ISSN 2075-3470

ISSN: 2075-3470
ISSN (online): 2311-9446

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА ВЫПУСКА. РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Флитман Е.Д., Якубова Л.Н., Холмогорова А.Б., Васюкова О.В. — Ожирение и депрессия у детей и подростков: проблема коморбидности и профилактики

Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Панченкова М.Д. — Динамика восприятия болезни и саморегуляции у пациентов с морбидным ожирением через три месяца после бариатрической хирургии

Фомичева М.В., Караваева Т.А. — Личностные особенности и самоотношение лиц с психогенным перееданием

SPECIAL TOPIC OF THE ISSUE. EATING DISORDERS: PSYCHOLOGICAL MECHANISMS AND TASKS OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE

Flitman E.D., Yakubova L.N., Kholmogorova A.B., Vasykova O.V. — Obesity and Depression in Children and Adolescents: The Problem of Comorbidity and Prevention

Yaltonsky V.M., Abrosimov I.N., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V., Panchenkova M.D. — Dynamics of Illness Perception and Self-Regulation in Patients with Morbid Obesity Three Months after Bariatric Surgery

Fomicheva M.V., Karavaeva T.A. — Personality Traits and Self-Attitudes in Individuals with Psychogenic Overeating

3
2024

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 32. **№ 3** (125) **2024** июль—сентябрь

1992—2009
МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

ПОБЕДИТЕЛЬ НАЦИОНАЛЬНОГО
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНКУРСА
«ЗОЛОТАЯ ПСИХЕЯ» В НОМИНАЦИИ
«ПРОЕКТ ГОДА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ»
ПО ИТОГАМ 2007 и 2014 ГОДОВ

THE WINNER OF THE NATIONAL
CONTEST “GOLDEN PSYCHE”
IN THE “PROJECT OF THE YEAR”
IN PSYCHOLOGICAL
SCIENCE 2007, 2014

Главный редактор
Холмогорова А.Б.

Главные редакторы
Консультативная психология и психотерапия
2013 – Холмогорова А.Б.
2010–2012 – Василюк Ф.Е.

Московский психотерапевтический журнал
2009 – Василюк Ф.Е.
1999–2008 – Снегирева Т.В.
1997–1998 – Фенько А.Б.
1992–1996 – Василюк Ф.Е., Цапкин В.Н.

Редакционная коллегия
Барабанщиков В.А.
Веракса Н.Е.
Гаранян Н.Г.
Головей Л.А.
Зарецкий В.К.
Лутова Н.Б.
Майденберг Э. (США)
Марцинковская Т.Д.
Польская Н.А.
Сирота Н.А.
Филиппова Е.В.
Шайб П. (Германия)
Шумакова Н.Б.
Ялтонский В.М.

Редакционный совет
Бек Дж.С. (США)
Кадыров И.М.
Карягина Т.Д.
Копьев А.Ф.
Кехеле Х. (Германия)
Лэнгле А. (Австрия)
Перре М.
Петровский В.А.
Соколова Е.Т.
Сосланд А.И.
Тагэ С. (Германия)

Редактор выпуска
Москачева М.А.

Оригинал-макет
Баскакова М.А.

Адрес редакции
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон +7(495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru

«Консультативная психология и психотерапия»
индексируется:
АК Минобрнауки России
ВИНИТИ РАН РИНЦ
Ulrich’s web, WoS, Scopus

Издается с 1992
Периодичность: 4 раза в год.
Свидетельство о регистрации СМИ:
ПИ № ФС77-69996 от 30 августа 2016 г.

Формат 60 × 84/16. Тираж 1000 экз.

Все права защищены. Название журнала, рубрики, все тексты и иллюстрации являются собственностью ФГБОУ ВО МГППУ и защищены авторским правом. Перепечатка материалов журнала и использование иллюстраций допускается только с письменного разрешения редакции.

© ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», 2024, № 3

Editor-in-Chief
Kholmogorova A.B.

Editors-in-Chief
Counseling Psychology and Psychotherapy
2013 – Kholmogorova A.B.
2010–2012 – Vasilyuk F.E.

Moscow psychotherapeutic journal
2009 – Vasilyuk F.E.
1999–2008 – Snegireva T.V.
1997–1998 – Fenko A.B.
1992–1996 – Vasilyuk F.E., Tsapkin V.N.

Editorial Board
Barabanschikov V.A.
Filippova E.V.
Garanian N.G.
Golovey L.A.
Lutova N.B.
Maidenberg E. (USA)
Martsinkovskaya T.D.
Polskaya N.A.
Scheib P. (Germany)
Shumakova N.B.
Sirota N.A.
Sokolova E.T.
Yaltonsky V.M.
Zaretsky V.K.

The Editorial Council
Beck J.S. (USA)
Kadyrov I.M.
Karyagina T.D.
Kop’ev A.F.
Kächele H. (Germany)
Längley A. (Austria)
Perrez M. (Germany)
Petrovsky V.A.
Sokolova E.T.
Sosland A.I.
Tagay C. (Germany)

Issue Editor
Moskacheva M.A.

DTP
Baskakova M.A.

Editorial office address
Sretenka St., 29, office 305, Moscow, Russia, 127051
Phone: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru

«Counseling Psychology and Psychotherapy» Indexed in:
Higher qualification commission of the Ministry
of Education and Science of Russian Federation
Russian Science Citation Index (RSCI)
VINITI Database RAS
Ulrich’sPeriodicalsDirectory, WoS, Scopus

Published quarterly since 1992
The mass medium registration certificate:
PI № FS77-69996. Registry date 30.08.2016.

Format 60 × 84/16. 1000 copies.

All rights reserved. Journal title, rubrics, all text and images are the property of MSUPE and copyrighted.
Using reprints and illustrations is allowed only with the written permission of the publisher.

© MSUPE, 2024, № 3

ISSN 2075-3470
Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-69996

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
В.А. Барабанщиков, Н.Е. Веракса, Н.Г. Гаранян, Л.А. Головей, В.К. Зарецкий, Н.Б. Лутова, Э. Майденберг (США), Т.Д. Марцинковская, Н.А. Польская, Н.А. Сирота, Е.В. Филиппова, П. Шайб (Германия), Н.Б. Шумакова, В.М. Ялтонский

Редактор
М.А. Москачева

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru

Вопросы подписки и приобретения:
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: mpj@mgppu.ru

Редакция не располагает возможностью вести переписку, не связанную с вопросами подписки и публикаций

Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале «Консультативная психология и психотерапия», допускается только с разрешения редакции

© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной и клинической психологии, 2024

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonC. Усл. печ. л. 10,81. Тираж 1000 экз.

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора

СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА ВЫПУСКА. РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

8 *Флитман Е.Д., Якубова Л.Н., Холмогорова А.Б., Васюкова О.В*
Ожирение и депрессия у детей и подростков: проблема коморбидности и профилактики

28 *Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Панченкова М.Д.*
Динамика восприятия болезни и саморегуляции у пациентов с морбидным ожирением через три месяца после бариатрической хирургии

48 *Фомичева М.В., Караваева Т.А.*
Личностные особенности и самоотношение лиц с психогенным перееданием

67 *Польская Н.А., Якубовская Д.К., Развaляева А.Ю., Власова Н.В.*
Межличностная чувствительность, страх негативной оценки внешности и стыд собственного тела у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения

ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

90 Терапия расстройств пищевого поведения: от исследований к практике

ПОМИМО СПЕЦИАЛЬНОЙ ТЕМЫ ВЫПУСКА

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

96 *Палин А.В.*
Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

116 *Геворкян С.Р., Акопян Н.Р., Казанчян Л.А., Хачатрян А.Г.*
Исследование показателей благополучия и ассертивности среди молодежи

139 *Тихонова И.В*
Феноменология травматического стресса «нормотипичных» родителей и посттравматическая симптоматика

162 *Быкова В.И., Васильева И.Д., Полухина Ю.П., Львова Е.А., Фуфаева Е.В., Валиуллина С.А.*
Субъективность сознания как возможное теоретическое обоснование психологического формирующего контекста у детей в сниженном сознании (Formative context in disorders of consciousness, FcDoC)

EDITOR'S NOTES

5 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor

SPECIAL TOPIC OF THE ISSUE. EATING DISORDERS: PSYCHOLOGICAL MECHANISMS AND TASKS OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE

EMPIRICAL STUDIES

8 *Flitman E.D., Yakubova L.N., Kholmogorova A.B., Vasykova O.V.*
Obesity and Depression in Children and Adolescents: the Problem of Comorbidity and Prevention

28 *Yaltonsky V.M., Abrosimov I.N., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V., Panchenkova M.D.*
Dynamics of Illness Perception and Self-Regulation in Patients with Morbid Obesity Three Months after Bariatric Surgery

48 *Fomicheva M.V., Karavaeva T.A.*
Personality Traits and Self-Attitudes in Individuals with Psychogenic Overeating

67 *Polskaya N.A., Yakubovskaya D.K., Razvaliaeva A.Yu., Vlasova N.V.*
Interpersonal Sensitivity, Fear of Negative Appearance Evaluation and Body Shame in Adolescent Girls with Eating Disorders

RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

90 Treatment of Eating Disorders: From Research to Practice

IN ADDITION TO THE SPECIAL TOPIC OF THE ISSUE

THEORETICAL REVIEWS

96 *Palin A.V.*
Psychotherapeutic Potential of Psychoeducation in the Rehabilitation of Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders

EMPIRICAL STUDIES

116 *Gevorgyan S.R, Hakobyan N.R, Kazanchian L.A, Khachatryan A.G.*
Study of Well-Being and Assertiveness Variables among Young People

139 *Tikhonova I.V.*
Phenomenology of Traumatic Stress of «Normotypical» Parents and Post-Traumatic Symptomsctivity

162 *Bykova V.I., Vasilieva I.D,. Polukhina Ju.P., Lvova E.A., Fufaeva E.V., Valiullina S.A.*
The Subjectivity of Consciousness as A Possible Theoretical Justification for Psychological Formative Context (FcDoC) in Children with Lowered Level of Consciousness

Консультативная психология
и психотерапия
2024. Том 32. № 3. С. 5—7
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology
and Psychotherapy
2024. Vol. 32, no. 3, pp. 5—7
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

КОЛОНКА РЕДАКТОРА
EDITOR'S NOTES

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Для цитаты: *Холмогорова А.Б.* Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 5—7.

FROM THE EDITOR

For citation: From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology And Psychotherapy*, 2024. vol. 32, no. 3, pp. 5—7.

Уважаемый читатель!

Специальная тема осеннего выпуска нашего журнала — расстройства пищевого поведения (РПП). Специалисты в области психического здоровья отмечают небывалый рост распространенности этих расстройств во всем мире, но прежде всего — в западных странах. По эпидемиологической значимости на первое место среди РПП выходит ожирение, приводящее к значительным негативным последствиям, как для физического, так и для психического здоровья современного человека. Проблема ожирения до сих пор не получила четкого статуса среди психических расстройств. Так, в нашей стране до последнего времени ее решением занимались прежде всего эндокринологи. Но по мере проведения научных исследований становится все более очевидной тесная связь ожирения с психическим неблагополучием. В настоящее время не вызывает сомнений необходимость объединения усилий разных специалистов (эндокринологов, диетологов, психиатров и клинических психологов) для остановки нарастающей волны ожирения среди людей разных возрастов. Более того, для этого требуется привлечение членов семей,

CC BY-NC

общественности, специалистов в сфере общественного питания, специалистов по рекламе в Интернете.

Все статьи в рамках специальной темы являются оригинальными эмпирическими исследованиями, проведенными на российских клинических выборках, что придает им особую ценность. Первая статья, подготовленная авторским коллективом психологов с участием диетолога (Е.Д. Флитман, Л.Н. Якубова, А.Б. Холмогорова, О.В. Васюкова), посвящена важной и широко дискутируемой проблеме связи ожирения у детей и подростков с симптомами депрессии. В основу анализа и выводов положены данные большой выборки, обследованной на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России. Тщательная диагностика степени ожирения, выраженности депрессивной симптоматики у детей и специальное интервью психолога с родителями позволяют говорить о высокой надежности полученных данных, подтверждающих наличие тесной связи депрессии и ожирения, а также о важности учета таких факторов, как малоподвижный образ жизни, нездоровые пищевые привычки и принадлежность к женскому полу.

Авторский коллектив второй статьи (В.М. Ялтонский, И.Н. Абросимов, Н.А. Сирота, А.В. Ялтонская, М.Д. Панченкова) остро ставит проблему психологических факторов в лечении морбидного ожирения, роль которых традиционно недооценивается в отечественной соматической медицине. Полученные авторами данные позволяют сделать вывод о том, что настрой на саморегуляцию в пищевом поведении после операционного вмешательства тесно связан с позитивным настроем по поводу лечения в целом.

Статья М.В. Фомичевой и Т.А. Караваевой посвящена диагностической категории психогенного переедания как психического расстройства. Интересно, что, согласно полученным авторами данным, перфекционизм как личностная черта, вопреки ожиданиям, не характерен для пациентов этой группы расстройств, зато негативное отношение к своей внешности оказалось важной личностной характеристикой данного контингента. Важность негативного отношения к своему телу при разных РПП подтверждается и в исследовании авторов последней статьи раздела, посвященного специальной теме выпуска. Н.А. Польская, Д.К. Якубовская, А.Ю. Разваляева и Н.В. Власова показали, что чувство стыда за свое тело значимо выше в клинической группе девочек с РПП по сравнению с популяционной выборкой, при этом негативное отношение к своему телу связано с использованием различных дезадаптивных способов контроля веса.

Вторая часть номера не относится к специальной теме и представлена одним теоретическим обзором и четырьмя эмпирическими статьями на разные актуальные темы. Для всех, кто работает с таким тяжелым кон-

тингентом психиатрических клиник, как больные с расстройствами шизофренического спектра, будет полезным знакомство с обзором о роли психообразования в психосоциальной реабилитации этих больных. Обзор подготовлен А.В. Палиным, имеющим большой опыт практической работы в данной сфере. Достоинством обзора являются представленные в нем данные о разных моделях психообразовательных программ и об их сравнительной эффективности. В опоре на результаты авторитетных исследований автор доказывает, что психообразование является обязательным компонентом комплексных программ психосоциальной реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Раздел с эмпирическими статьями открывает исследование армянских коллег С.Р. Геворкян, Н.Р. Акопян, Л.А. Казанчян, А.Г. Хачатрян, посвященное факторам психологического благополучия молодежи. Тема представляется особенно актуальной на фоне неуклонного роста показателей депрессии, тревоги и других признаков проблем с ментальным здоровьем в молодежной среде. Авторы доказывают, что ассертивность, т. е. уверенность в своих силах и умение добиваться поставленных целей, является важным фактором-протектором от психического неблагополучия у молодых людей.

Две последние статьи номера посвящены темам, очень редко освещаемым в научной печати. В работе И.В. Тихоновой продемонстрировано, насколько трудно быть современным родителем даже при условии нормального развития ребенка и каким сильным может быть стресс, связанный с воспитанием детей. В статье специалистов из НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы В.И. Быковой и соавторов затрагивается важная проблема клинической и общей психологии — проблема сознания и его нарушений. Развитие медицинской помощи детям, пострадавшим от тяжелых нейротравм и находящимся в сниженном состоянии сознания, подразумевает разработку эффективных методов реабилитации данной группы пациентов. Решение данной задачи напрямую связано с поиском ответа на вопрос, что же такое сознание. На примере нескольких случаев работы по реабилитации детей с тяжелыми ЧМТ авторы обсуждают теоретические и практические аспекты этой проблемы.

Надеемся, что представляемый номер привлечет внимание специалистов из разных сфер клинической психологии и медицины.

А.Б. Холмогорова

Консультативная психология
и психотерапия
2024. Том 32. № 3. С. 8—27
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320301
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology
and Psychotherapy
2024. Vol. 32, no. 3, pp. 8—27
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320301
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА ВЫПУСКА. РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

SPECIAL TOPIC OF THE ISSUE. EATING DISORDERS: PSYCHOLOGICAL MECHANISMS AND TASKS OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

EMPIRICAL STUDIES

ОЖИРЕНИЕ И ДЕПРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Е.Д. ФЛИТМАН
Национальный медицинский исследовательский
центр эндокринологии
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-2732-3472,
e-mail: Flitman.Ekaterina@endocrincentr.ru

Л.Н. ЯКУБОВА
Национальный медицинский исследовательский
центр эндокринологии
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199,
e-mail: Lili.yakubova@gmail.com

CC BY-NC

А.Б. ХОЛМОГОРОВА
Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ);
НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199,
e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

О.В. ВАСЮКОВА
Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9299-1053,
e-mail: o.vasyukova@mail.ru

Актуальность. В настоящее время ученые говорят об эпидемии ожирения среди детей и подростков, что связано со значительными рисками и ухудшением психического и физического здоровья молодого поколения. **Цель работы**: исследовать связь между депрессией и ожирением у детей и подростков. В работе представлены литературный обзор широко дискутируемой проблемы связи депрессии и ожирения, а также результаты собственного эмпирического исследования, полученные на выборке пациентов Центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России. **Материалы и методы**. В исследовании приняли участие респонденты в возрасте от 7 до 17 лет (M = 12,5, SD = 2,5), всего 153 человека с избыточной массой тела и ожирением (коэффициент стандартного отклонения ИМТ от 1,2 до 4,2; M = 2,8, SD = 0,5), из которых 52% — женского пола, 48% — мужского. В исследовании использовались следующие методики: диагностическая беседа с ребенком и родителями, «Опросник детской депрессии» М. Ковак (Children's Depression Inventory, Maria Kovacs, 1992). **Результаты**. Полученные в работе данные позволяют говорить о высоком уровне коморбидности ожирения и депрессивной симптоматики среди детей и подростков: 52% девочек и 27% мальчиков, принявших участие в исследовании, имеют симптомы депрессии той или иной степени тяжести. Также зафиксированы более тяжелые формы ожирения у мальчиков по сравнению с девочками при первичном обращении за специализированной помощью, что косвенно свидетельствует о большей озабоченности здоровьем и внешним видом со стороны девочек и их семей. Подавляющее большинство родителей отмечают нездоровый режим питания, низкую физическую активность и нарушения режима сна у детей. Делаются **выводы** о необходимости повышения информированности детей, родителей, педагогов и детских специалистов разных профилей о связи депрессивной симптоматики и ожирения, а также о важности проведения соответствующей диагностики и разработки комплексных программ лечения и профилактики как ожирения, так и депрессии.

Ключевые слова: дети и подростки, ожирение, депрессия, коморбидность, профилактика, психологическая помощь.

Финансирование. Работа выполнена в рамках государственного задания «Механизмы развития эффекта “плато” после снижения массы тела и рецидива ожирения у детей и взрослых: адаптивный термогенез, миокиновый профиль, пищевое поведение, метаболические, нутритивные и провоспалительные маркеры» (регистрационный номер 1023022400038-1)

Для цитаты: *Флитман Е.Д., Якубова Л.Н., Холмогорова А.Б., Васюкова О.В.* Ожирение и депрессия у детей и подростков: проблема коморбидности и профилактики // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 8—27. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320301

OBESITY AND DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE PROBLEM OF COMORBIDITY AND PREVENTION

EKATERINA D. FLITMAN
Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-2732-3472,
e-mail: Flitman.Ekaterina@endocrincentr.ru

LILIYA N. YAKUBOVA
Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199,
e-mail: Lili.yakubova@gmail.com

ALLA B. KHOLMOGOROVA
Moscow State University of Psychology & Education;
Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199,
e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

OLGA V. VASYUKOVA
Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia
ORCID https://orcid.org/0000-0002-9299-1053,
e-mail: o.vasyukova@mail.ru

The relevance: currently, scientists talk about the epidemic of obesity among children and adolescents, which is associated with significant risks and deterioration of mental and physical health of the young generation. **Objective:** to study association between depression and obesity in children and adolescents. The paper presents a literature re-

view of the widely discussed problem of the relationship between depression and obesity, as well as the results of our own empirical study obtained on a sample of patients from the Center for Treatment and Prevention of Metabolic Diseases and Obesity, FGBU «National Medical Research Center for Endocrinology» of the Ministry of Health of Russia. **Sample.** The study involved respondents aged 7 to 17 years (M=12,5, SD=2,5), a total of 153 people with SDS BMI from 1,2 to 4,2 (M=2,8, SD=0,5), of which 52% were female and 48% were male. The study included a diagnostic interview with the child and parents, each child was asked to fill out the Children's Depression Inventory (Maria Kovacs 1992). The **results** suggest a high level of comorbidity of obesity and depressive symptoms among children and adolescents 52% of girls and 27% of boys who participated in the study have symptoms of depression of varying degrees of severity. Also, more severe forms of obesity were recorded in boys compared to girls at the initial application for specialized care, which indirectly indicates a greater concern for health and appearance on the part of girls and their families. The overwhelming majority of parents of children note unhealthy eating habits, low physical activity and sleep disorders in their children. It is **concluded** that it is necessary to raise awareness of children, parents, teachers and child specialists of different profiles about the relationship between depressive symptoms and obesity, as well as the importance of appropriate diagnosis and the development of comprehensive treatment and prevention programs for both obesity and depression.

Keywords: children and adolescents, obesity, depression, comorbidity, prevention, psychological care.

Funding. The work was performed within the framework of the research work: «Mechanisms of development of "the plateau" effect after weight loss and obesity relapse in children and adults: adaptive thermogenesis, myokine profile, eating behavior, metabolic, nutritional, and proinflammatory markers» (NIOCTR 1023022400038-1).

For citation: Flitman E.D., Yakubova L.N., Kholmogorova A.B., Vasykova O.V. Obesity and depression in children and adolescents: the problem of comorbidity and prevention. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 8—27. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320301 (In Russ.).

Введение

С середины прошлого века распространенность ожирения среди населения неуклонно растет. По данным ВОЗ, с 1975 по 2016 г. число людей с диагнозом ожирение во всем мире выросло втрое, достигнув 13% взрослого населения планеты [8]. Также растет процент детей с ожирением. Этот факт привлекает особое внимание специалистов и общественности, так как ожирение, сформированное в детском возрасте, с высокой долей вероятности хронифицируется во взрослом возрасте и приведет к негативным последствиям в соматическом здоровье, психическом благополучии и в социальном функционировании. Среди детей

и подростков в возрасте от 5 до 19 лет распространенность избыточной массы тела и ожирения резко возросла с 4% в 1975 г. до более 18% в 2016 году, достигнув к тому моменту значения 340 миллионов человек, что позволяет говорить о настоящей эпидемии ожирения у молодого поколения [2]. В Российской Федерации за период с 2014 по 2018 г. общая заболеваемость ожирением среди детей увеличилась на 21,4%, первичная — на 8,7% [8]. Начиная с 2005 г. в подростковой выборке отмечается резкое увеличение численности детей с ожирением, при этом этот показатель статистически выше, чем в других возрастных группах [9].

Избыточный вес и ожирение имеют высокую степень коморбидности не только с нейроэндокринными и кардиологическими нарушениями, негативными последствиями для опорно-двигательного аппарата и репродуктивной функции, но и напрямую связаны с высоким риском возникновения психопатологических симптомокомплексов.

Многочисленные исследования убедительно доказывают более частые и выраженные проявления расстройств аффективного спектра среди детей и подростков с избыточным весом и ожирением по сравнению с группой условной нормы. Уровень депрессивных проявлений, по данным разных авторов, приближается к 50% среди детей и подростков с ожирением; причем признаки депрессии чаще наблюдаются у девочек, чем у мальчиков [22].

А.Дж. Станкард одним из первых описал модель взаимосвязи депрессии и ожирения [14]. Так, генетическая предрасположенность (общий набор генов) к депрессии и ожирению может быть активирована влиянием внешней среды, в частности, неблагоприятный детский опыт (беспорядочный рацион и вредные пищевые привычки семьи, высокий уровень стрессогенности, насмешки со стороны значимого окружения) способствует развитию как депрессии, так и ожирения и, предположительно, их совместному возникновению.

Исследования показывает, что тяжелые формы депрессии могут стать причиной увеличения массы тела во взрослом возрасте. При ретроспективном исследовании 9374 подростков в возрасте от 12—19 лет были выявлены риски последующего ожирения у детей с депрессивными симптомами [15; 17; 20].

Ряд авторов рассматривают депрессивные расстройства в детстве в качестве предикторов ожирения во взрослом возрасте. Так, у взрослых, имевших депрессивные симптомы в детском возрасте, ИМТ был выше [17]. Однако в исследованиях имеет место и обратная зависимость: чем выше показатель ИМТ, тем выше уровень и глубина депрессивных переживаний. На основании данных о высокой степени взаимосвязи между депрессией и ожирением, существует гипотеза о том, что эти нозологические единицы являются одной болезнью с разным сроком манифестации [21; 26].

Результаты исследований уровня тревоги у детей и подростков с ожирением в сравнении с детьми из контрольной группы свидетельствуют о высоких показателях тревожности, достигающих субклинического уровня, у подрастающего поколения [11].

В структуре тревожных переживаний у детей и подростков с ожирением выделяют высокие показатели реактивной и личностной тревожности, а также у трети детей выражена интенсивная тревога в межличностном взаимодействии, т. е. высокая социальная тревожность [2; 3].

С учетом многочисленных исследований, подтверждающих высокую распространенность и тесную связь депрессии и ожирения, встает вопрос о необходимости разработки как эффективных методик выявления группы риска, так и комплексной модели ранней профилактики и помощи, учитывающей оба заболевания. Имеющиеся программы помощи, делают основной акцент на психообразовательной работе с семьями, касающейся вопросов здорового образа жизни, правильного рациона питания, повышения физической активности, соблюдения режима сна и отдыха [23]. В нашей стране подобные пилотные проекты реализуются на базе городских поликлиник [5; 6]. Психообразовательные программы состоят из блоков-модулей, посвященных определенной тематике: патогенетические факторы формирования ожирения, принципы рационального питания, составление индивидуальных рационов, повышение физической активности для эффективного снижения массы тела и лечебной физкультуры, основные принципы медикаментозного лечения ожирения у детей.

В иностранных источниках описываются программы для детей с ожирением, реализуемые в формате детского лагеря [24]. Метаанализ показал бо́льшую эффективность подобных лагерей, если в программу были включены компоненты когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ). Снижение процента избыточного веса у участников программ при последующем наблюдении составило в среднем 30% для программ с КБТ, тогда как для программ, не включающих методы КБТ, это снижение составило всего 9% [19]. Кроме того, включение КБТ в длительные амбулаторные программы также способствовало более стойким результатам в снижении веса и улучшению психологического состояния по сравнению с контрольной группой. Интересно, что между программами с КБТ и программами, ограничивающимися только бихевиоральными методами, различия в эффективности не были обнаружены [18].

На наш взгляд, эффективность таких программ может быть повышена за счет разработки системных моделей, учитывающих не только нездоровые личностные установки и стратегии поведения, но и макро- (ценности и стандарты культуры и общества) и микросоциальные (социальную ситуацию развития ребенка — правила и нормы семьи, школьная

ситуация и т. п.) факторы. Причем, по мнению авторов статьи, важно выделять и учитывать в таких программах как общие, так и специфические для ожирения и депрессии факторы риска.

Так, на основе многофакторной модели аффективных расстройств, разработанной А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян [12; 13], можно выделить следующие уровни, объединяющие блоки факторов, способствующих росту ожирения и депрессивной симптоматики у детей и подростков.

1. ***На макросоциальном уровне:*** высокая доступность и активная реклама фастфуда и быстрых углеводов как источников хорошего настроения; культ успеха и высших достижений; высокий повседневный стресс и постоянные социальные сравнения в школьной среде; нереалистичные стандарты красоты и гендерные стереотипы.

Следует подчеркнуть, что в решении данных проблем ключевую роль играют политика в области образования и здравоохранения и ценности общества, приоритеты социальной повестки и мероприятий, направленных на сохранение здоровья будущих поколений.

2. ***На семейном уровне:*** ценность успеха и достижений; низкая родительская эффективность (нарушение режима сна и питания, отсутствие физической активности, избыток времени, проводимого детьми у экрана), отсутствие семейной культуры питания, нарушения пищевого поведения у родителей; проблемы коммуникативных дисфункций в семье в виде интенсивной родительской критики и запрета на выражение чувств. В исследовании А.В. Сухановой и А.Б. Холмогоровой убедительно продемонстрирована роль дисфункциональных семейных коммуникаций в появлении избыточного веса у подростков, прежде всего родительской критики, а также нарушений пищевого поведения и высокого уровня перфекционизма у самих родителей [10].

Для решения и профилактики проблем, возникающих на семейном уровне, важны повышение информированности родителей о психологических проблемах и способах их решения; организация психообразовательных мероприятий, включающих, например, школьные собрания с психологом; повышение доступности помощи семейных психологов и психотерапевтов.

3. ***На личностном уровне:*** перфекционизм, алекситимия и нарушения эмоциональной саморегуляции.

Для решения и профилактики личностных проблем необходимо повышение информированности детей, родителей и педагогов о механизмах возникновения личностных нарушений и о способах их коррекции, проведение психообразовательных мероприятий в школах и университетах, повышение доступности психологической и психотерапевтической помощи.

4. ***На интерперсональном уровне:*** частые невыгодные социальные сравнения, которым способствует атмосфера соперничества и общение

в Интернете, буллинг в школе, одиночество, конкурентная школьная среда с системой рейтингов.

Для решения и профилактики интерперсональных проблем важно проведение психообразовательных мероприятий, в том числе с работниками образовательных учреждений, развитие и доступность групповых форм психологической работы: тренингов, дискуссий и психотерапевтических групп.

Таким образом, помимо оказания индивидуальной медицинской и психологической помощи, важным в разработке комплексных программ профилактики ожирения является повышение компетентности родителей и педагогов относительно факторов депрессии и ожирения, а также разворачивание социальных мероприятий и проектов, направленных на оздоровление пищевого поведения (например, ликвидация заведений с фастфудом вокруг учебных заведений и налаживание работы столовых) и снижение стрессогенности социальной среды (например создание здоровой атмосферы в школе).

Материалы и методы исследования

Целью данного исследования является определение уровня депрессивной симптоматики среди детей и подростков с ожирением.

Выборочное исследование[1] проводилось среди пациентов, обратившихся в период с января по июль 2024 г. в Центр лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения (НМИЦ Эндокринологии Минздрава России) с целью прохождения чекап-программы по причине лишнего веса.

Консультация психолога является обязательной частью комплексной программы обследования. В рамках приема психолога с ребенком и родителем проводилась диагностическая беседа и ребенку предлагалось самостоятельно заполнить опросник детской депрессии М. Ковак.

Методики. Опросник детской депрессии М. Ковак (Children's Depression Inventory, Maria Kovacs, 1992, адаптация для российской выборки — С.В. Воликова, О.Г. Калина, А.Б. Холмогорова, 2011) широко используется для измерения выраженности депрессивной симптомати-

[1] Протокол исследования одобрен 13.03.2024 г. локальным этическим комитетом при ГНЦ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России (выписка из протокола № 5 от 13.03.2024 г.). Родители всех включенных пациентов подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

ки у детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет [1]. Опросник состоит из 27 блоков, каждый по 3 утверждения. Респонденту предлагается выбрать то утверждение, которое наиболее соответствует его самочувствию в последнее время. Каждый ответ испытуемого оценивается от 0 до 2 баллов, тест включает в себя как прямые, так и обратные вопросы. Обработка происходит путем подсчета, как общего показателя выраженности депрессии, так и пяти специфических показателей, или подшкал: негативное настроение, межличностные проблемы, неэффективность, ангедония, негативная самооценка. Тестовые баллы, как при подсчете общей суммы, так и при обработке каждого отдельного критерия, интерпретируются по специальной таблице. Значения общего балла от 0 до 54 считаются вариантами нормы, при показателе выше 50 баллов речь идет о появлении симптомов депрессии. При адаптации на российской выборке валидность была доказана только для общего балла депрессии [1].

Антропометрические измерения включали: измерение роста, веса, расчет индекса массы тела (ИМТ). ИМТ оценивался для конкретного возраста и пола и представлен в виде числа стандартных отклонений от среднего (SDS). Согласно национальным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ожирения [1], у детей избыточная масса тела диагносцировалась при значении SDS ИМТ от 1,0 до 1,9, ожирение — при значении SDS ИМТ ≥ 2,0. Значение SDS ИМТ от 2,0 до 2,5 определяли как ожирение I степени, SDS ИМТ от 2,6 до 3,0 — II степени, SDS ИМТ от 3,1 до 3,9 — III степени, SDS ИМТ ≥ 4,0 — морбидное ожирение. Оценка полового развития проводилась по шкале Дж. Таннера.

Выборка. В исследовании участвовали 153 ребенка (73 мальчика, 80 девочек) в возрасте от 7 до 17 лет (M = 12,5 лет, SD = 2,5 г.) с конституционально-экзогенным ожирением (SDS ИМТ от 1,2 до 4,2; M = 2,8, SD = 0,5)[2] и избыточной массой тела, с I—IV стадией полового развития, по Дж. Таннеру. Большинство пациентов на момент обращения имели выраженное ожирение: 34% (n = 52) с ожирением I степени, 27,5% (n = 42) — II степени, 32% (n = 49) — III степени, 2% (n = 3) — с морбидным ожирением — и только 4,5% (n = 7) имели избыточную массу тела. В исследовании преобладали подростки со II—III стадией полового развития по шкале Дж. Таннера. Среди респондентов преобладали дети и подростки проживающие в полный семьях (108 чел.), у 45 детей родители были разведены.

Критериями исключения из исследования были наличие других форм ожирения (гипоталамическое, моногенное, синдромальное и др.) и тя-

[2] SDS — от англ. standart deviation score — коэффициент стандартного отклонения; ИМТ— индекс массы тела.

желых сопутствующих заболеваний (болезни легочной системы, некомпенсированная артериальная гипертензия, сахарный диабет 1 и 2 типа), а также факты установленных психиатрических диагнозов.

Статистическая обработка данных: методы описательной статистики, Хи-квадрат.

Результаты исследования

Согласно полученным результатам, у 62 детей (40%) уровень симптомов депрессии выше средней возрастной нормы (рис. 1).

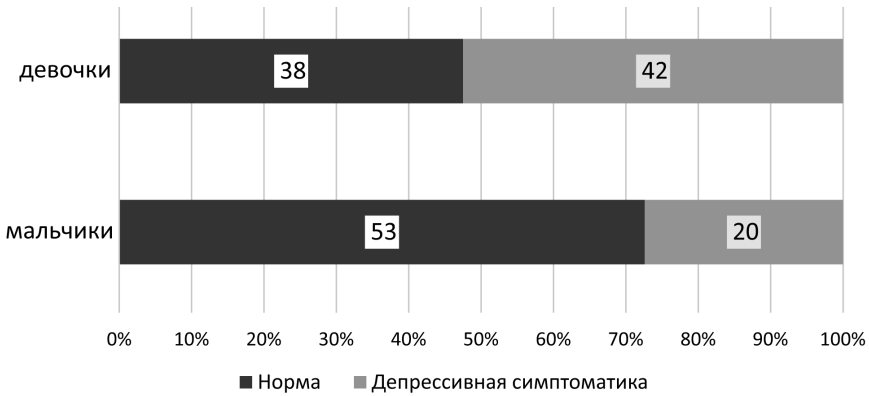

Рис. 1. Распределение респондентов по выраженности депрессивной симптоматики (N = 153)

Как видно на рис. 1, повышенный уровень депрессивности отмечается у 52% девочек и 27% мальчиков, принявших участие в исследовании. Эти данные согласуются с рядом зарубежных исследований, указывающих на высокий уровень коморбидности ожирения и депрессии. Кроме того, отмечается значимо больший процент лиц с депрессивной симптоматикой среди девочек по сравнению с мальчиками. Такие данные могут объясняться гендерными стереотипами и современными социальными нормами, которые позволяют девочкам более свободно говорить о своих переживаниях и жаловаться, а также лучше осознавать свои негативные эмоции [4].

На рис. 2 представлено разделение выборки на четыре уровня в зависимости от выраженности депрессивной симптоматики: «чуть выше среднего уровня» (55—60 баллов); «выше среднего уровня» (61—65 баллов); «значительно выше среднего уровня» (66—70 баллов) и «очень значительно выше среднего уровня» (выше 70 баллов). Группы с показателем депрессии «значительно выше среднего уровня» и «очень зна-

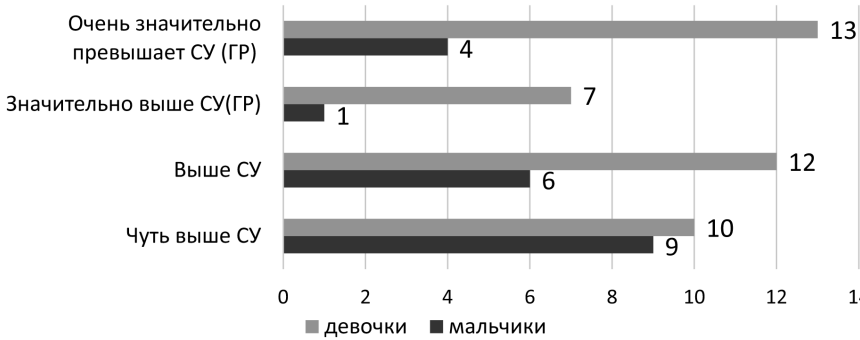

Рис. 2. Распределение детей по уровням выраженности депрессивной симптоматики

чительно выше среднего уровня» автор теста М. Ковак относит к группе риска; к аналогичным выводам пришли и авторы адаптации методики для российской выборки [1].

Рис. 3. Процент мальчиков и девочек с выраженными симптомами депрессии по отдельным шкалам теста (N = 153)

Хотя по результатам российской валидизации опросника надежным оказался только подсчет по общему баллу депрессии [1], в исследовательских целях мы решили посмотреть, как распределились баллы по отдельным шкалам опросника среди мальчиков и девочек. Как и в случае общего показателя выраженности депрессии, больший процент девочек по сравнению с мальчиками демонстрируют баллы по каждому из отдельных критериев депрессивности, значимо превышающие норму. Как среди мальчиков, так и среди девочек самый распространенный фактор

депрессивности — межличностные проблемы. Данный фактор измеряет такие параметры, как восприятие себя как плохого, негативизм и непослушание. Наименее распространенный фактор среди мальчиков — ощущение себя неэффективным в школе, что может говорить о более легкой социализации мальчиков среди сверстников и меньшей озабоченности темой учебы. Наименее распространенный фактор депрессивности среди девочек — ангедония, т. е. нарушение способности переживать удовольствие. Ангедония может способствовать возникновению компенсаторной стратегии поиска быстрых способов получения хотя бы временного удовольствия, которое можно получить, в том числе потребляя калорийную пищу.

Отдельно стоит обратить внимание на вопрос, содержащий в себе информацию о наличии либо отсутствии у респондента суицидальных мыслей.

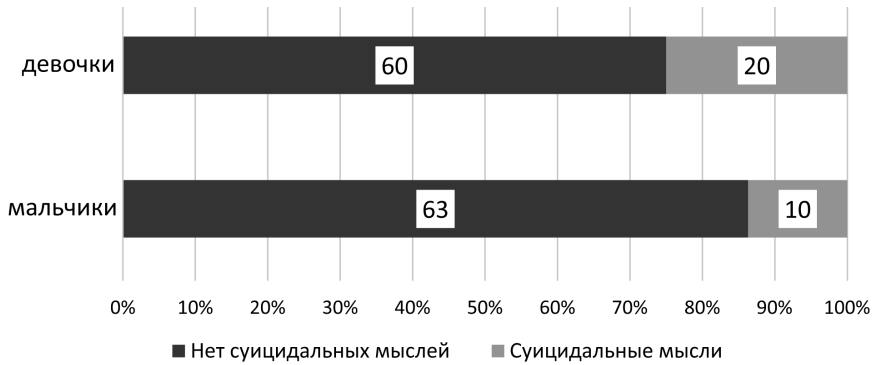

Рис. 4. Процент мальчиков и девочек, давших положительный ответ на вопрос о наличии суицидальных мыслей (N = 153)

Согласно полученным данным, 30 детей (20%) откровенно говорят о наличии суицидальных мыслей без явных намерений их реализации. При дальнейшем расспросе дети объясняют эти мысли переживанием чувств, связанных с травлей, негативными социальными сравнениями, осуждением и нехваткой поддержки, как со стороны семьи, так и в школе. Вариант ответа, обозначающий активные суицидальные намерения, не выбрал ни один из участников исследования.

Также показательным в контексте проблем ожирения и депрессии является вопрос об удовлетворенности собственным внешним видом.

Как видно на рис. 4, всего 25 детей (16%) довольны своим внешним видом. Бо́льшая часть выборки (98 чел., 64%) не вполне довольны своей внешностью. 30 человек (19%), 22 из которых — девочки, считают себя уродливыми. Такие результаты могут говорить об озабоченности

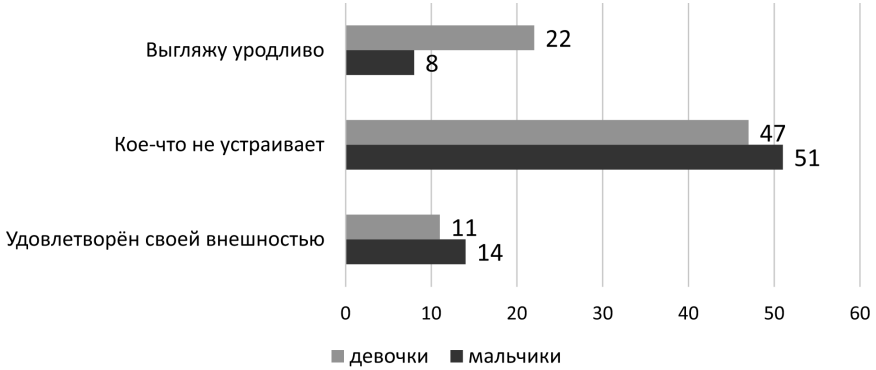

Рис. 5. Распределение ответов детей по поводу удовлетворенности своим внешним видом (N = 153)

детей не только вопросами собственного здоровья, но и вопросом соответствия принятым в обществе стандартам красоты, особенно среди девочек.

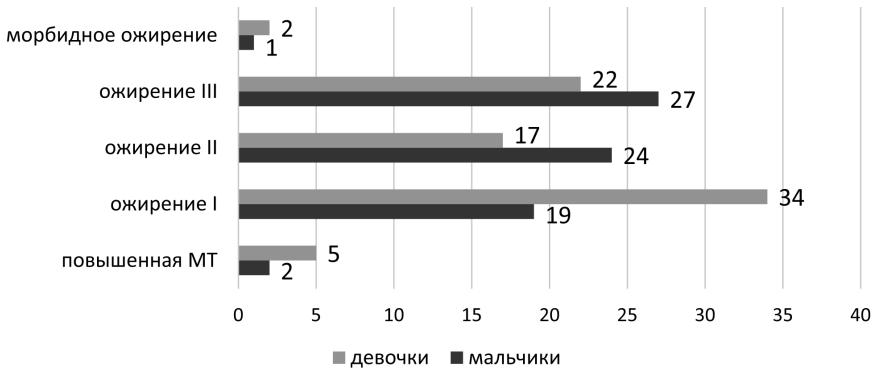

Рис. 6. Число мальчиков и девочек в зависимости от выраженности симптомов ожирения (N = 153)

На рис. 6 представлено число мальчиков и девочек с различными уровнями ожирения. Обращает на себя внимание значительно большее число девочек с ожирением I степени и повышенной массой тела, тогда как среди пациентов с ожирением II и III степени больше оказывается именно мальчиков. Такие данные могут говорить о большем беспокойстве по поводу лишнего веса со стороны как самих девочек, так и их родителей, что способствует принятию решения об обращении к специалистам на ранней стадии проблемы.

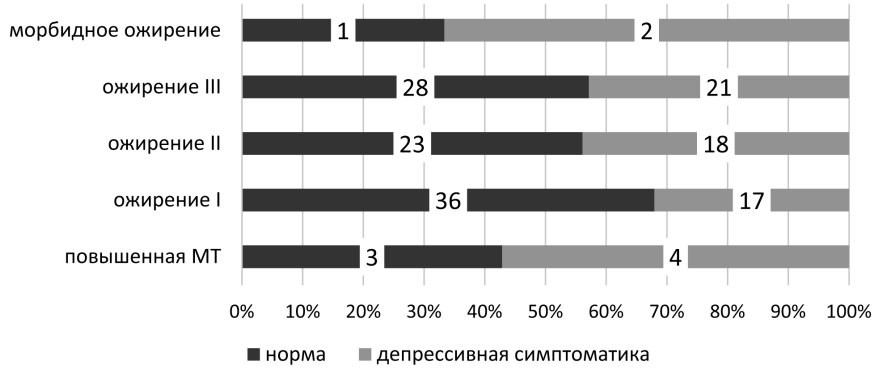

Рис. 7. Распределение пациентов (в %) по выраженности депрессивной симптоматики в группах с разными степенями ожирения (N = 153)

Данные, представленные на рис. 7, свидетельствуют об отсутствии прямой связи симптомов депрессии и выраженности ожирения.

В рамках диагностических бесед наиболее частыми проблемами, которые обозначали как родители, так и сами дети являются:

1) отсутствие здорового режима питания, привычка к перекусам и/или частая тяга к сладкому (84%, 129 детей);

2) низкий уровень физической активности в сочетании с избытком (3 и более часа в день) экранного времени (73%, 113 детей);

3) отсутствие здорового режима сна, поздние отходы ко сну (70%, 107 детей);

4) проблемы в школе — травля, отсутствие интереса к учебе (53%, 81 ребенок);

5) отсутствие хобби и увлечений помимо гаджетов, сниженная социальная активность (45%, 69 детей).

В совокупности, данные проблемы могут говорить о сложностях в эмоциональной саморегуляции у детей с лишним весом, отсутствии навыков совладания со стрессом, использовании еды и гаджетов в качестве деструктивных стратегий регуляции своего эмоционального состояния.

Обсуждение результатов и выводы

Наиболее признанной в настоящее время считается модель, рассматривающая ожирение и депрессию как взаимосвязанные заболевания, каждое из которых может оказывать влияние на манифестацию и утяжеление другого. Анализ результатов международных исследований подтверждает высокий уровень коморбидности ожирения и депрессивной

симптоматики у детей и подростков. Эти данные подтверждаются результатами нашего исследования. При этом отмечаются определенные гендерные различия: в группе девочек, по сравнению с мальчиками, депрессивная симптоматика выявляется чаще — как по сумме баллов, так и по каждому отдельному показателю опросника депрессии М. Ковак. Кроме того, значимо большее количество девочек приходят с родителями на чекап-программы с ожирением I степени, т. е. на более ранних стадиях болезни, чем мальчики. При этом 20% детей с лишним весом признают наличие суицидальных мыслей, а 84% отмечают переживания, связанные с недовольством собственной внешностью, причем 20% из них считают себя уродливыми. Большая часть из этих 20% — девочки с выраженными симптомами депрессии.

Наличие лишнего веса в сочетании с депрессивной симптоматикой и давлением со стороны социума создает высокий риск для развития у детей расстройств пищевого поведения, в частности, среди пациентов с ожирением наиболее часто наблюдаются признаки компульсивного переедания. Отдельно обращает на себя внимание тот факт, что ни одна из семей, принявших участие в исследовании, не обращалась ранее за профессиональной психологической или психиатрической помощью по поводу депрессивной симптоматики или признаков РПП, что говорит о высоком уровне стигматизации психологической помощи в сочетании с низким уровнем информированности людей о роли психологических проблем в развитии ожирения и наличии сложностей с нахождением доступной квалифицированной психолого-психиатрической помощи.

Больше половины семей отмечают проблемы с режимом сна и питания детей, низкий уровень их физической активности, избыток экранного времени, наличие проблем в школе. Такие данные позволяют говорить о проблеме низкой родительской эффективности в семьях детей с лишним весом.

В ходе исследования не было выявлено прямой связи между индексом массы тела и степенью выраженности депрессивной симптоматики. То есть гипотеза об усугублении депрессивной симптоматики с набором веса в нашем исследовании не получила подтверждения. Анализ беседы с родителями и детьми, а также литературные данные подтверждают многофакторную модель расстройств аффективного спектра [16; 23] и важность учета каждого из выделенных в ней уровней, как для профилактики ожирения и депрессии, так и для лечения уже возникших заболеваний.

Важно продолжить исследования, обосновывающие системный комплексный подход к профилактике и лечению ожирения и депрессии — как заболеваний с высоким уровнем коморбидности и взаимного влияния.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.*Б. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак // Вопросы психологии. 2011. № 5. С. 121—132.
2. *Гурова М.М., Комиссарова М.Ю., Евдокимова Н.В., Мильнер Е.Б.* Личностные характеристики и уровень тревоги у подростков с избыточной массой тела и ожирением [Электронный ресурс] // FORCIPE. 2022. № 2. URL: ttps://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnye-harakteristiki-i-uroven-trevogi-u-podrostkov-s-izbytochnoy-massoy-tela-i-ozhireniem (дата обращения: 03.08.2024).
3. *Коржова С.О., Ширяев О.Ю., Мохортова И.С., Чубаров Т.В.* Сравнительный анализ тревожно-депрессивных проявлений у детей с ожирением и их родителей при эпизодах переедания [Электронный ресурс] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2019. № 76. С. 72—77. DOI:10.18499/1990-472X-2019-0-76-72-77
4. *Кочетова Ю.А., Климакова М.*В. Гендерные различия в эмоциональном интеллекте у старших подростков [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2017. № 4. С. 65—74. DOI:10.17759/psyedu.2017090407 (дата обращения: 5.08.2024)
5. *Лир Д., Перевалов А., Мишукова Т.* Качество жизни детей дошкольного возраста с ожирением // Вопросы питания. 2021. № 5. С. 59—66. DOI:10.33029/0042-8833-2021-90-5-59-66
6. *Мартынова И.Н., Винярская И.В.* Оптимизация лечебно-профилактической помощи детям с ожирением в условиях детской поликлиники // Российский педиатрический журнал. 2017. № 20. С. 276—282.
7. *Петеркова В.А., Безлепкина О.Б., Болотова Н. А. и др.* Клинические рекомендации «Ожирение у детей» // Проблемы Эндокринологии. 2021. № 67. С. 67—83.
8. *Савина А.А., Фейгинова С.И.* Распространенность ожирения среди населения российской федерации: период до пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. № 68. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1414/27/lang,ru (дата обращения: 15.07.2024).
9. *Ступак В.С., Соколовская Т.А., Лемещенко О.В., Дорофеев А.Л.* Общая заболеваемость подростков 15—17 лет с учетом классов болезней и регионального компонента в 2010—2018 годах на территории Российской федерации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. № 4. С. 397—408.
10. *Суханова А.В., Холмогорова А.Б.* Семейный контекст нарушений пищевого поведения у подростков: популяционное исследование родителей и обоснование задач психопрофилактики и психотерапии // Современная терапия психических расстройств. 2022. № 1. С. 56—67. DOI:10.21265/psyph.2022.60
11. *Ткаченко Н.В., Заика В.Г., Андреева В.О.* Психопатологические нарушения у девочек-подростков с ожирением и роль нейробиохимических механизмов в их развитии [Электронный ресурс] // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018. Том 13. № 2. С. 352—355. DOI:10.14300/mnnc.2018.13047

12. *Холмогорова А.Б, Гаранян Н.Г.* Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. С. 94—102.
13. *Холмогорова А.*Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: Медпрактика-М, 2011. 480 с.
14. *Dragan A., Akhtar-Danesh N.* Relation between body mass index and depression: a structural equation modeling approach [Электронный ресурс] // BMC Med Res Methodol. 2007. Vol. 17. № 7. URL: https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-7-17 (дата обращения: 14.10.2024).
15. *Goodman E., Whitaker R.* A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity // Pediatrics. 2002. Vol. 110. № 3. P. 497—504. DOI: 10.1542/peds.110.3.497
16. *Kanellopoulou A., Antonogeorgos G., Douros K., Panagiotakos D.* The Association between Obesity and Depression among Children and the Role of Family: A Systematic Review // Children (Basel). 2022 Vol. 9(8). P. 555—570. DOI:10.3390/children9081244
17. *Kokka I., Mourikis I., Bacopoulou F.* Psychiatric Disorders and Obesity in Childhood and Adolescenc — A Systematic Review of Cross-Sectional Studies // Children (Basel). 2023. Vol. 10(2). P. 285—292. DOI:10.3390/children10020285
18. *Latzer Y.* Managing childhood overweight: behavior, family, pharmacology and bariatric surgery interventions // Obesity. 2008. Vol. 17. P. 411—423. DOI:10.1038/oby.2008.553
19. *Luppino G., Wasniewska M., Casto C., Ferraloro C., Li Pomi A., Pepe G., Morabito A., Alibrandi A., Corica D., Aversa T.* Treating Children and Adolescents with Obesity: Predictors of Early Dropout in Pediatric Weight-Management Programs // Children (Basel). 2024. Vol. 11. P 205—317. DOI:10.3390/children11020205
20. *Pine D.S., Goldstein R., Wolk S., Weissma M.* The association between childhood depression and adult body mass index // Pediatrics. 2001. Vol. 107. № 5. P. 1049—1056. DOI:10.1542/peds.107.5.1049
21. *Rosmond R.* Obesity and depression: same disease, different names? // Medical Hypotheses. 2004. Vol. 62. P. 976—979. DOI:10.1016/j.mehy.2003.12.030
22. *Stunkard A., Faith M., Allison K.* Depression and obesity // Biological Psychiatry. 2003. Vol. 54. № 3. P. 330—337. DOI:10.1016/S0006-3223(03)00608-5
23. *Wald A., Uli N.* Pharmacotherapy in pediatric obesity: Current agents and future directions // Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders. 2009. Vol. 10. P. 205—214. DOI:10.1007/s11154-009-9111-y
24. *Wilfley D.* Efficacy of maintenance treatment approaches for childhood overweight: A randomized controlled trial // JAMA. Vol. 298. № 14. P. 1661—1673. DOI: 10.1001/jama.298.14.1661

REFERENCES

1. Volikova S.V., Kalina O.G., Kholmogorova A.B. Validizatsiya oprosnika detskoi depressii M. Kovak. *Voprosy psikhologii,* 2011, № 5, pp. 121—132.
2. Gurova M.M., Komissarova M.Yu., Evdokimova N.V., Mil'ner E.B. Lichnostnye kharakteristiki i uroven' trevogi u podrostkov s izbytochnoi massoi tela i ozhireniem

[Elektronnyi resurs]. *Forcipe*, 2022, № 2. URL: ttps://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnye-harakteristiki-i-uroven-trevogi-u-podrostkov-s-izbytochnoy-massoy-tela-i-ozhireniem (Accessed: 03.08.2024)

3. Korzhova S.O., Shiryaev O.Yu., Mokhortova I.S., Chubarov T.V. Sravnitel'nyi analiz trevozhno-depressivnykh proyavlenii u detei s ozhireniem i ikh roditelei pri epizodakh pereedaniya. *Nauchno-meditsinskii vestnik tsentral'nogo Chernozem'ya,* 2019, № 76, pp. 72—77. DOI:10.18499/1990-472X-2019-0-76-72-77
4. Kochetova Yu.A., Klimakova M.V. Gendernye razlichiya v emotsional'nom intellekte u starshikh podrostkov. *Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya,* 2017, № 4, pp. 65—74. DOI:10.17759/psyedu.2017090407
5. Lir D., Perevalov A., Mishukova T. Kachestvo zhizni detei doshkol'nogo vozrasta s ozhireniem. *Voprosy pitaniya,* 2021, № 5, pp. 59—66. DOI:10.33029/0042-8833-2021-90-5-59-66
6. Martynova I.N., Vinyarskaya I.V. Optimizatsiya lechebno-profilakticheskoi pomoshchi detyam s ozhireniem v usloviyakh detskoi polikliniki. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal,* 2017, № 20. pp. 276—282.
7. Peterkova V.A., Bezlepkina O.B., Bolotova N. A. i dr. Klinicheskie rekomendatsii «Ozhirenie u detei». *Problemy Endokrinologii,* 2021, № 67, pp. 67—83.
8. Savina A.A., Feiginova S.I. Rasprostranennost' ozhireniya sredi naseleniya rossiiskoi federatsii: period do pandemii COVID-19 [Elektronnyi resurs]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2022, № 68.Available at: http:// vestnik.mednet.ru/content/view/1414/27/lang,ru (Accessed: 15.07.2024).
9. Stupak V.S., Sokolovskaya T.A., Lemeshchenko O.V., Dorofeev A.L. Obshchaya zabolevaemost' podrostkov 15—17 let s uchetom klassov boleznei i regional'nogo komponenta v 2010—2018 godakh na territorii Rossiiskoi federatsii. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoi statistiki,* 2020, № 4, pp. 397—408.
10. Sukhanova A.V., Kholmogorova A.B. Semeinyi kontekst narushenii pishchevogo povedeniya u podrostkov: populyatsionnoe issledovanie roditelei i obosnovanie zadach psikhoprofilaktiki i psikhoterapii. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv,* 2022, № 1, pp. 56—67. DOI:10.21265/psyph.2022.60
11. Tkachenko N.V., Zaika V.G., Andreeva V.O. Psikhopatologicheskie narusheniya u devochek-podrostkov s ozhireniem i rol' neirobiokhimicheskikh mekhanizmov v ikh razvitii [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza,* 2018, vol. 13, № 2, pp. 352—355. Available at: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2017_n4/psyedu_2017_n4_Kochetova_Klimakova.pdf (Accessed: 15.07.2024).
12. Kholmogorova A.B, Garanyan N.G. Mnogofaktornaya model' depressivnykh, trevozhnykh i somatoformnykh rasstroistv kak osnova ikh integrativnoi psikhoterapii. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya,* 1998, № 1, pp. 94—102.
13. Kholmogorova A.B. Integrativnaya psikhoterapiya rasstroistv affektivnogo spektra. M.: Medpraktika-M, 2011. 480 p.
14. Dragan A., Akhtar-Danesh N. Relation between body mass index and depression: a structural equation modeling approach [Электронный ресурс]. *BMC Med Res Methodol,* 2007, № 7. Available at: https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-7-17 (Accessed 14.10.2024).

15. Goodman E., Whitaker R. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 2002, № 3, pp. 497—504. DOI:10.1542/peds.110.3.497
16. Kanellopoulou A., Antonogeorgos G., Douros K., Panagiotakos D. The Association between Obesity and Depression among Children and the Role of Family: A Systematic Review. *Children-Basel,* 2022, № 9 (8), pp. 555—570. DOI:10.3390/children9081244
17. Kokka I., Mourikis I., Bacopoulou F. Psychiatric Disorders and Obesity in Childhood and Adolescenc — A Systematic Review of Cross-Sectional Studies. *Children-Basel,* 2023, № 10 (2), pp. 285—292. DOI:10.3390/children10020285
18. Latzer Y. Managing childhood overweight: behavior, family, pharmacology and bariatric surgery interventions. *Obesity,* 2008, № 17, pp. 411—423. DOI:10.1038/oby.2008.553
19. Luppino G., Wasniewska M., Casto C., Ferraloro C., Li Pomi A., Pepe G., Morabito A., Alibrandi A., Corica D., Aversa T. Treating Children and Adolescents with Obesity: Predictors of Early Dropout in Pediatric Weight-Management Programs. *Children-Basel.*, 2024, № 11, pp 205—317. DOI:10.3390/children11020205.
20. Pine D.S., Goldstein R., Wolk S., Weissma M. The association between childhood depression and adult body mass index. *Pediatrics,* 2001, № 107, pp. 1049—1056. DOI: 10.1542/peds.107.5.1049
21. Rosmond R. Obesity and depression: same disease, different names? *Medical Hypotheses*, 2004, № 62, pp. 976—979. DOI:10.1016/j.mehy.2003.12.030
22. Stunkard A., Faith M., Allison K. Depression and obesity. *Biological Psychiatry,* 2003, № 54, № 3, pp. 330—337. DOI:10.1016/S0006-3223(03)00608-5
23. Wald A., Uli N. Pharmacotherapy in pediatric obesity: Current agents and future directions. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 2009, № 10, pp. 205—214. DOI:10.1007/s11154-009-9111-y
24. Wilfley D. Efficacy of maintenance treatment approaches for childhood overweight: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2007, № 14, pp. 1661—1673. DOI:10.1001/jama.298.14.1661

Информация об авторах

Флитман Екатерина Дмитриевна, медицинский психолог Центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения, Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0004-2732-3472, e-mail: Flitman.Ekaterina@endocrincentr.ru

Якубова Лилия Наимовна, медицинский психолог Центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения, Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0007-0765-9712, e-mail: Lili.yakubova@gmail.com

Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); ведущий научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств, НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Васюкова Ольга Владимировна, кандидат медицинских наук, руководитель Центра лечения и профилактики метаболических заболеваний и ожирения, ведущий научный сотрудник, доцент кафедры детской эндокринологии-диабетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9299-1053, e-mail: o.vasyukova@mail.ru

Information about the authors

Ekaterina D. Flitman, clinical psychologist, Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0009-0004-2732-3472, e-mail: Flitman.Ekaterina@endocrincentr.ru

Liliya N. Yakubova, clinical psychologist, Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199, e-mail: Lili.yakubova@gmail.com

Alla B. Kholmogorova, Doctor of Psychology, Professor, Dean of the Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher of the Department of Acute Poisoning and Somatopsychiatric Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Olga V. Vasyukova, Candidate of Medical Sciences, Head of the Center for Treatment and Prevention of Metabolic Diseases and Obesity of the Endocrinology Research Centre, Leading Researcher, Associate Professor of the Department of Pediatric Endocrinology-Diabetology of the Institute of Pediatric Endocrinology and Diabetology of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9299-1053, e-mail: o.vasyukova@mail.ru

Получена 15.08.2024 Received 15.08.2024
Принята в печать 15.09.2024 Accepted 15.09.2024

Консультативная психология
и психотерапия
2024. Том 32. № 3. С. 28—47
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320302
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology
and Psychotherapy
2024. Vol. 32, no. 3, pp. 28—47
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320302
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

ДИНАМИКА ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ЧЕРЕЗ ТРИ МЕСЯЦА ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

В.М. ЯЛТОНСКИЙ
Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «РосУниМед»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3337-0123,
e-mail: yaltonsky@mail.ru

И.Н. АБРОСИМОВ
Московский институт психоанализа (НОЧУ ВО МИП),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1981-4170,
e-mail: i.abrosimov@bk.ru

Н.А. СИРОТА
Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «РосУниМед»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2736-9986, e-mail: sirotan@mail.ru

А.В. ЯЛТОНСКАЯ
Институт схема-терапии (ООО «ИСТ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5842-7013, e-mail: y_alex00@mail.ru

М.Д. ПАНЧЕНКОВА
Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России (ФНКЦ ФМБА России),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8631-2600,
e-mail: panchenkovaaaa@list.ru

CC BY-NC

Актуальность. Ожирение достигло масштабов эпидемии во всем мире. Бариатрическая хирургия (далее — БХ) наиболее эффективна в лечении морбидного ожирения (далее — МО), однако она не приводит к одинаковым результатам у всех пациентов, поскольку важную роль в результате лечения играют психологические факторы. Пробелами в научном знании являются недооценка роли пациента в лечебном процессе, отсутствие информации о том, как он воспринимает МО и управляет болезнью, как меняются его представления о болезни после операции. **Цель работы**: изучение динамики представлений о заболевании и связанных с ними параметров саморегуляции болезни у пациентов с МО до операции и через три месяца после БХ. **Материалы и методы**. 63 пациента с МО были обследованы специально подобранным пакетом методик до БХ и через три месяца после нее. В исследовании применялись следующие методики: «Краткий опросник восприятия болезни»; Шкала госпитальной тревоги и депрессии; Опросник совладания с трудными жизненными ситуациями; Шкала приверженности лечению; опросник «Шкала психологического благополучия». **Результаты**. Через три месяца после БХ морбидное ожирение воспринималось пациентами как менее угрожающее жизни заболевание, которое имеет меньше негативных последствий для их здоровья и эмоционального благополучия. Контролируемость ими болезни и вероятность излечимости ожирения после БХ повысились. **Выводы**. Через три месяца после операции выявлена позитивная динамики восприятия МО и связанных с ним параметров саморегуляции. Полученные знания могут быть широко использованы в медицинской практике в качестве мишеней психологических интервенций.

Ключевые слова: восприятие болезни, морбидное ожирение, бариатрическая хирургия, тревога, депрессия, совладающее поведение, психологическое благополучие приверженность лечению.

Для цитаты: *Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Панченкова М.Д.* Динамика восприятия болезни и саморегуляции у пациентов с морбидным ожирением через три месяца после бариатрической хирургии // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 28—47. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320302

DYNAMICS OF ILLNESS PERCEPTION AND SELF-REGULATION IN MORBID OBESITY PATIENTS THREE MONTHS AFTER BARIATRIC SURGERY

VLADIMIR M. YALTONSKY
Russian University of Medicine (FSBEI HE “ROSUNIMED”),
Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3337-0123,
e-mail: yaltonsky@mail.ru

ILIA N. ABROSIMOV
Moscow Institute of Psychoanalysis (MIP), Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1981-4170,
e-mail: i.abrosimov@bk.ru

NATAL'YA A. SIROTA
Russian University of Medicine (FSBEI HE "ROSUNIMED"),
Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2736-9986,
e-mail: sirotan@mail.ru

ALEXANDRA V. YALTONSKAYA
Moscow Institute of Schema Therapy (LLC "Institute of Schema Therapy"),
Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5842-7013,
e-mail: y_alex00@mail.ru

MARIYA D. PANCHENKOVA
Federal Scientific and Clinical Center FMBA of Russia
(FSCC FMBA of Russia), Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8631-2600,
e-mail: panchenkovaaaa@list.ru

Background. Obesity has reached epidemic proportions throughout the world. Bariatric surgery (hereinafter — BS) is most effective in the treatment of morbid obesity (hereinafter — MO), however, it does not lead to the same results in all patients, since psychological factors play an important role in the outcome of treatment. The gap in scientific knowledge is the underestimation of the patient's role in the treatment process, the lack of information about how he perceives medical treatment and manages the disease, how ideas about the disease change over time after surgery. **Aim of the work**: study of the dynamics of ideas about the disease and related parameters of self-regulation of the disease in patients with MO before surgery and three months after BS. **Materials and methods.** Sixty-three patients with MO were examined using a specially selected package of methods before BS and three months after it. The following methods were used in the study: brief illness perception questionnaire; Hospital anxiety and depression scale; Ways of coping questionnaire; Medication adherence report scale; Scales of psychological well-being. **Results**. Compared with the preoperative stage, three months after BS, patients perceived MO as a less life-threatening disease that has fewer negative consequences for their health and emotional well-being. Their controllability of the disease and the likelihood of curability of obesity after BS have increased. **Conclusions**. Three months after the operation, positive dynamics in the perception of MO and related parameters of self-regulation were revealed. The knowledge gained can be widely used in medical practice as targets for psychological interventions.

***Keywords*:** illness perception, morbid obesity, bariatric surgery, anxiety, depression, coping behavior, psychological well-being, adherence to treatment.

For citation: Yaltonsky V.M., Abrosimov I.N., Sirota N.A., Yaltonskaya A.V., Panchenkova M.D. Dynamics of Illness Perception and Self-Regulation in Patients with Morbid Obesity Three Months after Bariatric Surgery. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 28—47. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320302 (In Russ.).

Введение

В 21 веке ожирение достигло масштабов эпидемии во всем мире [30]. Морбидное ожирение (далее — МО) — это избыточный вес тела при ИМТ ≥ 40 кг/м2, либо при ИМТ ≥35 кг/м2 в сочетании с серьезными осложнениями, спровоцированными ожирением [3]. Его распространенность среди взрослого населения США выросла почти вдвое за период с 1999—2000 гг. (4,7%) по 2017—2018 гг. (9,2%) [17; 31].

Бариатрическая хирургия (далее — БХ) является наиболее эффективной формой лечения МО, однако у значительной части пациентов не наблюдается желаемая потеря лишнего веса. В долгосрочной перспективе 20—50% прооперированных пациентов снова набирают вес, поскольку важную роль в результате лечения играют психологические факторы [11; 16].

Теоретической основой настоящего исследования является разработанная Г. Левенталем модель саморегуляции, основанная на здравом смысле. Автор указывает, что предложенная им модель объясняет процессы, с помощью которых пациенты осознают угрозу своему здоровью, ориентируются в аффективных реакциях на болезнь, формулируют представления о потенциальных действиях по лечению, создают планы по совладанию с симптомами и интегрируют непрерывную обратную связь об эффективности реализуемого плана действий и прогрессировании угрозы болезни [18].

Модель саморегуляции, основанная на здравом смысле, позволяет не только исследовать восприятие хронической болезни как статичное психическое состояние, но и оценивать его в динамике через разные временны*е* промежутки на разных этапах лечения и реабилитации [19; 21]. Модель Г. Левенталя достаточно редко применяется для исследования динамики ожирения за рубежом, а в России такой подход используется впервые.

Значимыми психологическими факторами самоуправления болезнью являются убеждения о болезни, их эмоциональное сопровождение, а также способы психологического преодоления болезни и приверженность рекомендациям по лечению. Установлено, что эти факторы влияют на способность пациентов адаптироваться после операции, на прогноз и результаты БХ [29].

Тяжелое ожирение приводит к психическим заболеваниям. Оно увеличивает риск развития депрессии, в то время как депрессия увеличивает риск развития ожирения. БХ облегчает депрессию у пациентов с ожирением. Сложная взаимосвязь между БХ и депрессией требует дальнейшего изучения [23; 27]. Исследования указывают на положительное влияние изменений веса после БХ на симптомы тревоги в течение первых трех лет после операции [20].

Исследования показывают сложный характер взаимосвязи между совладанием со стрессом, психическим здоровьем и послеоперационной потерей веса [9]. Изучение взаимосвязи между стратегиями преодоления трудностей и результатами БХ у пациентов с МО показало, что проблемно-ориентированные стратегии преодоления трудностей могут предсказать результаты БХ [15]. Однако неадаптивное совладание предсказывало меньшую потерю веса у пациентов с высоким уровнем тревоги и/или депрессии. Межличностное совладание предсказывало бо́льшую потерю веса у пациентов с низким уровнем тревоги и/или депрессии [9].

Послеоперационная приверженность рекомендованному лечению важна для дальнейшего благополучия больного, однако исследования показывают, что пациентам часто трудно быть приверженными назначенной лечебной схеме [2; 5; 6]. Наличие психических расстройств перед операцией обычно связаны с более низкой приверженностью в послеоперационном периоде [12; 14].

Актуальность настоящей научной работы связана с отсутствием в российской клинической психологии исследований, базирующихся на модели саморегуляции здоровья и болезни, основанной на здравом смысле, которые могли бы ответить на вопросы о том, как больные воспринимают тяжелое ожирение, как меняются представления о нем и какова динамика параметров саморегуляции болезни (таких как совладающее поведение и приверженность лечению) до и после БХ.

Цель исследования — изучение динамики представлений о заболевании и связанных с ними параметров психологической саморегуляции болезни у пациентов с морбидным ожирением на предоперационном этапе и через три месяца после бариатрического хирургического вмешательства.

Гипотеза исследования: через три месяца после бариатрической хирургии динамика восприятия тяжелого ожирения будет отражать усиление позитивных и ослабление негативных представлений о болезни.

Методы

Характеристики выборки. Обследовано 63 пациента с МО (27 мужчин и 36 женщин), поступивших на БХ (рукавная резекция желудка, желу-

дочное шунтирование) и прошедших предоперационное психодиагностическое обследование. Повторное психодиагностическое обследование проводилось через три месяца после операции.

Возраст пациентов варьировался от 27 до 59 лет, средний возраст выборки составил 42,67 ± 8,13 года. Исследование проводилось на базе Центра лечения лишнего веса ФНКЦ ФМБА России и клинического медицинского центра Российского университета медицины МЗ РФ.

Критерии включения в исследование: диагноз «Морбидное ожирение», возраст респондентов от 18 до 65 лет, наличие опыта неудачного лечения МО нехирургическими методами. *Критерии исключения*: любое психическое заболевание, которое существенно препятствовало надлежащему выполнению рекомендаций по лечению и могло ухудшить состояние здоровья пациента, отказ от обследования, слабое владение русским языком.

Этапы исследования:

1) предоперационный: беседа, первичный сбор данных, первичное психодиагностическое обследование;

2) постоперационный: повторное психодиагностическое обследование через 3 месяца после операции.

При психодиагностическом обследовании применялись **методики**:

1) «Краткий опросник восприятия болезни» (Broadbent E. и др., 2006; адаптация Ялтонского В.М. и др., 2017) [8];

2) Шкала госпитальной тревоги и депрессии (Zigmond A., Snaith R., 1983; адаптация Андрющенко А.В. и др., 2003) [1];

3) Опросник совладания с трудными жизненными ситуациями (Lazarus R., Folkman S., 1988; адаптация Вассермана Л.И. и др., 2009) [4];

4) Шкала приверженности лечению MMAS-8 (Morisky D., et al., 2008) [22];

5) Опросник «Шкала психологического благополучия» (Ryff C., 1989: адаптация Шевеленковой Т.Д., Фесенко Т.П., 2011) [7].

Статистическая обработка результатов осуществлялась при помощи программы IBM SPSS Statistics (Vers. 23). Результаты сравнительного анализа получены с помощью применения t-теста Стьюдента для зависимых выборок и представлены в виде M±SD, где M — среднее арифметическое, SD — стандартное отклонение. Выявленные различия признавались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводился с применением параметрического критерия Пирсона и представлен в виде = *,***; P = *,***, где R — сила корреляции, P — статистическая значимость.

Результаты

Динамика параметров восприятия МО оценивалась с помощью краткого опросника восприятия болезни (табл. 1).

Таблица 1

Результаты исследования динамики восприятия морбидного ожирения до и через 3 месяца после операции (в баллах)

Параметры восприятия болезни	Этап 1 (до операции)	Этап 2 (через три месяца после операции)	Значимость различий, p
	N = 63, M±SD		
Последствия болезни	6,98±1,03	4,56±1,09	0,001**
Контроль болезни	5,17±1,78	7,64±1,83	0,001**
Контроль лечения	4,93±1,11	6,78±2,31	0,001**
Идентификация болезни	6,07±1,25	5,13±2,70	0,001**
Эмоциональное реагирование на болезнь	8,14±1,43	6,32±1,98	0,001**
Восприятие угрозы*	57,90±6,83	43,0 ±3,79	0,001**

Примечания: «*» — интегративный показатель восприятия болезни как угрозы для жизни и благополучия; «**» — значимость различий при $p \leq 0,01$; M — среднее арифметическое, SD — стандартное отклонение.

При изучении динамики атрибутов восприятия болезни обнаружены различия по большинству параметров представлений о болезни. На дооперационном этапе у пациентов выявлены существенно более высокие оценки воспринимаемых последствий болезни, эмоционального ее сопровождения и распознавания болезни по ее симптомам. В то же время параметры воспринимаемых контроля МО и контроля немедикаментозного лечения до операции оказались на первом этапе ниже, чем через три месяца после операции. Интегративный показатель восприятия МО как угрозы для жизни на первом этапе исследования был существенно выше, чем на втором.

В сравнении с дооперационным этапом показатели оценки последствий болезни, эмоциональных реакций на болезнь и распознавания МО достоверно снизились через три месяца после БХ. В то же время воспринимаемая контролируемость и болезни, и БХ после операции увеличилась. Установленные особенности эмоционального реагирования на болезнь нашли косвенное подтверждение и при исследовании динамики уровня тревоги и депрессии до и через 3 месяца после операции (табл. 2).

Уровень тревоги в предоперационном периоде и после операции является клинически выраженным, хотя он истатистически значимо снизился через три месяца после БХ. Уровень депрессии до операции был на верхней границе субклинического уровня и снизился через три месяца после операции до нижней границы субклинического уровня.

Таблица 2

Результаты исследования динамики уровня тревоги и депрессии до и через 3 месяца после операции (в баллах)

	Этап 1 (до операции)	Этап 2 (через три месяца после операции)	Значимость различий, p
	N = 63, M±SD		
Тревога	16,14±2,23	11,3±4,13	0,002*
Депрессия	10,48±4,01	8,15±2,54	0,001**

Примечания: «*» — значимость различий при $p \le 0,05$; «**» — значимость различий при $p \le 0,01$;M — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение.

Результаты исследования стратегий совладающего поведения как параметра психологической саморегуляции болезни представлены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты исследования динамики совладания с трудными жизненными ситуациями до и через 3 месяца после операции (в Т-баллах)

Копинг-стратегии	Этап 1 (до операции)	Этап 2 (через три месяца после операции)	Значимость различий, p
	N = 63, M±SD		
Дистанцирование	61,71±14,83	54,71±15,08	0,001**
Самоконтроль	41,58±15,5	58,08±12,67	0,001**
Положительная переоценка	41,8±14,46	49,93±16,21	0,001**

Примечания: «**» — значимость различий при $p \le 0,01$; M — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение.

На дооперационном этапе показатель по шкале «Дистанцирование» был выше, а по шкалам «Самоконтроль» и «Положительная переоценка» — ниже, чем на втором этапе. Через три месяца после БХ пациенты реже использовали копинг-стратегию дистанцирования, но чаще применяли стратегии самоконтроля и положительной переоценки для совладания со стрессом.

При изучении динамики показателей опросника MMAS-8 было установлено, что на предоперационном этапе наблюдается низкая приверженность лечению МО (табл. 4). Через три месяца после операции уровень приверженности лечению изменился с низкого на умеренный.

Результаты исследования психологического благополучия свидетельствуют о позитивной динамике показателей по четырем из шести шкал психологического благополучия через три месяца после БХ (табл. 5).

Таблица 4

Результаты исследования динамики приверженности лечению до и через 3 месяца после операции (в баллах)

	Этап 1 (до операции)	**Этап 2 (через три месяца после операции)**	**Значимость различий, p**
	N = 63, M±SD		
Приверженность лечению	4,13±2,25	6,51±1,09	0,001**

Примечания: «**» — значимость различий при $p \leq 0,01$; M — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение.

Таблица 5

Результаты исследования динамики психологического благополучия в предоперационном периоде и через 3 месяца после операции (в баллах)

Параметры психологического благополучия	**Этап 1 (до операции)**	**Этап 2 (через 3 месяца после операции)**	**Значимость различий, p**
	N = 63, M±SD		
Автономия	56,19±3,28	61,91±5,04	0,001**
Личностный рост	55,12±7,9	64,57±6,04	0,001**
Цель в жизни	54,97±4,08	63,58±5,9	0,001**
Самопринятие	45,97±3,73	61,19±6,01	0,001**

Примечания: «**» — значимость различий при $p \leq 0,01$; M — среднее арифметическое; SD — стандартное отклонение.

На предоперационном этапе показатели по шкалам «Автономия», «Личностный рост», «Самопринятие» и «Цель в жизни» были существенно ниже, чем через три месяца после операции. На послеоперационном этапе заметно выросли уровень личностной автономии пациентов, показатели их личностного роста и наличия целей в жизни, степень самопринятия.

Результаты корреляционного анализа позволили нам глубже понять взаимосвязи между изучаемыми параметрами восприятия болезни и саморегуляции. Для достижения поставленной в исследовании цели были изучены данные, полученные в послеоперационный период через три месяца.

В ходе анализа были установлены корреляционные связи между восприятием болезни и уровнем приверженности лечению (рис. 1), а также между восприятием болезни и параметрами психологического благополучия (рис. 2). Результаты корреляционного анализа представлены в виде наглядных корреляционных графов.

Рис. 1. Корреляционные связи уровня приверженности лечению с компонентами восприятия болезни в группе пациентов через три месяца после операции

Как видно на рис. 1, более высокие показатели приверженности пациентов лечению через три месяца после оперативного вмешательства связаны с ростом убежденности в собственном контроле над ожирением и возможностью управления им с помощью лечения. Степень приверженности лечению сопряжена с четким пониманием механизмов течения болезни, а также с озабоченностью ее негативными последствиями. Понимание сложности и опасности болезни способствует активации процессов совладания, принятию на себя ответственности за успешность лечения и, как следствие, отражается на приверженности рекомендуемым методам лечения.

Все корреляции — положительные и обладают умеренной выраженностью, поэтому мы можем говорить лишь о некоторых тенденциях во взаимосвязях между указанными параметрами.

На рис. 2 отображены установленные связи между восприятием болезни и психологическим благополучием пациентов через три месяца после БХ. Личностный рост пациентов в послеоперационный период связан с осознанием хронического течения болезни и принятием эмоциональных реакций в ответ на нее. Принятие себя, наоборот, снижается при осознании длительности МО и повышается при распознавании проявлений болезни и своего эмоционального реагирования на нее. При этом рост автономности пациентов также связан с лучшим пониманием болезни и формированием представлений о возможности контроля над заболеванием. Параметр «позитивные отношения с другими людьми» положительно связан с показателем по шкале «эмоционально реагирование». Данная корреляция отражает наши клинические наблюдения — наличие социальной поддержки у пациента создает условия для

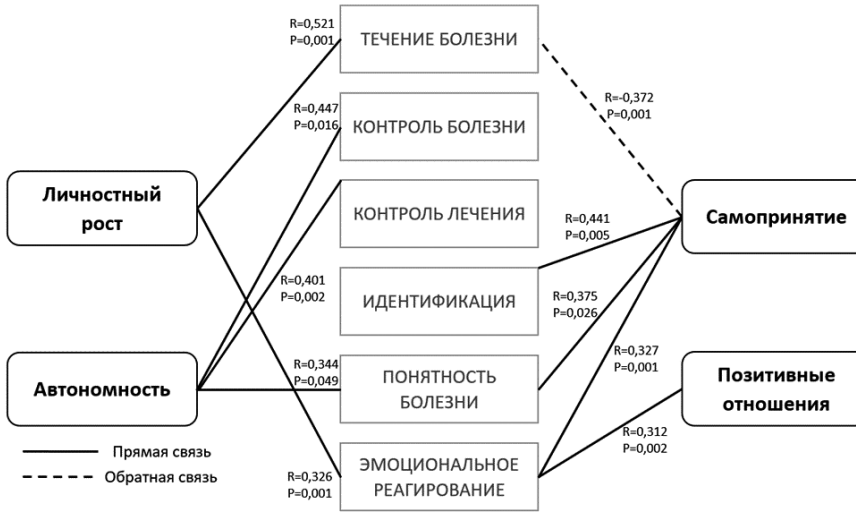

Рис. 2. Корреляционные связи показателей психологического благополучия с компонентами восприятия болезни в группе пациентов через три месяца после операции

более безопасного проживания негативных эмоциональных состояний на фоне болезни. Общая картина результатов данной части исследования косвенно может указывать на запуск комплексных процессов трансформации внутренней картины болезни пациентов с МО в послеоперационный период.

Обсуждение результатов

Полученные результаты свидетельствуют о полезности использования модели саморегуляции, основанной на здравом смысле, для понимания динамики восприятия пациентами модрибдного ожирения.

При анализе структуры восприятия МО и его изменений в краткосрочной динамике особого внимания заслуживает интегративный показатель восприятия болезни как угрозы, которая раскрывается в таких атрибутах, как осознание негативных последствий болезни, тревожно-депрессивное реагирование на болезнь и распознавание опасных проявлений болезни. Для этих малоадаптивных убеждений о болезни характерно снижение их интенсивности после БХ. Для адаптивных представлений о контролируемости болезни и процесса лечения характерно достоверное увеличение их интенсивности после БХ. Персональ-

ный контроль МО был связан с убеждениями пациента в том, насколько угрозы, связанные с болезнью, контролируются благодаря его действиям и в какой мере он управляет своим заболеванием. Убежденность в возможности контроля над лечением отражала представления о том, насколько морбидное ожирение излечимо благодаря БХ.

По данным научной литературы, среди пациентов, которым предстоит пройти БХ, высоко распространены депрессия и тревога. У большинства пациентов наблюдается краткосрочное улучшение симптомов депрессии и тревоги после БХ. Аналогичные результаты получены и в нашем исследовании. При этом исследования, проводимые на более поздних этапах после БХ, указывают на тенденцию к снижению депрессии и тревоги в долгосрочной перспективе [13; 20].

По результатам проведенных ранее исследований, использование стратегии дистанцирования от болезни может прогнозировать меньшую потерю веса после БХ на фоне клинически значимых уровней тревоги и депрессии. Параллельное использование адаптивных стратегий самоконтроля и положительного переосмысления болезни может предсказывать положительный результат БХ [9; 15]. Наше исследование показало, что совладание с МО может проявляться в виде сочетания стремления дистанцироваться от болезни для снижения ее субъективной значимости и осознанной регуляции болезни с помощью самоконтроля и положительного переосмысления.

Наблюдаемое умеренное повышение приверженности лечению на раннем постоперационном этапе происходит в период сложных изменений в психологическом и физическом функционировании пациентов. Эти изменения происходят после значительной потери веса и связаны прежде всего с эффектами оперативного лечения (физические ограничения приема пищи, изменения аппетита, чувства голода, насыщения и сытости, изменения количества и качества принимаемой пищи). Задача регулярной приверженности получаемым рекомендациям после БХ является трудной для пациентов из-за их сниженной мотивации к изменению образа жизни, отказа брать на себя ответственность за результат лечения и других психологических барьеров [12; 18; 14].

Исследователи постоянно подчеркивают, что психологическое благополучие играет решающую роль в успехе БХ [24; 25; 26]. Постоперационное повышение психологического благополучия подтверждено и в нашем исследовании, что отражалось в постановке пациентами новых целей в жизни, их личностном росте, усилении автономии и повышении степени самопринятия.

Ограничения и дальнейшие перспективы исследования. Ограничениями исследования являются отсутствие мониторинга индекса массы тела на предоперационном и послеоперационном этапах, невозможность

оценки приверженности физической активности и рекомендациям по питанию до и после операции, а также короткий (три месяца) период наблюдения за динамикой изучаемых психологических параметров, что позволяет считать выводы предварительными.

Для повышения репрезентативности результатов необходимо увеличение выборки, проведение мониторинга изучаемых параметров в динамике через полгода после операции, когда биологические эффекты БХ будут снижаться, а на первый план выйдет способность пациента за счет собственной активности поддерживать достигнутые позитивные изменения.

Выводы

На предоперационном этапе пациенты с МО воспринимали свое хроническое состояние как угрожающее и имеющее выраженные негативные последствия для здоровья, проявляющееся многочисленными симптомами и связанными с ними отрицательными эмоциями. Участники исследования осознавали, что их возможности контролировать тяжелую хроническую болезнь ограничены.

Через три месяца после БХ пациенты воспринимали свое состояние как менее угрожающее и менее продолжительное во времени. При этом последствия ожирения оценивались как менее выраженные, проявляющиеся в распознавании ограниченного количества симптомов и вызывающие более адаптивные эмоциональные реакции на болезнь. Пациенты на данном этапе в большей степени осознавали, что их тревожные и депрессивные переживания уменьшились, а чувство контроля над болезнью и вера в ее излечимость благодаря БХ усилились, что в целом отражает краткосрочную позитивную динамику восприятия болезни в раннем постоперационном периоде.

Восприятие пациентами тяжелого ожирения динамично в ходе лечебного процесса и имеет отличительные черты на предоперационном этапе и через три месяца после БХ. Для предоперационного этапа восприятия болезни более характерны негативные представления о болезни, интенсивность которых снижалась после проведения БХ. К ним относились восприятие болезни как угрозы для жизни и благополучия, тревожное и депрессивное реагирование на МО, представления о негативных последствиях МО, поиск и идентификация его опасных проявлений.

В раннем постоперационном периоде достоверно увеличилась интенсивность позитивных представлений о болезни, включающих степень воспринимаемой контролируемости болезни пациентом и его веру в излечимость тяжелого ожирения благодаря БХ.

Через 3 месяца после БХ уровень тревоги и депрессии снизился с клинически выраженного значения до низкого, что свидетельствует о позитивной динамике эмоционального реагирования на болезнь в раннем постоперационном периоде.

Способы преодоления пациентами стресса, связанного с МО в раннем постоперационном периоде включают, с одной стороны, попытки дистанцироваться от бремени болезни за счет снижения ее значения и степени эмоционального реагирования на в нее, а с другой стороны, применение стратегий целенаправленного сдерживания эмоций, контроля поведения и положительного переосмысления ситуации болезни как стимула для личностного роста.

По сравнению с предоперационным периодом через три месяца после БХ приверженность лечению возросла до умеренной выраженности (т. е. отмечалось приблизительное соблюдение рекомендаций). Повышение постоперационной приверженности может быть связано как с усилением восприятия больными контролируемости МО и возможностью управления им с помощью лечения, так и с быстрой потерей веса вследствие биологического эффекта БХ, ростом веры в выбранный метод лечения, снижением уровня депрессии и тревоги.

Изучение динамики психологического благополучия у пациентов с МО в предоперационном периоде и через 3 месяца после операции свидетельствует о повышении его уровня в раннем постоперационном периоде через повышение автономии, самопринятия, осознание целей жизни и личностный рост. Полученные результаты позволяют предположить, что на постоперационное улучшение психологического благополучия пациентов влияет рост выраженности позитивных представлений о перспективах болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В.* Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии. 2003. № 5. С. 11—18.
2. *Гуреева И.Л., Волкова А.Р., Семикова Г.В. и др.* Особенности пищевого поведения и удовлетворенность качеством жизни у пациентов с морбидным ожирением после бариатрической операции // Вестник психотерапии. 2021. № 1(77). С. 116—128.
3. *Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В. и др.* Лечение морбидного ожирения у взрослых // Ожирение и метаболизм. 2018. Том 15. № 1. С. 53—70. DOI:10.14341/OMET2018153-70
4. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов / Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехетерева, 2009. 38 с.

5. *Неймарк А.Е., Еганян Ш.А., Гринева Е.Н.* Психологическое сопровождение пациентов до и после выполнения бариатрических операций // Consilium Medicum. 2016. № 18 (4). С. 53—56.
6. *Четверкина Е.Д., Гуреева И.Л., Исаева Е.Р. и др.* Приверженность к соблюдению врачебных рекомендаций у пациентов с морбидным ожирением до и после бариатрических операций // Ученые записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. 2022. № 29(4). С. 16—24. DOI:10.24884/1607-4181-2022-29-4-16-24
7. *Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П.* Психологическое благополучие личности // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 95—121.
8. *Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А. и др.* Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2017. № 10(51). URL: https://doi.org/10.54359/ps.v10i51.407 (дата обращения: 15.09.2024).
9. *Bartholomay E.M., Cox S., Tabone L. et al.* The role of anxiety and depression in understanding the relationship between coping and weight loss 24 months after bariatric surgery // Surgery for Obesity and Related Diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery. 2023. № 20(3). P. 304—314.DOI:10.1016/j.soard.2023.10.004
10. *Breland J.Y., Fox A.M., Horowitz C.R. et al.* Applying a common-sense approach to fighting obesity // Journal of obesity. 2012. № 8. e710427. DOI:10.1155/2012/710427
11. *Cassin S.E., Sockalingam S., Du C. et al.* A pilot randomized controlled trial of telephone-based cognitive behavioural therapy for preoperative bariatric surgery patients // Behavior Research and Therapy. 2016. № 80. P. 17—22. DOI:10.1016/j.brat.2016.03.001
12. *Chan J.K.Y., Vartanian L.R.* Psychological predictors of adherence to lifestyle changes after bariatric surgery: A systematic review // Obesity science & practice. 2024. № 10(1). e741. DOI:10.1002/osp4.741
13. *Gill H., Kang S., Yena Lee J. et al.* The long-term effect of bariatric surgery on depression and anxiety // Journal of Affective Disorders. 2019. № 246. P. 886—894. DOI:10.1016/j.jad.2018.12.113
14. *Hood M.M., Corsica J., Bradley L.* Managing severe obesity: understanding and improving treatment adherence in bariatric surgery // Journal of Behavioral Medicine. 2016. № 39. P. 1092—1103. DOI:10.1007/s10865-016-9772-4
15. *Jolfaei G.A., Zahedi Y., Pazouki A. et al.* Relationship Between Coping Strategies and Outcome of Bariatric Surgery in Patients With Morbid Obesity (Persian) // Current Psychosomatic Research. 2023. № 1(3). P. 346—359. DOI:10.32598/cpr.1.3.134.1
16. *Kalarchian M.A., Marcus M.D., Levin M.D. et al.* Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: association with obesity and functional health status // The American journal of psychiatry. 2007. № 164(2). P. 328—334.DOI:10.1176/ajp.2007.164.2.328
17. *Kral J.G., Kava R.A., Patrick M. et al.* Severe Obesity: The Neglected Epidemic // Obesity Facts. 2012. № 5(2). P. 254—269. DOI:10.1159/000338566

18. *Leventhal H., Phillips L.A., Burns E.* The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management // Journal of Behavioral Medicine. 2016. № 39(6). P. 935—946. DOI:10.1007/s10865-016-9782-2
19. *McAndrew L.M., Martin J.L., Friedlander M.L. et al.* The common sense of counseling psychology: introducing the Common-Sense Model of self-regulation // Counselling Psychology Quarterly. 2017. № 31(4). P. 497—512. DOI:10.1080/095 15070.2017.1336076
20. *Mittmann G., Schuhbauer M., Schrank B. et al.* Effect of bariatric surgery on anxiety symptoms in morbidly obese patients: A systematic narrative literature review // Journal of Bariatric Surgery. 2023. № 2. P. 53—59. DOI:10.4103/jbs.jbs_5_23
21. *Mora P.A., McAndrew L.M.* Common-Sense Model of Self-regulation // Encyclopedia of Behavioral Medicine / M.D. Gellman, J.R. Turner (Eds). New York: Springer, 2013. P. 460—467. DOI:10.1007/978-1-4419-1005-9_1220
22. *Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M. et al.* Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting // The Journal of Clinical Hypertension. 2008. № 10(5). P. 348—354. DOI:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
23. *Müller A., Hase C., Pommnitz M. et al.* Depression and suicide after bariatric surgery // Current psychiatry reports. 2019. № 21(9). e84. DOI:10.1007/s11920-019-1069-1
24. *Pokorski M., Głuch A.* Perception of Well-Being and Quality of Life in Obese Patients After Bariatric Surgery // Invasive Diagnostics and Therapy / M. Pokorski (Ed.) New York: Springer, 2022. P. 81—90.DOI:10.1007/5584_2021_678
25. *Pyykkö J.E., Aydin O., Gerdes V.E.A. et al.* Psychological functioning and well-being before and after bariatric surgery; what is the benefit of self-compassion? // British Journal of Health Psychology. 2022. № 27. P. 96—115. DOI:10.1111/bjhp.12532
26. *Ribeiro I., de Lourdes M., Gomes C. et al.* Role of Well-Being in Bariatric Surgery Treatment for Severe Obesity // Obesity / S.I. Ahmad (Eds.). New York: Springer, 2024. P. 277—288.DOI:10.1007/978-3-031-62491-9_21
27. *Rongrong Fu.Yu., Zhang Kepin Yu.* Bariatric surgery alleviates depression in obese patients: A systematic review and meta-analysis // Obesity Research & Clinical Practice. 2022. № 16(1). P. 10—16.DOI:10.1016/j.orcp.2021.11.002
28. *Sigit F.S., de Mutsert R., Lamb H.J. et al.* Illness perceptions and health-related quality of life in individuals with overweight and obesity // International Journal of Obesity. 2022. № 46. P. 417—426. DOI:10.1038/s41366-021-01014-x
29. *van Hout, G.C.M., Verschure S.K.M., van Heck G.L.* Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery // Obesity Surgery. 2005. № 15(4). P. 552—560. DOI:10.1381/0960892053723484
30. World Health Organization. Obesity [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/ detail/6-facts-on-obesity (дата обращения: 10.08.2024).
31. *Zhao L., Park S., Ward Z.J. et al.* State-specific prevalence of severe obesity among US adults using self-reported body mass index bias correction // Preventing Chronic Disease. 2023. № 20. e230005. DOI:10.5888/pcd20.230005

REFERENCES

1. Andryushchenko A.V., Drobizhev M.Yu., Dobrovol'skii A.V. Sravnitel'naya otsenka shkal CES-D, BDI i HADS(d) v diagnostike depressii v obshchemeditsinskoi

praktike [A comparative validation of the scale CES-D, BDI, and HADS(d) in diagnosis of depressive disorders in general practice]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2003, №5, pp. 11—18. (In Russ., abstr. in Engl.)

2. Gureeva I.L., Volkova A.R., Semikova G.V. et al. Osobennosti pishchevogo povedeniya i udovletvorennost' kachestvom zhizni u patsientov s morbidnym ozhireniem posle bariatricheskoi operatsii [Features of eating behavior and satisfaction with the quality of life in patients with morbid obesity after bariatric surgery]. *Vestnik psikhoterapii = Bulletin of psychotherapy*, 2021, №1(77), pp. 116—128. (In Russ., abstr. in Engl.)
3. Dedov I.I., Mel'nichenko G.A., Shestakova M.V. et al. Morbid obesity treatment in adults. [Lechenie morbidnogo ozhireniya u vzroslykh]. *Ozhirenie i metabolism = Obesity and metabolism*, 2018, vol.15, №. 1, pp. 53—70.DOI:10.14341/OMET2018153-70 (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Vasserman L.I. et al. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami: posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov [Methodology for psychological diagnostics of ways to cope with stressful and personally problematic situations: a manual for doctors and medical psychologists]. Saint-Petersburg: The St. Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 2009. 38 p. (In Russ.)
5. Neimark A.E., Eganyan Sh.A., Grineva E.N. Psikhologicheskoe soprovozhdenie patsientov do i posle vypolneniya bariatricheskikh operatsii [Psychological assessment of the patients before and after bariatric surgery]. *Consilium Medicum*, 2016, №18(4), pp. 53—56. (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Chetverkina E.D., Gureeva I.L., Isaeva E.R. et al. Priverzhennost' k soblyudeniyu vrachebnykh rekomendatsii u patsientov c morbidnym ozhireniem do i posle bariatricheskikh operatsii [Compliance to medical recommendations in patients with morbid obesity before and after bariatric surgery] // *Uchenye zapiski Pervogo Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta imeni akademika I. P. Pavlova = The Scientific Notes of the Pavlov University*, 2022, №29(4), pp. 16—24.DOI:10.24884/1607-4181-2022-29-4-16-24 (In Russ., abstr. in Engl.)
7. Shevelenkova T.D., Fesenko T.P. Psikhologicheskoe blagopoluchie lichnosti [Psychological well-being of a person] // *Psikhologicheskaya diagnostika = Psychological diagnostics*, 2005, №3, pp. 95—121.
8. Yaltonskii V.M., Yaltonskaya A.V., Sirota N.A. i dr. Psikhometricheskie kharakteristiki russkoyazychnoi versii kratkogo oprosnika vospriyatiya bolezni [Psychometric properties of the Russian version of Brief illness Perception Questionnaire]. *Psikhologicheskie issledovaniya = Psychological Studies*, 2017, №10 (51), pp. 1. DOI:10.54359/ps.v10i51.407 (In Russ., abstr. in Engl.)
9. Bartholomay E.M., Cox S., Tabone L. et al. The role of anxiety and depression in understanding the relationship between coping and weight loss 24 months after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 2023, № 20(3), pp. 304—314. DOI:10.1016/j.soard.2023.10.004
10. Breland J.Y., Fox A.M., Horowitz C.R. et al. Applying a common-sense approach to fighting obesity. *Journal of obesity*, 2012, № 8, 710427. DOI:10.1155/2012/710427

11. Cassin S.E., Sockalingam S., Du C. et al. A pilot randomized controlled trial of telephone-based cognitive behavioural therapy for preoperative bariatric surgery patients. *Behavior Research and Therapy*, 2016, №80, pp. 17—22. DOI:10.1016/j.brat.2016.03.001
12. Chan J.K.Y., Vartanian L.R. Psychological predictors of adherence to lifestyle changes after bariatric surgery: A systematic review. *Obesity science & practice*, 2024, №10(1), pp. 741. DOI:10.1002/osp4.741
13. Gill H., Kang S., Yena Lee J. et al. The long-term effect of bariatric surgery on depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 2019, №246, pp. 886—894. DOI:10.1016/j.jad.2018.12.113
14. Hood M.M., Corsica J., Bradley L. Managing severe obesity: understanding and improving treatment adherence in bariatric surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 2016, №39, pp. 1092—1103 (2016). DOI:10.1007/s10865-016-9772-4
15. Jolfaei G.A., Zahedi Y., Pazouki A. et al. Relationship Between Coping Strategies and Outcome of Bariatric Surgery in Patients With Morbid Obesity (Persian). *Current Psychosomatic Research*, 2023, №1(3), pp. 346-359. DOI:10.32598/cpr.1.3.134.1
16. Kalarchian M.A., Marcus M.D., Levin M.D. et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: association with obesity and functional health status. *The American journal of psychiatry*, 2007, №164(2), pp. 328—334.DOI:10.1176/ajp.2007.164.2.328
17. Kral J.G., Kava R.A., Patrick M. et al. Severe Obesity: The Neglected Epidemic. *Obesity Facts*, 2012, №5(2), pp. 254—69. DOI:10.1159/000338566
18. Leventhal H., Phillips L.A., Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 2016, №39(6), pp. 935-946. DOI:10.1007/s10865-016-9782-2
19. McAndrew L.M., Martin J.L., Friedlander M.L. et al. The common sense of counseling psychology: introducing the Common-Sense Model of self-regulation. *Counselling Psychology Quarterly*, 2017, №31 (4), pp. 497—512. DOI:10.1080/09515070.2017.1336076
20. Mittmann G., Schuhbauer M., Schrank B. et al. Effect of bariatric surgery on anxiety symptoms in morbidly obese patients: A systematic narrative literature review. *Journal of Bariatric Surgery*, 2023, №2, pp. 53-59. DOI:10.4103/jbs.jbs_5_23
21. Mora P.A., McAndrew L.M. Common-Sense Model of Self-regulation. In Gellman M.D., Turner J.R. (Eds). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer, 2013. pp. 460—467. DOI:10.1007/978-1-4419-1005-9_1220
22. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2008, №10(5), pp. 348—354. DOI:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
23. Müller A., Hase C., Pommnitz M. et al. Depression and suicide after bariatric surgery. *Current psychiatry reports*, 2019, №21(9), pp. 84. DOI:10.1007/s11920-019-1069-1
24. Pokorski M., Głuch A. Perception of Well-Being and Quality of Life in Obese Patients After Bariatric Surgery. In Pokorski M. (Ed.). *Invasive Diagnostics and Therapy*, New York: Springer, 2022. pp. 81—90. DOI:10.1007/5584_2021_678

25. Pyykkö J.E., Aydin O., Gerdes V.E.A. et al. Psychological functioning and well-being before and after bariatric surgery; what is the benefit of self-compassion? *British Journal of Health Psychology*, 2022, №27, pp. 96—115. DOI:10.1111/bjhp.12532
26. Ribeiro I., de Lourdes M., Gomes C. et al. Role of Well-Being in Bariatric Surgery Treatment for Severe Obesity. In Ahmad S.I. (Eds.). *Obesity*. New York: Springer, 2024. pp. 277—288. DOI:10.1007/978-3-031-62491-9_21
27. Rongrong Fu.Yu., Zhang Kepin Yu. Bariatric surgery alleviates depression in obese patients: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 2022, №16(1), pp. 10—16. DOI:10.1016/j.orcp.2021.11.002
28. Sigit F.S., de Mutsert R., Lamb H.J. et al. Illness perceptions and health-related quality of life in individuals with overweight and obesity. *International Journal of Obesity*, 2022, № 46, pp. 417—426. DOI:10.1038/s41366-021-01014-x
29. van Hout, G.C.M., Verschure S.K.M., van Heck G.L. Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 2005, №15(4) , pp. 552—560. DOI:10.1381/0960892053723484
30. World Health Organization. Obesity. URL: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/ detail/6-facts-on-obesity (Accessed: 10.08.2024)
31. Zhao L., Park S., Ward Z.J. et al. State-specific prevalence of severe obesity among US adults using self-reported body mass index bias correction. *Preventing Chronic Disease*, 2023, №20, 230005. DOI:10.5888/pcd20.230005

Информация об авторах

Ялтонский Владимир Михайлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «РосУниМед»), г. Москва, Россия, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3337-0123, e-mail: yaltonsky@mail.ru

Абросимов Илья Николаевич, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии взрослых, Московский институт психоанализа (НОЧУ ВО МИП), г. Москва, Россия, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1981-4170, e-mail: i.abrosimov@bk.ru

Сирота Наталья Александровна, доктор медицинских наук, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии, Российский университет медицины (ФГБОУ ВО «РосУниМед»), г. Москва, Россия, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2736-9986, e-mail: sirotan@mail.ru

Ялтонская Александра Владимировна, кандидат медицинских наук, руководитель образовательных программ, Московский институт схема-терапии (ООО «ИСТ»), г. Москва, Россия, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5842-7013, e-mail: y_alex00@mail.ru

Панченкова Мария Дмитриевна, медицинский психолог консультативно-диагностического отделения, Федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России (ФНКЦ ФМБА России), г. Москва, Россия, ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8631-2600, e-mail: panchenkovaaaa@list.ru

Information about the authors

Vladimir M. Yaltonsky, DSc in Medicine, Professor of the Department of Clinical Psychology, Russian University of Medicine, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3337-0123, e-mail: yaltonsky@mail.ru

Ilia N. Abrosimov, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Neuropsychology and Pathopsychology of Adults, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1981-4170, e-mail: i.abrosimov@bk.ru

Natal'ya A. Sirota, DSc in Medicine, Dean of the Faculty of Clinical Psychology, Head of the Department of Clinical Psychology, Russian University of Medicine, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2736-9986, e-mail: sirotan@mail.ru

Alexandra V. Yaltonskaya, PhD in Medicine, Head of Educational Programs, Moscow Institute of Schema-Therapy, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5842-7013, e-mail: y_alex00@mail.ru

Mariya D. Panchenkova, clinical psychologist of the consultative and diagnostic department, Federal Scientific and Clinical Center FMBA of Russia (FSCC FMBA of Russia), Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8631-2600, e-mail: panchenkovaaaa@list.ru

Получена 19.08.2024 Received 19.08.2024
Принята в печать 11.09.2024 Accepted 11.09.2024

Консультативная психология
и психотерапия
2024. Том 32. № 3. С. 48—66
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320303
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology
and Psychotherapy
2024. Vol. 32, no. 3, pp. 48—66
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320303
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И САМООТНОШЕНИЕ ЛИЦ С ПСИХОГЕННЫМ ПЕРЕЕДАНИЕМ

М.В. ФОМИЧЕВА
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3136-4168,
e-mail: mashafom91@mail.ru

Т.А. КАРАВАЕВА
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБУ ВО «СПБГУ»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБУ ВО «СПБГПМУ» Минздрава России),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8798-3702,
e-mail: tania_kar@mail.ru

Актуальность. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 2023 г. избыточный вес наблюдался у 2,5 миллиарда взрослых лиц. Люди с ожирением страдают хроническими соматическими заболеваниями, сталкиваются с социальной изоляцией. Понимание психологических и социальных факторов, связанных с увеличением веса, позволяет разработать эффективные программы, направленные на предотвращение возникновения ожирения и помогающие людям снижать вес. **Цель:** анализ

CC BY-NC

личностных особенностей и самоотношения лиц с избыточной массой тела. **Гипотезы:** лица с психогенным перееданием обладают повышенным уровнем невротизации, перфекционизма и внутренней конфликтности, а также сниженным самопринятием. **Материалы и методы.** Выборка состоит из 101 человека с избыточной массой тела. Все респонденты разделены на три группы по критерию индекса массы тела (ИМТ): группа № 1 — 33 человека с предожирением и ожирением первой степени, средний возраст 40±13 лет; группа № 2— 20 человек с ожирением второй степени, средний возраст 35±12 лет; группа № 3 — 48 человек с ожирением третьей степени, средний возраст 44±10 лет. Психологическое тестирование испытуемых проводилось с помощью следующих методик: «Опросник невротической личности KON-2006», многомерная шкала перфекционизма (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS), опросник для изучения самоотношения. **Результаты.** Анализ результатов исследования показывает высокий уровень невротизации лиц с разным ИМТ во всех группах, нарушение самоотношения прежде всего связано с восприятием своей внешности, перфекционизм не является личностной особенностью, связанной с психогенным перееданием. **Выводы.** Полученные результаты могут быть использованы для разработки и повышения эффективности психологических программ коррекции веса при психогенном переедании, основанных на учете личностных факторов ожирения.

Ключевые слова: психогенное переедание, расстройства пищевого поведения, ожирение, психологические особенности, клинические характеристики, перфекционизм.

Для цитаты: *Фомичева М.В., Караваева Т.А.* Личностные особенности и самоотношение лиц с психогенным перееданием // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 48—66. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320303

PERSONALITY TRAITS AND SELF-ATTITUDES IN INDIVIDUALS WITH PSYCHOGENIC OVEREATING

MARIA V. FOMICHEVA
V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology (Federal State Budgetary Institution «NMIC PN named after V.M. Bekhterev»),
St. Petersburg, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3136-4168,
e-mail: mashafom91@mail.ru

TATIANA A. KARAVAEVA
National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev (NMRC for psychiatry and neurology named after V.M. Bekhterev); Saint—Petersburg State University (SPbSU); Saint—Petersburg State Pediatric Medical University (SPbSPMU);
National Medical Research Center for Oncology named after N.N. Petrov (NMRC for oncology named after N.N. Petrov),
St. Petersburg, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8798-3702,
e-mail: tania_kar@mail.ru

Background. According to the World Health Organization, in 2023, excess weight was observed in 2,5 billion adults aged 18 and older. Individuals with obesity suffer from chronic somatic diseases, face social isolation. Understanding the psychological and social factors behind weight gain allows us to develop effective programs to prevent obesity and help people lose weight. **Objective.** The aim of this study is to analyze the analysis of personality traits and self-attitudes in individuals with excess body mass. **Hypothesis.** Individuals with psychogenic overeating have an increased level of neuroticism, perfectionism and internal conflict, as well as reduced self-acceptance. **Materials and methods.** 101 people with eating disorders were examined. All respondents were divided into three groups according to the criterion of body mass index (BMI): 1 group — 33 people with pre-obesity and obesity of the first degree, average age 40±13 years; 2 group — 20 people with second degree obesity, average age 35±12 years; group 3 — 48 people with third degree obesity, average age 44±10 years. The socio-demographic characteristics of the respondents and medical documentation data were studied. Psychological testing was conducted using: the KON-2006 Neurotic Personality Questionnaire to assess neurotic personality traits, the Multidimensional Perfectionism Scale (MPS), a questionnaire to study self-esteem. **Results.** Analysis of the study results showed a high level of neuroticism for individuals with different BMIs in all groups, the violation of self-attitude is primarily associated with the perception of one's appearance, perfectionism is not a personal feature associated with psychogenic overeating. Low self-esteem of external data is combined in them with narcissism and a positive assessment of their personal characteristics. **Conclusions.** The results obtained can be used to develop and improve the effectiveness of psychological weight correction programs for psychogenic overeating, based on taking into account the personal factors of obesity.

Keywords: psychogenic overeating, eating disorders, obesity, psychological characteristics, clinical characteristics, perfectionism.

For citation: Fomicheva M.V. Personality Traits and Self-Attitudes in Individuals with Psychogenic Overeating. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 48—66. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320303 (In Russ.).

Введение

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 2023 г. избыточный вес наблюдался у 2,5 миллиарда лиц в возрасте 18 лет и старше [6]. Это составляло 43% взрослого населения (43% мужчин и 44% женщин), что является двукратным увеличением с 1990 года [8]. Одним из патогенетических факторов, запускающих процесс набора лишнего веса, является психогенное переедание, которое представляет собой гиперфагическую реакцию на стресс с относительно растянутым во времени эпизодом потребления пищи, приводящим к реактивной тучности.

Психогенное переедание было классифицировано МКБ-10 как расстройство пищевого поведения еще в конце 90-х гг. XX века, но на сегодняшний день его исследование затруднено из-за недостаточной развернутости симптомокомплекса и терминологических неточностей. Понятие «психогенное переедание», которое в МКБ-10 включено в категорию F50.4 «Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями» [7], нередко пересекается и отождествляется в научных трудах с понятием компульсивного, или приступообразного, переедания из DSM-V (307.51), которое носит в этой классификации болезней название «binge-eating disorder» (BED). Между тем это отождествление не является оправданным, поскольку причины, патогенетические механизмы и клиническая картина переедания при этих нарушениях имеют свою специфику. Если компульсивное переедание носит приступообразный характер, принятие пищи ограничено по времени, происходит с высокой скоростью и отличается неразборчивостью человека в продуктах питания, то при психогенном переедании употребление еды может носить избирательный характер, происходить со скоростью обычного приема пищи и при этом быть растянутым во времени в виде серии коротких перекусов [1; 4]. Кроме того, как отмечают J. Alexander с коллегами [14], компульсивное переедание может как приводить, так и не приводить к появлению избыточной массы тела, в то время как при психогенном переедании фактор ожирения является ключевым диагностическим критерием.

Причинами разделения компульсивного и психогенного переедания на два отдельных вида пищевых расстройств выступают не только их клинические признаки, но и личностные особенности пациентов с перееданием. Так, приступообразность и высокая скорость потребления пищи тесно связаны с импульсивностью и вспыльчивостью: А.А. Лифинцева с соавторами [10] подчеркивают, что эти черты препятствуют анализу человеком причин, пробудивших голод, вместо этого он ищет способ моментального удовлетворения потребности. В свою очередь, в основе психогенного переедания в большей степени лежат

тревожная симптоматика [17], низкая толерантность к дистрессу [16; 20]. Существует также и ряд личностных факторов, играющих большую роль в переедании, но не отнесенных строго к конкретному виду расстройства пищевого поведения; одним из таких факторов является перфекционизм. Его роль в модели переедания связывают и с низкой межличностной самооценкой как следствием социально предписанного перфекционизма [18], и с беспокойством по поводу возможных ошибок, рождающим страх и тревогу, которые компенсируются пищей [19]. Научный вопрос, является ли перфекционизм фактором психогенного переедания или связан с компульсивным пищевым поведением, остается открытым.

Исследование личностных особенностей лиц с разным ИМТ, которому посвящена данная работа, позволит не только обозначить психологические предикторы психогенного переедания, но в дальнейшем выработать оптимальный подход к психотерапии таких пациентов. Кроме того, полученные данные позволят разграничить компульсивное и психогенное переедание на основе личностных критериев, в частности перфекционизма.

Цель исследования: анализ личностных особенностей и самоотношения у лиц с психогенным перееданием.

Материалы и методы. Выборка исследования включает 101 респондента с повышенной массой тела (5 мужчин и 96 женщин). Все исследованные лица разделены на три группы по критерию индекса массы тела (ИМТ): группа № 1 — 33 человека с избыточной массой тела и с ожирением первой степени (ИМТ = 25—34,9; средний возраст — 40±13 лет), группа № 2 — 20 человек с ожирением второй степени (ИМТ = 35—39,9; средний возраст — 35±12 лет), группа № 3 — 48 человек (ИМТ = ≥40; средний возраст — 44±10 лет).

ИМТ рассчитывается по формуле: $I = m/h^2$, где I — индекс массы тела, m — масса тела в кг, h — рост в метрах.

Критериями включения в выборку послужили:

— возраст от 18 до 65 лет;

— индекс массы тела ≥ 25 единиц;

— наличие подтвержденного врачом-психиатром или врачом-психотерапевтом диагноза психогенного переедания в рамках Международной классификации болезни 10-го пересмотра (МКБ-10): F50.4;

— подписанное датированное информированное согласие на участие в исследовании;

— отсутствие гормональных нарушений;

— согласие и возможность следовать процедурам протокола исследования;

— способность читать по-русски и заполнять требуемые опросники.

Не были включены в выборку лица со следующими характеристиками:

— наличие соматических заболеваний, которые могут привести к избыточному весу;

— прием препаратов, способствующих набору веса;

— планируемое участие в любых программах лечения психогенного переедания в период исследования;

— наличие психозов в анамнезе;

— выраженное интеллектуально-мнестическое снижение;

— выраженная соматическая патология, которая, по мнению исследователя, препятствует участию пациента в исследовании.

Психологическое тестирование включало в себя использование следующих методик.

1. «Опросник невротической личности KON-2006» (Е. Александрович, 2006, адаптация Г.Л. Исурина, И.В. Грандилевская, П.К. Тромбчиньски, 2017) [5], используемый в данной работе для оценки выраженности ряда невротических черт у лиц с психогенным перееданием. Опросник позволяет провести качественный и количественный анализ личностных черт, предрасполагающих к формированию невротических расстройств [14].

2. Многомерная шкала перфекционизма (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS, П. Хьюитт и Г. Флетт, 1990, в адаптации И.И. Грачевой, 2006) [3], с помощью которой измерялся уровень перфекционизма и его составляющих у лиц с психогенным перееданием. Методика включает в себя оценку трех параметров перфекционизма:

— перфекционизм, ориентированный на себя — характеризуется предъявлением к себе завышенных требований, несоответствие которым влечет острые негативные переживания и невозможность принятия собственных ошибок;

— перфекционизм, ориентированный на других — предполагает нереалистичные ожидания от окружающих и жесткую оценку соответствия этим ожиданиям;

— социально предписанный перфекционизм — проявляется в общей убежденности человека в том, что у других есть завышенные требования к нему, которым необходимо соответствовать, чтобы быть принятым обществом [13].

3. Опросник для изучения отношения к себе (В.В. Столин, С.Р. Пантилеев, 1988) [12]. Опросник включает ряд утверждений, степень согласия с которыми оценивается респондентами по шкале Ликерта. Эти утверждения направлены на изучение следующих аспектов самоотношения: самоприятие (восприятие и оценка своих личностных качеств и поведения), самоуважение (уровень уважения к себе, своим достижениям и качествам), самоакцептация (степень принятия себя, своих сильных и слабых сторон), эмоциональное отношение к себе (чувства, которые человек испытывает по отношению к себе).

Статистический анализ данных проводился с использованием программы SPSS 20. Для сравнения частоты встречаемости номинальных переменных в трех различных подгруппах применялся критерий Краскела—Уоллиса, для попарного сравнения показателей использована поправка Бонферрони.

Результаты исследования

Результаты анализа выраженности невротических черт личности у лиц с разным ИМТ сопоставлялись с нормативными значениями и между изучаемыми группами. Полученные данные представлены на рис. 1.

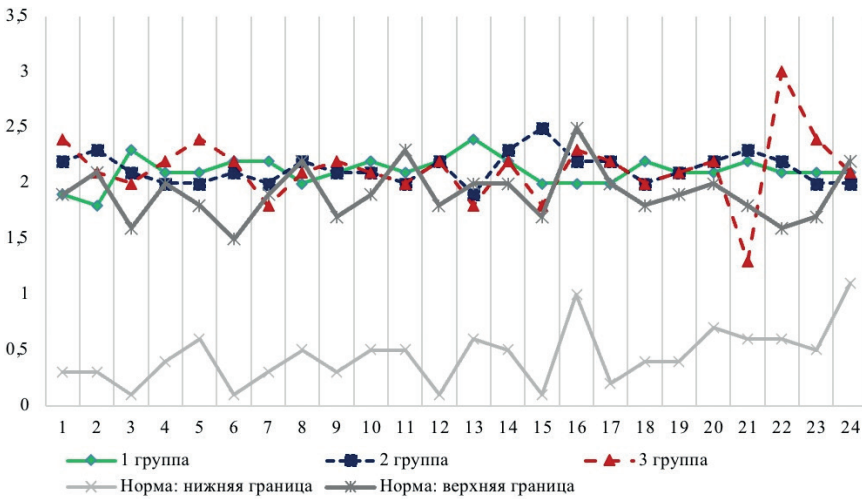

Рис. 1. Выраженность невротических черт у лиц с разным ИМТ по опроснику невротической личности KON-2006, стены:
«1» — чувство зависимости от окружения; «2» — астения; «3» — низкая самооценка; «4» — импульсивность; «5» — сложность в принятии решений; «6» — чувство одиночества; «7» — демобилизация; «8» — рискованное поведение; «9» — сложность эмоциональных отношений; «10» — чувство усталости; «11» — чувство беспомощности; «12» — чувство отсутствия влияния, «13» — низкая мотивированность; «14» — склонность к мечтанию (эскапизм); «15» — чувство вины; «16» — проблемы в межличностных отношениях; «17» — зависть; «18» — нарциссизм; «19» — чувство опасности; «20» — экзальтированность поведения; «21» — иррациональность; «22» — педантизм; «23» — рефлексивность; «24» — чувство эмоциональной и физической перегрузки

Во всех трех группах показатели по большинству шкал превышают нормативные значения, что свидетельствует о высокой невротизации исследуемых пациентов. В группе № 1 превышает норму выраженность 17 невротических черт личности, в группе № 2 — 18 невротических черт, в группе № 3 — 15. Оценка показателей выраженности невротических черт по всей выборке в сравнении с нормативными значениями свидетельствует, что достоверно значимым было повышение по 19 шкалам: чувство зависимости от окружения ($p \le 0,01$), низкая самооценка ($p \le 0,001$), импульсивность ($p \le 0,01$), сложность в принятии решений ($p \le 0,001$), чувство одиночества ($p \le 0,001$), демобилизация ($p \le 0,01$), сложность эмоциональных отношений ($p \le 0,001$), чувство усталости ($p \le 0,01$), чувство отсутствия влияния ($p \le 0,001$), низкая мотивированность ($p \le 0,01$), склонность к мечтанию ($p \le 0,01$), чувство вины ($p \le 0,001$), зависть ($p \le 0,05$), нарциссизм ($p \le 0,01$), чувство опасности ($p \le 0,01$), экзальтированность поведения ($p \le 0,05$), иррациональность ($p \le 0,01$), педантизм ($p \le 0,001$), рефлексивность ($p \le 0,001$).

В рамках изучения невротических черт у лиц с повышенной массой тела были выявлены значимые различия в их выраженности у респондентов с разным ИМТ в зависимости от их принадлежности к конкретной группе. Эти различия представлены в табл. 1.

Таблица 1

Различия в выраженности невротических черт личности у лиц с разным ИМТ по опроснику невротической личности KON-2006

Невротические черты личности	Группы (среднее значение (стены), стандартное отклонение)			Значение критерия Краскела—Уоллиса		Попарное сравнение с учетом поправки Бонферрони		
	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 3	H	p	p (1—2)	p (1—3)	p (2—3)
Астения	1,8 (±0,9)	2,3 (±0,8)	2,1 (±0,9)	11,0	0,005*	0,005*	-	-
Низкая самооценка	2,3 (±0,8)	2,1 (±0,9)	2,0 (±0,8)	12,2	0,005*	0,031*	0,005*	-
Сложность в принятии решений	2,1 (±0,8)	2,0 (±0,8)	2,4 (±0,5)	12,3	0,005*	-	0,005*	0,005*
Низкая мотивированность	2,4 (±0,8)	1,9 (±0,7)	1,8 (±0,8)	10,4	0,005*	0,005*	0,005*	-

Невротические черты личности	Группы (среднее значение (стены), стандартное отклонение)			Значение критерия Краскела—Уоллиса		Попарное сравнение с учетом поправки Бонферрони		
	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 3	H	p	p (1—2)	p (1—3)	p (2—3)
Чувство вины	2,0 (±0,9)	2,5 (±0,7)	1,8 (±0,5)	11,2	0,005*	0,005*	-	0,005*
Нарциссизм	2,2 (±0,9)	2,0 (±0,9)	2,0 (±0,9)	10,9	0,005*	0,005*	0,005*	-
Иррациональность	2,2 (±0,9)	2,3 (±0,9)	1,3 (±0,6)	12,4	0,001*	-	0,001*	0,001*
Педантизм	2,1 (±0,9)	2,2 (±0,8)	3,0 (±0,8)	12,2	0,001*	-	0,001*	0,001*
Рефлексивность	2,1 (±0,9)	2,0 (±0,9)	2,4 (±0,9)	10,7	0,005*	-	0,005*	0,005*

Примечание: «*» — различия значимы ($p \leq 0,05$); H — значение критерия Краскела—Уоллиса; p — математическая погрешность (вероятность ошибки).

В табл. 1 представлены не все шкалы методики KON-2006, а только те из них, по которым между группами респондентов выявлены значимые различия. Наиболее яркими невротическими чертами в группе № 1 являются низкая мотивированность (2,4 стена) и низкая самооценка (2,3 стена). Ряд тестовых вопросов, входящих в шкалу «низкой самооценки», относится к оценке собственной внешности: по этим пунктам респонденты первой группы выразили серьезное недовольство собой. Обращает на себя внимание, что при этом мотивация к изменениям у этих респондентов выражена слабо: они или не верят в то, что смогут исправить ситуацию, или не видят пути решения проблемы. В результате негативные переживания по поводу своего внешнего вида остаются по большей части на уровне эмоций и когнитивных руминаций, не выходя на поведенческий уровень, что может провоцировать интенсивность их нарастания.

Наиболее высоко выраженными невротическими чертами в группе № 2 выступают чувство вины (2,5 стена), астения, склонность к мечтанию и иррациональность (по 2,3 стена). Респонденты винят себя в своих неудачах и промахах, но при этом не чувствуют в себе сил изменить не устраивающие их аспекты. Вероятно, неудовлетворенность в совокупности с ощущением собственной беспомощности приводит их к уходу в иллюзии и фантазии.

Наиболее яркими невротическими чертами лиц в группе № 3 являются педантизм (3 стена), чувство зависимости от окружения, сложность в принятии решений и рефлексивность (по 2,4 стена). Сопоставляя полученные в этой группе результаты с показателями других групп, можно отметить, что при нарастании веса усиливается чувство зависимости от других людей: собственные решения даются сложно, сопровождаются постоянными сомнениями, неуверенностью, мнительностью. По всей видимости, педантизм, стремление делать все очень аккуратно, четко и по правилам, при этом уделяя внимание каждой мелочи, являются способом, позволяющим лицам с ожирением третьей степени снизить ощущение тревоги и страха перед возможной ошибкой.

Сравнительный анализ показал, что низкая самооценка, низкая мотивированность и нарциссизм значительно выше выражены у лиц первой группы, чем у лиц второй ($p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$) и третьей ($p \leq 0,01$) групп. Интересно, что при неприятии лицами из первой группы собственного тела, они ощущают свою личностную исключительность, превосходство над другими, что сочетается со слабо выраженной способностью управлять своей жизнью, реализовывать принятые решения. Такое расхождение представлений о себе и реальных возможностей может быть одной из причин психогенного переедания.

Исследование помимо изучения невротических черт также предполагало изучение особенностей самоотношения лиц с разным ИМТ. Сопоставление выраженности параметров самоотношения с нормативными значениями и между изучаемыми группами представлено на рис. 2.

Анализ полученных данных показал, что у респондентов отсутствуют высокие и низкие показатели по шкалам самоотношения. Самоотношение всех респондентов вне зависимости от веса представлено средненормативными значениями.

Сравнительный анализ различных параметров самоотношения у трех групп представлены в табл. 2.

Выявленные различия параметров самоотношения у лиц с разным ИМТ расположены в диапазоне нормы, поэтому они могут свидетельствовать о наличии тех или иных тенденций. Обращает на себя внимание расхождение между результатами, полученными с помощью опросника для изучения отношения к себе (В.В. Столин, С.Р. Пантилеев), который не показывает нарушений в системе самоотношения, и «Опросника невротической личности KON-2006», где выраженность шкалы «Низкая самооценка» во всех группах значительно превышает норму ($p \leq 0,001$). В связи с этим был проведен качественный анализ утверждений каждого из опросников. Ряд утверждений из опросника KON включает в себя оценку собственного тела («Я ужасно некрасивая», «Смотрясь в зеркало, я испытываю отвращение», «Мне не нравится смотреться в зеркало»), в

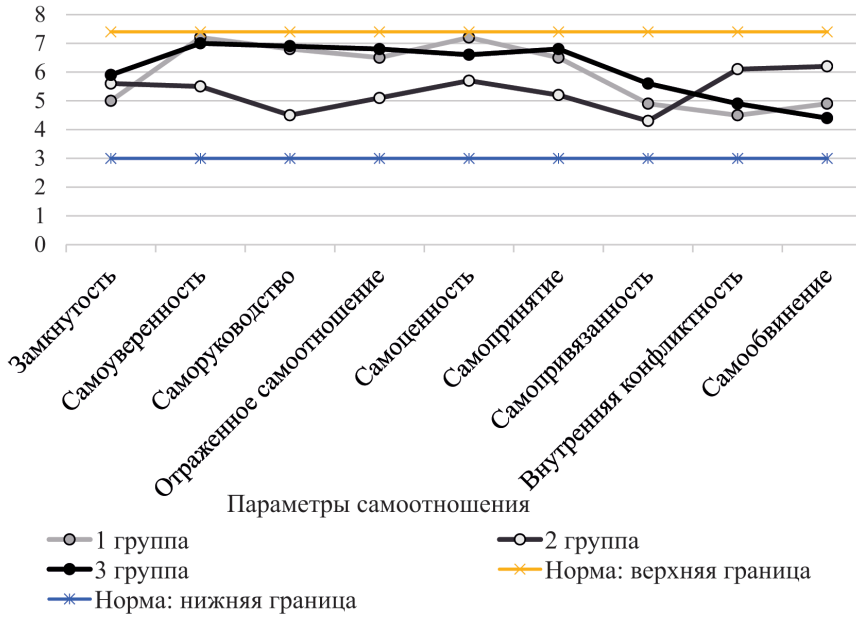

Рис. 2. Выраженность параметров самоотношения лиц с разным ИМТ по опроснику МИС, стены

Таблица 2

Различия выраженности параметров самоотношения у лиц с разным ИМТ по опроснику для изучения отношения к себе В.В. Столина, С.Р. Пантилеева

Параметры самоотношения	Группы (среднее значение (стены), стандартное отклонение)			Значение критерия Краскела—Уоллиса		Попарное сравнение с учетом поправки Бонферрони		
	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 3	H	p	p (1—2)	p (1—3)	p (2—3)
Замкнутость	5,0 (±1,6)	5,6 (±0,9)	5,9 (±1,5)	8,2	0,017*	-	-	-
Самоуверенность	7,2 (±2,2)	5,5 (±1,8)	7 (±2)	10	0,007*	0,016*	-	0,03*
Саморуководство	6,8 (±1,6)	4,5 (±1,2)	6,9 (±1,8)	26,1	0,001*	0,001*	-	0,001*
Отраженное самоотношение	6,5 (±2,1)	5,1 (±2,4)	6,8 (±2,3)	6,9	0,032*	-	-	0,05*

Параметры самоотношения	Группы (среднее значение (стены), стандартное отклонение)			Значение критерия Краскела—Уоллиса		Попарное сравнение с учетом поправки Бонферрони		
	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 3	H	p	p (1—2)	p (1—3)	p (2—3)
Самоценность	7,2 (±2)	5,7 (±2,4)	6,6 (±2)	7,3	0,025*	0,01*	-	-
Самопринятие	6,5 (±2,1)	5,2 (±1,5)	6,8 (±2)	9,4	0,009*	-	-	0,012*
Самопривязанность	4,9 (±1,8)	4,3 (±1,7)	5,6 (±1,9)	7,8	0,021*	-	-	0,034*
Внутренняя конфликтность	4,5 (±1,7)	6,1 (±1,8)	4,9 (±1,9)	6,6	0,058	-	-	-
Самообвинение	4,9 (±2)	6,2 (±1,9)	4,4 (±2,3)	8,1	0,017*	-	-	0,024*

Примечание: «*» — различия значимы ($p \le 0,05$); H — значение критерия Краскела—Уоллиса; p — математическая погрешность (вероятность ошибки).

то время как утверждения из опросника самоотношения направлены на оценку собственной личности («Я уважаю сам себя», «Я человек надежный» и др.). Это свидетельствует о том, что респонденты при недовольстве своим телом и общей внешней привлекательностью положительно оценивают свои личностные качества. Такая в целом дисгармоничная самооценка способствует формированию зависимости от мнения окружающих, которое подтверждается результатами опросника KON.

Заключительный этап исследования предполагал оценку выраженности перфекционизма у лиц с разным ИМТ. Нормативные значения и выраженность его шкал в трех группах опрошенных представлены в табл. 3.

Таблица 3

Выраженность перфекционизма у лиц с разным ИМТ по многомерной шкале перфекционизма П. Хьюитта и Г. Флетта в адаптации И.И. Грачевой

Шкалы перфекционизма	Группы с разным ИМТ (среднее значение (баллы), стандартное отклонение)			Диапазон нормативных значений
	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 3	
Перфекционизм, ориентированный на себя	59,5 (±15)	66,4 (±19,2)	62,3 (±16,8)	49—83

Шкалы перфекционизма	Группы с разным ИМТ (среднее значение (баллы), стандартное отклонение)			Диапазон нормативных значений
	Группа № 1	Группа № 2	Группа № 3	
Перфекционизм, ориентированный на других	55,5 (±12,9)	60,6 (±15,4)	52,6 (±15,4)	43—68
Социально предписанный перфекционизм	50,7 (±14,8)	58,5 (±15)	48,2 (±14,1)	35—65
Интегральная шкала	165,7 (±30,8)	185,5 (±41,3)	163 (±37,2)	160—204

В целом, различные параметры перфекционизма у лиц с разным ИМТ при психогенном переедании соответствуют нормативным значениям. Полученные результаты подтверждают гипотезу о различной психологической личностной структуре, лежащей в основе психогенного переедания и компульсивного переедания.

Обсуждение результатов

Исследования невротических черт личности у лиц с психогенным перееданием немногочисленны и в большинстве своем представляют констатацию факта наличия тех или иных невротических признаков у исследуемых групп, без выявления особенностей этих признаков у лиц с разным ИМТ.

Наиболее изученными в этом случае являются невротические особенности лиц с компульсивным перееданием. Среди свойственных им характеристик отмечаются вспыльчивость, импульсивность, чувство вины, беспомощности, одиночества и др. [10]. Повышенные значения различных невротических черт выявлены и в нашей работе у лиц с психогенным перееданием. Однако подобная констатация является малоинформативной в практическом плане, поскольку не позволяет судить о роли и значимости невротических проявлений в развитии психогенной пищевой зависимости, на что указывают в своей статье Г.О. Самсонова с соавторами [11]: в лабораторных условиях причинно-следственных связей между переживаемыми состояниями и пищевым поведением не обнаружено.

Изучение невротизации лиц с разным ИМТ обладает более высокой прогностичностью, поскольку позволяет сделать вывод о доминировании тех или других проявлений на разных этапах ожирения. Интерес здесь представляет исследование А.В. Приленской, направленное на оценку нервно-психических нарушений у пациентов с зависимым пищевым поведением [9]. Диагнозы пациентов выборки вышеупомянутого исследова-

ния, в отличие от выборки данного исследования, включают в себя всю категорию F50 из МКБ-10 («Расстройства приема пищи»), при этом полученные А.В. Приленской результаты частично пересекаются с результатами, полученными нами выше. Так, по мере увеличения массы тела чувство вины у пациентов уменьшается и возрастает самооценка, что связывается автором с соматизацией негативных переживаний и работой психологических защит. В нашем исследовании самооценка у респондентов постепенно растет, уменьшается недовольство своим телом, а чувство вины, максимальное у лиц с ожирением второй степени, становится значительно меньше при третьей степени ожирения. При этом мы полагаем, что выявленные различия обусловлены не соматизацией негативных эмоций, а тем фактом, что лица по мере роста ожирения смиряются со своим весом.

Говоря о системе Я-концепции людей с расстройствами пищевого поведения, в том числе с психогенным перееданием, ученые указывают на наличие негативного отношения этих лиц к собственной внешности, что подтвердилось и в данном исследовании [2; 10; 11]. Однако их самоотношению к себе как к личности уделялось недостаточно внимания; между тем мы установили, что самоотношение вне зависимости от ИМТ носит положительный характер, что указывает на внутреннюю конфликтность самовосприятия, отсутствие согласованности оценок своего телесного и личностного Я и может быть причиной уязвимости пациентов перед стрессами, обусловливая психогенное переедание.

Другая личностная характеристика, выступившая предметом нашего исследования — перфекционизм — отмечается исследователями как особенность, свойственная пациентам с нарушениями пищевого поведения [11; 19]. Тем не менее, вне зависимости от ИМТ, перфекционизм лиц с психогенным перееданием в нашей работе соответствует нормотипичным значениям. Выявленные данные, по всей видимости, указывают на то, что перфекционизм является чертой лиц с компульсивным перееданием, в то время как в психогенном переедании он не играет значительной роли, уступая место факторам невротизации личности.

Выводы

1. Пациенты с психогенным перееданием характеризуются повышенной невротизацией личности вне зависимости от их массы тела.

2. Наиболее яркими невротическими чертами у лиц с повышенной массой тела и ожирением 1-й степени являются низкая мотивированность и низкая самооценка; у лиц с ожирением 2-й степени — чувство вины, астения, склонность к мечтанию и иррациональность; у лиц с ожирением 3-й степени — педантизм, чувство зависимости от окружения, сложность

в принятии решений и рефлексивность. При нарастании веса усиливается чувство зависимости от других людей, появляются сложности в принятии решений, повышаются неуверенность и мнительность.

3. У пациентов с психогенным перееданием имеется дисгармоничность в самооценке: с одной стороны, непринятие собственной внешности, негативные переживания, связанные с непривлекательностью и восприятием своего тела, с другой стороны, внутренняя убежденность в ценности своей личности, самоуважение.

4. Перфекционизм, как личностная черта, не имеет существенного значения для формирования психогенного переедания, в отличие компульсивного переедания. Большее значение в этом процессе имеет невротический личностный профиль.

Заключение

В процессе работы мы столкнулись с трудностями, связанными со стремлением респондентов к искажению данных о себе на начальном этапе исследования в виде социально желательных ответов или, напротив, драматизации своего состояния в силу действия защитных механизмов или наличия определенных личностных черт. Подобные тенденции преодолевались через проработку мотивации и поиск глубинных личных смыслов психотерапии. В целом, полученные в процессе исследования данные могут быть использованы при определении критериев психогенного переедания и его предикторов, а также для решения вопроса разграничения психогенного и компульсивного переедания. Кроме того, выявленная повышенная невротизация личности у лиц с психогенным перееданием позволит учесть эту специфику при составлении психотерапевтической программы, направленной на предотвращение возникновения ожирения и помогающей людям снижать вес и поддерживать его на здоровом уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аграс В.С., Эпл Р.Ф.* Победить расстройство пищевого поведения. Когнитивно-поведенческая терапия при нервной булимии и психогенном переедании. М.: Диалектика-Вильямс, 2021. 128 с.
2. *Белов В.В., Рудычева О.С.* Личностные особенности лиц, склонных к психогенному перееданию // Психология XXI века. Вызовы нового времени: сб. материалов XVI Международной научно-практической конференции (г. Санкт-Петербург, 26—27 ноября 2020 г.). СПб.: Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина, 2020. С. 153—156.
3. *Грачева И.И.* Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта // Психологический журнал. 2006. Том 27. № 6. С. 73—81.

4. *Емелин К.Э.* Расстройства пищевого поведения, приводящие к избыточному весу и ожирению: классификация и дифференциальная диагностика // М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2015. С. 12—15.
5. *Исурина Г.Л., Грандилевская И.В., Тромбчиньски П.К.* «Опросник KON-2006» — новый метод исследования невротических черт личности [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2017. Том 9. № 6(47). URL: http://mprj.ru (дата обращения: 05.06.2024).
6. *Ковтун О.П., Бродовская Т.О., Устюжанина М.А.* Избыточная масса тела и ожирение у детей как предикторы раннего полового созревания: метаанализ // Вестник Российской академии медицинских наук. 2024. Том 79. № 1. С. 60—69.DOI:10.15690/vramn8810
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): «Психические расстройства и расстройства поведения», адапт. для РФ. М.: Минздрав России, 1998. 512 с.
8. Ожирение: оценка и тактика ведения пациентов: монография / О.М. Драпкина [и др.]. М.: Силицея-Полиграф, 2021. 174 с.
9. *Приленская А.В.* Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым пищевым поведением (клинико-реабилитационный аспект): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2009. 25 с.
10. Психосоциальные факторы компульсивного переедания: метааналитическое исследование / А.А. Лифинцева [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019. № 3. С. 19—27. DOI:10.31363/2313-7053-2019-3-19-27
11. *Самсонова Г.О., Языкова Т.А., Агасаров Л.Г.* Психологические аспекты алиментарного ожирения (обзор литературы) [Электронный ресурс] // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. № 3. С. 133—139. URL: http:// https://elibrary.ru/download/elibrary_35121784_40136544.pdf (дата обращения: 08.07.2024).
12. *Столин В.В., Пантилеев С.Р.* Опросник самоотношения // Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы / Под ред. А.А. Бодалева, И.М. Карлинской, В.В. Столина, С.Р. Пантилеева. М., 1988. С. 123—130.
13. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Московский психотерапевтический журнал. 2004. № 1(40). С. 18—35.
14. *Alexander J., Goldschmidt A.B., Le Grange D.* A Clinician's Guide to Binge Eating Disorder. London: Routledge, 2013. 301 p.
15. *Aleksandrowicz J.W., et al. KON*-2006 — Neurotic personality questionnaire // Psychiatria Polska. 2007. № 41(6). P. 759—778.
16. *Brockmeyer T., et al.* Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders // Comprehensive Psychiatry. 2014. № 55. P. 565—571.
17. *Dingemans A., Danner U., Parks M.* Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review [Электронный ресурс] // Nutrients. 2017 Nov 22. № 9(11). e. 1274. DOI:10.3390/nu9111274
18. *Sherry S.B., Hall P.A.* The perfectionism model of binge eating: tests of an integrative model // J. Pers. Soc. Psychol. 2009. № 96(3). P. 690—709. DOI:10.1037/a0014528

19. *Vicent M., et al.* Perfectionism and binge eating association: a systematic review and meta-analysis [Электронный ресурс] // J. Eat. Disord. 2023. № 11. e101. DOI:10.1186/s40337-023-00817-9
20. *Wang S.B., Lydecker J.A., Grilo C.M.* Rumination in patients with binge-eating disorder and obesity: associations with eating-disorder psychopathology and weight-bias internalization // Eur. Eat. Disord. Rev. 2017. № 25(2). P. 98—103. DOI:10.1002/erv.2499

REFERENCES

1. Agras V.S., Epl R.F. Pobedit' rasstroistvo pishchevogo povedeniya. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pri nervnoi bulimii i psikhogennom pereedanii [Overcoming Eating Disorders: Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder]. Moscow: Dialektika-Vil'yams, 2021. 128 p.
2. Belov V.V., Rudycheva O.S. Lichnostnye osobennosti lits, sklonnykh k psikhogennomu pereedaniyu [Personality traits of people prone to psychogenic overeating]. Psikhologiya XXI veka. Vyzovy novogo vremeni: Sbornik materialov XVI Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii (g. Sankt-Peterburg, 26—27 noyabrya 2020 g.) [Psychology of the 21st Century. Challenges of the New Time: Collection of Materials of the XVI International Scientific and Practical Conference]. Saint Petersburg: Leningradskii gosudarstvennyi universitet imeni A.S. Pushkina, 2020, pp. 153—156.
3. Gracheva I.I. Adaptatsiya metodiki «Mnogomernaya shkala perfektsionizma» P. Kh'yuitta i G. Fletta [Adaptation of the «Multidimensional Perfectionism Scale» method by P. Hewitt and G. Flett]. *Psikhologicheskii zhurnal = Psychological Journal*, 2006, vol. 27, no. 6, pp. 73—81. (In Russ.).
4. Emelin K.E. Rasstroistva pishchevogo povedeniya, privodyashchie k izbytochnomu vesu i ozhireniyu: klassifikatsiya i differentsial'naya diagnostika [Eating disorders leading to overweight and obesity: classification and differential diagnosis]. *FGBU «Federal'nyi meditsinskii issledovatel'skii tsentr psikhiatrii i narkologii» = FSBI «Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology»*, 2015, pp. 12—15. (In Russ.).
5. Isurina G.L., Grandilevskaya I.V., Trombchin'ski P.K. «Oprosnik KON-2006» — novyi metod issledovaniya nevroticheskikh chert lichnosti [Elektronnyi resurs] [«KON-2006 Questionnaire» — a new method for studying neurotic personality traits]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii = Medical Psychology in Russia*, 2017, vol. 9, no 6(47). Available at: http://mprj.ru (Accessed: 05.06.2024). (In Russ.).
6. Kovtun O.P., Brodovskaya T.O., Ustyuzhanina M.A. Overweight and obesity in children as predictors of early puberty: a meta-analysis. *Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk = Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences*, 2024, vol. 79, no. 1. pp. 60—69. DOI 10.15690/vramn8810. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr): «Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya», adapt. dlya RF [International Classification of Diseases (10th revision): «Mental and behavioral disorders»]. Moscow: Minzdrav Rossii, 1998. 512 p.
8. Drapkina O.M. [i dr.]. Ozhirenie: otsenka i taktika vedeniya patsientov: monografiya [Obesity: assessment and management of patients: monograph]. Moscow: Publ. «Silitseya-Poligraf», 2021. 174 p. (In Russ.).

9. Prilenskaya A.V. Pogranichnye nervno-psikhicheskie narusheniya u patsientov s zavisimym pishchevym povedeniem (kliniko-reabilitatsionnyi aspekt). Avtoref. diss. kand. med. nauk. [Borderline neuropsychiatric disorders in patients with addictive eating behavior (clinical and rehabilitation aspect). Ph. D. (Medicine) Thesis]. Tomsk, 2009. 25 p. (In Russ.).
10. Lifintseva A.A., et al. Psychosocial factors in binge eating disorder: a meta-analytic study. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva = Review of Psychiatry and Medical Psychology named after. V.M. Bekhterev*, 2019, no. 3, pp. 19—27.DOI:10.31363/2313-7053-2019-3-19-27. (In Russ., abstr. in Engl.).
11. Samsonova G.O., Yazykova T.A., Agasarov L.G. Psikhologicheskie aspekty alimentarnogo ozhireniya (obzor literatury) [Elektronnyi resurs] [Psychological aspects of nutritional obesity (literature review)]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii. Elektronnoe izdanie = Bulletin of New Medical Technologies. Electronic Edition*, 2018, № 3, pp. 133—139. Available at: http:// https://elibrary.ru/download/elibrary_35121784_40136544.pdf (Accessed: 08.07.2024). DOI 10.24411/2075-4094-2018-16027. (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Stolin V.V., Pantileev S.R. Oprosnik samootnosheniya [Self-Attitude Questionnaire] In Bodaleva A.A. (eds.) *Praktikum po psikhodiagnostike. Psikhodiagnosticheskie materialy [Workshop on psychodiagnostics. Psychodiagnostic materials].* Moscow, 1988, pp. 123—130.
13. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Nartsissizm, perfektsionizm i depressiya [Narcissism, perfectionism and depression]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal = Moscow Psychotherapeutic Journal,* 2004, no. 1 (40), pp. 18—35. (In Russ.).
14. Alexander J., Goldschmidt A.B., Le Grange D. A Clinician's Guide to Binge Eating Disorder. London: Routledge. 2013. 301 p.
15. Aleksandrowicz J.W., et al. KON-2006 — Neurotic personality questionnaire. *Psychiatria Polska*, 2007, no. 41(6), pp. 759—778.
16. Brockmeyer T., et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 2014, no. 55, pp. 565—571.
17. Dingemans A., Danner U., Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. [Electronic resource]. *Nutrients*, 2017 Nov 22, no. 9(11), pp. 1274. DOI:10.3390/nu9111274
18. Sherry S.B., Hall P.A. The perfectionism model of binge eating: tests of an integrative model. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 2009, no. 96(3), pp. 690—709.DOI:10.1037/a0014528
19. Vicent M., et al. Perfectionism and binge eating association: a systematic review and meta-analysis [Electronic resource]. J. Eat. Disord., 2023, no. 11, pp. 101. DOI:10.1186/s40337-023-00817-9
20. Wang S.B., Lydecker J.A., Grilo C.M. Rumination in patients with binge-eating disorder and obesity: associations with eating-disorder psychopathology and weight-bias internalization. *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 2017, no. 25(2), pp. 98—103. DOI:10.1002/erv.2499

Информация об авторах
Фомичева Мария Валерьевна, медицинский психолог, сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени

В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»); рекомендованный гештальт-терапевт, Санкт-Петербургский институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области Гештальта (ЧОУ ДПО СПбИГ) г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: 0000-0003-3136-4168, e-mail: mashafom91@mail.ru

Караваева Татьяна Артуровна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России); профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБУ ВО «СПБГУ»); профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБУ ВО «СПБГПМУ» Минздрава России); ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8798-3702, e-mail: tania_kar@mail.ru

Information about the authors

Maria V. Fomicheva, medical psychologist; specialist of Department for Non-psychotic mental disorders treatment and psychotherapy, Federal State Budget Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of Healthcare Ministry of the Russia, recommended specialist of the Private Educational Institution of Additional Professional Education "St. Petersburg Institute of Advanced Training and Professional Retraining of Specialists in the field of Gestalt", Saint Petersburg, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3136-4168, e-mail: mashafom91@mail.ru

Tatiana A. Karavaeva, Doctor of Medical Sciences, Chief Researcher, Head of the Department for the Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy of the Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after N.N. V.M. Bekhterev" of the Ministry of Health of Russia; Professor of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University; Professor of the Department of General and Applied Psychology with courses in biomedical disciplines and pedagogy of the St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of Russia; Leading Researcher of the Scientific Department of Innovative Methods of Therapeutic Oncology and Rehabilitation, Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Petrov» of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8798-3702, e-mail: tania_kar@mail.ru

Получена 28.06.2024 Received 28.06.2024
Принята в печать 11.09.2024 Accepted 11.09.2024

Консультативная психология
и психотерапия
2024. Том 32. № 3. С. 67—89
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320304
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology
and Psychotherapy
2024. Vol. 32, no. 3, pp. 67—89
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320304
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ, СТРАХ НЕГАТИВНОЙ ОЦЕНКИ ВНЕШНОСТИ И СТЫД СОБСТВЕННОГО ТЕЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Н.А. ПОЛЬСКАЯ
Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-305-5577,
e-mail: polskayana@yandex.ru

Д.К. ЯКУБОВСКАЯ
Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6182-0585, e-mail: darrafy@gmail.com

А.Ю. РАЗВАЛЯЕВА
Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2046-3411,
e-mail: annraz@rambler.ru

Н.В. ВЛАСОВА
Образовательный центр «Протон (ГБОУ «Образовательный центр “Протон”»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7631-5769,
e-mail: nataiviola29@gmail.com

CC BY-NC

Актуальность исследования. В течение последних лет наблюдается рост расстройств пищевого поведения (РПП) наряду с популярностью разнообразных методов контроля веса среди подростков. Несмотря на то, что нарушения межличностного функционирования при РПП подтверждаются во многих исследованиях, личностные факторы, стоящие за этими нарушениями, недостаточно изучены. **Цель**: рассмотреть связи межличностной чувствительности, страха негативной оценки из-за внешности и стыда собственного тела с методами контроля веса в клинической (n = 54) и популяционной (n = 54) выборках девочек-подростков (13—17 лет). **Метод**. Все подростки в очном формате заполнили анкету и три методики: опросник межличностной чувствительности (Boyce, Parker, 1989; Разваляева, Польская, 2021); шкалу страха негативной оценки из-за внешности (Lundgren et al., 2004; Разваляева, Польская, 2020) и феноменологическую шкалу стыда собственного тела (Siegel et al., 2021). **Результаты.** Девочки с РПП чаще сообщали об ограничениях в пище, очистительных методах, обмерах частей тела и множественных методах контроля веса, а девочки из группы сравнения — о занятиях спортом. Страх негативной оценки из-за внешности, стыд собственного тела и межличностная чувствительность значимо выше у девочек с РПП, причем первые две характеристики также связаны с использованием множественных методов контроля веса. **Заключение.** Впервые на клинической выборке русскоязычных девочек-подростков с РПП при сравнении с популяцией обнаружены более выраженные показатели межличностной чувствительности, страха негативной оценки из-за внешности и стыда собственного тела, особенно у девочек, использующих множественные методы контроля веса.

Ключевые слова: межличностная чувствительность, страх негативной оценки из-за внешности, стыд собственного тела, контроль веса, подростки, расстройства пищевого поведения.

Для цитаты: *Польская Н.А., Якубовская Д.К., Разваляева А.Ю., Власова Н.В.* Межличностная чувствительность, страх негативной оценки внешности и стыд собственного тела у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 67—89. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320304

INTERPERSONAL SENSITIVITY, FEAR OF NEGATIVE APPEARANCE EVALUATION AND BODY SHAME IN ADOLESCENT GIRLS WITH EATING DISORDERS

NATALIA A. POLSKAYA
Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva; Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7305-5577,
e-mail: polskayana@yandex.ru

DARIA K. YAKUBOVSKAYA
Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6182-0585,
e-mail: darrafy@gmail.com

ANNA YU. RAZVALIAEVA
Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2046-3411,
e-mail: annraz@rambler.ru

NATALIIA V. VLASOVA
State Budgetary Educational Institution «Proton Educational Center», Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7631-5769,
e-mail: nataiviola29@gmail.com

Study relevance. Recent years have been marked by the rising frequency of eating disorders (EDs) and the growing popularity of various weight control behaviors in adolescents. Although numerous studies have shown that interpersonal functioning is impaired in people with EDs, personal traits reinforcing these impairments have not been studied enough. **Objective**. The study focused on the relationship between interpersonal sensitivity, fear of negative appearance evaluation, body shame and weight control behaviors in clinical (n=54) and community (n=54) samples of adolescent girls (aged 13—17). **Method**. The participants filled out a survey and 3 measures in person. The measures included Interpersonal Sensitivity Measure (Boyce, Parker, 1989; Razvaliaeva, Polskaya, 2021), Fear of Negative Appearance Evaluation scale (Lundgren et al., 2004; Razvaliaeva, Polskaya, 2020), and Phenomenological Body Shame Scale-Revised (Siegel et al., 2021). **Results**. Girls with EDs reported food restrictions, purging, body measurements and multiple weight control behaviors, whereas girls from the community sample reported engaging in sports as

a weight control behavior. Fear of negative appearance evaluation, body shame and interpersonal sensitivity score significantly higher in girls with EDs; the first 2 traits are also related to numerous weight control behaviors. **Conclusion**. The study was the first to show that interpersonal sensitivity, fear of negative appearance evaluation and body shame were more pronounced in Russian-speaking adolescent girls with EDs, especially in girls with numerous weight control behaviors.

Keywords: interpersonal sensitivity, fear of negative appearance evaluation, body shame, weight control behaviors, adolescents, eating disorders.

For citation: Polskaya N.A., Yakubovskaya D.K., Razvaliaeva A.Yu., Vlasova N.V. Interpersonal Sensitivity, Fear of Negative Appearance Evaluation and Body Shame in Adolescent Girls with Eating Disorders. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 67—89. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320304 (In Russ.).

Введение

Значительное место в формировании расстройств пищевого поведения (РПП) у подростков отводится психологическим факторам, среди которых наиболее значимый — неудовлетворенность образом тела [1; 31]. Существенный вклад в эту неудовлетворенность вносит интернализация идеалов худобы, транслируемых в социальных сетях и средствах массовой информации, а также давление со стороны семьи и влияние сверстников [2; 3; 6; 13; 35]. Девочки-подростки более подвержены РПП, так как демонстрируют бо́льшую нестабильность образа Я, низкую самооценку и общую неудовлетворенность своим телом по сравнению с мальчиками [31]. Поведение, направленное на снижение веса среди девочек связано с такими межличностными факторами, как обсуждение сверстниками тем веса и внешности, соблюдение диеты друзьями, а также стремление к худобе как способу повысить свою привлекательность и достичь популярности в среде сверстников [35].

Несколько систематических обзоров, проведенных за последние 11 лет, показали, что РПП связаны:

— с нарушениями межличностного функционирования: социальной дезадаптацией, несформированностью социальных навыков, дефицитом социальной поддержки;

— с нарушениями эмоциональной регуляции в межличностных отношениях: совместными руминациями, подавлением эмоций, зависимостью от одобрения и критики;

— с негативным межличностным опытом [8; 15; 19]; так, пациенты с диагнозом РПП примерно в два раза чаще сообщали, что их дразнили или травили по поводу внешности, причем эта связь была более выраже-

на при нервной булимии и перееданию, а при анорексии данные содержали противоречивые результаты [15].

Для возникновения симптомов РПП важен не только опыт реальных трудностей в межличностных взаимодействиях, но и «...процесс, посредством которого эти взаимодействия интернализуются и формируют часть образа Я» [8, с. 156], что приводит к развитию таких личностных характеристик (представлений, установок), которые усиливают уязвимость в отношениях с другими людьми (например, недоверие, страх негативной оценки, страх близости).

Результаты недавнего сравнительного исследования, проведенного на выборках студентов без РПП и женщин с приступообразным перееданием, продемонстрировали разрыв между текущими социальными взаимодействиями и межличностной уязвимостью: межличностный стресс не был связан с симптоматикой РПП и недовольством своим телом/весом ни в одной из групп; при этом чувствительность к отвержению (склонность ожидать отвержение и критику от других людей) показала значимые связи с недовольством телом в обеих группах и с перееданием — в группе женщин с РПП [26].

Таким образом, личностные характеристики, связанные с уязвимостью в межличностных отношениях, могут оказывать негативное влияние на образ тела даже при отсутствии текущих межличностных стрессоров. В данном исследовании мы относим к подобным характеристикам межличностную чувствительность, страх негативной оценки внешности и стыд собственного тела. Изучение этих параметров особенно важно при обсуждении РПП в подростковом возрасте, который отличается высокой субъективной ценностью межличностных отношений [12], восприимчивостью к социальным оценкам и общественному неприятию [29], а также повышенным вниманием подростка к собственному телу и к тому, как его тело воспринимают другие.

Межличностная чувствительность, страх негативной оценки из-за внешности и стыд собственного тела в исследованиях расстройств пищевого поведения. Под *межличностной чувствительностью* подразумевается чрезмерная озабоченность поведением, эмоциями других людей, страх критики и отвержения [4; 10]. Межличностная чувствительность является более сильным предиктором булимии, чем симптомы депрессии [4]. Чувствительность к отвержению — личностная диспозиция, близкая к межличностной чувствительности (и ее возможная предпосылка), — рассматривается в качестве предиктора ограничений в питании и беспокойства в отношении веса и фигуры [9].

Страх негативной оценки из-за внешности характеризуется опасениями выглядеть внешне непривлекательно в глазах других людей и рассматривается как значимый фактор риска развития РПП [16]. Страх негативной оценки определяется в качестве медиатора связи социокультурных идеалов внешности и нарушений пищевого поведения [33]; он

может способствовать интернализации идеала худобы и усиливать беспокойство о собственном теле и весе [7; 18]. Среди условно здоровых школьников, в первую очередь у девочек, была выявлена связь страха негативной оценки с беспокойством о весе и фигуре [32].

Стыд собственного тела описывается как переживание стыда из-за действительного или мнимого физического несовершенства [22]. Авторы метаанализа, нацеленного на изучение связи стыда и РПП, не только подтверждают эту связь, но и указывают на модерирующую роль возраста: чем младше были респонденты, тем эта связь была сильнее [22]. В исследовании, проведенном на выборке хорватских школьников, стыд собственного тела выступил одним из наиболее сильных предикторов нарушений пищевого поведения; более высокие показатели стыда собственного тела наблюдались у девочек [20].

В данной статье на клинической выборке девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения и в группе сравнения рассмотрены связи межличностной чувствительности, страха негативной оценки из-за внешности и стыда собственного тела с методами контроля веса.

Новизна исследования заключается:

— в качественном подходе к сбору и анализу данных о методах контроля веса, на основе чего были выделены методы, свойственные именно обследуемой группе девочек, а не использовались унифицированные данные, полученные на других выборках и другими исследователями;

— впервые используется феноменологическая шкала стыда собственного тела [28]; несмотря на то, что стыд собственного тела тесно связан с симптомами РПП [22], русскоязычных методик по оценке этого параметра практически нет; преимуществом данной шкалы является то, что формулировка и содержание вопросов подходят для подростков;

— межличностная чувствительность как личностная диспозиция (а не симптом текущего психологического дистресса) остается малоизученной, поэтому исследование межличностной чувствительности в рамках подростковой клиники РПП расширяет представление о самом конструкте и его специфике.

В качестве общей гипотезы выступило предположение о связи методов контроля веса с межличностной чувствительностью, стыдом собственного тела и чувствительностью к отвержению из-за внешности у девочек-подростков с диагностированными расстройствами пищевого поведения и девочек-подростков из группы сравнения.

Метод

Процедура и выборка. Исследование проводилось на базе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков име-

ни Г.Е. Сухаревой г. Москвы (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ») с февраля 2023 г. по июль 2024 г. (протокол Локального этического комитета № 1-23 от 18.01.2023). Участие в исследовании было добровольным, на основе информированного согласия.

В исследовании принимали участие две группы респондентов — клиническая и группа сравнения. Критериями включения в клиническую группу были: женский пол, возраст от 13 до 17 лет, наличие диагностированного расстройства пищевого поведения на момент текущей госпитализации; отсутствие клинически значимых нарушений мышления и снижения интеллекта.

В клиническую группу вошли 54 девочки ($M_{возраст} = 14,38 \pm 1,2$), из них 98,1% — русские, 1,9% — указали принадлежность к другим этническим группам, проживающим на территории РФ. В общеобразовательной школе обучаются 48 девочек (из них одна — в онлайн-школе; одна — на домашнем обучении), 4 девочки учатся в колледже и 2 — отметили, что на данный момент нигде не учатся; 53 — проживают с родителями, одна — с другими родственниками. У всех девочек диагностировано расстройство, относящееся к классу расстройств приема пищи:

— нервная анорексия (F50.9) — n = 32;

— атипичная нервная анорексия (F50.1) — n = 12;

— нервная булимия (F50.2) — n = 1;

— атипичная нервная булимия (F50.3) — n = 4;

— другие расстройства приема пищи (F50.8) — n = 1;

— другие смешанные расстройства эмоций и поведения и коморбидное расстройство приема пищи неуточненное (F92.8, F50.9) — n = 1;

— депрессивный эпизод и коморбидная нервная анорексия (F32.10, F50.0) — n = 2;

— смешанное тревожное и депрессивное расстройство и коморбидная нервная анорексия (F41.2, F50.0) — n = 1.

Из них были первично госпитализированы 45 (83,3%), повторно — 9 (16,7%) девочек.

Кроме клинической группы была набрана группа сравнения из девочек-подростков, обучающихся в государственном бюджетном образовательном учреждении г. Москвы — «Образовательный центр “Протон”». Критериями включения в группу сравнения являлись: женский пол, возраст от 13 до 17 лет, отсутствие установленного психического расстройства. Всего были включены в группу 54 девочки в возрасте 13—17 лет ($M_{возраст} = 14,37 \pm 1,12$ лет); из них 83,3% — русские, 16,7% указали принадлежность к другим этническим группам, проживающим на территории РФ. 53 девочки отметили, что проживают с родителями, одна девочка проживала в Центре содействия семейному воспитанию.

Подросткам предлагался комплект материалов, содержащий анкету и опросники и предназначенный для самостоятельного заполнения.

Методики заполнялись в присутствии психолога: (а) индивидуально — в клинической группе; (б) индивидуально или в мини-группах из 2—4 человек — в группе сравнения.

Методики.

1. *Анкета,* включала вопросы, ответы на которые позволяли измерить основные социодемографические характеристики, а также собрать информацию о методах контроля веса: (а) закрытый вопрос — «Контролируете ли вы свой вес?»; (б) открытый вопрос — «Какие методы контроля веса вы использовали за последние шесть месяцев?». В клинической выборке также задавался вопрос: «Сколько вам было лет, когда начали контролировать свой вес?».

2. *Опросник межличностной чувствительности Ф. Бойса и Г. Паркера в адаптации А.Ю. Развиляевой и Н.А. Польской* [4; 10], состоит из 22 пунктов, степень согласия с которыми варьируется от «частично не соответствует» до «полностью соответствует». Опросник включает в себя три шкалы: 1) зависимость от оценок окружающих (в совокупной выборке: $\alpha = 0{,}91$, в клинической группе: $\alpha = 0{,}92$); 2) страх отвержения ($\alpha = 0{,}82/0{,}87$); 3) беспокойство в межличностных отношениях ($\alpha = 0{,}70/0{,}79$). Общий балл межличностной чувствительности: $\alpha=0{,}93/0{,}94$. Значения альфы Кронбаха (α), указанные здесь и далее, получены на данной выборке.

3. *Шкала «Страх негативной оценки из-за внешности», разработанная Л. Парк и адаптированная А.Ю. Развиляевой и Н.А. Польской* [5; 16], направлена на оценку выраженности страха, обусловленного предполагаемым несоответствием своего внешнего вида социально одобряемым образцам. Шкала состоит из 6 пунктов, ответы оцениваются по пятибалльной шкале (от «совсем нет» до «очень сильно»). Подсчитывается суммарный балл ($\alpha = 0{,}94/0{,}96$).

4. *Краткая версия Феноменологической шкалы стыда собственного тела — Phenomenological Body Shame Scale-Revised* [28], основана на методике, разработанной Б. Фредериксон. Шкала состоит из 8 пунктов. В настоящее время нами проводится адаптация данной шкалы на русскоязычной выборке. Перед началом работы со шкалой предлагается следующая инструкция: «Представьте, что Вы стоите перед зеркалом и смотрите на свое тело. Укажите степень, в которой Вы испытываете каждое из описанных чувств по предоставленной шкале». Пример вопроса: «Когда я смотрю на себя в зеркало ... мне хочется прикрыть свое тело». Выбор ответов варьируется — от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен». К настоящему моменту шкала прошла первичную психометрическую проверку (совокупная выборка составила более 600 человек) с подтверждением однофакторной структуры: объясненная дисперсия 63,49%; факторные нагрузки по пунктам — от 0,69 до 0,88; альфа Кронбаха в данном исследовании на совокупной и клинической выборках: $\alpha = 0{,}93$.

Анализ данных. Для анализа данных использовался статистический пакет SPSS ver. 23: частоты и описательные статистики, таблицы сопряженности, непараметрические критерии, корреляционный анализ. Скрипт на языке R (ver. 4.2.3) использовался для статистического анализа различий между коэффициентами корреляции в разных группах: коэффициенты корреляции Спирмена преобразовывались в подобие коэффициентов Пирсона (по формуле, предложенной Майерс с соавторами [21]), затем высчитывались коэффициенты z Фишера. Различие в корреляциях рассматривалось как разница между двумя z-коэффициентами (Δz), которое могло быть сопоставлено с z-распределением для поиска уровня значимости (p). Также высчитывались d Коэна — стандартные показатели различий между группами, позволяющие интерпретировать их силу (размер эффекта): $d < 0,2$ — нет эффекта; d между 0,2 и 0,5 — небольшое различие; d между 0,5 и 0,8 — среднее различие; $d > 0,8$ — сильное различие.

Результаты

Результаты оценки методов контроля веса. На вопрос «Контролируете ли вы свой вес?» все девочки клинической группы ответили утвердительно. Возраст начала контроля веса указали 44 (81,48%) девочки, из них одна девочка указала, что контролирует свой вес с 7-летнего возраста; 3 дев. — с 9 лет; 8 дев. — с 11 лет; 8 дев. — с 12 лет; 14 дев. — с 13 лет; 9 дев. — с 14 лет; одна девочка — с 15 лет. Средний возраст, в котором девочки начинают контролировать свой вес — $12,36 \pm 1,5$ лет.

В группе сравнения контроль веса подтвердили 19 (35,2%) девочек; 35 (64,8%) ответили отрицательно.

На основе качественного анализа ответов на вопрос «Какие методы контроля веса вы использовали за последние шесть месяцев?» были выделены подгруппы девочек, использующие:

1) только очистительные методы контроля веса;

2) только ограничение приема пищи, включая диеты, голодание;

3) только обмеры объемов (рук, ног), взвешивание и подсчет калорий;

4) только занятия спортом (упражнения, ходьба, бег) и здоровое питание;

5) множественные методы контроля веса, как правило, сочетающие очистительное, ограничительное поведение, взвешивание и физические упражнения.

В табл. 1 представлено распределение ответов девочек из клинической группы и группы сравнения, подтвердивших, что контролируют свой вес, и указавших методы его контроля.

Таблица 1

Распределение ответов по методам контроля веса

Методы контроля веса	**Клиническая группа (n = 54)**	**Группа сравнения (n = 19)**	**Хи-квадрат Пирсона**
Очищение	5	0	$\chi^2(4) = 54{,}17$, $p < 0{,}001$
Ограничение	15	1	
Обмеры, взвешивание и подсчет калорий	13	2	
Спорт и здоровое питание	0	15	
Множественные методы контроля веса	21	1	

Как видно из табл. 1, большинство девочек из группы сравнения используют для контроля веса занятия спортом и здоровое питание, тогда как большинство девочек из клинической группы отметили, что они ограничивают себя в приемах пищи, используя голодание и диеты (n = 15); кроме того, многие указали множественные методы контроля веса (n = 21), в которых наряду с очищением и ограничением использовались обмеры, подсчет калорий, взвешивание и физические упражнения, направленные на увеличение расхода калорий.

Связи между межличностной чувствительностью, страхом негативной оценки из-за внешности и стыдом собственного тела в клинической группе и группе сравнения. Связи между шкалами межличностной чувствительности, страха негативной оценки из-за внешности и стыда собственного тела подсчитывались с помощью коэффициента корреляции Спирмена (табл. 2).

Таблица 2

Связи между межличностной чувствительностью, страхом негативной оценки из-за внешности и стыдом собственного тела в клинической группе и группе сравнения (корреляции Спирмена)

Шкалы	**МЧ — Общий балл**	**МЧ — Зависимость от оценок**	**МЧ — Страх отвержения**	**МЧ — Беспокойство в отношения**	**Страх негативной оценки из-за внешности**	**Стыд собственного тела**
МЧ — Общий балл	-	$0{,}88^{***}$	$0{,}66^{***}$	$0{,}63^{***}$	$0{,}71^{***}$	$0{,}56^{***}$
МЧ — Зависимость от оценок	$0{,}95^{***}$	-	$0{,}42^{*}$	$0{,}44^{**}$	$0{,}79^{***}$	$0{,}37^{*}$

Шкалы	МЧ — Общий балл	МЧ — Зависимость от оценок	МЧ — Страх отвержения	МЧ — Беспокойство в отношения	Страх негативной оценки из-за внешности	Стыд собственного тела
МЧ — Страх отвержения	0,89***	0,81***	-	0,13	0,45**	0,58***
МЧ — Беспокойство в отношениях	0,85***	0,73***	0,61***	-	0,25	0,39*
Страх негативной оценки из-за внешности	0,85***	0,81***	0,81***	0,65***	-	0,39*
Стыд собственного тела	0,71***	0,66***	0,68***	0,57***	0,82***	-

Примечание: «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$; «***» — $p < 0,001$ (после поправки Холма—Бонферрони). МЧ — межличностная чувствительность. Над диагональю («-») — значения в группе сравнения, под диагональю — в клинической группе.

В клинической группе было получено больше значимых связей, они были более сильными, чем в группе сравнения, особенно для параметра стыда собственного тела. При сравнении корреляционных связей между одинаковыми парами переменных в клинической группе и группе сравнения были получены различия для следующих пар:

— общий балл межличностной чувствительности — страх отвержения (разница z-коэффициентов: $\Delta z = 3,39$; d Коэна — 0,68, $p < 0,01$);

— зависимость от оценок окружающих — страх отвержения ($\Delta z = 3,54$, $d = 0,71$, $p < 0,01$);

— беспокойство в межличностных отношениях — страх отвержения ($\Delta z = 3$, $d = 0,6$, $p < 0,05$);

— страх отвержения — страх негативной оценки из-за внешности ($\Delta z = 3,3$, $d = 0,66$, $p<0,05$);

— страх негативной оценки из-за внешности — стыд собственного тела ($\Delta z = 3,97$, $d = 0,79$, $p < 0,01$).

Во всех случаях связь между переменными в группе сравнения была значимо слабее, чем в клинической группе, а размер эффекта был средним.

Различия по параметрам межличностной чувствительности, страха негативной оценки из-за внешности и стыда собственного тела в группах, контролирующих и не контролирующих свой вес, и в группах, выделенных на основе предпочитаемого метода контроля веса. С помощью непараметрических критериев был проведен анализ групповых различий по выраженности межличностной чувствительности, страха негативной оценки

из-за внешности и стыда собственного тела.

По параметру контроля веса были выделены три группы: группа А — клиническая, контролируют свой вес; группа В — группа сравнения, контролируют свой вес; группа С — группа сравнения, не контролируют свой вес.

Межличностная чувствительность и страх негативной оценки из-за внешности оказались значимо выше у госпитализированных девочек-подростков, чем в группе сравнения (вне зависимости от того, контролировали они свой вес или нет). Стыд собственного тела был значимо выше в клинической выборке только при сравнении с группой подростков, отметивших, что не контролируют свой вес (табл. 3).

Таблица 3

Сравнение групп по параметру контроля веса

Шкалы	**Клиническая группа (А)**	**Группа сравнения — да (В)**	**Группа сравнения — нет (С)**	**Критерий Краскелла—Уоллиса**	**Критерий Данна ($p < 0,05$)**
	M±SD				
МЧ	55,8±13,9	47,7±13,1	47,9±9,81	$\chi^2(2) = 8,95$, $p<0,05$	AB, AC
СНОВ	18,6±7,73	12,9±6,62	13,5±6,82	$\chi^2(2) = 12,53$, $p<0,001$	AB, AC
Стыд	2,49±1,13	2,02±1,14	1,89±1,01	$\chi^2(2) = 8,66$, $p<0,05$	AC

Примечание: МЧ — межличностная чувствительность; СНОВ — страх негативной оценки из-за внешности; Стыд — стыд собственного тела. Результаты критерия Данна (попарное сравнение групп) приведены после применения поправки на множественные сравнения Холма—Бонферрони.

Для того чтобы провести более глубокий анализ исследуемых показателей у респондентов, которые контролировали свой вес, были выделены подгруппы по методам контроля веса (на основании описанного выше качественного анализа): А — ограничение; В — Очищение; С — Обмеры, взвешивание и подсчет калорий; D — Спорт и здоровое питание; Е — Множественные методы контроля веса.

Сравнение этих групп показало, что стыд собственного тела и страх негативной оценки из-за внешности были значимо выше в группе тех, кто указал множественные методы контроля веса, по сравнению с подростками, отметившими спорт и здоровое питание. По параметру межличностной чувствительности значимые различия не выявлены (табл. 4).

Таблица 4

Сравнение групп по методам контроля веса

Шкалы	Ограничени	Очищени	Обмеры, взвешивание и подсчет калори	Спорт и здоровое питание	Множественные методы контроля веса	Критерий Краскелла—Уоллиса	Критерий Данна ($p < 0,05$)
	A	B	C	D	E		
	M (SD)						
МЧ	55,2 (14,7)	53,4 (13,7)	51,4 (13,9)	46,1 (11,4)	59,4 (13,7)	$\chi^2(4) = 8,23$, ns	-
СНОВ	16,1 (8,07)	19 (9,03)	16,9 (7,1)	12,6 (6,63)	20,6 (7,44)	$\chi^2(4) = 9,88$, $p<0,05$	DE
Стыд	2,36 (1,1)	2,9 (1,33)	2,12 (1)	1,8 (1,02)	2,82 (1,17)	$\chi^2(4) = 10,23$, $p<0,05$	DE

Примечание: МЧ — межличностная чувствительность; СНОВ — страх негативной оценки из-за внешности; Стыд — стыд собственного тела. Результаты критерия Данна (попарное сравнение групп) приведены после применения поправки на множественные сравнения Холма—Бонферрони; ns — незначимые различия.

Обсуждение

Целью данного исследования было определение связей между параметрами контроля веса и межличностной чувствительностью, страхом негативной оценки из-за внешности, стыдом собственного тела у девочек-подростков. Исследование проводилось в клинической выборке среди госпитализированных девочек с РПП (преимущественно с нервной анорексией); для сравнения использовались данные, собранные в идентичной по возрасту популяции девочек-подростков, обучающихся в общеобразовательной школе.

Методы контроля веса. В результате классификации методов контроля веса было выделено пять групп. Несмотря на то, что более трети девочек-подростков из группы сравнения подтвердили, что также контролируют свой вес, методы, которые они для этого используют, существенно отличаются от методов, применяемых девочками из клинической группы. Как и в более раннем нашем исследовании [25], девочки клинической группы указали радикальные методы контроля веса, включающие процедуры очищения, ограничение приема пищи, специфические обмеры тела (например обмер запястья), взвешивание, подсчет калорий;

почти половина девочек отметили, что используют множественные методы (например, существенно ограничивают прием пищи и воды, принимают мочегонные и слабительные препараты, подсчитывают калории, выполняют изнурительные физические упражнения).

В англоязычной литературе подобные методы обозначают как экстремальные. Отмечается, что наиболее часто, как и в нашей выборке, используются ограничительные методы, очистительные (компенсаторные) методы — несколько реже [24]. Наряду с множественными методами, очистительные методы контроля веса являются индикатором более выраженной психопатологии [30; 27].

В популяционной группе чаще всего использовались физические упражнения для «поддержания себя в форме», что соответствует данным предыдущих лет — занятия спортом являются наиболее распространенным методом контроля веса среди условно здоровых подростков в различных странах [23].

Только в клинической группе были получены данные о возрасте начала контроля веса, однако значимых связей исследуемых личностных характеристик по данному параметру обнаружить не удалось, что, возможно, обусловлено небольшими и неоднородными по численности возрастными подгруппами. Несмотря на то, что у большинства девочек начало контроля веса приходится на ранний подростковый возраст, 12 из 44 девочек с РПП указали возраст от 7 до 11 лет — это может свидетельствовать о рано формирующемся недовольстве собственным телом. Средний возраст начала контроля веса в клинической выборке приходится на 12 лет, что согласуется с наблюдениями зарубежных исследователей — наибольший рост симптомов РПП приходится на возраст от 12 до 15 лет [11].

Связи между межличностной чувствительностью, страхом негативной оценки внешности и стыдом собственного тела. В клинической группе были получены более сильные связи между компонентами межличностной чувствительности, а также между межличностной чувствительностью, страхом негативной оценки из-за внешности и стыдом собственного тела. Одним из ключевых симптомов РПП является завышенная значимость веса и формы тела [14], в связи с чем тело может восприниматься девочками с РПП как непосредственный источник и причина переживаемого межличностного отвержения. Стыд собственного тела, в данном случае, гораздо сильнее связан с представлениями о своем теле как об инструменте межличностного взаимодействия.

Причины возникновения таких сильных связей могут быть разными. С одной стороны, это свидетельство личностной незрелости и недостаточной дифференцированности как представлений о себе и своем теле, так и собственных чувств по отношению к своему телу и реакций на него

других людей. С другой стороны, подобная диффузность представлений о своих личностных и телесных качествах и их интеграция в едином образе уязвимого Я может служить одним из признаков позиции самообъективации, формирующейся в процессе усвоения социокультурных идеалов внешней привлекательности [2; 3].

Различия по параметрам межличностной чувствительности, страха негативной оценки из-за внешности и стыда собственного тела в группах, контролирующих и не контролирующих свой вес, и в группах, выделенных на основе предпочитаемого метода контроля веса. Повышенная межличностная чувствительность и страх негативной оценки из-за внешности отличали клиническую группу от обеих групп сравнения (девочек-подростков, которые контролировали свой вес, и тех из них, которые не предпринимали усилий по контролю веса). Страх негативной оценки из-за внешности — предиктор таких симптомов нарушений пищевого поведения у взрослых женщин, как переедание, применение очистительных и ограничительных стратегий контроля веса, избегание «запрещенной» пищи, страх полноты и ориентированность на внешность [16]. Недавние исследования на неклинических подростковых выборках показывают, что страх негативной оценки из-за внешности также опосредует связь между обидными высказываниями сверстников по поводу внешнего вида и ограничениями в пище у девочек-подростков [34]. Межличностная чувствительность мало изучалась в связи с расстройствами пищевого поведения у подростков, однако она может быть предиктором тревоги по поводу своего внешнего облика [17].

Стыд собственного тела, наоборот, связан как с контролем веса вне зависимости от принадлежности респондента к клинической или популяционной группе, так и с повышением тяжести РПП (что выражается в сочетании множественных методов контроля веса). Это согласуется с результатами метаанализа, показавшего, что стыд собственного тела имеет высокую связь с общими признаками нарушений пищевого поведения, и особенно сильно эта связь проявляется в подростковом возрасте [22].

Таким образом, стыд собственного тела выступает более чувствительным индикатором проблем, связанных с недовольством своей внешностью, что выражается в усилиях по ее изменению, в то время как межличностная чувствительность и страх негативной оценки из-за внешности характерны для подростков с более сильными, клинически выраженными нарушениями пищевого поведения.

Ограничения исследования: а) ограниченная по объему выборка; б) использование шкал самоотчета, поэтому в ответах нельзя полностью исключить намеренные или случайные искажения; в) корреляционный тип исследования, не позволяющий установить причинно-следствен-

ные связи между методами контроля веса, тяжестью симптомов РПП и исследуемыми личностными характеристиками. Неравномерное распределение по группам РПП не позволило провести сравнение между клиническими подгруппами. Тем не менее впервые на клинической выборке русскоязычных девочек-подростков с РПП при сравнении с популяцией обнаружены более выраженные показатели межличностной чувствительности, страха негативной оценки из-за внешности и стыда собственного тела, прежде всего у тех, кто использует множественные методы контроля веса. В будущем необходимы сравнительные исследования указанных личностных характеристик среди девочек с разными типами РПП, включая коморбидную психопатологию. Также требуются дальнейшие качественные исследования межличностной уязвимости к РПП не только в подростковом, но и в предподростковом возрасте с целью изучения субъективных причин и путей формирования этой уязвимости, что может быть использовано при планировании экспериментальных исследований или для разработки методик, направленных на диагностику нарушений пищевого поведения. Учитывая роль межличностной уязвимости в формировании психопатологии, поиск путей ее преодоления за счет формирования здорового образа Я и устойчивости к межличностным стрессорам — важное направление для будущих исследований.

Выводы

Поведение, связанное с контролем веса, может начаться до вступления девочек в подростковый возраст, что подтверждает раннюю интернализацию социокультурных образцов физической привлекательности, которые еще до пубертата начинают определять образ тела.

Методы, которые используют девочки для контроля веса, существенно различаются у клинической группы и группы сравнения. Если для большинства девочек из группы сравнения это занятия спортом, то у девочек из клинической группы преобладали вредные для здоровья, множественные, экстремальные методы контроля веса.

Страх негативной оценки из-за внешности, стыд собственного тела и межличностная чувствительность оказались более выраженными у девочек, контролирующих свой вес, причем первые две из этих характеристик были выше при сочетании разных методов контроля веса. Самыми сильными между исследуемыми личностными характеристиками оказались связи в клинической группе, что указывает на высокую межличностную уязвимость девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Мешкова Т.А., Митина О.В., Александрова Р.В.* Факторы риска нарушений пищевого поведения у девочек-подростков неклинической популяции: многомерный подход // Consortium Psychiatricum. 2023. Том 4. № 2. С. 21—39. DOI:10.17816/CP6132
2. *Польская Н.А., Новикова Я.Д.* Самообъективация, социальные сети и психическое здоровье [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2023. Том 12. № 3. С. 83—92. DOI:10.17759/jmfp.2023120308 (дата обращения: 01.07.2024)
3. *Польская Н.А., Якубовская Д.К.* Идеализация тела в социальных медиа // Психологический журнал. 2022. Том 43. № 2. С. 128—141. DOI: 10.31857/S020595920018771-4
4. *Развaляева А.Ю., Польская Н.А.* Психометрические свойства русскоязычной трехфакторной версии опросника межличностной чувствительности // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 28. № 4. С. 73—94. DOI:10.17759/cpp.2021290405
5. *Развaляева А.Ю., Польская Н.А.* Русскоязычная адаптация методик «Чувствительность к отвержению из-за внешности» и «Страх негативной оценки внешности» // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 4. С. 118—143. DOI:10.17759/cpp.2020280407
6. *Суханова А.В., Холмогорова А.Б.* Семейный контекст нарушений пищевого поведения у подростков: популяционное исследование родителей и обоснование задач психопрофилактики и психотерапии // Современная терапия психических расстройств. 2022. № 1. С. 56—67. DOI:10.21265/PSYPH.2022.60.1.006
7. *Холмогорова А.Б., Рахманина А.А.* Трехфакторная шкала физического перфекционизма — новый инструмент диагностики патогенных стандартов внешности в современной культуре // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28. № 4. С. 98—117. DOI:10.17759/cpp.2020280406
8. *Arcelus J., Haslam M., Farrow C., et al.* The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: a systematic review and testable model // Clinical Psychology Review. 2013. Vol. 33(1). P. 156—167. DOI:10.1016/j.cpr.2012.10.009
9. *Bondü R., Bilgin A., Warschburger P.* Justice sensitivity and rejection sensitivity as predictors and outcomes of eating disorder pathology: A 5-year longitudinal study // International Journal of Eating Disorders. 2020. Vol. 53. P. 926—936. DOI:10.1002/eat.23273
10. *Boyce P., Parker G.* Development of a scale to measure interpersonal sensitivity // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1989. Vol. 23(3). P. 341—351. DOI:10.1177/000486748902300320
11. *Breton É., Dufour R., Côté S.M., et al.* Developmental trajectories of eating disorder symptoms: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood // Journal of Eating Disorders. 2022. Vol. 10(1). P. 84—94. DOI:10.1186/s40337-022-00603-z
12. *Burnett Heyes S., Jih Y.R., Block P., et al.* Relationship reciprocation modulates resource allocation in adolescent social networks: developmental effects // Child Development. 2015. Vol. 86(5). P. 1489—1506. DOI:10.1111/cdev.12396

13. *D'Anna G., Lazzeretti M., Castellini G., et al.* Risk of eating disorders in a representative sample of Italian adolescents: prevalence and association with self-reported interpersonal factors // Eating and Weight Disorders. 2022. Vol. 27(2). P. 701—708. DOI:10.1007/s40519-021-01214-4
14. *Forrest L. N., Jones P. J., Ortiz S. N., et al.* Core psychopathology in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A network analysis // The International journal of eating disorders. 2018. Vol. 51(7). P. 668—679. DOI:10.1002/eat.22871
15. *Lie S.Ø., Rø Ø., Bang L.* Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis // International Journal of Eating Disorders. 2019. Vol. 52(5). P. 497—514. DOI:10.1002/eat.23035
16. *Lundgren J.D., Anderson D.A., Thompson J.K.* Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders // Eating Behaviors. 2004. Vol. 5(1). P. 75—84. DOI:10.1016/S1471-0153(03)00055-2
17. *Maftei A.* How do social networks, controlling parenting, and interpersonal sensitivity contribute to adolescents' appearance anxiety? [Электронный ресурс] // Current Psychology. 2023. Vol. 42. P. e27035—e27046. DOI:10.1007/s12144-022-03839-9 (дата обращения: 01.07.2024).
18. *Maraldo T.M., Zhou W., Dowling J., et al.* Replication and extension of the dual pathway model of disordered eating: The role of fear of negative evaluation, suggestibility, rumination, and self-compassion // Eating Behaviors. 2016. Vol. 23. P. 187—194. DOI:10.1016/j.eatbeh.2016.10.008
19. *Mason T.B., Dayag R., Dolgon-Krutolow A., et al.* A systematic review of maladaptive interpersonal behaviors and eating disorder psychopathology // Eating Behaviors. 2022. Vol. 45. P. 101—601. DOI:10.1016/j.eatbeh.2022.101601
20. *Mustapic J., Marcinko D., Vargek P.* Body shame and disordered eating in adolescents // Current Psychology. 2017. Vol. 36(3). P. 447—452. DOI:10.1007/s12144-016-9433-3
21. *Myers L., Sirois M.J.* Differences between Spearman correlation coefficients [Электронный ресурс] // Encyclopedia of Statistical Sciences. 2nd ed. Vol. 12. / N. Balakrishnan et al. (eds.) Hoboken, NJ: Wiley, 2005. P. e7901—e7903. DOI:10.1002/0471667196.ess5050 (дата обращения: 01.07.2024
22. *Nechita D.M., Bud S., David D.* Shame and eating disorders symptoms: A meta-analysis [Электронный ресурс] // International Journal of Eating Disorders. 2021. Vol. 54(11). P. e1899—e1945. DOI:10.1002/eat.23583 (дата обращения: 01.07.2024).
23. *Ojala K., Vereecken C., Välimaa R., et al.* Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross-national survey [Электронный ресурс] // The international journal of behavioral nutrition and physical activity. 2007. Vol. 4. Article №. 50. DOI:10.1186/1479-5868-4-50 (дата обращения: 19.09.2024).
24. *Ortega-Luyando M., Alvarez-Rayón G., Garner D. M., et al.* Systematic review of disordered eating behaviors: Methodological considerations for epidemiological research // Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios. 2015. Vol. 6(1). P. 51—63. DOI:10.1016/j.rmta.2015.06.001
25. *Polskaya N.A., Basova A.Y., Razvaliaeva A.Y., et al.* Non-suicidal self-injuries and suicide risk in adolescent girls with eating disorders: associations with weight control,

body mass index, and interpersonal sensitivity // Consortium Psychiatricum. 2023. Vol. 4(2). P. 65—77. DOI:10.17816/CP6803
26. *Schell S.E., Racine S.E.* Reconsidering the role of interpersonal stress in eating pathology: Sensitivity to rejection might be more important than actual experiences of peer stress [Электронный ресурс] // Appetite. 2023. Vol. 187. P. e106588. DOI:10.1016/j.appet.2023.106588 (дата обращения: 01.07.2024).
27. *Serra R., Di Nicolantonio C., Di Febo R., et al.* The transition from restrictive anorexia nervosa to binging and purging: a systematic review and meta-analysis // Eating and weight disorders: EWD. 2022. Vol. 27(3). P. 857—865. DOI:10.1007/s40519-021-01226-0
28. *Siegel J.A., Huellemann K.L., Calogero R.M., et al.* Psychometric properties and validation of the Phenomenological Body Shame Scale—Revised (PBSS-R) // Body Image. 2021. Vol. 39. P. 90—102. DOI:10.1016/j.bodyim.2021.06.001
29. *Sisk L.M., Gee D.G.* Stress and adolescence: vulnerability and opportunity during a sensitive window of development // Current Opinion in Psychology. 2022. Vol. 44. P. 286—292. DOI:10.1016/j.copsyc.2021.10.005
30. *Stiles-Shields E., Labuschagne Z., Goldschmidt A. B., et al.* The use of multiple methods of compensatory behaviors as an indicator of eating disorder severity in treatment-seeking youth // The International journal of eating disorders. 2012. Vol. 45(5). P. 704—710. DOI:10.1002/eat.22004
31. *Suarez-Albor C.L., Galletta M., G mez-Bustamante E.M.* Factors associated with eating disorders in adolescents: A systematic review [Электронный ресурс] // Acta Bio Medica: Atenei Parmensis. 2022. Vol. 93(3). P. e2022253. DOI:10.23750/abm.v93i3.13140 (дата обращения: 01.07.2024).
32. *Trompeter N., Bussey K., Hay P., et al.* Fear of negative evaluation and weight/shape concerns among adolescents: the moderating effects of gender and weight status // Journal of Youth and Adolescence. 2018. Vol. 47(7). P. 1398—1408. DOI:10.1007/s10964-018-0872-z
33. *Wang R., Gan Y., Wang X., et al.* Mediating effect of negative appearance evaluation on the relationship between eating attitudes and sociocultural attitudes toward appearance [Электронный ресурс]// Frontiers in Psychiatry. 2022. Vol. 13. P. e776842. DOI:10.3389/fpsyt.2022.776842 (дата обращения: 01.07.2024
34. *Wang, Y., Qiao, X., Wang, J. et al.* Peer appearance teasing and restrained eating among chinese adolescent girls: a mediation model of fear of negative appearance evaluation and body surveillance // Child Psychiatry & Human Development. 2024. Vol. 55. P. 1127—1134. DOI:10.1007/s10578-022-01478-6
35. *Wertheim E.H., Paxton S.J., Schutz H.K., et al.* Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin // Journal of Psychosomatic Research. 1997. Vol. 42(4). P. 345—55. DOI:10.1016/s0022-3999(96)00368-6

REFERENCES

1. Meshkova T.A., Mitina O.V., Aleksandrova R.V. Risk factors of disordered eating in adolescent girls from a community sample: a multidimensional approach. *Consortium Psychiatricum,* 2023. Vol. 4 (2), pp. 21—39. DOI:10.17816/CP6132

2. Polskaya N.A., Novikova Y.D. Self-objectification, social media and mental health [Elektronnyi resurs]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Journal of Modern Foreign Psychology*, 2023. Vol. 12 (3), pp. 83—92. DOI:10.17759/jmfp.2023120308. (In Russ., abstr. in Engl.) (Accessed 01.07.2024)
3. Polskaya N.A., Yakubovskaya D.K. Idealizatsiya tela v sotsial'nykh media [Body idealization in the social media]. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 2022. Vol. 43 (2), pp. 128—141. DOI: 10.31857/S020595920018771-4
4. Razvaliaeva A. Yu., Polskaya N.A. Psikhometricheskie svoistva russkoyazychnoi trekhfaktornoi versii oprosnika mezhlichnostnoi chuvstvitel'nosti [Psychometric properties of the Russian Three-Factor Interpersonal Sensitivity Measure]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, № 4, pp. 73—94. DOI:10.17759/cpp.2021290405. (In Russ., abstr. in Engl.)
5. Razvalyaeva A.Yu., Polskaya N.A. Russkoyazychnaya adaptatsiya metodik «Chuvstvitel'nost' k otverzheniyu iz-za vneshnosti» i «Strakh negativnoi otsenki vneshnosti» [Validating Appearance-Based Rejection Sensitivity and Fear of Negative Appearance Evaluation scales in the Russian sample]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy,* 2020. Vol. 28, № 4, pp. 118—143. DOI:10.17759/cpp.2020280407. (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Sukhanova A.V., Kholmogorova A.B. Semeinyi kontekst narushenii pishchevogo povedeniya u podrostkov: populyatsionnoe issledovanie roditelei i obosnovanie zadach psikhoprofilaktiki i psikhoterapii [Family context of eating problems in adolescents: population study among parents and rationale for specific targets of psychological prevention and psychotherapy]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv = Current Therapy of Mental Disorders*, 2022, № 1, pp. 56—67. DOI:10.21265/PSYPH.2022.60.1.006
7. Kholmogorova A.B., Rakhmanina A.A. Trekhfaktornaya shkala fizicheskogo perfektsionizma — novyi instrument diagnostiki patogennykh standartov vneshnosti v sovremennoi kul'ture [Three-Factor Physical Perfectionism Scale as a new tool for the assessment of the pathogenic appearance standards in the modern culture]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2020. Vol. 28, № 4, pp. 98—117. DOI:10.17759/cpp.2020280406. (In Russ., abstr. in Engl.)
8. Arcelus J., Haslam M., Farrow C., et al. The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: a systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 2013. Vol. 33 (1), pp. 156—167. DOI:10.1016/j.cpr.2012.10.009
9. Bondü R., Bilgin A., Warschburger P. Justice sensitivity and rejection sensitivity as predictors and outcomes of eating disorder pathology: A 5-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 2020. Vol. 53, pp. 926—936. DOI:10.1002/eat.23273
10. Boyce P., Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1989. Vol. 23 (3), pp. 341—351. DOI:10.1177/000486748902300320
11. Breton É., Dufour R., Côté S.M., et al. Developmental trajectories of eating disorder symptoms: A longitudinal study from early adolescence to young

adulthood [Elektronnyi resurs]. *Journal of Eating Disorders*, 2022. Vol. 10 (1), p. 84. DOI:10.1186/s40337-022-00603-z (Accessed 01.07.2024)
12. Burnett Heyes S., Jih Y.R., Block P., et al. Relationship reciprocation modulates resource allocation in adolescent social networks: developmental effects. *Child Development*, 2015. Vol. 86 (5), pp. 1489—1506. DOI:10.1111/cdev.12396
13. D'Anna G., Lazzeretti M., Castellini G., et al. Risk of eating disorders in a representative sample of Italian adolescents: prevalence and association with self-reported interpersonal factors. *Eating and Weight Disorders*, 2022. Vol. 27 (2), pp. 701—708. DOI:10.1007/s40519-021-01214-4
14. Forrest L. N., Jones P. J., Ortiz S. N., et al. Core psychopathology in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A network analysis // *The International journal of eating disorders*, 2018. Vol. 51 (7), pp. 668—679. DOI:10.1002/eat.22871
15. Lie S.Ø., Rø Ø., Bang L. Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 2019. Vol. 52 (5), pp. 497—514. DOI:10.1002/eat.23035
16. Lundgren J.D., Anderson D.A., Thompson J.K. Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders. *Eating Behaviors*, 2004. Vol. 5 (1), pp. 75—84. DOI:10.1016/S1471-0153(03)00055-2
17. Maftei A. How do social networks, controlling parenting, and interpersonal sensitivity contribute to adolescents' appearance anxiety? [Elektronnyi resurs]. *Current Psychology*, 2023. Vol. 42, pp. 27035—27046. DOI:10.1007/s12144-022-03839-9 (Accessed 01.07.2024)
18. Maraldo T. M., Zhou W., Dowling J., et al. Replication and extension of the dual pathway model of disordered eating: The role of fear of negative evaluation, suggestibility, rumination, and self-compassion. *Eating Behaviors*, 2016. Vol. 23, pp. 187—194. DOI:10.1016/j.eatbeh.2016.10.008
19. Mason T.B., Dayag R., Dolgon-Krutolow A., et al. A systematic review of maladaptive interpersonal behaviors and eating disorder psychopathology. *Eating Behaviors*, 2022. Vol. 45, pp. 101—601. DOI:10.1016/j.eatbeh.2022.101601
20. Mustapic J., Marcinko D., Vargek P. Body shame and disordered eating in adolescents. *Current Psychology,* 2017. Vol. 36 (3), pp. 447—452. DOI:10.1007/s12144-016-9433-3
21. Myers L., Sirois M.J. Differences between Spearman correlation coefficients [Elektronnyi resurs]. In N. Balakrishnan et al. (eds.), *Encyclopedia of Statistical Sciences. 2nd ed. Vol. 12.* Hoboken, NJ: Wiley, 2005, pp. 7901—7903. DOI:10.1002/0471667196.ess5050 (Accessed 01.07.2024)
22. Nechita D.M., Bud S., David D. Shame and eating disorders symptoms: A meta-analysis [Elektronnyi resurs]. *International Journal of Eating Disorders*, 2021. Vol. 54 (11), pp. 1899—1945. DOI:10.1002/eat.23583 (Accessed 01.07.2024).
23. Ojala K., Vereecken C., Välimaa R. Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross-national survey [Elektronnyi resurs]. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 2007, Vol. 4, Article no. 50. DOI:10.1186/1479-5868-4-50 (Accessed 19.09.2024)

24. Ortega-Luyando M., Alvarez-Rayón G., Garner D. M., et al. Systematic review of disordered eating behaviors: Methodological considerations for epidemiological research. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*. 2015, Vol. 6 (1), pp. 51—63. DOI:10.1016/j.rmta.2015.06.001
25. Polskaya N.A., Basova A.Y., Razvaliaeva A.Y., et al. Non-suicidal self-injuries and suicide risk in adolescent girls with eating disorders: associations with weight control, body mass index, and interpersonal sensitivity. *Consortium Psychiatricum*, 2023. Vol. 4 (2), pp. 65—77. DOI:10.17816/CP6803
26. Schell S.E., Racine S.E. Reconsidering the role of interpersonal stress in eating pathology: Sensitivity to rejection might be more important than actual experiences of peer stress [Elektronnyi resurs]. *Appetite*, 2023. Vol. 187, p. e106588. DOI:10.1016/j.appet.2023.106588 (Accessed 01.07.2024)
27. Serra R., Di Nicolantonio C., Di Febo R., et al. The transition from restrictive anorexia nervosa to binging and purging: a systematic review and meta-analysis. *Eating and weight disorders:EWD*, 2022. Vol. 27 (3), pp. 857—865. DOI:10.1007/s40519-021-01226-0
28. Siegel J.A., Huellemann K.L., Calogero R.M., et al. Psychometric properties and validation of the Phenomenological Body Shame Scale—Revised (PBSS-R). *Body Image*, 2021. Vol. 39, pp. 90—102. DOI:10.1016/j.bodyim.2021.06.001
29. Sisk L.M., Gee D.G. Stress and adolescence: vulnerability and opportunity during a sensitive window of development. *Current Opinion in Psychology*, 2022. Vol. 44, pp. 286—292. DOI:10.1016/j.copsyc.2021.10.005
30. Stiles-Shields E., Labuschagne Z., Goldschmidt A. B. et al. The use of multiple methods of compensatory behaviors as an indicator of eating disorder severity in treatment-seeking youth. *The International journal of eating disorders,* 2012. Vol. 45 (5), pp. 704—710. DOI:10.1002/eat.22004
31. Suarez-Albor C.L., Galletta M., G mez-Bustamante E.M. Factors associated with eating disorders in adolescents: A systematic review [Elektronnyi resurs]. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 2022. Vol. 93 (3), p. e2022253. DOI:10.23750/abm.v93i3.13140 (Accessed 01.07.2024)
32. Trompeter N., Bussey K., Hay P., et al. Fear of negative evaluation and weight/shape concerns among adolescents: the moderating effects of gender and weight status. *Journal of Youth and Adolescence*, 2018. Vol. 47 (7), pp. 1398—1408. DOI:10.1007/s10964-018-0872-z
33. Wang R., Gan Y., Wang X., et al. Mediating effect of negative appearance evaluation on the relationship between eating attitudes and sociocultural attitudes toward appearance [Elektronnyi resurs]. *Frontiers in Psychiatry*, 2022. Vol. 13, p. 776842. DOI:10.3389/fpsyt.2022.776842 (Accessed 01.07.2024)
34. Wang, Y., Qiao, X., Wang, J. et al. Peer appearance teasing and restrained eating among chinese adolescent girls: a mediation model of fear of negative appearance evaluation and body surveillance. *Child Psychiatry & Human Development*, 2024. Vol. 55, pp. 1127—1134. DOI:10.1007/s10578-022-01478-6
35. Wertheim E.H., Paxton S.J., Schutz H.K., et al. Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 1997. Vol. 42 (4), pp. 345—55. DOI:10.1016/s0022-3999(96)00368-6

Информация об авторах

Польская Наталия Анатольевна, доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник научно-организационного отдела, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»); профессор кафедры клинической психологии и психотерапии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7305-5577, e-mail: polskayana@yandex.ru

Якубовская Дарья Кирилловна, младший научный сотрудник научно-организационного отдела, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6182-0585, e-mail: darrafy@gmail.com

Разваляева Анна Юрьевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории познавательных процессов и математической психологии, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2046-3411, e-mail: annraz@rambler.ru

Власова Наталия Валериевна, кандидат психологических наук, руководитель школьной службы психологического благополучия, педагог-психолог, Образовательный центр «Протон» (ГБОУ «Образовательный центр “Протон”»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7631-5769, e-mail: nataiviola29@gmail.com

Information about the authors

Natalia A. Polskaya, Doctor of Psychology, Leading Researcher, Department of Scientific Organization, Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva; Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7305-5577, e-mail: polskayana@yandex.ru

Daria K. Yakubovskaya, Junior Researcher, Department of Scientific Organization, Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6182-0585, e-mail: darrafy@gmail.com

Anna Yu. Razvaliaeva, PhD in Psychology, Researcher, Laboratory of Cognitive Processes and Mathematical Psychology, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2046-3411, e-mail: annraz@rambler.ru

Nataliia V. Vlasova, PhD in Psychology, Head of the Mental Well-Being Service, Counselor, State Budgetary Educational Institution «Proton Educational Center», Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7631-5769, e-mail: nataiviola29@gmail.com

Получена 11.08.2024 Received 11.08.2024
Принята в печать 16.09.2024 Accepted 16.09.2024

Консультативная психология
и психотерапия
2024. Том 32. № 3. С. 90—95
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320305
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology
and Psychotherapy
2024. Vol. 32, no. 3, pp. 90—95
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320305
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ОТ ИССЛЕДОВАНИЙ К ПРАКТИКЕ

В настоящем дайджесте рассматриваются значимые изменения в понимании расстройств пищевого поведения (РПП), которые могут влиять на успешность их лечения. Описываются предложения по повышению эффективности терапии РПП и улучшению качества исследований по данной проблеме, приводятся данные о применении таких форм помощи при РПП как психодинамическая терапия и интенсивное лечение.

Для цитаты: Терапия расстройств пищевого поведения: от исследований к практике // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 90—95. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320305

THERAPY OF EATING DISORDERS: FROM RESEARCH TO PRACTICE

This digest reviews recent significant changes that can play a role in the treatment of eating disorders. It also contains proposals on improving the efficacy of treatment in general and investigation of the outcome of intensive treatment and psychodynamic group therapy for patients with eating disorders.

For citation: Therapy of Eating Disorders: From Research to Practice. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 90—95. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320305 (In Russ., abstr. in Engl.).

CC BY-NC

Расстройства пищевого поведения (РПП) — это общее название психических расстройств, при которых темы веса и формы тела являются сверхценными для пациентов. РПП характеризуются такими нарушениями пищевого поведения, как различные ограничения в питании, приступообразное переедание и/или последующее отрыгивание поглощенной еды. РПП ассоциированы с повышенными показателями смертности, в том числе вследствие суицидов, и приводят к тяжелым неблагоприятным физическим и психологическим последствиям.

Лечение РПП включает применение психотерапевтических методов и психообразовательных интервенций, а также, при необходимости, лекарственную терапию и медицинское наблюдение. Психотерапия является самой важной частью лечения РПП. Она предполагает регулярные встречи с психологом или иным специалистом, специально подготовленным в области лечения РПП. Продолжительность психотерапии может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет. К задачам психотерапии при РПП относят: помощь в улучшении паттернов питания пациентов и в восстановлении их веса до нормального уровня; замену нездоровых пищевых привычек на здоровые; развитие навыков эмоциональной саморегуляции, совладания со стрессом и решения проблем; повышение качества отношений с окружающими людьми.

Подходами, доказавшими свою эффективность в лечении РПП, являются усиленная когнитивно-бихевиоральная терапия, семейная психотерапия и диалектическая поведенческая терапия.

Настоящий дайджест освещает последние научные данные в области лечения РПП и содержит предложения по повышению эффективности помощи при РПП и улучшению качества исследований по данной проблеме.

Новое понимание лечения РПП и старые протоколы терапии

За последние двадцать лет в практике лечения РПП произошли значительные перемены: были испытаны новые методы терапии РПП, изменилось представление о психическом здоровье, значимые культурные достижения привели к сдвигам в социальном ландшафте, а появление новых технологий сбора и обработки информации обеспечило реализацию более глубоких исследований в этой области. В результате значительно расширилось понимание сущности и механизмов РПП, а также возможностей их лечения. Вместе с тем новое понимание не всегда находило отражение в клинической практике.

В статье, опубликованной в профильном журнале, австралийские специалисты рассматривают изменения в понимании РПП, которые в наибольшей степени повлияли на работу клинических психологов в об-

ласти терапии этого вида расстройств. В опоре на современные научные данные авторы обзора предлагают включить в существующую клиническую практику набор новых элементов, описанный ниже, а также дают рекомендации по улучшению дизайна будущих исследований.

В статье обсуждаются два широко используемых доказательных вида терапии — усиленная когнитивно-бихевиоральная терапия (CBT-E) и терапия, основанная на семье (Family Based Treatment, FBT) — с точки зрения их соответствия потребностям современных пациентов, ограничений этих методов и их способности интегрировать новое знание.

Авторы приводят данные исследований о последствиях голодания для головного мозга, о роли генетики, нейробиологии и нейропластичности мозга в появлении РПП. Среди изменений, произошедших за последние годы, упоминаются обширные социокультурные сдвиги, например принятие разнообразия людей, включая гендерный аспект, нейроотличия, этнические особенности, различия в размерах и форме тела и т. п. Отдельно говорится о важности признания большей ценности индивидуального жизненного опыта, связанного с безопасным питанием.

В статье предлагается ориентироваться на более индивидуализированные и гибкие подходы к лечению по сравнению с теми, которые были прописаны в клинических руководствах более двадцати лет назад.

Более гибкий подход к лечению РПП с учетом индивидуальных особенностей пациентов должен соответствовать, по мнению авторов, следующим критериям: 1) обеспечение по—настоящему релевантного, современного уровня психообразования, основанного на данных последних исследований, учитывающих индивидуальные особенности конкретного человека; 2) принятие решений об организации помощи, наиболее подходящей для конкретного пациента, обеспечение терапии усилиями мультидисциплинарной бригады с участием, как минимум, врача общей практики, психолога/психиатра и диетолога (в старых руководствах это обычно был один специалист); 3) разработка целей лечения должна быть совместной; выбор целей опирается на текущие потребности и ценности пациента, из чего следует, что мишени терапии могут быть разными для разных людей; 4) адаптация терапии под потребности разнообразных популяций пациентов; 5) учет социокультурных сдвигов, произошедших в последние двадцать лет, в том числе учет роли электронных социальных сетей; 6) формирование модулей лечения с включением адъюктивных техник, подобранных под нужды конкретного пациента (например, в зависимости от личностных особенностей или проблем пациента дополнительным фокусом работы может быть перфекционизм, эмоциональная неустойчивость, ранние дезадаптивные схемы, пассивность; под каждую из названных мишеней должны быть подобраны соответствующие наиболее эффективные техники работы из подходов с доказанной эффектив-

ностью — КБТ, ДБТ, схема—терапии и т. п.); 7) наличие обновленного дизайна исследований: отход от дизайна традиционного рандомизированного контролируемого испытания, использование формата смешанных методов сбора данных — количественных и качественных, которые могут взаимно дополнять друг друга, использование возможностей новых технологий из областей компьютерной техники, генетики, нейробиологии, нейромодуляции, психофармакологии.

Авторы статьи, однако, отмечают, что в настоящее время существует мало доказательств, что персонализированные адаптации клинических рекомендаций ведут к улучшению исхода у лиц с РПП по сравнению с традиционными формами работы. Это направление является приоритетным для будущих исследований.

Оригинал: *Byrne S.M., Fursland A.* New understandings meet old treatments: putting a contemporary face on established protocols // Journal of Eating Disorders. 2024. № 12 (1). e26. DOI: 10.1186/s40337-024-00983-4

Возможности интенсивного лечения РПП у взрослых

РПП считается психическим расстройством с одним из самых высоких показателей смертности среди психиатрических болезней.

Помимо амбулаторной формы лечения для взрослых с РПП существует так называемое «интенсивное вмешательство», которое осуществляется в условиях полного или дневного стационара, а также в резидентной форме (по типу временного проживания).

Австралийскими специалистами подготовлен систематический обзор и мета-анализ эффективности интенсивного лечения взрослых с РПП. В статье рассмотрены такие параметры, как индекс массы тела (ИМТ), уровень качества жизни, показатели депрессивной симптоматики и ряд других клинических характеристик.

В обзор включены данные 62 исследований. Результаты мета-анализа показывают, что интенсивное лечение взрослых приводило к значимому улучшению ИМТ, позитивным изменениям в режиме питания, уменьшению депрессивных симптомов и улучшению качества жизни. Модераторами нарушенного режима питания и депрессии выступали условия проведения лечения, длительность пребывания в лечебном учреждении и географический регион исследования.

Вместе с тем, учитывая высокую степень гетерогенности данных, к их интерпретации следует подходить с осторожностью. Авторы обзора указывают на необходимость проведения дополнительных качественных исследований с целью выявления наиболее важных параметров, оказывающих влияние на эффективность интенсивного лечения взрослых

с РПП. Авторы поясняют, что в настоящее время *стационарное лечение* применяется в случае острой потребности пациента в медицинской и/или психиатрической помощи.

Резидентная помощь предполагает круглосуточное проживание по домашнему типу и подходит для мотивированных пациентов с меньшим уровнем медицинского риска. Такая форма работы предполагает проведение индивидуальной и групповой терапии, помощь в организации питания, обеспечение рекреационной занятостью. Такие формы временного проживания для пациентов с РПП очень распространены в Канаде, США и Европе. Программы *дневной помощи* обеспечивают аналогичные услуги в течение дня, но по вечерам и на выходные пациенты возвращаются домой, где отрабатывают освоенные навыки. Резидентная и дневная формы оказания помощи используются в качестве ступенек при переходе от стационарного лечения к амбулаторному.

В интенсивных программах помощи применяются такие психотерапевтические модальности как усиленная когнитивно-бихевиоральная терапия (CBT-E), диалектическая поведенческая терапия (DBT), когнитивно-ремедиационная (CRT) и психодинамическая терапия. На настоящий момент для взрослых с нервной анорексией ни одна из специализированных форм психотерапии не оказалась эффективнее других. Самой изученной интервенцией для всего спектра РПП у взрослых является CBT-E, она же является рекомендованной интервенцией первого выбора.

Оригинал: *De Boer K., Johnson C., Wade T.D. et al.* A systematic review and meta-analysis of intensive treatment options for adults with eating disorders // Clinical Psychology Review. 2023. № 106. Article № 102354. DOI: 10.1016/j.cpr.2023.102354

Психодинамическая групповая терапия

Индивидуальная психодинамическая терапия в соответствии с разработанным клиническим руководством рекомендована взрослым с нервной анорексией. При этом групповая психодинамическая терапия при РПП остается темой недостаточно изученной, а имеющиеся результаты пока не получили обобщения в обзорах. Новая статья итальянских специалистов выполнена с целью восполнить этот пробел.

Авторы напоминают, что согласно классическим психодинамическим воззрениям на РПП, нервная анорексия — это нарушения образа Я и тела, сопровождающиеся трудностями распознавания внутренних состояний (алекситимия) и первазивным ощущением собственной неэффективности.

Результаты современных исследований по проблеме дополняют упомянутые выше характеристики новыми данными по всему спектру РПП.

Так, люди с РПП сообщают о хрупкости Я, ассоциированной с ненадежным стилем привязанности, и сниженной рефлексивной способности; их личностная организация варьирует в диапазоне от нормального/невротического уровня до пограничного/психотического уровня.

В рамках психодинамического подхода, появление и поддержание дисфункционального поведения при РПП может объясняться трудностями с эмоциональной саморегуляцией, дезадаптивным перфекционизмом, нарушениями способностей в сфере социального познания (в частности, гиперментализацией) в сочетании с ненадежным стилем привязанности.

Психодинамическая терапия фокусируется в основном на бессознательных конфликтах пациентов, интернализованных объектных отношениях и структурных поражениях. По данным исследований, психодинамическая терапия положительно влияет на пищевое поведение и снижает интенсивность психопатологической симптоматики. У лиц с *нервной анорексией* эффективность психодинамической терапии находится на уровне сопоставимом с КБТ и терапией, основанной на семье (FBT). Однако при *нервной булимии* она менее эффективна по сравнению с КБТ. Среди лиц с *приступообразным перееданием* результаты применения психодинамической психотерапии превосходят результаты использования психообразования.

Согласно данным настоящего обзора, психодинамическая групповая терапия ослабляет некоторые симптомы РПП, особенно у пациентов с нервной булимией и приступообразным перееданием, однако большинство цитированных в обзоре исследований не основаны на применении детально разработанных исследовательских программ, в них отсутствуют сравнение с результатами контрольных групп и период последующего наблюдения. В статье отмечаются трудности обобщения имеющихся данных из-за различий в применяемых методах терапии и разных критериев измерения качества ремиссии, а также использования сочетаний различных интервенций (например, элементов бихевиоральной/когнитивной терапии и психообразования), что в конечном итоге осложняет вынесение окончательных суждений об эффективности психодинамической групповой терапии при РПП. Авторами указывается на необходимость проведения более строгих исследований и рандомизированных контролируемых испытаний.

Оригинал: *Trombetta T., Bottaro D., Paradiso M.N. et al.* Psychodynamic group therapy for eating disorders: a narrative review // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2024. № 54. P. 253—264. DOI: 10.1007/s10879-023-09614-6

Составитель-переводчик: Елена Можаева

Консультативная психология
и психотерапия
2024. Том 32. № 3. С. 96—115
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320306
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology
and Psychotherapy
2024. Vol. 32, no. 3, pp. 96—115
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320306
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

ПОМИМО СПЕЦИАЛЬНОЙ ТЕМЫ ВЫПУСКА
IN ADDITION TO THE SPECIAL TOPIC OF THE ISSUE

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ
THEORETICAL REVIEWS

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

А.В. ПАЛИН
Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П. Б. Ганнушкина (ГБУЗ ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения г. Москвы);
Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы (ФГАОУ ВО «РУДН»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9480-731X,
e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Актуальность. Возникнув в рутинной психиатрической практике как способ помощи пациенту с расстройствами шизофренического спектра (РШС) в достижении понимания ими своего заболевания и развития навыков совладания с болезнью, психообразование утвердило статус отдельного метода терапии и доказало свою эффективность и целесообразность применения. Исторически сложились несколько моделей психообразования: информационная, поддерживающая, мотивационная и модель обучения навыкам совладания с болезнью. **Цель статьи:** описать существующие модели психообразования, привести примеры психообразовательных программ и данные по их эффективности. **Результаты**. В современной практике психиатрической по-

CC BY-NC

мощи психообразование стало обязательным элементом программ лечения и реабилитации пациентов с РШС. Этот метод помощи хорошо сочетается с иными вариантами психотерапевтических вмешательств и в настоящий момент непрерывно развивается. **Выводы**. Совершенствование и разработка вариантов психообразовательных программ, а также повышение их доступности во многом предопределяют эффективность работы служб охраны психического здоровья. Благодаря психообразованию обеспечивается персонализированный подход к пациентам с расстройствами шизофренического спектра.

Ключевые слова: психообразование, психосоциальная реабилитация, расстройства шизофренического спектра (РШС), психотерапия.

Для цитаты: *Палин А.В.* Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 96—115. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320306

PSYCHOTHERAPEUTIC POTENTIAL OF PSYCHOEDUCATION IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

ALEKSANDR V. PALIN
Psychiatric Clinical Hospital № 4 named after P.B. Gannushkin;
Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba,
Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9480-731X,
e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Relevance. Having arisen in routine psychiatric practice to help a patient with schizophrenia spectrum disorders (SSDs), and then his relatives, in building understanding of the illness and ways of coping with it, psychoeducation not only approved the status of a stand-alone method of therapy, but also proved its effectiveness and expediency of use. Gradually, sдeveral models of psychoeducation emerged: informational, supportive, motivational, and a model of teaching skills to cope with illness. **The aim**. The article contains descriptions of these models, examples of programs and data on their effectiveness. **Results.** Psychoeducation in modern conditions has become a mandatory element of extensive treatment and rehabilitation programs for patients with SSDs; it is combined with other types of psychotherapeutic interven-

tions, equipped with new and unexpected practices, and is actively developing. **Conclusion.** The article substantiates the conclusion that improving and developing program options and increasing their accessibility largely determines the effectiveness of mental health services and provides a personalized approach to patients with SSDs.

Keywords: psychoeducation, psychosocial rehabilitation, schizophrenia spectrum disorders (SSDs), psychotherapy.

For citation: Palin A.V. Psychotherapeutic Potential of Psychoeducation in the Rehabilitation of Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy,* 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 96—115. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320306 (In Russ.).

Введение

Помощь больным шизофренией на протяжении прошлого и текущего столетий трансформировалась благодаря изменению представлений об этиопатогенезе заболевания и ряду значимых общественных влияний. Биопсихосоциальная модель генеза расстройств шизофренического спектра, постепенно сменившая биологическую, способствовала изменению представлений о возможностях оказания помощи больным этой тяжелой болезнью и уменьшила пессимистический взгляд на ее прогноз.

В 2019 г. экспертами ВОЗ сформулирована специальная инициатива по расширению масштабов оказания психиатрической помощи как важной части системы здравоохранения в разных странах. В рамках этой инициативы обозначены частные задачи: повышение доступности качественной психиатрической помощи, снижение смертности от самоубийств, развитие служб помощи лицам с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, и т. п. Важно, что, по логике авторов инициативы, качественная психиатрическая помощь также включает психосоциальную терапию и реабилитацию [36]. С 2017 г. усилиями ВОЗ, государств-членов и гражданского общества формируется инициатива «Реабилитация 2030». В рамках последней реабилитация определена как «ключ к здоровью в 21 веке», сформулирован стратегический подход к ее интеграции в систему здравоохранения, намечены пути развития медицинской помощи с обозначением основных требований к ее организации [32]. Все это способствует улучшению системы психиатрической помощи населению, в том числе за счет дополнения рутинной психофармакотерапии такими формами работы, как психотерапия, психосоциальная терапия и реабилитация.

Большое значение имеют оформившиеся в последние десятилетия новые взгляды на заболевание, пациента, логику построения программ

помощи, а также идеи концепции «recovery» [33]. В настоящий момент важным признается учет личности пациента, присущих ему ценностей, значимых социальных ролей, имеющихся у него ресурсов; акцентируется возможность выбора пациентом (или совместно с пациентом) долгосрочных целей лечения и способов их достижения; поддерживается надежда на будущее, делается акцент на понимании выздоровления как длительного процесса, поощряется постоянное движение пациентов к цели [5; 25; 31; 39]. Очевидно, что взгляды на работу с пациентами, возникшие в результате изменений в понимании природы психических расстройств, созвучны ценностям помогающего психотерапевтически ориентированного специалиста.

Истоки психообразования как метода

Если пионером индивидуальной психотерапии шизофрении выступила психоаналитическая школа, выдвинув на первый план работу по глубокому пониманию внутреннего опыта больного, интерпретации его психотических переживаний, восстановлению фрагментированного образа Я пациента и нарушенных межличностных взаимодействий, то появлению психообразования предшествовали иные действия специалистов.

Так, в клинической повседневной практике психиатрами традиционно использовались приемы разъяснения, убеждения, исправления искаженных суждений пациента о заболевании, его симптомах, сущности лечения и его перспективах. В той или иной мере любой врач-психиатр при рутинном взаимодействии с больным прибегает к обсуждению указанных тем, стремясь добиться критического отношения пациента к себе и заболеванию, как необходимых условий понимания своего состояния и достижения сотрудничества с врачом.

Позже подобные вмешательства получили название «психообразование» («psychoeducation») и проводились не только в индивидуальном, но и в групповом формате.

Оформившееся в 1980-х гг. как отдельная технология помощи [12], психообразование определялось как предоставление пациентам и/или членам их семей обобщенной информации, касающейся феноменологии, этиопатогенеза, течения, лечения и исходов шизофрении. Постепенно сложилась практика более структурированных групповых мероприятий, целью которых определялось «просвещение человека с психическим расстройством в предметных областях, которые служат целям лечения и реабилитации» [16].

На сегодняшний день психообразование считается важной частью психологической помощи и рекомендуется к проведению при лечении

расстройств шизофренического спектра (далее — РШС) [25]. Эффективность психообразования подтверждалась многократно, особенно в аспектах сотрудничества пациента с врачом и повышения комплаентности к психофармакотерапии [41; 42].

Целевой группой программ психообразования становятся не только пациенты с расстройствами шизофренического спектра, но и их родственники.

К противопоказаниям обычно относят массивные формальные расстройства мышления; повышенное настроение вследствие маниакального или гипоманиакального состояния; выраженная галлюцинаторно-бредовая симптоматика; суицидальная настроенность.

Важным для организации программы психообразования является требование клинической гетерогенности группы: если в группу пациентов с РШС включены лица с иными заболеваниями, то для последних получаемая информация может оказаться неоправданно пугающей и травмирующей.

Сеттинг обычно краткосрочный — в диапазоне от 6 до 12 занятий с частотой 2—3 раза в неделю; ведущими группы являются врач-психотерапевт и медицинский психолог, обычно проводящие группу вдвоем как ко-терапевты.

Традиции психообразования

На начальных этапах становления практики психообразования эта форма работы предлагалась для недавно заболевших пациентов с высоким реабилитационным потенциалом и проводилась в основном в условиях полустационарной или амбулаторной помощи. В дальнейшем диапазон применения психообразовательных интервенций расширялся: они начали использоваться на разных этапах заболевания и проводились не только для пациентов, но и для их родственников, участвующих в заботе о больных.

Существующая уже несколько десятилетий и активно развивающаяся традиция программ психообразования на сегодняшний день не является однородной, но может быть разделена на несколько ведущих направлений или моделей.

Информационная модель. Данная модель предполагает предоставление пациентам в понятной для них форме информации по следующим темам: симптомы психоза, его генез и концепции, основные и побочные эффекты лекарств, алгоритмы поддерживающей терапии, возможности разных видов психосоциальной помощи, способы и пути ее получения [34]. Изначально работа по информированию осуществлялась только для пациентов с РШС, но по мере развития психообразование стало

проводиться и для их родственников, принимающих непосредственное участие в помощи больным. Предоставление информации о заболевании и лечении обычно осуществлялось для лиц из нескольких семей или для членов семьи при участии пациента. Такое семейное психообразование имело несколько целей: построение терапевтического альянса с родственниками, которые заботятся о человеке с шизофренией, уменьшение неблагоприятной атмосферы в семье, повышение способности родственников осознавать, предвидеть и решать проблемы, связанные с заболеванием одного из членов семьи, поддержание разумных ожиданий в отношении перспектив и возможностей пациента, желаемых изменений в его состоянии.

Следует заметить, что подобная работа с членами семьи пациента с РШС не является единственно возможной, помимо нее используются семейные вмешательства, направленные на улучшение работы семейной системы в целом, организуются группы поддержки для родственников пациентов, проводится консультирование пациентов по проблемам супружеских и детско-родительских отношений.

Поддерживающая модель. Уже первые авторы программ психообразования отмечали, что частыми явлениями у больных с шизофренией, особенно недавно заболевших, являются отрицание заболевания, либо недооценка его тяжести, а также сопряженные с этим ухудшения психического состояния [23]. Для организации поддерживающей помощи важными мишенями являются страхи пациентов, обусловленные ожиданиями побочных эффектов терапии, опасения по поводу возможного рецидива или утяжеления состояния в будущем, переживания о процессе и последствиях медикаментозного лечения. В ответ на эти вызовы возникла модель, определяемая как суппортивная, или поддерживающая, которая предполагает организацию групповой работы с пациентами с целью не столько получить знания о болезни и навыках совладания с ней, сколько помочь справиться с тяжелыми чувствами, сопутствующими имеющемуся заболеванию. Работа с указанными эмоциональными состояниями необходима большому числу пациентов, что делает ее важным дополнением к другим психообразовательным интервенциям. Аналогичная работа предлагается и членам семьи пациента [33].

Мотивационная модель. Третьей формой психообразования, возникшей исторически намного позже, чем первые две, стала модель психообразования, основанная на методах мотивационного интервью. Появившись в клинике зависимых расстройств [28], мотивационное интервью в дальнейшем вышло за пределы работы с пациентами наркологического профиля, и в настоящий момент широко используется для решения задачи изменения поведения, связанного со здоровьем. Мотивирующие вмешательства были интегрированы и в психообразовательные меро-

приятия, проводимые с пациентами с РШС. Данная психообразовательная модель особенно востребована при работе с теми из них, кто имеет низкую приверженность к лечению и различные нарушения режима приема терапии, а также употребляет психоактивные вещества [18; 19].

При организации помощи пациентам с психическими расстройствами мотивация к преодолению болезни и ее последствий, стремление к восстановлению ранее достигнутых социальных достижений имеют решающее значение. Поэтому специалисты уделяют большое внимание повышению вовлеченности больных с РШС не только в лечение, но и в мероприятия по психосоциальной реабилитации, и, таким образом, содействуют лучшему восстановлению после болезни [7; 10].

В настоящий момент создаются новые варианты программ, нацеленных на повышение мотивации пациента к участию в работе по преодолению заболевания и по достижению позитивных изменений. Здесь к традиционной информации о заболевании и его закономерностях добавляется знания о структуре, механизмах мотивации и ее нарушениях при психическом расстройстве, происходит обучение навыкам целеполагания и планирования [7; 9]. Пациентов учат проявлять внимание к собственным потребностям, правильно ставить цели, планировать необходимые действия и таким образом поддерживать их собственную конструктивную активность, преодолевая выученную беспомощность [9; 10].

Модель обучения навыкам совладания с болезнью. Как отмечено выше, одной из важных для пациентов с РШС целью является обучение навыкам, то есть приемам и способам, позволяющим более эффективно справляться с болезнью и ее симптомами. Приоритетами программ, основанных на модели обучения способам совладания, становится формирование у пациентов навыков поведения, необходимых для мониторинга и оценки своего актуального состояния, имеющихся симптомов, степени их выраженности, а также организация своего поведения таким образом, чтобы оно обеспечивало выполнение врачебных рекомендаций. Важным направлением подобных программ является профилактика рецидива психоза, в связи с чем они нацелены на обучение пациента своевременному распознаванию ранних симптомов рецидива, осуществлению мониторинга своего состояния, выстраиванию кризисного плана на случай, когда симптомы превысят определенный порог. Эффективность данного типа психообразования доказана в соответствующих исследованиях [38].

Оценка эффективности программ психообразования

За последние годы такая форма работы как психообразование прочно вошла в практику психиатрической помощи. Однако традиция его

применения может различаться в разных странах. В англоговорящих странах психообразование редко выступает как самостоятельный терапевтический метод и в большинстве случаев является элементом широкомасштабных программ психосоциальной реабилитации [1; 3; 8; 25; 31; 33]. В немецкоязычных странах психообразование представляет собой скорее самостоятельную, дидактически правильно оформленную программу, направленную на решение задачи по передаче ключевой информации пациенту и членам его семьи [15].

В соответствии со второй традицией специалисты декларируют необходимость достижения пациентами и членами их семей обязательного базового уровня компетентности в области имеющегося психического заболевания и его лечения. В дальнейшем к этому могут быть добавлены иные программы помощи, такие как индивидуальная поведенческая терапия, тренинг ассертивности и тренинг по улучшению коммуникативных навыков и т. п. Проведенные рандомизированные мультицентровые исследования показали, что применение программ психообразования позволяет заметно снизить частоту повторных госпитализаций и сократить длительность пребывания пациента в стационаре [17; 18; 38]. Добавление психообразования к медикаментозному лечению достоверно повышает общую эффективность стационарного лечения, усиливает противорецидивный эффект [1; 3].

Как справедливо указывают отечественные исследователи [8], сложность оценки эффективности психообразования отчетлива видна в случаях использования более сложных программ, которые включают в себя большее число терапевтических компонентов. При этом менее стандартизированные и потому гибко приспосабливаемые к запросам конкретного больного программы более эффективны в долгосрочной перспективе. Утверждение о высокой привлекательности психообразования для внедрения в широкую клиническую сеть в целом правомерно [8].

Изучение эффектов психосоциальных мероприятий проводится регулярно, и в литературе имеются обнадеживающие данные относительно эффективности даже краткого курса психообразования (в пределах до 10 сессий) [3; 42]. Исследователи полагают, что эффективность подобных краткосрочных программ может быть связана с использованием интерактивных технологий, созданием условий, повышающих степень активности участников программы и улучшающих взаимодействие между ними. Также важными элементами являются ориентация на обсуждение наиболее значимых для пациентов вопросов, качество аргументации в пользу необходимости лечебных мероприятий и характер взаимодействия с медицинскими специалистами.

Систематические обзоры, представившие сетевой анализ данных по оценке эффективности программ психообразования [17; 41], позволяют

уверенно говорить о важном значении психообразовательных программ в профилактике рецидива, снижении риска повторных госпитализаций, а также в улучшении соблюдения пациентами режима терапии, как минимум, в течение года после назначения лечения. По мнению авторов, это позволяет уверенно квалифицировать психообразовательные вмешательства как клинически эффективные и экономически оправданные.

Безусловно, в организации психообразования для пациентов с РШС существуют и сложности. Главной является необходимость информирования о психиатрическом диагнозе, прогнозе и вариантах лечения [20; 26]. При сообщении пациенту его диагноза необходима особая организация таких интервенций. Важно учитывать такие факторы, как возможное непонимание пациентом предоставляемой информации, его переживания, сопряженные со стигматизацией и самостигматизацией, а также сопутствующий риск отказа от контакта со специалистами.

Психообразование в сочетании с психотерапевтическими вмешательствами

В настоящее время в научной литературе и в практике помощи пациентам можно найти большое число примеров программ, базирующихся на технологии психообразования, но включающих идеи или технологии из других вариантов психотерапии. Примером такого сочетания является *«групповая когнитивно-бихевиоральная терапия» (cognitive-behavioural group therapy, CBGT)* [37], интересная и новаторская программа, предложенная для пациентов психиатрического стационара, находящихся порой в острой или подострой фазе болезни, CBGT начинается до полного выхода пациента из психоза и проводится в групповой форме. Целями этой формы работы являются восстановление у больных с шизофренией навыков тестирования реальности и критического отношения к симптомам болезни, а также установление эффективной коммуникации между пациентами и специалистами. В серии занятий, проводимых ежедневно двумя ведущими (врачом-психотерапевтом и медицинским психологом) затрагиваются такие темы: «Как произошло обострение болезни, что этому предшествовало?», «Модель диатез-стресс-уязвимости», «Лекарства, используемые для лечения психического расстройства». Эти темы могут дополняться другими, выбор которых предопределяется психологическими проблемами участников конкретной группы.

В обсуждение обязательно включаются темы, касающиеся кластеров симптоматики, психологических затруднений (сложности контроля гнева, суицидальных идей, вторичной выгоды болезни) и предлагается помощь в разрешении повседневных проблем пациентов. Такое обилие

значимых для пациента вмешательств оказывает мотивирующее влияние, удерживает пациента в групповой работе. Кроме собственно образовательных, используются иные технологии: сократические вопросы, поощрение коммуникации и диалога между пациентами. Пациентов обучают устанавливать связи между мыслями, эмоциями и поведением, искать связанные с личным опытом и переживаниями объяснения отдельных симптомов и причин текущего обострения. Во время проведения занятий особое внимание ведущие уделяют поддержке участников: положительно подкрепляются усилия пациентов, предоставляется конструктивная обратная связь, поддерживаются поиск путей и попытки решение проблем.

Предложенный авторами формат CBGT внедрялся в психиатрических отделениях Италии на протяжении двух десятилетий; подытоживающие опыт публикации определили программу как «инновационное психосоциальное вмешательство, которое способствует активному вовлечению стационарных пациентов в принятие решений, касающихся их индивидуальных целей и помощи им» [22]; особо подчеркивается повышение удовлетворенности персонала и пациентов, улучшение состояния последних.

Другой вариант программ был направлен на преодоление низкого уровня согласия с лечением и, таким образом, повышение комплаентности больных психическими заболеваниями. Специализированные *психотерапевтические сессии для повышения уровня комплаентности* впервые были предложены именно в психиатрической клинике [26]. Вмешательства данного типа принято относить к когнитивно-поведенческим техникам с включением адаптированного варианта мотивационного интервью и приемов психообразовательных программ. Главной целью комплаенс-терапии является организация и развитие активного диалога с пациентом в отношении «плюсов» и «минусов» проводимого медикаментозного лечения. Для комплаенс-терапии доказано, что если она проводится с позиции патерналистского отношения к больному — явно, напористо и тенденциозно — это провоцирует негативный результат. Поэтому в основу комплаенс-терапии положены менее конфронтационные технологии мотивационного интервью [28], где требуется увеличение числа сессий, а также использование дополнительных процедур (таких как скрининг симптоматики с применением наглядных шкал).

Как метод с доказанной эффективностью, комплаенс-терапия широко применятся в отечественной практике [11]. Данный вариант вмешательств, являясь краткосрочным, способствует формированию у пациентов навыков оценки и контроля своего психического состояния, в том числе продромальных проявлений, что приводит к более активной

и самостоятельной позиции пациента в отношении психофармакотерапии, а также способствует своевременному обращению за помощью. Доказано также, что комплаенс-терапия может укреплять терапевтический альянс, обеспечивать более высокий уровень социальной поддержки, а также способствовать более аккуратному соблюдению пациентами врачебных рекомендации.

*Метакогнитивный тренинг (МКТ), с*озданный Moritz S. с соавторами [29; 30], является программой, где присутствует определенный удельный вес компонента психообразования. Преимущественно программа нацелена на коррекцию типичных для пациентов с РШС нарушений познавательных функций, включая дефициты социального познания, обработки информации, стратегий принятия решений, искажения системы убеждений. Авторы программы считают информирование пациентов о своем заболевании, симптомах и типичных нарушениях в когнитивной сфере обязательными.

В литературе имеются данные, свидетельствующие о позитивном влиянии МКТ на способности пациентов осознавать и принимать факт имеющегося психического расстройства, быть более кооперативными и устанавливать раппорт. Описаны положительные эффекты в области социального познания, снижение уровня враждебности и агрессивных намерений [4].

Сессии МКТ проводятся в небольшой группе, информация подается в хорошо структурированной и алгоритмизированной форме. Имеющиеся данные свидетельствуют о пригодности и полезности строгого дидактического формата организации занятий для пациентов с РШС, а также о возможности преодоления путем применения МКТ (в сочетании с психофармакотерапией) серьезных и стойких нарушений процессов социального восприятия и мышления, а также изменений дисфункциональных убеждений.

Необходимо указать, что психообразовательные интервенции не являются заменой или альтернативой длительной когнитивно-бихевиоральной или иной психотерапии. Напротив, психообразование скорее следует рассматривать как предвестник и катализатор последующих дополнительных стратегий психотерапевтического и психосоциального вмешательства, позволяющих пациентам и их родственникам найти форму лечения, оптимальную для состояния конкретного пациента и наблюдаемой фазы заболевания. Психообразованию скорее присущи такие психотерапевтические функции как мотивирование и общая организация последующей помощи, благодаря которым создаются основы для успешного долгосрочного преодоления пациентами и членами их семей трудностей и психологических дефицитов, связанных с заболеванием.

Современный взгляд на психообразование

Одним из наиболее сложных вопросов, касающихся использования психосоциальных вмешательств, включая психообразование, является вопрос о том, в какой период заболевания они должны применяться [6]. В рекомендациях авторитетного британского научно-исследовательского института «National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)» предлагается начинать использование психосоциальных вмешательств во время острой фазы психоза [31]. Аналогичные рекомендации были ранее сформулированы специалистами Американской психиатрической ассоциации [25] и Немецкого общества психиатрии, психотерапии и неврологии [39]. Благодаря указанным рекомендациям, психообразовательные вмешательства приобрели статус стандартной программы на этапе острой и подострой фаз психоза у пациентов с шизофренией.

Тем не менее вопрос о возможности и обоснованности применения психосоциальных интервенций, включая психообразовательные, на этапе пребывания пациента в стационаре сразу после обострения, находит скромное отражение в литературе. В одной из недавних обзорных работ [14] была дана осторожная рекомендация в отношении использования технологий когнитивно-бихевиоральной терапии для пациентов с обострением психоза. В качестве возможной мишени называлось улучшение клинического инсайта, то есть работа по осознанию и пониманию пациентами собственного заболевания. В то же время авторы статьи полагают правомерным и более широкий класс мишеней, связанных с пониманием и совладанием с симптомами заболевания на разных этапах текущего болезненного процесса. Следует указать, что подобные задачи частично могут решаться путем применения психообразовательных технологий. Но еще более важным аспектом, на наш взгляд, является то, что психообразование следует рассматривать как предвестник и катализатор последующих стратегий иного психотерапевтического и психосоциального лечения. Исходя из этой логики, психообразованию приписываются такие важные психотерапевтические функции как мотивирование и общая организация последующей помощи. Реализация этих функций позволяет оформить долгосрочную программу преодоления трудностей и психологических дефицитов больного, что применимо независимо от принадлежности его к группе пациентов с первым психотическим эпизодом или с рецидивом психоза на более поздних этапах заболевания.

За период развития психообразовательных вмешательств для больных с РШС возникали и весьма смелые, пока не получившие широкого распространения, практики. Так, некоторые исследователи выдвигали идеи о возможности привлечения к проведению подобных программ модераторов, имеющих собственный опыт психотического расстройства (в известной логике «равный равному»). В исследовании 2008 г. использовалась специаль-

ная программа обучения модераторов, включающая не только прохождение ими психообразовательной программы, но и посещение специальных семинаров и работу под супервизией, что впоследствии помогало самостоятельно проводить занятия [33]. Программа психообразования, проводимая в дальнейшем модераторами, была стандартной: 8 сессий по 60 минут групповых занятий, которые включали кроме знакомства и разминки содержательные блоки, касающиеся основных симптомов, диагноза, причин заболевания, действия лекарств, возможностей психологической помощи и психосоциальной терапии, способов совладания с симптомами заболевания, признаков рецидива. Практика не получила широкого распространения, но отдельные авторы полагают, что программа «равный-равному» может дать пациентам с шизофренией «новый луч надежды», и мотивировать их на лечение как фармакологическими, так и психосоциальными методами.

Данные кохрановского мета-обзора свидетельствуют об отсутствии вызывающих доверие исследований в этой области [20], но использование подобной модерации может получить свое продолжение в будущем, особенно если учесть нарастающую практику развития информационных ресурсов, посвященных способам преодоления психотических расстройств и восстановления после психоза.

Последнее соображение отражает наметившиеся лишь в последние годы, но все более широко внедряемые психообразовательные вмешательства, осуществляемые путем использования цифровых технологий. В области охраны психического здоровья цифровые технологии пока не получили значительного развития, хотя диапазон их использования расширяется. Создание большого числа программ психологического просвещения, часто на основе групп самопомощи для лиц с разными расстройствами, стало уже широкой практикой, особенно в развитых странах. Насколько эта практика полезна для пациентов с психотическими расстройствами — вопрос, не имеющий однозначного ответа. Но задачи повышения осведомленности о психических расстройствах, преодоления стигматизации и пессимизма в оценке перспектив пациентов кажутся пригодными для решения с помощью современных информационных цифровых технологий.

Сказанное отражает еще один ракурс рассматриваемой темы, связанный с акцентом на изучении удовлетворенности пациентов с психическими расстройствами оказываемыми им медицинскими услугами. Без сомнения, мнение пациентов в этом вопросе важно и даже может стать приоритетным, поскольку именно они имеют уникальный опыт и личные впечатления в области психиатрической помощи. В одной из работ [40] путем интеграции данных качественных исследований на основе интервью с пациентами были выделены установки на получение психосоциальной помощи, в том числе психообразования, на этапе стационарного лечения. Как оказалось, пациенты полагают такую помощь неотъемлемой частью плана их лечения, так

как благодаря ей им удается осмыслить и понять собственные трудности, мысли, эмоции и поведение. Кроме того, многие больные отмечают дефицит продуктивного общения в психиатрическом стационаре, который порой расценивается ими как проявление негативного отношения со стороны персонала, неуважения и пренебрежения, что, как следствие, вызывает у пациентов дополнительные переживания. Психообразовательные интервенции могут качественно изменить негативное восприятие пациентами среды отделения, повысить их мотивацию к медикаментозному лечению и психотерапии, а также обеспечить необходимые условия для успешного перехода на амбулаторный этап оказания психиатрической помощи.

Заключение

Возникнув почти полвека назад из рутинной практики взаимодействия врача и пациента, психообразование, отвечая на наиболее острые запросы больных и членов их семей, получило развитие как путем расширения круга решаемых им задач, так и обогащаясь идеями и техниками психотерапии: групповой, когнитивно-поведенческой, поддерживающей и др. Обеспечивая повышение информированности пациента и членов его семьи в области психического здоровья, психообразование позволяет не только уменьшить связанные с психическим расстройством тяжелые эмоциональные переживания, изменить отношение к происходящему на более продуктивное, способствовать лучшему контакту со специалистами и выработке верной стратегии поведения в болезни, но и создать условия для использования широкого круга иных стратегий помощи, как медикаментозной, так и психотерапевтической.

Программы психообразования порождают у пациента новые потребности: в приобретении и пополнении знаний о психическом здоровье, в изменении отношения к самому себе, к членам семьи, к жизни в целом, в поиске новых смыслов и ценностей. Совершенствование психообразовательных программ, создание их различных вариантов, повышение доступности такого вида помощи способны привести к существенно большей результативности работы служб охраны психического здоровья, достичь удовлетворенности как пациентов, так и специалистов, улучшить прогноз заболевания, обеспечить персонализированный подход, уменьшить экономическое бремя такого класса заболеваний как расстройства шизофренического спектра.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бурыгина Л.А.* Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно—психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидальной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами): дисс. канд. мед. наук. М., 2013. 149 с.

2. *Карпенко О.А.* Влияние психообразования на комплаентность пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Том 120. № 6 (2). С. 92—98. DOI:10.17116/jnevro202012006292
3. *Карпенко О.А.* Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом, госпитализированных по неотложным показаниям: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2021. 163 с.
4. *Кузнецов С.Ю.* Метакогнитивный тренинг у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством в условиях дневного стационара: дисс. ... канд.мед.н. М., 2023. 211 с.
5. *Мовина Л.Г., Папсуев О.О., Голланд Э.В., Кузнецова О.Г., Фурсов Б.Б.* О работе отделения внебольничной психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Том 22. № 3. С. 93—98.
6. *Палин А.В., Рычкова О.В.* Ранние психосоциальные вмешательства у больных с шизофренией — условие эффективности лечебно-реабилитационного процесса // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Том 30. № 2. С. 96—103.
7. *Семенова Н.Д., Гурович И.Я.* Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Том 24. № 4. С. 31—36.
8. *Семенова Н.Д., Кузьменко А.Ю., Костюк Г.П.* Психообразование: проблемы и направление исследований // Обозрение психиатрии и мед. психологии. 2016. № 4. С. 3—11.
9. *Таккуева Е.В.* Оценка эффективности интегративной программы мотивационного тренинга (ИПМТ) у больных шизофренией, проходящих лечение в стационаре психиатрической больницы, и у проживающих в ПНИ // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 31—57.
10. *Таккуева Е.В., Холмогорова А.Б., Палин А.В.* Консолидация достижений организационной и клинической психологии в реабилитации больных шизофренией: интегративная программа мотивационного тренинга // Современная терапия психических расстройств. 2019. № 1. С. 38—48.
11. *Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., О.Д. Пуговкина О.Д., Москачева М.А.* Мишени и методы психологической помощи пациентам с расстройствами шизофренического и аффективного спектров: метод. пособие / Сост. А.Б. Холмогорова, О.В. Рычкова, О.Д. Пуговкина, М.А. Москачева. М.: Неолит, 2016. 96 с.
12. *Шлафер А.М.* Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2012. 26 с.
13. *Anderson C.M., Hogarty G.E., Reiss D.J.* Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach // Schizophr Bull. 1980. № 6 (3). С. 490—505. DOI:10.1093/schbul/6.3.490
14. *Avasthi A., Sahoo S., Grover S.* Clinical Practice Guidelines for Cognitive Behavioral Therapy for Psychotic Disorders // Indian Journal of Psychiatry. 2020. № 62 (2). С. 251—262. DOI:10.4103
15. *Bäuml J., Froböse T., Kraemer S., Rentrop M., Pitschel-Walz G.* Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families // Schizophr Bull. 2006. № 32 (1). С. 1—9. DOI:10.1093/schbul/sbl017

16. *Bellack A.S., Mueser K.T.* Psychosocial Treatment for Schizophrenia // Schizophr Bull. 1993. № 19 (2). C. 317—336. DOI:10.1093/schbul/19.2.317
17. *Bighelli I., Pitschel-Walz G., Schneider-Thoma J. et al.* Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis // Lancet Psychiatry. 2021. Vol. 8. № 11. P. 969—980. DOI:10.1016/S2215-0366(21)00243-1
18. *Bröms G., Cahling L., Berntsson A., Öhrmalm L.* Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic treatment: interventional study // BJPsych Bull. 2020. № 44 (6). P. 265—268. DOI:10.1192/bjb.2020.28
19. *Chien W., Cheung E., Mui J., Gray R., Ip G.* Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial // Hong Kong Med J. 2019. Vol. 25. № 2 (1). P. 4—9.
20. *Chien W., Clifton A., Zhao S., Peer S.L.* Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness // Cochrane Database Syst Rev. 2019. № 4 DOI:10.1002/14651858.CD010880.pub2
21. *Farooq S., Naeem F., Singh S.P.* Telling the patients about diagnosis and outcome of schizophrenia: what, when and how? // Early Interv Psychiatry. 2016. № 10 (2). P. 101—102. DOI:10.1111/eip.12310
22. *Gigantesco A, Pontarelli C, Veltro F.* Psycho-educational group therapy in acute psychiatric units: creating a psychosocial culture. An update of spread and effectiveness of a psychosocial intervention in Italian psychiatric wards // Ann Ist Super Sanita. 2018. № 54 (4). P. 272—283. DOI:10.4415/ANN_18_04_03
23. *Greenfeld D., Strauss J.S., Bowers M.B., Mandelkern M.* Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis // Schizophr Bull. 1989. № 15 (2). P. 245—252. DOI:10.1093/schbul/15.2.245
24. *Jackson H., McGorry P., Edwards J., et al.* Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results // Br. J. Psychiatry. 1998. № 172 (33). P. 93—100.
25. *Keepers G.A., Fochtmann L.J., Anzia J.M., et al.* The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia // Focus (Am Psychiatr Publ). 2020. № 18 (4). P. 493—497. DOI:10.1176/appi.focus.18402
26. *Kemp R., Hayward P., Applewaite G., Everitt B., David A.,* Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial // BMJ. 1996. Vol. 312. P. 345—349.
27. *Loughland C., Cheng K., Harris G., et al.* Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives // Int J Soc Psychiatry. 2015. № 61 (8). P. 729—734. DOI:10.1177/0020764015576814
28. *Miller W.R., Rollnick S.* Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press, 1991. 384 p.
29. *Moritz S., Menon M., Balzan R., Woodward T.S.* Metacognitive training for psychosis (MCT): past, present, and future // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2023. Vol. 273. P. 811—817. DOI:10.1007/s00406-022-01394-9
30. *Moritz S., Woodward T.S., Burlon M.* Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT): manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005.
31. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014 [Электронный ресурс]. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/ (дата обращения: 01.08.2024")

32. Rehabilitation in health systems: guide for action [Электронный ресурс]. Geneva: World Health Organization, 2019. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986 (дата обращения: 01.08.2024)
33. *Rummel-Kluge C., Kissling W.* Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families // Expert Rev Neurother. 2008. № 8(7). P. 1067—1077. DOI:10.1586/14737175.8.7.1067
34. *Sarkhel S., Singh O.P., Arora M.* Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation // Indian J Psychiatry. 2020. № 62 (2). P. 319—323. DOI:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19
35. *Tandon R., Nasrallah H., Akbarian S., Carpenter W.T. et al.* The schizophrenia syndrome, circa 2024: What we know and how that informs its nature // Schizophr Res. 2024. № 64. P. 1—28. DOI:10.1016/j.schres.2023.11.015
36. The WHO special initiative for mental health (2019-2023) : universal health coverage for mental health [Электронный ресурс]. Geneva: World Health Organization, 2019. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981 (дата обращения: 01.08.2024)
37. *Veltro F., Falloon I., Vendittelli N., et al.* Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients // Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2006. № 21 (2). e16. DOI:10.1186/1745-0179-2-16
38. *Vigod S.N., Kurdyak P.A., Dennis C.L., et al.* Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review // British Journal of Psychiatry. 2013. № 202 (3). P. 187—194. DOI:10.1192/bjp.bp.112.115030
39. *Wölwer W, Baumann A, Bechdolf A, et al.* The German Research Network on Schizophrenia--impact on the management of schizophrenia // Dialogues Clin Neurosci. 2006. № 8 (1). P. 115—121. DOI:10.31887/DCNS.2006.8.1/wwoelwer
40. *Wood L., Alsawy S.* Patient experiences of psychiatric inpatient care: A systematic review of qualitative evidence. Journal of Psychiatric Intensive Care // 2016. № 12 (1). C. 35—43. DOI:10.20299/jpi.2016.001
41. *Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R.* Psychoeducation for schizophrenia // Cochrane Database Syst Rev. 2011. № 6: CD002831. DOI:10.1002/14651858.CD002831
42. *Zhao S., Sampson S., Xia J., Jayaram M.B.* Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness // Cochrane Database Syst Rev. 2015. № 9: CD010823. DOI:10.1002/14651858.CD010823.pub2

REFERENCES

1. Burygina L.A. Sravnitel'naya effektivnost' medikamentoznogo i kompleksnogo medikamentozno-psihoobrazovatel'nogo podhodov pri okazanii ambulatornoj pomoshchi bol'nym paranoidal'noj shizofreniej s chastymi obostreniyami (recidivami): diss. ... kand.med.nauk. M., 2013. 149 p.
2. Karpenko O.A. Vliyanie psihoobrazovaniya na komplaentnost' pacientov s pervym psihoticheskim epizodom v usloviyah stacionara. *ZHurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*, 2020, vol. 120, № 6 (2), pp. 92—98. DOI:10.17116/jnevro202012006292
3. Karpenko O.A. Psihoobrazovanie pacientov s pervym psihoticheskim epizodom, gospitalizirovannyh po neotlozhnym pokazaniyam: diss. ... kand.med.nauk. M., 2021. 163 p.

4. Kuznecov S.YU. Metakognitivnyj trening u pacientov s paranoidnoj formoj shizofrenii i shizoaffektivnym rasstrojstvom v usloviyah dnevnogo stacionara: diss. ... kand.med.n. — Moskva, 2023. 211 p
5. Movina L.G., Papsuev O.O., Golland E.V., Kuznecova O.G., Fursov B.B. O rabote otdeleniya vnebol'nichnoj psihosocial'noj reabilitacii, *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*, 2012, vol. 22, № 3, pp. 93—98.
6. Palin A.V., Rychkova O.V. Rannie psihosocial'nye vmeshatel'stva u bol'nyh s shizofreniej — uslovie effektivnosti lechebno-reabilitacionnogo processa. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*, 2020, vol. 30, № 2, pp. 96—103.
7. Semenova N.D., Gurovich I.YA. Modul' formirovaniya motivacii k reabilitacii bol'nyh shizofrenieji rasstrojstvami shizofrenicheskogo spectra. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*, 2014, vol. 24, № 4, pp. 31—36.
8. Semenova N.D., Kuz'menko A.YU., Kostyuk G.P. Psihoobrazovanie: problemy i napravlenie issledovanij. *Obozrenie psihiatrii i med. Psihologii*, 2016, № 4, pp. 3—11.
9. Takkueva E.V Ocenka effektivnosti integrativnoj programmy motivacionnogo treninga (IPMT) u bol'nyh shizofreniej, prohodyashchih lechenie v stacionare psihiatricheskoj bol'nicy, i u prozhivayushchih v PNI. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*, 2023, vol. 31, № 1, pp. 31—57.
10. Takkueva E.V., Holmogorova A.B., Palin A.V. Konsolidaciya dostizhenij organizacionnoj i klinicheskoj psihologii v reabilitacii bol'nyh shizofreniej: integrativnaya programma motivacionnogo treninga, *Sovremennaya terapiya psihicheskih rasstrojstv*, 2019, № 1, pp. 38—48.
11. Holmogorova A.B., Rychkova O.V., O.D. Pugovkina O.D., Moskacheva M.A. Misheni i metody psihologicheskoj pomoshchi pacientam s rasstrojstvami shizofrenicheskogo i affektivnogo spektrov: metod. posobie / Sost. A.B. Holmogorova, O.V. Rychkova, O.D. Pugovkina, M.A. Moskacheva. M. : Neolit, 2016. 96 p.
12. Shlafer A.M. Metod komplaens-terapii v sisteme lecheniya bol'nyh shizofreniej: diss. ... kand.med.n. Moskva, 2012. 26 p.
13. Anderson C.M., Hogarty G.E., Reiss D.J. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull*, 1980, № 6(3), pp. 500—505. DOI:10.1093/schbul/6.3.490
14. Avasthi A., Sahoo S., Grover S. Clinical Practice Guidelines for Cognitive Behavioral Therapy for Psychotic Disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 2020, № 62 (2), pp. 251—262. DOI:10.4103
15. Bäuml J., Froböse T., Kraemer S., Rentrop M., Pitschel-Walz G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull,* 2006, № 32 (1), pp. 1—9. DOI:10.1093/schbul/sbl017
16. Bellack A.S., Mueser K.T. Psychosocial Treatment for Schizophrenia. *Schizophr Bull,*1993, № 19 (2), pp. 317—336. DOI:10.1093/schbul/19.2.317
17. Bighelli I., Pitschel-Walz G., Schneider-Thoma J. et al., Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2021, vol. 8, № 11, pp. 969—980. DOI:10.1016/S2215-0366(21)00243-1
18. Bröms G., Cahling L., Berntsson A., Öhrmalm L. Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic

treatment: interventional study. *BJPsych Bull*, 2020, № 44(6), pp. 265—268. DOI:10.1192/bjb.2020.28
19. Chien W., Cheung E., Mui J., Gray R., Ip G. Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med J*, 2019, № 2(1), pp. 4—9.
20. Chien W., Clifton A., Zhao S., Peer S.L. Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019, № 4. DOI:10.1002/14651858.CD010880.pub2
21. Farooq S., Naeem F., Singh S.P. Telling the patients about diagnosis and outcome of schizophrenia: what, when and how? *Early Interv Psychiatry*, 2016, № 10 (2), 101—112. DOI:10.1111/eip.12310
22. Gigantesco A, Pontarelli C, Veltro F; CBGI Italian Study Group. Psycho-educational group therapy in acute psychiatric units: creating a psychosocial culture. An update of spread and effectiveness of a psychosocial intervention in Italian psychiatric wards. *Ann Ist Super Sanita*, 2018, № 54 (4), pp. 272—283. DOI:10.4415/ANN_18_04_03.
23. Greenfeld D., Strauss J.S., Bowers M.B., Mandelkern M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr Bull*, 1989, № 15(2), pp. 245—252. DOI:10.1093/schbul/15.2.245
24. Jackson H., McGorry P., Edwards J., et al. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results. *Br. J. Psychiatry*, 1998, vol. 172, № 33, pp. 93—100.
25. Keepers G.A., Fochtmann L.J., Anzia J.M., et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Focus (Am Psychiatr Publ)*, 2020, № 18(4), pp. 493—497. DOI:10.1176/appi.focus.18402
26. Kemp R., Hayward P., Applewaite G., Everitt B., David A., Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ,* 1996, № 312, pp. 345—349.
27. Loughland C., Cheng K., Harris G., et al. Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives // *Int J Soc Psychiatry*, 2015, № 61(8), pp. 729—734. DOI:10.1177/0020764015576814
28. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. N.Y.: The Guilford Press, 1991. 384 p.
29. Moritz S., Menon M., Balzan R., Woodward T.S. Metacognitive training for psychosis (MCT): past, present, and future. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2023, № 273, pp. 811—817. DOI:https://doi.org/10.1007/s00406-022-01394-9
30. Moritz S., Woodward T.S., Burlon M. Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT): manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005.
31. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition, 2014 [Elektroniy resurs]. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/(accessed 01.08.2014)
32. Rehabilitation in health systems: guide for action [Elektroniy resurs]. Geneva: WHO, 2019. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986 (accessed 01.08.2014)
33. Rummel-Kluge C., Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Rev Neurother*, 2008. № 8(7), pp. 1067—1077. DOI:10.1586/14737175.8.7.1067
34. Sarkhel S., Singh O.P., Arora M. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian J Psychiatry*, 2020, № 62(2), pp. 319—323. DOI:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19

35. Tandon R., Nasrallah H., Akbarian S., Carpenter W.T. et al. The schizophrenia syndrome, circa 2024: What we know and how that informs its nature. *Schizophr Res*, 2024, № 264, pp. 1—28. DOI:10.1016/j.schres.2023.11.015
36. The WHO special initiative for mental health (2019-2023) : universal health coverage for mental health [Elektroniy resurs]. Geneva: WHO, 2019. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981 (accessed 01.08.2024)
37. Veltro F., Falloon I., Vendittelli N., et al. Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2006, № 21, pp. 2—16. DOI:10.1186/1745-0179-2-16.
38. Vigod S.N., Kurdyak P.A., Dennis C.L., et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 2013, № 202 (3), pp. 187—194. DOI:10.1192/bjp.bp.112.115030. PMID: 23457182
39. Wölwer W, Baumann A, Bechdolf A, et al. The German Research Network on Schizophrenia--impact on the management of schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*, 2006, № 8(1), pp. 115—121. DOI:10.31887/DCNS.2006.8.1/wwoelwer
40. Wood L., Alsawy S. Patient experiences of psychiatric inpatient care: A systematic review of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 2016, № 12(1), pp. 35—43. DOI:10.20299/jpi.2016.001
41. Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011, № 6: CD002831. DOI:10.1002/14651858.CD002831
42. Zhao S., Sampson S., Xia J., Jayaram M.B. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, № 9: CD010823. DOI:10.1002/14651858.CD010823.pub2

Информация об авторах
Палин Александр Васильевич, заведующий отделением медико-психологической помощи, Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П. Б. Ганнушкина (ГБУЗ ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения г. Москвы), ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы (ФГАОУ ВО «РУДН»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9480-731X, e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Information about the authors
Aleksandr V. Palin, Head of the Department of Medical and Psychological Care, Mental-health Clinic No. 4 named after P.B. Gannushkin, assistant of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology Faculty of Continuing Medical Education, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9480-731X, e-mail: pavelpalin@yandex.ru

Получена 06.05.2024 Received 06.05.2024
Принята в печать 21.06.2024 Accepted 21.06.2024

Консультативная психология
и психотерапия
2024. Том 32. № 3. С. 116—138
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320307
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology
and Psychotherapy
2024. Vol. 32, no. 3, pp. 116—138
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320307
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

STUDY OF WELL-BEING AND ASSERTIVENESS VARIABLES AMONG YOUNG PEOPLE

SRBUHI R. GEVORGYAN
Armenian State Pedagogical University after Khachatur Abovyan, Yerevan, Armenia
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4467-9759,
e-mail: gevorgyansrbuhi@aspu.am

NAIRA R. HAKOBYAN
International Scientific Educational Center of the National Academy of Sciences, Yerevan, Armenia
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0753-2774,
e-mail: naira.hakobyan@isec.am

LILIT A. KAZANCHIAN
International Scientific Educational Center of the National Academy of Sciences,
The Institute of Philosophy, Sociology and Law of the National Academy of Sciences Yerevan, Armenia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7887-4619, e-mail: lilit_law@mail.ru

ANNA G. KHACHATRYAN
International Scientific Educational Center of the National Academy of Sciences, Yerevan, Armenia
ORCID: http://orcid.org/0000-0001-5761-8838,
e-mail: anna.khachatryan@isec.am

Relevance. In the context of the rapid development of modern urban society, the issues of studying psychological well-being are becoming increasingly in demand. Of

CC BY-NC

greatest interest is the problem of psychological well-being among young people who are just starting their professional careers. An important research component on this problem is assertiveness, which manifests as a certain interconnection with the individual's psychological well-being. **Goal.** This study aims to estimate the well-being and assertiveness variables among young people. The study sample (N = 627) consists of young men and women aged 18—34. The study was conducted in Yerevan and some regions of Armenia. **Methods**. The study includes an assessment of well-being and assertiveness in the groups of employed and unemployed young men and women. We use the BBC Well-Being Scale, Rathus Assertiveness Schedule (RAS) and Sheinov Assertiveness Questionnaire. **Results**. The high scores (0,624*) on the psychological well-being variable are positively correlated (p<0,001) with young people's assertive behavior. The study results showed that there is no statistically significant difference in the variables of gender, employment, and education. The X^2 test yielded p values of 0,995 for the gender and education variables, and p values of 0,996 for the employment and education variables. The study results open new opportunities for discussion of the issue from the perspective of the person's educational attainment. Further discussions may deal with young people's capacity to analyze situations creatively, find relevant means to achieve goals and manage their behavior. **Conclusion.** In the groups of young men and women, the variables of relationships, psychological well-being, and assertiveness positively correlated. This conclusion can be investigated in future studies to elicit the factors of young people's psychological readiness for a changeable labor market and to investigate the characteristics of perception of psychological well-being.

Keywords: well-being, assertiveness, psychological health, behavior, young people.

Funding. The reported study was funded by Science Committee of the Republic of Armenia, project number 21T-5A311.

For citation: Gevorgyan S.R, Hakobyan N.R, Kazanchian L.A, Khachatryan A.G. Study of Well-Being and Assertiveness Variables among Young People. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 116—138. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320307 (In Russ.).

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЛАГОПОЛУЧИЯ И АССЕРТИВНОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

С.Р. ГЕВОРКЯН
Армянский педагогический государственный университет
имени Хачатура Абовяна (АГПУ), г. Ереван, Республика Армения
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4467-9759,
e-mail: gevorgyansrbuhi@aspu.am

Н.Р. АКОПЯН
Международный научно-образовательный центр
Национальной академии наук (МНОЦ НАН РА),
г. Ереван, Республика Армения
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0753-2774,
e-mail: naira.hakobyan@isec.am

Л.А. КАЗАНЧЯН
Международный научно-образовательный центр
Национальной академии наук (МНОЦ НАН РА);
Институт Философии, социологии и права
Национальной академия наук (ИФСП НАН РА)
г. Ереван, Республика Армения
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7887-4619,
e-mail: lilit_law@mail.ru

А.Г. ХАЧАТРЯН
Международный научно-образовательный центр
Национальной академии наук (МНОЦ НАН РА),
г. Ереван, Республика Армения
ORCID: http://orcid.org/0000-0001-5761-8838,
e-mail: anna.khachatryan@isec.am

Актуальность. В условиях быстрого развития современного урбанистического общества вопросы изучения психологического благополучия становятся все более востребованными. Наибольший интерес вызывает проблематика психологического благополучия среди молодых людей, которые только начинают свою профессиональную карьеру. Важным компонентом изучения проблемы является ассертивность, которая проявляется в определенной взаимосвязи с психологическим благополучием личности. **Цель.** Исследование направлено на выявление показателей благополучия и ассертивности среди молодежи. Выборка исследования состоит из молодых людей (мужчин и женщин) в возрасте 18—34 лет (n = 627 чел.). Исследование проводилось в г. Ереване и в ряде регионов Республики Армения. **Методы.** Исследование включает оценку благополучия и ассертивности в группах имеющих работу и безработных молодых людей. Для достижения цели работы применялись Шкала благополучия BBC, Шкала ассертивности Ратуса (RAS) и Опросник ассертивности Шейнова. **Результаты.** Результаты исследования показывают, что высокие оценки (0,624*) показателя психологического благополучия положительно коррелируют ($p<0,001$) с ассертивным поведением молодых людей. Статистически значимых различий по переменным пола, занятости и образования нет. X^2-тест показал значения $p=0,995$ по переменным пола и образования, и $p=0,996$ по переменным занятости и образования. Результаты исследования открывают новые возможности для обсуждения проблемы с перспективой исследования образовательного уровня личности. Дальнейшие обсуждения могут касаться способности молодых лю-

дей к творческому анализу ситуаций, осмыслению соответствующих средств достижения целей и управлению своим поведением. **Выводы.** В результате проведенного исследования были сформулированы определенные выводы относительно взаимосвязи показателей благополучия и ассертивности. Была выявлена положительная связь между показателями взаимоотношения/коммуникации и высокой степени ассертивности среди молодых мужчин и женщин. Этот вывод может быть изучен в дальнейших исследованиях для выявления факторов психологической готовности молодежи к изменчивому рынку труда, а также для выявления особенностей восприятия психологического благополучия.

Ключевые слова: благополучие, ассертивность, психологическое здоровье, поведение, молодые люди.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Комитета по науке Республики Армения в рамках научного проекта № 21T-5A311.

Для цитаты: *Геворкян С.Р., Акопян Н.Р., Казанчян Л.А., Хачатрян А.Г.* Исследование показателей благополучия и ассертивности среди молодежи // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 116—138. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320307

Introduction

In this study, we show the interconnections between well-being and assertiveness variables among employed and unemployed young people. Investigation of the phenomenon of psychological well-being in the context of current globalization processes is highly pending. We can note that the psychological well-being of young people just starting their professional careers is of great interest to educational and medical healthcare professionals [12; 42; 44]. The study is also relevant because research on the associations between well-being and assertiveness among employed and unemployed young people remains quite scarce in the Republic of Armenia and the post-Soviet countries.

According to some authors [3; 12], well-being is the state of a person or an objective situation when a person has everything that favorably characterizes their life in the eyes of others, their loved ones, and themselves [26; 33]. Moreover, high levels of the key well-being components ensure that people function effectively, and, therefore, contribute to self-actualization [6; 20].

The modern concept of well-being mainly considers evaluative theories of well-being, the purpose of which is to determine what makes people feel happy and successful and what ultimately makes them unhappy. Moreover, modern research on the well-being phenomenon distinguishes between three main types of well-being theories: Hedonistic theories, desire-fulfillment theories, and objective list theories [11; 12; 33].

Well-Being Theories. According to ***hedonistic theories***, it is pleasure alone that is truly good for the person, and pain is what is truly bad for him/her. Con-

sequently, the desire for well-being is the desire for the predominance of pleasure over pain [2; 10; 34]. According to Guy Fletcher [12], the hedonist allows that all things, other than pleasure, such as money, friendship, and a house, can be good for the person only instrumentally, but not fundamentally because they are simply a means to pleasure (or avoidance of pain).

Desire-fulfillment (or desire-satisfaction) ***theories*** suggest that well-being is based on human desires. The simplest way to describe the theory of desire is to say that the more satisfied desires are, the better is well-being [7]. In Eden Lin's opinion [26], subjective theories claim that individual well-being depends on the degree to which their favorable attitudes (desires) are satisfied.

According to ***objective list theories***, things in the world contribute to an individual's well-being regardless of what he/she wants to get or whether they make him/her happy. The concept of objective theories suggests that well-being is the result of significant circumstances that occur in a person's life rather than subjective pleasure or the fulfillment of subjective desires. Consequently, the list of these circumstances in a person's life is objective because it improves the value and quality of life [19; 34].

Hybrid theories not only combine elements of various theories but also seek a peaceful resolution of the dispute concerning various approaches to the concept of assertiveness. Researchers who adhere to hybrid theories identify assertiveness as life satisfaction (especially satisfaction with a particular sphere of life) and effective communication [16; 24; 26]. The popularity and acceptability of hybrid theories are mainly due to their holistic nature since all components of subjective well-being seem very important, and we cannot separate them from the concept of assertiveness.

It is noteworthy that in modern social philosophy and philosophy of law, the three types of well-being are emphasized: *physical, spiritual, and social* [1; 18; 23]. Whereas *physical well-being* includes the person's health as well as his/her vital energy, which contributes to the implementation of his/her main plans and goals, *spiritual well-being* is a sense of belonging to the culture of society, as well as the individual's psychological satisfaction from his/her activities. In addition, the conducted studies emphasize that *social well-being* has a tremendous impact on the development of the individual and society. In general, *social well-being* covers not only the individual's general satisfaction with his/her status and interpersonal relationships but also his/her satisfaction with the current state of society and the state in which the person is. Therefore, the quality of life of a particular person is a measure of social well-being.

Modern scientists consider the concept of material well-being as a new type of social well-being based on socio-economic and legal processes in society and their impact on the individual's psychological state. Material well-being characterizes the possession of a set of benefits that not only ensures the satisfaction of a person's vital needs but also creates opportunities for his/her spiritual development [1; 8; 9]. According to M. Joseph Sirgy, "*Material well-being is an umbrella concept that covers many concepts such as financial satisfaction, finan-*

cial stress, feelings of financial security, subjective economic well-being, satisfaction with standard of living, satisfaction with material possessions, and sense of economic deprivation, among others" [39, p. 275].

It is worth noting that the concepts of well-being and social well-being are enshrined in international and domestic legal acts, thereby characterizing not only society but emphasizing the individual's social and economic well-being in the given society, as well. Furthermore, these concepts are intertwined closely with *human rights* and State responsibilities. In particular, social well-being reflects the State's commitment to citizens and people to create socio-legal and economic prerequisites and opportunities for the realization of rights, freedoms, and legitimate interests.

In modern democratic societies, questions concerning the role and concept of well-being considered in the context of *welfare and assertiveness*. According to some authors, welfare is an institutional responsibility of the government to ensure high and stable employment of the population, protect health, training, education, etc. [32; 40]. In modern legal literature, the concept of welfare is the basis for the development of a social state or a welfare state. Moreover, the welfare state provides basic economic security for its citizens, and, in this context, goodness is an increasing function of individual welfare and does not depend on anything else. However, this concept does not explain the legal differences between the rights and freedoms of the individual. Consequently, egalitarian principles of equality of rights and opportunities for all members of society exclude cost-benefit analysis for setting health and safety standards, thereby casting doubt on the flawlessness of the theory of welfare [13; 22].

Assertiveness in Well-Being Theories. The concept of assertiveness first appeared in the 40s-60s of the 20th century in the works of Andrew Salter, Joseph Wolpe, and Arnold Lazarus from the standpoint of behavioral therapy [35; 48; 49]. In Salter's theory, an assertive person has a high level of motivation to achieve success, which is expressed in the sustainability of the need to achieve high results in any business, to do the job quickly and well at a high level, the willingness to make decisions in situations of uncertainty and be responsible for their actions, constructive approach to problem-solving [35]. Assertive behavior is an optimal and constructive way of interpersonal interaction as opposed to the two most common destructive methods, i.e., manipulation and aggression.

Salter [35] underlined the following characteristics of assertive behavior.

1. Emotionality of speech: open, spontaneous, and authentic expression of all the feelings experienced verbally.

2. Expressiveness of speech: clear non-verbal manifestations of feelings and correspondence between words and non-verbal behaviors.

3. Confrontation: as a direct and honest expression of one's own opinion, without paying attention to the other ones.

4. Use of the I pronoun: as an expression of the fact that the person is behind the words, the absence of attempts hides behind vague wording.

5. Acceptance of praise: as rejection of self-depreciation and discounting of one's strengths and qualities.

6. Improvisation as a spontaneous expression of feelings and needs, day-to-day worries, and refusal to plan.

Based on his clinical experience, Lazarus [27] identified the four most general types of behavior and described the concept of assertiveness and assertive behavior as:

— the ability to say "No";

— the ability to speak openly about feelings and needs;

— the ability to establish contacts, start and end a conversation;

— the ability to openly express positive and negative feelings.

For him, these abilities include such cognitive aspects as attitudes, life philosophy, and values. An assertive person is willing to find any compromises, demonstrating self-respect and respect for others [27].

Some research on the inherent factors of assertiveness (the desire to defend their point of view) and autonomy (independence in decision-making) proved that assertive people are mainly satisfied: They have adaptive capabilities; they are self-confident, happy, successful in achieving goals, resistant to stress; they maintain ethical and moral attitudes, and analytical skills [11; 15; 17; 40]. The concept of assertiveness involves awareness of the ability to defend constructively his/her rights. According to this concept, assertive skills involve the ability to behave constructively without causing trouble to other people, the ability to keep to one's perspective tactfully and politely, the ability to accept and provide feedback, and at the same time, the ability to act convincingly in the context of achieving the set goals [14; 35; 36; 46].

Considering the above, we aimed to answer several questions. Firstly, we were interested in investigating well-being and assertiveness variables among young people. The second question was whether these variables differed in the groups of employed and unemployed young people. Thirdly, we tried to elicit differences between the answers of young men and women.

To answer our research questions, we put forward the following hypotheses:

1. There is no statistically significant difference in the levels of psychological well-being and assertiveness in the samples differing by independent variables of gender, employment, and education. (H1).

2. Assertiveness positively correlates with the variables of psychological well-being and relationships (H2).

Method

DESIGN. The empirical study was supported by the Science Committee of the Republic of Armenia and was conducted under research project № 21T-

5A311. The study was conducted at the Psychological Observatory of the International Scientific-Educational Center (ISEC) of the National Academy of Sciences of the Republic of Armenia. The respondents were recruited on a strictly voluntary basis.

PROCEDURE. The participants answered the questions after they gave their informed consent for participation according to the ethical norms and standards of scientific research approved by the Psychological Observatory. All the study procedures were conducted in line with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and the Helsinki Declaration of 1975 and its later amendments or comparable ethical standards.

SAMPLE. The empirical study was conducted among the Republic of Armenia's urban population aged 18-34 (N=627). We singled out the main subgroups of employed (N=204) and unemployed (N=110) men, and employed (N=154) and unemployed (N=159) women. The unemployed subgroups of men and women were recruited from those who did not work then. All respondents were married and had equal income (200,000-300,000 AMD).

The main characteristics of the sample are provided in Tables 1—2.

Table 1

Contingency characteristics of gender and education of the sample

Gender	Contingency characteristics	Education			Total
		Bachelor	High school	Master	
Women	Count	106.00	104.00	103.00	314.00
	Expected count	105.00	104.00	105.00	314.00
	% within row	33.76%	33.12%	33.12%	100.00%
	% within column	50.24%	50.00%	49.76%	50.00%
Men	Count	105.00	104.00	105.00	314.00
	Expected count	105.50	104.00	104.50	314.00
	% within row	33.44%	33.12%	33.44%	100.00%
	% within column	49.76%	50.00%	50.24%	50.00%
Total	Count	211.00	208.00	209.00	628.00
	Expected count	211.00	208.00	209.00	628.00
	% within row	33.60%	33.12%	33.28%	100.00%
	% within column	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Chi-Squared Test			
Contingency Table 1	**Value**	**df**	**p**
X^2	.010	2	.995
X^2 continuity correction	.010	2	.995
N	627		

Table 2

Contingency characteristics of employment and education of the sample

Employment	Contingency characteristics	Education			Total
		Bachelor	High school	Master	
Unemployed	Count	90.00	89.00	90.00	269.00
	Expected count	90.38	89.10	89.52	269.00
	% within row	33.46%	33.09%	33.46%	100.00%
	% within column	42.65%	42.79%	43.06%	42.83%
Employed	Count	121.00	119.00	119.00	359.00
	Expected count	120.62	118.90	119.48	359.00
	% within row	33.70%	33.15%	33.15%	100.00%
	% within column	57.35%	57.21%	56.94%	57.17%
Total	Count	211.00	208.00	209.00	628.00
	Expected count	211.00	208.00	209.00	628.00
	% within row	33.60%	33.12%	33.28%	100.00%
	% within column	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Chi-Squared Test			
Contingency Table 2	**Value**	**df**	**p**
X^2	.007	2	.996
X^2 continuity correction	.007	2	.996
N	628		

According to Tables 1—2, there is no statistically significant difference in the groups of the sample differing by independent variables of gender, employment, and education.

Methods and variables. We used the BBC Well-Being Scale [41], Rathus Assertiveness Schedule (RAS) [28; 31] and Sheinov Assertiveness Questionnaire [37; 38] to get the main data.

BBC Well-Being Scale [41] embraces three variables — psychological well-being, physical health, and relationships. These variables reflect interconnections between various aspects of human activity and assessment of their importance. In the field of mental health research, the BBC Well-Being Scale comprises a series of questions covering the areas of physical health, psychological well-being, and social relationships. The questions refer to various areas of a person's life: their interaction with a social environment, issues of self-acceptance and behavioral autonomy, life goal setting, etc. In the process of improving the scale, 24 questions were formulated that had good internal consistency [41]. The BBC Well-Being Scale questions are rated on a range from the lowest level of well-being («0») to the highest level of well-being («4»). Higher scores indicate a higher level of well-being.

Rathus Assertiveness Schedule scale (RAS) [31] score ranges from −90 to +90. This scale reveals the communicative skills of the individual and how he reacts in stress or in conflict situations. This scale consists of 30 items presenting examples of different situations. Rathus Assertiveness Schedule scale includes scores from «very characteristic of me» (+3) to «very uncharacteristic» (−3), and final scores are obtained by summarising the items' numerical responses. Higher scores indicate better level of assertiveness.

The Sheinov Questionnaire [38] includes 26 questions to reveal the person's attitude to the social environment. The range can vary from a score of below 60 meaning a lack of self-esteem, to a score of over 71 reflecting the tendency to be aggressive. Assertiveness falls within the range of 60-71.

The results of psychometric characteristics measurement of these 3 scales show that the standardized Cronbach's alpha is 0.758. The variable of physical health has the weakest item-rest correlation with other items of the BBC Well-Being Scale, Rathus Assertiveness Schedule scale, and The Sheinov Questionnaire (Table 3).

Table 3

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate		**Cronbach's α**		
Point estimate		0.758		
Frequentist Individual Item Reliability Statistics				
Item	**If item dropped** **Cronbach's α**	**Item-rest correlation**	**Mean**	**Sd**
Rathus Assertiveness Schedule	0.702	0.553	43.954	19.585
Sheinov Assertiveness Questionnaire	0.669	0.586	67.420	11.478
psychological well-being	0.710	0.531	44.161	13.366
relationships	0.661	0.708	59.578	10.717
physical health	0.807	0.265	29.390	11.351

Statistics. Statistical analysis was conducted using JASP 0.17.3.0. The normality assumption was checked using the Shapiro-Wilk Test. Shapiro-Wilk Test for most variables was significant (p=.001) meaning that the normality assumption was violated. Levene's Test was non-significant (p=.990) which means that the criterion of homogeneity of variance was met. We found that the means of the variables of the gender and education subgroups were normally distributed. Despite this, the overall sample (N=627) was not normally distributed. Vickers [45] discussed this phenomenon and underlined that based on the central limit theorem methodology the sample mean may approach normal distribution. Correlational analysis was based on Spearman's rho.

Results

We studied well-being and assertiveness variables in groups of young men and women differentiated by gender, employment, and education status.

The correlational analysis elicited strong positive associations between the variables of relationships and psychological well-being ($p<.001$) (Figure 1). The variable of physical health, as we can see in Spearman's rho heatmap, had the weakest association with psychological well-being and relationships (Figure 1).

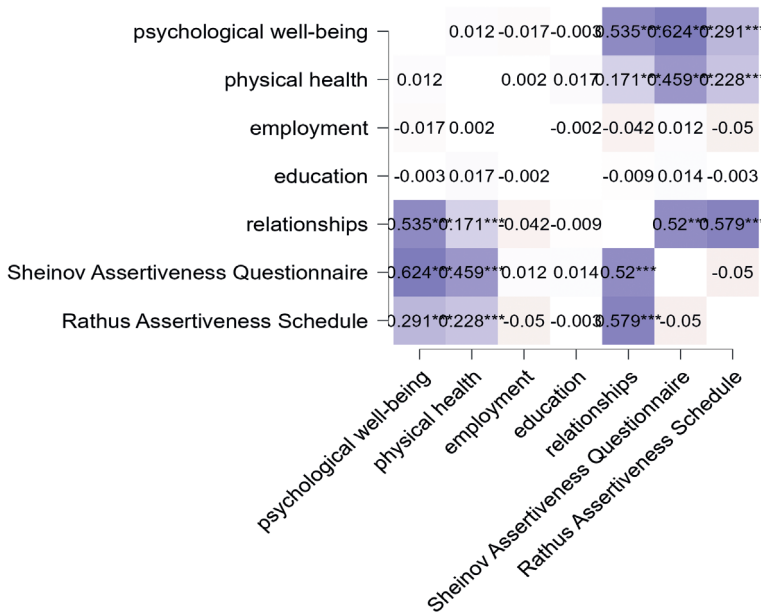

Fig. 1. Correlation of assertiveness and psychological well-being variables (Spearman's rho)

According to the data presented in Figure 1, we can conclude that in the entire study sample, the associations between psychological well-being, relationships, and assertiveness were most significant.

These variables emerged as a universal construct: they positively correlated with each other in all groups, regardless of education and employment level. In other words, a positive correlation between the levels of assertiveness, psychological well-being, and relationships is typical for young people at all levels of education and employment.

Beneath we consider the correlation data within the groups by gender, employment, and education variables. (Table 4).

Table 4

Correlation characteristics in the groups of employed and unemployed men and women

Variables	Employed men					Unemployed men					Employed women					Unemployed women				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Psycho-logical well-being	-	**.57*****	-.07	**.35*****	**.57*****	-	**.39*****	.04	.17	**.60*****	-	**.48*****	-.03	**.26****	**.66*****	-	**.61*****	.03	**.32*****	**.68*****
Relation-ships	**.572*****	-	.07	**.57*****	**.51*****	**.39*****	-	**.38*****	**.62*****	**.50*****	**.48*****	-	.12	**.62*****	**.44*****	**.61*****	-	.10	**.51*****	**.58*****
Physical health	-.07	.07	-	**.15***	**.39*****	.04	**.38*****	-	**.36*****	**.53*****	-.03	.12	-	.15	**.40*****	.03	.10	-	.17	**.44*****
Rathus As-sertiveness Schedule	**.35*****	**.57*****	**.15***	-	-.07	.17	**.62*****	**.36*****	-	-.06	**.26****	**.62*****	.15	-	-.12	**.32*****	**.51*****	.17	-	-.07
Sheinov Assertive-ness Ques-tionnaire	**.57*****	**.51*****	**.39*****	-.07	-	**.60*****	**.50*****	**.53*****	-.06	-	**.66*****	**.44*****	**.40*****	-.12	-	**.68*****	**.58*****	**.44*****	-.07	-

Note: «*» — $p < .05$, «**» — $p < .01$, «***» — $p < .001$.

As we can see from Table 3, psychological well-being and relationship variables are positively correlated in the group of employed men. Physical health has only a weak correlation with Sheinov and Rathus assertiveness scales. It can be assumed that such an assessment of physical health is typical for the age group under study in general. Health is perceived as a given and is not associated with psychological variables of well-being. The weak perception of physical health as one of the indicators of psychological well-being is most clearly visible in employed men.

In the group of unemployed men, the variables of physical health, assertiveness, and relationships increased simultaneously. Moreover, the variable of relationships positively correlated with all other variables.

The data on associations between psychological well-being and relationship variables in the group of employed women is quite similar to the group of employed men (Table 3). In the group of employed women, in contrast to the employed men group, we noticed that the RAS levels decreased with a decrease in psychological well-being and there was no association with physical health.

In the group of unemployed women, just like employed women, there was no correlation between physical health and relationships. Other associations are similar to those in the employed women's group with slightly stronger links between psychological well-being and assertiveness. In all the groups of employed and unemployed men and women, the positive correlation between the Sheinov assertiveness scale and the variable of psychological well-being was stronger than the association between the Rathus assertiveness scale and psychological well-being.

Analysis of variance for psychological well-being and assertiveness was conducted on the following factors (Tables 5—6).

Table 5

Descriptive statistics of the variables of assertiveness and socio-demographic variables

Factor 1 Assertiveness variables	Factor 2 Employment	Factor 3 Gender	Factor 4 Education	Sample size	Mean	SD	SE
Rathus Assertiveness Schedule	Employed	Men	Bachelor	68	41.99	20.65	2.50
			High School	68	43.78	17.29	2.10
			Master	68	44.49	21.03	2.55
		Women	Bachelor	51	43.06	17.99	2.52
			High School	52	41.12	21.21	2.94
			Master	51	45.55	20.46	2.87

Factor 1 Assertiveness variables	Factor 2 Employment	Factor 3 Gender	Factor 4 Education	Sample size	Mean	SD	SE
	Unemployed	Men	Bachelor	36	48.56	22.30	3.72
			High School	37	46.22	18.91	3.11
			Master	37	45.19	18.03	2.96
		Women	Bachelor	53	41.00	18.43	2.53
			High School	53	46.04	19.22	2.64
			Master	53	43.96	19.61	2.69
Shcinov Assertiveness Schedule	Employed	Men	Bachelor	68	67.31	10.91	1.32
			High School	68	67.43	12.44	1.51
			Master	68	65.94	11.13	1.35
		Women	Bachelor	51	70.26	11.89	1.67
			High School	52	66.29	10.40	1.44
			Master	51	67.62	11.09	1.55
	Unemployed	Men	Bachelor	36	66.50	9.99	1.67
			High School	37	67.30	12.16	2.00
			Master	37	69.92	13.43	2.21
		Women	Bachelor	53	67.81	12.07	1.65
			High School	53	66.87	11.78	1.62
			Master	53	66.89	10.95	1.51

Table 6

Descriptive statistics of the variables of assertiveness, psychological well-being, and gender variables

Factor 1 Psychological well-being and assertiveness variables	Factor 2 Gender	Sample Size	Mean	SD	SE
Psychological well-being	Women	313	44.261	13.325	313
	Men	314	44.061	13.427	314
Psychological health	Women	313	28.911	11.390	313
	Men	314	29.869	11.310	314
Relationships	Women	313	59.854	10.896	313
	Men	314	59.303	10.545	314
Rathus Assertiveness Schedule	Women	313	43.363	19.490	313
	Men	314	44.545	19.693	314
Sheinov Assertiveness Questionnaire	Women	313	67.589	11.336	313
	Men	314	67.252	11.634	314

The results of descriptive statistics presented in Tables 5—6 show the distribution of the psychological well-being and assertiveness variables in the sample.

Table 7

Analysis of variance for psychological well-being and assertiveness

Variables	Factor A: Education		Factor B: Employment		Factor C: Gender		Cumulative impact of AxBxC factors	
	F	p	F	p	F	p	F	p
Psychological well-being	0.077	0.926	0.186	0.667	0.031	0.861	0.449	0.638
Assertiveness	0.170	0.844	1.414	0.235	1.068	0.302	1.087	0.338

Note: differences are significant at $p<0,05$.

Based on our study findings, we can conclude that both hypotheses have been confirmed. The null hypothesis concerning the lack of statistically significant differences by gender, employment, and education status concerning the variables of well-being and assertiveness is proved (H1). The suggestion that there is a positive correlation between the variables of psychological well-being, relationships, and assertiveness is proved (H2) as well.

Discussion

The study results showed that social relationship is the key aspect in the perception of well-being and assertiveness. Psychological well-being is associated with the social side of life of young men and women, regardless of gender, level of employment, and education. The results of the study show that the perception of psychological well-being and assertiveness is closely linked with the area of the individual's social relations. The World Health Organization revealed the concept of "health" based on the integrity of the physical, spiritual, and social well-being of the individual. According to the Preamble of the Charter of the World Health Organization, "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" [43].

According to some authors, showing greater efficiency in the creative analysis of situations, an assertive person exhibits "self-efficacy" which allows:

— understand the content of the problem;
— create alternative situations;
— conceptualize relevant means to achieve the goal;
— anticipate the consequences of a decision;
— implement the decision;

— independently control behavior and, if necessary,
— change decisions and goals [21].

As we saw above, theories of well-being show that the development processes of modern urban society, growing competition in the labor market, and the need to satisfy personal interests are closely related. For young people, these associations manifest themselves in the opportunity to take a place in the social structure of society and satisfy the need for self-actualization. As shown by the data on the characteristics of psychological well-being of the World Health Organization, the main emphasis in the presentation of this phenomenon is placed on the personal growth of the individual, and the ability to quickly adapt to the socio-economic conditions of society. However, the results of this study show that young people perceive psychological well-being and assertiveness as the need to create appropriate systems of social relations, and the individual's ability to navigate the social environment.

Assertiveness promotes equality in human relationships; allows a person to act in line with their interests; develops the ability to express true feelings and use their rights without violating others' rights [4; 5; 29; 30; 42; 44].

These trends toward understanding assertiveness and its connection with psychological well-being lead us to the idea that in the studied age group, the level of education and employment is now gradually becoming secondary, giving way to the key role of the relationship factor.

Psychological well-being has mainly been interpreted as the emotional health of the individual as hedonic theories have been developed [10; 34], which limited the concept of psychological well-being within the framework of pleasure. Gradually, the view of the phenomenon under study expanded and included the socio-psychological component of the phenomenon of psychological well-being [5; 30]. From this point of view, the results of this study provide grounds to characterize psychological well-being as a phenomenon closely related to social relationships and leading to assertive behavior of the individual. The study also revealed a tendency towards a weakening of the physical health factor concerning the psychological well-being of young women in comparison with a sample of young men.

The limitation of the study refers to the sample of the respondents — the results of the study may differ in other age groups and rural communities. It should be noted, that these results are a phase of ongoing research embracing various social and age groups. In our future research activities, we will discuss the presented variables in other age groups more thoroughly.

Conclusions

1. An integral characteristic of personality is assertiveness, which is associated with the purposefulness, self-reliance, independence, enterprising, and

decisiveness of young people. Assertiveness is manifested in the ability to go beyond one's own "Self", to find positive meaning in unfavorably developing situations and adapt himself to existing conditions.

2. The results of the study show that assertive behavior in young men and women is associated with the assessment of social relationships as the basis for psychological well-being.

3. The attainment of education and employment status has no significant impact on psychological well-being and assertiveness features. Physical health doesn't correlate with general psychological well-being, at least, within the given age range.

4. The relationship variable is the most pronounced, and it is significant for the development of assertive behavior among all groups of respondents. This means that among young people the most important feature of well-being is social relationship and communication.

REFERENCES

1. Agapov E.P. Fenomen chelovecheskogo blagopoluchiya [The phenomenon of human well-being]. *Mediko-sotsial'nye i psikhologicheskie aspekty bezopasnosti promyshlennykh aglomeratsii: materialy Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Medical, social and psychological aspects of the safety of industrial agglomerations: materials of the International Scientific and Practical Conference]. Ekaterinburg, fevral' 16—17, 2016. [Yekaterinburg, February 16—17, 2016]. Yekaterinburg: UrFU, 2016, pp. 216—223. (In Russ.).
2. Alexandrova A., Fabian M. The Science of Wellbeing. Montgomery. John Tempelton Foundation, 2022. 63 p.
3. Bardly B. Well-being (Key Concepts in Philosophy). Malden, Policy Press, 2015.125p.
4. Berkowitz L. Words and symbols as stimuli to aggressive responses. *Control of Aggression: Implications From Basic Research* / J.F. Knutson (ed.) Chicago: Aldine Atherton, 1973, pp. 113—143.
5. Bowen D.D. Toward a viable concept of assertiveness. *Experiences in management and organizational behavior* / D.T. Hall, D.D. Bowen, R.J. Lewicki, F.S. Hall (eds.). 2nd ed. N.Y.: John Wiley & Sons, 1982. 380p.
6. Bradburn N.M. The measurement of psychological well-being. In Health Goals and Health Indicators: Policy, Planning, and Evaluation, Elison J.(ed.). Routledge, NY. 2019, pp. 84—94.
7. Bramble B. The Distinctive Feeling Theory of Pleasure. Philosophical Studies. 2013. № 162, pp. 201—217.
8. Butler P.E. Self—Assertor for Women. Harper and Row, San Francisco. 1981. 336 p.
9. Cartledge G., Milburn J.F. The case for teaching social skills in the classroom. *Review of Educational Research*. 1978. № 1, pp. 133—156.
10. Deonna J., Teroni F. The Hedonist's Emotions. *The Ethics Forum*. Volume 17, Number 1-2, 2022, pp. 176—191. URL: https://www.erudit.org/en/journals/ateliers/2022-v17-n1-2-ateliers07741/ (Accessed 20.05.2023).

11. Engelsen S. Wellbeing Competence. Philosophies. 2022. Vol. 7, № 2, pp. 42—55. DOI:10.3390/philosophies7020042
12. Fletcher G. The Philosophy of Well-Being. New-York: Routledge. 2016. 184 p.
13. Geistfeld A. M. Cost benefit analysis outside of welfarism. *Journal of constitutional theory and philosophy of law*, 2019, № 37, pp.1—15.
14. Grossberg J. Successful behavior therapy in a case of speech phobia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1965, vol. 30, pp. 285—288.
15. Gupta M., Hooda R.C., Kumar J. Effect of different techniques of assertiveness training on students self-concept. *Recent Researches in Education and Psychology*, 2002, № 7, pp. 19—24.
16. Hurka T. On «Hybrid» Theories of Personal Good. *Utilitas*, 2019, vol. 31, № 4, pp. 450—462. DOI:10.1017/S0953820819000256
17. Ikiz F.E. Self-perception about properties affecting assertiveness of trainee counselors. *Social behavior and personality*, 2011, vol. 39, № 2, pp. 199—206.
18. Ilyukhin A.G. Vygoranie v zhizni shkol'nikov i studentov: prichiny, posledstviya i sposoby preodoleniya [Burnout in the lives of schoolchildren and students: causes, consequences and ways to overcome]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Journal of Modern Foreign Psychology*, 2021, vol. 10, № 2, pp. 117—127. DOI:10.17759/ jmfp.2021100212 (In Russ.).
19. Intelisano S., Krasko J., Luhmann M. Integrating Philosophical and Psychological Accounts of Happiness and Wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 2020, vol. 21, pp. 161—120.
20. Isaeva O.M., Akimova A.Yu., Volkova E.N. Factors of Psychological Well-Being in Russian Youth [Factors of Psychological Well-Being in Russian Youth]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*, 2022, vol. 27, № 4, pp. 24—35. DOI:10.17759/pse.2022270403 (In Russ.).
21. Jinsi A.J. Self-assertiveness and emotional intelligence of higher secondary students. Unpublished M. Ed dissertation, Farook Training College, University of Calicut, 2006. 150 p.
22. Keating G.C. Products liability as enterprise liability. *Journal of Tort Law*, 2017, № 10, pp. 41—97.
23. Khachaturova M.R., Erofeeva V.G., Bardadymov V.A. Obraz myshleniya i sub"ektivnoe blagopoluchie obuchayushchikhsya v period «stanovyashcheisya vzroslosti» [Way of thinking and subjective well-being of students in the period of «becoming adulthood»]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*, 2022, vol. 27, № 1, pp. 121—135. DOI:10.17759/ pse.2022270110 (In Russ.).
24. Lauinger W. A. Defending a Hybrid of Objective List and Desire Theories of Wellbeing. In *Measuring Wellbeing: Interdisciplinary Perspectives from the Social Sciences and Humanities.* Lee M. T., Kubzansky L. D., VanderWeele T. J. (eds). NY, 2021, pp. 229—256.
25. Lewittes H.J., Bern S.L. Training women to be more assertive in mixed sex task-oriented discussions. *Sex Roles*, 1983, № 9, pp. 581—596.
26. Lin E. Well-being, part 1: The concept of well being. Philosophy Compass. 2022, № 17 (1), pp. 1—15.

27. Molinsky A. A simple way to be more assertive (without being pushy). *Harvard Business Review*. URL: https://hbr.org/2017/08/a-simple-way-to-be-more-assertive-without-being-pushy (Accessed 20.05.2023).
28. Nevid J. S., Rathus S. A. Multivariate and normative data pertaining to the RAS with the college population. Behavior Therapy, 1978, 675 p.
29. Pfafman T. «Assertiveness». *The Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. eZeigler-Hill V., Shackelford T. K.(eds.). Switzerland: Springer International Publishing, 2017, pp. 1—7.
30. Plantade-Gipch A., Bruno J, Strub L., Bouvard M., Martin-Krumm C. Emotional regulation, attachment style, and assertiveness as determinants of well-being in emerging adults. *Frontiers in* Education, 2023. Vol. 8, pp. 1—13. DOI:10.3389/feduc.2023.1058519
31. Rathus S. A. A 30-item schedule for assessing behavior. *Behavior Therapy*, 1973. Vol. 4, № 3, pp. 398—406.
32. Raz J. The morality of freedom. Oxford. Oxford University Press, 2009. 435 p.
33. Roger C. «Well-Being». The Stanford Encyclopedia of Philosophy. URL: https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/well-being/ (Accessed 20.05.2023).
34. Sadovskaya A.A. Teorii blagopoluchiya i ikh otrazhenie v sovremennykh filosofskikh kontseptsiyakh [Theories of Welfare and Their Reflection In Modern Philosophical Concepts]. *Vektory blagopoluchiya: ekonomika i sotsium= Vectors of well-being: economics and society*, 2019, № 2 (33), pp. 87—101. (In Russ.).
35. Salter A. Conditioned reflex therapy N.Y.: Capricorn, 1949. 245 p.
36. Scheer J.K., Ansorge C.J., Howard J. Judging bias induced by viewing contrived videotapes: A function of selected psychological variables. *Journal of Sport Psychology*, 1983, vol. 5, pp. 427—437.
37. Sheinov V.P, Assertivnoe povedenie: preimushchestva i vospriyatie[Assertive behavior: Advantages and perception]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya=Modern world psychology*, 2014, № 2, pp.107—120. (In Russ.).
38. Sheinov V.P, Razrabotka testa assertivnosti, udovletvoryayushchego trebovaniyam nadezhnosti i validnosti [Development of the Assertiveness test that satisfies the requirements of reliability and validity]. *Voprosy psikhologii=Psychology issues*. 2014. № 2, pp. 107—116 (In Russ.).
39. Sirgy M.J. The Psychology of Material Well-being. *Applied Research Quality Life*, 2018, № 13, pp. 273—301.
40. Spicker P. The Welfare State: a general theory. California, T. Oaks: SAGE Publications Ltd., 164 p.
41. Swimmer G.I., Ramanaiah N.V. Convergent and discriminant validity of selected assertiveness measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985, vol. 49, pp. 243—249.
42. Tanck R.H., Robbins P.R. Assertiveness, locus of control and coping behaviors to diminish tension. *Educational Gerontology,* 2008, vol. 34, pp. 503—519.
43. The Constitution of the World Health Organization (was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946). URL: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf (Accessed 20.05.2023).

44. Thurman C.W. Effectiveness of cognitive behavioral treatments in reducing type A behavior among university faculty. Journal of Counseling Psychology, 1985, vol. 32, pp. 74—83.
45. Vickers A.J. Parametric versus nonparametric statistics in the analysis of randomized trials with nonnormally distributed data. *BMC Med Res Methodology,* 2005*,* vol. 5, p. 35.
46. Weitlauf J.C., Smith R.E., Cervone D. Generalization effects of coping6skills training: Influence of self6defense training on women's efficacy beliefs, assertiveness and aggression. *Journal of Applied Psychology*, 2000, vol. 85, № 4, pp. 625—633.
47. Wellbeing Budget 2023, New Zealand. 2023. Budget Policy Statement. URL: https://www.beehive.govt.nz/release/budget-023-provide-security-difficult-global-environment (Accessed 20.05.2023).
48. Wolpe J. Psychotherapy by Reproach Inhibition. Stanford, California: Stanford University Press, 1958. 239 p.
49. Wolpe J., Lazarus A.A. Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses. New York: Pergamon Press, 1966. 198 p.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агапов Е.П.* Феномен человеческого благополучия // Медико-социальные и психологические аспекты безопасности промышленных агломераций: материалы Международной научно-практической конференции (г. Екатеринбург, 16—17 февраля 2016 г.). С. 216—223.
2. *Alexandrova A., Fabian M.* The Science of Wellbeing. Montgomery. John Tempelton Foundation, 2022. 63 p.
3. *Bardly B.* Well-being (Key Concepts in Philosophy). Malden, Policy Press, 2015.125 p.
4. *Berkowitz L.* Words and symbols as stimuli to aggressive responses. Control of Aggression: Implications from Basic Research / J.F. Knutson (ed.) Chicago: Aldine Atherton, 1973. P. 113—143.
5. *Bowen D.D.* Toward a viable concept of assertiveness. Experiences in management and organizational behavior / D.T. Hall, D.D. Bowen, R.J. Lewicki, F.S. Hall (eds.). 2nd ed. N.Y.: John Wiley & Sons, 1982. 380 p.
6. *Bradburn N.M.* The measurement of psychological well-being. In Health Goals and Health Indicators: Policy, Planning, and Evaluation, Elison J.(ed.). NY: Routledge, 2019. P. 84—94.
7. *Bramble B.* The Distinctive Feeling Theory of Pleasure // Philosophical Studies. 2013. № 162. P. 201—217.
8. *Butler P.E.* Self Assertor for Women. San Francisco: Harper and Row, 1981. 336p.
9. Cartledge G., Milburn J.F. The case for teaching social skills in the classroom. *Review of Educational Research*. 1978. № 1, pp. 133—156.
10. *Deonna J., Teroni F.* The Hedonist's Emotions // The Ethics Forum. 2022. Vol. 17. № 1—2. P. 176—191.
11. *Engelsen S.* Wellbeing Competence // Philosophies. 2022. Vol. 7. № 2. P. 42—55. DOI:10.3390/philosophies7020042
12. *Fletcher G.* The Philosophy of Well Being. New York: Routledge, 2016. 184p.
13. *Geistfeld A.M.* Cost-benefit analysis outside of welfarism // Journal of constitutional theory and philosophy of law. 2022. № 37. P. 1—15
14. *Grossberg J.* Successful behavior therapy in a case of speech phobia // Journal of Speechand Hearing Disorders. 1965. Vol. 30. P. 285—288.

15. *Gupta M., Hooda R.C., Kumar J.* Effect of different techniques of assertiveness training on students self-concept // Recent Researches in Education and Psychology. 2002. № 7. P. 19—24.
16. *Hurka T.* On «Hybrid» Theories of Personal Good // Utilitas. 2019. Vol. 31. № 4. P. 450—462. DOI:10.1017/S0953820819000256
17. *Ikiz F.E.* Self-perceptions about properties affecting assertiveness of trainee counselors // Social behavior and personality. 2011. Vol. 39. № 2. P. 199—206.
18. *Илюхин А.Г.* Выгорание в жизни школьников и студентов: причины, последствия и способы преодоления // Современная зарубежная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 117—127. DOI:10.17759/ jmfp.2021100212
19. *Intelisano S., Krasko J., Luhmann M.* Integrating Philosophical and Psychological Accounts of Happiness and Well-Being // Journal of Happiness Studies. 2020. Vol. 21. P.161—120.
20. *Исаева О.М., Акимова А.Ю., Волкова Е.Н.* Факторы психологического благополучия российской молодежи // Психологическая наука и образование. 2022. Том 27. № 4. С. 24—35. DOI:https://doi.org/10.17759/pse.2022270403
21. *Jinsi A.J.* Self-assertiveness and emotional intelligence of higher secondary students. Unpublished M. Ed dissertation, Farook Training College, University of Calicut, 2006. 150 p. *Keating G.C.* Products liability as enterprise liability // Journal of Tort Law. 2017. № 10. P. 41—97.
22. *Keating G.C.* Products liability as enterprise liability // Journal of Tort Law. 2017. № 10. P. 41—97.
23. *Хачатурова М.Р., Ерофеева В.Г., Бардадымов В.А.* Образ мышления и субъективное благополучие обучающихся в период «становящейся взрослости» // Психологическая наука и образование. 2022. Том 27. № 1. С. 121—135. DOI:10.17759/ pse.2022270110
24. *Lauinger W.A.* Defending a Hybrid of Objective-List and Desire Theories of Well-Being. In Measuring Well-Being: Interdisciplinary Perspectives from the Social Sciences and Humanities. Lee M. T., Kubzansky L. D., VanderWeele T. J. (eds). New York, NY, 2021. P. 229—256.
25. *Lewittes H.J., Bern S.L.* Training women to be more assertive in mixed sex task-oriented discussions // Sex Roles. 1983. № 9. P. 581—596.
26. *Lin E.* Well-being. Part 1: The concept of well being // Philosophy Compass. 2022. № 17 (1). P. 1—15.
27. *Molinsky A.* A simple way to be more assertive (without being pushy) [Электронный ресурс] // Harvard Business Review, 2017. URL: from https://hbr.org/2017/08/a-simple-way-to-be-more-assertive-without-being-pushy (Accessed 20.05.2023).
28. *Nevid J. S., Rathus S. A.* Multivariate and normative data pertaining to the RAS with the college population. Behavior Therapy, 1978, 675 p.
29. *Pfafman T.* Assertiveness. The Encyclopedia of Personality and Individual Differences. Eds. Zeigler-Hill V., Shackelford T. K. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2017. P. 1—7.
30. *Plantade-Gipch A., Bruno J, Strub L., Bouvard M., Martin-Krumm C.* Emotional regulation, attachment style, and assertiveness as determinants of well-being in emerging adults // Frontiers in Education. 2023. № 8. P. 1—13. DOI:10.3389/ feduc.2023.1058519

31. *Rathus S.A.* A 30-item schedule for assessing behavior // Behavior Therapy. 1973. Vol. 4. № 3. P. 398—406.
32. *Raz J.* The morality of freedom. Oxford: Oxford University Press, 2009. 435 p.
33. *Roger C.* «Well-Being». The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Edward N. Zalta (ed.). 2021. URL: https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/well-being/.(Accessed 20.05.2023).
34. *Садовская А.А.* Теории благополучия и их отражение в современных философских концепциях // Векторы благополучия: экономика и социум. 2019. № 2 (33). С. 87—101.
35. *Salter A.* Conditioned reflex therapy N.Y.: Capricorn, 1949. 245 p.
36. *Scheer J.K., Ansorge C.J., Howard J.* Judging bias induced by viewing contrived videotapes: A function of selected psychological variables // Journal of Sport Psychology. 1983. № 5. P. 427—437.
37. *Шейнов В.П,* Ассертивное поведение: преимущества и восприятие // Современная зарубежная психология. 2014. № 2 С.107—120.
38. *Шейнов В.П,* Разработка теста ассертивности, удовлетворяющего требованиям надежности и валидности // Вопросы психологии. 2014. № 2. С. 107—116.
39. *Sirgy M.J.* The Psychology of Material Well-Being // Applied Research Quality Life. 2018. № 13. P. 273—301.
40. *Spicker P.* The Welfare State: a general theory. California, T.Oaks: SAGE Publications Ltd., 164 p.
41. *Swimmer G.I., Ramanaiah N.V.* Convergent and discriminant validity of selected assertiveness measures // Journal of Personality and Social Psychology. 1985. Vol. 49. P. 243—249.
42. *Tanck R.H., Robbins P.R.* Assertiveness, locus of control and coping behaviors to diminish tension // Educational Gerontology. 2008. Vol. 34. P. 503—519.
43. The Constitution of The World Health Organization (was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946) [Электронный ресурс]. URL: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf (Accessed 20.05.2023).
44. *Thurman C.W.* Effectiveness of cognitive behavioral treatments in reducing type A behavior among university faculty // Journal of Counseling Psychology. 1985. Vol. 32. P. 74—83.
45. *Vickers A.J.* Parametric versus non-parametric statistics in the analysis of randomized trials with non-normally distributed data // BMC Med Res Methodology. 2005. Vol. 5. P. 35. DOI:10.1186/1471-2288-5-35
46. *Weitlauf J.C., Smith R.E., Cervone D.* Generalization effects of coping6skills training: Influence of self6defense training on women's efficacy beliefs, assertiveness, and aggression // Journal of Applied Psychology. 2000. Vol. 85. № 4. P. 625—633.
47. Wellbeing [Электронный ресурс]. New Zealand, Budget: Budget Policy Statement, 2023. URL: https://www.beehive.govt.nz/release/budget-2023-provide-security-difficult-global-environment (Accessed 20.05.2023).
48. *Wolpe J.* Psychotherapy by Reproach Inhibition. California: Stanford University Press, 1958. 239 p.
49. *Wolpe J., Lazarus A.A.* Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses. New-York: Pergamon Press, 1966. 198 p.

Information about the authors

Srbuhi R. Gevorgyan, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Rector of Khachatur Abovyan Armenian State Pedagogical University, Yerevan, Republic of Armenia, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4467-9759, e-mail: gevorgyansrbuhi@aspu.am

Naira R. Hakobyan, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Deputy Director on Research Affairs of ISEC NAS RA, The International Scientific-Educational Center of the National Academy of Sciences of the Republic of Armenia, Yerevan, Republic of Armenia, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0753-2774, e-mail: naira.hakobyan@isec.am

Lilit A. Kazanchian, PhD in Law, Associate Professor, Lecturer of the Department of Jurisprudence, The International Scientific-Educational Center of the National Academy of Sciences of the Republic of Armenia, Senior Researcher of the Institute of Philosophy, Sociology and Law of the National Academy of Sciences of the Republic of Armenia, Yerevan, Republic of Armenia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7887-4619,e-mail: lilit_law@mail.ru

Anna G. Khachatryan, PhD in Psychology, Associate Professor, Lecturer of the Department of Psychology, The International Scientific-Educational Center of the National Academy of Sciences of the Republic of Armenia, Yerevan, Republic of Armenia, ORCID: http://orcid.org/0000-0001-5761-8838, e-mail: anna.khachatryan@isec.am

Информация об авторах

Геворкян Србуи Рафиковна, доктор психологических наук, профессор, ректор Армянского государственного педагогического университета имени Хачатура Абовяна (АГПУ), г. Ереван, Республика Армения, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4467-9759, e-mail: gevorgyansrbuhi@aspu.am

Акопян Наира Рафиковна, доктор психологических наук, профессор, заместитель директора по научно-исследовательской работе, Международный научно-образовательный центр Национальной академии наук (МНОЦ НАН РА), г. Ереван, Республика Армения, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0753-2774, e-mail: naira.hakobyan@isec.am

Казанчян Лилит Арменовна, кандидат юридических наук, доцент кафедры юриспруденции, Международный научно-образовательный центр Национальной академии наук (МНОЦ НАН РА), старший научный сотрудник Института Философии, социологии и права, Национальная академия наук (ИФСП НАН РА), г. Ереван, Республика Армения, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7887-4619, e-mail: lilit_law@mail.ru

Хачатрян Анна Геворковна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии, Международный научно-образовательный центр Национальной академии наук наук (МНОЦ НАН РА), г. Ереван, Республика Армения, ORCID: http://orcid.org/0000-0001-5761-8838, e-mail: anna.khachatryan@isec.am

Получена 06.06.2023 Received 06.06.2023
Принята в печать 04.02.2024 Accepted 04.02.2024

Консультативная психология
и психотерапия
2024. Том 32. № 3. С. 139—161
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320308
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology
and Psychotherapy
2024. Vol. 32, no. 3, pp. 139—161
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320308
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА «НОРМОТИПИЧНЫХ» РОДИТЕЛЕЙ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

И.В. ТИХОНОВА
Костромской государственный университет (ФГБОУ ВО КГУ),
г. Кострома, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7756-0610,
e-mail: inn.007@mail.ru

Цель. В настоящем исследовании изучалась субъективная картина травматических событий в родительской жизни, ее особенности в разные периоды развития ребенка, а также вероятность возникновения и содержание посттравматического родительского стресса (ПТС). **Материалы и методы.** Исследовательская выборка состояла из 89 испытуемых, имеющих от одного до четырех детей в возрасте старше 20 лет (M = 49,56 лет, SD = 6,8 лет). Для ретроспективного изучения травматических стрессовых событий в родительской жизни использовались метод полуструктурированного интервью (авторская методика, которая включала в себя приемы «Линия жизни», шкалирование и «стресс-термометр») и шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС), разработанная D.S. Weiss, C.R.Marmar, T.J. Metzler (1995) в адаптации Н.В. Тарабриной [8]. **Результаты и выводы.** Предложена типология и описана феноменология травматических стрессоров в родительской жизни. Наибольшее количество стрессовых событий связано с угрозой здоровью или жизни ребенка раннего возраста. В дошкольном и юношеском периоде развития ребенка травматическими стрессорами для родителя становятся поведенческие и эмоциональные проблемы детей. В проявлениях травматического стресса у родителей преобладают эмоциональные расстройства, главным образом тревожные состояния. Некоторые родители (56 чел.), сообщившие о травматических событиях, отметили у себя наличие симптомов ПТС, при этом у 19% родителей этой группы ПТС достигал уровня высокой интенсивности с преобладанием в картине расстройства симптомов физиологической возбудимости и сверхбдительности.

CC BY-NC

Ключевые слова: родитель, родительский стресс, травматический стресс, посттравматический стресс**,** травматический стресс родителей.

Финансирование. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 22-28-00678 (URL: https://rscf.ru/project/22-28-00678).

Для цитаты: *Тихонова И.В.* Феноменология травматического стресса «нормотипичных» родителей и посттравматическая симптоматика // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 3. С. 139—161. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320308

PHENOMENOLOGY OF TRAUMATIC STRESS OF "NORMOTYPICAL" PARENTS AND POST-TRAUMATIC SYMPTOMSCTIVITY

INNA V. TIKHONOVA
Kostroma State University, Kostroma, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7756-0610,
e-mail: inn.007@mail.ru

Aim. The present study explored the subjective picture of traumatic events in parenting life. The study examined its characteristics during different periods of the child's life and investigated the likelihood and content of parental post-traumatic stress (PTS). **Materials and Methods**. The research sample consisted of 89 participants. All participants had one to four children over the age of 20. The average age of the participants was 49,56 years (SD=6,8). A semi-structured interview method developed by the author was used. This method allowed for a retrospective examination of traumatic stress events in parenting life. Techniques such as "Lifeline", scaling, and "stress thermometer" were included. The scale for assessing the impact of traumatic events (D.S. Weiss, C.R. Marmar, and T.J. Metzler, adapted by N.V. Tarabrina) was also utilized**. Results and Conclusions**. A typology of traumatic stressors in parenting life was proposed, and their phenomenology was described. The majority of stressors were associated with threats to the health or life of the child at an early age. In the preschool and adolescent periods of the child's development, behavioral and emotional problems of the children become traumatic stressors for parents. Emotional disorders, particularly anxiety, predominated in the manifestations of traumatic stress in parents. Some parents who reported traumatic events (n=56) indicated the presence of PTS symptoms. 19% of parents noted a high intensity of these symptoms, experiencing physiological arousal and hyper-vigilance

Keywords: parent, parental stress, traumatic stress, post-traumatic stress, parental traumatic stress.

Funding. The reported study was funded by Russian Science Foundation according to the research project № 22-28- 00678 (URL: https://rscf.ru/project/22-28-00678).

For citation: Tikhonova I.V. Phenomenology of Traumatic Stress of "Normotypical" Parents and Post-Traumatic Symptomsctivity. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 139—161. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320308(In Russ.).

Введение

Родительство — это сложный и многогранный опыт, который может быть одновременно источником как счастья, так и вызовов. Высокий уровень социальных требований к родительству и ориентация на его просвещенный вариант повышают уровень стрессогенности родительской роли, что обусловливает актуальность научных исследований родительского стресса (РС) [6]. РС признается обыденным состоянием, которое возникает в процессе воспитания детей и испытывается в разной мере любым родителем [20].

В этом контексте особую значимость приобретает изучение дезадаптивных вариантов родительского стресса, так как они не только влияют на психическое состояние родителей, но и оказывают опосредованное воздействие на развитие и психическое здоровье детей, запуская своеобразный патогенетический порочный круг. Важным является поиск ответа на вопросы, когда и как опыт родительства становится источником травматического стресса и способствует психической дезадаптации родителей. Идентификация факторов и механизмов, которые могут привести к подобным последствиям, понимание специфики переживания РС и закономерностей возникновения его дезадаптивных вариантов являются важными аспектами диагностической и консультативной психологической работы с родителями.

Проведенный нами анализ [10] показал, что в психологии в наибольшей степени изучены такие феномены, связанные с неадаптивным РС, как родительское выгорание [4; 25] и дистресс родителей детей с угрожающими жизни заболеваниями и нарушениями психофизического развития [5; 26]. Отдельные научные работы в области интенсивного стресса родителей посвящены исследованию риска возникновения травматического стресса (ТС) и даже посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у родителей [27]. Однако эти научные работы в большей степени сосредоточены на критических событиях родительской жизни. Так, например, изучались травматический и посттравматический стресс (ПТС), возникающий у родителей в ситуациях, связанных с проведением хирургических вмешательств [24], у родителей детей с психическими расстройствами [3], у приемных родителей [9].

Изучение *стрессоров,* определяющих интенсивность РС в заведомо травмирующих ситуациях родительской жизни, показывает значительную роль особых факторов и условий, возникающих в ситуации постоянной угрозы жизни и здоровью ребенка, связанных с необходимостью нахождения ребенка под постоянным медицинским наблюдением. Так, стрессорами в этом случае могут выступать процедуры и манипуляции, проводимые в детском медицинском учреждении, а также финансовые проблемы, возникшие из-за необходимости лечения ребенка [29]. В ситуации, когда сразу после рождения ребенка требуется проведение неонатальной хирургической операции, выраженный РС связан как с затруднениями в выполнении родительской роли вследствие разлуки с ребенком, так и с особенностями внешнего облика новорожденного, страдающего от боли [22].

К *факторам*, определяющим травматичность РС, относят также поведение ребенка и персонала в больнице и «эффект накопления» — наличие в предшествующем опыте родителя событий, угрожающих здоровью или жизни ребенка [16]. Предикторами интенсивного родительского стресса могут выступать психологические особенности ребенка, факт получения социальной поддержки, эмоциональное неблагополучие самих родителей [31]. Травматические стрессы условно «нормативного» родительства, под которым мы подразумеваем реализацию родительской роли по отношению к детям, не имеющим угрожающих жизни заболеваний, нарушений развития и инвалидности, изучались в контексте воздействия отдельных вариантов родительского стрессора. Есть определенные события, которые происходят в жизни любого родителя. Эти события могут стать причиной дезадаптации, несмотря на их стандартность и предсказуемость. Например, процесс родов может превратиться в специфическое травматическое событие, которое нередко вызывает ПТСР у матерей [14; 17]. Показано, что физическая травма ребенка и разлука с ним могут выступать в качестве травматического события, которое впоследствии может приводить к ПТСР у родителей [12]. ПТСР, в свою очередь, влияет на физическое состояние ребенка и процессы его восстановления [30]. Доказано, что у 15% родителей имеется высокий риск появления ПТСР даже в случае незначительного ожога ребенка [28]. Безусловной психической родительской травмой является внезапная смерть ребенка. Изучение психологических последствий внезапной смерти плода или младенца показывает наличие ПТСР у 12,3% родителей [21].

В контексте новых проблем современности изучались острые стрессовые реакции детей и их родителей на травматические ситуации ложных сообщений о терактах, роль реакций совладания родителей со стрессом в формировании признаков ПТСР у детей [2]. Отдельные исследования

родительской травмы в условиях самоизоляции и угрозы заболевания COVID-19 показали, что интенсивность родительского стресса и сила его травматического воздействия связаны в большей степени с трудностями совмещения удаленной работы с ежедневным уходом за детьми, чем со страхом перед самим вирусом [18].

Таким образом, как показано выше, травматический родительский стресс (ТРС) в большей степени изучался в ситуациях воздействия стрессоров с очевидным «сверхсильным влиянием», и лишь фрагментарно — в отношении «нормативного» родительства. Однако признание сложной природы оценки стрессогенности жизненных событий и необходимость ее рассмотрения с учетом влияния субъективных факторов (например: особенностей восприятия и интерпретации человеком собственного личного опыта; индивидуальной уязвимости в отношении ситуаций, вызывающих потерю чувства безопасности [7; 11]), позволяют выдвинуть предположение, что даже «рядовые» события родительской жизни могут восприниматься как очень травматичные.

В опоре на научные данные, представленные в кратком обзоре выше, можно сделать вывод о важности проведения системных исследований ТСР у условно «нормативных» родителей; значимость этих исследований обусловлена необходимостью концептуализации феномена травматического родительского стресса.

Травматический стресс родителей определяется нами как интенсивный РС, проявляющийся переживанием негативных интенсивных эмоций и нарушением психофизического функционирования, возникающий из-за «нетипичных» событий родительской жизни, приводящих к потере чувства безопасности и/или формирования чувства безысходности. Посттравматический родительский стресс (ПТС) может рассматриваться как «...комплексная, отсроченная реакция на интенсивный стрессор, воздействующий на человека в прошлом» [13], т. е. является вариантом отсроченного реагирования на ТРС.

Какие события условно благополучной родительской жизни могут восприниматься как травма? Как они переживаются? Когда возникают и как влияют на актуальное состояние родителя? Могут ли эти травматические события иметь отсроченное влияние на состояние родителя? Эти исследовательские вопросы легли в основу настоящей научной работы, *целью* которой стало изучение субъективной картины травматических событий родительской жизни, ее особенностей в разные периоды жизни ребенка, а также анализ уровня посттравматического родительского стресса.

Авторами работы был выдвинут ряд *предположений*:

1. Основная часть травматических родительских стрессоров связана с угрозой жизни ребенка или утратой им здоровья.

2. Вместе с тем существует ряд событий и ситуаций, возникающих в процессе «нормотипичного» родительства, которые не являются угрожающими, но воспринимаются и переживаются родителями как травматичные.

3. В качестве таких травмирующих событий в субъективном опыте родителей отражаются ситуации, связанные с возрастными особенностями детей и произошедшие в периоды физической и личностной сепарации ребенка — в раннем и подростковом возрасте.

4. В картине травматического родительского стресса преобладают симптомы, отражающие негативные эмоциональные состояния родителя.

5. Часть родителей, отмечающих наличие травматических событий в родительской жизни, могут испытывать вызванный ими посттравматический стресс.

Методы

Особенностями исследования травматического стресса являются изучение ТС на основе субъективной ретроспективной оценки и осмысление респондентом уже свершившегося травматического события и его последствий. Таким образом, говоря о травматическом стрессе родительства, следует подразумевать, что субъективный опыт родителя является ведущим. Это предполагает ориентацию на преимущество идеографического подхода и качественные методы исследования, позволяющие выявлять не общие законы, а ситуативные и индивидуальные закономерности. Но изучение ПТС как симптомокомплекса, обладающего определенной степенью выраженности, требует и применения стандартизированных инструментов. В связи с этим настоящее исследование реализовывалось с использованием качественно-количественных методов.

Выборка

В исследовании приняли участие 278 родителей, из них 226 женщин, 61 мужчина (M = 41,89 лет). Как сами респонденты, так и их дети не имели хронических заболеваний, ограниченных возможностей здоровья, инвалидности. Выборка набиралась случайным образом по принципу добровольного участия. Для ретроспективного анализа травматического родительского стресса была выделена группа родителей, представленная 89 испытуемыми, имеющими от одного до четырех детей в возрасте старше 20 лет. Из них 18 мужчин (M = 49,56 лет; SD = 6,8 лет) и 71 женщина (M = 47,73 лет; SD = 5,42 лет). Неравномерность выборки по половому

составу может быть отнесена к ограничениям исследования, однако она отражает реальную представленность отцов, ориентированных на контакт с психологом.

Алгоритм, методы и методики исследования

1. Полуструктурированное интервью, ретроспективно изучающее травматические стрессовые события родительской жизни в разные периоды развития ребенка. Методика является авторской разработкой и включает в себя использование приемов «Линия жизни», «Стресс-термометр» и шкалирования. Родителя просили оценить уровень пережитого стресса, затем, при наличии высоких оценок, вспомнить события родительской жизни, которые были для них травматичны (давалось пояснение «травмы»). При интервьюировании родителей двух и более детей важной являлась апелляция к совокупному опыту воспитания детей.

2. При наличии травматического стрессора родителя просили оценить выраженность симптомов ТРС по предлагаемому реестру, а также длительность их переживаний.

3. Родителям, указавшим наличие в их родительской жизни травматического события, сопровождавшегося нарушениями функционирования в эмоциональной, психической и физической сферах более трех месяцев, предлагалась шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (D.S. Weiss, C.R. Marmar, T.J. Metzler, 1995) в адаптации Н.В. Тарабриной (2001), позволяющая выявить основные симптомы посттравматического стресса [8].

4. Полученные результаты обрабатывались с помощью статистического пакета SPSS 20. Использовались описательная статистика, угловое преобразование Фишера — φ*, U-критерий Манна—Уитни, кластеризация методом k-средних. Для анализа высказываний применялся метод контент-анализа.

Результаты и их обсуждение

Экспресс-интервью с респондентами позволило получить информацию о травматических стрессах, испытываемых родителями в разные периоды развития их детей. Всего было получено 150 кейсов (табл. 1) с описаниями разных травматических родительских событий (один родитель мог дать описания нескольких ситуаций). Стрессоры, оцениваемые родителями как травматические, были типизированы по нескольким параметрам: содержанию и локусу травмы (на себе, на ребенке, на семье, на других людях).

Таблица 1

Типы и количество травматических событий (ТС) в жизни родителей в разные возрастные периоды развития ребенка

Тип ТРС	Травматические родительские стрессоры (ТРС)	Возраст ребенка					
		0— 3 года	4— 6 лет	7— 11 лет	12— 15 лет	16— 20 лет	Всего
ТРС, фокусированные на ребенке	Угроза здоровью/ травмы	10	4	7	2	2	25
	Угроза здоровью/ болезни	11	7	3	1	0	12
	Угроза жизни	2	0	0	0	0	2
	Проблемы поведения	2	4	1	3	4	14
	Эмоциональные проблемы	1	2	1	0	6	10
	Проблемы в отношениях со сверстниками/учителями	0	1	1	1	1	4
	Проблемы в развитии/неуспеваемость	1	3	0	1	2	7
	Разлука с ребенком/ потеря	0	2	0	0	1	3
	«Испытания»	0	0	0	4	11	15
Количество ТС (%), связанных с ребенком		27 (62,8)	23 (67,7)	13 (86,7)	12 (54,6)	27 (75,0)	102 (68,0)
ТРС, фокусированные на родителе	Негативные эмоциональные состояния родителей	0	1	1	7	4	13
	Проблемы в здоровье у родителей	3	0	0	0	0	3
	Проблемы с работой/ материальные проблемы	1	1	0	0	1	3
Количество ТС (%), фокусированных на родителе		4 (9,3)	2 (5,9)	1 (6,7)	7 (31,8)	5 (13,9)	19 (12,7)
ТРС, связанные с семей	Проблемы взаимоотношений в семье	4	1	1	0	3	9
	Развод	2	3	0	2	0	7
	Смерть члена семьи	1	2	0	1	0	4
	Рождение	1	1	0	0	0	2

Тип ТРС	Травматические родительские стрессоры (ТРС)	Возраст ребенка					
		0— 3 года	4— 6 лет	7— 11 лет	12— 15 лет	16— 20 лет	Всего
	Переезд	2	1	0	0	1	4
Количество ТРС (%), связанных с семьей		10 (23,3)	8 (23,5)	1 (6,7)	3 (13,6)	4 (11,1)	26 (17,3)
Количество ТРС (%), связанных с другими		2 (4,6)	11 (2,9)	0	0	0	0
Всего		43 (28,70)	34 (22,67)	15 (10,0)	22 (14,7)	36 (24,0)	150 (100)

Контент-анализ показал, что к родительским травматическим стрессорам респонденты относят не только события, происходившие с ребенком, но личные, семейные и социальные стрессоры. Некоторые из них не имеют очевидной связи с феноменологией родительской роли (например материальные проблемы). Однако понимание родительства как феномена, имеющего системную природу (т. е. обладающего индивидуальными и надындивидуальными характеристиками, что предполагает влияние контекстуальных социальных и индивидуальных факторов на восприятие родительской роли), позволило нам отнести их к родительским травматическим стрессорам. В работе мы также опирались на концепцию родительского стресса Р. Абидина, который считает возможным относить к родительским также жизненные стрессоры, оказывающие влияние на родительскую роль [15]. Таким образом, нами были выделены травматические события-стрессоры (ТС): 1) связанные с ребенком, 2) с самим родителем (нарратив стрессора центрирован на самом родителе — его состоянии, проблеме), 3) с событиями в семейной системе (фокус на других членах или динамике семьи), 4) с другими людьми (табл. 1).

Общее количество травматических родительских стрессоров, связанных с ребенком, имеет ожидаемое статистически подтвержденное лидерство по сравнению со стрессорами родительской роли ($p = 0{,}000$; $\varphi^* = 4{,}017$ и в семейной жизни ($p = 0{,}000$; $\varphi^* = 4{,}918$). Достоверно меньше травматических событий родители вспоминали, характеризуя жизнь с ребенком младшего школьного возраста, по сравнению с периодами раннего ($p = 0{,}000$; $\varphi^* = 4{,}03$), дошкольного ($p = 0{,}000$; $\varphi^* = 3{,}005$) и юношеского возраста ($p = 0{,}000$; $\varphi^* = 3{,}29$), но различий с подростковым периодом получено не было. Однако количество стрессоров, связанных с ребенком младшего школьного возраста, выше, чем с ребенком раннего ($p = 0{,}047$; $\varphi^* = 1{,}67$) и подросткового ($p = 0{,}014$; $\varphi^* = 2{,}19$) возраста.

Количество ТС, связанных с самим родителем (преимущественно разнообразные негативные эмоциональные состояния) достоверно

чаще указываются в подростковый период, чем в периоды раннего развития ($p = 0,046$; $\varphi^* = 1,68$), дошкольного детства ($p = 0,015$; $\varphi^* = 2.18$) и младшего школьного возраста ($p = 0,019$; $\varphi^* = 2,08$), но достоверной разницы с юношеским периодом выявлено не было. Вероятно, это может быть объяснено процессами сепарации ребенка и перестройкой детско-родительских отношений, которые приводят к фиксации родителя на собственных состояниях. ТС семейной жизни, как события, оказывающие влияние на роль родителя, реже упоминаются в младший школьный период развития ребенка, чем в ранний ($p = 0,029$; $\varphi^* = 1,890$) и дошкольный ($p = 0,028$; $\varphi^* = 1,906$).

В раннем возрасте ребенка родители чаще отмечают в качестве травмы события, связанные с угрозой его жизни, здоровью и развитию, чем в дошкольном ($p = 0,004$; $\varphi^* = 2,60$), младшем школьном ($p = 0,000$; $\varphi^* = 3.05$), подростковом и юношеском ($p = 0,000$; $\varphi^* = 5,25$). Можно говорить о снижении количества травматических стрессоров данного типа при взрослении детей, однако обнаруживается противоположная тенденция увеличения доли специфических для возраста стрессоров, включающих поведенческие и эмоциональные проблемы в дошкольном ($p = 0,013$; $\varphi^* = 2,24$) и юношеском ($p = 0,000$; $\varphi^* = 4,94$) возрасте детей.

Результаты анализа феноменологии травматических родительских стрессоров, сфокусированных на ребенке, показывают, что родители относят к ним возникшую угрозу смерти ребенка («подавился... не мог дышать», («в реанимации был с ожогом, не знала выживет ли»), произошедшие физические травмы («ударили качели и накладывали швы...сломал руку»), ситуации с риском травмирования (падения, ушибы), ситуации угрозы здоровью («температура за 40 градусов была, ничем не могла сбить»).

На наш взгляд, описанные стрессоры характеризуют состояния, связанные с переживанием чувства родительской неопределенности, беспомощности. Но в более старших возрастных периодах развития ребенка увеличивается количество родительских стрессоров, представляющих скорее социальную угрозу. Это проблемы поведения и адаптации, обусловленные: 1) возрастными особенностями и кризисами («дрался в школе», «проявлял агрессию ко мне — обзывался, кидал вещи», «устраивал истерики в магазине», «курить начал»); 2) неуспеваемостью или нарушениями развития («отставал в развитии», «не справлялся со школьной программой и постоянно одни двойки»); 3) особенностями эмоционального состояния детей («уставал сильно и был постоянно раздраженный», «подавленность, нежелание дочери что-либо делать, апатия»); 4) проблемами в отношениях со сверстниками («травили дочь в школе»). Также большое количество родителей детей юношеского и подросткового возраста в качестве травмирующих описывают события-«испытания»: «плохо сдал экзамены», «не поступил в вуз».

К травматическим родительским стрессорам участники исследования относили также некоторые фактические события личной жизни: болезни («в больницу попала», «тяжелые роды и проблемы со здоровьем потом»), проблемы с работой и материальные трудности («не мог найти работу»), а также собственные эмоциональные состояния и переживания («было эмоционально тяжело, была одна дома все время; постоянно был страх, что с ребенком что-то случится»»). Родители взрослых детей — особенно подростков — в качестве травматического события описывают собственную тревогу, несостоятельность, беспомощность из-за ухудшения отношений с ребенком, конфликтов с ним, его проблемного поведения. Видимо, данные события воспринимаются как влияющие на родительские функции и эффективность их реализации, следовательно, опосредованно создают чувство угрозы и потери безопасности в родительской роли. Описание собственного родительского эмоционального состояния как стрессора может указывать на трудности идентификации истинной причины, вызвавшей его, что, вероятно, могло быть преодолено при проведении глубинного интервью. Возможно, что травмой для родителя могли стать «негативные» эмоции в этой роли, противоречащие представлениям и ожиданиям о безусловной позитивности родительства.

События, происходившие в семейной системе (развод, измена, переезд, рождение второго ребенка), нарушения взаимоотношений в семье («с мужем разные взгляды на воспитание мальчика», «конфликт со свекровью») относили к травматическим и для родительской роли. Их количество довольно велико в периоды раннего и дошкольного развития ребенка. Отдельные родители указывали на травмирующие отношения с врачами («унижающее поведение врачей в роддоме; общение с неврологом»).

Родители не только описывали содержание травматических родительских стрессоров, но и оценивали с помощью приема «Стресс-термометр» выраженность общего уровня родительского стресса. Также были проанализированы указанные родителями симптомы травматических родительских стрессов (рис. 1), среди которых с опорой на диагностические критерии по МКБ-10, были выделены условные три группы: эмоциональные (преимущественно аффективные реакции), физические (вегетативные и психосоматические нарушения), когнитивно-поведенческие (куда, например, были включены нарушение концентрации, снижение потребностей и влечений, навязчивые мысли, настороженность, фантазирование) симптомы. Затем подсчитывалась доля выраженности симптомов каждой группы у всех респондентов (рис. 1).

Родители, характеризуя ТРС, возникающий в разные периоды развития ребенка, наибольшую интенсивность приписывали стрессу раннего возраста и чаще всего указывали симптомы эмоционально-аффективной группы, а соотношение выраженности соматических и когнитивно-

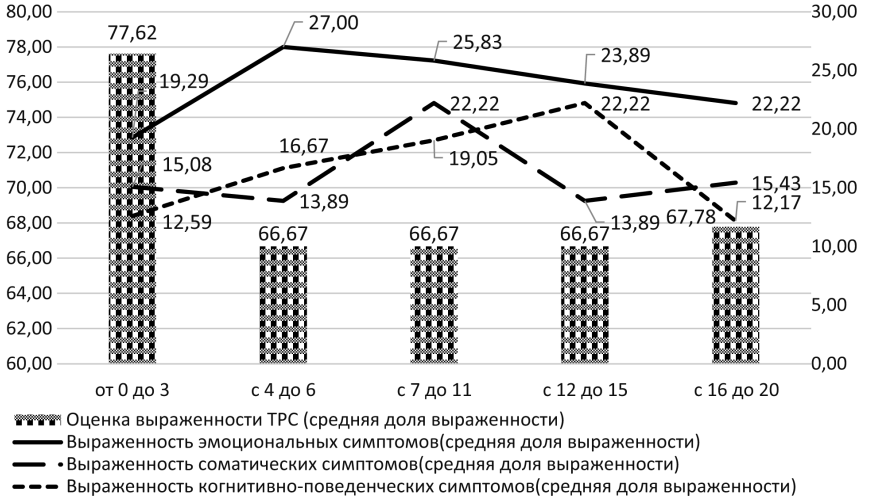

Рис. 1. Средние значения выраженности (%) признаков травматического родительского стресса у респондентов, указавших на наличие травматического события

поведенческих симптомов представлено специфически в разные возрастные периоды. Достоверность различий обнаружена при попарном сравнении с помощью U-критерия показателей выраженности симптомов ТРС, возникших в период развития ребенка от 0 до 3 лет и в дошкольном возрасте. Интенсивность родительского стресса, связанного с ранним возрастом ребенка, оценивается достоверно выше ($U = 452{,}00$; $p = 0{,}39$), чем сопряженного с дошкольным периодом. Значимых различий между выраженностью ТРС в дошкольном возрасте ребенка и его симптомов в остальные периоды не обнаружено.

Восприятие ТРС в более поздние периоды развития детей как менее интенсивных, чем в раннем возрасте ребенка, может быть, на наш взгляд, связано с рядом причин: с постепенным дистанцированием родителей, изменением восприятия жизнеспособности ребенка при взрослении (дети раннего возраста воспринимаются как более «хрупкие существа по сравнению с детьми более старшего возраста), с накоплением родительского опыта, усилением родительской жизнестойкости. Выявление факторов, влияющих на восприятие интенсивности ТРС в разные возрастные периоды, является перспективой дальнейших исследований.

На основании анализа частоты встречаемости симптомов ТРС, упоминаемых во всех кейсах, нами выделены специфические симптомокомплексы, обусловленные возрастом ребенка (табл. 2).

Таблица 2

Преобладающие симптомы и их частоты при ТРС в разные возрастные периоды ребенка (n, чел.)

Симптомы ТРС	Возраст ребенка				
	0—3 года	4—6 лет	7—11 лет	12—15 лет	16—20 лет
Тревога	19	22	6	10	14
Страх	15	13	6	0	7
Гнев	0	0	5	7	0
Усталость	11	11	0	7	0
Отчаяние	0	0	0	0	7
Нарушение настроения	17	14	0	7	0
Нарушение сна	0	9	5	0	9
Нарушение аппетита	15	0	0	0	7
Навязчивые мысли	0	0	5	7	0

Из данных, представленных в табл. 2, следует, что в структуре симптомокомплекса ТРС наиболее встречаемым симптомом является переживание тревоги. Также достаточно часто родители вспоминают чувство страха, сопровождающее переживание ТРС. Родители, получившие, по их мнению, травматический опыт в период раннего и дошкольного возраста детей, отмечают симптомокомплекс в виде сочетания тревоги, страха, нарушения настроения и усталости, сопряженных с соматическими симптомами (нарушения аппетита или сна). Специфика ТРС, возникшего у родителей детей подросткового и младшего школьного возраста, ретроспективно характеризуется наличием симптомов гнева или навязчивых мыслей, а у родителей детей юношеского возраста — отчаянием.

Для подтверждения гипотезы о возможности возникновения посттравматического стресса у нормотипичных родителей были проанализированы показатели длительности симптомов ПТС.

56 родителей (45 женщин и 11 мужчин) сообщили, что нарушения функционирования в эмоциональной, соматической и когнитивно-поведенческой сферах, возникшие из-за травматической ситуации, наблюдались более трех месяцев после события. В связи с этим им было предложено заполнить опросник ШОВТС (D.S. Weiss, C.R. Marmar, T.J. Metzler, 1995; в адаптации Н.В. Тарабриной, 2001).

Результаты тестирования родителей, полученные по шкале оценки влияния травматического события (ШОВТС), были сопоставлены

с результатами, полученными Н.В. Тарабриной на студентах, сотрудниках МЧС, пожарных и беженцах [8]. Можно отметить, что средние оценки симптомов ПТС у родителей превышают значения, полученные Н.В. Тарабриной по объединенной выборке [8]. Среди симптомов ПТС у родителей наиболее выраженными являются «вторжение» и «физиологическая возбудимость» (табл. 3).

Таблица 3

Средние значения показателей влияния травматического события (признаки ПТСР по методике ШОВТС) в выборке родителей с ПТС

Показатели методики ШОВТС/ Количество человек/	M/SD	Общий показатель	Вторжение	Избегание	Физиологическая возбудимость
Общая выборка (n = 56)	M	31,27 (29,39)*	12,04 (10,30)*	10,43 (11,33)*	8,8036 (7,77)*
	SD	16,54	6,02	5,56	5,98
1-й кластер (n = 17)	M	51,53	18,29	17,18	16,06
	SD	7,56	2,974	2,43	3,58
2-й кластер (n = 23)	M	29,83	12,48	9,57	7,78
	SD	5,58	3,55	2,63	2,52
3-й кластер (n = 16)	M	11,83	4,75	4,51	2,56
	SD	5,06	1,91	2,61	2,31

Примечание: «*» — данные, полученные в исследовании Н.В. Тарабриной [8].

Анализ результатов описательной статистики привел нас к мысли о вариабельности выборки по показателям ПТС. Кластерный анализ (K-means), выявил группу из 17 человек, представляющую наибольший исследовательский интерес: выраженность симптомов ПТС в этой группе предельно высока ($p < 0{,}001$) и сопоставима с результатами людей, переживших ситуации угрозы жизни (данные беженцев и ликвидаторов аварии на ЧАЭС, по данным Н.В. Тарабриной [8]). Можно отметить, что у родителей этой группы симптомы физиологической возбудимости практически в 2 раза превышают среднестатистические нормы для обобщенной выборки. Кроме повышенной физиологической чувствительности, это также говорит о формировании у таких родителей «сверхбдительности», тревожной настороженности в отношении своих детей, готовности воспринимать многие события как угрожающие, «пугаться» за детей (табл. 3).

Статистический анализ специфических социально-демографических характеристик (возраст, образование, семейное положение, количество

детей, разница в возрасте между детьми), типов травматических событий и их количества не обнаружил достоверных различий в выявленных кластерах, что заставляет выдвинуть предположение о влиянии иных факторов (например личностных).

Чаще всего у родителей 1-го кластера ПТС вызывали события, связанные с ребенком (n = 11). ПТС, связанный с выполнением родительской роли / возникший вследствие действия семейных стрессоров, отмечался испытуемыми значимо реже (соответственно: n = 2, p = 0,000, φ* = 3,41 и n = 4, p = 0,005, φ* = 2,51).

Среди стрессовых событий, связанных с ребенком, указывались следующие ситуации: воспринимаемая родителем угроза здоровью детей (операции, остро возникшие проблемы со здоровьем); физические травмы; единичные события, связанные со службой ребенка в армии; неудачное поступление в вуз. Стрессоры семейной жизни как вызвавшие отсроченное реагирование отметили четыре человека, среди них три родителя назвали смерть отца и один — развод. У двух респондентов отдаленные посттравматические последствия были вызваны серьезными материальными проблемами и переживанием чувства вины из-за несправедливого наказания ребенка.

В научной литературе существуют доказательства влияния посттравматического стрессового расстройства родителей на повышение уровня актуального родительского стресса, родительскую неудовлетворенность [19]. Таким образом, полученные результаты показывают необходимость дальнейшего исследования с целью дифференциации событий родительской жизни по степени травматичности и определения влияния ПТС родителей на переживание ими актуального родительского стресса.

Выводы

В ходе исследования было выявлено, что в жизни «нормотипичных» родителей, которые не имеют детей с нарушениями в развитии и угрожающими жизни заболеваниями, могут происходить события, квалифицируемые ими как травматические даже в случае их благоприятного исхода. Среди них преобладают ситуации, содержательно фокусированные на ребенке, что подчеркивает существование специфических интенсивных стрессовых реакций родителя в ответ на события в жизни детей. Однако существует ряд событий, не связанных с ребенком (происходящих с самим родителем или в семье), но оцениваемых как травматические, что показывает их опосредованное влияние на родительскую роль, способность усиливать родительский стресс.

Предположение о том, что наиболее распространенными травматическими стрессорами для родителей являются ситуации угрозы для жизни или здоровья ребенка, не полностью подтвердилось. Выявлено два этапа развития ребенка (дошкольный и юношеский возраст), когда в родительском опыте значительный процент стрессоров связан с эмоционально-поведенческими и когнитивными проблемами детей.

Реже всего в качестве травматических родители воспринимают события, случившиеся в младшем школьном периоде развития ребенка, при этом бо́льшая их часть фокусирована на фактах детской жизни. Таким образом, третья гипотеза не подтвердилась: в субъективном опыте родителей травмирующие события одинаково часто связаны не только с ранним и подростковым периодом развития ребенка, но и с другими этапами его жизни.

Подтверждено, что в картине травматического родительского стресса наибольший удельный вес имеют эмоционально-аффективные нарушения, при этом ТРС, пережитый родителями в период раннего детства (возраст детей от 0 до трех лет), оценивается испытуемыми как самый интенсивный. Выявлено наличие специфических симптомокомплексов, включающих различные сочетания эмоциональных, соматических и когнитивно-поведенческих симптомов, характерных для травматического стресса родителей детей разного возраста. Основообразующим симптомом является чувство тревоги.

Результаты исследования показывают, что посттравматический стресс может возникать у родителей, дети которых не имеют инвалидности, нарушений развития, угрожающих жизни заболеваний. Около 19% родителей отмечают высокую интенсивность симптомов ПТС. Такие родители не отличаются специфическими социально-демографическими маркерами, что показывает необходимость дальнейшего изучения иных факторов возникновения посттравматического стресса у родителей.

Можно предположить, что события, вызывающие родительские ТС и ПТС, по механизму воздействия относятся как к варианту «травм наблюдателя», так и к варианту травм вследствие невидимых угроз. В первом случае родитель сталкивается с ситуацией, в которой он является крайне эмпатичным наблюдателем, испытывающим сильные эмоции тревоги и страха, сопряженные с чувством беспомощности. Во втором — родитель «...не имеет возможности увидеть саму угрозу, а его представления (знания) о потенциальных проблемах (ребенка), связанных с воздействием этих вредоносных агентов» вызывают травматические родительские переживания [1, с. 135].

Ограничения исследования

Полученные результаты не могут быть экстраполированы на все родительское сообщество вследствие ограничений, определяемых структурой выборки (преобладание респондентов-матерей). Результаты, показанные в данной публикации, скорее отражают тенденции и закономерности, свойственные родительскому сообществу, готовому к сотрудничеству с психологами и мотивированного на психологический анализ.

Результаты исследования могут быть использованы в диагностике и консультировании родителей по проблемам родительского стресса.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Быховец Ю.В.* Стресс от невидимых информационных угроз и его последствия // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 132—166. DOI:10.17759/cpp.2023310307
2. *Васильева И.В.* Оценка стрессовой реакции детей и родителей на сообщения об акте терроризма [Электронный ресурс] // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2022. Том 27. № 4(91). С. 411—419. DOI: 10.24412/1999-6241-2022-491-411-419
3. *Дан М.В.* Динамика эмоционального состояния матерей после переживания стресса-впервые возникшего тяжелого психического заболевания у совершеннолетнего ребенка // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017. Том 6. № 4а. С. 222—232.
4. *Ефимова И.Н.* Возможности исследования родительского «выгорания» [Электронный ресурс] // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2013. № 4. С. 31—40. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_21010171_53366830.pdf (дата обращения: 20.04.2023).
5. *Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н.* Направления исследований дистресса родителей детей, проходящих лечение от жизнеугрожающих заболеваний [Электронный ресурс] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016. № 1. С. 29—36. URL: https://www.bekhterevreview.com/jour/article/viewFile/161/122 (дата обращения: 28.04.2023).
6. *Любушина А. А., Савенышева С.С.* Феномен родительского стресса: обзор зарубежных концепций // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. 2023. Том 12, № 2(46). С. 123—136. DOI:10.18500/2304-9790-2023-12-2-123-136
7. Рехтина Н.В. Значение как характеристика травматической ситуации и его изменение [Электронный ресурс] // Материалы всероссийской конференции с международным участием «Кочеповские чтения «Психология и право» в современной России 2012». URL: https://psyjournals.ru/nonserialpublications/kochteniya1/contents/kochteniya1_55326.pdf (дата обращения: 18.04.2023).
8. *Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

9. *Тарабрина Н.В., Майн Н.В.* Индивидуальная и межпоколенческая психотравматизация усыновителей и качество приемной семьи (эмпирическое исследование) [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2014. Том 7. № 34. С. 1—18. DOI:10.54359/ps.v7i34.639
10. *Тихонова И.В.* Родительские состояния, связанные со стрессом: понятийный дискурс и дифференциация [Электронный ресурс] // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2022. Том 28. № 2. С. 84—92. DOI:10.34216/2073-1426-2022-28-2-84-92
11. *Харламенкова Н.Е.* Интенсивные стрессоры и психологические последствия их переживания в молодости и ранней взрослости [Электронный ресурс] // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2017. Том 23. № 4. С. 26—30. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_32430735_95410134.pdf (дата обращения: 11.04.2023).
12. *Харламенкова Н.Е.* Травматические события в картине жизни взрослой женщины и влияние посттравматического стресса на идентификацию в паре «мать—дочь». Клиническая и специальная психология. 2013. № 4. С. 1—11. Режим доступа: URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2013_n4/cpse_2013_n4_Harlamenkova.pdf (дата обращения: 28.10.2023).
13. *Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.* Психологические последствия влияния стрессоров высокой интенсивности разного типа [Электронный ресурс] // Ярославский педагогический вестник. 2020. № 5(116). С. 110—120. DOI: 10.20323/1813-145X-2020-5-116-110-120
14. Якупова В.А., Аникеева М.А., Суарэз А.Д. Посттравматическое стрессовое расстройство после родов: обзор исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2023. Том 12. № 2. С. 70—93. DOI:10.17759/cpse.2023120204
15. *Abidin R.R.* Parenting stress Index, Fourth Edition (PSI-4). Luts, Fl: Psychological Assessment Resources, 2012. 167 p.
16. *Alzawad Z, Marcus Lewis F, Ngo L, Thomas K.* Exploratory model of parental stress during children's hospitalisation in a paediatric intensive care unit // Intensive Crit Care Nurs. 2021. Vol. 67. № 12. DOI:10.1016/j.iccn.2021.103109
17. *Ayers S., Eagle A., Waring H.* The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study // Psychology, health & medicine. 2006. Vol. 11. № 4. P. 389—398. DOI:10.1080/13548500600708409
18. *Chartier S., Delhalle M., Baiverlin A., Blavier A.* Parental peritraumatic distress and feelings of parental competence in relation to COVID-19 lockdown measures: What is the impact on children's peritraumatic distress? // European Journal of Trauma & Dissociation. 2021.Vol. 5. № 2. DOI:10.1016/j.ejtd.2020.100191
19. *Christie H., Hamilton-Giachritsis C., Alves-Costa F., Tomlinson M., Halligan S.L.* The impact of parental posttraumatic stress disorder on parenting: a systematic review // European Journal of Psychotraumatology. 2019. Vol. 10. № 1. DOI:10.1080/20008198.2018.1550345
20. *Christiansen D.M., Elklit A., Olff M.* Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss // General Hospital Psychiatry. 2013. Vol. 35. № 6. P. 605—611. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2013.06.006

21. *Crnic K., Ross E.* Parenting stress and parental efficacy // Parental stress and early child development / Deater-Deckard K., Panneton R. (eds). Cham: Springer International Publishing AG. 2017. P. 263—284.
22. *Govindaswamy P., Badawi N., Waters D., Walker K., Spence K., Laing S.* Parental Stressors in a Surgical Neonatal Intensive Care Unit // Journal of Paediatrics and Child Health: Abstracts of the 22nd Annual Congress of the Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ), 25—28 March 2018, Auckland, New Zealand. 2018. Vol. 54. № 1. P. 78—78. DOI:10.1111/jpc.13882_206
23. *Modarres M., Afrasiabi S., Rahnama P., Montazeri A.* Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms // BMC Pregnancy Childbirth. 2012. Vol. 12. P. 1—6. DOI:10.1186/1471-2393-12-88
24. *Pinquart M.* Posttraumatic Stress Symptoms and Disorders in Parents of Children and Adolescents With Chronic Physical Illnesses: A Meta-Analysis // Journal of Traumatic Stress. 2019. Vol. 32. № 1. P. 88—96. DOI:10.1002/jts.22354
25. *Roskam I., Brianda M. E., Mikolajczak, M. A.* Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA) // Frontiers in psychology. 2018. Vol. 9. DOI:10.3389/fpsyg.2018.00758
26. *Schepers S.A., Sint Nicolaas S.M., Maurice-Stam H., Haverman L., Verhaak C.M., Grootenhuis M.A.* Parental distress 6 months after a pediatric cancer diagnosis in relation to family psychosocial risk at diagnosis // Cancer. 2018. Vol. 2. P. 381—390. DOI:10.1002/cncr.31023
27. *Stewart M., Schnabel A., Hallford D. J., McGillivray J.A., Forbes D., Foster M., Shandley K., Gardam M., Austin D. W.*, Challenging child behaviours positively predict symptoms of posttraumatic stress disorder in parents of children with Autism Spectrum Disorder and Rare Diseases // Research in Autism Spectrum Disorders. 2020. Vol. 69. DOI:10.1016/j.rasd.2019.101467
28. *Townsend A., Batra N., Lilenfeld L., Maurin E., Inverso H., Burd R., Tully C.* Parent traumatic stress after minor pediatric burn injury // Journal of Burn Care & Research. 2022. Vol. 44. № 2. P. 329—334. DOI: 10.1093/jbcr/irac055
29. *Upadhyay V., Parashar Y. A* Study of Parental Stressors, Financial Issues as Stress Factor, and the Coping Strategies in the PICU // Indian J Pediat. 2022. № 89. P. 563—569. DOI:10.1007/s12098-021-04003-0
30. *Wilcoxon L., Meiser-Stedman R., Burgess A.* Post-traumatic Stress Disorder in Parents Following Their Child's Single-Event Trauma: A Meta-Analysis of Prevalence Rates and Risk Factor Correlates // Clinical Child and Family Psychology Review. 2021. Vol 24. № 9. P. 725—743. DOI:10.1007/s10567-021-00367-z
31. *Zdun-Ryżewska A., Nadrowska N., Błażek M., Białek K., Zach E., Krywda-Rybska D.* Parent's Stress Predictors during a Child's Hospitalization // Int J Environ Res Public Health. 2021.Vol 18. № 11. P. 1—13. DOI:10.3390/ijerph182212019

REFERENCES

1. Bykhovets Yu.V. Stress ot nevidimykh informatsionnykh ugroz i ego posledstviya [Stress from Invisible Information Threats and Its Consequences]// *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy* 2023, vol. 31, no. 3, pp. 132—166. DOI:10.17759/cpp.2023310307 (In Russ., abstr. in Engl).

2. Vasil'eva I.V. Otsenka stressovoi reaktsii detei i roditelei na soobshcheniya ob akte terrorizma [Assessment of the stress response of children and parents to reports of an act of terrorism]"[Elektronnyi resurs] // *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh = Psychopedagogy in law enforcement agencies,* 2022, vol. 27, no. 4 (91), pp. 411—419. DOI:10.24412/1999-6241-2022-491-411-419
3. Dan M.V. Dinamika emotsional'nogo sostoyaniya materei posle perezhivaniya stressa-vpervye voznikshego tyazhelogo psikhicheskogo zabolevaniya u sovershennoletnego rebenka [Dynamics of the emotional state of mothers after experiencing stress-first severe mental illness in an adult child]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya = Psychology. Historical and Critical Reviews and Contemporary Studies*, 2017, vol. 6, no. 4A, pp. 222—232. (In Russ., abstr. in Engl)
4. Efimova I.N. Vozmozhnosti issledovaniya roditel'skogo "vygoraniya"[Research opportunities for parental "burnout"] [Elektronnyi resurs]. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskie nauki = Bulletin of the Moscow State Regional University. Series: Psychological Sciences*, 2013, no. 4, pp. 31—40, Available at: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_21010171_53366830.pdf (Accessed: 20.04.2023). (In Russ., abstr. in Engl).
5. Klipinina N.V., Enikolopov S.N. Napravleniya issledovanii distressa roditelei detei, prokhodyashchikh lechenie ot zhizneugrozhayushchikh zabolevanii "[Directions for research on the distress of parents of children being treated for life-threatening illnesses] [Elektronnyi resurs]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva = The V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*, 2016, no. 1, pp. 29—36. Available at: https://www.bekhterevreview.com/jour/article/viewFile/161/122 (Accessed: 28.04.2023). (In Russ., abstr. in Engl)
6. Lyubushina A.A., Savenysheva S.S. Fenomen roditel'skogo stressa: obzor zarubezhnyh koncepcij "[The phenomenon of parental stress: a review of foreign concepts] [Elektronnyi resurs]. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya: Akmeologiya obrazovaniya. Psihologiya razvitiya = News of Saratov University. New episode. Series: Acmeology of education. Developmental psychology*. 2023, no. 2 (46), pp. 123—136. DOI:10.18500/2304-9790-2023-12-2-123-136, EDN: RZZUOP
7. Rekhtina N.V. Znachenie kak kharakteristika travmaticheskoi situatsii i ego izmenenie[Meaning as a characteristic of a traumatic situation and its change] [Elektron. Resurs]. *Kochenovskie chteniya «Psikhologiya i pravo v sovremennoi Rossii» = Kochenov Readings "Psychology and Law in Modern Russia*. Available at: https://psyjournals.ru/nonserialpublications/kochteniya1/contents/kochteniya1_55326.pdf (Accessed: 18.04.2023). (In Russ.)
8. Tarabrina N. V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the Psychology of Post-Traumatic Stress]. Saint Petersburg: Publ. Piter, 2001, 272 P. (In Russ.).
9. Tarabrina N.V., Main N.V. Individual'naya i mezhpokolencheskaya psikhotravmatizatsiya usynovitelei i kachestvo priemnoi sem'i (empiricheskoe issledovanie) [Individual and Intergenerational Adoptive Psychotraumatization and Adoptive Family Quality (An Empirical Study)] [Elektronnyi resurs].

Psikhologicheskie issledovaniya = Psychological research, 2014, vol.7, no. 34, C. 1, DOI:10.54359/ps.v7i34.639. (In Russ., abstr. in Engl).
10. Tikhonova I.V. Roditel'skie sostoyaniya, svyazannye so stressom: ponyatiinyi diskurs i differentsiatsiya [Stress-related parental states: conceptual discourse and differentiation] [Elektronnyi resurs]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika = Vestnik (Herald) of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics*, 2022, no. 2, vol. 28, pp. 84—92. DOI:10.34216/2073-1426-2022-28-2-84-92. (In Russ., abstr. in Engl).
11. Kharlamenkova N.E. Intensivnye stressory i psikhologicheskie posledstviya ikh perezhivaniya v molodosti i rannei vzroslosti [Intense stressors and the psychological consequences of experiencing them in youth and early adulthood] [Elektronnyi resurs]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika = Vestnik (Herald) of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics*, 2017, vol. 23, no. 4, pp. 26-30. Available at: ttps://www.elibrary.ru/download/elibrary_32430735_95410134.pdf (Accessed: 11.04.2023). (In Russ., abstr. in Engl).
12. Kharlamenkova N.E. Travmaticheskie sobytiya v kartine zhizni vzrosloi zhenshchiny i vliyanie posttravmaticheskogo stressa na identifikatsiyu v pare mat'-doch [Traumatic events in the picture of an adult woman's life and the impact of post-traumatic stress on the identification of a mother-daughter couple]' [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical and special psychology.* 2013, no. 4, pp. 1-11. Available at: URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2013_n4/cpse_2013_n4_Harlamenkova.pdf (Accessed: 28.10.2023). (In Russ., abstr. in Engl).
13. Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. Psikhologicheskie posledstviya vliyaniya stressorov vysokoi intensivnosti raznogo tipa [Psychological effects of different types of high-intensity stressors] [Elektronnyi resurs]. *Yaroslavskii pedagogicheskii vestnik = Yaroslavl Pedagogical Newsletter,* 2020, no. 5 (116), pp. 110—120. DOI:10.20323/1813-145X-2020-5-116-110-120. (In Russ., abstr. in Engl).
14. Yakupova V.A., Anikeeva M.A., Suarez A.D. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo posle rodov: obzor issledovanii [Post-traumatic stress disorder after childbirth: a review of studies][Elektronnyi resurs] // *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical and special psychology*, 2023, Vol 12, no. 2, pp. 70—93. DOI:10.17759/cpse.2023120204
15. Abidin R.R. Parenting stress Index, Fourth Edition (PSI-4). Luts, Fl: Psychological Assessment Resources, 2012. 167 p.
16. Alzawad Z, Marcus Lewis F, Ngo L, Thomas K. Exploratory model of parental stress during children's hospitalisation in a paediatric intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*, 2021, vol. 67, no 12. DOI:10.1016/j.iccn.2021.103109
17. Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, health & medicine*. 2006. Vol. *11*, no 4, pp. 389 — 398. DOI:10.1080/13548500600708409
18. Chartier S., Delhalle M., Baiverlin A., Blavier A. Parental peritraumatic distress and feelings of parental competence in relation to COVID-19 lockdown measures: What

is the impact on children's peritraumatic distress? *European Journal of Trauma & Dissociation,* 2021.Vol. 5, no 2. doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100191
19. Christie H., Hamilton-Giachritsis C., Alves-Costa F., Tomlinson M., Halligan S.L. The impact of parental posttraumatic stress disorder on parenting: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 2019. Vol. 10, no1. DOI:10.1080/20008198.2018.1550345
20. Christiansen D. M., Elklit A., Olff M. Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss. *General Hospital Psychiatry*. 2013. Vol. 35, no. 6. P. 605—611. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2013.06.006
21. *Crnic K., Ross E.* Parenting stress and parental efficacy // Deater-Deckard K., Panneton R. (eds). *Parental stress and early child development*. Cham: Springer International Publishing AG. 2017, pp. 263—284. DOI:10.1007/978-3-319-55376-4_11
22. Govindaswamy P., Badawi N., Waters D., Walker K., Spence K., Laing S. Parental Stressors in a Surgical Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Paediatrics and Child Health: Abstracts of the 22nd Annual Congress of the Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ), 25—28 March 2018, Auckland, New Zealand*, 2018. Vol. 54, no. S1, pp. 78—78. https:.doi.org/10.1111/jpc.13882_206
23. Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012, no. 12, pp. 1—6. DOI:10.1186/1471-2393-12-88
24. Pinquart M. Posttraumatic Stress Symptoms and Disorders in Parents of Children and Adolescents With Chronic Physical Illnesses: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress,* 2019. Vol.32, no. 1, pp. 88—96. DOI:10.1002/jts.22354
25. Roskam I., Brianda M. E., Mikolajczak, M. A. Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in psychology*, 2018. Vol. 9. DOI:10.3389/fpsyg.2018.00758
26. Schepers S.A., Sint Nicolaas S.M., Maurice-Stam H., Haverman L., Verhaak C.M., Grootenhuis M.A. Parental distress 6 months after a pediatric cancer diagnosis in relation to family psychosocial risk at diagnosis. *Cancer*, 2018, no. 2, pp. 381—390. DOI:10.1002/cncr.31023
27. Stewart M., Schnabel A., Hallford D. J., McGillivray J.A., Forbes D., Foster M., Shandley K., Gardam M., Austin D. W., Challenging child behaviours positively predict symptoms of posttraumatic stress disorder in parents of children with Autism Spectrum Disorder and Rare Diseases. Research in Autism Spectrum Disorders. 2020. no. 69. DOI:10.1016/j.rasd.2019.101467.
28. Townsend, A., Batra N., Lilenfeld L., Maurin E., Inverso H., Burd R., Tully C. Parent traumatic stress after minor pediatric burn injury. *Journal of Burn Care & Research*. 2022. Vol. 44, no. 2, pp 329 — 334 DOI:10.1093/jbcr/irac055
29. Upadhyay V., Parashar Y. A Study of Parental Stressors, Financial Issues as Stress Factor, and the Coping Strategies in the PICU. *Indian J Pediat*, 2022, no. 89, pp. 563—569 DOI:10.1007/s12098-021-04003-0
30. Wilcoxon L., Meiser-Stedman R., Burgess A. Post-traumatic Stress Disorder in Parents Following Their Child's Single-Event Trauma: A Meta-Analysis of Prevalence Rates and Risk Factor Correlates. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2021. Vol 24, no. 9, pp. 725—743. DOI:10.1007/s10567-021-00367-z.

31. Zdun-Ryżewska A., Nadrowska N., Błażek M., Białek K., Zach E., Krywda-Rybska D. Parent's Stress Predictors during a Child's Hospitalization. *Int J Environ Res Public Health,* 2021.Vol 18, no. 11, pp. 1—13. DOI:10.3390/ijerph182212019. PMID: 34831774; PMCID: PMC8619911.

Информация об авторах
Тихонова Инна Викторовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной педагогики и психологии, Костромской государственный университет (ФГБОУ ВО КГУ), г. Кострома, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7756-0610, e-mail: inn.007@mail.ru

Information about the authors
Inna V. Tikhonova, PhD in Psychology, Associate Professor, Chair of Special Pedagogy and Psychology, Kostroma State University, Kostroma, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7756-0610, e-mail: inn.007@mail.ru

Получена 27.06.2023 Received 27.06.2023
Принята в печать 01.09.2024 Accepted 01.09.2024

Консультативная психология
и психотерапия
2024. Том 32. № 3. С. 162—184
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320309
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology
and Psychotherapy
2024. Vol. 32, no. 3, pp. 162—184
DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320309
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

СУБЪЕКТИВНОСТЬ СОЗНАНИЯ КАК ВОЗМОЖНОЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФОРМИРУЮЩЕГО КОНТЕКСТА У ДЕТЕЙ В СНИЖЕННОМ СОЗНАНИИ (FORMATIVE CONTEXT IN DISORDERS OF CONSCIOUSNESS, FCDOC)

В.И. БЫКОВА
Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4473-499X,
e-mail: valentina.bykova.vb@yandex.ru

И.Д. ВАСИЛЬЕВА
Государственный университет «Дубна» (ФГБОУ ВО « ГУ «Дубна»»), г. Дубна, Российская Федерация
ORCID: https://.org/0009-0001-2762-3334,
e-mail: psy@irivasi.ru

Ю.П. ПОЛУХИНА
Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0949-0432,
e-mail: julia.poluxina.4857@yandex.ru

Е.А. ЛЬВОВА
Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6551-7305,
e-mail: lvova@doctor-roshal.ru

CC BY-NC

Е.К. ФУФАЕВА
Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7556-0745,
e-mail: ekaterina.v.fufaeva@yandex.ru

С.А. ВАЛИУЛЛИНА
Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1622-0169,
e-mail: vsa64@mail.ru

Актуальность. Тема восстановления сознания после тяжелых повреждений головного мозга в современном мире стоит очень остро. **Цель** данного исследования — на основе современных теоретических знаний о сознании представить новый практический психологический метод — формирующий контекст (Formative Context in Disorders of Consciousness, FcDoC), позволяющий изменять и формировать психические новообразования в ситуации сниженного сознания у детей после тяжелых повреждений головного мозга. **Материалы и методы.** В пилотажном исследовании участвовали 4 ребенка (5—10 лет), находящиеся в сниженных состояниях сознания после тяжелых повреждений головного мозга на ранних этапах реабилитации. Каждому ребенку демонстрировался видеоматериал о нем самом, отснятый днем ранее. Показ сопровождался психологическими комментариями и одновременной видеофиксацией реакций ребенка. Результаты оценивались количественным (Шкала коммуникативной активности В.И. Быковой (SCAB)) и качественным методами (включенное наблюдение, видеофиксация). **Результаты.** У всех детей был получен эмоциональный отклик на просмотр видеофильма о себе, а также достаточно быстро и значимо начали отмечаться положительные изменения в психической активности (уменьшение латентного времени ответов, увеличение эмоциональных и двигательных реакций). **Заключение.** Метод психологической работы с детьми в сниженном сознании после повреждений головного мозга, позволяющий формировать и восстанавливать психические возможности ребенка, получил название Формирующего контекста в сниженном сознании (Formative context in disorders of consciousness (FcDoC). Данное исследование позволяет соединить теоретические предпосылки относительно нового знания по формированию сознания с действенной тканью непосредственного практического опыта.

Ключевые слова: сознание, сниженное сознание, самосознание, дети, тяжелая черепно-мозговая травма, метод восстановления сознания, формирующий контекст, формирующий контекст в сниженном сознании (FcDoC).

Для цитаты: *Быкова В.И., Васильева И.Д., Полухина Ю.П., Львова Е.А., Фуфаева Е.В., Валиуллина С.А.* Субъективность сознания как возможное теоретическое обоснование психологического формирующего контекста у детей в сниженном сознании (Formative context in disorders of consciousness, FcDoC) // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 38. № 3. С. 162—184. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320309

THE SUBJECTIVITY OF CONSCIOUSNESS AS A POSSIBLE THEORETICAL JUSTIFICATION FOR PSYCHOLOGICAL FORMATIVE CONTEXT (FCDOC) IN CHILDREN WITH LOWERED LEVEL OF CONSCIOUSNESS

VALENTINA I. BYKOVA
Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4473-499X,
e-mail: valentina.bykova.vb@yandex.ru

IRINA D. VASILIEVA
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Dubna University" (Dubna State University), Dubna, Russia
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-2762-3334,
e-mail: psy@irivasi.ru

JULIA P. POLUKHINA
Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0949-0432,
e-mail: julia.poluxina.4857@yandex.ru

EKATERINA A. LVOVA
Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia,
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6551-7305,
e-mail: lvova.katerina@gmail.com

EKATERINA V. FUFAEVA
Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7556-0745,
e-mail: k.fufaeva@gmail.com

SVETLANA A. VALIULLINA
Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1622-0169,
e-mail: VSA64@mail.ru

Relevance. Currently, the issue of restoring consciousness after severe brain injury is a very acute one. **Purpose.** To present a new practical psychological technique, based on modern theoretical concepts of consciousness — Formative context in disorders of consciousness (FcDoC), which allows to dynamically change and form mental processes in decreased consciousness in children after severe brain injury. **Material and methods**. 4 children (aged 5—10 y.o.) with decreased level of consciousness after severe traumatic brain injury were enrolled in the pilot study at early stages of rehabilitation. Each child was shown a video about him/her which was shot a few days earlier. The film was accompanied by psychological comments, and child's reactions were simultaneously video recorded. Results were assessed with quantitative (SCAB) and qualitative techniques (visual observation, video recording). **Results.** All children demonstrated an emotional response after watching the film; there were marked positive changes in their psychic activity (less latent response time, better emotional and motor reactions). **Conclusion.** A new technique of psychological work with children in lowered level of consciousness after brain injury, which allows to form and restore child's mental capabilities, has been called "Formative context in disorders of consciousness (FcDoC)". The present study combines theoretical prerequisites of new knowledge on human consciousness formation with true practical experience.

Keywords: consciousness, decreased consciousness, self-consciousness, children, severe traumatic brain injury, a method of restoring consciousness, formative context, Formative context in disorders of consciousness (FcDoC).

For citation: Bykova V.I., Vasilieva I.D,. Polukhina Ju.P., Lvova E.A., Fufaeva E.V., Valiullina S.A. The Subjectivity of Consciousness as A Possible Theoretical Justification for Psychological Formative Context (FcDoC) in Children with Lowered Level of Consciousness. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 3, pp. 162—184. DOI: https://doi.org/10.17759/cpp.2024320309

Введение

Ежегодно в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы проходят лечение и раннюю реабилитацию более 50 детей, находящихся в сниженном сознании после повреждений головного мозга. Частота развития подобных состояний (например, вегетативного состояния) после черепно-мозговой травмы доходит до 14%, а после нетравматических повреждений головного мозга — до 12% [2; 16]. Поэтому

тема восстановления сознания после тяжелых повреждений головного мозга в современном мире стоит крайне остро.

Для того чтобы восстанавливать сознание, необходимо пытаться находить ответы на вопросы о том, как сознание работает. В современном научном дискурсе этой проблематикой занимаются разные специалисты — от врачей (неврологов, реаниматологов и др.) до нейробиологов, физиков, психологов. И, конечно же, здесь ни в коем случае нельзя пренебречь опытом философского познания [20; 26; 27]. В разных философских направлениях разрабатывается категориальный аппарат, а также анализируются общие проблемы, связанные с сознанием, которые важны и актуальны для современных эмпирических наук.

Современная философия сознания предлагает широкое и многомерное определение феномена сознания как кластера (совокупности) ментальных состояний, обладающих особыми качествами или характеристиками. К ним относятся: непротяженность [11], квалитативность [12; 22; 23], целостность (эмергентность), приватность [24], субъективность — способность наблюдать сознание в самом себе [1; 5; 11], простота [5; 12], интенциональность [9], непрерывность [13], речь [7; 11; 12; 17; 20].

Из приведенного выше определения, где собраны воедино накопленные знания и опыт, можно не только выделить качества, которые могут быть подвергнуты непосредственному исследованию (квалитативность, простота, интенциональность, непрерывность, речь), но и вывести дефиницию «сниженное сознание». Сниженное сознание также будет являться совокупностью ментальных состояний с определенными свойствами (характеристиками), но при дефицитарности следующих характеристик: самоанализа (рефлексивного сознания, идентификации собственного Я), вербальной коммуникации, направленности, интенциональности, непрерывности и квалиативности.

В философский дискурс понятие сознания ввел Р. Декарт [11]. Уже позднее сознание станет предметом также и научного рассмотрения. Немецкий психолог и ученый В. Вундт предполагал, что сознание заключается в том, что мы в себе находим [5]. В дальнейшем В.М. Бехтерев определял сознание через понятие субъективности и полагал, что характерным признаком сознания является именно способность анализировать происходящее в себе, т. е. — способность к самоанализу [1].

Современный нейроученый А. Дамасио, рассуждая о возникновении субъективности от «Я-как-объект» до «Я-как-субъект-и-носитель-знания», утверждает, что этот процесс, как в филогенезе, так и в онтогенезе, идет постепенно от протосамости (protoself) с зачаточными ощущениями через «зависящую от действий базовую самость (core self) к автобиографической самости (autobiographcal self), включающей в себя социальный и духовный планы» [10, с. 21]. Автор полагает, что собственно

самость и является сознанием, так как психика, лишенная самости, сознанием, в строгом смысле этого слова, не обладает. Приход к Я, способному выступать свидетелем, наблюдателем за собственной психикой, и есть возникновение субъективности, а значит — возникновение сознания.

Угнетенное (дезинтегрированное) сознание, или сниженное состояние сознания, возникающее вследствие тяжелых повреждений головного мозга, характеризуется значительным снижением уровня бодрствования, инверсией сна—бодрствования, высоким порогом восприятия всех внешних раздражителей, торпидностью психических процессов, снижением эмоциональной включенности и обеднением эмоциональных реакций, отсутствием речи. Переводя в термины А. Дамасио, при сниженном сознании присутствует протосамость («protoself») с элементарными зачаточными ощущениями, а базовая самость («core self») и автобиографическая самость («autobiographcal self») не проявляют себя или отсутствуют.

О.А. Максакова, длительное время занимающаяся реабилитацией пациентов в сниженных состояниях сознания после повреждений головного мозга, ввела в научный контекст темы угнетенного сознания понятие «событие». Событие, по О.А. Максаковой, это качественный скачок или переход на новый уровень, где появляются психические новообразования, подготовленные в предшествующем периоде количественного накопления психических возможностей в реабилитационном процессе [18]. В периоде «накопления» возможностей контакта и реакций у подопечного не наблюдается явных видимых изменений. При факте события нужно говорить не о единичных прибавках, эпизодах или изменений в психической активности пациента, а о целом комплексе, веере, системе этих изменений.

В рассуждениях о событии, при котором происходит качественный скачек в психической активности болеющего ребенка, зачастую невозможно достоверно знать и даже предположить, когда конкретно будет происходить событие и какой именно триггер должен сработать, чтобы случилась «точка перегиба», или точка перехода в сознании. В ситуации самого исследовательского эксперимента возникает «событие», произвольно подготовленное, управляемое и отчасти контролируемое, которое вводится в восстановительный процесс ребенка с учетом его состояния и зон ближайшего восстановления.

Взяв за основу теоретические предпосылки теории А. Дамасио, а также опытные наблюдения О.А. Максаковой, авторы постарались создать ситуацию «события», ввести психологический формирующий контекст, при котором ребенок в сниженном сознании просматривает фильм о себе самом нынешнем.

Понятие «формирующий эксперимент» в качестве общего метода исследования используется в психологии и позволяет не только фик-

сировать феноменологию исследуемого предмета, но и наблюдать его в развитии по заранее заданным условиям. Ссылаясь на классические исследования П.Я. Гальперина [8; 19], можно сказать, что результатом формирующего эксперимента является конкретное умственное действие, которого не было у подопечного до эксперимента и которое появилось благодаря воздействию формирующей серии. То есть классический формирующий эксперимент предполагает безошибочность следствия и конкретный результат в виде сформированного умственного действия.

В данном исследовании в качестве предполагаемого результата формирования авторы взяли не определенное умственное действие пациента, а событие, инициирующее реинтеграцию сниженного сознания через самонаблюдение или начальную рефлексию. Таким образом, формирующее воздействие в данном экспериментальном случае опосредованно (через событие) направлено на самоосознание пациента и переход сниженного сознания в качественно иные состояния в логике его восстановления и по аналогии названо ***формирующим контекстом***.

Видеозапись, предъявляемая ребенку (представление себя сейчас реального, «нынешнего», а не «прошлого»), согласно предлагаемой гипотезе, инициирует процесс перехода образа Я из интерпсихического (внешнего) в образ Я интрапсихический (внутренний) [6]. Здесь происходит возникновение или формирование нового образа Я и наделение этого Я какими-то реальными качествами, свойствами и характеристиками. Комментарии и интервенции психолога, сопровождающего ребенка при просмотре фильма с ним в главной роли, помогают самому ребенку увидеть больше деталей, обратить внимание на тонкости и особенности себя настоящего, сделать акцент на субъективную эмоциональную значимость происходящего сейчас насущного события и подчеркнуть его значимость. В этой ситуации психолог выступает взрослым, помогающим ребенку воспринять, принять и интериоризировать свой собственный, в переносном смысле «начальный», образ Я. Было сделано наблюдение: многие родители показывали своим болеющим после повреждения головного мозга детям фото и видео, какими они были раньше до травмы. Тем не менее данные ситуации для детей в сниженном сознании не становились фактически значимым событием, при котором происходит заметное качественное изменение на пути к формированию самосознания или субъективности от «protoself». Конечно, при наблюдении ребенком за самим собой реальным в рамках формирующего контекста невозможно достоверно понять, подключается ли (и в какой мере) во внутренней реальности ребенка его прошлое (воспоминания, идентификации и пр.). Скорее всего, процесс наблюдения за собой в условиях клинического контекста и вместе с тем в актуальных здесь и теперь условиях, а не из прошлой жизни,

инициирует субъектность, самосознание ребенка, когда он сам начинает действенно относиться, чувствовать, проявлять и демонстрировать свое отношение к происходящему, показывать свою способность к рефлексии. Это показывает наше исследование.

Метод психологической работы с детьми в сниженном сознании после повреждений головного мозга, позволяющий контролируемо и осознанно формировать и восстанавливать психические возможности ребенка получил название: «формирующий контекст в сниженном сознании» (Formative context in disorders of consciousness, FcDoC). Применяя на практике данный метод с детьми в состояниях сниженного сознания, авторы, конечно, задумывались о побочных эффектах, осложнениях после такого рода воздействий. Тем не менее острота самой проблемы длительно сниженного сознания и искреннее желание найти способ включения болеющих детей в окружающий их мир, а также тот факт, что данное исследование является организацией именно психологического формирующего контекста, направленного на опосредованное преобразование, созидание и развитие психических новообразований у детей, позволили начать данную работу. Уже первые результаты (включенное наблюдение, синхронная съемка при просмотре фильма ребенком, дальнейшие существенные и значимые изменения в его поведении и эмоциональном реагировании) позволили авторам увериться в правильности такого решения.

Цель исследования — увеличение и расширение психических возможностей детей, длительно находящихся в сниженном сознании на ранних этапах реабилитации после тяжелых повреждений головного мозга, на основе современных теоретических представлений о сознании и с использованием нового психологического метода — формирующего контекста в сниженном сознании (Formative context in disorders of consciousness, FcDoC).

Материалы и методы

Выборка

Все дети, участвующие в настоящем исследовании, проходили реабилитацию и лечение на ранних этапах восстановления после тяжелых повреждений головного мозга в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы и находились продолжительное время в сниженных состояниях сознания. Всего в исследовании участвовали 4 ребенка в возрасте от 5 до 10 лет. Средний возраст по данной выборке составил 8 лет.

Столь небольшое количество участников пилотажного исследования продиктовано большим объемом полученной информации, как в каче-

ственном (поведение, эмоциональный статус, возможности контакта, интенциональные возможности, детско-родительские отношения), так и в количественном (Шкала коммуникативной активности Быковой (SCAB), которая оценивает 111 сигналов коммуникации) обследованиях.

У родителей каждого ребенка было получено добровольное письменное согласие на проведение исследования и видеосъемки.

Таблица 1

Характеристика выборки

Дети	Возраст (лет)	Пол ребенка	Диагноз	Уровень сознания по шкале Доброхотовой — Зайцева	Время после травмы мозга (месяца)
Ребенок А	7	Мальчик	ОЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Очаги ушиба в лобной доле слева, субдуральная гематома слева, САК, ВЖК, диффузный оттек головного мозга. Ушиб легких. Ушибленная рана мягких тканей головы	Акинетический мутизм	1,5
Ребенок Б	10	Мальчик	Состояние после тяжелой сочетанной политравмы. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Субдуральная гематома левой гимисферы. Ушиб грудной клетки. Перелом 4—6 ребер. Закрытый перелом с/3 плеча и ключицы со смещением. Мозговая кома 1 ст. Удаление субдуральной гематомы	Гиперкинетический мутизм	1,5
Ребенок В	10	Мальчик	Последствия внутричерепной травмы. Ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавливанием острой эпидуральной гематомой. Спастический тетрапарез. Нейрогенная дисфагия тяжелой степени. Структурная эпилепсия (?). Диэнцефалические кризы	Гиперкинетический мутизм	4,5

Дети	Возраст (лет)	Пол ребенка	Диагноз	Уровень сознания по шкале Доброхотовой — Зайцева	Время после травмы мозга (месяца)
Ребенок Г	5	Девочка	Сочетанная травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. ОЧМТ. Пластинчатое субдуральное кровоизлияние правого полушария. Травматическое САК. Пневмоцефалия. Состояние после декомпрессивной трепанации черепа. Удаления субдуральной гематомы. Тетерапарез. Нейпрогенная дисфагия тяжелой степени	Гиперкинетический мутизм	1

Дизайн исследования

Метод «Формирующий контекст в сниженном сознании» (Formative context in disorders of consciousness, FcDoC) может проводиться только в ситуации стабильного соматического состояния больного ребенка.

С каждым ребенком в течение нескольких дней проводилась индивидуальная работа.

Этап I:

— Количественная оценка психологического статуса ребенка, находящегося в сниженном сознании (SCAB (1)).

— Качественная оценка психологического статуса ребенка, находящегося в сниженном состоянии сознания (описание поведенческого и эмоционального статусов, возможностей контакта и пр.).

— Съемка фильма о ребенке, взаимодействующем с кем-либо, и подготовка снятого материала для показа ребенку (7—10 минутный ролик).

Этап II:

— Показ ребенку фильма с психологическим сопровождением (комментарии, интерпретация увиденного, использование при необходимости провокативных психологических интервенций) и одновременной видеофиксацией непосредственно происходящих с ребенком изменений.

Этап III:

— Повторная количественная оценка психологического статуса ребенка, находящегося в сниженном сознании (SCAB (2)).

— Повторная качественная оценка психологического статуса ребенка, находящегося в сниженном состоянии сознания (описание поведенческого и эмоционального статусов, возможностей его контакта и пр.).

Этап IV: Обработка полученных результатов.

В исследовании количественная оценка проводится с использованием шкалы SCAB, которая является расширенной шкалой SCABL [3] и содержит 111 утверждений, заполняемых психологом после оценки состояния ребенка.

Результаты

Первичные оценка и снятый видеоматериал позволили зафиксировать, что все дети в сниженном сознании демонстрировали индифферентность к происходящему вокруг, отсутствие всякого интереса и проявлений собственных потребностей, минимальную проявленность каких-либо движений по собственной инициативе и сигналов коммуникации, полную зависимость от ухаживающих, включая процесс принятия еды и самообслуживание.

Событие встречи с собой «нынешним» явилось для детей значимым: дети показывали заинтересованность в момент просмотра (табл. 2), а также значительные изменения по разным показателям после экспериментальной ситуации. Всех детей старше 5 лет просмотр фильма о себе в состоянии сниженного сознания не оставил равнодушным, при условии, что у таких детей включенность в окружающий мир крайне нестабильна и зачастую не поддается регуляции и целеполаганию со стороны взрослых. Единственным исключением явился самый маленький участник исследования — ребенок 5 лет (ребенок Г).

Интересен также и тот факт, что дети запоминали непосредственных участников события формирующего контекста, что показывали взглядом, повышением общей двигательной активности и доступными эмоциональными реакциями при последующих встречах. Сам факт запоминания также может говорить об эмоциональной включенности детей во время просмотра фильма о себе [25].

Анализ полученных результатов после предъявления детям в состояниях сниженного сознания видеоматериала позволил увидеть картину последующих заметных и значимых изменений. Так, разброс показате-

Таблица 2

Реакции детей на непосредственную ситуацию просмотра видео о себе

Дети	Интерес к просмотру	Эмоциональная реакция	Двигательная активность	Запоминание участников FcDoC
Ребенок А	+	Недовольство, обида, демонстрируемые мимикой	Неизменна. Отсутствует	+
Ребенок Б	+	Недовольство, демонстрируемое мимикой и движениями	Изменилась: увеличилась (отталкивание планшета, отвернулся)	+
Ребенок В	+	Недовольство, злость, взгляд осуждения в сторону снимающего видео (целенаправленно)	Изменилась: увеличилась (поворот головы)	+
Ребенок Г	При просмотре ребенок наблюдает не за собой, а за взаимодействующим с ним взрослым	Мимических реакций нет. Через 2 минуты просмотра отворачивается от экрана	Изменилась: уменьшилось двигательное беспокойство	+

лей при их измерении с помощью шкалы SCAB по всем детям составил в абсолютных значениях от +7 до +25 баллов (рис. 1).

Интересен и тот факт, что изменения в поведении и реакциях детей после просмотра видеоматериала о себе наблюдались достаточно быстро, в течение 3—7 последующих дней, что отмечалось не только всеми участниками реабилитационного процесса, но и родителями. Изменения также фиксировались шкалой SCAB (2) (табл. 3). Как правило, при нахождении ребенка на реабилитации в стационаре после тяжелых повреждений головного мозга данная шкала проводится 1 раз в 10—14 дней, что связано со скоростью и темпом возникновения новых психических проявлений у детей в процессе восстановления [4].

Еще одним важным наблюдением в ходе исследования стал факт сильного прироста (скачка) коммуникативных сигналов по качеству их

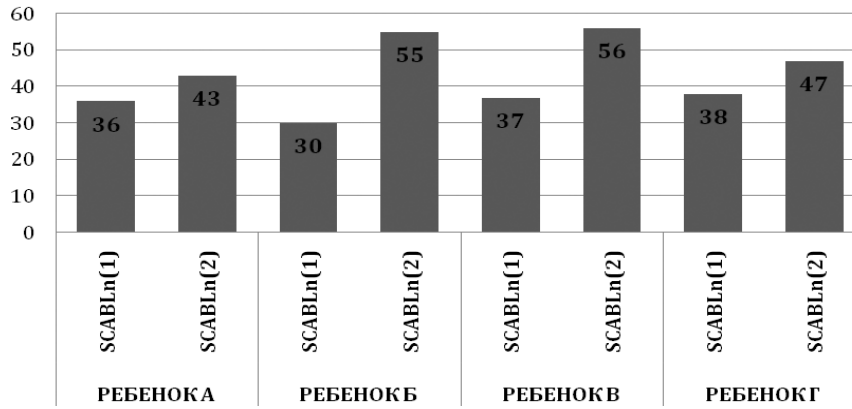

Рис. 1. Динамика изменений значений Шкалы коммуникативной активности В.И. Быковой (SCAB): SCAB (1) — до, SCAB (2) — после предъявления видеоматериала

Таблица 3

Изменения психического статуса у детей после проведения FcDoC

Дети	**Время между оценками SCAB (1) и SCAB (2) (в днях)**	**Скорость возникновения ответов при взаимодействии**	**Общий прирост сигналов коммуникации по шкале SCAB (в баллах)**	**Катамнестическая оценка сознания по классификации Доброхотовой—Зайцева**
Ребенок А	5	Увеличилась	+7	4 месяца после предъявления. Интеллектуально-мнестическая недостаточность
Ребенок Б	3	Увеличилась	+25	5 месяцев после предъявления. Ясное с эмоциональными проблемами
Ребенок В	7	Увеличилась	+19	3 месяца после предъявления, 5 месяцев после предъявления. Ясное с эмоциональными и когнитивными проблемами
Ребенок Г	4	Неизменна	+9	5 месяцев после предъявления. Ясное с когнитивными проблемами

проявленности и количеству (max = +25). Так, например, в обычной практике восстановления детей в сниженном сознании после повреждений мозга по SCAB не фиксируется столь большое и значительное изменение разных показателей. На рис. 2 показаны изменения по всем параметрам шкалы SCAB у детей в сниженном сознании после события просмотра.

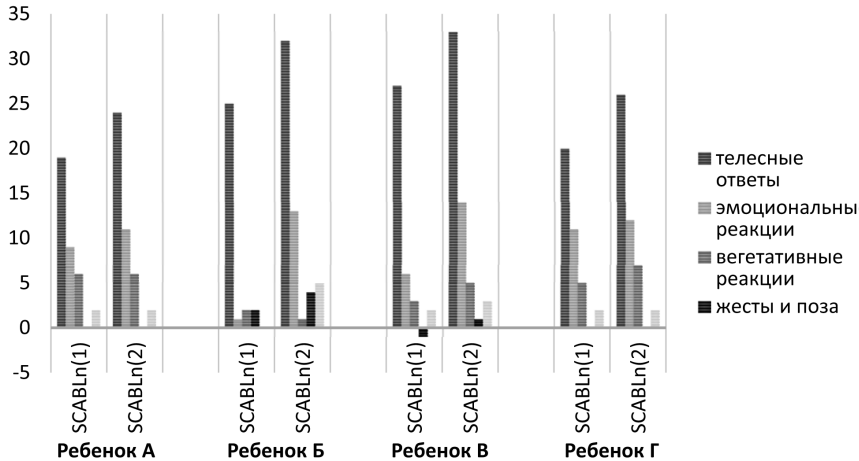

Рис. 2. Динамика по Шкале коммуникативной активности Быковой (SCAB):
SCAB(1) — до просмотра фильма о себе,
SCAB (2) — после просмотра фильма о себе

Параметр «Вегетативные реакции» по SCAB в исследовании был наиболее устойчив, а наибольшей динамикой после показа фильма о себе отличались «Телесные ответы» и «Эмоциональные реакции».

Обсуждение результатов

Ситуация формирующего контекста явилась для детей, участвующих в исследовании, субъективно значимым событием — дети начинали эмоционально реагировать на происходящее здесь и сейчас непосредственно. Более того, такое эмоциональное включение не только распространялось на событие просмотра, а закреплялось и проявлялось при дальнейшем взаимодействии ребенка с родителями и другими специалистами. Еще одним фактом значимости «встречи с собой» явилось увеличение общей двигательной активности детей (усиление гиперкинетической составляющей мутизма и появление целенаправленно-

сти собственных действий), как во время просмотра, так и в процессе дальнейшего восстановления. Сам процесс просмотра характеризовался обостренным вниманием ребенка и фиксацией взора на предъявляемом материале с периодическим переключением в сторону ведущих. Нетипичная продолжительность удержания внимания на одном объекте может свидетельствовать о мотивационной значимости экспериментально сформированного события для детей.

Исключением явился 5-летний участник исследования — ребенок Г, который во время просмотра фильма наблюдал на экране не за собой, а за взаимодействующим с ним взрослым. Время заинтересованности этого ребенка также было значительно короче, чем у других детей, участвующих в исследовании. Это наблюдение предположительно может не только говорить о возрастной несформированности у ребенка дошкольного возраста самосознания, но и позволяет, хотя бы пока гипотетически, очертить границы применения метода формирующего контекста FcDoC с пациентами в сниженных состояниях сознания.

Отмечено, что событие «встречи с собой», с насущным образом Я в сниженных состояниях сознания, отличных по степени и глубине дезинтегрированности, разная. Так, например, у ребенка А, состояние сознания которого квалифицировалось, как акинетический мутизм (по шкале Доброхотовой—Зайцева) [14; 15], было получено меньше изменений сигналов коммуникации, чем у детей на более высоком уровне сознания (гиперкинетический мутизм) в абсолютных значениях ($\Delta = +7$ баллов). Гиперкинетический мутизм отличается от акинетического б*о*льшими двигательными возможностями подопечных, а также появлением потребности в проявлении данных движений. Это наблюдение может говорить о степени сформированности или готовности базовой самости («core self»), зависящей от возможности действий на данном уровне восстановления сознания. Иными словами, специфика ответов и сигналов после формирующей серии у исследуемых подопечных вариативна и задается разными факторами, начиная от характера травмы и нюансов медикаментозного сопровождения до социальной ситуации реабилитации и особенностей детско-родительских отношений. Всю полноту окружающих пациента обстоятельств учесть крайне сложно и тем более уместить ее внутри методологии формирующего контекста. С другой стороны, акцент экспериментального формирования не на отдельно взятом умственном действии, а на условиях, способствующих возникновению психологического «события», позволяет сконцентрировать возможности ребенка в единой задаче сепарации от внешнего мира и укрепления собственной субъектности. Практически все дети школьного возраста

после «встречи с собой» демонстрировали именно самостоятельную произвольную активность в рамках своих актуальных возможностей функционирования, а не ответы на запланированные будирующие стимулы окружающих взрослых. В связи с этим можно сделать предположение, что вслед за увеличением субъектности в динамике восстановления сознания одним из важных аспектов является самостоятельная активность («core self»).

Также был отмечен и тот факт, что при проведении FcDoC соматическое состояние ребенка А не было стабильным, что в дальнейшем несколько «смазало» полученные данные и не позволило наблюдать однозначную скорую положительную динамику в восстановлении мальчика. Явные положительные изменения в восстановлении сознания ребенка были отмечены несколько позднее, когда с помощью медикаментозных средств была снята спастика и расширилось поле его двигательных возможностей (табл. 3).

Рассмотрим психологическую значимость негативных эмоциональных переживаний, возникших у всех детей в исследовании при предъявлении им видео о себе. Ярче всего негативную реакцию продемонстрировал ребенок Б, который стремился целенаправленно рукой смахнуть экран, хотя вначале смотрел видеоролик довольно спокойно, но заинтересованно. Принимая во внимание, что пациенты после тяжелых черепно-мозговых травм склонны к быстрому истощению, заметим, что временной промежуток между началом предъявления видеоматериала и негативной эмоциональной реакцией подопечных был в промежутке от одной (ребенок Б) до четырех (ребенок А) минут. В то же время можно предположить, что негативная эмоциональная реакция является не только «маркером» узнавания ребенком себя, но и поведенческим проявлением первой после травмы мозга оценки себя в непосредственной актуальной жизненной ситуацией (ориентировка в себе). Таким образом, негативная эмоциональная реакция у исследуемых детей свидетельствует скорее не о физическом истощении, а о более точном их восприятии и анализе окружающей действительности, что, в свою очередь, может говорить о процессе реинтеграции сознания.

Изменения возможностей проявлений по количеству и качеству сигналов после проведения FcDoC не имели видимых корреляций со временем, прошедшим после момента травмы мозга.

Формирующий контекст FcDoC является оригинальной методикой в психологической практике при сниженном состоянии сознания и направлен на подконтрольное, осмысленное, теоретически обоснованное его восстановление и реинтеграцию у пациентов после тяжелых повреждений головного мозга.

Заключение

Проведенное исследование позволило увидеть, как в процессе реабилитации возможно контролируемо влиять на восстановление сознания ребенка в сниженном состоянии сознания вследствие повреждений головного мозга. Организация данного психологического формирующего контекста явилась эмоционально значимым событием для каждого ребенка в исследовании младшего школьного и школьного возраста, что повлияло на их дальнейшее восстановление.

Результаты исследования более чем обнадеживающие, так как авторы наблюдали не только увеличение по количеству возможностей проявления у детей в сниженных состояниях сознания, но и резкое увеличение скорости появления новых возможностей. Используя термины А. Дамасио, благодаря видению ребенком в состоянии сниженного сознания себя «настоящего» происходит шаг от протосознания (protoself) к базовой самости (core self), к деятельному сознанию. Авторы надеются, что проведенное исследование позволит увидеть, как происходит формирование самосознания, т. е. как осуществляется переход от объектности к субъектности, отделение сознания от мира объектов и возникновение нового качества поврежденного сознания — субъектности.

Таким образом, исходя из анализа полученных результатов данного исследования, попытаемся сформулировать основные выводы.

Формирующий контекст Formative context in disorders of consciousness (FcDoC), инициирующий процесс развития самосознания у детей, находящихся в сниженных состояниях сознания, должен включать в себя несколько факторов, ориентирующих ребенка в ситуации «встречи» с образом себя: предъявление видеоматериала, вербальное сопровождение психологом, присутствие близкого взрослого в момент просмотра. Все перечисленное способствует появлению значимого для ребенка события, которое, в свою очередь, влияет на сниженное состояние сознания в аспекте возникновения или заострения качества субъектности. Процесс реинтеграции сниженных состояний сознания в аспекте появления субъектности поддается формированию за счет организации соответствующих условий, представленных внутри целостного моделируемого контекста.

Формирующий контекст Formative context in disorders of consciousness (FcDoC) возможен к использованию при восстановлении сознания у детей, начиная с младшего школьного возраста, так как дети до 5 лет (дошкольники) при просмотре наблюдают не за собой, а за взаимодействующим с ними взрослым. Такое наблюдение, предположительно, может свидетельствовать о некой границе формирования сознания, когда уже возможно наблюдение за собой, собственно субъектности, начале самосознания.

Использование в практике реабилитации Formative context in disorders of consciousness (FcDoC) для восстановления сознания у детей после повреждений головного мозга возможно только в стабильном соматическом состоянии ребенка.

Все дети, включенные в исследование, расширили границы своих актуальных возможностей на операциональном, мотивационном и эмоциональном уровнях.

Все вышесказанное позволяет сделать вывод о целесообразности применения метода формирующего контекста у детей в сниженном сознании Formative context in disorders of consciousness (FcDoC), а также дает возможность предположить уместность его применения не только в разных состояниях сниженного сознания, но и в разных возрастных группах, начиная с младшего школьного возраста, для формирования психических изменений и новообразований.

Важным данное исследование представляется и потому, что оно позволило соединить теоретические предпосылки относительно нового знания по работе человеческого сознания с действенной тканью непосредственного практического опыта.

В дальнейшем предполагается проведение серии исследований с применением метода психологического формирующего контекста (Formative context in disorders of consciousness (FcDoC)) на большей выборке детей в состояниях сниженного сознания с дополнительной оценкой воздействия нейропсихологическими методами и с двойным экспертным оцениванием, а также на выборке детей дошкольного возраста для более полного описания феномена возникновения сознания в локусе качества самосознания или субъективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бехтерев В.М.* Мозг и его деятельность / Под ред. А.В. Гервера. Л.: Гос. изд-во, 1928. 327 с.
2. *Белкин А.А., Александрова Е.В., Ахутина Т.В., Белкин В.А., Бердникович Е.С., Быкова В.И., Варако Н.А., Вознюк И.А., Гнедовская Е.В., Григорьева В.Н., Зайцев О.С., Зинченко Ю.П., Иванова Г.Е., Иванова Н.Е., Ковязина М.С., Кондратьев А.Н., Кондратьева Е.А., Кондратьев С.А., Крылов В.В., Латышев Я.А. и др.* Хронические нарушения сознания: Клинические рекомендации общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. 2023. № 3. С. 7—42.
3. *Быкова В.И.* Психологические особенности общения у детей в состоянии сниженного сознания после тяжелых повреждений головного мозга (ранний этап восстановления): автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2020. 28 с.
4. *Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В.* Диалог с пациентом при угнетении сознания после глубоких повреждений головного мозга // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 3. С. 9—31.

5. *Вундт В.* Введение в психологию. М.: Изд-во КомКнига, 2007. 168 с.
6. *Выготский Л.С.* Вопросы детской психологии. СПб.: Союз, 1997. 224 с.
7. *Выготский Л.С.* Психология развития человека. М.: Эксмо, 2005. 1136 с.
8. *Гальперин П.Я., Кабыльницкая С.Л.* Экспериментальное формирование внимания. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1974. 102 с.
9. *Гуссерль Э.* Избранные работы / Сост. В.А. Куренной. М.: Издательский дом «Территория будущего», 2005. 464 с.
10. *Дамасио А.Я.* Мозг и возникновение сознания / Пер. с англ. И. Ющенко. М.: Карьера Пресс, 2018. 384 с.
11. *Декарт Р.* Сочинения: в 2 т. Т. 1. М.: Мысль, 1989. 654 с.
12. *Деннет Д., Хофштадтер Д.* Глаз разума. Самара: Бахрах-М, 2003. 432 с.
13. *Джеймс У.* Психология / Под ред. Л.А. Петровской. М.: Педагогика, 1991. 368 с.
14. *Доброхотова Т.А.* Нейропсихиатрия. М.: БИНОМ, 2006. 304 с.
15. *Зайцев О.С.* Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 336 с.
16. *Кондратьева Е.А., Яковенко И.В.* Вегетативное состояние (этиология, патогенез, диагностика): монография. СПб: ФКБУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» МЗ РФ, 2014. 363 с.
17. *Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: МГУ, 1962. 431 с.
18. *Максакова О. А.* Командная работа как путь к возвращению сознания // Вопросы нейрохирургии. 2014. № 1. С. 57—68.
19. *Обухова Л.Ф.* Основы общей (генетической) психологии. Теория П.Я. Гальперина и формирующий эксперимент: монография / Под ред. Г.В. Бурменской, И.В. Шаповаленко, А.А. Шведовской. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. 292 с.
20. *Пинкер С.* Субстанция мышления: язык как окно в человеческую природу / Пер. с англ. В.П. Мурат, И.Д. Ульяновой. М.: ЛИБРОКОМ, 2016. 557 с.
21. *Прист С.* Теории сознания / Пер. с англ. А.Ф. Грязнова. М.: Идея-Пресс, 2000. 287 с.
22. *Серл Дж.* Мозг, сознание и программы // Аналитическая философия: становление и развитие (антология) / Под ред. А.Ф. Грязнова. М.: Прогресс-Традиция, 1998. С. 376—400.
23. *Хамфри Н.* Сознание. Пыльца души. М: Карьера Пресс, 2014. 304 с.
24. *Чалмерс Д.* Сознающий ум: В поисках фундаментальной теории: пер. с англ. М.: УРСС; Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2013. 509 с.
25. *Эббингауз Г.* Очерк психологии. СПБ.: Издательство О. БОГДАНОВОЙ, 1911. 242 с.
26. *Nagel T.* What is it like to be a bat? // The Philosophical Review. 1974. Vol. 83(4). P. 435—450. DOI 10.2307/2183914
27. *Nagel T.* Mind and Cosmos: Why the Materialist Neo-Darwinian Conception of Nature Is Almost Certainly False, // Faith and Philosophy. 2014. Vol. 31(2). P. 236—240. DOI:10.5840/faithphil20143128

REFERENCES

1. Behterev V.M. Mozg i ego dejatel'nost' [The Brain and Its Activity]. In Gervera A.V. (ed.). Leningrad: Gosizdat, 1928. 327 p.

2. Belkin A.A., Aleksandrova E.V., Ahutina T.V., Belkin V.A., Berdnikovich E.S., Bykova V.I., Varako N.A., Voznjuk I.A., Gnedovskaja E.V., Grigor'eva V.N., Zajcev O.S., Zinchenko Ju.P., Ivanova G.E., Ivanova N.E., Kovjazina M.S., Kondrat'ev A.N., Kondrat'eva E.A., Kondrat'ev S.A., Krylov V.V., Latyshev Ja.A. i dr. Hronicheskie narushenija soznanija: Klinicheskie rekomendacii obshherossijskoj obshhestvennoj organizacii "Federacija anesteziologov i reanimatologov" [Chronic disorders of consciousness: Clinical recommendations of the All-Russian public organization "Federation of Anesthesiologists and Intensive Care Specialists"]. *Vestnik intensivnoj terapii imeni A.I. Saltanova = Bulletin of intensive care named after A.I. Saltanov.* 2023. № 3. pp. 7—42.
3. Bykova V.I. Psihologicheskie osobennosti obshhenija u detej v sostojanii snizhennogo soznanija posle tjazhelyh povrezhdenij golovnogo mozga (rannij jetap vosstanovlenija): Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk. [Psychological features of communication in children in a state of reduced consciousness after severe brain damage (early stage of recovery). Ph. D. (Psychology) Thesis] Moscow, 2020. 28 p.
4. Bykova V.I., Luk'yanov V.I., Fufaeva E.V. Dialog s patsientom pri ugnetenii soznaniya posle glubokikh povrezhdenii golovnogo mozga [Dialogue with the patient in the suppression of consciousness after deep brain damage]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2015. Vol. 23 (3), pp. 9—31. DOI:10.17759/cpp.2015230302. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Vundt V. Vvedenie v psihologiju [Introduction to Psychology]. Moscow: Publ. KomKniga, 2007. 168 p. (In Russ.).
6. Vygotskij L.S. Voprosy detskoj psihologii [Questions of child psychology]. St. Petersburg: Sojuz, 1997. 224 p.
7. Vygotskii L.S. Psikhologiya razvitiya cheloveka [Psychology of human development]. Moscow: Publ. Smysl; Eksmo, 2005, 1136 p.
8. Gal'perin P.Ja., Kabyl'nickaja S.L. Jeksperimental'noe formirovanie vnimanija [Experimental formation of attention]. Moscow: Publ. Mosk. un-ta, 1974. 102 p.
9. Gusserl' E. Izbrannye raboty [Selected works]. In Kurennoi V.A. (ed.). Moscow: Izdatel'skii dom «Territoriya budushchego», 2005, 464 p. (In Russ.).
10. Damasio A.Ja. Mozg i vozniknovenie soznanija [Self Comes to Mind. Constructing the conscious brain]: In Jushhenko I. (ed). Moscow: Kar'era Press, 2018. 384 p. (In Russ.).
11. Dekart R. Sochinenija v dvuh tomah. T. 1. [Works in 2 volumes. Vol. 1]. Moscow: Mysl', 1989. 654 p. (In Russ.).
12. Dennet D., Hofshtadter D. Glaz Razuma [The eye of the mind]. Samara: Bahrah-M, 2003. 432 p. (In Russ.).
13. Dzheims U. Psikhologiya [Psychology]. Moscow: Pedagogika, 1991. 368 p. (In Russ.)
14. Dobrohotova T.A. Nejropsihiatrija [Neuropsychiatry]. Moscow: BINOM, 2006. 304 p.
15. Zaitsev O.S. Psikhopatologiya tyazheloi cherepno-mozgovoi travmy [Psychopathology of severe craniocerebral trauma]. Moscow: MEDpress-inform, 2011. 336 p.

16. Kondrat'eva E.A. Vegetativnoe sostoyanie (Etiologiya, patogenez, diagnostika i lechenie): monografiya [Vegetative state (etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment): monograph]. St. Petersburg: FKBU «RNHI im. prof. A.L. Polenova» MZ RF, 2014. 361 p.
17. Luria A.R. Vysshie korkovye funktsii cheloveka i ikh narusheniya pri lokal'nykh porazheniyakh mozga [Higher cortical functions in man and their disturbances in patients with local brain injury]. Moscow: Lomonosov Moscow State University, 1962. 433 p.
18. Maksakova O.A. Komandnaya rabota kak put' k vozvrashcheniyu soznaniya [Teamwork as a way to regain consciousness]. *Voprosy neirokhirurgii = Neurosurgery issues*, 2014, no. 1, pp. 57—68. (In Russ.)
19. Obuhova L.F. Osnovy obshhej (geneticheskoj) psihologii. Teorija P.Ja. Gal'perina i formirujushhij jeksperiment: monografija [Fundamentals of general (genetic) psychology. Theory P. Galperin and the formative experiment: monograph]. In Burmenskaja G.V. (eds.). Moscow: Moscow State University of Psychology and Education, 2022. 292 p.
20. Pinker S. Substancija myshlenija: jazyk kak okno v chelovecheskuju prirodu: per. s angl. [The stuff of thought: language as a window into human nature]. Murat V.P. (eds.). Moscow: URSS: LIBROKOM, 2016. 557 p. (In Russ.).
21. Priest S. Teorii soznanija [Theories of consciousness]. Moscow: IdeaPress, 2000. 287 p. (In Russ.).
22. Serl Dzh. Mozg, soznanie i programmy [Minds, Brains, and Programs]. In Grjaznov A.F. (ed.). *Analiticheskaja filosofija: stanovlenie i razvitie (antologija) [Analytical Philosophy: Formation and Development. Anthology].* Moscow: Dom intellektual'noj knigi, Progress-Tradicija, 1998. pp. 376-400. (In Russ.).
23. Hamfri N. Soznanie. Pyl'ca dushi [Soul Dust: The Magic of Consciousness]. Moscow: Kar'era Press, 2014. 304 p. (In Russ.).
24. Chalmers D. Soznayushchij um: V poiskah fundamental'noj teorii [The conscious mind: In search of a fundamental theory]. Moscow: URSS; Knizhnyj dom «LIBROKOM», 2013. 509 p. (In Russ.).
25. EHbbingauz G. Ocherk psikhologii [An essay on psychology]. Saint-Petersburg: Izdatel'stvo O. BOGDANOVOJ, 1911. 242 p. (In Russ.).
26. Nagel T. What is it like to be a bat?. *The Philosophical Review*, 1974, Vol. 83 (4), pp. 435—450 DOI 10.2307/2183914
27. Nagel T. Mind and Cosmos: Why the Materialist Neo-Darwinian Conception of Nature Is Almost Certainly False. *Faith and Philosophy,* 2014, Vol. 31 (2), pp. 236—240 DOI:10.5840/faithphil20143128

Информация об авторах

Быкова Валентина Игоревна, кандидат психологических наук, медицинский психолог высшей категории отделения психолого-педагогической помощи, отдел Реабилитации, Научно-Исследовательский Институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4473-499X, e-mail: valentina.bykova.vb@yandex.ru

Васильева Ирина Дмитриевна, студентка 5 курса кафедры клинической психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Государственный университет «Дубна» (ФГБОУ ВО «ГУ «Дубна»»), г. Дубна, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0001-2762-3334, e-mail: psy@irivasi.ru

Полухина Юлия Павловна, медицинский психолог отделения психолого-педагогической помощи, отдел Реабилитации, Научно-Исследовательский Институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0949-0432, e-mail: julia.poluxina.4857@yandex.ru

Львова Екатерина Алексеевна, медицинский психолог отделения психолого-педагогической помощи, отдел Реабилитации, Научно-Исследовательский Институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ НДХ и Т), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6551-7305, e-mail: lvova@doctor-roshal.ru

Фуфаева Екатерина Валерьевна, медицинский психолог высшей категории, заведующая отделения психолого-педагогической помощи, отдел Реабилитации, Научно-Исследовательский Институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7556-0745, e-mail: ekaterina.v.fufaeva@yandex.ru

Валиуллина Светлана Альбертовна, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский реабилитолог г. Москвы, руководитель отдела Реабилитации, заместитель директора, Научно-Исследовательский Институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «НИИ НДХ и Т»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1622-0169, e-mail: VSA64@mail.ru

Information about the authors

Valentina I. Bykova, PhD in Psychology, Clinical Psychologist of the Highest Category, Senior Scientist of Psycho-pedagogical Assistance Unit at the Rehabilitation Department, Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4473-499X, e-mail: valentina.bykova.vb@yandex.ru

Irina D. Vasilieva, Student (Clinical Psychology), Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Dubna University" (Dubna State University), Dubna, Russia, ORCID: https://orcid.org/0009-0001-2762-3334, e-mail: psy@irivasi.ru

Julia P. Polukhina, Clinical Psychologist of Psycho-pedagogical Assistance Unit at the Rehabilitation Department, Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0949-0432, e-mail: julia.poluxina.4857@yandex.ru

Ekaterina A. Lvova, Clinical Psychologist of Psycho-pedagogical Assistance Unit at the Rehabilitation Department, Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6551-7305, e-mail: lvova@doctor-roshal.ru

Ekaterina V. Fufaeva, Clinical Psychologist of the Highest Category, Head of Psycho-pedagogical Assistance Unit at the Rehabilitation Department, Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7556-0745, e-mail: ekaterina.v.fufaeva@yandex.ru

Svetlana A. Valiullina, Doctor of Medicine, Professor, Chief Freelance Children's Rehabilitation Therapist of Moscow, Head of the Department of Rehabilitation, Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1622-0169, e-mail: VSA64@mail.ru

Получена 11.03.2024
Принята в печать 13.09.2024

Received 11.03.2024
Accepted 13.09.2024

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ
Барабанщиков Владимир Александрович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО
Веракса Николай Евгеньевич — доктор психологических наук, профессор
Гаранян Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор
Головей Лариса Арсеньевна — доктор психологических наук, профессор
Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, доцент
Лутова Наталия Борисовна — доктор медицинских наук
Майденберг Эмануэль — доктор психологических наук, профессор
Марцинковская Татьяна Давидовна — доктор психологических наук, профессор
Польская Наталия Анатольевна — доктор психологических наук, профессор
Сирота Наталья Александровна — доктор медицинских наук, профессор
Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, доцент
Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор
Шайб Питер (Германия) — PhD, психотерапевт
Шумакова Наталия Борисовна — доктор психологических наук
Ялтонский Владимир Михайлович — доктор медицинских наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА
Бек Джудит (США) — доктор психологических наук, клинический профессор психологии в психиатрии
Кадыров Игорь Максутович — кандидат психологических наук
Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, доцент
Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицинских наук, профессор
Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор
Ленгле Альфрид (Австрия) — доктор медицинских наук, профессор
Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор
Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологических наук, профессор
Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор
Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент
Тагэ Сэфик (Германия) – доктор медицинских наук, психолог

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию[1]

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 40 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристатейные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, идентификационный номер в ORCID, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы — сделаны в WORD.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов представленные материалы отклоняются.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

---

[1] С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml