуального субъективного отношения к совершенному деянию (например, неспособность испытывать чувство вины либо, наоборот, давление «груза вины»), позволит гармонизировать психическое состояние и развитие, в том числе в контексте профилактики психических и поведенческих расстройств.

Важнейшим аспектом такой адаптации является психотерапевтическое сопровождение несовершеннолетнего – субъекта противоправного деяния, особенно деяния сексуальной направленности. Перспективным в данном контексте представляется использование когнитивно-поведенческой терапии в ее «зонтичной» дефиниции – совокупности психотерапевтических методов, основанных на изменении дисфункциональных мыслей, убеждений и поведения. В качестве направленности психотерапии можно обозначить повышение компетентности в сексуальных вопросах до релевантного возрасту уровня, включая понимания (осознания) недопустимости нарушения половой неприкосновенности и половой свободы, устранение когнитивных искажений (искаженных моделей мышления), повышение эмпатии к жертве, изменение аномального сексуального интереса, улучшение эмоционального управления и контроля над насильственными или аномальными сексуальными побуждениями, не допущение противоправного сексуального поведения, обеспечение должной социальной (в том числе учебной, трудовой и т.д.) коммуникации и адаптации [6].

Терапевтический эффект при этом реализуется преимущественно посредством изучения и осознания собственных мыслей, изменения поведения, работы с эмоциями, развития навыков совладения со стрессом, усиления самоконтроля, работы с системой ценностей, что достигается посредством применения таких психотерапевтических методов, как диалектико-бихевиоральная терапия, схема-терапия, десенсибилизация и переработка движениями глаз, майндфулнесс (развитие навыков осознанности) и др. [7].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вопросы «возрастной невменяемости» в белорусском уголовном законодательстве и судебно-экспертной практике требуют дальнейшей проработки и совершенствования, как с позиции изменения действующего законодательства в части введения волевого критерия «возрастной невменяемости», так и с позиции совершенствования судебно-экспертной практике диагностики «возрастной невменяемости» применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности несовершеннолетних. По мнению авторов, это будет способствовать должному уголовно-правовому реагированию на совершение уголовно наказуемых деяний несовершеннолетними через адекватную дифференциацию и индивидуализацию уголовной ответственности, ее соответствие характеру и степени общественной опасности деяния, обстоятельствам его совершения и личностным характеристикам субъекта данного деяния. В рамках реализации постделиктивной адаптации несовершеннолетних лиц, совершивших уголовно-наказуемые деяния (прежде всего сексуальной направленности) в состоянии «возрастной невменяемости», целесообразно применением когнитивно-поведенческой терапии, что позволит снизить потенциальную

общественную опасность преступивших закон подростков, повысить их адаптацию к социальному функционированию, гармонизировать психическое состояние и развитие.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Yeutukhovich Y., Vinnikova I., Padabed-Tsahalka A. Certain Aspects of "Age-related Criminal Insanity" in Relation to Belarusian and Russian Legislation. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology (electronic supplement)*. 2025;16(2):95–103. (In Russian)
2. Ostianko Yu., Semenov V., Yeutukhovich Y. Current topics of the spectrum of issues resolved during forensic psychiatric and forensic medical psychological expert examinations in the Republic of Belarus: *A collection of materials from a Scientific and Practical conference, Minsk, April 26-27, 2023*. Minsk: State Forensic Examination Committee of the Republic of Belarus. 2023; 385–388 p. (In Russian)
3. Yeutukhovich Y., Ostianko Yu., Semenov V. On the issue of "age-related insanity" in criminal proceedings: *A collection of materials from a Scientific and Practical conference, Minsk, April 26-27, 2023*. Minsk: State Forensic Examination Committee of the Republic of Belarus. 2023; 368–370 p. (In Russian)
4. Alexandrov A., Yeutukhovich Y. On the issue of "age-related insanity" in relation to illegal acts of a sexual nature (under the criminal legislation of the Republic of Belarus): *A collection of materials from a Scientific and Practical conference, Kazan, July 20–21, 2024*. Kazan: Medical Publishing House "Practice". 2024; 5–6 p. (In Russian)
5. Yeutukhovich Y., Golubovich V. Certain issues of psychological and psychiatric examination of the helpless state of victims in criminal proceedings: *A collection of materials from a Scientific and Practical conference, Minsk, October 19–20, 2023*. Minsk: State Forensic Examination Committee of the Republic of Belarus. 2023; 96–98 p. (In Russian)
6. Marshall W.L., Anderson D., Fernandez Y. *Cognitive Behavioral Treatment of Sexual Offenders*. Chichester: Wiley. 1999; 203 p.
7. Kolb A. *Dialectical Behavior Therapy for Sex Offenders: A Treatment Guide*. Routledge. 2024; 292 p.

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.025>
УДК 613.84: 663.98:004

Свердлова А.И.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Психологические детерминанты и клинико-типологические характеристики зависимости от электронных систем доставки никотина: результаты эмпирического исследования

Конфликт интересов: не заявлен.

Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 12.01.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: Lino0@yandex.ru

Резюме

В статье представлены результаты комплексного эмпирического исследования феномена зависимости от электронных систем доставки никотина (ЭСДН) среди лиц молодого возраста. На выборке 30 респондентов (возраст 20–30 лет, средний возраст 24,5 года) проведен анализ взаимосвязей между физиологическими маркерами никотиновой зависимости, мотивационными паттернами потребления и психологическими характеристиками личности. Авторами разработан и апробирован интегральный индекс никотиновой зависимости (ИНЗ), учитывающий специфику вейпинга. Корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) выявил статистически значимые взаимосвязи между интенсивностью потребления и концентрацией никотина ($\rho=0,52$, $p<0,01$), мотивацией эмоциональной регуляции и выраженностью синдрома отмены ($\rho=0,47$, $p<0,01$), а также готовностью к отказу и успешностью предыдущих попыток ($\rho=0,56$, $p<0,01$). На основе интеграции данных клинической типологии личности выделены четыре психологических профиля потребителей ЭСДН с различными терапевтическими прогнозами. Результаты исследования свидетельствуют о полимотивационной структуре вейпинга и необходимости дифференцированных психокоррекционных интервенций с учетом личностного профиля.

Ключевые слова: никотиновая зависимость, электронные системы доставки никотина, вейпинг, индекс никотиновой зависимости, клиническая типология личности, шкала мотивации Хорна, транстеоретическая модель, аддиктология, корреляционный анализ

Sverdlova A.

Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

Psychological Determinants and Clinical-Typological Characteristics of Addiction to Electronic Nicotine Delivery Systems: Results of an Empirical Study

Conflict of interest: nothing to declare.
The article is published in author's edition.

Submitted: 12.01.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: Linoo@yandex.ru

Abstract

This article presents the results of a comprehensive empirical study of dependence on electronic nicotine delivery systems (ENDS) among young adults. Using a sample of 30 respondents (aged 20–30, with an average age of 24.5), the authors analyzed the relationships between physiological markers of nicotine dependence, motivational patterns of consumption, and psychological characteristics. The authors developed and tested an integrated nicotine dependence index (IDI) that takes into account the specifics of vaping. Correlation analysis (Spearman's rank correlation coefficient) revealed statistically significant relationships between consumption intensity and nicotine concentration ($\rho=0.52$, $p<0.01$), motivation for emotional regulation and the severity of withdrawal symptoms ($\rho=0.47$, $p<0.01$), as well as readiness to quit and the success of previous attempts ($\rho=0.56$, $p<0.01$). Based on the integration of clinical personality typology data, four psychological profiles of ENDS users with different therapeutic prognoses were identified. The study results indicate the polymotivational structure of vaping and the need for differentiated psychocorrectional interventions taking into account the personality profile.

Keywords: nicotine addiction, electronic nicotine delivery systems, vaping, nicotine dependence index, clinical personality typology, Horn motivation scale, transtheoretical model, addictology, correlation analysis

■ ВВЕДЕНИЕ

Трансформация табачной эпидемии в последние десятилетия характеризуется существенным изменением структуры потребления никотина. По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность электронных систем доставки никотина (ЭСДН), получивших общее название «вейпинг», продемонстрировала экспоненциальный рост, особенно среди молодежи в возрасте от 18 до 30 лет. Данный феномен представляет собой не просто альтернативную форму доставки никотина, но качественно иной тип аддиктивного поведения, характеризующийся высокой вариативностью дозирования, сенсорной привлекательностью и специфической ритуализацией процесса потребления.

Клиническая практика свидетельствует о формировании устойчивых форм зависимости от ЭСДН, которые с трудом поддаются стандартным психокоррекционным

интервенциям. При этом следует отметить, что, несмотря на значительное количество исследований, посвященных проблеме вейпинга, в исследованиях недостаточно работ, сочетающих клинико-психологический подход с оценкой личностных характеристик потребителей. Данный пробел существенно ограничивает возможности разработки эффективных персонализированных программ помощи.

Современная аддиктология рассматривает зависимость от никотина как многоуровневый феномен, включающий физиологический, психологический и социальный компоненты. С позиций биопсихосоциальной модели зависимости, формирование аддиктивного поведения детерминировано взаимодействием биологических факторов (нейробиологические механизмы дофаминергической системы), психологических особенностей (черты личности, мотивация, механизмы совладания) и социального контекста (групповые нормы, доступность вещества) [1].

Особую значимость в контексте исследования приобретает концепция самомедикации, согласно которой индивиды с неразрешенными психологическими проблемами используют психоактивные вещества для регуляции эмоционального состояния. Данная концепция, восходящая к работам З. Фрейда и получившая развитие в исследованиях К. Лонга и Э.Дж. Ханцяна, предполагает, что выбор конкретного вещества и паттерн его употребления определяются психологическим профилем потребителя [2].

Транстеоретическая модель изменения поведения (ТТМ), разработанная Дж. Прочазкой и К. Диклеме, предоставляет теоретическую рамку для понимания стадий готовности к отказу от зависимости. Согласно данной модели, изменение поведения проходит через последовательные стадии: предразмышление, размышление, подготовка, действие и поддержание [3].

Эмпирические исследования демонстрируют, что эффективность психокоррекционных интервенций существенно зависит от соответствия выбираемой стратегии стадии изменения, на которой находится пациент.

Клиническая типология личности, основанная на психоаналитической традиции и современных исследованиях в области психологии личности, предлагает систематику психологических типов, каждый из которых характеризуется специфическими механизмами психологической защиты, паттернами межличностных отношений и способами совладания со стрессом. Данная типология находит широкое применение в клинической практике для понимания индивидуальных особенностей пациентов с различными формами аддиктивного поведения.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить психологические детерминанты и клинико-типологические характеристики зависимости от электронных систем доставки никотина у лиц молодого возраста.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основе анализа теоретических источников и предварительных наблюдений были сформулированы следующие гипотезы:

Гипотеза 1: Зависимость от ЭСДН носит полимотивационный характер, сочетая физиологическую аддикцию, сенсорно-рекреативную мотивацию и мотивацию эмоциональной регуляции.

Гипотеза 2: Существуют статистически значимые взаимосвязи между мотивацией снижения стресса и выраженностью синдрома отмены, что подтверждает гипотезу самолечения.

Гипотеза 3: Готовность к отказу от ЭСДН положительно взаимосвязана с успешностью предыдущих попыток прекращения потребления.

Гипотеза 4: Потребители ЭСДН гетерогенны по психологическому профилю, и выделенные типы личности различаются по характеристикам потребления и психокоррекционному прогнозу.

В исследовании приняло участие 30 респондентов в возрасте от 20 до 30 лет. Средний возраст составил 24,5 года ($SD=2,8$). Гендерное распределение: 16 мужчин (53,3%) и 14 женщин (46,7%). Выборка характеризуется высоким уровнем социальной адаптации: 29 респондентов (96,7%) имели официальную занятость, 15 человек (50%) имели высшее образование, 4 человека (13,3%) – неоконченное высшее, 11 человек (36,7%) – среднее профессиональное образование.

Критерии включения: возраст 20–30 лет, регулярное использование ЭСДН не менее одного месяца, информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие диагностированных психических расстройств в стадии обострения, грубые когнитивные нарушения, отказ от участия.

Следует отметить, что ограничения выборки ($n=30$) не позволяют распространить результаты на всю популяцию потребителей ЭСДН. Однако данные представляют ценность для формирования гипотез и предварительной валидации разработанного инструментария.

Методы:

1. Тест Фагерстрема для ЭСДН. Стандартизированный инструмент оценки никотиновой зависимости, модифицированный для электронных систем доставки никотина с учетом специфики их использования. Включает оценку времени до первой затяжки после пробуждения, интенсивности потребления, выраженности симптомов отмены.
2. Шкала мотивации курения Хорна. Инструмент, позволяющий оценить шесть типов мотивации потребления никотина: стимуляция (взбадривание), игра с сигаретой (мануальный ритуал), расслабление (удовольствие в покое), поддержка (снятие эмоционального напряжения), жажда (никотиновая зависимость) и рефлексия (автоматическая привычка).
3. Клинико-психологический анализ на основе типологии. Проведен на основе косвенных данных: паттернов потребления, реакции на воздержание, мотивации и поведенческих особенностей. Позволил выделить предварительные психологические профили, соотносящиеся с теоретическими типами личности.
4. Структурированная анкета социально-демографических данных. Включала вопросы о возрасте, поле, образовании, трудоустройстве, стаже использования ЭСДН, типе используемых устройств.

Сбор данных осуществлялся в формате структурированного интервью и анкетирования. Все респонденты были проинформированы о целях исследования и добровольно согласились на участие. Средняя продолжительность обследования составила 45–60 минут. Исследование проводилось с соблюдением принципов биоэтики и конфиденциальности персональных данных.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием следующих методов:

- описательная статистика (среднее значение, стандартное отклонение, процентные соотношения);
- корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена, ρ) – в связи с небольшим объемом выборки.

Статистическая обработка осуществлялась в программной среде SPSS Statistics. Уровень статистической значимости ($p < 0,05$).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика курительного поведения и паттернов потребления ЭСДН

Анализ стажа использования ЭСДН показал выраженную гетерогенность выборки (рис. 1).

Как следует из представленных данных, значительная часть респондентов – 52% ($n=14$) – имеет стаж использования ЭСДН более 3 лет. Данный факт свидетельствует о сформировавшейся устойчивой привычке и потенциально высокой степени зависимости.

Анализ интенсивности потребления выявил преобладание интенсивных паттернов использования (рис. 2).

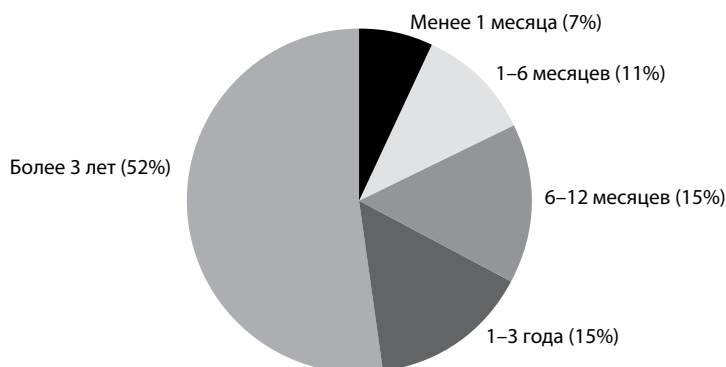


Рис. 1. Распределение респондентов по стажу использования ЭСДН

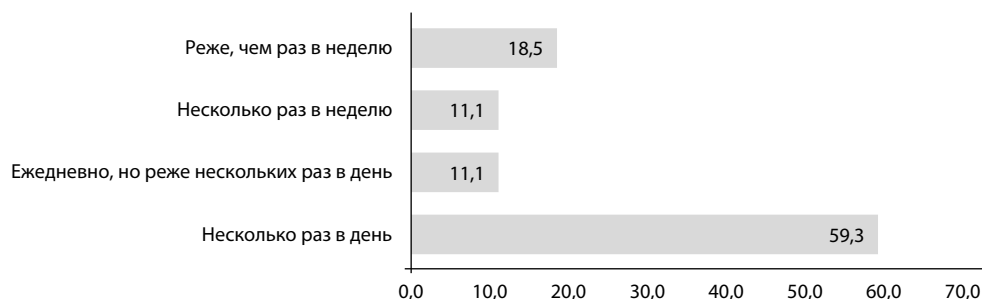


Рис. 2. Распределение респондентов по частоте использования ЭСДН

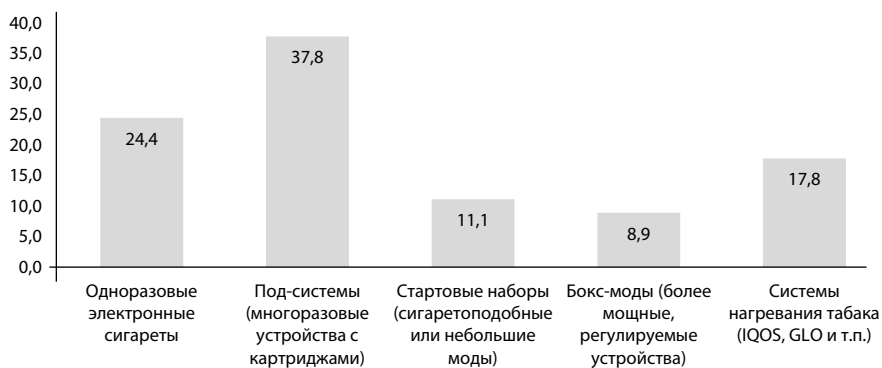


Рис. 3. Типы используемых устройств ЭСДН

Более половины респондентов (59,3%) используют ЭСДН несколько раз в день, что свидетельствует о высокой частоте потребления. Лишь 18,5% выборки демонстрируют относительно редкое использование (реже одного раза в неделю). Данные результаты согласуются с высокими показателями стажа и указывают на сформированную зависимость у значительной части выборки.

Наблюдается полипрагмазия в выборе устройств (рис. 3). Следует отметить, что респонденты могли указывать несколько типов устройств.

Доминирование подсистем (37,8%) отражает современные тенденции рынка ЭСДН, где данный тип устройств занимает лидирующие позиции благодаря удобству использования, портативности и широкому ассортименту жидкостей. Высокая доля одноразовых электронных сигарет (24,4%) может свидетельствовать об использовании ЭСДН в ситуациях, когда многоразовые устройства недоступны.

Анализ концентрации никотина выявил преобладание средних и высоких значений (рис. 4). Следует отметить, что респонденты могли указывать несколько вариантов концентрации никотина.

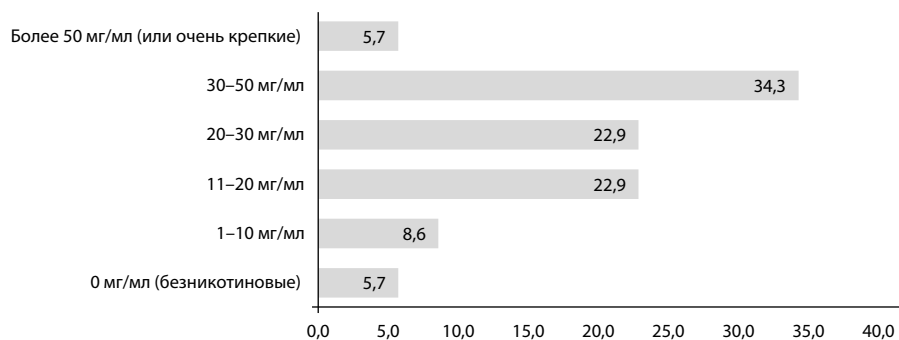


Рис. 4. Распределение респондентов по концентрации никотина

Клинически значимым является тот факт, что 62,9% респондентов используют жидкости с высокой или очень высокой концентрацией никотина. Данный показатель взаимосвязан с высокой степенью зависимости и свидетельствует о выраженной толерантности у значительной части выборки.

Оценка никотиновой зависимости по Фагерстрему

Время до первой затяжки после пробуждения является классическим маркером никотиновой зависимости. Результаты представлены на рис. 5.

36,7% респондентов демонстрируют паттерн высокой никотиновой зависимости, используя ЭСДН в первые пять минут после пробуждения. Данный показатель сопоставим с аналогичными результатами для традиционных курильщиков и свидетельствует о выраженной физиологической аддикции у значительной части выборки.

Симптомы отмены при воздержании

Выраженность симптомов отмены представлена на рис. 6.

60% респондентов отмечают наличие симптомов отмены различной степени выраженности. Это объективно подтверждает наличие физиологической зависимости



Рис. 5. Распределение респондентов по времени до первой затяжки после пробуждения

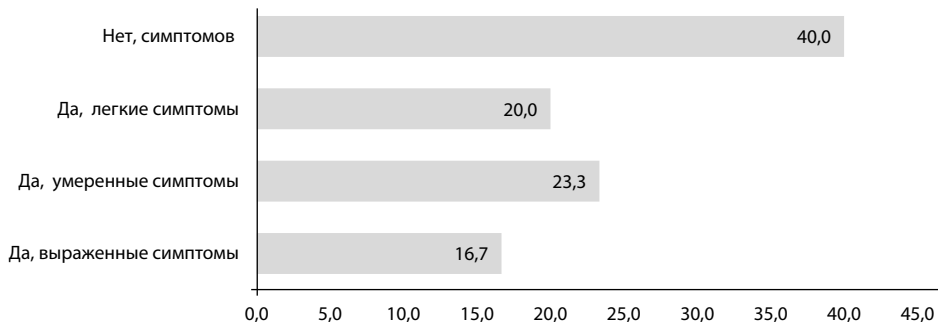


Рис. 6. Выраженность симптомов отмены при воздержании

от никотина и согласуется с данными о высокой концентрации используемых жидкостей и интенсивности потребления. Следует отметить, что даже отсутствие субъективно ощущаемых симптомов отмены не исключает наличия физиологической зависимости на нейробиологическом уровне.

Мотивация потребления ЭСДН (шкала Хорна)

Анализ мотивационной структуры потребления выявил следующее распределение (множественные выборы, рис. 7).

Доминирующими мотивациями являются: поддержка (регуляция эмоционального состояния) – 61%, расслабление (вкус, удовольствие) – 54%, жажда (никотиновая зависимость) – 46%,. Данное распределение подтверждает полимотивационную структуру вейпинга: потребление мотивировано не только никотиновой зависимостью, но и комплексом сенсорных, социальных и эмоциональных факторов.

Результаты попыток отказа от ЭСДН представлены на рис. 8.

Анализ методов, используемых для отказа, выявил преобладание неэффективных стратегий: «холодный отказ» – 16 упоминаний (53,3%), использование ЭСДН как средства отказа от обычных сигарет – 7 (23,3%), никотинзаместительная

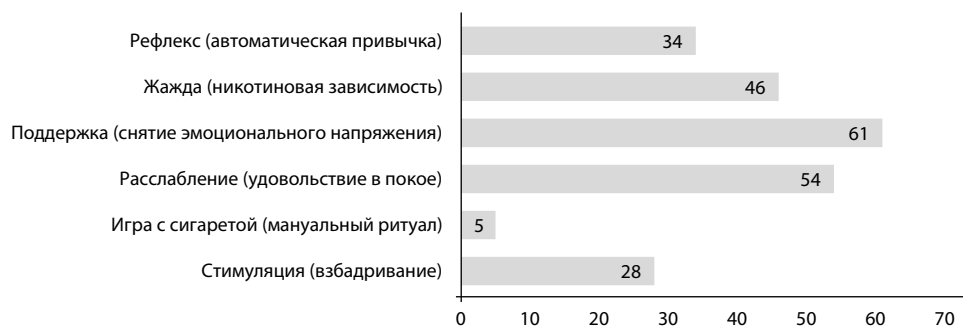


Рис. 7. Мотивация потребления ЭСДН (шкала Хорна)

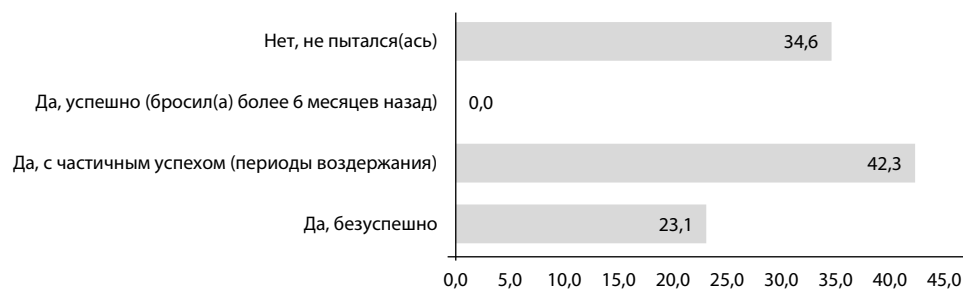


Рис. 8. Результаты попыток отказа от ЭСДН

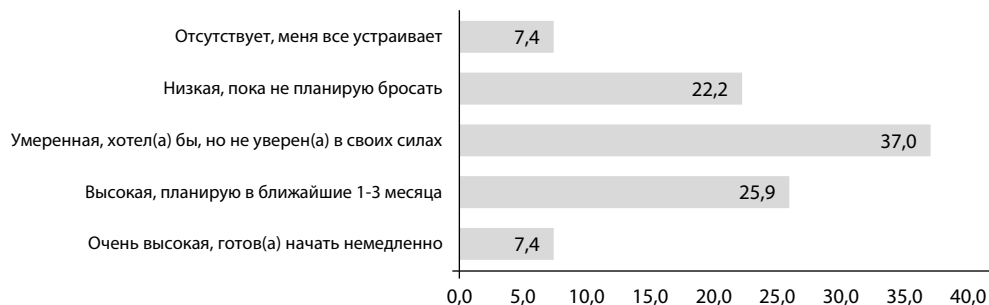


Рис. 9. Готовность к отказу от ЭСДН

терапия – 5 (16,7%), лекарственные препараты – 3 (10,0%), поведенческая терапия – 2 (6,7%). Преобладание «холодного отказа» как стратегии прекращения потребления свидетельствует о недоиспользовании научно обоснованных методов лечения зависимости.

Готовность к отказу от ЭСДН распределилась следующим образом (рис. 9).

Клиническая интерпретация: 37% респондентов находятся в стадии «созревания» к изменению (умеренная готовность, но неуверенность в своих силах), что, согласно транстеоретической модели изменения поведения, является оптимальным временем для интервенций. Данные респонденты уже осознают проблему и рассматривают возможность изменения, но нуждаются в поддержке и дополнительной мотивации.

Сопутствующие факторы

Нарушения сна зафиксированы у 52% респондентов (рис. 10).

Связь между зависимостью и качеством сна может объясняться как следствием никотиновой зависимости (стимулирующий эффект никотина, нарушение циркадных ритмов), так и самостоятельным фактором, поддерживающим потребление (использование никотина для регуляции сна).

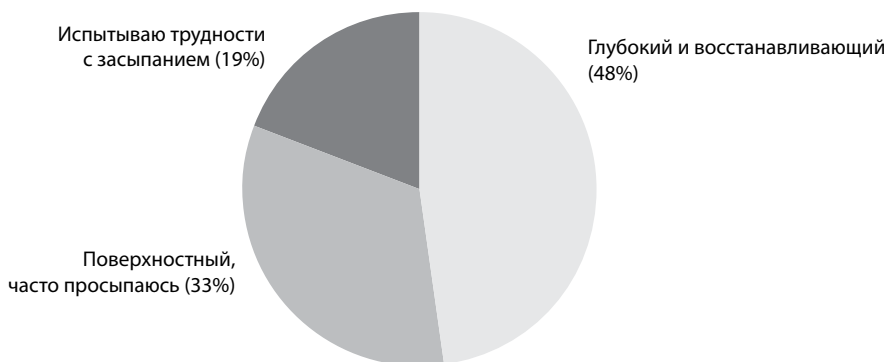


Рис. 10. Характеристика качества сна



Рис. 11. Тип использования табачной продукции

Двойное использование

Распределение по типу использования представлено на рис. 11.

Тип использования → Количество → Процент

Двойное использование (44,4%) соответствует данным о том, что ЭСДН часто используются как «снижение вреда», однако полный переход на них происходит менее чем у половины пользователей.

Корреляционный анализ (коэффициент Спирмена)

Для выявления статистических взаимосвязей между переменными проведен корреляционный анализ. Результаты представлены в табл. 1–4.

Установлена сильная положительная корреляция между возрастом респондентов и стажем использования ЭСДН ($\rho=0,61$; $p<0,01$). Данная взаимосвязь может указывать на то, что старшие респонденты являются более длительными пользователями, что потенциально ассоциировано с более выраженной степенью зависимости. Обнаружена средняя положительная корреляция между частотой использования ЭСДН и концентрацией никотина ($\rho=0,52$; $p<0,01$). Данная взаимосвязь свидетельствует о том, что респонденты с более высокой частотой использования устройств склонны выбирать жидкости с повышенным содержанием никотина. Это согласуется с концепцией дозозависимого потребления: при увеличении частоты вейпинга возрастает потребность в более высоких дозах никотина для достижения желаемого эффекта насыщения.

**Таблица 1
Взаимосвязи между зависимыми переменными**

Переменная 1	Переменная 2	ρ	p-value	Интерпретация
Частота использования	Концентрация никотина	0,52	<0,01	Средняя положительная
Частота использования	Время до затяжки	0,48	<0,01	Средняя положительная
Концентрация никотина	Время до затяжки	0,44	<0,05	Средняя положительная
Симптомы отмены	Частота использования	0,41	<0,05	Средняя положительная
Симптомы отмены	Концентрация никотина	0,38	<0,05	Умеренная положительная
Возраст	Стаж использования	0,61	<0,01	Сильная положительная

Таблица 2
Взаимосвязи с мотивационными переменными

Переменная	Мотивация	ρ	p-value	Интерпретация
Снижение стресса	Симптомы отмены	0,47	<0,01	Средняя положительная
Снижение стресса	Время до затяжки	0,29	>0,05	Слабая
Привычка/зависимость	Частота использования	0,52	<0,01	Средняя положительная
Привычка/зависимость	Время до затяжки	0,43	<0,05	Средняя положительная
Удовольствие от вкуса	Концентрация никотина	0,21	>0,05	Слабая

Обнаружена статистически значимая средняя положительная корреляция между мотивацией снижения стресса и выраженностью симптомов отмены ($\rho=0,47$; $p<0,01$). Данная взаимосвязь указывает на то, что респонденты, использующие вейп преимущественно как инструмент совладания со стрессом, демонстрируют более выраженные проявления синдрома отмены. Это свидетельствует о формировании зависимости по типу эмоционально-копинговой: потребление никотина становится способом регуляции негативных эмоциональных состояний, что, в свою очередь, усиливает физическую зависимость.

При этом связь между снижением стресса и временем до затяжки не достигла статистической значимости ($\rho=0,29$; $p>0,05$). Данный результат логичен: утренняя тяга преимущественно обусловлена физиологическим компонентом зависимости (никотиновый голод), тогда как антистрессовая мотивация связана с эмоциональной регуляцией в течение дня.

Выявлена средняя положительная корреляция между мотивом привычки/зависимости и частотой использования ($\rho=0,52$; $p<0,01$), а также временем до затяжки ($\rho=0,43$; $p<0,05$). Данные результаты подтверждают конструктивную валидность данной мотивационной шкалы: респонденты, осознающие привычно-аддиктивный характер своего потребления, действительно демонстрируют более интенсивные паттерны использования. Высокая частота вейпинга и выраженная утренняя тяга являются поведенческими индикаторами никотиновой зависимости, что согласуется с субъективным восприятием привычки.

Обнаружена статистически значимая средняя положительная корреляция между готовностью к отказу и успехом в отказе ($\rho=0,56$; $p<0,01$). Данный результат подтверждает прогностическую ценность субъективной готовности: респонденты, выражающие более высокую степень готовности к прекращению потребления, демонстрируют лучшие результаты в реализации отказа. Это согласуется с теорией стадий изменения поведения, где мотивационная готовность является ключевым предиктором успешного перехода к стадии действия.

Таблица 3
Взаимосвязи с исходами отказа

Переменная 1	Переменная 2	ρ	p-value	Интерпретация
Готовность к отказу	Успех в отказе	0,56	<0,01	Средняя положительная
Готовность к отказу	Симптомы отмены	-0,08	>0,05	Не значимая
Время до затяжки	Успех в отказе	-0,31	>0,05	Слабая отрицательная
Качество сна	Симптомы отмены	0,42	<0,05	Средняя положительная

Таблица 4
Сравнение взаимосвязей по полу

Корреляция	Мужчины (n=16)	Женщины (n=14)
Частота ↔ Концентрация	$\rho=0,58^*$	$\rho=0,45$
Мотивация стресса ↔ Симптомы	$\rho=0,32$	$\rho=0,61^*$
Готовность ↔ Успех	$\rho=0,48$	$\rho=0,63^*$

Примечание: * $p < 0,05$.

Важно отметить, что связь готовности к отказу с симптомами отмены не достигла статистической значимости ($\rho = -0,08$; $p > 0,05$). Данный результат указывает на то, что восприятие собственной готовности к отказу не связано с объективной выраженностью физической зависимости. Готовность может определяться преимущественно психологическими факторами (мотивация, самоконтроль), а не интенсивностью никотиновой абстиненции.

Гендерные различия проявляются в следующем: у мужчин более выражена связь между интенсивностью потребления и концентрацией никотина; у женщин сильнее корреляция между эмоциональной мотивацией и симптомами отмены, а также между готовностью и успехом в отказе.

На основе выявленных корреляционных паттернов был сформирован интегральный показатель – индекс никотиновой зависимости (ИНЗ), включающий пять переменных, каждая из которых оценивается по шкале от 0 до 5 баллов (максимальная сумма – 25 баллов):

1. Частота использования – отражает интенсивность экспозиции никотину и поведенческий компонент зависимости. Коррелирует с концентрацией никотина ($\rho = 0,52$) и временем до затяжки ($\rho = 0,48$), что указывает на дозозависимый паттерн потребления.
2. Концентрация никотина – объективный показатель дозы. Связана с симптомами отмены ($\rho = 0,38$) и временем до затяжки ($\rho = 0,44$), подтверждая роль крепости жидкости в формировании зависимости.
3. Время до первой затяжки после пробуждения – классический маркер утренней тяги и физиологической зависимости. Демонстрирует значимую корреляцию с мотивацией привычки/зависимости ($\rho = 0,43$) и входит в первый фактор с наибольшей нагрузкой (0,78).
4. Симптомы отмены – отражает физический компонент зависимости. Коррелирует с мотивацией снижения стресса ($\rho = 0,47$) и качеством сна ($\rho = 0,42$), что указывает на многоуровневую природу абстиненции.
5. Продолжительность использования (стаж) – дополнительный маркер, отражающий длительность экспозиции и кумулятивный эффект потребления. Показал значимую связь с возрастом респондентов ($\rho = 0,61$), что указывает на хронологический паттерн формирования зависимости.

Бальная система была разработана с учетом клинической значимости каждого порога и согласована с существующими валидированными инструментами. Границы категорий (низкий: 0–8; средний: 9–16; высокий: 17–25 баллов) устанавливались эмпирически на основе распределения данных в исследуемой выборке.

Детальная шкала оценки

1. Частота использования

Баллы	Критерий
0	Не использую / редко (1–2 раза в месяц)
1	1–3 раза в неделю
2	4–6 раз в неделю
3	1 раз в день
4	2–5 раз в день
5	>5 раз в день / постоянно

2. Концентрация никотина

Баллы	Критерий
0	Без никотина (0 мг/мл)
1	Очень низкая (1–3 мг/мл)
2	Низкая (4–8 мг/мл)
3	Средняя (9–12 мг/мл)
4	Высокая (13–20 мг/мл)
5	Очень высокая (>20 мг/мл)

3. Время до первой затяжки после пробуждения

Баллы	Критерий
0	Не курю с утра / более 2 часов
1	60–120 минут
2	30–60 минут
3	15–30 минут
4	5–15 минут
5	Менее 5 минут

4. Симптомы отмены

Баллы	Критерий
0	Нет симптомов
1	Легкие (незначительное беспокойство)
2	Умеренные (раздражительность, трудности концентрации)
3	Выраженные (тревога, нарушение сна)
4	Сильные (навязчивые мысли, головная боль)
5	Очень сильные (невозможность функционировать)

5. Продолжительность использования (стаж)

Баллы	Критерий
0	Менее 6 месяцев
1	6–12 месяцев
2	1–2 года
3	2–3 года
4	3–5 лет
5	Более 5 лет

Интерпретация результатов

Уровень зависимости	Диапазон баллов	Интерпретация
Низкий	0–8	Минимальная зависимость, возможен самостоятельный отказ
Средний	9–16	Умеренная зависимость, рекомендуется консультация специалиста
Высокий	17–25	Выраженная зависимость, требуется комплексная программа

Внутренняя согласованность индекса подтверждается конструктивной валидностью: все пять компонентов демонстрируют значимые корреляции между собой, образуя единый латентный фактор (факторный анализ, первый фактор «Физиологическая зависимость», дисперсия – 28%).

Прогностическая валидность ИНЗ подтверждается связью с исходами отказа: индекс является значимым предиктором готовности к отказу ($\beta=0,31$; $p=0,038$), что согласуется с теорией стадий изменения поведения.

Дополнительным подтверждением валидности служат гендерные различия, выявленные при анализе подгрупп: у мужчин более выражена связь между частотой и концентрацией ($\rho=0,58$), тогда как у женщин – связь между эмоциональной мотивацией и симптомами отмены ($\rho=0,61$). Это указывает на то, что индекс чувствителен к индивидуальным особенностям зависимости.

Пример расчета

Пациент: 25 лет, использует вейп ежедневно (3–4 раза в день), жидкость 12 мг/мл, первая затяжка через 20 минут после пробуждения, умеренные симптомы отмены, стаж использования – 2 года.

Параметр	Баллы
Частота	4
Концентрация	3
Время до затяжки	3
Симптомы отмены	2
Стаж	3
ИТОГО	15 → Средняя зависимость

Ограничения и направления дальнейших исследований

Разработанный индекс имеет ряд ограничений, обусловленных характеристиками выборки ($n=30$). В связи с этим планируется дальнейшая валидация индекса на бошьей выборке, а также оценка внутренней согласованности (альфа Кронбаха).

Распределение по интегральному индексу никотиновой зависимости (ИНЗ)

На основе разработанного интегрального индекса никотиновой зависимости (ИНЗ) проведена оценка уровня зависимости (рис. 12).

Распределение по ИНЗ демонстрирует, что почти половина выборки (46,7%) находится в зоне средней зависимости, при этом высокую степень зависимости демонстрирует четверть респондентов (26,7%). Средний балл ИНЗ по всей выборке составил 13,8 ($SD=4,2$), что соответствует среднему уровню зависимости.

Таким образом результаты исследования подтверждают первую гипотезу о полимотивационной структуре зависимости от ЭСДН. Согласно данным анализа,

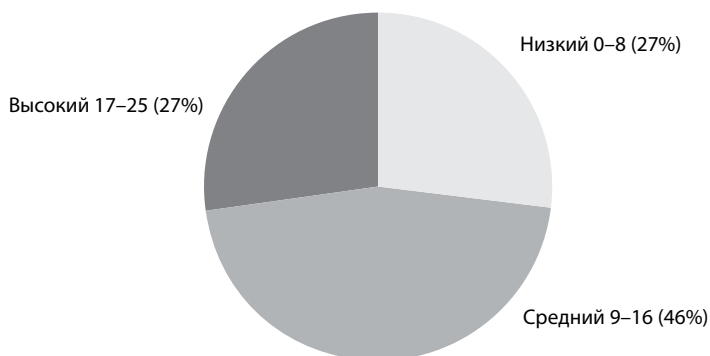


Рис. 12. Распределение респондентов по уровню зависимости (ИНЗ)

доминирующими мотивациями являются: поддержка (регуляция эмоционального состояния) – 61%, расслабление (вкус, удовольствие) – 54%, жажда (никотиновая зависимость) – 46%. Данное распределение подтверждает полимотивационную структуру вейпинга: потребление мотивировано не только никотиновой зависимостью, но и комплексом сенсорных, социальных и эмоциональных факторов.

Высокий процент респондентов, расслабление, как мотивацию, может объясняться спецификой ЭСДН: разнообразие вкусов (фруктовые, десертные, напитки), возможность контролировать количество пара, визуальные аспекты процесса создают уникальный потребительский опыт, не имеющий аналога в традиционном курении. Данный аспект представляет особую сложность для терапии, поскольку даже при успешном преодолении никотиновой зависимости может сохраняться привлекательность сенсорного компонента.

Зависимостная мотивация, занимающая третье место по значимости, отражает формирование физиологической аддикции. Подтверждением служат данные о времени до первой затяжки: 36,7% респондентов используют ЭСДН в первые пять минут после пробуждения – классический маркер выраженной никотиновой зависимости.

Антистрессовая мотивация, выявленная у 61% респондентов, представляет особый клинический интерес. Данный результат согласуется с гипотезой самомедикации (self-medication hypothesis), согласно которой индивиды с повышенной тревожностью или депрессивными состояниями используют никотин для регуляции эмоционального состояния.

Статистический анализ подтвердил вторую гипотезу: выявлена значимая положительная корреляция между мотивацией «снижение стресса» и выраженностью симптомов отмены ($\rho=0,47$, $p<0,01$). Данный результат свидетельствует в пользу гипотезы самомедикации: лица с более выраженной тревожностью/депрессивностью используют вейпинг для регуляции эмоционального состояния, что приводит к формированию зависимости с выраженными симптомами абстиненции при воздержании.

Механизм может быть объяснен следующим образом: никотин оказывает кратковременное анксиолитическое действие, стимулируя высвобождение дофамина и норадреналина. Однако при регулярном использовании развивается толерантность, и для достижения того же эффекта требуется увеличение дозы. При воздержании

происходит усиление тревоги (обратный эффект), что провоцирует рецидив – формируется порочный круг.

Дополнительным подтверждением служит взаимосвязь между качеством сна и симптомами отмены ($p=0,42$, $p<0,05$). Никотин влияет на цикл сна-бодрствования: стимулирующий эффект нарушает засыпание, абстиненция сопровождается бессонницей. Возможна и обратная причинность: нарушения сна → использование никотина для «бодрящего» эффекта.

Третья гипотеза о связи готовности к отказу и успешности предыдущих попыток получила эмпирическое подтверждение ($p=0,56$, $p<0,01$). Результаты регрессионного анализа показали, что готовность к отказу на 51% объясняется сочетанием текущего уровня ИНЗ и наличием позитивного опыта воздержания в анамнезе.

Практическое значение данного результата заключается в том, что формирование даже кратковременного позитивного опыта воздержания может существенно повысить мотивацию к дальнейшим попыткам. Это согласуется с принципами когнитивно-поведенческой терапии зависимостей, где важное место занимает работа с самоэффективностью.

При этом доминирующая стратегия «холодного отказа» (53,3% респондентов) при низкой обращаемости к доказательной медицине (лишь 16,7% использовали никотинзаместительную терапию, 10% – фармакотерапию, 6,7% – поведенческую терапию) объясняет высокую частоту неудачных попыток в выборке.

46,7% респондентов находятся в стадии «созревания» к изменению (умеренная готовность, но неуверенность в своих силах). Согласно транстеоретической модели, данная стадия соответствует этапу «размышления», на котором наиболее эффективными являются мотивационное интервьюирование и когнитивно-поведенческие техники повышения самоэффективности.

Интеграция данных с типологией личности позволила выделить четыре предварительных психологических профиля потребителей ЭСДН.

Профиль 1: «Высокоорганизованная зависимость» (компульсивно-нарциссический тип).

Характеристики:

Высокая регулярность потребления (несколько раз в день);

Высокие значения по шкале зависимости (ИНЗ > 17);

Точное соблюдение ритуалов потребления;

Выраженная толерантность (длительные сессии, высокие концентрации);

Выбор премиальных устройств.

Механизм: Потребление встроено в «Я-концепцию» как элемент стиля и самопрезентации. Зависимость эго-синтонна, что затрудняет осознание проблемы. Прогноз отказа неблагоприятный без комплексной работы с личностью.

Психокоррекционные рекомендации: Когнитивно-поведенческая терапия с акцентом на деконструкцию ритуалов; работа с идентичностью; развитие альтернативных источников самооценки.

Профиль 2: «Эмоционально-регуляторный» (депрессивно-пограничный тип).

Характеристики:

Высокая мотивация «снижение стресса, тревоги»;

Выраженные симптомы отмены;

Смешанные попытки отказа с рецидивами;

Полипрагазмия (использование множества устройств);
Нарушения сна (поверхностный сон, трудности засыпания).

Механизм: ЭСДН используется как «переходный объект» для контейнирования тревоги и регуляции аффекта. Никотин выступает средством компенсации эмоционального дистресса.

Психокоррекционные рекомендации: Приоритетна психотерапия тревожных и депрессивных состояний (когнитивно-поведенческая терапия); работа с навыками эмоциональной регуляции; возможно назначение анксиолитиков.

Профиль 3: «Социально-контекстуальный» (социально-амбивалентный тип).

Характеристики:

Мотивация «социальное влияние»;
Вариативная частота использования;
Менее выраженная физическая зависимость;
Молодой возраст;
Низкие баллы ИНЗ;

Механизм: Потребление детерминировано групповой динамикой, социальным давлением сверстников. Вейпинг выступает способом идентификации с группой и социальной интеграции.

Психокоррекционные рекомендации: Наиболее благоприятный прогноз при «холодном отказе» при смене социального окружения; работа с социальными навыками; развитие уверенности в себе.

Профиль 4: «Контролируемый рекреационный» (шизоидно-ананкастический тип).

Характеристики:

Эпизодическое использование;
Низкие значения зависимости (ИНЗ<9);
Осознанный выбор (безникотиновые жидкости);
Высокая способность к воздержанию;
Предпочтение безникотиновых жидкостей.

Механизм: Вейпинг выступает как сенсорная стимуляция или когнитивный «якорь» для концентрации. Зависимость минимальна, потребление контролируемо.

Психокоррекционные рекомендации: Прогноз благоприятный; возможно самостоятельное прекращение потребления; при необходимости – краткое мотивационное консультирование.

Результаты анализа гендерных различий согласуются с данными литературы о большей психологической вовлеченности женщин в процесс потребления никотина. У женщин сильнее корреляция между эмоциональной мотивацией (снижение стресса) и симптомами отмены ($\rho=0,61$), а также между готовностью к отказу и успехом в предыдущих попытках ($\rho=0,63$). Это указывает на то, что у женщин зависимость в большей степени связана с эмоциональной регуляцией, и формирование позитивного опыта воздержания может быть более эффективным мотивационным фактором.

У мужчин более выражена связь между интенсивностью потребления и концентрацией никотина ($\rho=0,58$), что соответствует традиционным представлениям о большей физиологической компоненте зависимости.

■ ВЫВОДЫ

Проведенное исследование позволяет сформулировать следующие выводы:

1. Зависимость от ЭСДН носит комплексный и гетерогенный характер, сочетая физиологическую аддикцию (подтверждается высокими значениями ИНЗ у 26,7% выборки, выраженными симптомами отмены у 60%) и глубокую психологическую включенность в процессы эмоциональной саморегуляции.
2. Полимотивационная структура вейпинга подтверждена эмпирически: доминирующими мотивациями являются: поддержка (регуляция эмоционального состояния) – 61%, расслабление (вкус, удовольствие) – 54%, жажда (никотиновая зависимость) – 46%. Это усложняет терапевтические интервенции, требуя воздействия на множественные мишени.
3. Гипотеза самомедикации получила эмпирическую поддержку: выявлена значимая корреляция между мотивацией снижения стресса и выраженностью симптомов отмены ($\rho=0,47$, $p<0,01$). Потребители с высоким уровнем тревожности используют никотин как экзогенный регулятор аффекта.
4. Разработанный Индекс Никотиновой Зависимости (ИНЗ) продемонстрировал конструктивную валидность, показав корреляции с поведенческими маркерами зависимости и мотивационными переменными. Инструмент может использоваться для скрининга тяжести зависимости у потребителей ЭСДН.
5. Транстеоретическая модель применима к контексту вейпинга: готовность к отказу значимо взаимосвязана с успешностью предыдущих попыток ($\rho=0,56$, $p<0,01$). 46,7% респондентов находятся в оптимальной для интервенций стадии «созревания».
6. Выделены четыре психологических профиля потребителей с различными терапевтическими прогнозами: компульсивно-нарциссический, депрессивно-пограничный, социально-контекстуальный и контролируемый рекреационный. Каждый профиль требует дифференцированного терапевтического подхода.
7. Выявлены гендерные различия: у женщин зависимость в большей степени связана с эмоциональной регуляцией; у мужчин – с физиологической аддикцией.
8. Стратегия «холодного отказа» неэффективна при преобладании мотивации эмоциональной регуляции. Необходимо внедрение комплексных программ, включающих психотерапевтический компонент.

Практические рекомендации

На основе полученных результатов могут быть сформулированы следующие практические рекомендации для специалистов в области аддиктологии и клинической психологии:

1. Скрининг и оценка: При первичном обращении пациента с зависимостью от ЭСДН рекомендуется использование комплексной оценки, включающей ИНЗ, оценку мотивации по шкале Хорна и определение стадии готовности к изменениям по ТТМ.
2. Дифференцированные интервенции:
Для пациентов с профилем «эмоционально-регуляторный» приоритетной должна быть психотерапия тревожных состояний; возможно назначение анксиолитиков; работа с механизмами совладания без использования психоактивных веществ.

Для пациентов с профилем «высокоорганизованная зависимость» эффективна когнитивно-поведенческая терапия, направленная на деконструкцию ритуалов и работу с идентичностью.

Для пациентов с профилем «социально-контекстуальный» – работа с социальными навыками, развитие уверенности в себе, изменение микросоциального окружения.

Для пациентов с профилем «контролируемый рекреационный» – краткое мотивационное консультирование, поддержка самоэффективности.

3. Учет стадии готовности: При умеренной готовности к изменениям (46,7% выборки) наиболее эффективны мотивационное интервьюирование и когнитивно-поведенческие техники повышения самоэффективности.
4. Работа с рецидивами: Учитывая связь между успехом предыдущих попыток и готовностью к отказу, следует формировать у пациентов позитивный опыт воздержания, начиная с кратких периодов и постепенно увеличивая их продолжительность.
5. Комплексный подход: Учитывая высокую распространенность нарушений сна (50%), рекомендуется включение оценки и коррекции сна в программы лечения зависимости от ЭСДН.
6. Гендерно-чувствительный подход: При работе с женщинами особое внимание следует уделять эмоциональной регуляции и развитию альтернативных стратегий совладания со стрессом.

Полученные результаты указывают на необходимость проведения дальнейших исследований в следующих направлениях:

1. Расширение выборки и проведение исследований для валидации полученных результатов.
2. Лонгитюдные исследования для оценки динамики формирования зависимости и эффективности различных психокоррекционных интервенций.
3. Нейровизуализационные исследования для изучения нейробиологических механизмов зависимости от ЭСДН и их связи с психологическими характеристиками.
4. Разработка и валидация стандартизированного инструментария для оценки зависимости от ЭСДН с учетом специфики контекста.
5. Исследование эффективности различных психокоррекционных моделей (когнитивно-поведенческая терапия, мотивационное интервьюирование, комбинированные подходы) с учетом выделенных психологических профилей.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Modern Approaches to the Therapy of Anxiety Disorders. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2017;25(4):11–31. Available at: https://psyjournals.ru/journals/sps/archive/2017_n4/Kholmogorova_Rychkova (accessed: 08.01.2026)
2. Malygin V.L., Tsygankov D.B., Malygin Ya.V. Self-Medication and Factors of Its Formation in Patients with Depressive and Neurotic Disorders in the Premanifest Period. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(5):59–64. DOI: 10.17116/jnevro201911905159
3. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(3):390–395. DOI: 10.1037/0022-006X.51.3.390
4. Alzahrani T. et al. Cardiovascular Effects of Electronic Cigarettes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Heart*. 2018;104(19):1549–1556. DOI: 10.1136/heartjnl-2018-313053
5. Benowitz N.L. et al. Cardiovascular Effects of Electronic Cigarettes. *New England Journal of Medicine*. 2019;380(10):947–956. DOI: 10.1056/NEJMoa1908430
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products. 2020. Available at: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html (accessed: 06.03.2025)

7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). E-Cigarettes. 2023. Available at: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/index.htm (accessed: 08.01.2026)
8. Huang J. et al. E-Cigarette Use Among Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Tobacco Control*. 2019;28(3):249–257. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2017-054026
9. Leischow S.J. et al. Electronic Cigarettes and the Tobacco Epidemic. *Tobacco Control*. 2018;27(Suppl. 1):S1–S3. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054420
10. Lederer D.J. et al. Electronic Cigarette Use and Respiratory Symptoms in Adolescents and Young Adults. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2019;200(5):555–563. DOI: 10.1164/rccm.20200101010C
11. Leventhal A.M. et al. Association of Electronic Cigarette Use With Anxiety, Depression, and Substance Use Disorders Among US Adults. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;71(1):1–13. DOI: 10.1111/jcpp.12410
12. Miech R. et al. E-Cigarette Use as a Predictor of Cigarette Smoking: Results From a 1-Year Follow-up of a National Sample of 12th Grade Students. *Tobacco Control*. 2017;26(2):e106–e111. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053552
13. World Health Organization (WHO). Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNDS). WHO Report FCTC/COP/7/11. 2020. Available at: https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_RU.pdf (accessed: 08.01.2026).
14. Wang T.W. et al. Tobacco Product Use and Cessation Indicators Among Adults – United States, 2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2019;68(45):1013–1019. DOI: 10.15585/mmwr.mm6845a2

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.019>
УДК 616.895.8-07-08-036.838

Стрелков О.Г., Каминская Ю.М., Луговская А.А. ✉
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск,
Беларусь

О вовлеченности семей пациентов с шизофренией в процесс лечения и ресоциализации

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: все авторы внесли равный вклад в подготовку статьи.

Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 02.02.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: lug.al@mail.ru

Резюме

Введение. Шизофрения, являясь ведущей причиной инвалидизации (39,9% среди психических расстройств, ~45 млн человек глобально), требует усовершенствованных методов лечения и реабилитации. Высокая частота рецидивов (до 80–90% в течение 4–6 лет) приводит к когнитивным нарушениям и ранней утрате трудоспособности.

Цель. Провести анализ, систематизировать и дать критическую оценку существующей литературы по теме включенности семьи в процесс ресоциализации пациентов с шизофренией с целью выявления тенденций, пробелов в знаниях и новых решений.

Материалы и методы. Проведен тематический обзор статей, авторефератов диссертаций за последние 10 лет, было изучено 110 публикаций, в обзоре использовано 40, представляющие наибольшую значимость для данного обзора. Проанализированы тематические публикации, имеющиеся в электронных ресурсах Cyberleninka, Pubmed, PMC, Elibrary, JAMA.

Результаты. Исследование выявило важность семьи в ресоциализации пациентов с шизофренией. Реабилитация, включающая медикаментозную терапию и психосоциальные интервенции, способствует социальной адаптации и снижению рецидивов. Однако комплексные, индивидуализированные программы разработаны недостаточно. Семья выступает ключевым фактором постстационарной поддержки, влияющим на прогноз. Семейная терапия и психообразовательные программы демонстрируют высокую эффективность, но низкая вовлеченность пациентов (менее 9%) ограничивает результаты. Необходима «реабилитационная заинтересованность» пациента и семьи. Успеху способствуют семейная поддержка и исходное социальное функционирование; препятствуют – тяжесть симптоматики и частые госпитализации. Критерии эффективности включают снижение симптомов, числа госпитализаций, улучшение навыков и удовлетворенности лечением. Для пациентов с параноидной шизофренией улучшение социального функционирования не всегда равно повышению качества жизни.

Выводы. Отсутствует унифицированный подход к ресоциализации пациентов с шизофренией. Приоритетные направления: вовлечение семей в психообразовательные и реабилитационные мероприятия для повышения функциональной автономии; оптимизация межличностного функционирования; содействие ресоциализации (восстановление компетенций, поддержка трудоустройства, организация досуга); повышение качества жизни через удовлетворенность лечением. Результаты психообразовательных программ коррелируют с социальной адаптацией. Отказ от реабилитации повышает риски поведенческих проблем и дезадаптации. Стандартизация вовлечения родственников и построения программ ресоциализации остается открытым вопросом.

Ключевые слова: шизофрения, ресоциализация, семья, реабилитация, психосоциальные интервенции, психообразование, качество жизни, социальное функционирование, инвалидизация, рецидивы, семейная терапия

Strelkov O., Kaminskaya Y., Lugovskaya A. ✉
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

On the Involvement of Families of Patients with Schizophrenia in the Treatment and Resocialization Process

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: all authors contributed equally to the article.

The article is published in author's edition.

Submitted: 02.02.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: lug.al@mail.ru

Abstract

Introduction. Schizophrenia, a leading cause of disability (39.9% of mental disorders, ~45 million people globally), necessitates improved treatment and rehabilitation methods. The high recurrence rate (up to 80–90% within 4–6 years) leads to cognitive impairment and premature loss of work capacity.

Purpose. To analyze, synthesize, and critically evaluate existing literature on family involvement in the resocialization of patients with schizophrenia, aiming to identify trends, knowledge gaps, and novel solutions.

Materials and methods. A thematic review of 110 articles and dissertation abstracts from the past 10 years was conducted, with 40 publications deemed most relevant for this review. Thematic publications from electronic resources including Cyberleninka, Pubmed, PMC, Elibrary, and JAMA were analyzed.

Results. The study highlighted the crucial role of the family in the resocialization of patients with schizophrenia. Rehabilitation, encompassing pharmacotherapy and psychosocial interventions, promotes social adaptation and reduces relapses. However,

comprehensive, individualized programs are insufficiently developed. The family emerges as a key factor in post-hospital support, influencing prognosis. Family therapy and psychoeducational programs demonstrate high efficacy, but low patient engagement (less than 9%) limits outcomes. "Rehabilitation interest" from both the patient and their family is essential. Success is facilitated by family support and baseline social functioning, while symptom severity and frequent hospitalizations present obstacles. Efficacy criteria include symptom reduction, decreased hospitalizations, improved skills, and treatment satisfaction. For patients with paranoid schizophrenia, improvements in social functioning do not always equate to enhanced quality of life.

Conclusions. A unified approach to the resocialization of schizophrenia patients is lacking. Priority areas include: engaging families in psychoeducational and rehabilitative interventions to enhance functional autonomy; optimizing interpersonal functioning; facilitating resocialization (restoring competencies, supporting employment, organizing leisure activities); and improving quality of life through treatment satisfaction. Psychoeducational program outcomes correlate with social adaptation. A lack of rehabilitation support increases the risk of behavioral problems and maladjustment. The standardization of involving relatives and developing resocialization programs remains an unresolved issue.

Keywords: schizophrenia, resocialization, family, rehabilitation, psychosocial interventions, psychoeducation, quality of life, social functioning, disability, relapses, family therapy

■ ВВЕДЕНИЕ

Согласно статистическим данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространенность шизофрении в мире достигает 45 миллионов человек, при этом ежегодно регистрируется 4,5 миллиона новых случаев [1]. Шизофрения относится к числу наиболее часто встречающихся психических расстройств, характеризующихся высоким уровнем инвалидизации. Так, доля лиц с диагнозом шизофрении среди всех инвалидов по психическим заболеваниям составляет 39,9% [2–4]. Учитывая возникновение заболевания в молодом, трудоспособном и социально активном возрасте, его хроническое течение и высокий процент инвалидизации, наблюдается активная исследовательская деятельность, направленная на разработку новых фармакологических препаратов, а также более эффективных методов лечения и реабилитации [5–7]. Проблематика диагностики шизофрении, многообразие ее клинических проявлений, различные типы течения, вопросы психофармакотерапии, психосоциального лечения и реабилитации, а также организация психиатрической помощи являются предметом обширных научных трудов ряда авторов (И.Я. Гурович, 2006, 2007; Д.Ф. Хритинин, В.З. Кучеренко, М.А. Нифасов, 2009; Т.Д. Дмитриева, В.С. Погожий, 2009; З.И. Кекелидзе с соавт, 2009; В.А. Лоскутова, 2009; Н.М. Ривкина, Л.И. Сальникова, 2009; Д.Ф. Хритинин, Д.С. Данилов, И.В. Галушко, 2010; О.Ф. Еришев, В.В. Аркадьев, 2010; В.Н. Краснов, 2011; И.Я. Гурович, А.К. Шмуклер, Е.Б. Лобов, 2011; И.В. Галушко, 2011) [8–16].

Шизофрения представляет собой значимый этиологический фактор инвалидизации в структуре всех психических расстройств, что подтверждается данными

Л.П. Гришиной (2010–2012) [17, 18]. Несмотря на ограниченное количество научных публикаций, посвященных изучению инвалидности вследствие психических заболеваний, наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа лиц, признанных инвалидами по причине шизофрении. Современные терапевтические стратегии, несмотря на их прогресс, не обеспечивают полного предотвращения рецидивов: в течение первого года заболевания они фиксируются у 60–70% пациентов, а в интервале 4–6 лет – у 80–90%. Каждый последующий психотический эпизод, помимо существенных экономических затрат, связанных с необходимостью стационарного лечения, ассоциирован с прогрессированием патологического процесса, выраженным снижением когнитивных функций и, как следствие, с ранней инвалидизацией. Статистические данные свидетельствуют, что около 70% пациентов становятся инвалидами в течение трех лет после первого психотического эпизода, а 85% нуждаются в полной социальной поддержке в течение пяти лет после его манифестации. Течение шизофрении, как правило, характеризуется полициклическостью с наличием нескольких обострений. В периоды ремиссии наблюдается редукция или минимальная выраженность клинических проявлений. Однако каждое новое обострение и усугубление негативной симптоматики существенно затрудняет процесс ресоциализации пациента и снижает качество ремиссивных периодов. Отсутствие адекватной поддержки со стороны близких и преемственной профилактической врачебной терапии может привести к полной утрате активности и бытовой дезадаптации пациента.

■ ЦЕЛЬ

Провести анализ, систематизировать и дать критическую оценку существующей литературы по теме включенности семьи в процесс ресоциализации пациентов с шизофренией с целью выявления тенденций, пробелов в знаниях и новых решений.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен тематический обзор статей, авторефератов диссертаций за последние 10 лет, было изучено 110 публикаций, в обзоре использовано 40, представляющие наибольшую значимость для данного обзора. Проанализированы тематические публикации, имеющиеся в электронных ресурсах Cyberleninka, Pubmed, PMC, Elibrary, JAMA.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Реабилитационные мероприятия традиционно занимали одно из центральных мест в системе оказания психиатрической помощи, что подтверждается работами ведущих отечественных исследователей (Кабанов М.М., 1998; Красик Е.Д. 1988; Логвинович Г.В., 1992) [19–21]. Современная парадигма психосоциальной реабилитации характеризуется интегративным подходом, включающим как биологическую терапию, так и широкий спектр психосоциотерапевтических интервенций. К последним относятся тренинги социальных навыков, различные модальности психотерапии (поведенческая, семейная, групповая), а также образовательные программы, целенаправленно ориентированные на восстановление когнитивных, мотивационных и эмоциональных ресурсов личности, что в совокупности способствует поддержанию адекватного социального функционирования индивида [22]. Несмотря на

продолжающиеся научные дискуссии относительно сравнительной эффективности отдельных психотерапевтических подходов, на практике, наряду с психофармакотерапией, активно применяются поведенческая, семейная, групповая психотерапия, тренинги социальных навыков, арт-терапия и образовательные программы, что подтверждается данными зарубежных исследований [23–26].

Многочисленные эмпирические исследования убедительно демонстрируют высокую эффективность сочетанного использования психофармакотерапии и психотерапии, что приводит к значимому снижению риска рецидивирования психических расстройств, сокращению длительности стационарного лечения, а также повышению уровня социальной адаптации и трудоспособности пациентов [27–30]. Однако, несмотря на это, исследования, посвященные комбинации различных психосоциотерапевтических методов и подходов, позволяющей обеспечить более раннее и дифференцированное вовлечение пациентов в реабилитационный процесс с учетом их индивидуальных клинических и адаптационных возможностей, остаются единичными. До настоящего времени не разработаны комплексные дифференцированные реабилитационные программы, которые бы учитывали адаптационные особенности больных, обусловленные сложным взаимодействием биологических, психологических и социальных показателей.

В постстационарном периоде, когда вследствие психического расстройства наблюдается снижение адаптационных возможностей индивида, семья приобретает статус основной опоры для больного [31, 32]. Прогноз заболевания, уровень социального функционирования, а также общее состояние пациента после купирования острого психотического состояния в значительной степени определяются особенностями эмоциональной реакции семьи, характером поведения родственников по отношению к больному и объемом оказываемой социальной поддержки.

Научные публикации последовательно указывают на то, что психическое заболевание является глубоко психотравмирующим событием для всей семейной системы. Оно не только трансформирует привычный образ жизни ближайших родственников, но и существенно изменяет динамику межличностных отношений внутри семьи, а также нарушает их социальные контакты с более широким окружением [5, 33, 34]. Особую важность ситуация приобретает, когда психическое заболевание диагностируется у юноши или девушки. Для их родителей это часто становится экзистенциальным кризисом, преодоление которого самостоятельно зачастую оказывается невозможным. Более того, тяжелое психологическое состояние родителей может приводить к формированию неадекватных реакций и поведенческих паттернов, которые, в свою очередь, негативно сказываются на процессах реадaptации и ресоциализации самого пациента. Следовательно, семьи, в которых воспитываются молодые люди с шизофренией, испытывают острую и насущную потребность в квалифицированной психологической помощи и комплексной поддержке.

Авторами, в рамках проведенных исследований, были апробированы различные программы психосоциальных интервенций. Особое внимание уделялось образовательным программам, разработанным для родственников пациентов, страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством. Эти программы включали в себя предоставление исчерпывающей и научно обоснованной информации о природе заболевания: детальное разъяснение его этиологических факторов, дифференциация от других психических расстройств, описание продромальных симптомов и

первых признаков обострения, а также ознакомление с современными методами лечения и реабилитации. Результаты исследований продемонстрировали высокую эффективность таких образовательных программ: участие родственников в них обеспечило 100% прием поддерживающей лекарственной терапии у пациентов из этих семей. Этот показатель достоверно превышает общий процент пациентов, принимавших поддерживающее лечение во всей исследуемой выборке (75,2%), и значительно выше, чем в контрольной группе (47,2%) [37].

Помимо образовательных программ, значительный терапевтический потенциал показала семейная терапия. Этот подход позволял вовлечь в психотерапевтический процесс не только самого пациента, но и его ближайшее социальное окружение – людей, с которыми пациент проводит большую часть времени и куда возвращается после выписки из стационара. Впервые эффективность психосоциальных воздействий была комплексно изучена в рамках натуралистического исследования, которое включало в себя оценку характеристик по трем ключевым кластерам: клиническим параметрам (симптоматика, течение заболевания), социальному функционированию (адаптация в обществе, межличностные отношения) и субъективному опыту и самооценке пациента и его родственников. Полученные данные убедительно свидетельствуют о высокой эффективности включения разработанной программы психосоциальных вмешательств в комплексную терапию больных на начальном этапе оказания психиатрической помощи. Это отразилось в позитивной динамике клинико-социальных параметров. Второй этап исследования был посвящен более глубокому изучению клинико-психопатологических и социально-демографических характеристик пациентов и их семей, а также определению специфических типов реагирования пациента и его родственников на факт наличия психического заболевания, что является важным фактором для дальнейшей персонализации терапевтических стратегий.

Эффективность терапевтических вмешательств, реализуемых в условиях психиатрических диспансеров и направленных на стабилизацию психического состояния и восстановление социального функционирования, существенно снижается из-за крайне низкой вовлеченности пациентов. В частности, по данным различных публикаций, менее 9% лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, участвуют в реабилитационных программах, несмотря на их потенциальную доступность [37–41]. Этот дефицит участия особенно остро проявляется в когорте пациентов с шизофренией, для которых характерны частые повторные госпитализации, что указывает на недостаточную эффективность текущих стратегий ресоциализации. Ключевым фактором, способствующим повышению комплаентности и успешности реабилитации, является предварительная информированность и формирование устойчивой «реабилитационной заинтересованности» как у самих пациентов, так и у их родственников, что подчеркивает необходимость целенаправленной работы в этом направлении.

Исходя из имеющихся данных можно выделить факторы, влияющие на успешность реабилитации больных шизофренией во внебольничных условиях: Эффективность реабилитационных программ, реализуемых в амбулаторных условиях, определяется совокупностью как позитивных, так и негативных факторов.

Позитивные предикторы успешности реабилитации: 1) активная заинтересованность ближайшего окружения: Наличие поддержки и мотивации со стороны семьи и

других значимых лиц является критически важным ресурсом. Вовлеченность близких в реабилитационный процесс, их готовность к сотрудничеству с медицинскими специалистами и создание благоприятной поддерживающей среды значительно повышают шансы пациента на успешную адаптацию и реинтеграцию. 2) исходная сохранность социального функционирования: более высокий уровень социального функционирования до начала заболевания или в его ремиссии, проявляющийся в способности к социально-полезной деятельности (например, трудовой или учебной) и поддержанию адекватных межличностных отношений, является благоприятным прогностическим фактором. Это свидетельствует о наличии у пациента базовых компетенций, которые могут быть восстановлены или развиты в процессе реабилитации.

Негативные факторы, препятствующие успешности реабилитации в амбулаторных условиях: 1) выраженность клинических характеристик заболевания: тяжесть и персистирование психопатологической симптоматики оказывают существенное негативное влияние. В частности, выраженность позитивной симптоматики (галлюцинации, бред), когнитивных нарушений (расстройства мышления) и общая тяжесть психического расстройства значительно затрудняют участие пациента в реабилитационных мероприятиях, снижают его мотивацию и способность к усвоению новых навыков. 2) частые госпитализации в психиатрические стационары: повторные и частые госпитализации свидетельствуют о нестабильности состояния пациента, недостаточной эффективности амбулаторного лечения или несоблюдении терапевтического режима. Каждая госпитализация прерывает непрерывность реабилитационного процесса, может приводить к потере достигнутых результатов и усугублять социальную дезадаптацию, тем самым снижая вероятность успешной реабилитации во внебольничных условиях.

Однако у людей, страдающих параноидной шизофренией, улучшение социального функционирования в результате реабилитации не всегда коррелирует с повышением качества их жизни. То есть несмотря на то, что реабилитация может помочь им лучше адаптироваться в обществе, это не обязательно означает, что они будут воспринимать свою жизнь как более качественную или удовлетворительную.

В связи с вышеизложенным можно выделить ряд критериев, свидетельствующих об эффективности реабилитации пациентов с шизофренией: ослабление психопатологических проявлений; сокращение числа повторных обращений за стационарной или дневной психиатрической помощью; улучшение социальных навыков в таких областях, как работа/учеба, общение и уход за собой, что способствует их независимости; рост удовлетворенности пациентов лечением, поддержкой близких и своим текущим состоянием; а также улучшение их положения на рынке

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на имеющиеся обширные данные об использовании психобразовательных программ для пациентов с шизофренией и их родственников до настоящего времени отсутствует единый подход к пониманию формы проведения и наполненности программ по ресоциализации для таких пациентов.

Считаем, что приоритетными направлениями работы с пациентами с шизофренией: привлечение семей к психообразовательным программам и программам по ресоциализации лиц, страдающих шизофренией, для повышения их функциональной

автономии и интеграции в общество. В частности, ключевыми мишенями являются: 1) оптимизация межличностного функционирования: это включает развитие и укрепление навыков эффективной коммуникации, формирование адекватных социальных ролей, а также поддержку в установлении и поддержании конструктивных взаимоотношений с окружающими, что является фундаментальным условием для социальной адаптации. 2) содействие ресоциализации: что охватывает широкий спектр мероприятий, нацеленных на восстановление или приобретение социально значимых компетенций, и включает обучение новым знаниям и навыкам, необходимым для повседневной жизни и профессиональной деятельности, поддержку в трудоустройстве или организации продуктивной занятости, а также помощь в структурировании досуга и участии в общественно полезной деятельности, что способствует формированию чувства принадлежности и цели. Повышение качества жизни через улучшение удовлетворенности лечением.

Результаты психобразовательных программ у людей с шизофренией служат хорошим индикатором их будущей способности к социальному функционированию. Пациенты, которые отказываются от реабилитации или не участвуют в ней, подвержены более высокому риску развития поведенческих проблем и сложностей с адаптацией в микросоциальной среде.

Остается открытым вопрос по стандартизации проведения мероприятий по вовлечению родственников пациентов с шизофренией в процесс лечения и построению программ ресоциализации таких пациентов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Schizophrenia [Internet]. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. Accessed 2026 Feb 24.
2. Kotsiubinsky AP, Butoma BG, Medvedev SE, et al. An ecologically oriented approach to rehabilitation of patients with mental illness: support from a multiprofessional team. 1. *Social and Clinical Psychiatry*. 2017;27(2):5–9 (in Russian).
3. Yu Yu, Liu Z, Zhou W, et al. Assessment of Burden Among Family Caregivers of Schizophrenia: Psychometric Testing for Short-Form Zarit Burden Interviews. *Front Psychol*. 2018;9:2539.
4. Smulevich AB. Schizophrenia with a mild course in general medical practice. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2002;4(5):172–175 (in Russian).
5. Kabanov MM. The problem of rehabilitation of mentally ill patients and the quality of their life (on the issue of mental health protection). *Social and Clinical Psychiatry*. 2001;11(1):22–27 (in Russian).
6. Baronet AM, Gerber GJ. Psychiatric rehabilitation: Efficacy of four models. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(2):189–228.
7. Sanches SA, et al. Effectiveness of the Boston University approach to psychiatric rehabilitation in improving social participation in people with severe mental illnesses: a randomized controlled trial. *Front Psychiatry*. 2020;11:571640.
8. Gurovich IYa, Shmukler AB, Storozhakova YA. Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation of mentally ill patients. *Russian Psychiatric Journal*. 2006;(2):61–64 (in Russian).
9. Gurovich IYa. Preservation-based preventive psychosocial rehabilitation. *Social and Clinical Psychiatry*. 2007;17(1):5–9 (in Russian).
10. Khritinin DF, Petrov DS, Kononov OE. Medical and social significance of information and educational work among relatives of patients with schizophrenia. *Russian Medico-Biological Bulletin named after Academician I.P. Pavlov*. 2010;3:85–90. (in Russian).
11. Trushchelyov SA, Kekelidze ZI, Demcheva NK. Disability due to mental disorders in the Russian Federation. *Russian Journal of Psychiatry*. 2019;3:4–10 (in Russian).
12. Loskutova VA. Social cognitive functions in schizophrenia and methods of therapeutic intervention. *Social and Clinical Psychiatry*. 2009;19(4):92–104 (in Russian).
13. Rivkina NM, Salnikova LI. Working with families in the system of psychosocial therapy for patients with schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders with first psychotic episodes. *Social and Clinical Psychiatry*. 2009;19(1):65–75 (in Russian).
14. Danilov DS, Galushka IV, Khritinin DF. Long-term outpatient therapy of schizophrenia with atypical antipsychotics (Part 1): antirelapse effect. *Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2010;7:4–13 (in Russian).
15. Gurovich IYa. The state of psychiatric services in Russia: current challenges with reduction of inpatient care. *Social and Clinical Psychiatry*. 2012;22(4):5–9 (in Russian).
16. Khritinin DF, Galushka IV. Psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in a social service center. *Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2011;(5):61–67 (in Russian).
17. Grishina LP, Tskhovrebova LG. Assessment of indicators of primary disability due to diseases of the central nervous system among children in the regions of the Central Federal District in 2010–2012. *Medico-Social Problems of Disability*. 2014;(1):88–93 (in Russian).

18. Grishina LP, Ogay DS. Comparative analysis of disability due to malignant neoplasms in the Central Federal District and its regions in 2006–2012. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medico-Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2013;(3):46–50 (in Russian).
19. Kabanov MM. Psychosocial rehabilitation and social psychiatry. Moscow: Meditsina; 1998 (in Russian).
20. Osman CB, Alipath B, Tutiiryani MD, Ainsah O. Depressive disorder and family functioning among caregivers of patients with schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*. 2013;20(3):101–108.
21. Neeli YU, Bollu M, Faizan S, Ali C, Sri D, Chiranjeevi M. Caregiver burden among caregivers of patients with schizophrenia – a prospective cross-sectional study. *Indo Am J Pharm Res*. 2015;5(05):1601–1608.
22. Gurovich IYa, Shmukler AB, Magomedova MV. Relationship between neurocognitive deficit and social functioning in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder at different stages of the disease. *Social and Clinical Psychiatry*. 2001;11(4):31–35 (in Russian).
23. Lenroot R, et al. Integration of care: Integrated treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2003;54(11):1499–1507.
24. Mueser KT, et al. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:465–497.
25. Richardson P, et al. Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *J Ment Health*. 2007;16(4):483–491.
26. Semke VYa, Semke AV, Muchnik MM. Features of group psychoanalytic psychotherapy in schizophrenia and schizotypal disorder. 2001. Kern RS, et al. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;35(2):347–361 (in Russian).
27. Pilling S, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*. 2002;32(5):763–782.
28. Lenroot R, et al. Integration of care: Integrated treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2003;54(11):1499–1507.
29. Abramova M. Psychological support for families of young patients with schizophrenia. *Psychological Studies*. 2010;3(14) (in Russian).
30. Panayiotopoulos C, Pavlakis A, Apostolou M. Family burden of schizophrenic patients and the welfare system: the case of Cyprus. *Int J Ment Health Syst*. 2013;7(13):9 (in Russian).
31. Pechnikova LS, Levikova EV. Social intelligence and social skills of adolescents with schizophrenia. In: *Medical (Clinical) Psychology: Traditions and Perspectives (To the 85th Anniversary of Yuri Fedorovich Polyakov)*. 2013 (in Russian).
32. Grosheva EV. Parents' attitudes toward a child's mental disorder (in relation to the tasks of psychological family support) [dissertation]. Saint Petersburg: EV Grosheva; 2009 (in Russian).
33. Shiptitsyna LM. The "uneducable" child in the family and society. Saint Petersburg: Rech'; (in Rus). 2005. Abramova M. Psychological support for families of young patients with schizophrenia. *Psychological Research* [Internet]. 2010 Dec 26 [cited 2023 Oct 26];3(14) (in Russian).
34. Boyer L, Caqueo-Urizar A, Richieri R, et al. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: A cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Fam Pract*. 2012;13:42.
35. Caqueo-Urizar A, Miranda-Castillo C, Giraldez SL, et al. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*. 2014;26(2):235–243.
36. González-Torres MA, Oraa R, Aristegui M, et al. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(1):14–23.
37. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *J Psychiatr Res*. 2008;158(3):335–343.
38. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. Satisfaction with Mental Health Services in a Latin American Community of Carers of Patients with Schizophrenia. *Community Ment Health J*. 2009;45:285–289.
39. Lutova NB. Komplayens v psikiatrii i podkhody k ego uluchsheniyu. *Rossiyskiy psikihatricheskij zhurnal*. 2012;2:20–25.
40. Lutova NB, Makarevich OV. Vliyaniye sem'i na medikamentoznyy komplayens bol'nykh shizofreniy. *Obozreniye psikihatrii i meditsinskoy psikhologii imeni Bekhtereva*. 2010;2:31–34 (in Russian).
41. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Ferrer-García M. Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(5):343–348.

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.015>
УДК 616.8-085.851

Багдасаров А.Э. ✉, Семенова Н.В.
Национальный исследовательский центр психиатрии и неврологии
имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Роль психотерапии в лечении тревожных и стресс-ассоциированных расстройств. Обзор литературы

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование – Семенова Н.В.; концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – Багдасаров А.Э.
Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 02.02.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: alexander_bagdasarov_asp@mail.ru, org@bekhterev.ru

Резюме

В данной статье авторы проводят нарративный обзор литературы с опорой на отечественные и зарубежные научные публикации по вопросам роли психотерапии в лечении пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами. Отдельная роль уделена изучению актуальных исследований в сфере оценки эффективности психотерапевтического лечения пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами, с учетом методов и подходов психотерапии. Приводится сравнительный анализ результатов исследований эффективности разных методов психотерапевтического лечения пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами, сравниваются выводы о наиболее предпочтительном выборе методов психотерапевтического лечения отдельных нозологий из данной категории расстройств, сформированные по результатам исследований, доказательность эффективности этих методов, изучают факторы, влияющие на их эффективность. Основная проблема состоит в отсутствии в отечественной и зарубежной литературе данных о применении универсальных, стандартизированных и клинически ориентированных критериев эффективности оказанного психотерапевтического лечения пациентам с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами. Авторы считают необходимым создание практических рекомендаций с четко определенными критериями эффективности оказания психотерапевтической помощи пациентам с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами, с возможностью их имплементации в рутинной практике, и указывают на необходимость проведения исследований эффективности психотерапевтического лечения тревожных и стресс-ассоциированных расстройств.

Ключевые слова: критерии эффективности психотерапии, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, фобическое тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство

Bagdasarov A. ✉, Semenova N.

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia

The Role of Psychotherapy in the Treatment of Anxiety and Stress-Associated Disorders. Literature Review

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study, editing – Semenova N.; concept and design of the study, collection of material, processing, writing of the text – Bagdasarov A.

The article is published in author's edition.

Submitted: 02.02.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: alexander_bagdasarov_asp@mail.ru, org@bekhterev.ru

Abstract

In this article, the authors conduct a narrative review of the literature based on domestic and foreign scientific publications on the role of psychotherapy in the treatment of patients with anxiety and stress-associated disorders. A special role is given to the study of current research in the field of evaluating the effectiveness of psychotherapeutic treatment of patients with anxiety and stress-associated disorders, taking into account the methods and approaches of psychotherapy. A comparative analysis of the results of studies on the effectiveness of different methods of psychotherapeutic treatment of patients with anxiety and stress-associated disorders is presented, conclusions about the most preferred choice of methods of psychotherapeutic treatment of certain nosologies from this category of disorders are compared, based on the results of research, evidence of the effectiveness of these methods, and factors influencing their effectiveness are studied. The main problem is the lack of data in the domestic and foreign literature on the use of universal, standardized and clinically oriented criteria for the effectiveness of psychotherapeutic treatment provided to patients with anxiety and stress-associated disorders. The authors consider it necessary to create practical recommendations with clearly defined criteria for the effectiveness of psychotherapeutic care for patients with anxiety and stress-associated disorders, with the possibility of their implementation in routine practice, and point out the need to conduct research on the effectiveness of psychotherapeutic treatment of anxiety and stress-associated disorders.

Keywords: criteria for the efficacy of psychotherapy, panic disorder, general anxiety disorder, phobic anxiety disorder, post-traumatic stress disorder

■ ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день критерии качества медицинской помощи пациентам с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами определены действующими клиническими рекомендациями по рубрикам МКБ-10: F 40.0 (Фобическое тревожное расстройство), F41.0 (Паническое расстройство), F41.1 (Генерализованное тревожное расстройство), F43.1 (Посттравматическое стрессовое расстройство), однако, процесс оценки эффективности проводимого психотерапевтического лечения остается

сложным. Для рассмотрения вопроса о качестве оказанного психотерапевтического лечения таким пациентам, специалисты в данной области опираются на результаты научных исследований эффективности методов психотерапии, показания к применению методов психотерапии, а также личный клинический опыт. Следовательно, при составлении клинических рекомендаций авторы пользуются существующей доказательной базой (исследованиями), которая является обоснованием применения лишь конкретных методов психотерапии. Общая оценка эффективности лечения также включает факторы, сочетающие в себе психотерапию с психофармакотерапией, а также такие факторы, которые позволяют организовать и сформировать стратегии лечения, персонализированные подходы к определению показаний к тому или иному виду лечения (т.н. факторы организации). Определение факторов, влияющих на эффективность психотерапевтического лечения, включает в себя рассмотрение взаимосвязи характеристик пациента, врача-психотерапевта и лечебных методов.

■ ЦЕЛЬ

Изучить роль психотерапии в лечении пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами, определить методы и подходы, применяемые к эффективности психотерапевтического лечения пациентов с данной категорией расстройств, определить факторы, влияющие на эффективность лечения, провести сравнительный анализ исследований эффективности психотерапевтического лечения тревожных и стресс-ассоциированных расстройств.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведение литературно-аналитического обзора по вопросам роли психотерапии в лечении пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами.

Обзор литературы был проведен с опорой на анализ отечественной и зарубежной научной литературы в области эффективности лечения тревожных и стресс-ассоциированных расстройств методами психотерапии. Для поиска научных публикаций были использованы следующие базы данных: e-Library, PubMed, ResearchGate. Психотерапия, как отдельное быстро развивающееся направление, имеет ряд преимуществ в виде прогресса методологии. Учитывая тот факт, что более ранние исследования эффективности психотерапевтического лечения пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами могли утратить свою научную и практическую актуальность, а отдельные данные в последующем были обновлены самими авторами, оптимальная глубина поиска, которой ограничен данный обзор, для достаточного раскрытия проблематики и достижения поставленной цели, составляет 13 лет.

Критерии включения: публикации на английском, русском языках; данные исследований в области эффективности лечения тревожных и стресс-ассоциированных расстройств (по рубрикам МКБ-10: F 40.0 (Фобическое тревожное расстройство), F41.0 (Паническое расстройство), F41.1 (Генерализованное тревожное расстройство), F43.1 (Посттравматическое стрессовое расстройство) методами психотерапии; публикации с четко сформулированными результатами и выводами; публикации, соответствующие глубине поиска (13 лет). Критерии исключения: публикации, опубликованные на любом языке кроме русского и английского; данные исследований, не касающихся эффективности лечения тревожных и стресс-публикации

ассоциированных расстройств (по рубрикам МКБ-10: F 40.0 (Фобическое тревожное расстройство), F41.0 (Паническое расстройство), F41.1 (Генерализованное тревожное расстройство), F43.1 (Посттравматическое стрессовое расстройство) методами психотерапии; публикации без четкого формулирования результатов и выводов; статьи, имеющие платный доступ. Всего было изучено 65 источников, из которых 48 источников после проведения двухэтапного отбора (1-й этап: ознакомление с названием источника, аннотации; 2-й этап: изучение полнотекстового варианта источника, его методологическая оценка) были включены в литературный обзор.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди факторов этиопатогенеза тревожных и стресс-ассоциированных расстройств выделяются личностные особенности пациента (повышенная настороженность, избегание возможного реального), генетические и физиологические факторы, нейроэндокринные аспекты (дисфункции серотонина, норадреналина, дофамина, гамма-аминомасляной кислоты, холецистокинина, глутамата или эндогенных опиоидных рецепторов или гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси). В развитии тревожных и стресс-ассоциированных расстройств отдельная роль принадлежит психогенным факторам: психологическим (общая негативная аффективность, склонность к переживанию негативных эмоций и тревожная сенситивность) и социальным (наличие психотравмирующих событий в детстве, в т.ч. психологического и физического насилия). Понимание механизмов этиопатогенеза дает возможность определить тактику лечения данных расстройств, выбрать вектор терапии, определить наиболее эффективные методы лечения, в частности, психотерапия.

Лечение тревожных и стресс-ассоциированных расстройств методами психотерапии направлено на изменение нарушенной системы отношений пациента, коррекцию патологических эмоциональных реакций. Для реализации этого специалисту необходимо глубокое и всестороннее изучение личности пациента, понимание его личностных особенностей, знание мотиваций, эмоционального реагирования, особенностей формирования его личности.

Роль психотерапии в лечении тревожных и стресс-ассоциированных расстройств. Исследование эффективности психотерапии

В современных клинических исследованиях психотерапевтические методы лечения тревожных и стресс-ассоциированных расстройств соотнесены с психофармакотерапией. Преимуществами психотерапии являются отсутствие соматических побочных эффектов лечения и, согласно некоторым исследованиям, лучшая сохранность достигнутых результатов. Действующими клиническими рекомендациями по лечению фобического тревожного расстройства, панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства определена доказанная эффективность психотерапии в лечении этих расстройств, а в случае отдельных состояний предпочтение отдается психотерапевтическому лечению [6].

Генерализованное тревожное расстройство

Одним из основных методов в лечении пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами является когнитивно-поведенческая терапия. Исследование Olason M. и соавт. показало, что применение когнитивно-поведенческой

терапии у пациентов с генерализованным тревожным расстройством улучшило симптомы тревоги по сравнению с исходным уровнем [42].

В рамках проведения когнитивно-поведенческой терапии для лечения генерализованного тревожного расстройства могут использоваться следующие тренинги и техники: когнитивное реструктурирование и проведение коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных ощущений, тренировка дыхания, прикладная релаксация, тренинг по осознанию беспокойства, тренинг, направленный на осознание и преодоление собственной низкой толерантности к неопределенности, а также на выработку навыков проблемно-решающего поведения. Доказанную эффективность имеют техники интероцептивной экспозиции, психообразования и поведенческих экспериментов [24, 44].

В исследовании Michel J. Dugas и соавт. отмечено, что у пациентов с генерализованным тревожным расстройством, которые в течение 12 месяцев получали лечение методами когнитивно-поведенческой терапии, существенно снизился уровень тревоги, а эффект сохранялся или был улучшен в течение 12 месяцев после лечения [29].

B. Afshari и соавт. впервые было проведено исследование, в котором сравнивалось влияние когнитивно-поведенческой терапии и диалектической поведенческой терапии при генерализованном тревожном расстройстве. Результаты показали, что диалектическая поведенческая терапия оказывает большее влияние на улучшение исполнительных функций (мышление, психологическая гибкость, решение проблем, планирование и регулирование эмоций), в то время как когнитивно-поведенческая терапия помогает снизить симптомы тревоги [20].

Эффективность когнитивно-поведенческой терапии в редукции тревожной симптоматики также подтверждена Немецкими практическими рекомендациями по лечению тревожных расстройств, составленными Bandelow B. и соавт., в которых данный метод определен как самый эффективный, имеющий лучшую доказательную базу, а эффект диалектической поведенческой терапии, в этом сравнении, слабее, что свидетельствует о когнитивно-поведенческой терапии как о наиболее значимом и эффективном на сегодняшний день методе, которому специалисты и эксперты отдают большее предпочтение при выборе стратегии лечения [19, 22].

Паническое расстройство

В современной литературе описаны различные исследования, которые были проведены с целью оценки сравнительной эффективности и приемлемости всех форматов когнитивно-поведенческой терапии для лечения панического расстройства. Так, D. Papola и соавт. был проведен систематический обзор и сетевой метаанализ рандомизированных контролируемых исследований, который показал, что когнитивно-поведенческая терапия является наиболее эффективным и рекомендуемым методом психотерапевтического лечения панического расстройства. Однако авторы отмечают, что окончательных доказательств большей эффективности одной формы проведения сессий по сравнению с другой ими найдено не было. Как предполагают сами авторы, факторами, влияющими на отсутствие таких доказательств, могут являться клинические (способность пациента самостоятельно проработать материал без посторонней помощи (т.н. самопомощь); хороший терапевтический альянс; вариативность протоколов когнитивно-поведенческой терапии) и социальные (личностно-социальное положение пациента; транспортная

доступность; дороговизна), затрудняющие доступность психотерапии панического расстройства [43].

В рамках межличностного подхода в лечении пациентов с паническим расстройством также показано проведение краткосрочных методов: психодинамической и интерперсональной терапии. Основными техниками в этом случае являются: интерпретация, конфронтация, прояснение. Метаанализ, проведенный Cuijpers P. и соавт., включавший 90 исследований, показал не меньшую эффективность интерперсональной психотерапии по сравнению с когнитивно-поведенческой терапией [26].

Keefe J.R. с соавт. указывают, что при лечении методом психодинамической психотерапии у пациентов с паническим расстройством выраженность ремиссии составила от 54% до 69% [35].

Еще одним альтернативным методом лечения тревожных и стресс-ассоциированных расстройств, в частности, генерализованного тревожного и панического расстройства является когнитивная терапия на основе осознанности. Результаты исследования, проведенного Jiang S. и соавт., цель которого состояла в сравнении данного метода и групповой когнитивно-поведенческой терапии, показали одинаковую эффективность [34].

Результаты метаанализа 16 рандомизированных клинических исследований, проведенного Maas Genannt Vermprohl F., показал более высокую эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии на основе осознанности на тяжесть соматических симптомов. При этом сравнивалось применение стандартного лечения и терапия, дополненная психообразованием, усиленными психотерапевтическими консультациями. Сами авторы указывают на необходимость проведения дальнейших исследований по преемственности групп пациентов, для которых применение этих подходов психотерапии будет наиболее полезно [39].

Тревожно-фобическое расстройство

В лечении тревожно-фобических расстройств эффективны разные методы и подходы психотерапии: когнитивно-поведенческая психотерапия, экспозиционная терапия с использованием виртуальной реальности, групповая интерперсональная психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, а также тренинги в рамках этих методов. В работах Аграновского М.Л. и соавт., Глазковой С.О. и соавт. отмечено, что при тревожно-фобических расстройствах методы психотерапии так же эффективны, как и психофармакотерапия, а в отдельных случаях психотерапия является более эффективной по сравнению с медикаментозными методами лечения. В ряде обзоров и исследований лечения тревожно-фобических расстройств описаны различные методы психотерапии (когнитивно-поведенческая, динамическая, релаксационная и др.) [4, 11].

Исследована эффективность экспозиционной терапии таких фобических тревожных расстройств как агорафобия, социальные и специфические (изолированные) фобии. Arrol B. и соавт. провели метаанализ, результаты которого показали, что у пациентов с фобиями (в частности, с фобиями высоты), экспозиционная терапия с использованием виртуальной реальности показала более выраженное снижение баллов по шкале Attitude Towards Height Questionnaire по сравнению со шкалой Acrophobia Questionnaire. Терапия in vivo показала эффективность в краткосрочной перспективе, но не в долгосрочной [21].

Назарова А.О. и соавт. отмечают, что технологии виртуальной реальности являются актуальным инструментом, который применяется в экспозиционной терапии. Основным достоинством применения этого метода является возможность создания таких сценариев, которые недоступны в реальности, а возможность проигрывать эти сценарии многократно дает пациенту возможность научиться справляться с аналогичными ситуациями в повседневной жизни. В качестве подхода к адаптации человека к стрессовому сценарию может применяться система на основе биологической обратной связи [10].

В другом отечественном исследовании влияния технологий виртуальной реальности на симптомы тревожно-фобических расстройств В.В. Селивановым и соавт. отмечена высокая эффективность экспозиции в реальном времени, но также и сложные или невозможные к преодолению недостатки: высокая материальная затратность, невозможность длительной реализации самой экспозиции [13].

Иные исследователи также отмечают наличие ряда недостатков методики виртуальной реальности. Например, Мурашко А.А., обзревая опубликованные сведения, указывает на методологические недостатки технологий виртуальной реальности, сложности в обработке многочисленных данных, полученных в оригинальных исследованиях. По мнению автора, экспозиционная терапия на основе техник виртуальной реальности является экономически эффективным методом, приводящим к повышению порога тревожности и уменьшению выраженности страхов. Однако, сохраняется необходимость в проведении высококачественных рандомизированных контролируемых исследований в данной области. Как итог, в лечении тревожно-фобических расстройств отмечено положительное влияние этого метода терапии в качестве дополнительного, но не основного [9, 46].

Карпов О.Э. и соавт. указывают на необходимость в обеспечении методическими рекомендациями специалистов для эффективного и безопасного использования техник на основе виртуальной реальности в своей повседневной работе; стоимость программного обеспечения и оборудования (ограничивающие более широкое применение); потребность в образовательных программах или курсах для выработки навыка использования виртуальной реальности; скептическое отношение некоторых специалистов к данному методу [15].

По мнению Барабанщикова В.А. и Саунина К.А., экспозиционные методы с использованием технологий виртуальной реальности в лечении тревожно-фобических расстройств являются высоко эффективными, и обусловлены рядом достоинств виртуальной среды по сравнению с терапией в реальном времени: иммерсивность, интерактивность, экологичность, пластичность, безопасность и экономичность виртуального пространства [2, 12].

Шамрей В.К. и соавт. также отмечают, что методы виртуальной реальности по уровню результативности сравнимы с эффективностью классической психотерапии. При этом, большим преимуществом методов виртуальной реальности по сравнению с классической психотерапией является возможность оказывать помощь пациентам, обладающим резистентностью к лечению. Эффективность видеотелемедицины, по мнению исследователей, не уступает личным встречам пациента с врачом [17].

Фрейзе В.В. с соавт., напротив, делают вывод в пользу применения экспозиционной терапии с использованием виртуальной реальности у пациентов с фобическими тревожными расстройствами. По их мнению, этот метод имеет существенную

эффективность в качестве дополнительного лечения в психотерапевтических и медикаментозных вмешательствах, позволяет эргономично использовать ресурсы пациента и врача, дает результаты через меньшее количество времени, закрепляет необходимые паттерны *in situ*. Однако, авторы также указывают на необходимость разработки стандартов обучения специалистов навыкам работы с иммерсивными технологиями; клинических рекомендаций и стандартов оказания психиатрической помощи [16].

Несмотря на растущую доказательную базу эффективности экспозиционных методик, остается ряд нерешенных вопросов, связанных с оптимальными протоколами их применения в психотерапевтической практике, интеграцией в существующие подходы к лечению тревожно-фобических расстройств, техническими возможностями.

Методом патогенетического лечения пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами также является краткосрочная аналитико-картическая психотерапия, которая была разработана на основе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. В исследовании Ильченко Е.Г. и Караваевой Т.А. пациенты, прошедшие курс краткосрочной аналитико-картической терапии, имели достоверные значимые отличия при обследовании, до и после лечения. Отмечались позитивные изменения в динамике состояния пациентов: снижение выраженности клинической симптоматики (уменьшение показателей до нормативных значений по диагностическим шкалам и опросникам), снижение напряженности психологических защит, уменьшение неконструктивных копинг-стратегий [1, 5].

Отдельное место в лечении тревожных и стресс-ассоциированных расстройств занимает личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, которую можно отнести к отечественному варианту психодинамического направления. Рассмотрение данного метода в контексте лечения тревожно-фобического расстройства, сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корректирующего опыта, научения) оказывает положительный эффект на симптоматику, улучшает межличностное, социальное функционирование пациента, качество его жизни.

В отечественном исследовании Караваева Т.А. и соавт. указывают на то, что личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия не уступает когнитивно-поведенческому методу. Преимуществом личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является возможность достижения более выраженного и стабильного улучшения состояния пациентов. Данное исследование подчеркивает приоритет психотерапевтических методов в лечении тревожных и стресс-ассоциированных расстройств по сравнению с психофармакотерапией [7].

Посттравматическое стрессовое расстройство

Несмотря на большое количество зарубежных и отечественных научных публикаций о проблемах понимания и лечения ПТСР, в отечественной практике до сих пор нет четких представлений об эффективных подходах в психотерапии, механизмах лечебного воздействия, принципах и алгоритмах оказания помощи [3].

Исходя из этого, психотерапевтические методы и подходы, применяемые в лечении пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством вариативны. Так, основными из них являются: когнитивно-поведенческая терапия, сфокусированная

на травме, десенсибилизация и переработка движениями глаз, пролонгированная экспозиционная терапия по Э. Фоа и М. Дж. Козак, нарративная экспозиционная терапия, терапия на основе осознанности, а также частные релаксационные тренинги и поведенческие методики (например, рационально-эмоциональный тренинг, методика (биообратной связи). Наряду с вышеописанными методами и подходами в психотерапевтическом лечении пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством эффективно используются психодинамические техники, в частности, реструктуризация, экзистенциальные техники, такие как Гештальт-терапия, а также дополнительные интегративные техники в виде гипноусуггестивной терапии [8, 14, 18].

Количество обзоров исследований в области психотерапевтического лечения посттравматического стрессового расстройства составляет содержательную базу. Результаты метаанализа, проведенного van Dis E. и соавт. показали, что когнитивно-поведенческая терапия была более эффективной для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, чем при генерализованном тревожном расстройстве или при паническом расстройстве через 12 месяцев после лечения. Merz J. и соавт. также отметили высокую эффективность психотерапевтического лечения посттравматического стрессового расстройства по сравнению с психофармакотерапией. При длительном лечении значимых различий между этими методами не было [41, 47].

Отдельные авторы определяют травма-фокусированную когнитивно-поведенческую терапию, десенсибилизацию и переработку движениями глаз как основные методы психотерапевтического лечения посттравматического стрессового расстройства [30, 31, 37, 38, 45].

Результаты метаанализа, включавшего 90 исследований сравнительной эффективности разных методов психотерапии в лечении пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, проведенного Mavrapetou I. и соавт. показывают, что десенсибилизация и переработка движениями глаз и травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия, наиболее эффективны в снижении выраженности симптомов и ускорении ремиссии у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, и способствуют сохранению улучшений после завершения лечения [40].

Bisson J.I. и соавт. по результатам метаанализа 70 исследований сформировали похожие выводы, которые свидетельствуют о большей эффективности методов индивидуальной травма-фокусированной когнитивно-поведенческой терапии и десенсибилизации и переработки движениями глаз в сравнении с когнитивно-поведенческой терапией, нефокусированной на травме [23].

При изолированном сравнении эффективности в лечении посттравматического стрессового расстройства методов травма-фокусированной когнитивно-поведенческой терапии и десенсибилизации и переработки движениями глаз результаты исследований разнятся. Так, в систематическом обзоре и метаанализе 11 исследований, проведенном Chen L. и соавт., результаты свидетельствуют о большей эффективности метода десенсибилизации и переработки движениями глаз, а исследования de Roos C. и соавт. и Hudaib A. показали, что эти методы имеют одинаковую эффективность [25, 28, 33].

Результаты обзоров исследований эффективности других методов психотерапевтического лечения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством

также представляются вариабельными. Например, результаты метаанализа van Loenen I. и соавт. показали, что когнитивно-поведенческая терапия с использованием техник виртуальной реальности имеет большую эффективность по сравнению с привычной когнитивно-поведенческой терапией. Однако, авторы утверждают, что для подтверждения достоверности этих выводов необходимы рандомизированные контролируемые исследования более высокого качества [48].

Нео S. и соавт., по результатам проведенного метаанализа исследований пришли к выводу, что эффективность метода экспозиции с использованием технологий виртуальной реальности не имеет существенной разницы в изменении выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства по сравнению с контрольной группой. Авторы исследования отмечают, что для изучения эффективности метода экспозиции с использованием технологий виртуальной реальности в лечении посттравматического стрессового расстройства необходимы дальнейшие испытания с индивидуально подобранными сценариями в виртуальной среде [32].

В метаанализе 9 исследований с участием 296 пациентов Kothgassner O.D. и соавт. резюмируют похожие выводы о том, что экспозиция с использованием технологий виртуальной реальности не имеет существенных отличий от активных вмешательств в отношении снижения тяжести симптомов посттравматического стрессового расстройства. Авторы указывают на разную степень погружения пациентов в виртуальную среду и взаимодействия с ней, что может препятствовать достижению положительных результатов лечения [36].

В противовес утверждению Нео S. и соавт., Kothgassner O.D. и соавт., результаты более раннего метаанализа Cusack K. и соавт. показывают достоверное улучшение симптомов посттравматического стрессового расстройства лечением методом экспозиционной терапии с использованием техник виртуальной реальности *in vivo* [27].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного обзора литературы была изучена роль психотерапевтического лечения пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами, проанализированы результаты наиболее актуальных отечественных и зарубежных исследований в области эффективности оказания психотерапевтической помощи пациентам с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами, определены основные методы и подходы, применяемые в лечении данных состояний.

Данный обзор подтверждает, что психотерапия является не просто вспомогательным, а одним из основных и наиболее эффективным методом лечения отдельных расстройств наряду с психофармакотерапией, по сравнению с которой преимуществами психотерапии являются отсутствие соматических побочных эффектов и, зачастую, большая устойчивость достигнутых результатов в долгосрочной перспективе. Например, метод когнитивно-поведенческой терапии в качестве «золотого стандарта» признан самым эффективным, имеющим обширную доказательную базу практически для всех нозологий в данной клинической группе.

Однако, накопленные данные указывают на то, что эффективность этого метода не является абсолютной, а это стимулирует поиск и валидацию альтернативных или дополнительных методов и подходов.

При определении большей эффективности того или иного метода психотерапии по сравнению с другим в лечении панического расстройства, генерализованного

тревожного расстройства, фобического тревожного расстройства, специалисты также отмечают, что окончательных доказательств в этой области ими найдено не было. А факторами, влияющими на отсутствие таких доказательств, по мнению экспертов, могут являться клинические (самопомощь, хороший терапевтический альянс, вариативность протоколов когнитивно-поведенческой терапии) и социо-экономические (социальное положение пациента, транспортная доступность, дороговизна) феномены. Отдельными сложными или невозможными к преодолению недостатками, по мнению исследователей, также являются высокая материальная затратность, невозможность длительной реализации самой экспозиции, методологические недостатки, сложности в обработке многочисленных данных, полученных в исследованиях.

Так, например, часть специалистов считают самым эффективным методом лечения посттравматического стрессового расстройства травма-фокусированную когнитивно-поведенческую терапию, другие же считают, что терапией выбора следует считать десенсибилизацию и переработку движениями глаз, в то время как отдельные эксперты не видят существенных различий в эффективности этих методов, а выбор того или иного метода лечения, по их мнению, зависит от практического опыта и профессиональных компетенций.

Отечественные и зарубежные исследования, демонстрируют нехватку четко веренных и достоверных данных, факторов, обеспечивающих эффективность психотерапевтического лечения пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами, стандартизированных и клинически ориентированных критериев эффективности оказанного психотерапевтического лечения. Мнения экспертов и клиницистов, обозревателей исследований, хоть и являются научно и клинически обоснованными, все же, являются очень субъективными, зависящими от многих факторов (уровня компетенций и предвзятости исследователей к собственным наблюдениям, субъективизации взглядов при оценке результатов, гетерогенности исследуемых групп, времени, в течение которого происходит наблюдение и лечение, разной степени погружения пациентов в условия среды, иные личностные характеристики пациентов, разная степень тяжести их основного заболевания до включения в исследование, наличие/отсутствие коморбидной патологии).

Исходя из этого, присутствует тенденция продолжать проведение высококачественных исследований в сфере эффективности психотерапевтического лечения пациентов с тревожными и стресс-ассоциированными расстройствами, с целью уточнения факторов и критериев эффективности того или иного метода психотерапии, создания универсальных практических рекомендаций с возможностью их имплементации в рутинной практике.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Aleksandrov A. The analysis of analitiko-katarticheskoy of therapy from positions of dialogical approach. *Vestnik psikhoterapii*, 2019;74(69):13–29. (in Russian)
2. Barabanshnikov V. Theoretical aspects of application of virtual reality technology for prevention and correction of anxiety-phobic disorders. *Psikhologiya kognitivny'kh processov*, 2023;12:16–30. (in Russian)
3. Vasileva A., Karavaeva T., Radionov D. Post-traumatic stress disorder psychotherapy – integrating the experience of an emergency. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023;31(3):47–68. doi: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310303>
4. Glazkova S. Anxiety and phobic disorders and specialties of their psychotherapy. *Razvitie professionalizma*, 2016;1(1):191–192. (in Russian)
5. Il'chenko E., Karavaeva T., Yakovleva Y. Dynamics of clinical-psychological indicators of patients with anxiety neurotic disorders in treatment of short-term individual analytic-cathartic psychotherapy. *Obozrenie psikhiiatrii i medicinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*, 2018;4:100–107. (in Russian)

6. Karavaeva T., Vasileva A., Poltorak S. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders) psychotherapy. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*, 2016;4(42):52. (in Russian)
7. Karavaeva T., Mikhaylov V., Vasileva A., et al. A comparative study of the efficacy of personality-oriented (reconstructive) and cognitive-behavioral psychotherapy in neurotic anxiety disorders with insomnia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2018;118(4-2):60-66. (in Russian). doi: 10.17116/jnevro20181184260
8. Karaush I., Abramov S. Modern psychotherapeutic approaches to the treatment of post-traumatic stress disorder. *Rossiyskiy psikiatricheskij zhurnal*, 2024;4:55-66. (in Russian)
9. Murashko A. Virtual reality applications in psychiatry. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*, 2021;31(2):101-105. (in Russian)
10. Nazarova A., Teselkin D., Kruglov V. Development of a virtual simulator with biofeedback for the therapy of phobic disorders. Proceedings of the IX Scientific and practical conference (Tambov, Russia, October 24-25, 2023) (eds. M. Krasnyanskiy), Tambov: Tambovskiy gosudarstvenniy tekhnicheskii universitet, 2023; pp. 203-206.
11. Agranovskij M., Muminov R., Sarbaeva N., Kozimzhonova I. Psychotherapy in the treatment of phobic disorders in patients with neuroses. *Ekonomika i sotsium*, 2021;10:413-418. (in Russian)
12. Saunin K., Kapustina V. Use of VR-training programs to reduce anxiety and phobias. Proceedings of the 3-rd All-Russian scientific and practical conference with International participation (Moscow, Russia, December 28-29, 2022) (eds. V. Barabanshchikov, V. Selivanov). Moscow: Moskovskiy gosudarstvenniy psikhologo-pedagogicheskii universitet, 2022; pp. 235-252.
13. Selivanov V. Prevention and correction of anxiety and phobic disorders in adolescence using virtual reality programs. *Eksperimental'naya psikhologiya*, 2023;16(2):49-67. (in Russian)
14. Semenova N. Medical care organization for post-traumatic stress disorder: methodological recommendations. *Diagnosis and treatment of mental and drug-related disorders: modern approaches: a collection of methodological recommendations*. Saint-petersburg: KOSTA, 2023; pp. 32-60. (in Russian)
15. Karpov O., Daminov V., Novak E., Mukhametova D. Virtual reality technologies in medical rehabilitation. *Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova*, 2020;1:94-95. (in Russian)
16. Freyze V. Outlook of applying of virtual reality (vr) technologies in the treatment of patients with mental disorders (review of foreign literature). *Obozreniye psikiatrii i medicinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*, 2021;1:18-24. (in Russian)
17. Shamrey V. Outcomes of hospital treatment for post-traumatic stress disorder in combatants. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv*, 2021;3:14-24. (in Russian)
18. Shamrey V. Modern strategies of psychotherapeutic correction of posttraumatic stress disorders in servicemen. *Psikiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*, 2018;9(3):443-453. (in Russian)
19. Yargin S. Psychotherapy of generalized anxiety disorder. *Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal*, 2024;44(4):6-20. (in Russian)
20. Afshari B., Jafarian Dehkordi F., Asgharnejad Farid A. Study of the effects of cognitive behavioral therapy versus dialectical behavior therapy on executive function and reduction of symptoms in generalized anxiety disorder. *Trends psychiatry psychotherapy*, 2022;44:e20200156. (in Russian). doi: 0.47626/2237-6089-2020-0156
21. Arroll B., Wallace H.B., Mount A. A systematic review and meta-analysis of treatments for acrophobia. *The medical journal of Australia*, 2017;206(6):263-267. doi: 10.5694/mja16.00540
22. Bandelow B., Werner A., Kopp I. The German Guidelines for the treatment of anxiety disorders: first revision. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2022;272(4):571-582. doi: 0.1007/s00406-021-01324-1
23. Bisson J., Roberts N., Andrew M., et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 2013;12. doi: 10.1002/14651858
24. Breitbart J., Hiller T., Schöne E. Panic disorder and agoraphobia in general practice: Advantages and pitfalls of a practice team-supported exposure training from the general practitioner's perspective – a qualitative study. *Z evid fortbild qual gesundhwes*, 2019;143:15-20. doi: 10.1016/j.zefq.2019.05.002
25. Chen L., Zhang G., Hu M., Liang X. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The journal of nervous and mental disease*, 2015;203(6):443-451. doi: 10.1097/NMD.0000000000000306
26. Cuijpers P., Donker T., Weissman M. Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A comprehensive meta-analysis. *American journal of psychiatry*, 2016;173(7):680-687. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15091141
27. Cusack K., Jonas D., Forneris C., et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 2016;43:128-141. doi: 0.1016/j.cpr.2015.10.003
28. De Roos C., van der Oord S., Zijlstra B., et al. Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: a multicenter randomized clinical trial. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2017;58(11):1219-1228. doi: 10.1111/jcpp.12768
29. Dugas M., Sexton K., Hebert E. Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: a randomized clinical trial for adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 2022;53(6):1147-1160. doi: 10.1016/j.beth.2022.05.003
30. Foa E., McLean C., Zang Y. STRONG STAR Consortium. Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: a randomized clinical trial. *The journal of the American medical association*, 2018;319(4):354-364. doi: 10.1001/jama.2017.21242
31. Gkintoni E., Kourkoutas E., Yotsidi V. Clinical efficacy of psychotherapeutic interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and analysis. *Children-Basel*, 2024;11(5):579. doi: 10.3390/children11050579
32. Heo S., Park J. Effects of virtual reality-based graded exposure therapy on PTSD symptoms: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 2022;19(23):15911. doi: 10.3390/ijerph192315911
33. Hudays A., Gallagher R., Hazzazi A., et al. eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive behavior therapy for treating post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 2022;19(24):16836. doi: 10.3390/ijerph192416836
34. Jiang S., Liu X., Han N. Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC Psychiatry*, 2022;22(1):481. doi: 10.1186/s12888-022-04127-3
35. Keefe J., Chambless D., Barber J., Milrod B. Treatment of anxiety and mood comorbidities in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder. *Journal of psychiatric research*, 2019;114:34-40. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.04.009

36. Kothgassner O., Goreis A., Kafka J., et al. Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 2019;10(1):1654782. doi: 10.1080/20008198.2019.1654782
37. Kowalski J., Elżanowski A., Śliwerski A. A review of selected psychotherapies for PTSD, their efficacy and treatment guidelines in adults. *Psychiatria Polska*, 2024;58(2):315–328. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/157105
38. Lewis C., Roberts N., Andrew M. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 2020;11(1):1729633. doi: 10.1080/20008198.2020.1729633
39. Maas Genannt Bermpohl F., Hülsmann L., Martin A. Efficacy of mindfulness- and acceptance-based cognitive-behavioral therapies for bodily distress in adults: a meta-analysis. *Front psychiatry*. 2023;14:1160908. doi: 10.3389/fpsy.2023.1160908
40. Mavranouzouli I., Megnin-Viggars O., Daly C. Psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychological medicine*, 2020;50(4):542–555. doi: 10.1017/S0033291720000070
41. Merz J., Schwarzer G., Gerger H. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis. *The journal of the American medical association*, 2019;76(9):904–913. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951
42. Olason M., Jonsson H., Andrason R.H. Economic evaluation of interdisciplinary pain rehabilitation. One IKR for rehabilitation gives eight IKR back to society. *Laeknabladid*, 2020;106(1):11–17. doi: 10.17992/lbl.2020.01.343
43. Papola D., Ostuzzi G., Tedeschi F. CBT treatment delivery formats for panic disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological medicine*, 2023;53(3):614–624. doi: 10.1017/S0033291722003683
44. Reddy Y., Sudhir P., Manjula M. Clinical practice guidelines for cognitive-behavioral therapies in anxiety disorders and obsessive-compulsive and related disorders. *Indian journal of psychiatry*, 2020;62(supp.2):S230–S250. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_773_19
45. Resick P., Wachen J., Mintz J. A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2015;83(6):1058–1068. doi: 10.1037/ccp0000016
46. Riva G., Wiederhold B., Mantovani F. Neuroscience of virtual reality: from virtual exposure to embodied medicine. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 2019;22(1):82–96. doi: 10.1089/cyber.2017.29099.gri
47. Van Dis E., van Veen S., Hagenaaars M. Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *The journal of the American medical association psychiatry*, 2020;77(3):265–273. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3986
48. Van Loenen I., Scholten W., Muntingh A., et al. The effectiveness of virtual reality exposure-based cognitive behavioral therapy for severe anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and posttraumatic stress disorder: meta-analysis. *Journal of medical internet research*, 2022;24(2):e26736. doi: 10.2196/26736

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.026>
УДК 616.89-008.441.13-06-008.42:615.214.24

Тарасов А.А. ✉, Григорьева И.В.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск,
Беларусь

Оптимизация подходов к седации при алкогольном делирии

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материалов – Тарасов А.А.; анализ и обсуждение полученных результатов, внесение окончательной правки, редактирование текста – Григорьева И.В.
Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 10.02.2026
Принята: 16.03.2026
Контакты: attyom@gmail.com

Резюме

Цель. Провести детальный систематический обзор 14 ключевых источников литературы (2015–2025 гг.) по вопросу проведения седации при алкогольном делирии (F10.4 по МКБ-10), с акцентом на эффективность, безопасность, патогенетическую обоснованность и клиническое значение применения адъювантных средств.

Материалы и методы. Проведен систематический обзор научной литературы за период 2014–2025 годы с использованием баз данных PubMed, Google Scholar и отечественных электронных библиотек. В обзор включались оригинальные статьи, метаанализы и клинические протоколы, посвященные патогенезу алкогольного делирия и применению кетамина в лечении синдрома отмены алкоголя.

Результаты. Анализ применяемых подходов показал, что большинство авторов статей и научных работ придерживаются мнения, что применение в купировании алкогольного делирия бензодиазепинов остается первой линией лечения, однако наличие ограничений, обусловленных необходимостью назначения высоких кумулятивных дозировок в условиях выраженной резистентности и сопряженных с ними рисков ятрогенного угнетения дыхательной функции, гемодинамической нестабильности и парадоксального пролонгирования психопатологической симптоматики, диктует необходимость интеграции в протоколы лечения патогенетически обоснованных адъювантных средств. Применение кетамина в купировании алкогольного делирия (отмеченное в 7 исследований по синдрому зависимости от алкоголя (Alcohol Use Disorder, далее – AUD) и в 3 по синдрому отмены алкоголя (Alcohol Withdrawal Syndrome, далее – AWS) в обзоре Goldfine) значительно снижает потребность в бензодиазепинах, ускоряет разрешение делирия и уменьшает риск интубации. Применение в купировании алкогольного делирия дексметомидина эффективно контролирует симпатическую гиперактивность и сокращает длительность пребывания в отделении реанимации. Полученные данные подтверждают высокий потенциал кетамина, как адъюванта.

Ключевые слова: алкогольный делирий, седация, кетамин, дексметомидин, NMDA-рецепторы, эксайтотоксичность, интенсивная терапия

Tarasov A. ✉, Grigoryeva I.

Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

Optimization of Sedation Approaches in Alcoholic Delirium

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study, collection and processing of materials – Tarasov A.; analysis and discussion of the obtained results, making final edits, editing the text – Grigoryeva I.

The article is published in author's edition.

Submitted: 10.02.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: inessgrig@mail.ru

Abstract

Objective. Conduct a maximally detailed systematic review of 14 key sources of literature (2015–2025) on the problem of sedation in alcoholic delirium (F10.4 according to ICD-10), with an emphasis on the efficacy, safety, pathogenetic rationale, and clinical significance of adjuvant agents. To analyze modern scientific data on the mechanisms of sedation in alcoholic delirium and to substantiate the prospects of using ketamine as a pathogenetically targeted adjuvant for optimizing sedation methods in alcoholic delirium (F10.4 according to ICD-10).

Materials and methods. A systematic review of scientific literature for the period 2014–2025 was conducted using the PubMed, Google Scholar databases and domestic electronic libraries. The review included original articles, meta-analyses, and clinical protocols devoted to the pathogenesis of alcoholic delirium and the use of ketamine in the treatment of alcohol withdrawal syndrome.

Results. The analysis of the applied approaches showed that the majority of authors of articles and scientific works adhere to the opinion that benzodiazepines remain the first line of therapy, however, their limitations make the use of adjuvants relevant. Ketamine (7 studies on AUD and 3 on AWS in the Goldfine review) significantly reduces the need for benzodiazepines, accelerates the resolution of delirium, and decreases the risk of intubation. Dexmedetomidine effectively controls sympathetic hyperactivity and shortens the length of stay in the ICU. The obtained data confirm the high potential of adjuvant therapy with ketamine.

Keywords: alcoholic delirium, sedation, ketamine, dexmedetomidine, NMDA-receptors, excitotoxicity, intensive care

■ ВВЕДЕНИЕ

Настоящая статья представляет собой подробный, критический и академический систематический обзор литературы, посвященный одной из наиболее сложных проблем современной реаниматологии и наркологии – оптимизации подходов к седации пациентов с алкогольным делирием (F10.4 по МКБ-10). Структура работы построена следующим образом: в разделе «Введение» изложены эпидемиологические, клинические и патофизиологические аспекты проблемы, обоснована актуальность

поиска патогенетически направленных адъювантных средств. Раздел «Цель» формулирует задачи исследования. Раздел «Материалы и методы» описывает методологию анализа. Основной раздел «Результаты исследования» содержит детальный разбор каждого из 14 ключевых источников с акцентом на дизайн, методологию, ключевые результаты, статистическую значимость, профиль безопасности, ограничения и клиническое значение. В разделе «Выводы» подведены итоги анализа и определены перспективы дальнейших исследований. Завершает работу список литературы.

Алкогольный делирий представляет собой острое органическое психосиндромальное расстройство, возникающее при резкой отмене этанола у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2 по МКБ-10). Согласно данным литературы, синдром отмены алкоголя развивается примерно у половины пациентов с хроническим злоупотреблением алкоголя, а тяжелые формы с переходом в делирий регистрируются в 8–15% случаев среди госпитализированных пациентов с зависимостью от алкоголя и требуют проведения интенсивной лечения в условиях отделения реанимации [1–3]. Летальность при отсутствии своевременного адекватного лечения достигает 15%, причем ведущими причинами смерти выступают полиорганная недостаточность, аспирационная пневмония и сердечно-сосудистые осложнения [2, 4]. Патогенез алкогольного делирия определяется сложным нейромедиаторным дисбалансом: длительное воздействие этанола приводит к компенсаторному снижению чувствительности ГАМК-А-рецепторов (ГАМК-А-рецепторы – гамма-аминомасляная кислота) и гиперэкспрессии NMDA-рецепторов (N-метил-D-аспартат) глутаматергической системы. При резкой отмене алкоголя возникает гиперглутаматергическое состояние, сопровождающееся эксайтотоксичностью, оксидативным стрессом, нейровоспалением и нарушением нейропластичности [5, 6]. Эти процессы обуславливают повреждение нейронов в наиболее уязвимых структурах мозга (гиппокамп, миндалина, префронтальная кора), что клинически проявляется дезориентацией, галлюцинациями и вегетативной «бурей» [6]. Классическая фармакотерапия основана на применении бензодиазепинов как препаратов первой линии, барбитуратов и антипсихотиков. Однако высокие кумулятивные дозы бензодиазепинов ассоциированы с существенным риском угнетения дыхательной функции и гемодинамической нестабильности [3, 4].

■ ЦЕЛЬ И ГИПОТЕЗА

Цель настоящего исследования заключалась в проведении подробного академического систематического обзора 14 ключевых источников научной литературы, опубликованных в период с 2014 по 2025 год, посвященных проблеме оптимизации седации пациентов с алкогольным делирием (F10.4 по МКБ-10). Особое внимание было уделено детальному критическому анализу каждого исследования с позиций доказательной медицины, включая оценку дизайна, методологии, статистической обработки данных, полученных результатов, выявленных ограничений и клинического значения для практики лечения. Основной фокус обзора был направлен на оценку эффективности, безопасности и патогенетической обоснованности применения кетамина и дексметомидина, как адъювантных средств в комплексной седации при алкогольном делирии. Гипотеза исследования состоит в том, что адъювантное лечение кетамином и дексметомидином в комплексном применении с бензодиазепинами при купировании алкогольного делирия, позволит значительно

повысить эффективность седации по сравнению с традиционной монотерапией бензодиазепинами за счет прямого воздействия на ключевые патогенетические механизмы (гиперактивацию NMDA-рецепторов и симпатическую гиперактивность), что проявляется в сокращении длительности делирия, снижении кумулятивной дозы бензодиазепинов, уменьшении риска респираторных осложнений и улучшении клинических исходов пациентов.

Предполагается, что детальный анализ современных источников подтвердит высокий потенциал данных препаратов и обоснует необходимость проведения крупных проспективных исследований для их интеграции в стандартные протоколы лечения алкогольного делирия в условиях отделения анестезиологии и реанимации.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен полный текстуальный анализ 14 ключевых источников, включая обзор литературы сделанный Goldfine C.E. et al. (2023) с детальным разбором всех 10 включенных в него исследований, а также дополнительные сравнительные работы и обзоры. Критерии анализа: дизайн, популяция, вмешательство, первичные и вторичные исходы, статистическая значимость, профиль безопасности, ограничения и клиническое значение. Для достижения цели исследования был проведен всесторонний поиск и отбор литературы с использованием ключевых электронных баз данных PubMed, Google Scholar, а также отечественных научных ресурсов. Поиск осуществлялся по комбинациям ключевых слов, включая «alcohol withdrawal syndrome», «alcoholic delirium», «ketamine», «dexmedetomidine», «sedation in delirium tremens» и их русскоязычные эквиваленты за период с 2014 по 2023 год. Критериями включения являлись оригинальные клинические исследования, обзоры литературы, систематические обзоры и клинические протоколы, непосредственно посвященные применению кетамина и дексмедетомидина при алкогольном делирии или синдроме отмены алкоголя у взрослых пациентов. Исключались работы, выполненные на животных, отчеты о случаях, исследования, не содержащие клинических исходов, а также публикации, не имеющие полного текста на английском или русском языке.

Каждый из отобранных источников подвергся глубокому критическому анализу в соответствии с принципами доказательной медицины. Особое внимание уделялось оценке уровня доказательности (по классификации Oxford Centre for Evidence-Based Medicine), риску систематических ошибок (selection bias, performance bias, detection bias, attrition bias), качеству статистической обработки данных и применимости результатов к клинической практике в условиях отделения анестезиологии и реанимации. Для исследований, включенных в обзор литературы Goldfine C.E. et al. (2023), проводился дополнительный вторичный анализ оригинальных данных, представленных в тексте обзора.

Анализ проводился независимо, с последующим обсуждением спорных моментов и достижением консенсуса. Такой подход позволил обеспечить высокую объективность и глубину интерпретации полученных научных данных, что является важным условием для формирования обоснованных выводов относительно перспектив клинического применения изучаемых препаратов при алкогольном делирии.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Отобранные источники охватывают период 2014–2023 годов и включают как обзорные работы высокого уровня доказательности, так и оригинальные клинические исследования различного дизайна. Центральное место занимает обзор литературы Goldfine C.E. et al. (2023), который служит методологической основой для систематизации знаний о применении кетамина. Дополнительные источники дополняют обзор сравнительными данными по дексмететомидину, а также практическими рекомендациями. Такой подход позволяет не только обобщить существующие доказательства, но и выявить пробелы в доказательной базе, что является важным шагом на пути к разработке оптимальных протоколов седации в условиях отделения анестезиологии и реанимации.

1. Обзор литературы Goldfine C.E. et al. (2023)

Наиболее полный и методологически строгий обзор, опубликованный в журнале *Frontiers in Psychiatry*. Авторы проанализировали 204 публикации по двум базам (PubMed и Google Scholar) за период 1995–август 2022 года. После строгого исключения дубликатов, исследований на животных, отчетах о случаях и нерелевантных работ было отобрано 10 исследований, полностью соответствующих критериям включения (7 по синдрому зависимости от алкоголя [AUD] и 3 по синдрому отмены алкоголя [AWS]) [1].

В подразделе AWS рассмотрены три ретроспективных исследования, проведенных в условиях ОРИТ. Все они демонстрируют, что кетамин в субанестетических дозах (0,15–0,75 мг/кг/ч) как адъювант бензодиазепинов значительно снижает кумулятивную дозу последних, ускоряет разрешение делирия *tremens* и уменьшает риск интубации трахеи.

Wong et al. (2015): ретроспективное когортное исследование (n=23 пациента с AWS). Кетамин применялся в дозе 0,3 мг/кг болюсно с последующей инфузией 0,2 мг/кг/ч при резистентности к бензодиазепинам. Отмечено клинически значимое снижение потребности в бензодиазепинах (медиана 40 мг за первые 12 часов и 13,3 мг за 24 часа). Не зарегистрировано ни одного случая тяжелых осложнений AWS после начала лечения кетамином. Единственный отмеченный побочный эффект – чрезмерной седации у одного пациента [2].

Ограничения: ретроспективный дизайн, возможность влияния сопутствующих препаратов. Клиническое значение: одна из первых работ, продемонстрировавших реальное преимущество кетамина при рефрактерном алкогольном синдроме отмены в условиях реальной клинической практики.

Pizon et al. (2018): ретроспективное исследование (n=63 пациента)

Включал применение кетамина (0,15–0,3 мг/кг/ч, иногда с болюсом 0,3 мг/кг) который добавлялся при клиническом развитии делирия *tremens*. Результаты применения кетамина показали статистически значимое сокращение длительности пребывания в ОРИТ на 2,83 дня (95% ДИ –5,58 – –0,089; p=0,043), снижение кумулятивной дозы бензодиазепинов (p=0,02) и снижение риска интубации (OR 0,14; p<0,01). Профиль безопасности высокий (один случай чрезмерной седации, скорректированный снижением дозы) [3].

Клиническое значение: убедительное подтверждение преимуществ кетамина в реальной практике тяжелого алкогольного делирия. Shah et al. (2018): ретроспективный анализ (n=30 пациентов с бензодиазепин-резистентным тяжелым AWS). Кетамин назначался в медианной начальной дозе 0,75 мг/кг/ч. У всех пациентов симптомы были купированы в течение 1 часа после начала инфузии (CIWA-Ar <20). Средняя доза лоразепама снизилась на 28% в первые 24 часа, 43% пациентов были полностью отлучены от инфузионной терапии в течение 48 часов [4].

Клиническое значение: яркая демонстрация высокой скорости и эффективности кетамина при наиболее тяжелых рефрактерных формах синдрома отмены.

AUD (7 исследований в обзоре Goldfine C.E. et al., 2023)

Авторы обзора подробно анализируют семь работ, посвященных применению кетамина при алкогольном расстройстве употребления. Все исследования подтверждают способность кетамина снижать патологическое влечение к алкоголю, уменьшать потребление алкоголя и повышать длительность ремиссии, особенно при сочетании с психотерапией [1].

Krupitsky E.M. et al. (1997): нерандомизированное проспективное исследование (n=211 пациентов в стационарном центре лечения зависимости). Группа вмешательства получала однократную внутримышечную дозу кетамина 2,5 мг/кг в сочетании с интенсивной психотерапией. Результат: полная ремиссия более 1 года у 65,8% пациентов против 24% в группе сравнения (p<0,01) [5].

Клиническое значение: одно из первых крупных исследований, продемонстрировавших долгосрочный эффект применения кетамина на длительность ремиссии.

Kolp E. et al. (2006): ретроспективное исследование (n=70 пациентов, стационарные и амбулаторные). Пациенты получали одну или две инфузии кетамина в сочетании с психотерапией различной интенсивности. При одной инфузии и стандартной психотерапии ремиссия через 1 год составила 25%, при усиленной групповой психотерапии – до 70% [6].

Клиническое значение: убедительное доказательство синергизма действия кетамина и групповой психотерапии.

Das R.K. et al. (2019): рандомизированное контролируемое исследование (n=90 лиц с повышенным риском, AUDIT >8). Кетамин 0,35 мг/кг внутривенно применялся в сочетании с процедурой дестабилизации памяти или без нее. Результат: значимое снижение количества дней употребления алкоголя и объема потребления в группе с процедурой дестабилизации памяти (без возврата к употреблению в течение 9 месяцев) [7].

Клиническое значение: первое доказательство способности кетамина ослаблять дезадаптивные воспоминания о вознаграждении, связанные с алкоголем и снижать патологическое влечение.

Dakwar E. et al. (2020): рандомизированное контролируемое исследование (n=40 пациентов с AUD). Однократная инфузия кетамина 0,71 мг/кг сравнивалась с мидазоломом 0,025 мг/кг на фоне мотивационной терапии. В группе применения кетамина 53% пациентов не употребляли алкоголь в течение 21 дня наблюдения, в группе, где применялся мидазолол с мотивационной терапией 41% не употребляли алкоголь в течение 21 дня наблюдения [8].

Клиническое значение: показано преимущество применения кетамина в сравнении с применением мидазолама с мотивационной терапией.

Grabski M. et al. (2022): двойное слепое плацебо-контролируемое исследование фазы 2 (n=96 пациентов с умеренным/тяжелым AUD). Три еженедельных внутривенных инфузий кетамина в дозировке 0,8 миллиграмма на килограмм (вводимых в течение 40 минут) в сочетании с курсом психотерапии, основанным на профилактике рецидивов на основе осознанности. Результаты исследования через шесть месяцев наблюдения продемонстрировали высокую эффективность предложенного подхода: средний показатель дней полного воздержания в группе кетамина составил 65,8%, в то время как в контрольной группе, получавшей только курсы психотерапии и инфузии физиологического раствора, этот показатель составил всего 27%. Авторы верифицировали, что сочетание фармакологического воздействия с психотерапевтической поддержкой дает наиболее выраженный результат в увеличении продолжительности трезвости. При этом важно учитывать, что данная работа зафиксировала побочные эффекты у 6,3% участников (3 из 96 человек), которые были классифицированы как серьезные, включая подавленное настроение, повышение артериального давления, тахикардию и эйфорию. Данное исследование подчеркивает синергизм кетамина и психотерапии, однако, как и в случае с другими работами, исследователи указывают на необходимость дальнейшего изучения долгосрочной безопасности и уточнения оптимальных режимов терапии из-за сложности поддержания «слепого» метода при использовании психоактивных веществ [9].

Клиническое значение: крупнейшее на момент публикации двойное слепое РКИ, подтверждающее эффективность применения кетамина в комбинации с психотерапией.

Mollaahmetoglu O.M. et al. (2021): качественное исследование (n=12). Полуструктурированные интервью через 1–3 года после последней из трех еженедельных внутривенных инфузий кетамина в дозировке 0,8 миллиграмма на килограмм (вводимых в течение 40 минут) в сочетании с курсом психотерапии, 25% пациентов оставались в ремиссии, все отметили длительные положительные изменения в отношении сохранения трезвости к алкоголю, снижение патологического влечения [10].

Клиническое значение: первое качественное исследование, раскрывающее долгосрочные субъективные эффекты применения кетамина.

Yoon G. et al. (2019): открытое пилотное исследование (n=5 пациентов с AUD и сопутствующей большой депрессией). Изучалась эффективность сочетанного применения кетамина и налтрексона у пациентов с расстройством, связанным с употреблением алкоголя, и сопутствующим тяжелым депрессивным расстройством. Дизайн восьминедельной работы, в которой приняли участие 5 человек, предполагал использование инъекционного налтрексона в дозировке 380 миллиграммов (вводимого за 2–6 дней до первой инфузии кетамина) и последующий курс из четырех еженедельных внутривенных инфузий кетамина в дозировке 0,5 миллиграмма на килограмм.

Результаты исследования продемонстрировали, что 80 процентов участников (4 из 5 пациентов) отметили существенное снижение интенсивности патологического влечения к алкоголю и сокращение объемов его потребления. Параллельно с этим наблюдалась выраженная редукция депрессивной симптоматики, при этом в

ходе клинического испытания не было зарегистрировано ни одного случая серьезных побочных эффектов [11].

Клиническое значение: первое пилотное исследование комбинированного применения кетамина при коморбидной патологии синдрома зависимости от алкоголя.

Вывод по разделу Goldfine C.E. et al. (2023)

Обзор литературы, проведенный Goldfine C.E. et al. (2023), представляет собой наиболее полный синтез современных данных. Авторы убедительно показывают терапевтический потенциал применения субдиссоциативных доз кетамина, как при AWS, так и при AUD. Основные ограничения обзора - преобладание ретроспективных работ по AWS и малые выборки в исследованиях по AUD. Тем не менее, работа служит сильным обоснованием для проведения крупных проспективных исследований и последующего внедрения кетамина в клиническую практику при AWS.

2. Анализ исследований, проведенных Гавриловым О.О., Гомоном М.Л. (2021)

Они провели сравнительное исследование четырех схем седации у 72 пациентов с верифицированным алкогольным делирием (группа сравнения включала традиционную бензодиазепиновую схему и три исследовательские группы – адьювантное применение дексмететомидина, кетамина и оксибутирата натрия [12]).

Дизайн: проспективное сравнительное исследование. Все адьювантные схемы статистически значимо сократили длительность эпизода алкогольного делирия по отношению к группе сравнения. Наиболее выраженный эффект наблюдался в группе дексмететомидина. Ни одна из схем полностью не нормализовала показатели гемодинамики, что авторы связывают как с особенностями механизма действия препаратов, так и с сопутствующей гипомagnesемией. Профиль безопасности всех схем признан удовлетворительным. Клиническое значение: одно из немногих прямых сравнительных исследований, проведенных в реальной клинической практике белорусских стационаров. Работа подчеркивает перспективность адьювантной терапии и необходимость дальнейшего изучения влияния препаратов на электролитный баланс и гемодинамику.

3. Анализ исследований, проведенных Мурунов А.Е. (2020) [13]

Автор акцентирует внимание на важности своевременного использования шкал CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised) и RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) для выявления тяжелого течения синдрома отмены алкоголя, необходимости раннего перехода к адьювантной терапии при развитии резистентности к бензодиазепинам, а также на роли немедикаментозных методов коррекции. Кетамин и дексмететомидин рассматриваются как перспективные адьювантные средства с патогенетически обоснованным механизмом действия. Клиническое значение: работа содержит четкие практические рекомендации по мониторингу пациентов и немедикаментозной коррекции, что особенно важно для отделений реанимации и наркологических стационаров. Обзор служит важным методологическим ориентиром для клиницистов.

4. Анализ исследований, проведенных Попугаев К.А. и соавт. (2012) [14]

Авторы подробно описывают диагностические критерии, подчеркивают прогностическую значимость делирия как независимого фактора увеличения летальности, длительности пребывания в отделении реанимации и ухудшения долгосрочных неврологических исходов. Особое внимание уделяется стратегиям профилактики и лечения делирия, включая немедикаментозные подходы и рациональную седацию. Хотя работа не посвящена исключительно алкогольному делирию, она заложила основу современного понимания общей стратегии седации в ОРИТ. Клиническое значение: фундаментальная работа, сохраняющая высокую актуальность и широко цитируемая в современной литературе. Она остается важным теоретическим фундаментом для разработки протоколов седации при алкогольном делирии.

Проведенный критический анализ данных источников позволяет объективизировать патогенетическую обоснованность и клиническую целесообразность процесса оптимизации существующих схем седации при тяжелых формах алкогольного делирия (F10.4) учитывая, что фундаментальным звеном развития острого абстинентного состояния является сложный нейромедиаторный дисбаланс, характеризующийся компенсаторным снижением чувствительности ГАМК-А-рецепторов и гиперэкспрессией (up-regulation) NMDA-рецепторов глутаматергической системы [4, 6]. Резкое прекращение поступления этанола инициирует состояние «глутаматного шторма», что ведет к нейрональной эксайтотоксичности, оксидативному стрессу и нейровоспалению, клинически манифестирующим в виде вегетативной гиперактивности и дезориентации [4, 6]. Несмотря на то, что бензодиазепины сохраняют статус терапии первой линии, их применение в условиях выраженной резистентности часто требует экстремально высоких кумулятивных дозировок, что статистически значимо повышает риски ятрогенного угнетения дыхания, необходимости в инвазивной вентиляции легких и пролонгирования психопатологической симптоматики [4].

Помимо купирования острых проявлений делирия, данные исследований (Krupitsky E.M., Grabski M. et al.) указывают на долгосрочный терапевтический потенциал препарата в структуре лечения алкогольной зависимости. Кетамин демонстрирует способность ослаблять дезадаптивные «памяти вознаграждения» и снижать влечение (craving) к алкоголю, что при сочетании с психотерапией позволяет достичь годовой ремиссии у 65,8% пациентов [11]. Сравнительный анализ также выделяет эффективность дексмедетомидина в контроле симпатической гиперактивности [1]. При этом нежелательные реакции при использовании кетамина такие, как подавленное настроение, повышение артериального давления, тахикардию и эйфорию не представляют прямой угрозы жизни и эффективно купируются путем титрования дозировок

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мультимодальная седация, сочетающая кетамин и дексмедетомидин, может обеспечить комплексное воздействие на нейромедиаторный дисбаланс, позволяя минимизировать использование бензодиазепинов и связанные с ними респираторные осложнения. На основании проанализированных научных данных, интеграция кетамина и дексмедетомидина в качестве адъювантных средств в протоколы лечения алкогольного делирия является клинически обоснованным приоритетом, обусловленным необходимостью минимизации побочных эффектов бензодиазепинов. Риски

использования стандартных схем, включающие критическое угнетение дыхательной функции, гемодинамическую нестабильность и необходимость проведения искусственной вентиляции легких, значительно превышают вероятность осложнений при введении адъювантов. Применение данных препаратов позволяет не только патогенетически воздействовать на механизмы эксайтотоксичности и симпатической гиперактивности, но и существенно повысить общую безопасность лечения за счет снижения кумулятивной дозы бензодиазепинов, что в конечном итоге снижает риск летальных исходов и сокращает сроки госпитализации в отделении реанимации.

Однако следует учитывать, что на данный момент доказательная база по кетамину ограничена исследованиями с небольшими выборками пациентов, многие из которых носят ретроспективный характер. В связи с этим, для окончательного подтверждения безопасности метода и уточнения дозировок необходимо проведение более масштабных и методологически строгих проспективных исследований. Только получение репрезентативных данных позволит обоснованно включить кетамин в национальные клинические рекомендации по лечению алкогольного делирия.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Goldfine C.E., et al. The therapeutic use and efficacy of ketamine in alcohol use disorder and alcohol withdrawal syndrome: a scoping review. *Front. Psychiatry*. 2023;14:1141836.
2. Wong A., et al. Evaluation of adjunctive ketamine to benzodiazepines for management of alcohol withdrawal syndrome. *Ann. Pharmacother*. 2015;49(1):14–19.
3. Pizon A.F., et al. Adjunct ketamine use in the management of severe ethanol withdrawal. *Crit. Care Med*. 2018;46(9):e768–e771.
4. Shah P., et al. Adjunctive use of ketamine for benzodiazepine-resistant severe alcohol withdrawal: a retrospective evaluation. *J. Med. Toxicol*. 2018;14(3):229–236.
5. Krupitsky E.M., Grinenko A.Y. Ketamine psychedelic therapy (KPT): a review of the results of ten years of research. *J. Psychoactive Drugs*. 1997;29(2):165–183.
6. Kolp E., et al. Ketamine enhanced psychotherapy: preliminary clinical observations on its effectiveness in treating alcoholism. *Humanist. Psychol*. 2006;34(4):399–422.
7. Das R.K., et al. Ketamine can reduce harmful drinking by pharmacologically rewriting drinking memories. *Nat. Commun*. 2019;10(1):5187.
8. Dakwar E., et al. A single ketamine infusion combined with motivational enhancement therapy for alcohol use disorder: a randomized midazolam-controlled pilot trial. *Am. J. Psychiatry*. 2020;177(2):125–133.
9. Grabski M., et al. Adjunctive ketamine with relapse prevention–based psychological therapy in the treatment of alcohol use disorder. *Am. J. Psychiatry*. 2022;179(2):152–162.
10. Mollaahmetoglu O.M., et al. "This is something that changed my life": a qualitative study of patients' experiences in a clinical trial of ketamine treatment for alcohol use disorders. *Psychiatry*. 2021;12:695335.
11. Yoon G., et al. Association of combined naltrexone and ketamine with depressive symptoms in a case series of patients with depression and alcohol use disorder. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(3):337–338.
12. Gavrilov O.O., Gomon M.L. Comparative characteristics of the efficacy and safety of adjuvant sedation in patients with alcoholic delirium. *East European Scientific Journal*. 2021;4(75):17–25.
13. Muronov A.E. Alcohol delirium: early diagnosis and principles of intensive therapy. Literature review. *Annals of Critical Care (Vestnik intensivnoy terapii imeni A.I. Saltanova)*. 2020;1:53–65. (In Russ.)
14. Popugaev K.A., et al. Delirium in intensive care practice. *Russian Journal of Anesthesiology and Reanimatology (Anesteziologiya i Reanimatologiya)*. 2012;4:19–25. (In Russ.)

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.020>
УДК 615.851:6168.9- 008.441.13-036.82/.85

Валюженич Ю.В. ✉, Григорьева И.В.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск,
Беларусь

Роль психотерапии в реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материалов, анализ полученных данных, внесение окончательной правки – Валюженич Ю.В.; обсуждение результатов, редактирование текста – Григорьева И.В. Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 02.02.2026
Принята: 16.03.2026
Контакты: doctorvaluzhenich@gmail.com

Резюме

Цель. Обзор и сравнительный анализ роли различных психотерапевтических подходов в реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя для поддержания ремиссии и снижение частоты рецидивов.

Материалы и методы. Проведен анализ научной литературы за период 2008–2025 годы с использованием баз данных PubMed, Google Scholar, CyberLeninka и eLibrary и других электронных библиотек. В обзор включались оригинальные статьи, мета-анализы, посвященные роли психотерапии в реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

За последние десятилетия в практику вошли разнообразные подходы, подтвержденные научными исследованиями и опытом клинической практики. В данной статье рассматриваются основные методы психотерапии, применяемые в различных странах, их особенности и эффективность, а также вклад этих подходов в долгосрочную ремиссию и восстановление качества жизни пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

Результаты. В настоящее время предпочтительным является интегративный подход с персонализированным подбором психотерапевтических методик, применяемых в программах реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя с учетом их эффективности и субъективной удовлетворенности пациентов реабилитацией.

Ключевые слова: реабилитация, синдром зависимости от алкоголя, психотерапия, когнитивно-поведенческая, телесно-ориентированная, схема-терапия, арт-терапия, психоанализ

Valiuzhenich Y. ✉, Grigorieva I.

Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

The Role of Psychotherapy in the Rehabilitation of Patients with Alcohol Dependence Syndrome

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study, collection and processing of materials, analysis of the obtained results, analysis of the obtained data, final editing – Valiuzhenich Y.; discussion of the results, editing of the text – Grigorieva I.

The article is published in author's edition.

Submitted: 02.02.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: doctorvaluzhenich@gmail.com

Abstract

Purpose. Review and comparative analysis of the role of various psychotherapeutic approaches in the rehabilitation of patients with alcohol dependence syndrome to maintain remission and reduce the frequency of relapses.

Materials and methods. An analysis of scientific literature from 2014 to 2025 was conducted using PubMed, Google Scholar, CyberLeninka, eLibrary and other electronic library databases. The review included original articles and meta-analyses on the role of psychotherapy in the rehabilitation of patients with alcohol dependence syndrome.

Over the past decades, a variety of approaches, supported by scientific research and clinical experience, have entered into practice. This article examines the main psychotherapeutic methods used in various countries, their characteristics and effectiveness, and the contribution of these approaches to long-term remission and restoration of quality of life for patients with alcohol dependence syndrome.

Results. Currently, an integrative approach with a personalized selection of psychotherapeutic techniques used in rehabilitation programs for patients with alcohol dependence syndrome is preferable, taking into account their effectiveness and the patients' subjective satisfaction with rehabilitation.

Keywords: rehabilitation, alcohol dependence syndrome, psychotherapy, cognitive-behavioral, body-oriented, schema therapy, art therapy, psychoanalysis

■ ВВЕДЕНИЕ

Для лечения синдрома зависимости от алкоголя психотерапия начала применяться в конце XIX – начале XX века. В этот период Бехтерев, а также Forel и иные специалисты начали успешно применять гипнотическое воздействие на пациентов с целью подавления влечения к алкоголю [7]. Сам термин «психотерапия», который был введен английским врачом Daniel Hack Tuke в 1872 году в его книге «Иллюстрации влияния разума на тело», подчеркивал воздействие разума пациента на тело через влияние врача.

В 30–60-е гг. XX в. в СССР психотерапия опиралась на физиологические концепции, положившие начало условно-рефлекторной психотерапии, широкое развитие получило учение о высшей нервной деятельности И.П. Павлова, а также началось применение метода аутогенной тренировки Шульца.

С середины 1970-х годов семейная психотерапия стала ведущим методом лечения синдрома зависимости от психоактивных веществ (далее – ПАВ). В 1979 стала известна методика эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова, которая стала основополагающей для «терапии творческим самовыражением», разработанной в 80-е гг. М.Е. Бурно [16].

В настоящее время психотерапия представлена большим разнообразием лечебных методов воздействия на пациентов наркологического профиля, которые помогают выявить причины формирования зависимости от ПАВ, появление патологического влечения к его приему с целью повысить мотивацию на отказ от употребления ПАВ и способствовать формированию стойкой ремиссии.

Дальнейшие исследования, опирались на понимание, что этиология синдрома зависимости от ПАВ многофакторна. Современной моделью синдром зависимости от ПАВ является биопсихосоциальная модель, рассматривающая наркологические расстройства с позиции сочетания трех основных компонентов: биологического, психологического и социального. Биологические факторы синдрома зависимости от алкоголя включают генетическую предрасположенность, нарушения метаболизма этанола и нейрохимические изменения в головном мозге, способствующие формированию в зависимости и другие. Среди основных психологических факторов выделяют личностные особенности, эмоциональную незрелость и когнитивные искажения, которые предрасполагают к употреблению алкоголя с целью снижения стресса. К социальным факторам относятся семейные и культурные традиции, низкий социально-экономический уровень, наличие дисфункциональных семей, изоляция и другое [20].

С целью формирования ремиссии пациентам с синдромом зависимости от ПАВ проводится реабилитация, которая играет ключевую роль во всеобщем охвате услугами здравоохранения и служит одной из основных стратегий устойчивого развития – «обеспечение здорового образа жизни и благополучия для всех в любом возрасте» [23]. В Республике Беларусь реабилитация осуществляется в соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 21 марта 2024 г. № 199 «О медицинской и социальной реабилитации лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», частью которого является инструкция «О порядке медицинской и социальной реабилитации в реабилитационном центре для лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» (далее – Инструкция). Мультидисциплинарный реабилитационный подход включает в себя следующие компоненты: разработку индивидуальной программы реабилитации пациентов в начале реабилитационного процесса с включением психотерапии, разделение пациентов на терапевтические группы, этапность проведения, длительность и периодичность оказания специализированной медицинской помощи [24].

На сегодняшний день одним из основных показателей успешной реабилитации считается длительность ремиссии с низкой частотой рецидивов. Данное сочетание определяет качество реабилитационного процесса. Достижение стойкой ремиссии осуществляется при полном отказе от ПАВ и сочетается с восстановлением социального функционирования в ходе реабилитационного процесса. Психотерапия играет ключевую роль в реабилитации пациентов, способствуя совладанию с физическим и психологическим желанием принять ПАВ.

Как показал мета-анализ 59 исследований, включающий 13 342 пациентов с синдромом зависимости от ПАВ, использование мотивационного интервью по сравнению с группой сравнения способствовало сокращению употребления ПАВ в ближайшей перспективе, однако на отдаленных этапах – различия не были достоверными [26].

Психотерапия направлена на изменение мышления, поведения и эмоциональных реакций, что приводит к изменению поведения на желаемое [3].

Эффективность психотерапии различается по типам зависимостей: зависимость от алкоголя показывает наиболее высокий результат при комплексном подходе и может достигать 72%; от опиоидов совместно с медикаментозной терапией достигает 64%; от иных ПАВ напрямую зависит от величины реабилитационного потенциала на начальном этапе реабилитации и может достигать 51% [1].

Выбор метода психотерапии определяется видом и стадией зависимости, целью терапевтического процесса, а также индивидуальными и гендерными особенностями пациента. Психотерапия играет ключевую роль в реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью, ее длительность – от нескольких месяцев до года, с активным участием пациента в регулярных сеансах. Это предотвращает рецидивы, повышая адаптационный потенциал пациента.

К основным задачам психотерапии относятся: осознание причин зависимости, формирование мотивации к трезвости, развитие навыков совладания со стрессом и триггерами, а также восстановление самооценки и социальных связей.

За последние десятилетия в практику вошли разнообразные подходы, подтвержденные научными исследованиями и опытом клинической практики. В данной статье рассматриваются основные методы психотерапии, применяемые в различных странах, их особенности и эффективность, а также вклад этих подходов в долгосрочную ремиссию и восстановление качества жизни пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

Исследования последних лет подтверждают значительную роль психотерапии в реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, которая направлена на преодоление психологической зависимости, формирование мотивации к трезвости и развитие навыков саморегуляции и самоконтроля. Максимальная эффективность применения психотерапии достигается в сочетании с медикаментозным лечением и социальной реабилитацией [13].

Среди основных направлений психотерапии выделяют психодинамическую, когнитивно-поведенческую (далее – КПТ), гуманистическую, системную семейную, телесно-ориентированную (далее – ТОТ), групповую и индивидуальную.

Рациональная психотерапия, разработанная швейцарским невропатологом Полем Дюбуа в начале XX века (1900–1912 гг.) основывалась на коррекции психических расстройств пациентов связывая их со следствием логических ошибок и применялась в бодрствующем состоянии без гипнотического воздействия. Дюбуа использовал данный метод для лечения синдрома зависимости от ПАВ, используя законы формальной и диалектической логики, побуждающие пациента самостоятельно осознать дисфункциональные установки к алкоголю и сформировать реалистичное представление о своей зависимости. Данный метод способствовал повышению мотивации на отказ от употребления ПАВ и способствовал появлению ремиссии.

В России с 1911 г. В.М. Бехтерев проводил групповые сеансы рациональной психотерапии с целью формирования установок на трезвый образ жизни и называл методику «разъяснительной терапией» [29].

По исследованиям по рациональной психотерапии у пациентов с синдромом зависимости от ПАВ по данным обзоров 2008–2025 гг., определено около 10–15 эмпирических работ в российской литературе описательного характера, с фокусом на мотивацию и коррекцию установок. Мета-анализов не выявлено из-за низкого уровня доказательности и недостаточного статистического объема выборок.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) была разработана в 1960-х годах психиатром Аароном Т. Бекком, который адаптировал рациональную терапию для лечения депрессии, фокусируясь на когнитивных нарушениях пациентов. Вместе с тем в 1950-х Альберт Эллис создал рационально-эмотивную терапию. Данные подходы интегрировались в 1970-х.

КПТ в большей мере соответствует медицинской модели интенсивной психотерапии со стремлением обеспечить когнитивный самоконтроль над болезненными зависимыми импульсами с выработкой новых «здоровых» поведенческих образцов.

Она является наиболее исследованным методом психотерапии, который применяется для лечения множества расстройств, в том числе синдрома зависимости от алкоголя. Она включает в себя коррекцию негативных установок, обучение здоровым моделям поведения и работу с ложными убеждениями, поддерживающими употребление алкоголя, фокусируется на выявлении триггеров, реструктурировании мышления и развитии навыков самоконтроля.

КПТ имеет эффективность на уровне 0,45 (средний размер эффекта) по проведенному в 2010 г. метаанализу McNugh, в котором рассматривались 34 рандомизированных клинических исследования и контрольных групп, путем анализа нежелательного зависимого поведения, с определением триггеров, когнитивной реструктуризации, методами самоконтроля и самоощущения, контроля риска и коррекции образа жизни. Выявленные триггеры, провоцирующие мысли об употреблении ПАВ совместно с пациентом оценивались и определялся уровень риска каждого триггера (по шкале от 1 до 10), создавалась персональная карта высоко рискованных ситуаций с присвоением каждому триггеру уровня опасности (например, красного, оранжевого или желтого). Полученные данные использовались для проведения тренингов, разработки разумных планов действий, создания копинг-карточек организации или экспозиционной психотерапии [3].

В соответствии с исследованием Kavanagh (2009), пациенты с синдромом зависимости от ПАВ в триггерных комплексах вместо статичного образа видят динамичную последовательность кадров, связанную с определенным ПАВ, либо состоянием, возникающим в следствие его употребления. Эти ментальные образы выступают ключевыми элементами когнитивных процессов и сопровождаются навязчивыми потоками – внутренним диалогом, который оправдывает или разрешает применение («На этот раз все будет иначе»). С позиции КПТ-крейвинг вызывает не сам триггер, а совокупность ментальных образов, мыслей и убеждений, связанных с этими событиями, произошедшими у пациента [3].

В соответствии с исследованиями Dutra et al. (2008), КПТ эффективна в лечении зависимости от каннабиноидов, и имеет преимущества перед краткосрочными вмешательствами [5].

Powers et al. (2008), КПТ имеет меньший эффект, чем лечение опиоидной зависимости и алкогольной в сравнении с терапией агонистами опиоидных рецепторов [30].

К ключевым эффектам КПТ относятся: повышение мотивации на трезвость, снижение употребления алкоголя и количества рецидивов, повышение стрессоустойчивости и развитие социальных навыков. При применении коротких курсов по 10–20 сеансов у пациентов повышается стрессоустойчивость и развиваются социальные навыки.

Эффективность данного метода психотерапии может достигать 60–70% [3, 27].

Психодинамическая психотерапия (далее – ПП) была основана в конце XIX – начале XX века и базировалась на классическом психоанализе, разработанном Зигмундом Фрейдом в Венеции в 1896 года. Фрейд, совместно с Йозефом Брейером. Психодинамический метод ориентирован на проработку бессознательных личностных структур и расширение возможностей для осознания и анализа внутриличностных конфликтов, ответственных за формирование зависимости. В процессе ПП внимание пациента смещается от «внешних» проблем, к «внутренним», терапевтическая тактика согласуется с особенностями психического развития. Лечение длительное – годы, с еженедельными сеансами для глубокого терапевтического процесса. Фокус на проработке травм дает пользу только у мотивированных пациентов с длительной терапией.

Мета-анализов, специализированных с высоким уровнем доказательности, подтверждающих превосходство ПП над альтернативами около 2–4 из-за гетерогенности и малого объема выборки [28]. Психоанализ реже используется у зависимых от ПАВ лиц, в основном только у мотивированных пациентов с длительной реабилитацией.

На основе обзорных данных и клинических наблюдений эффективность психоанализа оценивается как низкая около 20%. Данный метод способствует улучшению мотивации и снижению рецидивов в долгосрочной перспективе [19, 28].

ТОТ начала формироваться в 1930–1940-х годах благодаря работам австрийского психоаналитика Вильгельма Райха, ученика Зигмунда Фрейда. Он разработал телесное проявление психологических защит в виде «мышечного панциря». Райх сосредоточился на связи психики и тела при помощи движений и дыхания для высвобождения подавленных эмоций, отстранившись от классического психоанализа.

ТОТ представляет собой набор методов, направленных на обучение проживаемых эмоций, влечений, желаний и потребностей, которые проявляются через телесные ощущения. Основная цель данного вида терапии заключается в разработке более эффективных способов решения конфликтов, а также адекватного преодоления телесных зажимов, вызванных негативными эмоциями и ощущениями, включая разнообразные методы снятия напряжения, что обеспечит пациенту полное расслабление и будет способствовать появлению новых моделей поведения взамен употребления алкоголя.

Количество мета-анализов, проведенных по применению ТОТ у пациентов с алкогольной зависимостью, сводится к нулю. Всего проведено около 10–20 эмпирических работ пилотных описательного характера, без крупных рандомизированных исследований высокого уровня доказательности. Эффективность данного вида психотерапии оценивается как умеренная (40–60% улучшение в комплексе с другими методами), уступая КПТ [4, 13].

Схема-терапия была изобретена консультантом-психологом Джеффри Янгом в середине 1980-х годов для пациентов с хроническими расстройствами, на которых стандартная КПТ не действовала эффективно и претерпело дальнейшее развитие во время работы в Центре когнитивной терапии при Университете Пенсильвания под руководством Аарона Бека. Метод был описан в книге «Схема-терапия: Руководство для практикующего», изданной в 2003 г.

Данная методика представляет собой интегративный психотерапевтический подход, который эффективно применяется в реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью, фокусируясь на выявлении и коррекции глубинных когнитивно-аффективных схем – устойчивых паттернов мышления и поведения, сформированных в детстве. Она сочетает элементы когнитивно-поведенческой терапии, теории привязанности, гештальт-терапии и психоанализа, помогая преодолеть не только симптомы зависимости, но и ее корни, снижая риск рецидивов.

Рандомизированные исследования применения схема-терапии при синдроме зависимости от ПАВ согласно обзорам 2008–2025 гг., постепенно растут, сейчас их насчитывается до 10.

Систематических обзоров мета-анализов по данной тематике практически нет. Отдельные исследования подтверждают умеренную эффективность до 40% за счет работы с коморбидными расстройствами личности, которые часто сопутствующими зависимостям от ПАВ. Схема-терапия способствует устойчивой ремиссии в 60–70% случаев комбинации с КПТ и группами поддержки [19].

Арт-терапия как метод психотерапии сформировалась в 1930–1940-х годах в Великобритании и США, где художники независимо друг от друга начали проводить занятия изобразительным искусством с пациентами психиатрических клиник и госпиталей. Термин «арт-терапия» впервые был введен британским художником и педагогом Адрианом Хиллом в 1938 году и описан как средство восстановления здоровья при туберкулезе. Данный метод был основан на психоаналитических идеях Фрейды и Юнга (начало XX в.), где рисунки интерпретировались как выражение бессознательного.

Задача данного метода в реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя помочь выразить подавленные эмоции, снизить стресс и сублимировать тягу к алкоголю в творчество, способствовать релаксации, повышению самооценки и развитию самоконтроля. Арт-терапия помогает при эмоциональной неустойчивости, алекситимии и импульсивности, снижая риск рецидивов за счет формирования здоровых привычек самовыражения.

По применению арт-терапии в реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью мета-анализы ограничены из-за малого числа рандомизированных исследований и гетерогенности протоколов, однако исследования (до 20 эмпирических работ описательного характера) показывают умеренную эффективность методики. Арт-терапия способствует снижению депрессии и тревоги на 20–50%, эмоциональному высвобождению и повышению самооценки, особенно при проведении в групповом формате [6].

В США, Италии, Польше и Великобритании наиболее распространенной и результативной является модель реабилитации в формате терапевтического сообщества, основанные на методе «12 шагов». Данная программа была создана в 1935 году в США Биллом Уилсоном и доктором Бобом Смитом, основателями сообщества

«Анонимные Алкоголики» (далее – АА). Метод возник как система взаимопомощи для преодоления синдрома зависимости от алкоголя через бессилие, духовный рост и поддержку группы. Миннесотская модель психотерапии использующие аналогичные принципы групп взаимопомощи, с продолжительностью 3–6 месяцев. В рамках данной программы пациенты заново осваивают трезвый образ жизни и восстанавливают утраченные социальные навыки [9, 10, 22]. По оценке общества АА в начале 2017 года движение объединяло примерно 2 млн человек по всему миру [11]. Проведено более 100 рандомизированных исследований и около 10 специализированных мета-анализов, подтверждающих 30–40% ремиссий при регулярных посещениях психотерапии. Программы «12 шагов» рекомендуются как доступный и проверенный метод групповой терапии [13].

По В.Д. Москаленко, синдром зависимости от алкоголя представляет собой семейную дисфункциональную модель, при которой проявляются эмоционально-психические отклонения, называемые «созависимостью» у здоровых от ПАВ родственников [17].

Семейная поведенческая терапия (далее – СПТ) (Behavioral Family Therapy, BFT) была разработана в 1970-х годах психологом Нилом Джекобсоном и его коллегами, опираясь на бихевиористских принципов Б.Ф. Скиннера и исследовании Альберта Бандуры. Метод возник как применение поведенческих техник (контингентное управление, обучение навыкам) к семейным взаимодействиям для коррекции дисфункций, включая алкоголизм. СПТ способствует улучшению семейных отношений, решению конфликтов, снижает частоту рецидивов за счет поддержки близких.

Около 5 проведенных мета-анализов (Cochrane, JAMA) подтверждают эффективность СПТ при синдроме зависимости от алкоголя в размере 30–50%, наблюдается снижение количества употребляемого алкоголя, повышается эффективность лечения и улучшаются семейные отношения путем коррекции созависимых отношений [22].

Интегративная психотерапия как направление появилось в 1970–1980-х годах в США и Европе как синтез различных школ, таких как КПТ, психоанализ, гештальт-терапия, в ответ на ограничения моноподходов. Ключевую роль в образовании сыграло Международное психотерапевтическое общество (SEPI), основанное в 1983 году, а также работы Джона Норкросса и Марвины Голдфрида, систематизировавших технику плюрализма.

Данный подход в реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью сочетает элементы различных подходов для комплексного воздействия на психику пациента с разных точек приложения, помогая преодолевать психологическую тягу, корректировать поведение и предотвращать рецидивы.

В настоящее время интегративная психотерапия объединяет когнитивно-поведенческие, телесно-ориентированные, гипнотерапевтические и экзистенциальные методы, адаптируя их к индивидуальным потребностям пациента. Подход учитывает семейный контекст и социальную адаптацию.

Проведено более 10 эмпирических исследований по изучению эффекта данного подхода, в основном в связи с аффективными расстройствами и общим психическим проблемам. Мета-анализов не проводилось. Отмечено исчезновение симптомов до 50% [12].

Таблица 1
Сравнение преимуществ и ограничений различных методов психотерапии
Table 1
Comparison of psychotherapy methods

Метод	Основной фокус психотерапии	Преимущества	Ограничения
КПТ	Изменение деструктивных установок и привычек	Развивает навыки самоконтроля, стрессоустойчивость; подходит для любого вида лечения	Требует высокой мотивации пациента
Семейная терапия	Работа с созависимостью и семейными отношениями	Укрепляет поддержку близких, снижает количество рецидивы	Результат ависит от участия семьи
Групповая 12-шаговая программа	Социализация, обмен опытом	Развивает коммуникативные навыки, устойчивость к давлению социума	Не индивидуализирована
ТОТ	Снятие мышечных блоков и эмоционального напряжения	Улучшает контроль над эмоциями	Дополняет, но не заменяет другие методы
12-шаговая программа (группы самопомощи «АА»)	Признание бессилия перед зависимостью, моральную инвентаризацию и помощь другим	Развитие коммуникативных навыков, социализация, повышение мотивации на трезвость	Постоянное посещение, в том числе после окончания реабилитации
Интегративная психотерапия	Синтез различных подходов: КПТ, психоанализ, гештальт-терапия, ТОТ для целостной работы с пациентом путем изменения аффективной, когнитивной, поведенческой и конвенциональной сфер	Индивидуализация, целостный подход, адаптивность, устойчивые изменения	Ограничения, связанные с методологической гибкостью и отсутствием строгих стандартов

Вывод по таблице 1: при сравнении основных методов психотерапии отмечено, что каждый из них имеет свои сильные стороны и ограничения. КПТ показывает высокую доказательную базу, в то время как другие подходы лучше работают в групповом или семейном формате, однако уступает интегративной психотерапии. Интегративная психотерапия имеет явные преимущества по сравнению с другими подходами, так как сочетает в себе комбинацию психотерапевтических методов и таким образом задействует большое количество психотерапевтических мишеней, что в результате дает более эффективный результат.

Гендерные различия в эффективности психотерапии синдрома зависимости от алкоголя проявляются в особенностях когнитивных и эмоциональных нарушений, требующих дифференцированных подходов. Характерными чертами мужчин являются эмоциональная закрытость, рациональность и решительность, из чего следует, что для них эффективнее применять рациональные и структурированные методы: рационально-эмотивная и семейная психотерапия, КПТ, преимущественно фокус направлен на постановку и реализацию целей. Высокая эффективность применения их у мужчин до 70–80% ведет к снижению рецидивов при семейной поддержке.

Для женщин характерна эмоциональная уязвимость, соматизация неотреагированных эмоций и наличие коморбидных расстройств, в связи с чем у них чаще используются методы, ориентированные на эмоциональную сферу, такие как арт-терапия,

Таблица 2
Сравнительный анализ применения различных методов психотерапии в разных гендерных группах
Table 2
Comparative analysis of the use of various methods of psychotherapy in different gender groups

Метод	Мужчины терапевтический эффект в %	Женщины терапевтический эффект в %	Примечания по применению	Ключевые выводы сравнительного анализа
КПТ	70–80	60–70	Рациональная терапия и КПТ – для мужчин; эмоциональный акцент – для женщин	Лучший для рецидивов; копинг-навыки универсальны
Схема-терапия	55–65	65–75	Коррекция схем мышления; универсальна, но с гендерным учетом	Эффективно при эмоциональных травмах у женщин
Арт-терапия	50–60	60–70	Продуктивное применение для женщин путем эмоциональной разрядки	Эмоциональный фокус для женщин с депрессией
ТОТ	65–75	55–65	Эффективна у женщин для снятия психосоматических блоков	Снижает стресс у мужчин; ключевая роль соматического акцента
12-шаговая программа	60–70	55–65	Групповая поддержка; мужчины лучше удерживаются в программе	Долгосрочный эффект выше
Семейная терапия	60–70	65–75	Улучшает мотивацию через поддержку; лучше при зависимости у мужчин	Высокий эффект при социальной поддержке у женщин

музыкотерапия, ТОТ. Терапевтический эффект в женской популяции ниже, чем среди мужчин за счет коморбидных расстройств, и ремиссия длится меньше. Эффективность может достигать 60% [2].

Вывод по таблице 2: при проведении реабилитации у мужчин наиболее эффективно применение КПТ, рационально-эмотивной и семейной психотерапии, а при реабилитации женщин зависимость от ПАВ формируется значительно быстрее, что обусловлено большим влиянием что связано с личностными особенностями. Дифференцированный учет гендерных особенностей способствует повышению эффективности психотерапии и удержанию пациентов в ремиссии, особенно при комбинации с фармакотерапией [8, 18].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на высокую эффективность КПТ, однозначно наиболее эффективным методом психотерапии является интегративная. Комбинированные подходы с учетом гендерных особенностей повышают длительность ремиссии на 20–30%, особенно у женщин при коморбидных расстройствах. КПТ и интегративные подходы демонстрируют наибольшую эффективность при комбинации с медикаментозным лечением.

Для эффективной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя необходимо применять комплексный подход для выбора психотерапевтических методов с учетом специфики метода и характеристик личности.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Andrukh P.G., Andrukh G.P., Dobrostomat U.N. Psychotherapy and rehabilitation of patients suffering from addiction to psychoactive substances. *Human health, gender and psychosomatic medicine*. 2017;1:113–115.
2. Ashurov Z.Sh., Kim D.P. Study of patients with alcohol dependence and their psychocorrection taking into account gender characteristics. *Medical scientific and practical portal Attending physician*. Available at: <https://www.lvrrach.ru/2022/04/15438285> (accessed 25 February 2026). (in Russian)
3. Avtonomov D.A., Degtyareva T.P. Triggers for the use of psychoactive substances and methods of psychotherapy. *Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis*. Available at: <https://psyjournal.ru/articles/triggery-k-upotrebleniyu-pav-i-metody-psihoterapii> (accessed 27 February 2026). (in Russian)
4. Butoma B.G., Aristova T.A. The use of body-oriented methods of psychotherapy in the complex treatment of patients with endogenous mental disorders. *Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2012;3:84–85. (in Russian)
5. Grigorieva I.V., Adamchuk T.A. The use of projective methods in art therapy for people with alcohol dependence syndrome. Available at: https://minzdrav.gov.by/upload/dlya-spetsialistov/nauka/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D1%8C_%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B9_2022.pdf (accessed 23 February 2026) (in Russian)
6. Gurevich G.L., Agibalova T.V., et al. Psychotherapy of patients with alcohol dependence and co-morbid endogenous pathology. *Journal of Neurology and Psychiatry named after. S.S. Korsakov*. 2015;115:28–33. doi: 10.17116/jnevro20151154228-3 (in Russian)
7. Kaklyugin N.V. Non-religious methods of correction of addictive behavior of drug users in therapeutic communities "MONAR" (Poland) and "Znamenka" (Kaliningrad region). *Narcology*. 2008;11:7–9. (in Russian)
8. Katkov A.L., Rossinsky Yu.A. New approaches to treatment and rehabilitation of drug addicts. *Issues of narcology in Kazakhstan*. 2002;2:87–90. (in Russian)
9. Kelly John F., Keith Humphreys, Marica Ferri. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2> (accessed 25 February 2026). (in Russian)
10. Kravchenko O.O., Amlaev K.R., Mazharov V.N. Features of the implementation of 12-step treatment programs for alcoholics anonymous and other programs for the treatment of alcohol use disorders. *Problems of social hygiene, health care and history medicine*. 2024;32:626–627. doi: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-625-627> (in Russian)
11. Loginov S.A. Application of body-oriented psychotherapy techniques for the treatment of patients with alcoholism. *International Scientific Research Journal*. 2015;9:89–90. (in Russian)
12. Loginov S.A. The use of psychoanalysis for the treatment of patients with alcoholism. European research. 2016. doi: 10.20861/2410-2873-2016-20-003 (in Russian)
13. Mandel A.I., Gutkevich E.V., et al. Family psychotherapy for codependent relatives of alcoholism patients. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2018;1:85–87. (in Russian)
14. Melissa McPheeters, et al. Pharmacotherapy for Alcohol. A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. Published Online. 2023;17:1659–1663. doi: 10.1001/jama.2023.19761
15. Michiel Boog, Klaartje M. van Hest, et al. Schema Modes and Personality Disorder Symptoms in Alcohol-Dependent and Cocaine-Dependent Patients. *Eur Addict Res*. 2018;5:226–233. doi: 10.1159/000493644
16. Moskalenko V.D. *Addiction: A Family Disease*. 2015; 368 p. (in Russian)
17. Nikiforov I.I. Quality of life of patients with alcohol dependence in different states (anxiety-depressive disorders during withdrawal syndrome, in the post-withdrawal period and in remission). Author's abstract. Moscow, 2007; 19–20 p. (in Russian)
18. Pan-European Mental Health Coalition [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Available at: <https://www.who.int/europe/ru/initiatives/the-paneeuropean-mental-health-coalition> (accessed 24 February 2026)
19. Resolution of the Council of Ministers of the Republic of Belarus of March 21, 2024 № 199 "On medical and social rehabilitation of persons suffering from chronic alcoholism, drug addiction and substance abuse". Available at: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C22400199> (accessed 25 February 2026). (in Russian)
20. Rybakova T.G., Eryshev O.F. Clinical and psychological characteristics of alcohol dependence combined with endogenous depression. *Manual for Physicians*. 2011;1:9–11. (in Russian)
21. Stefan G. Hofmann, Anu Asnaani, et al. The effectiveness of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Published in final edited form as: Cognit Ther Res*. 2012. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
22. Tarasov P.Y. Alcohol addiction: a psychoanalytic view. Available at: <https://www.hse.ru/edu/vkr/834809514> (accessed 27 February 2026). (in Russian)
23. Marchenkova M.V. Essay on the development of psychotherapy in Russia. Available at: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2012_n1/511156 (accessed 27 February 2026). (in Russian)
24. Grinshpun I.B. History of psychotherapy. Lecture 1. Introduction to the history of psychotherapy. Available at: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2015_n2/grinshpun (accessed 27 February 2026). (in Russian)
25. Tiganov A.S. Rational-emotive-behavioral psychotherapy. Available at: <https://www.psychiatry.ru/lib/1/book/28/chapter/86> (accessed 27 February 2026). (in Russian)
26. Smedslund G., Berg R.C., Hammerstrim K.T., et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023;5. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub2
27. Nazayrov R.K., Lyashkovskaya S.V. Psychotherapeutic approaches to the treatment of patients with drug addiction. *Methodical recommendations*. 2014;13–16.
28. Yaltonskaya A., Zaretsky Yu. Evidence-based CBT Research. Available at: <https://psyprofy.com/articles/9> (accessed 27 February 2026). (in Russian)
29. Kholmogorova A.B., Pugovkina O.D. Factors of effectiveness of integrative psychotherapy for affective spectrum disorders. *HsyJournals*. Available at: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2010_n2/28709 (accessed 25 February 2026). (in Russian)
30. Dutra L., Stathopoulou J. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165:179.

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.027>
УДК 159.9:004.9

Фрейманис И.Ф., Игнатова Е.С. ✉

Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермь,
Россия

Цифровая трансформация психологического сопровождения личности в тензионных состояниях

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: авторы внесли равный вклад в подготовку статьи.

Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 12.01.2026

Принята: 14.02.2026

Контакты: 131013@mail.ru

Резюме

Цель. Систематизировать ключевые направления интеграции цифровых технологий в систему психотерапевтического сопровождения и оценить эмпирические данные об их клинической эффективности.

Материалы и методы. Проведен анализ отечественных и зарубежных исследований, посвященных применению пяти категорий цифровых инструментов: виртуальная реальность (VR), метод биологической обратной связи (БОС) на базе носимых устройств, психотерапевтические чат-боты, генеративный искусственный интеллект и голосовые помощники. Рассматривались работы, содержащие данные о клинической эффективности перечисленных технологий в коррекции тензионных состояний и тревожно-депрессивной симптоматики.

Результаты. Выявлено, что каждая из рассмотренных технологий демонстрирует специфические механизмы терапевтического воздействия. VR-среды эффективны в протоколах экспозиционной терапии и когнитивной переоценки. БОС-устройства обеспечивают персонализированный мониторинг и саморегуляцию стрессового ответа в режиме реального времени. Чат-боты и голосовые помощники, реализующие принципы когнитивно-поведенческой терапии, показывают снижение симптомов тревоги и депрессии. Генеративный ИИ расширяет возможности адаптации терапевтического контента. Синтез данных свидетельствует о клинической эффективности цифровых инструментов в задачах снижения стрессового напряжения и расширения доступности психологической помощи.

Заключение. Цифровые технологии обладают значительным потенциалом для преодоления разрыва между потребностью населения в психотерапевтической поддержке и ограниченными ресурсами традиционной помощи. Интеграция VR, БОС, чат-ботов и голосовых интерфейсов в существующие модели сопровождения позволяет повысить его качество и массовую доступность, однако требует дальнейшей стандартизации протоколов применения.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, тензионные состояния, виртуальная реальность (VR), метод биологической обратной связи (БОС), чат-бот, генеративный искусственный интеллект, голосовые помощники

Freimanis I., Ignatova E. ✉

Perm State National Research University, Perm, Russia

The Digital Transformation of Psychological Support for Individuals Experiencing Tension States

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: all authors contributed equally to the article.

The article is published in author's edition.

Submitted: 12.01.2026

Accepted: 14.02.2026

Contacts: 131013@mail.ru

Abstract

Objective. To systematize the key directions of integrating digital technologies into the system of psychotherapeutic support and to evaluate empirical evidence regarding their clinical efficacy.

Materials and methods. An analysis of Russian and international studies focusing on the application of five categories of digital tools was conducted: virtual reality (VR), biofeedback (BFB) method based on wearable devices, psychotherapeutic chatbots, generative artificial intelligence, and voice assistants. The review included studies containing data on the clinical efficacy of the aforementioned technologies in the correction of tension states and anxiety-depressive symptomatology.

Results. It was revealed that each of the technologies under consideration demonstrates specific mechanisms of therapeutic action. VR environments are effective in exposure therapy protocols and cognitive reappraisal. BFB devices provide personalized monitoring and real-time self-regulation of the stress response. Chatbots and voice assistants implementing principles of cognitive-behavioral therapy show a reduction in symptoms of anxiety and depression. Generative AI expands the possibilities for adapting therapeutic content. The synthesis of data indicates the clinical efficacy of digital tools in reducing stress levels and increasing the accessibility of psychological care.

Conclusion. Digital technologies possess significant potential to bridge the gap between the population's need for psychotherapeutic support and the limited resources of traditional care. The integration of VR, BFB, chatbots, and voice interfaces into existing support models enhances their quality and mass accessibility; however, it requires further standardization of application protocols.

Keywords: psychological support, tension states, virtual reality (VR), biofeedback method, chatbot, generative artificial intelligence, voice assistants

■ ВВЕДЕНИЕ

Современное общество характеризуется ростом психоэмоциональных нагрузок, обусловленных социально-экономическими изменениями, информационной перегрузкой и глобальными кризисами. Это приводит к увеличению распространенности тензионных состояний – стресса, тревоги и депрессии.

Термин «тензионные состояния» происходит от латинского «tension» (напряжение) и обозначает состояния психической напряженности как реакции на стрессовые ситуации или внутренние конфликты. По Т.А. Немчину (1983), это нервное напряжение, вызванное ожиданием неприятных событий, сопровождающееся тревогой, страхом и дискомфортом. Основные факторы возникновения: повышенная нагрузка (физическая, эмоциональная, информационная); выход за границы комфортного взаимодействия со средой; препятствия в достижении целей; психические травмы и утраты.

Согласно ВОЗ (2024), распространенность состояний, связанных с хроническим напряжением, достигает 35–40% в популяции. Депрессия и тревожность, обусловленные стрессом, неуклонно растут [1]. В России, по данным ВЦИОМ (2024), индекс потребности в психотерапевтической поддержке достиг максимума за шесть лет. Длительное пребывание в тензионном состоянии приводит к тревожно-депрессивным, соматоформным расстройствам и аддикциям.

Традиционные формы психологического сопровождения сталкиваются с ограничениями: географическая и финансовая недоступность, стигматизация обращения, дефицит специалистов при высоком спросе [2]. В этом контексте цифровая трансформация становится ключевым направлением развития практической психологии. Данный процесс открывает возможности для оптимизации временных и финансовых затрат, масштабирования услуг и реализации превентивных стратегий, включая скрининг эмоционального состояния.

Таким образом, анализ возможностей цифровизации психологического сопровождения является насущной научной задачей. Цель нашего исследования – систематизировать современные данные о применении цифровых технологий для поддержки лиц, находящихся в тензионных состояниях.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования включал последовательную реализацию трех этапов. Первый этап – поисковый: сбор научных публикаций в базах Google Scholar, PubMed и eLibrary, по ключевым словам, релевантным теме цифровых интервенций (психотерапевтическое сопровождение, виртуальная реальность VR, биологическая обратная связь БОС, чат-боты, генеративный ИИ, голосовые помощники). Второй этап – аналитический: систематизация и обобщение эмпирических данных, представленных в отобранных работах, касающихся эффективности применения этих технологий для коррекции тензионных состояний. Третий этап – синтезирующий: интеграция полученных сведений в единую картину, что позволило сформулировать выводы о текущем состоянии и перспективах цифровой трансформации психотерапевтической практики.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Ключевые аспекты цифровой трансформации психотерапевтического сопровождения лиц в тензионных состояниях охватывают четыре основных направления.

Первое – внедрение технологий виртуальной реальности (VR) в когнитивно-поведенческую терапию, позволяющее моделировать и прорабатывать стрессовые ситуации в безопасной, контролируемой среде.

Второе – создание цифровых платформ психологического сопровождения, интегрированных с системами здравоохранения и социальной поддержки, что обеспечивает непрерывность и межведомственную координацию помощи.

Третье – развитие инструментов оперативной поддержки: интерактивных сервисов на базе искусственного интеллекта (чат-боты, голосовые помощники) для эмоциональной регуляции, а также мобильных приложений и носимых устройств («умные» часы) с функцией биологической обратной связи (БОС) для мониторинга состояния и саморегуляции в реальном времени.

Четвертое – применение генеративного искусственного интеллекта для анализа поведенческих паттернов и раннего выявления тензионных состояний, что открывает возможности для превентивной психологической интервенции.

Виртуальная реальность (VR). VR-технологии представляют собой одно из наиболее перспективных направлений цифровой трансформации психологической помощи, демонстрируя высокую эффективность в терапии тревожных расстройств, стрессовых состояний и посттравматических нарушений [3,4].

Виртуальная реальность – это компьютерно-генерируемая трехмерная среда, обеспечивающая эффект полного погружения за счет мультисенсорного взаимодействия (визуального, аудиального, тактильного). С помощью специальных устройств (шлемов, очков) создаются иммерсивные пространства, вызывающие у пользователя ощущение присутствия в виртуальном мире [5].

Исследования подтверждают, что VR-терапия не только экономически эффективна, но и предпочтительнее для многих пациентов по сравнению с традиционными методами [6]. Спектр применения VR в психологической практике широк: работа с фобиями [7], социально-тревожными расстройствами, депрессией [8], терапия ПТСР, обсессивно-компульсивных расстройств, психозов, расстройств аутистического спектра, зависимостей и нарушений пищевого поведения [9].

В современной практике выделяются три ключевых направления внедрения VR:

- компьютеризированная когнитивно-поведенческая терапия (ККПТ) – цифровая адаптация классической КПТ, использующая виртуальную среду для моделирования и коррекции когнитивно-поведенческих паттернов;
- социально-когнитивный тренинг в виртуальной реальности (VR-SCT) – метод развития коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта через симуляцию социальных взаимодействий;
- экспозиционная терапия в виртуальной реальности (VRET) – техника контролируемого погружения в стрессогенные ситуации для снижения уровня напряжения при тревожных и посттравматических расстройствах.

Сочетание классических терапевтических подходов с иммерсивными технологиями обеспечивает безопасное и управляемое воздействие на психоэмоциональное состояние пациента, открывая новые возможности для эффективной психологической помощи.

Биологическая обратная связь (БОС) через носимые устройства. Современные носимые технологии – «умные» часы (Apple Watch, Samsung Galaxy Watch) и нейрогарапитуры, открывают новые возможности для применения метода биологической обратной связи (БОС) в психологическом сопровождении. Эти устройства обеспечивают непрерывный и ненавязчивый мониторинг физиологических

показателей, связанных с тензионными состояниями: вариабельность сердечного ритма, кожно-гальваническую реакцию, артериальное давление, паттерны сна и дыхания [10].

Суть метода БОС заключается в том, что человек в режиме реального времени наблюдает изменения своих физиологических процессов и учится сознательно на них влиять. Например, пытаясь снизить частоту сердечных сокращений, пользователь мгновенно видит на экране часов реакцию организма на техники саморегуляции.

В современные модели «умных» часов встроены приложения для психологического здоровья: стресс-трекеры, напоминания о дыхательных практиках, опросники для оценки настроения, программы тренировки стрессоустойчивости. Анализ изменений ритма сердца, дыхания и двигательной активности позволяет не только выявить момент наступления тензионного состояния, но и оперативно предложить стратегии саморегуляции. Особенно эффективна эта технология для пациентов, склонных к паническим атакам, обеспечивая возможность их своевременной профилактики [11].

Преимущества «умных» часов перед традиционной психотерапией: непрерывный мониторинг в естественной среде; объективность данных, минимизирующая субъективные искажения; раннее выявление рисков (например, предсказание рецидива депрессии по изменению паттернов сна); персонализация рекомендаций на основе индивидуальных физиологических паттернов.

БОС-терапия зарекомендовала себя как безопасный, эффективный и доступный метод психологической помощи лицам в тензионных состояниях [12].

Специализированные цифровые приложения (чат-боты). Чат-боты, одно из наиболее динамично развивающихся направлений цифрового психологического сопровождения. Это программные решения, реализующие диалоговое взаимодействие с пользователем на основе алгоритмов обработки естественного языка (NLP) и машинного обучения [13]. Большинство эффективных моделей опираются на принципы когнитивно-поведенческой терапии, что позволяет структурировать диалог для выявления и коррекции когнитивных искажений.

Наибольшее количество эмпирических данных на сегодняшний день накоплено в отношении чат-ботов Woebot и Wusa. Эффективность Woebot, разработанного на базе когнитивно-поведенческой терапии, подтверждена результатами рандомизированных исследований, зафиксировавших достоверное снижение уровня депрессии и тревоги по прошествии 2–4 недель взаимодействия с приложением [14]. Исследования Wusa также свидетельствуют о его терапевтическом потенциале, в период пандемии COVID-19 использование данного чат-бота способствовало снижению тревожных и депрессивных проявлений благодаря интеграции медитативных практик и диалоговых модулей [15].

В исследовании с участием аргентинских студентов было установлено, что взаимодействие с чат-ботом Tess на протяжении четырех недель привело к статистически значимому снижению выраженности тревожной симптоматики [16].

В ходе исследования, проведенного в одном из российских вузов, студенты зафиксировали субъективное улучшение эмоционального состояния после двух недель взаимодействия с чат-ботом Replika [17].

Канадский чат-бот MindShift, в свою очередь, продемонстрировал эффективность в снижении симптомов тревоги и депрессии, а также в улучшении качества

жизни респондентов, причем данный эффект не зависел от частоты использования приложения [18].

Метаанализы подтверждают, что подобные интервенции сопоставимы по эффективности с традиционными методами самопомощи [19,20].

Таким образом, чат-боты открывают новые возможности для коррекции тензионных состояний благодаря персонализации и непрерывной доступности поддержки. Однако технология сталкивается с вызовами: неспособность работать с кризисными состояниями (суицидальный риск, расстройства личности), вопросы конфиденциальности и алгоритмическая предвзятость.

Технология генеративного искусственного интеллекта (ИИ). Стремительный прогресс в области искусственного интеллекта открыл новые возможности для психологического вмешательства. Особое внимание привлекают чат-боты со встроенным генеративным ИИ – системами, обученными на больших массивах данных и способными создавать новый контент [22]. Такие технологии анализируют историю разговоров, чтобы предоставлять персонализированную поддержку.

Исследования показывают, что боты с генеративным ИИ повышают эффективность психологического сопровождения за счет нескольких факторов: развитие навыков совладания через естественный диалог [23], улучшение коммуникативных навыков [24], персонализация помощи под индивидуальные потребности [25].

Новейшие разработки – модели «общего назначения»: ChatGPT, DeepSeek, GigaChat. Эти универсальные системы способны решать множество задач: от ответов на вопросы до ведения беседы.

Первоначально технологии генеративного ИИ не были настроены под специфику психологического сопровождения. Однако сегодня наблюдается стихийный феномен: пользователи массово адаптируют эти платформы для психологической самопомощи, поиска эмоциональной поддержки и даже как суррогатный вариант психотерапевтического взаимодействия.

Популярность формата обусловлена доступностью и антропоморфностью. Современные модели генеративного ИИ, обученные на больших массивах данных, успешно имитируют эмпатический отклик – понимание и сочувствие. Для человека, испытывающего дефицит поддержки (например, в состоянии одиночества), даже эта симуляция обладает регуляторным потенциалом [26].

Исследования подтверждают эффективность генеративного ИИ в эмпатической коммуникации. В работе Ayers et al. (2023) ответы GPT-3 на сообщения медицинского форума были оценены как более качественные и эмпатичные по сравнению с ответами настоящих врачей [27].

Таким образом, генеративный интеллект представляет собой инструмент со значительным потенциалом для психологического сопровождения. Интеграция технологии и прикладной психологии возрастает, влияя на качество и доступность психологической помощи.

Голосовые помощники. Голосовые помощники («умные» колонки) – цифровые инструменты, ведущие диалог на естественном языке. Изначально созданные для утилитарных задач (управление домом, поиск информации), они вышли за эти рамки благодаря голосовому интерфейсу, доступности и способности вести диалог.

Современные голосовые помощники распознают и имитируют эмпатию, инициируют беседу, спрашивают о самочувствии, предлагают техники регуляции эмоций,

осуществляют эмоциональную поддержку, трансформируясь из сервисного инструмента в компаньона.

Эффективность в психологическом сопровождении обеспечивается тремя механизмами. Эффект самораскрытия. Анонимность и отсутствие осуждения снижают барьеры для самовыражения. Люди склонны делиться более личной информацией с компьютером, чем с человеком [28]. Персонафикация. Помощник обращается по имени, запоминает контекст, проявляет эмпатию. Пользователь выстраивает парасоциальные отношения, получая чувство связи и заботы. Исследование с «Alexa» у пожилых людей показало снижение одиночества и улучшение благополучия [29]. Доступность. Мгновенная поддержка в «момент нужды» (например, при панике ночью): дыхательные упражнения, когнитивная переоценка.

Практика использования голосовых помощников для психологической помощи охватывает следующие направления: работа с чувством одиночества, сопровождение пациентов с расстройствами аутистического спектра и купирование симптоматики депрессивных состояний [30].

Однако применение данных технологий сопряжено с рядом ограничений и рисков, таких как: конфиденциальность данных, отсутствие человеческого понимания, непригодность для коррекции тяжелых расстройств. Долгосрочные эффекты не ясны, например некоторые исследования показывают, что интенсивное использование голосовых помощников может усиливать одиночество и формировать зависимость, особенно у пользователей с высокой потребностью в привязанности [31].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщая результаты исследования, можно утверждать, что цифровые технологии становятся неотъемлемой частью современного психологического сопровождения. Виртуальная реальность, биологическая обратная связь, диалоговые системы на основе ИИ и голосовые помощники не только расширяют инструментарий специалиста, но и принципиально меняют логику оказания помощи – от реактивной к превентивной, от эпизодической к непрерывной.

Особую ценность эти решения приобретают для групп, традиционно испытывающих трудности с доступом к психологической поддержке.

Однако внедрение цифровых инструментов сопряжено с серьезными вызовами: вопросы этики, безопасности данных, алгоритмической предвзятости и долгосрочных эффектов требуют пристального внимания исследователей. Дальнейшее развитие гибридных моделей, интегрирующих лучшие практики человеко-машинного взаимодействия, составит основу психологической помощи ближайшего будущего.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Wang Z, Yang H, Guo Z, Liu B, Geng S. Socio-demographic characteristics and co-occurrence of depressive symptoms with chronic diseases among older adults in China: the China longitudinal ageing social survey. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):310. doi: 10.1186/s12888-019-2305-2 Available at: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2305-2>
2. Freimanis IF, Ignatova ES. Chatbot technology as an alternative to non-clinical psychotherapy in tension states. *Collection of materials of the republican scientific-practical conference dedicated to the 80th anniversary of healthcare in the Grodno region*. 2024. p. 144–147.
3. Ma L, Mor S, Anderson PL, et al. Integrating virtual realities and psychotherapy: SWOT analysis on VR and MR based treatments of anxiety and stress-related disorders. *Cogn Behav Ther*. 2021;50(6):509–526. doi: 10.1080/16506073.2021.1939410
4. Alashram A. Effects of virtual reality on psychological distress in individuals with spinal cord injury: a systematic review. *J Spinal Cord Med*. 2025;1–10. doi: 10.1080/10790268.2025.2488567

5. Emmelkamp PM, Meyerbröcker K. Virtual reality therapy in mental health. *Annu Rev Clin Psychol.* 2021;17:495–519. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-115923
6. Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, et al. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord.* 2019;61:27–36. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.08.003
7. Miloff A, Lindner P, Dafgard P, et al. Automated virtual reality exposure therapy for spider phobia vs. in-vivo one-session treatment: a randomized non-inferiority trial. *Behav Res Ther.* 2019;118:130–140. doi: 10.1016/j.brat.2019.04.004
8. Lindner P, Hamilton W, Miloff A, Carlbring P. How to treat depression with low-intensity virtual reality interventions: perspectives on translating cognitive behavioral techniques into the virtual reality modality and how to make antidepressive use of virtual reality—unique experiences. *Front Psychol.* 2019;10:483123. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02667
9. Lan L, Sikov J, Lejeune J, et al. A systematic review of using virtual and augmented reality for the diagnosis and treatment of psychotic disorders. *Curr Treat Options Psychiatry.* 2023;10(2):87–107. doi: 10.1007/s40501-023-00287-5
10. Jerath R, Syam M, Ahmed S. The Future of Stress Management: Integration of Smartwatches and HRV Technology. *Sensors.* 2023;23(17):7314. doi: 10.3390/s23177314
11. Kapogianni NA, Sideraki A, Anagnostopoulos CN. Using Smartwatches in Stress Management, Mental Health, and Well-Being: A Systematic Review. *Algorithms.* 2025;18(7):419. Available at: <https://doi.org/10.3390/a18070419>
12. Mozheyko EY, Petryaeva OV. Review of Studies on the Use of Biofeedback Therapy in Rehabilitation and Restorative Treatment of Neurological Patients. *Doctor.Ru.* 2021;(9). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/obzor-issledovaniy-ispolzovaniya-bos-terapii-pri-reabilitatsii-i-vosstanovitelnom-lechenii-patsientov-nevrologicheskogo-profilya>
13. Zhang A, Lipton ZC, Li M, Smola AJ. Dive into Deep Learning. 2021. Available at: <https://dl2ai>
14. Fitzpatrick KK, Darcy A, Vierhile M. Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): a randomized controlled trial. *JMIR Ment Health.* 2017;4(2):e19. doi: 10.2196/mental.7785
15. Sinha C, Meheli S, Kadaba M. Understanding digital mental health needs and usage with an artificial intelligence-led mental health app (Wysa) during the COVID-19 pandemic: retrospective analysis. *JMIR Form Res.* 2023;7:e41913. Available at: <https://formative.jmir.org/2023/1/e41913> doi: 10.2196/41913
16. Klos MC, Escoredo M, Joerin A, et al. Artificial Intelligence–Based Chatbot for Anxiety and Depression in University Students: Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Form Res.* 2021;5(8):e20678. Available at: <https://formative.jmir.org/2021/8/e20678> doi: 10.2196/20678.
17. Semenova SV. Students' attitudes towards using a chatbot for psychological support. *Herzen Readings: Psychological Research in Education.* 2021;4:536–542. Available at: <https://herzenpsyconf.ru/wp-content/uploads/2021/12/67-2021.-Semenova.pdf>
18. Rappaport LM, Jerome E, Van Ameringen M. North American open-label 16-week trial of the MindShift smartphone app for adult anxiety. *J Mood Anxiety Disord.* 2023;4:100120. doi: 10.1016/j.janxdis.2023.100120
19. Lattie EG, Stiles-Shields C, Graham AK. An overview of and recommendations for more accessible digital mental health services. *Nat Rev Psychol.* 2022;1:87–99. doi: 10.1038/s44159-021-00003-1
20. Beames JR, Johnston MJ, O'Dea JA, et al. Implementing a digital depression prevention program in Australian secondary schools: cross-sectional qualitative study. *JMIR Pediatr Parent.* 2023;6:e42349. doi: 10.2196/42349
21. D'Adamo L, Paraboschi L, Grammer AC, et al. Reach and uptake of digital mental health interventions based on cognitive-behavioral therapy for college students: a systematic review. *J Behav Cogn Ther.* 2023;33(2):97–117. doi: 10.1016/j.jbct.2023.05.002
22. Zhukov AD. Generative artificial intelligence in the educational process: challenges and prospects. *Vestnik MGUKI.* 2023;(5). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/generativnyy-iskusstvennyy-intellekt-v-obrazovatelnom-protseesse-vyvozov-i-perspektivy>
23. Noble J, Zamani A, Gharaat M, et al. Developing, implementing, and evaluating an artificial intelligence–guided mental health resource navigation chatbot for health care workers and their families during and following the COVID-19 pandemic: protocol for a cross-sectional study. *JMIR Res Protoc.* 2022;11(7):e33717. Available at: <https://www.researchprotocols.org/2022/7/e33717> doi: 10.2196/33717
24. Yoon S, Goh H, Nadarajan GD, et al. Perceptions of mobile health apps and features to support psychosocial well-being among frontline health care workers involved in the COVID-19 pandemic response: qualitative study. *J Med Internet Res.* 2021;23(5):e26342. Available at: <https://www.jmir.org/2021/5/e26342> doi: 10.2196/26342
25. Omarov B, Zhumanov Z, Gumar A, Kuntunova L. Artificial intelligence enabled mobile chatbot psychologist using AIML and cognitive behavioral therapy. *Int J Adv Comput Sci Appl.* 2023;14(6):137–146. doi: 10.14569/IJACSA.2023.0140615
26. Freimanis IF. Psychological support through artificial intelligence: can AI chatbots save from loneliness? *Perm Univ Her Philos Psychol Sociol.* 2025;(3):406–416. doi: 10.17072/2078-7898/2025-3-406-416
27. Ayers JW, Poliak A, Dredze M, et al. Comparing physician and artificial intelligence chatbot responses to patient questions posted to a public social media forum. *JAMA Intern Med.* 2023;183(6):589–596. doi: 10.1001/jamainternmed.2023.1838
28. Lucas GM, Gratch J, King A, Morency LP. It's only a computer: virtual humans increase willingness to disclose. *Comput Hum Behav.* 2014;37:94–100. doi: 10.1016/j.chb.2014.04.043
29. Jones VK, Yan C, Shade MY, et al. Reducing Loneliness and Improving Social Support among Older Adults through Different Modalities of Personal Voice Assistants. *Geriatrics.* 2024;9(2):22. doi: 10.3390/geriatrics9020022
30. Abd-Alrazaq AA, Alajlani M, Alalwan AA, et al. An overview of the features of chatbots in mental health: A scoping review. *Int J Med Inform.* 2019 Dec;132:103978. doi: 10.1016/j.jimedinf.2019.103978
31. Fang CM, Liu AR, Danry V, et al. How AI and human behaviors shape psychosocial effects of chatbot use: a longitudinal randomized controlled study. *arXiv.* 2025;arXiv:2503.17473. Available at: <https://arxiv.org/abs/2503.17473>

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.1.028>

Николаев Е.Е.^{1,2} ✉, Орлов Ф.В.¹, Николаев Е.Л.¹

¹ Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

² Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары, Россия

Острое психотическое расстройство у иностранного студента-медика: культуральный контекст клинического случая

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: разработка концепции описания клинического случая, клиническое обследование, дифференциальная диагностика, общее руководство – Орлов Ф.В.; клиническое обследование, анализ литературы, написание текста – Николаев Е.Е.; анализ литературы, дифференциальная диагностика, редактирование – Николаев Е.Л.
Статья представлена в авторской редакции.

Подана: 02.02.2026

Принята: 16.03.2026

Контакты: nikegev@bk.ru

Резюме

Клинический случай демонстрирует развитие острого полиморфного психотического расстройства у иностранного студента-медика из арабской страны на фоне угрозы отчисления и связанного с этим вынужденного возвращения на родину. Целью работы является описание клинической картины и обсуждение роли культуральных и семейно-профессиональных факторов в манифестации психотического эпизода у данного пациента. Религиозная тематика императивных галлюцинаций отражала культурную идентичность обследуемого. В то же время «коммерческий» характер бредовых идей величия может быть связан с происхождением пациента из семьи торговца, что иллюстрирует феномен патологической трансформации усвоенных социальных моделей поведения. Врачам-психиатрам, работающим с поликультурным контингентом, следует проявлять настороженность в отношении пациентов из стран с коллективистскими культурами, переживающих ситуацию академического или миграционного кризиса, и учитывать возможное видоизменение клинической картины под влиянием культуральных факторов. Представленное наблюдение подчеркивает важность учета не только широкого культурального контекста, но и микросоциального окружения (семейный профессиональный фон) при оценке психического состояния иностранных обучающихся.

Ключевые слова: острое психотическое расстройство, шизофрения, иностранные студенты-медики, культуральный контекст, семейно-профессиональные факторы

Nikolaev E.E.^{1,2} ✉, Orlov F.V.¹, Nikolaev E.L.¹

¹ I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

² Republican Psychiatric Hospital, Cheboksary, Russia

Acute Psychotic Disorder in an International Medical Student: Cultural Context of a Case Report

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: conceptualization of the case description, clinical examination, differential diagnosis, overall supervision – Orlov F.V.; clinical examination, literature analysis, manuscript writing – Nikolaev E.E.; literature analysis, differential diagnosis, editing – Nikolaev E.L.

The article is published in author's edition.

Submitted: 02.02.2026

Accepted: 16.03.2026

Contacts: nikegev@bk.ru

Abstract

This clinical case describes the development of acute polymorphic psychotic disorder in an international medical student from an Arab country, triggered by the threat of academic dismissal and the consequent forced repatriation. The aim of this report is to describe the clinical presentation and to discuss the role of cultural and familial-occupational factors in the manifestation of the psychotic episode in this patient. The thematic content of imperative hallucinations reflected the patient's cultural identity. Concurrently, the "commercial" nature of the grandiose delusions may be linked to the patient's background as the son of a merchant, illustrating the phenomenon of pathological transformation of internalized social behavioral models. Psychiatrists working with multicultural populations should maintain a high index of suspicion for patients from collectivist cultures experiencing academic or migratory crises, and consider potential modifications of the clinical picture under the influence of cultural factors. This observation underscores the importance of considering not only the broad cultural context but also the microsocial environment (familial-occupational background) in the psychiatric assessment of international students.

Keywords: acute psychotic disorder, schizophrenia, international medical students, cultural context, familial-occupational factors

■ ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия вопрос психического здоровья и психологического благополучия иностранных студентов привлекает всё более пристальное внимание научного сообщества [1]. Повышенный интерес к данной тематике обусловлен интенсификацией процессов глобальной академической мобильности, таящей в себе немалые риски [2], а также устойчивым ростом числа абитуриентов, ориентированных на получение образования в зарубежных высших учебных заведениях [3, 4].

Обучение в иной культурной и языковой среде предъявляет повышенные требования к адаптационным ресурсам личности [5, 6]. Особую уязвимость демонстрируют студенты, осваивающие специальности с высокой психоэмоциональной нагрузкой,

в частности, медицину [7–9]. Помимо универсальных стрессовых факторов (академическая нагрузка, языковой барьер, социальная изоляция), существенную роль в генезе психических расстройств у данной категории лиц могут играть культуральные факторы [10]. К ним относятся особенности семейных ожиданий, религиозные убеждения, способы совладания со стрессом (копинг-стратегии), принятые в культуре происхождения [11–13], а также субъективное значение утраты возможности легального пребывания в стране обучения [14].

Нередко студенты могут находиться в ситуациях, связанных с фрустрацией из-за несоответствия условиям обучения традиционных гендерных ролей [15], телесных модификационных практик [16] или из-за суицидальных переживаний [17]. Однако чаще иностранные студенты сталкиваются с вопросами доступности специализированной помощи при проблемах с психическим здоровьем [18].

Представляемый клинический случай демонстрирует развитие острого полиморфного психотического расстройства у иностранного студента-медика из арабской страны на фоне угрозы отчисления и связанного с этим вынужденного возвращения на родину. Особый интерес представляет анализ того, как культуральный фон пациента (религиозность, семейные ценности, происхождение из семьи торговца) повлиял на структуру и содержание психопатологических переживаний, а также на его поведение в преморбидном периоде и во время острого состояния. Отдельного внимания заслуживает суицидальное поведение пациента, реализованное по императиву галлюцинаторного «голоса врага», что подчеркивает высокий риск аутоагрессии при данной форме патологии. Кроме того, уникальной особенностью случая является «коммерческий» характер бредовых идей величия (предложение контракта на получение Нобелевской премии), что может отражать инкорпорирование профессионального опыта семьи, в частности, отца, в структуру психотических переживаний.

Целью данной работы является описание клинической картины и обсуждение роли культуральных и семейно-профессиональных факторов в манифестации психотического эпизода у данного пациента.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент М., 23 года, студент четвертого курса медицинского факультета Чувашского государственного университета. Является уроженцем одной из стран Ближнего Востока. Родной язык – арабский, по религиозной принадлежности – мусульманин. холост, проживает в арендованной квартире в г. Чебоксары.

В связи с тяжестью психического состояния на момент поступления пациент активно жалоб не предъявлял, продуктивному контакту был малодоступен. Госпитализирован в психиатрический стационар в экстренном порядке с помощью сотрудников полиции. Объективно отмечалось психомоторное возбуждение с агрессивными тенденциями, негативизмом, отсутствием критики к своему состоянию.

Из протокола задержания и сопроводительной документации известно, что до госпитализации пациент был остановлен нарядом полиции на улице города в состоянии выраженного психомоторного возбуждения. По свидетельствам очевидцев, вел себя агрессивно, наносил удары ногами по припаркованным автомобилям, высказывал угрозы в адрес владельцев, не реагировал на замечания. При задержании оказал активное сопротивление.

В отделении полиции поведение оставалось неадекватным – на вопросы отвечал не по существу, демонстрировал разорванность мышления, ссылаясь на Аллаха. Внезапно разделся догола, взобрался на подоконник и выкрикивал бессвязные фразы на арабском языке.

По информации, полученной из опроса однокурсников, за несколько часов до задержания пациент говорил им о том, что слышит в голове «внутренний голос». По его словам, этот «голос» принадлежал «врагу», который ругал его за недостаточную веру и требовал, чтобы он «очистился через страдание». Пациент считал, что может избавиться от этого «голоса», только бросившись под машину. Однокурсники пытались удержать его, однако в связи с нарастанием возбуждения пациент выбежал на улицу, где и был задержан полицией. Сам факт суицидальной попытки (прыжок под машину) не был завершен исключительно благодаря вмешательству третьих лиц и оперативному прибытию патруля. В связи с аутоагрессивными тенденциями, дезорганизованным поведением, несущим опасность для окружающих, был доставлен в психиатрический стационар для проведения обследования и оказания специализированной помощи.

Из анамнеза жизни, собранного от самого пациента, его однокурсников и земляков, с которыми тот общался, известно следующее. Наследственность психопатологически неотягощена. Пациент – младший из пяти детей в семье. Отец в настоящее время не работает, в прошлом занимался мелкой торговлей. Мать всегда была домохозяйкой и вне дома не работала. Старшие братья и сестры имеют свои собственные семьи, часть из них живет за границей. Обучение пациента в России оплачивает один из его братьев. Родители, давно не видевшие его, с гордостью рассказывают окружающим, что он скоро вернется домой с дипломом врача и с нетерпением ждут его.

Раннее развитие М. протекало без особенностей. В школе адаптировался удовлетворительно, интереса к учебе не проявлял. По окончании школы с целью получения отсрочки от службы в армии и получения высшего образования прибыл в Россию, в Чебоксары, где проживали его знакомые земляки. В течение года обучался на подготовительном отделении университета, овладел русским языком в степени, достаточной для продолжения обучения. После сдачи вступительных экзаменов с минимальными проходными баллами поступил на медицинский факультет для обучения по специальности «Лечебное дело» на русском языке.

Отношения с одногруппниками формальные, в дружеские контакты с российскими студентами не вступает. Предпочитает общаться с узким кругом своих земляков. В свободное от учебы время не работает, любит «отдыхать дома», курить кальян и играть в компьютерные игры. Не работает, материально обеспечивается родственниками. За все годы обучения в России, начиная с подготовительного отделения, на родину не выезжал.

Со слов однокурсников, за последние два года в личности пациента произошли изменения: он стал более замкнутым, стал больше интересоваться религиозными вопросами, смотреть в интернете мусульманских проповедников, регулярно читать Коран, строго следить за своевременным совершением намаза и соблюдением поста по время месяца Рамадан, полностью отказался от алкоголя и табака, которые ранее мог эпизодически употреблять с друзьями. Студенты-земляки расценили эти изменения как «углубление веры».

Программу обучения осваивал неровно, по ряду дисциплин из-за периодических пропусков имел академические задолженности. Один из предметов не мог сдать после нескольких неудачных попыток. По этой причине был уведомлен о предстоящем отчислении, после которого в течение нескольких недель в результате сокращения сроков визы ему предстояло в обязательном порядке выехать на родину. Повторное возвращение М. к учебе после отчисления было объективно невозможно в связи со спецификой миграционных ограничений для граждан его страны. После неоднократных обращений в деканат для уточнения подробностей своей ситуации М. вполне ясно осознал ожидающую его негативную перспективу для продолжения обучения в России, с чем он отказывался смириться.

За три дня до госпитализации пациент обратился к сотруднику деканата с просьбой о важном разговоре. Как стало известно со слов самого сотрудника, тот пригласил на беседу со студентом двух преподавателей факультета – врачей-специалистов по различным клиническим дисциплинам, которые позднее подробно описали лечащему врачу-психиатру стационара состояние и ход состоявшейся ранее встречи со студентом М.

М. был в ясном сознании и ориентирован во всех сферах, в контакт вступал активно. В поведении был напряжен, взволнован и несколько подозрителен. Речь была ускоренной по темпу, с напором, с жестикуляцией. Просил дать ему десять минут и не перебивать. Серьезно сообщил, что является автором «научного открытия» и «знает метод излечения от любых болезней». Его способ «не требовал медикаментов, диеты, занятий спортом». При этом студент отказался сообщить какие-либо подробности. Предложил заключить с ним «контракт»: а именно, сделать «лучшим студентом университета» и выдать ему «красный диплом за участие, победу и выигрыш 989 тыс. долларов в конкурсе на Нобелевскую премию» за его «изобретение». М. был абсолютно уверен, что получит Нобелевскую премию, в противном случае, предлагал «посадить его в тюрьму». Считал, что только он знал данный метод «излечения от всех болезней», поскольку «до сих пор никто из людей не смог до этого додуматься». Агрессию не проявлял. Суицидальных мыслей не высказывал.

Преподаватели, выслушав студента М., заподозрили наличие психопатологических симптомов, однако на момент беседы оснований для экстренной недобровольной госпитализации в психиатрический стационар не было, в связи с чем порекомендовали студенту добровольно обратиться за медицинской помощью к врачу-психиатру, предложив при этом необходимое содействие. Однако студент от консультации психиатра отказался и на повторную встречу в деканат не явился.

Психический статус при поступлении в стационар. Пациент находится в состоянии психомоторного возбуждения. Двигательно беспокоен, суетлив. Поза неестественная – сидит на кровати, запрокинув голову, бормочет. Периодически закрывает уши руками, трясет головой, создавая впечатление попытки избавиться от «внутреннего голоса». Негативистичен, требует постоянного наблюдения. Сознание формально ясное, однако ориентировка в месте и ситуации неполная – больницу называет «местом суда», дезориентирован в медицинском персонале. Ориентировка в собственной личности сохранена. Речевая продукция ускорена. Отмечены элементы вербигерации и эхолалии. В ответ на вопросы может внезапно замолкать, как бы «прислушиваясь» к чему-то внутри себя. Мышление характеризуется выраженной разорванностью. Ассоциативный процесс нарушен. Высказывания малосвязны,

непоследовательны, наблюдается соскальзывание с темы на тему. В содержании мышления доминируют фрагментарные религиозные переживания. Систематизированных бредовых идей не выявляется, однако имеются отрывочные бредовые высказывания отношения и преследования – полагает, что за ним «следят через камеры», «читают мысли». Суждений критического характера о своем состоянии не высказывает. В восприятии на первый план выступают вербальные псевдогаллюцинации императивного характера. При установлении кратковременного продуктивного контакта пациент отрывочно сообщает, что слышит в голове «голос», который комментирует его действия, ругает и приказывает причинить себе вред. Пациент идентифицирует «голос» как принадлежащий «врагу», который «поселился внутри». Критическое отношение к галлюцинаторным переживаниям отсутствует. Пациент воспринимает «голос» как реальную внешнюю силу, которой он вынужден подчиняться или от которой пытается защититься. Эмоциональные реакции неадекватны, лабильны. Настроение неустойчивое, с быстрой сменой тревоги и страха на отрешенность или немотивированную агрессию. При упоминании о «голосе» на лице появляется выражение страдания и испуга. Критика отсутствует полностью. Пациент не осознает факта заболевания, от госпитализации и лечения отказывается, активно не сопротивляясь, но и не сотрудничаая. Суицидальные тенденции сохраняются в связи с актуальностью императивных галлюцинаций.

Консультации специалистов: заключение терапевта: недостаточность кардии, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, катаральный эзофагит; кардиалгия, ВСД. Заключение невролога: в неврологическом статусе без выраженной органосимптоматики.

Инструментальные исследования: УЭГ-исследование: смещение М-эхо отсутствует, срединный комплекс не изменен. ЭЭГ-исследование: умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга. Очаговой активности не выявлено.

Медицинский психолог: выявлены своеобразие внутренней логики, ригидность, соскальзывания на латентные признаки в мыслительной деятельности у дисгармоничной личности с чертами аффективной ригидности, шизоидности со склонностью к неустойчивым поведенческим реакциям.

В ходе нахождения пациента в стационаре, по результатам объективного осмотра и химико-токсикологического тестирования, установлено, что данных, свидетельствующих об употреблении им психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков), нет, что позволило исключить интоксикационный генез психоза.

На основании анализа анамнестических сведений, данных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций специалистов, специфики психического статуса выставлен диагноз: Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1).

Психический статус в динамике через несколько дней лечения: внешне спокоен. Сознание ясное. Ориентирован во всех сферах верно. Чувства такта и дистанции снижено. Режим не нарушает, в поведении более упорядочен. Контакт доступен формально. В своих переживаниях не раскрывается, соскальзывает с вопросов о своем неадекватном поведении до поступления. Самооценка завышена. В беседе с врачом себя старается выставить в лучшем свете. Чувствителен к критике в свой адрес. При расспросе скрытен, полностью не раскрывается, высказывает идеи переоценки себя,

а также реформаторства и изобретательства. Обманы восприятия не исключаются, сам отрицает. Фон настроения неустойчив. Мышление резонерское, паралогичное, непоследовательное. Внимание неустойчивое. Критика к поведению и состоянию отрывочная.

Лечение: проведено купирование психомоторного возбуждения и психотической симптоматики (галоперидол, зуклопентиксол-депо), седативная терапия бромдигидрохлорфенилбензодиазепином коротким курсом для предотвращения нейролептического синдрома и снижения тревоги, связанной с галлюцинациями.

На фоне проведенной в течение 45 дней стационарной терапии у пациента отмечена полная редукция продуктивной психотической симптоматики. Критическое отношение к перенесенному состоянию сформировано частично – преобладало формальное признание факта болезни с тенденцией к внешней атрибуции причин.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный случай иллюстрирует сложное переплетение эндогенных (преморбидные личностные особенности) и экзогенных (психосоциальных и культуральных) факторов в генезе острого психотического расстройства.

Преморбидные особенности и продромальный период. Обращает на себя внимание наличие у пациента преморбидных черт шизоидного круга (формальные отношения с одноклассниками, предпочтение узкого круга общения с земляками, склонность к «отдыху дома»). Динамика личности за два года до психотического эпизода – нарастание замкнутости, углубление религиозности (регулярное совершение намаза, соблюдение поста, отказ от алкоголя и табака, просмотр проповедей) – может рассматриваться двояко. С одной стороны, это могло быть культурально приемлемым способом совладания с нарастающим дистрессом и поиском опоры в традиционных ценностях в условиях изоляции от семьи. С другой стороны, подобная «метафизическая интоксикация» и ригидное следование религиозным догмам могли отражать продромальные изменения мышления, характерные для шизофренического процесса. Земляки расценили эти изменения как «углубление веры», что демонстрирует, как культуральная норма (усиление религиозности в кризисной ситуации) может маскировать патологию.

Роль психотравмирующей ситуации. В литературе описаны случаи возникновения транзиторных психотических переживаний у студентов в ответ на стресс. Так, по данным метаанализа, подобные симптомы испытывает почти каждый четвертый студент (23,3%) [19]. В США у примерно каждого пятого студента с тревожно-депрессивной симптоматикой выявляются психотические симптомы в течение года [20].

В данном клиническом случае ключевым триггером острой манифестации психоза выступила конкретная стрессовая ситуация – уведомление о предстоящем отчислении. Для пациента это событие имело катастрофическое значение, выходящее за рамки академической неуспеваемости. Отчисление означало не просто потерю возможности получить диплом, но и, в силу миграционных ограничений, вынужденный выезд на родину. Возвращение домой без диплома, в глазах семьи, с нетерпением ждущей его возвращения в качестве врача, было равносильно краху социального статуса и потере лица. Таким образом, ситуация актуализировала мощный внутриличностный конфликт между недостижимыми ожиданиями семьи и собственной несостоятельностью. Культуральный аспект здесь играет первостепенную роль: в

культурах коллективистского типа, к которым относится арабский мир, неудача одного члена семьи переживается как позор для всего рода.

Анализ психопатологической структуры. Психотическое состояние пациента характеризовалось полиморфизмом симптомов, что соответствует критериям F23.1.

Бредовые идеи: величие и коммерция. Обращает на себя внимание сочетание идей величия (изобретение метода лечения всех болезней, уверенность в получении Нобелевской премии) и отрывочных идей преследования («следят через камеры», «читают мысли»). Идеи величия, по сути, представляли собой грандиозную гиперкомпенсацию чувства собственной несостоятельности в условиях реальной угрозы отчисления.

Особого внимания заслуживает форма, в которую облекались эти идеи. Пациент не просто заявлял о своем открытии, он предлагал «заключить контракт»: его «изобретение» в обмен на красный диплом и денежный выигрыш (989 тыс. долларов). Фабула бреда строилась по модели торговой сделки, обмена ценностями. Данный феномен можно рассматривать как отражение семейного контекста пациента – его отец занимался мелкой торговлей. Вероятно, усвоенные с детства паттерны коммуникации и способы достижения целей (договор, купля-продажа, обмен) были патологически трансформированы и включены в бредовую систему. Пациент, не сумевший «заработать» диплом учебой, пытался «выторговать» его ценой мнимого открытия, используя понятную ему модель сделки. Это демонстрирует, как социально-профессиональный опыт семьи может определять не только содержание, но и сам механизм построения бредовых идей.

Уверенность в том, что только он знает метод «излечения от всех болезней», поскольку «до сих пор никто из людей не смог до этого додуматься», подчеркивает аутистический характер мышления и оторванность от реальности, характерные для психотического процесса.

Галлюцинаторные переживания. Религиозная тематика в структуре галлюцинаторно-бредовых переживаний пациента М. занимает центральное место. Содержание психопатологической продукции не является случайным, а закономерно вытекает из его культуральной идентичности и предшествующего преморбидного функционирования. «Голос», идентифицируемый пациентом как «враг», комментирует, ругает и приказывает причинить себе вред, обвиняя в «недостаточной вере». Важно отметить, что содержание галлюцинаций («очиститься через страдание») и форма их интерпретации («поселившийся внутри враг») несут отчетливую религиозную окраску. Это демонстрирует феномен «культурального патоморфоза»: психотические переживания облекаются в форму, доступную и значимую для пациента в рамках его культурной и религиозной парадигмы. Враг может быть как проекцией чувства вины перед семьей, так и персонификацией собственной «неверной» части, не справившейся с учебой. Культурно-религиозный контекст в данном случае не просто окрасил галлюцинаторные переживания, а определил их структуру, содержание и поведенческие последствия, включая суицидальную попытку. Понимание этого контекста является ключом к правильной оценке состояния пациента.

Диагностические аспекты. Отсутствие данных о наследственной отягощенности, употреблении психоактивных веществ и органической патологии позволило верифицировать диагноз эндогенного психотического расстройства. Острое начало, полиморфизм симптомов и относительно быстрая (в течение 45 дней) редукция

продуктивной симптоматики на фоне нейролептической терапии соответствуют диагностическим критериям острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1). Частичная критика к перенесенному состоянию с тенденцией к экстернализации причин является характерной для данной группы расстройств.

Ограничения клинического наблюдения. Следует учитывать, что анамнестические сведения были получены от третьих лиц (однокурсников, земляков) и самого пациента уже после купирования острой симптоматики, что могло повлиять на их полноту и достоверность. Глубинный анализ культуральных аспектов мог бы быть дополнен структурированным интервью с использованием культурно-сенситивных инструментов, однако в условиях неотложной госпитализации это не представлялось возможным.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует манифестацию острого полиморфного психотического расстройства у иностранного студента-медика из арабской страны на фоне острого стресса, связанного с угрозой отчисления и вынужденного возвращения на родину.

Культуральные и семейные факторы играют значимую роль в формировании не только содержания психопатологических переживаний, но и формы их выражения. Религиозная тематика императивных галлюцинаций у данного пациента отражала его культурную идентичность. В то же время «коммерческий» характер бредовых идей величия (предложение контракта, торг за диплом и премию) может быть связан с происхождением пациента из семьи торговца, что иллюстрирует феномен патологической трансформации усвоенных социальных моделей поведения. Конкретное содержание императивных галлюцинаций («очищение через страдание») напрямую определило суицидальное поведение пациента.

Ситуация вынужденного возвращения на родину без диплома приобрела для пациента катастрофическое значение именно в контексте высоких ожиданий семьи и культуральных представлений о социальном успехе и сохранении «лица». Нарастание религиозности в продромальном периоде было ошибочно интерпретировано окружением как нормативный процесс, что отсрочило обращение за специализированной помощью. Данный случай наглядно демонстрирует, что императивные галлюцинации при острых и транзиторных психотических состояниях могут представлять непосредственную угрозу для жизни пациента и требуют экстренного вмешательства.

Представленное наблюдение подчеркивает важность учета не только широкого культурального контекста, но и микросоциального окружения (семейный профессиональный фон) при оценке психического состояния иностранных обучающихся. Понимание этих факторов необходимо для своевременной диагностики, оценки суицидального риска и выбора правильной терапевтической тактики. Врачам-психиатрам, работающим с поликультурным контингентом, следует проявлять настороженность в отношении пациентов из стран с коллективистскими культурами, переживающих ситуацию академического или миграционного кризиса, и учитывать возможное видоизменение клинической картины под влиянием культуральных факторов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Volkova O.V., Alekseeva A.A., Vakhtel' A.I., et al. *A university student at the turn of the 2020s: prospects for personal development and health*. Cheboksary: I.N. Ulianov Chuvash State University; 2021; 360 p. (In Russ.)
2. Nestik T.A., Zhuravlev A.L., Belykh T.V., et al. *Man in the conditions of global risks: a socio-psychological analysis*. Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences; 2020; 594 p. DOI: 10.38098/soc.2020.88.75.001 (In Russ.)
3. Aleksandrov A., Capkova M., Dostal J., et al. *Theory and reality – Image of a man in the social science*. Ostrava: Repronis s.r.o. Ostrava, 2015; 200 p.
4. Drandrova E.G., Pavlova S.I., Kozhemyakova E.A., et al. *International University Student: Adaptation, Education, and Health*. Cheboksary: I.N. Ulianov Chuvash State University; 2024; 320 p. (In Russ.)
5. Zhai Y., Xiong Y., Almaawali M., et al. National trends of mental health and service utilisation among international students in the USA, 2015–2024. *Gen Psychiatr*. 2025;38(5):e102124. DOI: 10.1136/gpsych-2025-102124
6. Nikolaev E.L., Fakhraei S.S. Prevalence and correlates of psychoactive substance use in domestic and foreign university students. *European Psychiatry*. 2024;67(S1):S247–S248. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.525
7. Agyapong-Opoku N., Agyapong-Opoku F., Agyapong B., et al. Anxiety and depressive symptoms among medical students-A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Front Public Health*. 2026;13:1710333. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1710333
8. Nikolaev E.L., Orlov F.V., Fakhraei S.S. Psychosocial risk factors for headache in medical students. *European Psychiatry*. 2024;67(S1):S652. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.1352
9. Nikolaev E.L., Aleksandrov A.Yu., Poverinov I.E., et al. Cross-cultural differences in attitudes toward euthanasia among Russian and Uzbek medical students. *European Psychiatry*. 2020;63(S1):400–401.
10. Soufi Amlashi R., Majzoobi M., Forstmeier S. The relationship between acculturative stress and psychological outcomes in international students: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2024;15:1403807. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1403807
11. Zuo P., Ramamurthy C., Gowing A., et al. Factors associated with mental health of Chinese international students in the global context: a systematic review. *BMC Public Health*. 2025;25(1):3460. DOI: 10.1186/s12889-025-24400-w
12. Lerias D., Ziaian T., Miller E., et al. The Role of Acculturative Stress on the Mental Health of Immigrant Youth: A Scoping Literature Review. *Community Ment Health J*. 2025;61(3):462–491. DOI: 10.1007/s10597-024-01351-x
13. Nikolaev E.L. *Borderline disorders as a phenomenon of psychology and culture*. Cheboksary: I.N. Ulianov Chuvash State University; 2006; 383 p. (In Russ.)
14. Manalo-Pedro E., Enriquez L.E., Nájera J.R., et al. Anxious Activists? Examining Immigration Policy Threat, Political Engagement, and Anxiety among College Students with Different Self/Parental Immigration Statuses. *J Health Soc Behav*. 2024;65(3):381–399. DOI: 10.1177/00221465241247541
15. Nikolaev E.L., Hartfelder D.V., Baranova E.A. Androgyny in dentists: The contribution of masculinity and femininity to mental health and well-being. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2017;10(2):117–133. DOI: 10.11621/pir.2017.0208
16. Vasilieva E.Yu., Nikolaev E.E., Mengeliyeva D., et al. Body modification in university students: Attitudes and role of personal body alteration experience. *European Psychiatry*. 2021;64(S1):751–752. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.1991
17. Nestik T.A., Nikolaev E.L. Relationship between Attitudes to Global Risks, Fears of Personal Death, and Proactive Coping: an Empirical Study. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. 2020;17(4):812–821. DOI: 10.17323/1813-8918-2020-4-812-821 (In Russ.)
18. Nikolaev E.E., Golenkov A.V., Il'ina S.I., et al. Psychiatric care for foreign students of a Russian university: issues of demand and availability. *Mental health*. 2024;19(8):60–62. DOI: 10.25557/2074-014X.2024.08.60-62 (In Russ.)
19. Fekih-Romdhane F., Pandi-Perumal S.R., Conus P., et al. Prevalence and risk factors of self-reported psychotic experiences among high school and college students: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Acta Psychiatr Scand*. 2022;146(6):492–514. DOI: 10.1111/acps.13494
20. Oh B.H., Du J., Smith L., et al. Psychotic experiences are associated with greater impairment among students in higher education with depression and anxiety in the United States. *J Affect Disord*. 2024;344:325–328. DOI: 10.1016/j.jad.2023.10.083