ISSN 2075-3470

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

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК
ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА, ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. — От интрузии к галлюцинации: интегративная психологическая модель трансформации травматической памяти при ПТСР

Харламенкова Н.Е., Агишева А.А. — Отсроченное переживание утраты в период ранней взрослости: новый взгляд на проблему

Тихомирова Е.В., Самохвалова А.Г., Сапоровская М.В. — Совладание молодежи в условиях стрессогенного воздействия информационного контекста специальной военной операции

SPECIAL ISSUE.
MENTAL TRAUMA, TRAUMATIC STRESS AND ITS CONSEQUENCES

Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. — From intrusion to hallucination: an integrative psychological model of traumatic memory transformation in PTSD

Kharlamenkova N.E., Agisheva A.A. — Delayed bereavement in early adulthood: A new perspective

Tikhomirova E.V., Samokhvalova A.G., Saporovskaya M.V. — Youth Coping in the Context of the Stress-Inducing Impact of the Special Military Operation's Information Environment

3
2026

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.
Петровский В.А.
Соколова Е.Т.
Сосланд А.И.
Тагэ С. (Германия)

Заместитель главного редактора
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

Учредитель и издатель: ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»
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 100 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», 2026, № 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.
Petrovsky V.A.
Sokolova E.T.
Sosland A.I.
Tagay C. (Germany)

Deputy Editor-in-Chief
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

Publisher: Moscow State University of Psychology and Education
Published quarterly since 1992

The mass medium registration certificate:
PI № FS77-69996. Registry date 30.08.2016.

Format 60 × 84/16. 100 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, 2026, № 3

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 34. **№ 3** (132) **2026** июль—сентябрь

1992—2009
МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

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

Заместитель главного редактора
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, 2026

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonC. Усл. печ. л. 13,55. Тираж 100 экз.

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

9 *Киселёва И.В.*
Теоретический анализ научных подходов к проблеме психической травмы

28 *Сагалакова О.А., Труевцев Д.В*
От интрузии к галлюцинации: интегративная психологическая модель трансформации травматической памяти при ПТСР

47 *Ивахненко Л.И., Максименко В.А.*
ИИ в белом халате: роль терапевтических чат-ботов на основе искусственного интеллекта в лечении ПТСР

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

70 *Пенцак Ю.Ю.*
Влияние посттравматического стресса на динамику эмоционального состояния у пациентов с церебральной менингиомой после стереотаксической радиохирургии

94 *Хаин А.Е., Никольская Н.С., Евдокимова М.А.*
Жизнестойкость и психологическая адаптация к стрессу детей, подростков и их родителей в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК)

112 *Харламенкова Н.Е., Агишева А.А.*
Отсроченное переживание утраты в период ранней взрослости: новый взгляд на проблему

138 *Тихомирова Е.В., Самохвалова А.Г., Сапоровская М.В.*
Совладание молодежи в условиях стрессогенного воздействия информационного контекста специальной военной операции

158 *Балева М.В., Руднова Н.А., Плотникова В.А., Шатская А.Н., Максименко Е.Г., Султанова И.В.*
Роль материнского стресса и стиля воспитания в развитии детского стресса в условиях вооруженного конфликта

178 *Пирогова А.С., Холмогорова А.Б., Мачалов А.С., Дайхес Н.А., Вылегжанин С.В.*
Уровень и основные факторы дистресса у участников СВО, госпитализированных по поводу акубаротравмы

Contents

EDITOR'S NOTES

5 *Kholmogorova A.B.*
From the editor

THEORETICAL REWIEWS

9 *Kiseleva I.V.*
Theoretical analysis of scientific approaches to the problem of psychological trauma

28 *Sagalakova O.A., Truevtsev D.V.*
From intrusion to hallucination: an integrative psychological model of traumatic memory transformation in PTSD

47 *Ivakhnenko L.I., Maksimenko V.A.*
Artificial Intelligence in Psychotherapy: A Review of the Effectiveness and Risks of Using AI Chatbots

EMPIRICAL STUDIES

70 *Pentsak Y.Y.*
The effect of post-traumatic stress on the dynamics of emotional state in patients with cerebral meningioma after stereotactic radiosurgery

94 *Khain A.E., Nikolskaya N.S., Evdokimova M.A.*
Hardiness and psychological adjustment of children, adolescents and their parents undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT)

112 *Kharlamenkova N.E., Agisheva A.A.*
Delayed bereavement in early adulthood: A new perspective

138 *Tikhomirova E.V., Samokhvalova A.G., Saporovskaya M.V*
Youth Coping in the Context of the Stress-Inducing Impact of the Special Military Operation's Information Environment

158 *Baleva M.V., Rudnova N.A., Plotnikova V.A., Shatskaya A.N., Maksimenko E.G., Sultanova I.V.*
The role of maternal stress and parenting style in the development of child stress in the context of armed conflict

178 *Pirogova A.S., Kholmogorova A.B., Machalov A.S., Daykhes N.A., Vylegzhanin S.V.*
Level and main factors of distress of participants of the Special Military Operation hospitalized for acubarotrauma

Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 5—8.
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 5—8.
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

КОЛОНКА РЕДАКТОРА
EDITOR'S NOTES

Предисловие главного редактора

Специальный выпуск нашего журнала посвящен актуальной как никогда теме психической травмы, травматического стресса и его последствий.

Спецвыпуск открывает аналитический обзор *И.В. Кисилевой*, посвященный сравнительному анализу различных подходов к феномену психической травматизации. Автор справедливо выделяет среди отечественных подходов научную школу Н.В. Тарабриной и ее сотрудников: «Наиболее теоретически и эмпирически обоснованным подходом к пониманию психической травматизации является научная школа Н.В. Тарабриной». В статье рассмотрены ограничения и ресурсы каждого из отечественных подходов, при этом подчеркивается дефицит лонгитюдных исследований и их важность для дальнейшего продвижения в разработке проблемы психической травматизации. Зарубежные подходы рассмотрены автором в самом общем виде: так, например, автор не касается последних исследований и дискуссий вокруг новой диагностической единицы — комплексного ПТСР.

Авторы второй теоретической статьи *О.А. Сагалакова и Д.В. Труевцев* предлагают основанную на разработках культурно-исторической психологии модель континуума, описывающую, как пережитая травма, в том числе боевой стресс, формирует стойкие ожидания угрозы, достраивающие реальность в направлении от иллюзий к галлюцинациям. Для редакции нашего журнала и для меня лично, как ученицы С.Я. Рубинштейн, вдвойне приятно и важно, что в год 125-летия Сусанны Яковлевны идеи ее докторской диссертации о механизмах слуховых галлюцинаций легли в основу предлагаемой модели, учитывающей целый спектр самых современных данных. Также важно, что в год 130-летия Л.С. Выготского, вслед за британским ученым и последователем культурно-исторической традиции Ч. Фернихоу, авторы опираются на идеи последнего о слухо-

© Холмогорова А.Б., 2026

CC BY-NC

вых галлюцинациях как проекции вовне внутренней речи. Интрузивные процессы в форме этой внутренней речи авторы статьи связывают с комплексным ПТСР и рисками возникновения галлюцинаторного синдрома.

Наконец, последняя статья теоретического раздела посвящена особенно острой в эпоху цифровизации теме — возможностям использования искусственного интеллекта (ИИ) в психотерапии травмы. Статья в сбалансированном виде представляет итоги споров кибер-оптимистов и кибер-пессимистов, причем очень структурировано и в форме таблиц. Авторы — *Л.И. Ивахненко и В.А. Максименко* — показали, что представители лагеря кибер-оптимистов демонстрируют высокий уровень энтузиазма в отношении потенциала ИИ-технологий в психотерапии, но при этом могут игнорировать исследования, которые свидетельствуют о высоких рисках ИИ в терапии травмы, о возможных ошибках и негативных последствиях использования чат-ботов.

Все остальные статьи номера относятся к оригинальным эмпирическим исследованиям психической травматизации как у взрослых, так и у детей. Так, в двух первых статьях речь идет о роли травмы при соматической патологии. В качестве их важного достоинства следует назвать лонгитюдный характер исследования в условиях клиники радиохирургии и онкологической клиники. Такой дизайн исследования является достаточно трудоемким, но позволяет значительно повысить надежность и доказательность полученных данных и выводов.

В исследовании пациентов, направленных на радиохирургию в связи с менингиомой небольшого размера, проведенном *Ю.Ю. Пенцак*, были сделаны два среза, фиксирующих выраженность симптоматики ПТСР накануне и спустя 6 месяцев после операции. Такого рода менингиомы не представляют собой угрозу для жизни, но в силу их локализации в головном мозге вызывают большую тревогу и симптомы стресса у пациентов. Как показано в исследовании автора, в группе повышенного риска по сохранению симптомов ПТСР после благополучной операции находятся те, у кого был уже накоплен травматический опыт в виде различных стрессовых событий, пережитых на протяжении жизни до операции. Эти данные очень важны для выделения группы риска по дезадаптации и проведения профилактических мероприятий уже на дооперационном этапе. Они также доказывают важность привлечения специалистов клинических психологов в клинику радиохирургии.

В исследовании *А.Е. Хаин с соавторами* особая сложность заключалась в исследовании жизнестойкости как личностного фактора-протектора от стресса не только у детей, но и у их родителей в травматической

для всех членов семьи ситуации лечения детской онкологии. Кроме того, авторами было проведено три среза при исследовании как детской, так и родительской выборки: в начале лечения ребенка методом ТГСК, связанного с разными ограничениями, в активную фазу и сразу после лечения. Гипотеза авторов о важной роли жизнестойкости как фактора-протектора подтвердилась, что говорит о возможности выделения группы риска по дезадаптации и профилактической работе с ней уже накануне лечения, а также на всех последующих этапах. Таким образом, исследование коллег из Центра детской онкологии и гематологии им. Дмитрия Рогачева также убедительно доказывает важность участия клинических психологов на всех этапах лечения детской онкологии.

Такое травматическое событие, как утрата, и ее связь с рисками психической патологии является уже много лет предметом пристального внимания клинических психологов. Авторы исследования специфики переживания утраты в молодом возрасте *Н.Е. Харламенкова и А.А. Агишева* предприняли попытку нового взгляда на проблему утраты путем разведения симптомов травматического стресса и патологического горевания. Несмотря на определенные ограничения исследования, авторам удалось показать, что психопатологическую симптоматику в отсроченном периоде после пережитой травмы утраты определяет целая система факторов — от специфики самой утраты до наличия разных личностных ресурсов для совладания с ней.

Три последние статьи номера посвящены проблемам стресса у разных групп населения, связанным с контекстом СВО. *Е.В. Тихомирова, А.Г. Самохвалова, М.В. Сапоровская* — авторы первой статьи в этом блоке — подчеркивают, что «контекст СВО радикально обостряет риски возникновения стресса на фоне информационных перегрузок, которые напрямую затрагивают психологическую и экзистенциальную безопасность личности». В результате обследования большой группы молодежи с гарантией анонимности и конфиденциальности было установлено, что уровень информационного стресса у молодых людей прямо зависит от региона проживания и близости к боевым действиям. Авторы также рассматривают роль стратегий совладания со стрессом и делают вывод о ряде парадоксальных эффектов адаптации к экстремальным условиям.

Группа авторов из разных учреждений, в том числе из Донецкого и Севастопольского университетов, — *М.В. Балева, Н.А. Руднов, В.А. Плотникова, А.Н. Шатская, Е.Г. Максименко и И.В. Султанова* — представляет исследование влияния стресса матери и ее стиля воспитания на уровень стресса ребенка дошкольного возраста. Было обсле-

довано более трех с половиной тысяч матерей, проживающих в разных регионах России, в том числе в условиях вооруженного конфликта. Материнский стресс был пропорционален близости к боевым действиям, но на уровень детского стресса особенно сильное влияние оказывал стиль воспитания: жесткий, карательный стиль оказался уникальным фактором, ведущим к росту стресса у ребенка. Все это приводит к вроде бы уже хорошо известному со времен Дж.Боулби выводу о роли стиля воспитания, связанного с качеством привязанности у ребенка и, соответственно, с его психическим здоровьем. Тем не менее представляется очень важным надежное эмпирическое подтверждение этого факта в наши дни, из которого следует вывод об огромной важности психологической работы с родителями, особенно в условиях хронического воздействия такого стрессора, как проживание семьи в непосредственной близости к боевым действиям.

Завершает номер статья *А.А. Пироговой и соавторов*, посвященная оценке уровня стресса и выраженности симптомов ПТСР у участников боевых действий, поступивших на лечение в связи с акубаротравмой. Результаты обследования более 100 военнослужащих разного возраста, потерявших слух, показали, что почти четверть из них нуждаются в помощи специалистов — клинических психологов и психиатров, так как выраженность симптомов ПТСР достигает у них клинически значимого уровня. Важным оказалось, что одним из факторов-протекторов является наличие семьи; в этом случае симптомы ПТСР были менее выражены. Существенно, что дизайн исследования позволил выявить субъективную оценку ранеными наиболее важных источников высокого психологического дистресса, а также ресурсы, которые помогают с ним справляться. Среди последних особое место занимает помощь и поддержка от близких.

Редакция нашего журнала выражает надежду, что в наше непростое время статьи спецвыпуска помогут разным специалистам более эффективно оказывать помощь разным группам населения, переживающим высокий уровень стресса, включая травматический. В заключение предисловия к этому спецвыпуску хотелось бы выразить благодарность Надежде Владимировне Тарабриной и коллективу ее лаборатории за глубокую разработку темы травмы, валидацию целого ряда методик для изучения травматического стресса и его последствий. Как смогут заметить читатели, они использованы во многих статьях номера.

А.Б. Холмогорова

Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 9—27.
hthttps://doi.org/10.17759/cpp.2026340301
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 9—27.
hthttps://doi.org/10.17759/cpp.2026340301
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ
THEORETICAL REWIEWS

Научная статья | Original paper

Теоретический анализ научных подходов к проблеме психической травмы

И.В. Киселёва ✉
Донецкий государственный университет,
Донецк, Российская Федерация
✉ i.kiseleva.dongu@mail.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Проблема психической травматизации приобретает особую актуальность в свете современных событий, связанных с многочисленными кризисами и экстремальными ситуациями: военными конфликтами, социально-экономической нестабильностью, терактами, стихийными бедствиями, распространением тяжелых заболеваний. **Цель**. Систематизировать основные современные подходы к проблеме психической травмы в отечественной и зарубежной литературе. **Материалы и методы.** Теоретический анализ и синтез научной литературы, изданной за последние 20 лет, по проблеме психической травматизации. **Результаты.** В статье представлены современные отечественные и зарубежные научные подходы к проблеме психической травмы. Рассматриваются: подход Н.В. Тарабриной к посттравматическому стрессу; процессуальная модель Н.Е. Харламенковой; полиресурсная модель совладания Д.А. Леонтьева; психодинамический подход Н.С. Хрусталевой, М.М. Решетникова; кризисный подход А.Г. Караяни, Ю.С. Шойгу; медицинский подход Ю.А. Александровского, К.А. Идрисова и др. Определяются основные понятия, теории, диагностический инструментарий. В зарубежной психологии описывается психодинамический и когнитивно-поведенческий подходы. Обсуждаются основные направления исследований психической травмы и непрерывного травматического стресса. **Выводы**. В наиболее обобщенном виде психотравму можно рассматривать как результат сложного взаимодействия личности и неблагоприятных усло-

© Киселёва И.В., 2026

CC BY-NC

вий окружающей среды. Психическая травма является естественной, но запредельной адаптационной реакцией психики на уровень стресса, превышающего ее ресурсы. Дальнейшее исследование требует детального описания механизмов ее возникновения, изучения ресурсов устойчивости, сложных случаев и способов преодоления.

Ключевые слова: психическая травма, стресс, травматический стресс, посттравматический стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, непрерывный травматический стресс

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках научного проекта № 25-18-00895, https://rscf.ru/project/25-18-00895/

Для цитирования: Киселёва, И.В. (2026). Теоретический анализ основных научных подходов к проблеме психической травмы. *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 9—27. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340301

Theoretical analysis of scientific approaches to the problem of psychological trauma

I.V. Kiseleva ✉
Donetsk State University, Donetsk, Russian Federation
✉ i.kiseleva.dongu@mail.ru

Abstract

Context and relevance. The problem of psychological traumatization has become especially relevant due to contemporary events associated with multiple societal crises and extreme situations such as military conflicts, socioeconomic instability, terrorist attacks, natural disasters, widespread severe illnesses, and the aftermath of pandemics. **Objective.** To systematize key modern approaches to understanding psychological trauma within both Russian and international academic literature. **Methods and materials.** This paper employs theoretical analysis and synthesis of scientific publications addressing psychological traumatization from the last twenty years. **Results.** The article outlines contemporary Russian and foreign scientific perspectives on psychological trauma. The approaches to post-traumatic stress by N.V. Tarabrina, the procedural model by N.E. Kharlamenkova, the multiresource coping model by D.A. Leontiev, the psychodynamic approach by N.S. Khrustaleva, M.M. Reshetnikov, the crisis approach by A.G. Karayani, Yu.S. Shoigu, the medical approach by Yu.A. Alexandrovsky, K.A. Idrisov, and others are considered; the basic concepts, theories, and diagnostic tools are defined. Additionally, it reviews psychodynamic

and cognitive-behavioral approaches prevalent in international psychology. The primary research areas concerning psychological trauma and continuous traumatic stress are also explored. **Conclusions.** In the most generalized form, psychotrauma can be considered as the result of a complex interaction of personality and unfavorable environmental conditions. Psychological trauma is a natural but extreme adaptive reaction to a stress level exceeding the resources of the psyche. Further research requires a detailed description of the mechanisms of its occurrence, the study of sustainability resources, complex cases and ways to overcome.

Keywords: psychological trauma, stress, traumatic stress, post-traumatic stress, post-traumatic stress disorder, continuous traumatic stress

Funding. The study was supported by the Russian Science Foundation, project number 25-18-00895, https://rscf.ru/en/project/25-18-00895/

For citation: Kiseleva, I.V. (2026). Theoretical analysis of scientific approaches to the problem of psychological trauma. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 9—27. (In Russ.). hthttps://doi.org/10.17759/cpp.2026340301

Введение

Проблема психической травматизации приобретает особую важность в свете современных событий, связанных с многочисленными кризисами и экстремальными ситуациями: военными конфликтами, социально-экономической нестабильностью, терактами, стихийными бедствиями, распространением тяжелых заболеваний, последствиями пандемии. Высокий уровень повседневного стресса, неопределенность будущего, присутствие травматического опыта вызывают рост патопсихологической симптоматики, проявлений посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Востребованы своевременная диагностика, оказание психологической помощи и сопровождение лиц, подвергшихся психотравматизации.

Многочисленность работ, посвященных психической травматизации, требует систематизации понятий, теорий, диагностического инструментария и дальнейшего развития подходов к этой проблеме.

Цель данного теоретического исследования — систематизация основных современных подходов к проблеме психической травмы в отечественной и зарубежной литературе.

Материалы и методы: теоретический анализ и синтез научной литературы, посвященной проблеме психической травмы и изданной в

форме статей в ведущих рецензируемых журналах и монографий за последние двадцать лет. Настоящий обзор ограничен психологическими и медико-психологическими исследованиями и не учитывает результаты нейробиологических исследований.

Подходы к психотравме в отечественной психологии

Наиболее теоретически и эмпирически обоснованным подходом к изучению психической травматизации является ***научная школа Н.В. Тарабриной*** (Тарабрина, 2009; Харламенкова, Сергиенко, Тарабрина, 2022). В рамках данного подхода можно выделить работы, посвященные травматическому психологическому стрессу и его последствиям, возрастным особенностям психотравмы и посттравматического стресса (Тарабрина, Харламенкова, Быховец, 2016; Казымова, 2020), влиянию интенсивного стресса на психопатологическую симптоматику (Харламенкова, Никитина, 2020), изменению внутреннего мира личности при психотравме (Падун, Котельникова, 2012).

Основными понятиями в данном подходе являются: интенсивный стресс; посттравматический стресс (ПТС); посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); стрессоры высокой интенсивности (война, террористические угрозы, техногенные катастрофы, угрожающие жизни заболевания).

Ключевым термином, объединяющим все вышестоящие определения, через которое можно раскрыть понятие психической травмы, является эмоциональный стресс. Он становится психической травмой, когда в результате воздействия стрессора возникают нарушения в психической сфере: в этом случае страдают «...структура “самости”, когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения» (Тарабрина, 2009, с. 14).Таким образом, главным отличием стресса и травматического стресса служит критерий наличия нарушений адаптации, расстройств и психопатологической симптоматики (Тарабрина, 2009).

В школе Н.В. Тарабриной подробно исследуются феноменология психической травмы, а также различные стрессоры, имеющие травматическое воздействие. Так, были выделены «событийные» (основанные на непосредственном восприятии стрессора) и «невидимые» (связанные со знанием субъекта об угрожающих жизни факторах) стрессоры. На

основе этих исследований было создано новое научное направление — психология посттравматического стресса.

Понятие посттравматического стресса (ПТС) получило самостоятельное психологическое содержание и было определено как «...симптомокомплекс, характеристики которого отражают прежде всего нарушение целостности личности в результате психотравмирующего воздействия стрессоров высокой интенсивности» (Харламенкова, 2017, с. 34). Была разработана процессуальная модель посттравматического стресса, согласно которой существует два варианта течения ПТС: рецидивирующий и латентный. Рецидивирующий вариант характерен для лиц с недостаточными ресурсами для его преодоления. Латентное течение обусловлено отсутствием у человека информации о прошлом отрицательном опыте или незначительным ущербом от психотравмы (Харламенкова, 2025).

«Психологическими маркерами тяжелого посттравматического стресса являются, прежде всего, показатели нарушения контакта с реальностью, недоверие миру (подозрительность, уход от реальности, фобическая тревожность)» (Харламенкова, Никитина, 2020, с. 118).

В данном подходе изучается также влияние предшествующего опыта на восприятие психотравмирующих событий и влияние различных травматических событий на интенсивность посттравматического стресса, индивидуальные реакции на травматический опыт, а также проблемы психологической безопасности, благополучия, совладания с последствиями психической травматизации.

Посттравматическое стрессовое расстройство не является единственным нарушением, возникающим вследствие психической травматизации. Другими последствиями могут быть экзогенные депрессии, личностные расстройства, аддикции, нарушения регуляции эмоций. Событийная травма связана с тяжелым кратковременным потрясением, а хроническая травматизация — с образом и условиями жизни субъекта в определенные периоды (Падун, 2021).

В лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях Института психологии РАН был адаптирован и апробирован диагностический инструментарий для изучения травматических событий, ПТС, ПТСР и смежных проблем. Наиболее известными методиками являются: «Шкала оценки влияния травматического события» (ШОВТС; Impact of Event Scale-R, IES-R) М. Горовица в адаптации Н.В. Тарабриной; «Миссисипская шкала», военный и гражданский варианты (Mississippi Scale, MS) Т. Кина и соавторов в

адаптации Н.В. Тарабриной и др.; «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R) Л. Дерогатиса, Р. Липмана в адаптации Н.В. Тарабриной; «Опросник травматических ситуаций» (Life Experience Questionnaire, LEQ) Н.В. Тарабриной; «Структурированное клиническое интервью для диагностики ПТСР» (Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS-5) в адаптации Н.Н. Казымовой, Ю.В. Быховец и др. (Тарабрина, 2019; Барц, Быховец, Казымова, 2025).

Опираясь на подход Н.В. Тарабриной в определении травматического стресса и ПТСР, А.Б. Холмогорова и В.А. Горчакова провели апробацию «Эссенского опросника травматических событий» С. Тагай на отечественной выборке (Холмогорова, Горчакова, 2013).

Помимо научной школы Н.В. Тарабриной проблема психической травмы разрабатывается и другими отечественными исследователями.

В ***теоретической полиресурсной модели совладания с трудными ситуациями Д.А. Леонтьева*** проблема психической травмы рассматривается под иным ракурсом. Здесь она выступает конечным этапом процесса давления трудной жизненной ситуации на личность. Такое воздействие может нарастать, вынуждая субъекта напрягать ресурсы. Трудная ситуация требует личностных изменений для приспособления к изменившимся условиям, однако человек упорно сопротивляется внешнему давлению, пока у него есть ресурсы и возможности совладания (механизмы психической защиты, копинги, саморегуляция). Понятие травмы в данной модели стоит в одном ряду с понятиями разрушения и дезинтеграции, за которыми может наступить (или не наступить) позитивная дезинтеграция, или посттравматический рост. Она выступает переломным моментом на пути изменений личности (Леонтьев, 2025).

Еще один подход к пониманию психотравмы можно увидеть ***в работах исследователей Санкт-Петербурга, опирающихся на методологию психодинамического направления в психологии и работы З. Фрейда, Д. Калшеда*** (см.: Хрусталева, 2010). Психическая травма — это «...любое переживание, которое вызывает непереносимые душевные страдания» (там же, с. 253). Она также связана со страхом перед внешними и внутренними опасностями и печалью. Переживание печали связывается с механизмом преодоления психотравмы естественным путем, который доступен психике человека.

Психическая травма — «...индивидуальная реакция на то или иное, как правило, трагическое или чрезвычайно значимое для личности событие, вызывающее чрезмерное психическое напряжение и последую-

щие негативные переживания, которые не могут быть преодолены самостоятельно и вызывают устойчивые изменения состояния и поведения» (Решетников, 2015, с. 3).

Устойчивую нишу в отечественных исследованиях психической травмы занимает ***подход кризисной и экстремальной психологии*** (Шойгу и др., 2021; Вачков и др., 2024; Караяни, 2024a; Караяни, 2024b).

Травматические события определяются здесь как экстремальные ситуации, при которых сила воздействия превосходит пороги привычных психологических переживаний человека, а возникающие при этом страх, ужас и чувство беспомощности имеют интенсивный характер. Факторы, травмирующие психику, описываются как изменяющие жизненный стереотип и разрушающие повседневные привычки бытовой жизни и поведения.

В работах особое внимание уделяется описанию острой психической травмы и состояния человека в момент травматизации (шоковые, оглушенные состояния, ступор, аффективные реакции, изменения в течении когнитивных процессов и т. д.). Острая психическая травма возникает в результате воздействия неблагоприятных или даже экстремальных условий окружающей среды и наносит вред психическому здоровью человека. При этом такие нарушения могут быть обнаружены не только у пострадавших в результате какого-либо чрезвычайного происшествия (катастрофы, аварии, стихийного бедствия, террористического акта), но и у свидетелей случившегося, это — так называемая травма свидетеля (Вачков и др., 2024, с. 158).

Особой разновидностью психической травмы, рассматриваемой в данном подходе, является военная психотравма, или последствия боевого стресса (Караяни, 2024b). Боевая обстановка оказывает на участника военных действий серьезное травматическое воздействие (ситуация неопределенности, угроза жизни, экстремальный стресс, отсутствие времени для принятия решения, обострение примитивных программ самосохранения). В таких условиях нередко возникает дефицит психических ресурсов и возможностей для совладания, что приводит к состоянию, при котором боевой стресс переходит в психотравматизацию. При сохранности психических ресурсов боевой стресс, напротив, способствует адаптации к военным условиям (Караяни, 2024b; Абрамов и др., 2023). На этом основании вводится понятие боевой психической (психологической) травмы. Она представляет собой комплексную когнитивную, эмоциональную и поведенческую реакцию участника боевых действий на травматическую ситуацию, которая

запускает такие проявления, как потеря идентичности воина, тяжелые переживания своей несостоятельности и вины, патологическая саморегуляция поведения. Такая травма — не расстройство, а естественная адаптационная реакция психики на запредельный уровень боевого стресса (Караяни, 2024а).

Медицинский подход в отечественной психологической науке представлен широким кругом исследований психической травматизации и ее последствий для физического и психического здоровья человека.

В Медицинской классификации болезней одиннадцатого пересмотра (МКБ-11) указано, что расстройства, специфически связанные со стрессом, «...имеют прямое отношение к воздействию стрессогенного или травмирующего события, или серии таких событий, или переживанию травматичного опыта» (МКБ-11, 2021, с. 136). К ним относят целый ряд расстройств, таких как ПТСР, затяжная патологическая реакция горя, расстройство адаптации и др.

В рамках данного подхода была выделена группа социально-стрессовых расстройств (ССР), для которых характерно состояние выраженной психической дезадаптации с преобладанием неспецифических синдромов невротического уровня: нарушения сна, психосоматические расстройства, панические расстройства и т. п. (Александровский, 2024). Наибольшее внимание уделяется понятию и признакам ПТСР, которое чаще других травматических проявлений диагностируется в клинической практике (Идрисов, 2009; Сукиасян, 2022; Васильева, Караваева, Радионов, 2023).

Подходы к проблеме психотравмы в зарубежной психологии

Современные зарубежные исследователи психической травматизации опираются в своих работах на два основных методологических подхода: ***психодинамический*** (П. Жане, З. Фрейд, А. Фрейд, Д. Винникот, М. Хан, Д. Калшед) и ***когнитивно-поведенческий*** (А. Бек, Р. Лазарус, Р. Янофф-Бульман). Большая часть работ в данной области посвящена симптомам и последствиям психотравматизации. Механизмы образования самой психической травмы и ее патопсихология остаются дискуссионными вопросами (Athanasiadou-Lewis, 2019).

Наиболее обобщенным и распространенным является определение травмы как реакции на «...насилие, надругательство, пренебрежение,

потерю, горе, войну и другие эмоционально вредные переживания» (Eggleston et al., 2025, с. 1).

В работах психодинамического направления психическая травма определяется как «...переживания, воспринимаемые человеком как невыносимо тяжелые, которые разрушают психическое здоровье и влияют на способность взаимодействовать с окружающими людьми искренне и естественно» (Athanasiadou-Lewis, 2019, с. 3).

В исследованиях когнитивно-поведенческого подхода травматические события характеризуются тем, что выходят за рамки привычных для человека смыслов, могут нарушать нормальные представления о себе, мире и других людях. Такие ситуации плохо сочетаются в сознании с более привычными жизненными событиями и впечатлениями. Поэтому преодоление последствий психотравмирующих событий должно быть построено не на сосредоточении исключительно на травме, а на повседневных целях, делах и заботах (Bonanno, Pat-Horenczyk, Noll, 2011).

Перспективным направлением зарубежных исследований можно назвать ***поиск ранних предикторов развития ПТСР***, среди которых наблюдаются частое обращение к автобиографической памяти, повышенная задумчивость, нарушенная регуляция эмоций, избегание эмоций и др. (Kessler et al., 2017; Wilkinson, Dodgson, Meares, 2017; Bryant, 2021; Cheng et al., 2024). Ведется изучение эффективных методов раннего вмешательства после массовой психотравматизации для предотвращения развития ПТСР (Hobfoll, Watson, Bell, 2007; Wilkinson, Weinberg, 2023; Memarzia et al., 2024; Karchoud et al., 2024).

Растущий интерес у исследователей в разных странах также вызывает ***феномен пролонгированного (длительного, непрерывного, хронического) травматического стресса (НТС)***, или «continuous traumatic stress» (CTS), с которым связаны многочисленные работы (Eagle, Kaminer, 2013; Stevens et al., 2013; Straker, 2013; Fondacaro, Mazzula, Weldon, 2021; Kira, Alhuwailah, Shuwiekh, 2024).

В понятие непрерывного травматического стресса (НТС) вкладывается многомерное содержание — оно включает травму идентичности, коллективную, межпоколенческую, кумулятивную травму, множественную травматизацию, реакции на травматический стресс и др. (Eagle, Kaminer, 2013; Straker, 2013). НТС определяется «...наличием стрессоров, которые присутствуют в настоящем и являются продолжением стрессоров в прошлом и будущем. Эти стрессоры являются экстремальными, множественными и тотальными, люди не могут легко избежать их» (Straker, 2013, с. 214).

Согласно ***модели хронического травматического стресса К. Фондакаро, Э. Мазулло***, стрессовые события, такие как прошлая или текущая военная травма, повседневные стрессоры, последствия миграции из зоны боевых действий, оказывают комплексное воздействие на субъекта. Такое воздействие может иметь разные последствия в зависимости от личностных особенностей субъекта, его семейного окружения, общественной и культурной принадлежности (Fondacaro, Mazzulla, 2018).

В отличие от ПТСР, НТС делает сосредоточение на событиях прошлого контрпродуктивным, поскольку субъект находится в опасных условиях в реальном времени и ему требуется заботиться о своем выживании «здесь и сейчас», что требует напряжения ресурсов и способов совладания (Straker, 2013).

Влияние НТС на человека зависит от внешних и внутренних факторов. К внешним относят длительность непрерывной череды, плотность появления стрессоров, длительность действия каждого стрессора. К внутренним — наличие чувства опасности и реальной угрозы жизни у индивида, а также уровень его стрессоустойчивости. Сравнение влияния единичной травматизации и непрерывного стресса показывает, что НТС выступает более травматическим фактором и приводит к более высокой вероятности развития ПТСР (Kira, Alhuwailah, Shuwiekh, 2024).

В исследованиях людей, проживающих в зонах боевых действий на Ближнем Востоке, было показано, что гипервозбудимость и избегающее поведение в ответ на длительный травматический стресс являются нормальными и адаптивными, так как способствуют возникновению защитных реакций, которые могут сохранить жизнь в периоды опасности. Было также отмечено наличие привыкания к длительным травмирующим ситуациям, что проявлялось в снижении остроты реакции на них и уменьшении стрессовой симптоматики (Itzhaky et al., 2017).

Также было установлено, что существует взаимосвязь между характеристиками травматического опыта и последующим посттравматическим ростом. Опосредующими факторами здесь выступают избегающие стратегии совладания, навязчивые мысли и особенности социального окружения индивида (Graham-Kevan, Robinson, Lowe, 2019).

Обсуждение

Согласно рассмотренным источникам литературы, нами были выделены следующие подходы к проблеме психической травмы в рамках

психологической науки: научная школа Института психологии РАН (теория посттравматического стресса Н.В. Тарабриной, процессуальная модель посттравматического стресса Н.Е. Харламенковой); полиресурсная модель совладания с трудными ситуациями Д.А. Леонтьева; психодинамический подход Н.С. Хрусталевой, М.М. Решетникова, К. Афанасиаду-Льюис (C. Athanasiadou-Lewis); кризисный подход А.Г. Караяни, Ю.С. Шойгу и др.; медицинский подход Ю.А. Александровского, К.А. Идрисова и др., когнитивно-поведенческий подход Р. Янофф-Бульман, Г. Игл (G. Eagle), Д. Каминер (D. Kaminer), К. Фондакаро (K. Fondacaro), Г. Стрейкер (G. Straker); модель хронического травматического стресса К. Фондакаро (K. Fondacaro), И. Кира (I. Kira), Г. Стрейкер (G. Straker) etc.

Наиболее теоретически и эмпирически обоснованным подходом к пониманию психической травматизации является научная школа Института психологии РАН (Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова). В рамках этой школы было создано новое научное направление — психология посттравматического стресса, а психотравма рассматривается как следствие эмоционального стресса после воздействия стрессора. Основное внимание направлено на изучение феноменологии психической травмы и посттравматических явлений (посттравматический стресс, ПТСР), возрастных особенностей и роли личности в травматизации, симптомокомплекса психопатологических проявлений, а также на разработку психодиагностического инструментария. Выделяются рецидивирующий и латентный варианты проявления посттравматических состояний, а также событийная и хроническая травма.

Следующим по степени разработанности проблемы психотравмы, по мнению авторов настоящей статьи, является кризисный подход А.Г. Караяни, Ю.С. Шойгу и др. Психическая травма рассматривается как результат воздействия неблагоприятных, экстремальных условий окружающей среды, а также как естественная адаптационная реакция психики на запредельный уровень стресса. Усилия авторов направлены на изучение факторов травматизации психики (в том числе боевой обстановки), симптомов проявления острой психотравмы, травмы свидетеля. Разрабатываются понятия боевого стресса и военной психотравмы. Такой подход сужает его применение до изучения последствий сугубо экстремальных условий, чрезвычайных ситуаций и военных действий, тогда как в предыдущем подходе рассматриваются всевозможные виды стрессоров разной интенсивности.

Медицинский подход в психологии (Ю.А. Александровский, К.А. Идрисов и др.) определяет психическую травму как следствие воздействия стрессогенных событий или переживания травматичного опыта. Такое понимание близко подходу Н.В. Тарабриной, в котором уделено внимание проявлениям ПТСР, однако в остальном наблюдаются различия: опора на медицинский диагноз, выделение синдромов невротического уровня.

Полиресурсная модель совладания с трудными жизненными ситуациями Д.А. Леонтьева лишь немного затрагивает проблематику психотравмы, рассматривая ее как конечный этап процесса давления трудной ситуации на личность при нехватке у нее ресурсов преодоления. При этом наблюдаются процессы личностной дезинтеграции, которые либо приводят к посттравматическому росту, либо нет. Основное внимание приверженцев этой теории направлено на описание механизмов работы ресурсов личности.

Ограничения описанных выше подходов связаны с изучением преимущественно феноменологии психической травмы, травматического стресса и последствий его воздействия, в том числе психопатологических. Это ретроспективные исследования, построенные на однократных срезах, наблюдении и опросе. Отсутствует лонгитюдная модель, охватывающая различные периоды жизни испытуемых, что объясняется значительной сложностью применения подобного рода методов.

Кроме того, остается открытым вопрос о механизмах возникновения психической травмы, которые еще не получили детального описания. Некоторые объяснения предлагают представители психодинамического подхода, рассматривая эти механизмы в рамках психоаналитической традиции (переживание, работа печали и горя), однако они признают дискуссионный характер этого вопроса. В когнитивно-поведенческом подходе также предпринимаются попытки объяснить механизмы возникновения психотравмы — через разрушение базисных убеждений личности о себе, мире и других людях.

Растущий интерес исследователей в разных странах вызывает феномен непрерывного (длительного, хронического) травматического стресса, описанный как в подходе Института психологии РАН, так и в когнитивно-поведенческом подходе зарубежных авторов (G. Eagle, D. Kaminer, K. Fondacaro, I. Kira, G. Straker). Перспективность разработки этой проблемы связана с тем, что современный человек на протяжении жизни подвергается комплексному воздействию стрессо-

ров прошлого, настоящего и потенциального будущего. Особую актуальность изучение непрерывного стресса приобретает для населения регионов мира, где ведутся длительные военные действия (длящиеся многие годы).

Заключение

В отечественных и зарубежных теоретических подходах к проблеме психической травмы детально разработано это понятие. При этом названные подходы дополняют друг друга на разных уровнях и без видимых противоречий. В наиболее обобщенном виде психотравму можно рассматривать как результат сложного взаимодействия личности и неблагоприятных условий окружающей среды. Причиной ее возникновения является воздействие стрессоров разной интенсивности. Психическая травма представляет собой естественную, но запредельную адаптационную реакцию психики на уровень стресса, превышающий ее ресурсы.

Дальнейшее исследование психической травмы требует детального раскрытия и описания механизмов ее возникновения, изучения ресурсов устойчивости, исследования сложных случаев непрерывного постравматического стресса, способов его преодоления психологическими методами.

Список источников / References

1. Абрамов, В.А. (2013). Боевой экстремальный стресс как предиктор боевой психической травмы — острого травматического стрессового расстройства. *Журнал психиатрии и медицинской психологии, 3,* 4—13.
   Abramov, V.A. (2013). Combat extreme stress as a predictor of combat psychological trauma — acute traumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry and Medical Psychology*, *3,* 4—13. (In Russ.).
2. Александровский, Ю.А. (2024). Клинико-диагностическая оценка социально-стрессовых расстройств. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*, *15*(4), 473—478. https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.4.002
   Alexandrovsky, Y.A. (2024). Clinical-diagnostic assessment of socio-stress disorders. *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology, 15(4),* 473—478. https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.4.002 (In Russ.).
3. Барц, А.А., Быховец, Ю.В., Казымова, Н.Н. (2025). Методический инструментарий для изучения посттравматического стрессового расстройства: актуальные методики. В: Д.В. Ушаков, А.Л. Журавлев,

А.В. Махнач, Н.Е. Харламенкова, Ю.В. Быховец (Общ. ред.), *Психология посттравматического стресса* (с. 42—48). М.: Институт психологии РАН. https://doi.org/10.38098/conf_25_0495

Bartz, A.A., Bykhovets, Y.V., Kazymova, N.N. (2025). Methodological tools for studying post-traumatic stress disorder: current methods. In: D.V. Ushakov, A.L. Zhuravlev, A.V. Makhnach, N.E. Kharlamenkova, Y.V. Bykhovets (Eds.), *Psychology of post-traumatic stress* (p. 42—48). Moscow: Institute of Psychology RAN. https://doi.org/10.38098/conf_25_0495

4. Васильева, А.В., Караваева, Т.А., Радионов, Д.С. (2023). Психотерапия посттравматического стрессового расстройства — интеграция опыта чрезвычайной ситуации. *Консультативная психология и психотерапия, 31*(3), 47—68. https://doi.org/10.17759/cpp.2023310303

Vasileva, A.V., Karavaeva, T.A., Radionov, D.S. (2023). Post-traumatic Stress Disorder Psychotherapy — Integrating the Experience of an Emergency. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 31*(3), 47—68. https://doi.org/10.17759/cpp.2023310303 (In Russ.).

5. Вачков, И.В., Вирясова, Е.И., Мелентьева, О.С., Панфилова, М.А. (2024). Психологическая помощь лицам в стадии острой травмы (на материале работы с жертвами террористического акта в «Крокус Сити Холле»). *Клиническая и специальная психология, 13*(1), 155—175. https://doi.org/10.17759/cpse.2024130110

Vachkov, I.V., Viryasova, E.I., Melenteva, O.S., Panfilova, M.A. (2024). Psychological support for individuals experiencing acute trauma (based on experience working with victims of a terrorist attack at Crocus City Hall). *Clinical Psychology and Special Education, 13*(1), 155—175. https://doi.org/10.17759/cpse.2024130110 (In Russ.).

6. Идрисов, К.А. (2009). Эпидемиологическое исследование распространенности посттравматических стрессовых расстройств среди взрослого населения Чеченской Республики на разных этапах военной ситуации. *Российский психиатрический журнал, 1,* 57—64.

Idrisov, K.A. (2009). Epidemiological study of prevalence of post-traumatic stress disorders among adult population of Chechen Republic at different stages of military situation. *Russian Psychiatric Journal, 1,* 57—64. (In Russ.).

7. Казымова, Н.Н. (2020). Посттравматический стресс и предшествующий травматический опыт в раннем взрослом возрасте. *Общество: социология, психология, педагогика, 12,* 157—160. https://doi.org/10.24158/spp.2020.12.29

Kazymova, N.N. (2020). Posttraumatic stress and previous traumatic experiences in early adulthood. *Society: sociology, psychology, pedagogy, 12,* 157—160. https://doi.org/10.24158/spp.2020.12.29 (In Russ.).

8. Караяни, А.Г. (2024). Боевая психологическая травма — ранение души и тела. *Российский военно-психологический журнал, 3(5),* 22—32.

Karyani, A.G. (2024). Combat psychological trauma — wound of soul and body. *Russian Military Psychological Journal, 3(5)*, 22—32. (In Russ.).

9. Караяни, А.Г. (2024). Боевой стресс: проблемы определения и классификации. *Вестник Московского университета МВД России, 1,* 254—264. https://doi.org/10.24412/2073-0454-2024-1-254-264
Karyani, A.G. (2024). Battle stress: problems of definition and classification. *Bulletin of the Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia, 1,* 254—264. https://doi.org/10.24412/2073-0454-2024-1-254-264 (In Russ.).
10. Леонтьев, Д.А. (2025). Совладание в контексте саморегуляции. Часть 2: Полиресурсная модель. *Психологический журнал, 46*(2), 5—12. https://doi.org/10.31857/S0205959225020014
Leontiev, D. A. (2025). Coping (sovladanie) in the context of self-regulation. Part 2: A poliresource model. *Psychological Journal, 46*(2), 5—12. https://doi.org/10.31857/S0205959225020014 (In Russ.).
11. МКБ-11. Глава 06. *Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация*. (2021). Москва. 432 с. https://doi.org/10.31453/kdu.ru.91304.0143
ICD-11. Chapter 06. Mental and behavioral disorders and neuropsychological development violations. Statistical Classification. (2021). Moscow. 432 p. https://doi.org/10.31453/kdu.ru.91304.0143 (In Russ.).
12. Падун, М.А. (2021). Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации. *Консультативная психология и психотерапия*, *3*(113), 69—87. https://doi.org/10.17759/cpp.2021290306
Padun, M.A. (2021). Complex PTSD: psychotherapy of prolonged traumatization. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 29*(113), 69—87. https://doi.org/10.17759/cpp.2021290306 (In Russ.).
13. Падун, М.А., Котельникова, А.В. (2012). *Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика*. М.: Институт психологии РАН.
Padun, M.A., Kotelnikova, A.V. (2012). *Psychological trauma and worldview: theory, empiricism, practice*. Moscow: Institute of Psychology RAS. (In Russ.).
14. Решетников, М.М. (2015). *Психическая травма*. Санкт-Петербург: Восточно-Европейский институт психоанализа.
Reshetnikov, M.M. (2015). *Psychological trauma*. St Petersburg: East-European Psychoanalysis Institute.
15. Сукиасян, С.Г. (2022). Посттравматические или перитравматические расстройства: диагностическая дилемма. *Современная терапия психических расстройств, 3,* 3—13. https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.69.67.001
Sukiasyan, S.G. (2022). Posttraumatic or Peritraumatic Disorders: A Diagnostic Dilemma. *Current Therapy of Mental Disorders, 3,* 3—13. https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.69.67.001 (in Russ.).
16. Тарабрина, Н.В. (2009). *Психология посттравматического стресса: Монография*. М.: Когито-Центр.
Tarabrina, N.V. (2009). *Psychology of post-traumatic stress: Monograph*. Moscow: Kogito-Centre. (in Russ.).

17. Тарабрина, Н.В. (2019). *Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Часть 2: Бланки методик*. 2-е изд. М.: Когито-Центр.
Tarabrina, N.V. (2019). *Practical manual on psychology of post-traumatic stress. Part 2: Questionnaire forms.* 2nd ed. Moscow: Kogito-Centre. 76 p. (in Russ.).
18. Тарабрина, Н.В., Харламенкова, Н.Е., Быховец, Ю.В. Казымова, Н.Н., Мустафина, Л.Ш., Ворона, О.А., Дымова, Е.Н., Шаталова, Н.Е. (2016). Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды взрослости. *Психологический журнал, 37*(6), 94—108.
Tarabrina, N.V., Kharlamenkova, N.E., Bykhovets, Y.V., Kasymova, N.N., Mustafina, L.S., Vorona, O.A., Dymova, E.N., Shatalova, N.E. Post-traumatic stress and the traumatic events in different periods of adulthood. *Psychological Journal, 37*(6), 94 108. (In Russ.).
19. Харламенкова, Н.Е., Сергиенко, Е.А., Тарабрина, Н.В. (2022). Основные достижения лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях. *Психологический журнал*, *43*(1), 17—31. https://doi.org/10.31857/S020595920018766-8
Kharlamenkova, N.E., Sergienko, E.A., Tarabrina, N.V. (2022). Achievements of the laboratory of psychology of development of subject in normal and post-traumatic states: to the 50-th anniversary of the institute of psychology RAS. *Psychological Journal, 43*(1), 17—31. https://doi.org/10.31857/S020595920018766-8 (In Russ.).
20. Харламенкова, Н.Е. (2025). Посттравматический стресс: рецидивирующий или латентный характер проявления признаков. В: Д.В. Ушаков, А.Л. Журавлев, А.В. Махнач, Н.Е. Харламенкова, Ю.В. Быховец (Общ. ред.), *Психология посттравматического стресса* (с. 109—115). М.: Институт психологии РАН https://doi.org/10.38098/conf_25_0495
Kharlamenkova, N.E. (2025). Post-traumatic stress: relapsing or latent manifestation pattern. In: D.V. Ushakov, A.L. Zhuravlev, A.V. Makhnach, N.E. Kharlamenkova, Y.V. Bykhovets (Eds.), *Psychology of post-traumatic stress* (pp. 109—115). Moscow: Institute of Psychology RAS https://doi.org/10.38098/conf_25_0495 (In Russ.).
21. Харламенкова, Н.Е., Никитина, Д.А. (2020). Психологические последствия влияния стрессоров высокой интенсивности разного типа. *Ярославский педагогический вестник, 5*(116), 110—120. https://doi.org/10.20323/1813-145X-2020-5-116-110-120
Kharlamenkova, N.E., Nikitina, D.A. Psychological consequences of the influence of high-intensity stressors of different types. *Yaroslavl Pedagogical Bulletin, 5*(116), 110—120. https://doi.org/10.20323/1813-145X-2020-5-116-110-120 (In Russ.).
22. Харламенкова, Н.Е. (Ред.). (2017). Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.: Институт психологии РАН.
Kharlamenkova, N.E. (Ed.). (2017). Intensive stress in the context of psychological safety. Moscow: Institute of Psychology RAN. (In Russ.).
23. Холмогорова, А.Б., Горчакова, В.А. (2013). Травматический стресс и его влияние на субъективное благополучие и психическое здоровье: апробация

Эссенского опросника травматических событий. *Консультативная психология и психотерапия, 3*, 120—137.
Kholmogorova A.B., Gorchakova V.A. Traumatic stress and its influence on subjective wellbeing and mental health: validation of the essen trauma inventory. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 3*, 120—137. (In Russ.).

24. Хрусталева, Н.С. (2010). Переживание психической травмы и печали в условиях эмиграции. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика, 1,* 253—260. https://doi.org/10.11621/npj.2021.0110
Khrustaleva, N.S. (2010). Experience of psychological trauma and grief in emigration conditions. *Bulletin of St. Petersburg University. Episode 12. Psychology. Sociology. Pedagogy, 1,* 253—260. https://doi.org/10.11621/npj.2021.0110 (In Russ.).
25. Шойгу, Ю.С., Тимофеева, Л.Н., Толубаева, Н.В., Варфоломеева, Е.И., Соколова, А.А., Курилова, Е.В., Кармилова, М.Е. (2021). Особенности оказания экстренной психологической помощи при переживании утраты в чрезвычайных ситуациях. *Национальный психологический журнал, 1*(41), 115—126. https://doi.org/10.11621/npj.2021.0110
Shoigu, Y.S., Timofeeva, L.N., Tolubaeva, N.V., Varfolomeeva, E.I., Sokolova, A.A., Kurilova, E.V., Karmilova, M.E. (2021). Features of providing emergency psychological aid to people experiencing loss in emergency situations. *National Psychological Journal, 14(1),* 115—126. https://doi.org/10.11621/npj.2021.0110 (In Russ.).
26. Athanasiadou-Lewis, C. (2019). *Psychological Trauma*. London: IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.86375
27. Bonanno, G. A., Pat-Horenczyk, R., Noll, J. (2011). Coping flexibility and trauma: The perceived ability to cope with trauma (PACT) scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3(2),* 117—129. https://doi.org/10.1037/a0020921
28. Bryant, R. (2021). A critical review of mechanisms of adaptation to trauma: implications for early interventions for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 85*, article number 101981. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101981
29. Cheng, P., Wang, L., Zhou, Y., Ma, W., Li, W. (2024). Exploring the differential effects of psychological resilience and social support in mitigating post-traumatic psychiatric symptoms: Real-world network analysis of frontline rescuers. *BJPsych Open, 10*, e109. https://doi.org/10.1192/bjo.2024.64
30. Eagle, G., & Kaminer, D. (2013). Continuous traumatic stress: expanding the lexicon of traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 19(1),* 85—99. https://doi.org/10.1037/a0032485
31. Eggleston, M., Jones, E., Khan, N., Romani, W., McQuillan, K., Otero, J., & Chen, E. (2025). A scoping review of trauma-informed care principles applied in design and technology. *Digital Health, 11*, 1—11. https://doi.org/10.1177/20552076251360925

32. Fondacaro, K. M., Mazzulla, E. C. (2018). The chronic traumatic stress framework: A conceptual model to guide empirical investigation and mental health treatment for refugees and survivors of torture. *Torture Journal, 28*(1), 58—69. https://doi.org/10.7146/torture.v28i1.105477
33. Fondacaro, K., Mazzula, E., & Weldon, H. (2021). The chronic traumatic stress treatment (CTS-T): A resilience-focused, culturally responsive intervention for refugees and survivors of torture including a mobile mental health application. *Torture Journal, 31*(2), 110—125. https://doi.org/10.7146/torture.v31i2.121222
34. Graham-Kevan, N., Robinson, S., Lowe, M. (2019). Trauma Characteristics and Posttraumatic Growth: The Mediating Role of Avoidance Coping, Intrusive Thoughts, and Social Support. *Psychological Trauma, 11*(2), 232—238.
35. Hobfoll, S., Watson, P., Bell, C. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry, 7,* 221—242. https://doi.org/10.1176/foc.7.2.foc221
36. Itzhaky, L., Gelkopf, M., Levin, Y., Stein, J. Y., Solomon, Z. (2017). Psychiatric Reactions to Continuous Traumatic Stress: A Latent Profile Analysis of Two Israeli Samples. *Journal of Anxiety Disorders, 51*, 94—100. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.006
37. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E.J., Cardoso, G., Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(5), e1353383. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383
38. Kira, I., Alhuwailah, A., Shuwiekh, H. (2024). Chronic and acute stressors in continuous traumatic stress: critique and new evidence. Preprint. https://doi.org/10.20944/preprints202411.0401.v1
39. Memarzia, J., Lofthouse, K., Dalgleish, T., Boyle, A., McKinnon, A., Dixon, C., Smith, P., Meiser-Stedman, R. (2024). Predictive Models of Post-traumatic Stress Disorder, Complex Post-traumatic Stress Disorder, Depression, and Anxiety in Children and Adolescents Following a Single Event Trauma. *Psychological Medicine, 54,* 1—10. https://doi.org/10.1017/S0033291724001648
40. Stevens, G., Eagle, G., Kaminer, D., Higson-Smith, C. (2013). Continuous traumatic stress: conceptual conversations in contexts of global conflict, violence, and trauma. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 19*(2), 75—84. https://doi.org/10.1037/a0032484
41. Straker, G. (2013). Continuous traumatic stress: personal reflections 25 years on. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 19*(2), 209—217. https://doi.org/10.1037/a0032532
42. Wilkinson, S., Dodgson, G., Meares, K. (2017). Predictive processing and the varieties of psychological trauma. *Frontiers in Psychology, 8*, article nuber 1840. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01840
43. Wolkinson, J.T., Weinberg, M. (2023). Coping with Trauma: The Relationship Between Religiosity, Spirituality, and Post-traumatic Symptoms Among Civilians Exposed to Ongoing Rocket-fire. *International Journal of Mental Health Promotion, 25*(10), 1137—1145. https://doi.org/10.32604/ijmhp.2023.029641

Информация об авторах
Ирина Владимировна Киселёва, доцент кафедры общей психологии, научный сотрудник научной темы «Система психологического сопровождения личности, пострадавшей от психотравмирующей ситуации в Донецкой Народной Республике», Донецкий государственный университет (ФГБОУ ВО ДонГУ), Донецк, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1750-9367, e-mail: i.kiseleva.dongu@mail.ru

Information about the authors
Irina V. Kiseleva, associate professor at the Department of General Psychology, researcher on the scientific issue "The system of psychological support for a person affected by a traumatic situation in the Donetsk People's Republic", Donetsk State University, Donetsk, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1750-9367, e-mail: i.kiseleva.dongu@mail.ru

Конфликт интересов
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest
The author declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию 07.12.2025 — Received 2025.12.07
Поступила после рецензирования 11.05.2026 — Revised 2026.05.11
Принята к публикации 10.07.2026 — Accepted 2026.07.10
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30

Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 28—46.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340302
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 28—46.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340302
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

Научная статья | Original paper

От интрузии к галлюцинации: интегративная психологическая модель трансформации травматической памяти при ПТСР

О.А. Сагалакова ✉, **Д.В. Труевцев**
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация
✉ olgasagalakova@mail.ru

Резюме

Контекст и актуальность. ПТСР сопровождается не только интрузиями и флешбэками, но и мультимодальными галлюцинациями, ранее трактуемыми как проявление коморбидного психоза, что препятствовало построению целостной модели, связывающей галлюцинации с механизмами травматической памяти. **Цель.** Сформулировать интегративную модель перехода от интрузий к галлюцинациям при ПТСР и ее специфику при боевой травме. **Методы и материалы.** Теоретический синтез исследований травматической памяти и нейро-метакогнитивных коррелятов перцептивной декомпенсации. **Результаты.** Предложена каскадная модель — движение от интрузии к галлюцинации как фазовые переходы, движимые дезинтеграцией памяти, диссоциацией, метакогнитивной дисрегуляцией и доминированием травматических априорных ожиданий над сенсорными данными; боевая травма катализирует мультимодальность через кумулятивность и моральный диссонанс. **Выводы.** Галлюцинации — вершина континуума повторного переживания, переходящего в дисконтинуум (диссоциативный регистр). Каскадная модель объединяет нейрокогнитивный и психологический уровни анализа галлюцинаторного опыта и задает карту терапевтических мишеней для каждой фазы перехода.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, боевая травма, интрузии, мультимодальные галлюцинации, травматическая память, диссоциация, предиктивное кодирование, фазовый переход, культурно-исторический подход

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках научного проекта № 24-28-01847, https://rscf.ru/project/24-28-01847/

© Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., 2026

CC BY-NC

Для цитирования: Сагалакова, О.А., Труевцев, Д.В. (2026). От интрузии к галлюцинации: интегративная психологическая модель трансформации травматической памяти при ПТСР. *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 28—46. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340302

From intrusion to hallucination: an integrative psychological model of traumatic memory transformation in PTSD

O.A. Sagalakova ✉, **D.V. Truevtsev**
Moscow State University of Psychology & Education,
Moscow, Russian Federation
✉ olgasagalakova@mail.ru

Abstract

Context and relevance. PTSD involves not only intrusions and flashbacks but also multimodal hallucinations, previously read as a manifestation of comorbid psychosis, which hindered the development of a unified model linking hallucinations to traumatic memory mechanisms. **Objective.** To formulate an integrative model of the intrusion-to-hallucination transition in PTSD and its specificity in combat trauma. **Methods and Materials.** A theoretical synthesis of research on traumatic memory and neuro-metacognitive correlates of perceptual decompensation. **Results.** A cascade model is proposed: the intrusion-to-hallucination pathway as phase transitions driven by traumatic memory disintegration, dissociation, metacognitive dysregulation, and dominance of traumatic priors over sensory input; combat trauma catalyzes multimodality via cumulative exposure and moral dissonance. **Conclusions.** Hallucinations are the peak of the re-experiencing continuum, transitioning into a discontinuum (a dissociative register). The cascade model integrates neurocognitive and psychological levels of analysis of hallucinatory experience and provides a phase-specific map of therapeutic targets.

Keywords: post-traumatic stress disorder, combat trauma, intrusions, multimodal hallucinations, traumatic memory, dissociation, predictive coding, phase transition, cultural-historical approach

Funding. The study was supported by the Russian Science Foundation, project number 24-28-01847, https://rscf.ru/en/project/24-28-01847/

For citation: Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V. (2026). From intrusion to hallucination: an integrative psychological model of traumatic memory transformation in PTSD. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 28—46. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2026340302

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) остается одной из актуальных проблем клинической психологии. Его центральный симптом — повторное переживание травмы в виде непроизвольных интрузий. Однако у части пациентов, особенно при тяжелых, комплексных формах, симптоматика эскалирует до сложных измененных перцептивных феноменов, включая мультимодальные галлюцинации (МГ) (Toh et al., 2025). Долгое время их трактовали как признак коморбидного психоза, а грань между тяжелым ПТСР и психозом оставалась размытой.

Центральная научная проблема состоит в разрыве между исследованиями механизмов интрузивной памяти и представлениями об этиологии галлюцинаций при ПТСР, вследствие чего спорным остается вопрос, являются ли галлюцинации маркером психотического процесса или поздней фазой континуума травматического опыта (Longden, Madill, 2010; Perona-Garcelán et al., 2016). В пользу континуальной трактовки свидетельствуют данные, полученные без априорной гипотезы: машинное обучение на UK Biobank выявило травматический опыт среди факторов, связанных со слуховыми вербальными галлюцинациями — как при диагностированном психозе, так и в общей популяции (Ostojic et al., 2026). Современные обзоры отмечают дефицит моделей, обобщающих механизмы формирования МГ, а также лонгитюдных данных и протоколов терапии (Montagnese et al., 2021), а роль диссоциации за пределами слуховой модальности остается малоизученной (Dudley et al., 2024). Обсуждение осложняется отсутствием общепринятого определения галлюцинации, размытостью ее границ с иллюзиями, внутренней речью и мысленными образами, зависимостью от самоотчетов и дилеммой между экспериментальным контролем и экологической валидностью (Сагалакова, Труевцев, 2026).

Ведущие теории травматической памяти и восприятия — от когнитивных моделей ПТСР (Brewin, 2011; Ehlers, Clark, 2000) до концепции предиктивного кодирования (Adams et al., 2013) — показывают, как травма формирует стойкие ожидания угрозы, достраивающие реальность до галлюцинации; интрузивные процессы связывают с комплексным ПТСР (кПТСР) и моральной травмой (Ben-Ezra et al., 2024; Litz et al., 2009). Культурно-исторический подход (КИП) Л.С. Выготского применяется к клиническим феноменам как социально обусловленным процессам (Холмогорова, 2015), включая галлюцинации (Fernyhough, 2019; Сагалакова, Труевцев, 2026), а теория сложных динамических систем открывает перспективу для осмысления нелинейных процессов психики (Benight, Shoji, Delahanty, 2017; Collerton et al., 2023; McGovern et al., 2022).

Цель работы — предложить интегративную модель движения от интрузий к МГ при ПТСР как каскада фазовых переходов и проанализировать детерминанты этого процесса при боевой травме. Работа выполнена в форме теоретического (нарративного) синтеза: поиск проведен в Scopus, Web of Science, PubMed, Google Scholar и РИНЦ (2010—2026 гг., с акцентом на последние пять лет), включались рецензируемые эмпирические и теоретические работы, метаанализы и классические источники, задающие теоретическую рамку.

Феноменологический континуум: от интрузии к мультимодальной галлюцинации

Переход от навязчивого воспоминания к галлюцинаторному переживанию — движение по континууму с нарастающей интенсивностью, диссоциацией и утратой связи с реальностью. Повторное переживание начинается с интрузии — эгодистонного сенсорного вторжения фрагментов травматического опыта, лишенного нарративной структуры. В когнитивных моделях (Brewin, 2011; Ehlers, Clark, 2000) интрузия трактуется как неконтролируемая активация ситуационнодоступной памяти (SAM), чем объясняются ее яркость, фрагментарность и дефицит интеграции в автобиографический контекст.

Деконтекстуализация порождает эффект «здесь и сейчас»: перцептивные компоненты доминируют, память теряет временные и смысловые якоря. Понимание сенсорной природы интрузий обосновывает экстренные стратегии — визуально-пространственные вмешательства, подобные задаче на интерференцию, снижающие их интенсивность (Ehlers, Clark, 2000; Morrison, Frame, Larkin, 2003).

Апогеем деконтекстуализации становится флешбэк — качественный скачок, когда травматический эпизод проживается не как воспоминание, а как настоящее. Диссоциация обеспечивает сенсорное погружение, размывая границу «тогда и сейчас» и подавляя нарративный контроль. На нейроуровне это проявляется гиперактивацией миндалины, снижением активности медиальных отделов префронтальной коры (ПФК), связанных с самосознанием, функциональным разобщением структур вербализации и осмысления, а также перестройкой сетей покоя (Fenster et al., 2018). При боевом ПТСР флешбэки отличаются исключительной яркостью и мультисенсорностью: звуки, запахи и кинестетические ощущения имитируют боевую ситуацию. Их глубина и модальность определяются ха-

рактером ассоциативной памяти и уровнем диссоциации (Liu et al., 2025; Montagnese et al., 2021). Итогом становится рассогласование сенсорных и управляющих систем, создающее основу для финального шага каскада.

Крайней точкой континуума становится галлюцинация — нарушение мониторинга источника, при котором травматические воспоминания, сохраняя сенсорную составляющую, ошибочно принимаются за актуальное перцептивное переживание (Perona-Garcelán et al., 2016). Травматический опыт ассоциирован с галлюцинаторными переживаниями, особенно при кПТСР (Ostojic et al., 2026; Ben-Ezra et al., 2024). Галлюцинации не просто воспроизводят травматическую информацию, а формируются интеграцией травматических воспоминаний с актуальным восприятием, где травматическая схема определяет интерпретацию сенсорных данных (O'Connell et al., 2026). В русле движения «Слышащие голоса» галлюцинация понимается как диссоциативная манифестация отчужденных компонентов личности, связанных с травмой (Longden, Madill, 2010).

Мультимодальные галлюцинации — переживания, вовлекающие несколько сенсорных каналов, — служат маркером сложных форм боевого ПТСР, нередко с морально-травматическим компонентом (Litz et al., 2009; Montagnese et al., 2021). Они — результат активной реконструкции опыта. У бывших военнопленных сенсорные следы травмы включают и фрагменты непосредственной сенсорной памяти, и результаты последующего когнитивного осмысления (Crompton, Lahav, Solomon, 2017). При ПТСР распространены галлюцинации в двух и более модальностях, интрузивные по характеру и прямо или тематически связанные с травмой — по темам унижения, вины и угрозы (Dudley et al., 2024). Тип травмы связан со специфической модальностью галлюцинаторного переживания, причем значение имеет травматизация, пережитая как в детском, так и во взрослом возрасте (Bere et al., 2026). Вовлечение нескольких каналов усиливает переживание, но не всегда означает худший прогноз — конгруэнтная мультимодальность дает больше «точек входа» для интеграции опыта и может предсказывать лучший ответ на терапию (Hayward et al., 2024).

Трансдиагностический обзор измененных перцептивных переживаний показал их общность для психотических, аффективных, тревожных и диссоциативных расстройств, что смещает акцент с категории «галлюцинация» на континуум перцептивного опыта (Toh et al., 2025). Отечественная патопсихология, базируясь на положениях КИП, пришла к отказу от категориальной границы значительно раньше, еще в середине XX века — в экспериментах С.Я. Рубинштейн галлюцинации воспроизводились предъявлением едва различимых звуков при установке на напряженное прислушивание, а

их содержание определялось личным опытом слушающего. Отсюда вывод, что галлюцинация есть искаженное восприятие слабого раздражителя без принципиальной границы с иллюзией (Рубинштейн, 2016). При ПТСР такие галлюцинации отличаются высокой сенсорной яркостью, искажением мониторинга источника и переживанием происходящего как актуального.

Травматическая память и метакогнитивно-аттенционный цикл

Описанная феноменология требует объяснения на уровне механизмов. Далее термин «память» без уточнений обозначает травматическую память как специфическую систему организации опыта. Основу патологической реконструкции опыта составляют особенности организации памяти — ее фрагментарность и деконтекстуализация. Теория двойной репрезентации (Brewin, 2011) объясняет это разделением на вербально доступную (VAM) и ситуационно доступную (SAM) память; при ПТСР доминирование неинтегрированной SAM провоцирует вторжение сенсорных следов, лишенных автобиографического контекста. Фрагментарность следа задается уже на этапе кодирования — перитравматическая диссоциация препятствует интеграции опыта в нарративную память. Далее диссоциация участвует в каскаде в ином статусе — как фазовый переход при исчерпании метакогнитивного контроля и как устойчивый режим отстранения. Патологический цикл запускают особенности травматической памяти и негативные интерпретации травмы («мир опасен», «я стал хуже»), создающие ощущение текущей угрозы (Ehlers, Clark, 2000).

На этом фундаменте метакогнитивные и аттенционные механизмы формируют самоподдерживающийся круг. Ведущий элемент этого круга — когнитивно-аттенционный синдром (CAS), универсальный стиль персеверативной негативной обработки информации, включающий беспокойство, руминации, мониторинг угрозы и неадаптивные стратегии совладания (избегание, подавление мыслей) (Wells, 2019). В логике теории контроля внимания цикл усугубляется смещением аттенционного контроля — тревога переводит психику в режим поиска угрозы, и восходящая (bottom-up) система перехватывает приоритет, забирая ресурсы у нисходящей (top-down) системы когнитивного контроля (Eysenck et al., 2023). Взаимодействие двустороннее — смещение приоритета питает руминации, а они, истощая ресурсы контроля, закрепляют это смещение.

При перехвате когнитивных ресурсов активируются два механизма. Сначала — мозг достраивает обрывочный сенсорный сигнал до целостно-

го травматического образа (завершение паттерна; Montagnese et al., 2021), затем — сгенерированный памятью опыт проецируется вовне и переживается как реальный стимул из-за дефицита мониторинга источника (ошибочная атрибуция источника; Fernyhough, 2019; Morrison, Frame, Larkin, 2003). В рамках модели патогенным считается не ослабление способности тормозить нерелевантные мысли и стимулы, а обращение к подавлению как метакогнитивной стратегии, усиливающей навязчивость подавляемых образов и истощающей управляющие функции. Галлюцинация при ПТСР оказывается результатом (мета)когнитивного каскада, в котором особенности травматической памяти, смещение аттенционного контроля и ригидный цикл CAS позволяют фрагментам воспоминания достроиться до целостного образа и спроецироваться во внешнюю реальность.

Нейронная реализация этого каскада — устойчивая дисрегуляция фронто-лимбической сети, где конкурируют нисходящая система, управляемая ПФК, и восходящая, основную роль в которой играет миндалина. В классическом варианте ПТСР контур «застревает» в режиме перманентной угрозы. Гиперактивная миндалина генерирует сигнал опасности, выступая субстратом сверхточных априорных ожиданий угрозы; дисфункциональный гиппокамп не привязывает воспоминание к прошлому; гипоактивная вентромедиальная ПФК не подавляет сигнал миндалины, не в силах «успокоить» ее анализом контекста (Fenster et al., 2018). При ПТСР меняется сам знак взаимодействия миндалины с дорсальной передней поясной корой (dACC), центром мониторинга конфликтов и ошибок. Их эффективная связность становится положительной там, где у травмированных лиц без ПТСР она отрицательна (Li et al., 2021). Эта связка может лежать в основе мониторинга угрозы как компонента CAS.

При диссоциативном варианте ПТСР динамика меняется, что согласуется с идеей фазового перехода в иной режим работы. Наблюдается гиперактивность медиальных отделов ПФК, отражающая эмоциональную сверхмодуляцию — экстренную попытку нисходящей системы полностью подавить лимбическую активность (Lanius et al., 2010). Ценой избыточного тормозного контроля становится «отключение» от эмоций и телесных ощущений — деперсонализация и дереализация.

Диссоциация и коллапс агентности

Если описанные когнитивные процессы закладывают основу патологического цикла, то диссоциация является его качественным, эска-

лирующим итогом — фундаментальной перестройкой режима работы психики в ответ на когнитивную перегрузку. Перегрузка возникает из несоответствия — психика применяет сознательные метакогнитивные стратегии контроля к опыту, закодированному на сенсорном уровне. Неэффективные попытки контролировать непроизвольно вторгающийся опыт истощают управляющие функции и парадоксальным образом усиливают яркость и частоту интрузий, поддерживая ретравматизацию (Сагалакова, Труевцев, 2026). Метаанализ подтверждает, что диссоциация служит медиатором между травматическим воздействием и спектром посттравматически-психотических симптомов (Liu et al., 2025).

Когда система достигает предела способности к интеграции и контролю, срабатывает «переключатель» и психика переходит от режима гипервовлеченности (мучительной самофокусировки и руминаций) к режиму отстранения — диссоциации. Этот процесс объясняет теория сдвига саморегуляции, описывающая смену адаптивного совладания декомпенсацией как катастрофический скачок между двумя состояниями-аттракторами (Benight, Shoji, Delahanty, 2017). Переход протективен, но платой становится еще более глубокая дезинтеграция структуры самосознания.

Дезинтеграция разворачивается двояко. Во-первых, происходит фрагментация аспектов личности, перестающих быть интегрированными (структурная диссоциация, по E. Nijenhuis) — «отчужденные» части опыта становятся источником внутреннего диалога, который в условиях диссоциации воспринимается как внешний голос. Во-вторых, нарушаются метакогнитивные процессы — деперсонализация как утрата чувства агентности и абсорбция как патологическое погружение во внутренние переживания (Perona-Garcelán et al., 2016). Нарушение самосознания предсказывает дефицит мониторинга источника — если опыт не ощущается «моим», он атрибутируется внешнему миру.

По существу, речь идет о переходе от аналитической гипервовлеченности (CAS), где Я мучительно пытается осмыслить опыт, к перцептивному погружению (абсорбции), при котором границы Я растворяются и человек перестает думать о травме, а начинает ее видеть, слышать и чувствовать. Диссоциация оказывается динамическим процессом экзистенциальной дезинтеграции, запущенным когнитивной перегрузкой. Фрагментированный внутренний мир, лишенный чувства «своего», воспринимается из внешней перспективы.

Сама по себе диссоциация необходима, но недостаточна для галлюцинации. Чтобы внутренний опыт был воспринят как внешний, требуется сбой самомониторинга. У части пациентов он проявляется сни-

жением амплитуды негативности, связанной с ошибкой (error-related negativity, ERN). ERN генерируется в ответ на несоответствие между ожиданием и результатом действия и избыточно растет при тревоге, тогда как по мере усиления травматической диссоциации и психотических феноменов ее амплитуда снижается (Eysenck et al., 2023; Сагалакова и др., 2024).

Этот дефицит ведет к ошибочной атрибуции источника. Внутренняя речь и сгенерированные памятью образы не распознаются как порожденные Я и превращаются во внешний голос или мультимодальную галлюцинацию. Дефицит ERN — не только индикатор симптома, но и трансдиагностический биомаркер нарушения чувства агентности на базовом уровне обработки информации, хотя и не универсальный маркер.

Предиктивный дисбаланс, сетевой распад и патологический аттрактор

Чтобы описать каскад как единый процесс, когнитивные механизмы объединяются в рамках вычислительного подхода, отвечающего постнеклассическому типу рациональности, который, по В.С. Стёпину, ориентирован на сложные саморазвивающиеся «человекоразмерные» системы, к которым относится и переживающая травму психика. В основе подхода — представление о психике как активной самоорганизующейся системе, минимизирующей неопределенность. Предиктивное кодирование объясняет, как травма формирует сверхточные априорные ожидания угрозы, доминирующие над реальностью из-за нарушенного «взвешивания» их точности (Adams et al., 2013). Искажение восприятия подпорогового стимула было описано в отечественной патопсихологии задолго до предиктивного кодирования (Рубинштейн, 2016). S. Lyndon и P.R. Corlett (2020) интегрировали эту теорию в модель ПТСР, а Z.P. Pierce и J.M. Black (2024) предложили иерархическую концепцию, где нарушение баланса между уровнями обработки сенсорной информации и ожиданиями порождает устойчивые травматические феномены, включая галлюцинации.

Нейронный коррелят дисбаланса — доминирование нисходящих потоков над восходящими: несущая сверхточные ожидания активация из ПФК преобладает над реальными сенсорными данными, и человек «видит» и «слышит» не столько происходящее, сколько ожидаемое (Lyndon, Corlett, 2020). Теория дефицита корольларных разрядов уточняет меха-

низм — если при формировании внутренней речи мозг не отправляет предсказывающий сигнал в слуховую кору, собственная мысль воспринимается как неожиданный внешний стимул (Fernyhough, 2019). При высокой неопределенности среды вес априорных ожиданий патологически усиливается, и психика перестает обновлять модель даже при поступлении противоречивых данных (Adams et al., 2013). Нейровизуализация фиксирует у пациентов с галлюцинациями усиление нисходящей активации из ПФК при менее информативных восходящих сигналах; ПФК не просто утрачивает контроль над внутренними импульсами, но может активно способствовать формированию патологических сетевых динамик (Hugdahl, Aleman, 2025).

Устойчивость галлюцинаций объясняется на нескольких уровнях. Теория циркулярного вывода описывает реверберацию сигнала в рекуррентных цепях, когда нисходящий прогноз подтверждает сам себя, не допуская коррекции из-за снижения веса восходящего потока (Leptourgos et al., 2022). На микроуровне дисбаланс обусловлен ослаблением слой-специфичного торможения (нарушение баланса ГАМК и глутамата), ограничивающего в норме распространение патологической нисходящей активности (Montagnese et al., 2021). Многоканальный и хронический характер боевой травмы усиливает декомпенсацию — «перцептивное смещение» захватывает несколько сенсорных модальностей.

Наиболее общий уровень патологии — распад согласованной работы крупных сетей, формирующих чувство Я и его связь с миром. При ПТСР, особенно комплексном, наблюдается дискоординация сети пассивного режима (DMN; саморефлексия и автобиографическая память), сети значимости (SAL; распределение внимания между внутренним и внешним) и центральной исполнительной сети (CEN; когнитивный контроль). Нейровизуализация фиксирует дисконнективность внутри этих сетей и нарушение гибкого переключения между ними (Fenster et al., 2018; Lanius et al., 2010). Специфичным оказывается не столько глобальное снижение связности, сколько запаздывание синхронизации дорсальной аттенционной сети (DAN) с эндогенными флуктуациями внимания (задержка проактивного аттенционного контроля); у ветеранов симптоматика избирательно связана со снижением способности к устойчивому вниманию, но не с импульсивностью реагирования (Evans et al., 2022). Так формируется патологический аттрактор — система «застревает» в режиме ригидной самофокусировки, а затем, истощившись, переходит к диссоциативному отстранению, проецируя внутреннее содержание вовне.

Боевая травма: детерминанты и феноменология перцептивной декомпенсации

Описанный каскад универсален в случае ПТСР, однако боевой опыт обладает характеристиками, катализирующими переход от интрузий к МГ. Эти характеристики можно свести к четырем группам.

1. Кумулятивность, мультисенсорность и пролонгированность. Боевая травма обычно повторяется и затягивается, приводя к системному истощению регуляции (Fenster et al., 2018). Одновременное участие зрительных, слуховых и соматических каналов формирует интермодальный след, усиливающий завершение паттерна — каждый триггер легко достраивается до галлюцинаторной сцены (Brewin, 2011; Dudley et al., 2024; Montagnese et al., 2021).

2. Тотальность. Травма поражает психику и тело на всех уровнях — физическом, сенсорном, эмоциональном, когнитивном, социальном и экзистенциальном, лишая возможности обезопасить хотя бы одну сферу внутреннего опыта. Формируется след памяти, в котором интрузии, флешбэки и галлюцинации воспроизводят целостные сцены пережитого.

3. Агентность, моральная травма и социальный контекст. В боевых ситуациях субъект активно вовлечен в происходящее, а не пассивен, что способствует моральному диссонансу — нарушению базовых убеждений, чувству вины и экзистенциальному кризису; утрата сплоченности с группой и конфликт доверия становятся дополнительными факторами уязвимости (Litz et al., 2009).

4. Нервное истощение и гипербдительность. Хронический стресс, бессонница и избыток кортизола подрывают функции ПФК, ослабляя нисходящий контроль (Fenster et al., 2018). Психика переходит в режим настороженного ожидания угрозы, интерпретируя нейтральные сигналы как опасность, что делает систему уязвимой к диссоциативным и галлюцинаторным переходам. Совокупное действие тотальной сенсорной памяти, морального диссонанса и нейронного истощения объясняет распространенность тяжелых мультимодальных форм перцептивной декомпенсации при боевой травме.

Эти детерминанты формируют и специфическую феноменологию. Гражданская монотравма чаще связана с ограниченным сенсорным опытом, тогда как мультисенсорность и кумулятивность боевого опыта, согласно модели, повышают риск мультимодальных, конгруэнтных галлюцинаций: связь числа сенсорных модальностей с тяжестью симптоматики ПТСР подтверждена эмпирически (Dudley et al., 2024). Моральная травма и опыт собственных действий в бою повышают риск кПТСР, при

котором нарушения саморегуляции и моральные руминации становятся смысловым ядром переживаний, а слуховые галлюцинации распространены и тесно связаны с диссоциацией (Cheung et al., 2025).

В русле КИП галлюцинации концептуализируются как «повторно развернутая» внутренняя речь (Fernyhough, 2019), поэтому различия между типами голосов осмысляются как воплощение интериоризированных паттернов межличностных отношений, связанных с социальным контекстом травмы. Это проявляется в содержании галлюцинаций, дифференцируемых на два подтипа (Cioroboiu et al., 2025): голоса внутренней речи (ISV) — самоатакующий внутренний диалог, связанный с риском депрессии и суицидальности, и голоса гипербдительности (HV) — диалог с угрожающим «другим», связанный с паранойей. При боевой моральной травме галлюцинаторные переживания соответствуют этой классификации, включая описанные клинические риски, но дополнительно приобретают мультимодальный характер.

Интегративная каскадная модель перцептивной декомпенсации

Синтез данных позволяет выдвинуть интегративную модель, прослеживающую переход интрузий в МГ как нелинейный каскад — от деконтекстуализации памяти (интрузия) через диссоциативные фазовые переходы (флешбэк) к «сцене-максимуму» (галлюцинация). Она отвечает требованию единой рамки анализа (Collerton et al., 2023), но, в отличие от других моделей, интегрирует феноменологию, когнитивные механизмы и вычислительные принципы, не упуская содержания травматического опыта.

Концептуально модель опирается на системно-динамический подход к психопатологии, поскольку классические факторные модели позволяют выявлять группы риска, но не объясняют момент качественной смены режима. Переход «интрузия — флешбэк — галлюцинация» рассматривается как нелинейный процесс, в котором накопление аффективно-когнитивного напряжения приводит к фазовому переходу в точках бифуркации (Сагалакова, Труевцев, 2026). Модель предполагает, что катализаторами переходов выступают не только сбои управляющих функций, но и диссоциация, и моральные руминации. Первый скачок (от интрузии к флешбэку) происходит, когда аффект превышает возможности управляющих функций, а диссоциация выступает переключателем. Второй (от флешбэка к галлюцинации) — переход от пассивного перепроживания к активному конструированию реальности, при кото-

ром система, минимизируя неопределенность, обращается к активному выводу (*active inference*) и сама порождает перцептивный опыт.

Ядро каскада — иерархия самоподдерживающихся петель обратной связи, от метакогнитивных циклов (руминация, мониторинг угрозы) до реверберации в нейронных цепях. Петли накапливают напряжение для фазового перехода, а затем стабилизируют систему в патологическом аттракторе. В результате любой громкий звук попадает в аттрактор «опасность», достраивается до полноценного флешбэка, и система не может выйти из цикла. Отсюда и методологическое следствие — анализировать нужно не отдельные факторы риска, а траекторию обратных связей.

На нейрокогнитивном уровне цикл запускается дефицитом разделения паттернов в гиппокампе — любой триггер ошибочно классифицируется как угроза, и за этим следует уже описанное завершение паттерна (Collerton et al., 2023). Каждый эпизод углубляет аттрактор, сужая репертуар доступных системе состояний. Патогенным механизм становится преимущественно при участии диссоциации, которая подавляет управляющие функции, создает отчужденные состояния личности и реорганизует опыт в галлюцинации (Montagnese et al., 2021).

Содержание цикла определяется метакогнитивными процессами. Самофокусировка, подавление и моральная руминация превращают интрузию в обвиняющий внутренний диалог, который при диссоциации становится голосом или образом, мониторинг угрозы порождает гипербдительность, а коллапс агентности позволяет тревожным ожиданиям проявиться как галлюцинаторные феномены. В вычислительных терминах цикл объясняется принципом свободной энергии — система «застревает» в аттракторе, а галлюцинация становится актом активного вывода, фиксирующего модель «опасного мира» (McGovern et al., 2022).

Тем самым феномен переосмысляется — не как универсальный дефицит мониторинга, а как каскадный процесс, опосредованный диссоциацией. Понимание МГ как измененных перцептивных переживаний расширяет спектр терапевтических мишеней. Модель продолжает движение от «технических» объяснений галлюцинаций к интегративному подходу, в котором сам феномен оказывается следствием экстернализации полифоничного внутреннего мира, сформированного социальной и травматической историей, и несет лично осмысленное сообщение отчужденного опыта (Fernyhough, 2019; Longden, Madill, 2010; Toh et al., 2025).

Культурно-историческое основание модели не является декларативным. Понимание галлюцинации как «повторно развернутой» внутренней речи опирается на идею интериоризации Л.С. Выготского

(Fernyhough, 2019), а отечественная патопсихология, показавшая обусловленность галлюцинаторного образа активной деятельностью личности, значимостью раздражителя и условиями восприятия, выросла из школы Л.С. Выготского — А.Н. Леонтьева — А.Р. Лурии (Рубинштейн, 2016; Сагалакова, Труевцев, 2026). Существенно, что личность и система мотивов здесь не модулируют готовое восприятие извне, а конституируют его, выступая источником и основанием всякой деятельности, в том числе перцептивной. Поэтому предлагаемая модель не прикладывает вычислительные понятия к КИП, а обнаруживает их схождение, что открывает перспективы для осмысления природы галлюцинаций.

Клинические следствия

Клинически модель задает фазовую карту мишеней: фаза интрузии — переработка и реконтекстуализация воспоминаний; фаза флешбэка — стабилизация диссоциации и аффекта; фаза галлюцинации — ценностная и диалоговая работа с ее содержанием (Toh et al., 2025). Ведущую роль играют транскаскадные интервенции на метакогнитивные процессы и управляющие функции.

Заключение

Галлюцинации при ПТСР переосмысляются не как признак коморбидного психоза, а как вершина континуума повторного переживания и вместе с тем качественный скачок за его пределы (дисконтинуум) — диссоциативный феномен, в котором отчужденный травматический опыт экстернализуется и обретает голос. Каскадная модель интегрирует когнитивный, вычислительный и динамический уровни и служит основой фазово-специфичной терапии.

Модель предлагает верифицируемые гипотезы: дефицит разделения паттернов травматических воспоминаний сильнее предсказывает переход от интрузий к флешбэкам, чем уровень руминаций; моральные руминации при боевом ПТСР специфически предсказывают «самоатакующие», но не «гипербдительные» галлюцинации; эффект терапии управляющих функций опосредуется снижением диссоциации. Первый шаг эмпирической верификации каскада сделан на материале межличностной травмы, где выявлены три пути формирования мультимодаль-

ных галлюцинаций — «двойной» (диссоциация и подавление), «когнитивный» (подавление) и «соматический» (диссоциация) — и показано, что диссоциация опосредует связь травмы с суицидальным поведением (Сагалакова, Труевцев, 2026). Главное ограничение — преобладание теоретического анализа; полная проверка фазовых переходов требует продольных наблюдений и вычислительного моделирования.

Список источников / References

1. Рубинштейн, С.Я. (2016). О рефлекторной природе галлюцинаций. В: Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина (Ред.), *Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)* (с. 17—25). М.: Сам Полиграфист. (Впервые опубликовано в 1957 г.).
   Rubinstein, S.Ya. (2016). On the reflex nature of hallucinations. In: N.V. Zvereva, I.F. Roshchina (Eds.), *Diagnostics in medical (clinical) psychology: Traditions and outlook* (pp. 17—25). Moscow: Sam Poligrafist. (In Russ.). (Original work published 1957).
2. Сагалакова, О.А., Труевцев, Д.В., Жирнова, О.В., Сагалаков, А.М. (2024). Негативность, связанная с ошибкой: динамика нейрокогнитивного маркера чувствительности к несоответствию в решениях при психических расстройствах. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология, 14*(3), 485—497. https://doi.org/10.21638/spbu16.2024.305
   Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V., Zhirnova, O.V., Sagalakov, A.M. (2024). Error-related negativity: Dynamics of the neurocognitive marker of sensitivity to mismatch in decisions in mental disorders. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology, 14*(3), 485—497. (In Russ.). https://doi.org/10.21638/spbu16.2024.305
3. Сагалакова, О.А., Труевцев, Д.В. (2026). Мультимодальные образы и «голос» межличностной травмы: диссоциативно-когнитивные механизмы в динамике формирования галлюцинаций и суицидального риска. *Неврологический вестник, 58*(2), 154—168. https://doi.org/10.17816/nb696961
   Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V. (2026). Multimodal imagery and the «voice» of interpersonal trauma: Dissociative-cognitive mechanisms in the dynamics of hallucinations and suicide risk. *Neurology Bulletin, 58*(2), 154—168. (In Russ.). https://doi.org/10.17816/nb696961
4. Холмогорова, А.Б. (2015). Роль идей Л.С. Выготского для становления парадигмы социального познания в современной психологии: обзор зарубежных исследований и обсуждение перспектив. *Культурно-историческая психология*, *11*(3), 25—43. https://doi.org/10.17759/chp.2015110304
   Kholmogorova, A.B. (2015). The role of L.S. Vygotsky's ideas in the development of the social cognition paradigm in contemporary psychology: A review of international research and discussion of prospects. *Cultural-Historical Psychology, 11*(3), 25—43. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/chp.2015110304

5. Adams, R.A., Stephan, K.E., Brown, H.R., Frith, C.D., Friston, K.J. (2013). The computational anatomy of psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, *4*, Article 47. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00047
6. Ben-Ezra, M., Bachem, R., Hamama-Raz, Y., Levin, Y. (2024). The relationship between specific auditory hallucinations and acute PTSD vs. complex PTSD following direct and indirect exposure to the October 7 events in Israel. *Journal of Psychiatric Research*, *179*, 21—25. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.08.039
7. Benight, C.C., Shoji, K., Delahanty, D.L. (2017). Self-Regulation Shift Theory: A dynamic systems approach to traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress, 30*(4), 333—342. https://doi.org/10.1002/jts.22208
8. Bere, M., Rossell, S.L., Meyer, D., Nicholls, J.D., Halperin, S., Toh, W.L. (2026). Trauma and hallucinations across the sensory modalities: The importance of considering experiences in childhood and adulthood. *Schizophrenia Research, 289*, 71—78. https://doi.org/10.1016/j.schres.2026.01.009
9. Brewin, C.R. (2011). The nature and significance of memory disturbance in PTSD. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 203—227. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104544
10. Cheung, C.T.Y., Huang, C.H.O., Geng, F., Chau, A.K.C., Yuan, G.F., Liu, C., Wong, J.Y., Fung, H.W. (2025). Auditory verbal hallucinations among intervention seekers with and without complex PTSD: Prevalence and relationship with dissociative symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, *184*, 405—410. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.03.021
11. Cioroboiu, N., Whittingham, K., Dodgson, G., Fernyhough, C., Alderson-Day, B. (2025). Auditory verbal hallucinations: The ins and outs of subtypes. *Psychiatry Research, 352*, e116696. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116696
12. Collerton, D., Barnes, J., Diederich, N.J., Dudley, R., Ffytche, D., Friston, K., Goetz, C.G., Goldman, J.G., Jardri, R., Kulisevsky, J., Lewis, S.J.G., Nara, S., O'Callaghan, C., Onofrj, M., Pagonabarraga, J., Parr, T., Shine, J.M., Stebbins, G., Taylor, J.P., Tsuda, I., Weil, R.S. (2023). Understanding visual hallucinations: A new synthesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 150*, e105208. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105208
13. Crompton, L., Lahav, Y., Solomon, Z. (2017). Auditory hallucinations and PTSD in ex-POWS. *Journal of Trauma & Dissociation, 18*(5), 663—678. https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1267682
14. Dudley, R., White, S., Miskin, R., Oakes, L., Longden, E., Steel, C., Swan, S., Underwood, R., Peters, E. (2024). Hallucinations across sensory domains in people with post-traumatic stress disorder and psychosis. *Psychiatry Research, 342*, Article 116229. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116229
15. Ehlers, A., Clark, D.M. (2000). A cognitive model of PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319—345. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0
16. Evans, T.C., Rodriguez Alonso, M., Jagger-Rickels, A., Rothlein, D., Zuberer, A., Bernstein, J., Fortier, C.B., Fonda, J.R., Villalon, A., Jorge, R., Milberg, W., McGlinchey, R., DeGutis, J., Esterman, M. (2022). PTSD symptomatology is

selectively associated with impaired sustained attention ability and dorsal attention network synchronization. *NeuroImage: Clinical, 36*, Article 103146. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2022.103146

17. Eysenck, M.W., Moser, J.S., Derakshan, N., Hepsomali, P., Allen, P. (2023). A neurocognitive account of attentional control theory: How does trait anxiety affect the brain's attentional networks? *Cognition and Emotion, 37*(2), 220—237. https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2159936
18. Fenster, R.J., Lebois, L.A.M., Ressler, K.J., Suh, J. (2018). Brain circuit dysfunction in post-traumatic stress disorder: From mouse to man. *Nature Reviews Neuroscience*, *19*(9), 535—551. https://doi.org/10.1038/s41583-018-0039-7
19. Fernyhough, C. (2019). Modality-general and modality-specific processes in hallucinations. *Psychological Medicine, 49*(16), 2639—2645. https://doi.org/10.1017/S0033291719002496
20. Hayward, M., Bibby-Jones, A.M., Thomas, N., Paulik, G., Mutanda, D., Berry, C. (2024). Multi-modal hallucinations across diagnoses: What relationships do they have with voice-related distress? *Schizophrenia Research, 265*, 58—65. https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.04.005
21. Hugdahl, K., Aleman, A. (2025). Role of prefrontal cortex in auditory-verbal hallucinations: Actor or passive bystander? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 176*, Article 106306. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106306
22. Lanius, R.A., Vermetten, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J.D., Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry, 167*(6), 640—647. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168
23. Leptourgos, P., Bouttier, V., Denève, S., Jardri, R. (2022). From hallucinations to synaesthesia: A circular inference account of unimodal and multimodal erroneous percepts in clinical and drug-induced psychosis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *135*, Article 104593. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104593
24. Li, L., Xu, Z., Chen, L., Suo, X., Fu, S., Wang, S., Lui, S., Huang, X., Li, L., Li, S.J., Biswal, B.B., Gong, Q. (2021). Dysconnectivity of the amygdala and dorsal anterior cingulate cortex in drug-naive post-traumatic stress disorder. *European Neuropsychopharmacology*, *52*, 84—93. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.06.010
25. Litz, B.T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W.P., Silva, C., Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, *29*(8), 695—706. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003
26. Liu, J., Tan, C.M., Ho, J.C., Tang, C., Verma, S., Subramaniam, M. (2025). Dissociation as transdiagnostic mediator between trauma exposure and the post-traumatic stress disorder-psychosis symptom spectrum: A structural equation modelling meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 381*, 592—634. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.192
27. Longden, E., Madill, A. (2010). Why hearing voices is dissociative in origin, not psychotic in kind. *Schizophrenia Research*, *117*(2—3), 185—186. https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.234

28. Lyndon, S., Corlett, P.R. (2020). Hallucinations in posttraumatic stress disorder: Insights from predictive coding. *Journal of Abnormal Psychology, 129*(6), 534—543. https://doi.org/10.1037/abn0000531
29. McGovern, H.T., De Foe, A., Biddell, H., Leptourgos, P., Corlett, P., Bandara, K., Hutchinson, B.T. (2022). Learned uncertainty: The free energy principle in anxiety. *Frontiers in Psychology*, *13*, Article 943785. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.943785
30. Montagnese, M., Leptourgos, P., Fernyhough, C., Waters, F., Larøi, F., Jardri, R., McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Dudley, R., Taylor, J. P., Collerton, D., Urwyler, P. (2021). A review of multimodal hallucinations: Categorization, assessment, theoretical perspectives, and clinical recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, *47*(1), 237—248. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa101
31. Morrison, A.P., Frame, L., Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, *42*(4), 331—353. https://doi.org/10.1348/014466503322528892
32. O'Connell, J., Lim, M.H., Kamitsis, I., Peters, W., Bendall, S. (2026). Hallucinations as sensory-perceptual intrusions from traumatic memory: Empirical investigation of a phenomenologically important subgroup. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 18*(3), 485—496. https://doi.org/10.1037/tra0001902
33. Ostojic, D., Quilligan, F., Cannon, D.M., Madden, M.G., Donohoe, G., Morris, D.W. (2026). Machine learning identifies traumatic experiences as being associated with auditory verbal hallucinations in both a non-clinical population and individuals diagnosed with psychosis. *Psychiatry Research, 356*, Article 116854. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116854
34. Perona-Garcelán, S., Bellido-Zanin, G., Rodríguez-Testal, J.F., López-Jiménez, A.M., García-Montes, J.M., Ruiz-Veguilla, M. (2016). The relationship of depersonalization and absorption to hallucinations in psychotic and non-clinical participants. *Psychiatry Research*, *244*, 357—362. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.015
35. Pierce, Z.P., Black, J.M. (2024). The hierarchical predictive coding framework of post-traumatic stress disorder. *Medical Hypotheses*, *188*, Article 111365. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2024.111365
36. Toh, W.L., Richards, S., Fernyhough, C., Longden, E., Moseley, P., Ramachandran, P., Thomas, N., Rossell, S.L. (2025). Hearing voices and other altered perceptual experiences across psychotic, mood, and anxiety disorders: From phenomenology and mechanisms to future directions. *Schizophrenia, 11(*1), Article 121. https://doi.org/10.1038/s41537-025-00673-3
37. Wells, A. (2019). Breaking the cybernetic code: Understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. *Frontiers in Psychology, 10*, Article 2621. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621

Информация об авторах

Ольга Анатольевна Сагалакова, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории экспериментальной патопсихологии, Мо-

сковский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9975-1952, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Дмитрий Владимирович Труевцев, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории экспериментальной патопсихологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4246-2759, e-mail: truevtsev@gmail.com

Information about the authors

Olga A. Sagalakova, PhD (Psychology), Associate Professor, Senior Researcher, Laboratory of Experimental Pathopsychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9975-1952, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Dmitry V. Truevtsev, PhD (Psychology), Associate Professor, Senior Researcher, Laboratory of Experimental Pathopsychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4246-2759, e-mail: truevtsev@gmail.com

Вклад авторов

Сагалакова О.А. — основные идеи и концептуализация исследования; разработка и анализ модели; написание, редактирование рукописи.

Труевцев Д.В. — концептуализация исследования; участие в разработке и анализ модели; написание, редактирование рукописи.

Contribution of the authors

Sagalakova O.A. — core ideas and conceptualization of the study; development and analysis of the model; writing, editing of the manuscript.

Truevtsev D.V. — conceptualization of the study; participation in the development and analysis of the model; writing, editing of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию 16.11.2025 — Received 2025.11.16
Поступила после рецензирования 02.02.2026 — Revised 2026.02.02
Принята к публикации 17.07.2026 — Accepted 2026.07.17
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30

Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 47—69.
https://doi.org/110.17759/cpp.2026340303
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 47—69.
https://doi.org/110.17759/cpp.2026340303
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

Научная статья | Original paper

Искусственный интеллект в психотерапии: обзор эффективности и рисков применения ИИ-чат-ботов

Л.И. Ивахненко[1], **В.А. Максименко**[2] ✉
[1] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Российская Федерация
[2] Российский государственный социальный университет, Москва, Российская Федерация
✉ veramax05@mail.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Активное внедрение искусственного интеллекта (ИИ) в психотерапевтическую практику обусловлено растущей потребностью в эффективных, масштабируемых и доступных инструментах для поддержки пациентов с ментальными нарушениями, включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). **Цель** проведенного литературного обзора — систематизация зарубежных эмпирических исследований эффективности и безопасности ИИ-чат-ботов в психотерапии психических расстройств, включая ПТСР, и работ по этическим аспектам их применения, а тожке ответ на вопрос: могут ли такие системы расширить доступ к психотерапевтической помощи, не снижая ее безопасности и этической приемлемости? **Материалы и методы**. В анализ были включены 25 англоязычных публикаций, оценивающих такие системы с клинической, методологической и этической точек зрения. **Результаты.** Первое направление охватывает данные о терапевтической эффективности ИИ-чат-ботов, используемых как самостоятельный инструмент или в дополнение к очной терапии. Многие исследования фиксируют краткосрочное снижение симптомов депрессии, тревожности и ПТСР, рост вовлеченности пациентов и развитие эмоциональной устойчивости. Наиболее перспективными считаются адаптивные и персонализированные ИИ-системы, а также гибридные модели, сочетающие ИИ и участие специалистов. Второй кластер публикаций акцентирует внимание на ограничениях таких подходов. Отмечаются высокая разнородность исследовательских дизайнов, дефицит данных о долгосрочной эффективности, поверхностный характер диагностического взаимодействия и потенциальная небезопасность в кризис-

© Ивахненко Л.И., Максименко В.А., 2026

CC BY-NC

ных ситуациях. Также поднимаются вопросы конфиденциальности, доверия, границ автономности ИИ и распределения ответственности. **Выводы.** Таким образом, анализ литературы показывает, что ИИ-чат-боты обладают значительным потенциалом в сфере психотерапии, но их применение требует дальнейшей доработки, клинической валидизации и этического регулирования для обеспечения безопасности и эффективности.

Ключевые слова: искусственный интеллект, чат-бот на основе искусственного интеллекта (ИИ-чат-бот), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), обзор англоязычных публикаций, когнитивно-поведенческая терапия, психологическое благополучие, стресс, депрессия, тревожность, метаанализ, эффективность терапии

Для цитаты: Ивахненко, Л.И., Максименко, В.А. (2026). Искусственный интеллект в психотерапии: обзор эффективности и рисков применения ИИ-чат-ботов. *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 47—69. https://doi.org/110.17759/cpp.2026340303

Artificial Intelligence in Psychotherapy: A Review of the Effectiveness and Risks of Using AI Chatbots

L.I. Ivakhnenko[1], **V.A. Maksimenko**[2] ✉
[1] Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation
[2] Russian State Social University, Moscow, Russian Federation
✉ veramax05@mail.ru

Abstract

Context and relevance. The growing implementation of artificial intelligence (AI) in sychotherapeutic practice is driven by the increasing need for effective, scalable, and accessible tools to support individuals with mental health conditions, including post-traumatic stress disorder (PTSD). **Objective.** This literature review aims to synthesize international empirical studies evaluating the effectiveness of AI chatbots in psychotherapy. **Methods and materials.** The analysis included 25 English-language publications examining these systems from clinical, methodological, and ethical perspectives. **Results.** The first thematic cluster addresses the therapeutic effectiveness of AI chatbots used either independently or alongside in-person therapy. Numerous studies report short-term reductions in symptoms of depression, anxiety, and PTSD, as well as increased patient engagement and emotional resilience. Adaptive and personalized AI systems, as well as hybrid models combining AI with human therapist involvement,

are considered particularly promising. The second cluster highlights limitations, such as methodological heterogeneity, lack of long-term data, superficial diagnostic interactions, and potential safety risks in crisis situations. Issues of privacy, trust, the limits of AI autonomy, and the distribution of responsibility are also discussed. **Conclusions.** Overall, the review demonstrates the significant potential of AI chatbots in psychotherapy while emphasizing the need for further development, clinical validation, and ethical regulation to ensure their safe and effective use.

Keywords: artificial intelligence, AI-based chatbot, post-traumatic stress disorder (PTSD), review of English-language publications, cognitive behavioral therapy, psychological well-being, stress, depression, anxiety, meta-analysis, treatment effectiveness

For citation: Ivakhnenko, L.I., Maksimenko, V.A. (2026). Artificial Intelligence in Psychotherapy: A Review of the Effectiveness and Risks of Using AI Chatbots. *Consultative Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 47—69. (In Russ.). https://doi.org/110.17759/cpp.2026340303

Введение

Современная эпоха характеризуется стремительным развитием технологий искусственного интеллекта (Chen et al., 2017), находящих все более широкое применение в различных сферах, включая психическое здоровье. Актуальность исследований, посвященных применению ИИ-инструментов в терапии, обусловлена не только технологическим прогрессом, но и растущими социальными вызовами, требующими эффективных, доступных и масштабируемых методов психологической помощи. В частности, рост числа случаев посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Sprang et al., 2018), в том числе среди участников современных вооруженных конфликтов, например специальной военной операции, усиливает потребность в новых методах поддержки, способных дополнить или расширить традиционные подходы.

Несмотря на очевидный потенциал ИИ в данной сфере, комплексных междисциплинарных исследований, рассматривающих его как терапевтического агента (Wan et al., 2024), по-прежнему немного. Это обусловливает необходимость более глубокой научной рефлексии, охватывающей не только технические, но и психологические, этические и философские аспекты. Особенно важно учитывать, что травматический опыт и эмоциональное восстановление связаны с феноменами, требующими эмпатии, интуиции и гибкости — качеств, которые сложно воспроизвести алгоритмическими средствами.

Тем не менее современные ИИ-инструменты (Wang et al., 2018) способны выполнять роль не просто вспомогательных средств, а активных участников терапевтического процесса, что требует от науки критического осмысления их потенциала и ограничений (Lefevre, Trousset, 2021). Исследования, посвященные роли ИИ в психологии, становятся важным этапом в переосмыслении возможностей технологий по улучшению качества жизни и психологического благополучия, при условии сохранения уважения к уникальности человеческого опыта. Таким образом, развитие ИИ в психотерапии приобретает особую социальную значимость, открывая новые формы поддержки для людей, сталкивающихся с тяжелыми психологическими трудностями. Реализация этого потенциала требует междисциплинарного сотрудничества (от ИТ и медицины до психологии и философии) для формирования комплексного и этичного подхода к применению ИИ в интересах человека.

Постановка проблемы. За последние несколько лет существенно увеличилось количество научных публикаций, в которых описываются клинические испытания, пилотные исследования и обзоры эффективности ИИ-агентов в поддержке психического здоровья. Это расширение эмпирической базы может отражать возрастающее доверие исследовательского сообщества к потенциалу цифровых инструментов в сфере психотерапии, а также острую социальную потребность в масштабируемых и доступных формах психологической помощи.

Вместе с тем нарастающий массив данных сопровождается значительной методологической вариативностью и разнородностью получаемых результатов. С одной стороны, многие исследования демонстрируют обнадеживающие краткосрочные эффекты — снижение уровня тревоги, депрессии, симптомов ПТСР (Scott, 2007) и других психопатологических проявлений. С другой стороны, нередко звучат сомнения в отношении устойчивости этих эффектов, качества применяемых методик, валидности исходных инструментов оценки и, главное, обобщаемости выводов на широкую клиническую практику. Возникает серьезная методологическая дилемма: рост энтузиазма и позитивных публикаций сочетается с отсутствием строгих, воспроизводимых стандартов оценки эффективности ИИ-вмешательств.

В этой ситуации особую значимость приобретает задача критического анализа существующих данных с позиции клинической психологии. Психолог-клиницист, ориентирующийся на практическую помощь па-

циенту, сталкивается с необходимостью не только ориентироваться в широком и разнородном информационном поле, но и отвечать на принципиальный вопрос: каким именно результатам и при каких условиях можно доверять при выборе и внедрении ИИ-инструментов в практику психотерапии? Систематизация и экспертная оценка существующего массива публикаций представляются необходимым этапом для формирования научно обоснованных рекомендаций и определения направлений дальнейших исследований.

Материалы и методы исследования

Поиск научных публикаций проводился в двух крупнейших научных базах данных: Semantic Scholar и PubMed. Поисковая стратегия была направлена на актуальные исследования по применению искусственного интеллекта в психотерапии психических расстройств, прежде всего при ПТСР, а также при депрессии и тревоге. На этапе первичного отбора по релевантности было выявлено 500 наиболее подходящих статей. Отбирались исследования, в которых ИИ-чат-боты или диалоговые агенты выступали основным терапевтическим инструментом. Использовались комбинации ключевых слов: «AI chatbot», «conversational agent», «large language model», «psychotherapy», «mental health», «PTSD», «depression», «anxiety», «cognitive behavioral therapy», «cognitive rehabilitation», «well-being», «risk prediction». Критерии отбора сгруппированы по трем блокам: эффективность, контролируемые и рандомизированные исследования, метаанализы, систематические обзоры; безопасность, исследования кризисных сценариев, ошибок и нежелательных эффектов; этические аспекты, работы о приватности, доверии, автономии и ответственности. Предпочтение отдавалось работам с высоким уровнем доказательности: исследованиям с контролем и случайным распределением участников, метаанализам и обзорам с широкой выборкой. Обязательными условиями были наличие контрольной группы (ожидание, отсутствие лечения или традиционная терапия) и проведение предтестовой и посттестовой оценки. Исключались исследования, где ИИ использовался лишь вспомогательно, а также публикации с участием пациентов с тяжелыми психиатрическими расстройствами, нуждающихся в очной помощи. В итоговую выборку вошло 25 публикаций, из них — 20 эмпирических исследований и 5 обзорно-теоретических работ.

Результаты

В соответствии с исследовательским вопросом в выборку включены работы не только о прямой психотерапии ПТСР, но и о смежных применениях ИИ: прогнозировании риска, терапии депрессии и тревоги, поддержке психологического благополучия, когнитивной реабилитации, а также об аспектах этики и безопасности. ПТСР рассматривается как приоритетный, но не единственный фокус, поскольку депрессия и тревога коморбидны с ПТСР, а эмоциональная регуляция, терапевтический альянс и кризисные риски являются трансдиагностическими механизмами.

Анализ современных исследований выявляет как сохраняющиеся проблемы в области оказания помощи пациентам с ПТСР, так и растущий интерес к применению методов искусственного интеллекта в решении этих проблем. Зарубежные коллеги отмечают (Busso et al., 2024), что доступность помощи лицам с ПТСР в реальной клинической практике остается низкой во многих странах, несмотря на наличие эффективных психотерапевтических протоколов. К числу значимых ограничений они относят как структурные барьеры (ограниченное число квалифицированных специалистов, высокая стоимость лечения, территориальная удаленность), так и индивидуальные факторы, связанные с мотивацией и вовлеченностью пациентов в процесс терапии.

В то же время активно развиваются направления, связанные с прогнозированием риска ПТСР с помощью алгоритмов машинного обучения. Так, в обзоре М. Вали и соавт. (Vali et al., 2025) систематизированы данные о точности (AUC) таких моделей для различных типов травмирующих событий: для военных травм — 0,745; при сексуальных и физических травмах — 0,861; при стихийных бедствиях — 0,771; при медицинских травмах — 0,808; при травмах у пожарных — 0,960; при травмах, связанных с употреблением алкоголя — 0,935. Эти результаты демонстрируют обнадеживающий потенциал прогностических моделей в выявлении групп высокого риска.

В исследовании Е.Б. Эльбогена и соавт. (Elbogen et al., 2019) оценивалась эффективность реабилитации с применением мобильных технологий и социальной поддержки у ветеранов военных операций с черепно-мозговой травмой и ПТСР. Программа «CALM» продемонстрировала преимущество по сравнению с контрольной группой: в течение шести месяцев выраженность гнева снизилась на 25% против 8% в контрольной группе, а, по оценкам родственников, частота неадаптивного поведения ветеранов сократилась на 26% против 6%.

Разработка персонализированных терапевтических подходов является перспективным направлением при использовании ИИ. В исследовании Й. Сон и соавт. (Son et al., 2023) впервые была оценена прогностическая ценность ИИ при анализе интервью: тревожная и депрессивная лексика, а также частое употребление «я» предсказывали более тяжелую симптоматику ПТСР, тогда как использование «мы» и более сложной лексики — благоприятный прогноз, что свидетельствует о потенциале больших языковых моделей (LLM) в неинвазивном скрининге, позволяющем выявлять лингвистические маркеры, отражающие психологическое состояние, задолго до клинических проявлений.

Продолжая изучение возможностей ИИ-инструментов для психического здоровья, Й. Хе и соавт. (He et al., 2023) провел исследование, сравнив чат-бот XiaoE, основанный на принципах когнитивно-поведенческой терапии, с обучающими материалами и неспециализированным чат-ботом Xiaoai. Уже через неделю использования XiaoE у участников наблюдалось значимое снижение симптомов депрессии, сохранявшееся через месяц. Также фиксировалась более высокая вовлеченность пользователей.

Данные об эффективности ИИ-чат-ботов подтверждаются и при других психических расстройствах. В обзоре А. Вайдам и соавт. (Vaidyam et al., 2021) отмечено положительное восприятие пациентами диалоговых агентов в диагностике и терапии депрессии, тревожных и биполярных расстройств. Исследование К. Шиллингс (Schillings et al., 2023) показало, что трехнедельная работа с чат-ботом ELME не снижает общий уровень стресса, но улучшает осознанность и когнитивную переоценку — ключевые навыки эмоциональной регуляции, важные для психической устойчивости при ПТСР. В исследовании Е. Кухн и соавт. (Kuhn et al., 2017) использование мобильного приложения PTSD Coach в течение трех месяцев у 120 участников привело к значимому снижению симптомов ПТСР, депрессии и улучшению психосоциального функционирования. Несмотря на частичное снижение эффекта при отсроченном контроле, доля пациентов с клинически значимым улучшением оставалась значимо выше, чем в контрольной группе.

С ростом применения диалогового ИИ в психотерапии все острее встает вопрос его способности выявлять и корректировать когнитивные искажения, усугубляющие депрессию и тревожные расстройства. В исследовании М. Рзадезка и соавт. (Rzadeczka et al., 2025) сравнивались специализированные чат-боты (Wysa, Youper) и языковые модели общего назначения (GPT-3.5, GPT-4, Gemini Pro) по точности, терапевтическому качеству и соответствию принципам КПТ. По оценке междис-

циплинарной экспертной группы, языковые модели, особенно GPT-4, эффективнее устраняли искажения (например, чрезмерное доверие и фундаментальную ошибку атрибуции) и точнее распознавали аффект (в 67% сценариев). Специализированные боты, особенно Wysa, продемонстрировали менее стабильные результаты.

Несмотря на активное внедрение диалогового ИИ в психиатрическую помощь, комплексных оценок его эффективности все еще недостаточно. Метаанализ 35 исследований (Li et al., 2023) выявил снижение симптомов депрессии и дистресса, особенно при использовании мультимодальных генеративных моделей в мобильных приложениях для клинических групп и пожилых людей. Эффективность зависела от уровня вовлеченности, качества общения и терапевтического взаимодействия с ИИ, тогда как улучшения общего благополучия были статистически незначимыми.

Л. Лиу и соавторы (Liu et al., 2022) проанализировали влияние адаптивности и уровня взаимодействия чат-ботов на эффективность позитивных психологических программ. В двух контролируемых исследованиях более активное и персонализированное общение с ботом способствовало росту субъективного благополучия, снижению тревоги, депрессии и чувства одиночества. Хотя не все эффекты были статистически значимыми, рекомендательные функции ботов поддерживали развитие устойчивости и положительных эмоций.

Аналогичную направленность имело исследование К. Поссемато и соавт. (Possemato et al., 2016), в котором мобильное приложение PTSD Coach использовалось ветеранами с симптомами ПТСР. Приложение оказалось эффективным как при самостоятельном использовании, так и при поддержке врача, однако клинические улучшения были выше в группе с врачебным сопровождением, что подчеркивает важность комбинированного подхода.

В исследовании Р. Фалмера и соавт. (Fulmer et al., 2018) оценивалась эффективность чат-бота Tess, построенного на алгоритмах когнитивно-поведенческой терапии, в снижении симптомов депрессии и тревожности. В исследовании приняли участие 75 студентов из 15 университетов, распределенных на три группы: ежедневно использовавших Tess в течение двух недель; получавших доступ к боту с проверками раз в две недели в течение четырех недель; контрольную группу, получавшую информационные материалы. Результаты показали значительное снижение симптомов депрессии и тревожности и улучшение эмоционального состояния в обеих группах с Tess — особенно при ежедневном использовании, — тогда как в контрольной группе изменений не наблюдалось.

Несмотря на рост доступности мобильных решений в сфере психического здоровья, их эффективность, особенно среди пожилых работающих взрослых, остается малоизученной. В исследовании М. Даниели и соавт. (Danieli et al., 2022) оценивался ИИ-агент TEO, предлагающий беседы, упражнения и рекомендации для снижения тревожности и стресса. Восьминедельная программа включала комбинированную терапию с TEO, самостоятельное использование и контроль. Наибольшие улучшения отмечены в группе с комбинированным подходом, особенно по снижению стресса. Пользователи положительно оценили удобство TEO, однако часть эффектов снижалась через три месяца, что подчеркивает важность устойчивой поддержки.

Метаобзор, включивший 10 эмпирических исследований 2017—2024 гг., позволил оценить эффективность ИИ-чат-ботов (Woebot, Wysa, Youper и др.) в лечении депрессии, тревожности и других психических расстройств, а также степень удовлетворенности пользователей (Farzan et al., 2025). Woebot и Wysa оказались особенно эффективны при хронических состояниях и у женщин с послеродовыми трудностями, Youper — при тревоге и депрессии (снижение на 43—48 %). Несмотря на ограничения дизайна и выборок, чат-боты показали потенциал как доступное дополнение к традиционной терапии.

В работе М.Дж. Киана и др. (Kian et al., 2024) оценивалась эффективность социально-вспомогательного робота (SAR) на базе большой языковой модели в условиях домашней когнитивно-поведенческой терапии. В течение 15 дней испытуемые были случайным образом распределены на три группы: с участием SAR, с чат-ботом на той же языковой модели и с выполнением заданий с помощью просветительского пособия. SAR показал наилучшие результаты в снижении тревожности сразу после начала эксперимента. Участники, работавшие с роботом и бумажными материалами, также отметили общее снижение стресса, тогда как чат-бот был менее эффективен.

В исследовании С. Каркосз с соавт. (Karkosz et al., 2024) изучалась эффективность чат-бота Fido на польском языке у пользователей с субклиническими симптомами. Через 2 недели и месяц в обеих группах наблюдалось снижение тревоги и депрессии. Хотя различия между группами были незначительными, активные пользователи Fido отметили уменьшение чувства одиночества. С. Гриир с соавт. (Greer et al., 2019) оценивали влияние чат-бота Vivibot на молодых людей после онкологического лечения. Участники экспериментальной группы (n = 45) в среднем провели с ботом 74 минуты за 12 сессий. Через 4 недели у них снизилась тревожность, тогда

как в контрольной группе она немного возросла. Существенных изменений по депрессии и эмоциям не зафиксировано.

Тогда как большинство предыдущих исследований оценивали эффективность ИИ-терапии путем сравнения состояния пациентов до и после вмешательства, исследование Т. Сколиш и соавт. (Scholish et al., 2025) предложило более клинически значимый подход — прямое сопоставление ответов ИИ-чат-ботов и лицензированных терапевтов на идентичные сценарии. Чат-боты демонстрировали дружелюбный, но нередко шаблонный стиль общения. Они выражали поддержку, прибегали к директивным советам, редко уточняли детали и не вовлекали клиента в рефлексию. Профессиональные терапевты, напротив, чаще фокусировались на эмоциональных проблемах, прибегали к самораскрытию и стремились к глубокой проработке проблемы. Статистически значимые различия проявились в стиле и содержании: терапевты активнее использовали техники детализации и эмпатического участия, тогда как ИИ — поддерживающие фразы, объяснения и внушения. Особенно тревожным оказался недостаток клинической осмотрительности у ИИ в потенциально кризисных ситуациях — боты не оценивали риски, что ставит под вопрос их безопасность в таких случаях.

Обзор Й. Хе и соавт. (He et al., 2022) показал, что ключевыми факторами, повышающими эффективность диалоговых агентов, стали персонализация взаимодействия и эмпатическая реакция, а также длительность и насыщенность сессий

Авторы следующего исследования (Nov et al., 2023) оценивали способность людей различать ответы врачей и чат-бота (на базе ChatGPT), а также уровень доверия к использованию ИИ в психотерапевтическом консультировании. Участникам (n = 392, США) предлагались 10 пар «вопрос—ответ», из которых половина была написана врачами, а другая — ИИ. Средняя точность распознавания составила около 65%, что говорит о высокой «неразличимости» ответов. Доверие к ИИ было умеренно положительным (3,4 из 5), но снижалось при усложнении тематики. Исследование можно рассматривать как вариант медицинского теста Тьюринга — «Чат-бот в белом халате».

Современные чат-боты на базе LLM могут теоретически помогать в обучении первой медицинской помощи и предоставлении инструкций в экстренных ситуациях. Однако исследование (Birkun et al., 2023) показало, что их использование при остановке дыхания сопряжено с высокими рисками. Два популярных LLM-чат-бота (Bing (Microsoft) и Bard

(Google)), отвечая на вопрос: «Что делать, если кто-то не дышит?», лишь в 9,5% и 11,4% случаев соответственно дали ответы, полностью соответствовавшие профессиональным стандартам оказания первой помощи. Особенно тревожным оказалось отсутствие ключевых компонентов правильной сердечно-легочной реанимации. Более половины ответов чат-бота Bard содержали правдоподобные, но опасные ошибки («галлюцинации ИИ»), что может наносить вред пострадавшему.

Более перспективным подходом представляется гибридная модель, сочетающая ИИ и участие специалистов. Согласно обзору Дж. Вах (Vah, 2025), такие системы помогли снизить повторные госпитализации на 25%, повысить вовлеченность пациентов на 30% и сократить время ожидания консультаций на 15%.

Помимо терапевтической эффективности, исследователи оценивают безопасность ИИ в критических ситуациях. Так, в работе Дж. Яу и соавт. (Yau et al., 2024) оценивалось качество ответов четырех ИИ-чат-ботов (ChatGPT 3.5, Bard, Bing AI, Claude AI) на 10 вопросов по неотложной медицинской помощи. В ходе исследования было сформировано 10 вопросов по неотложным состояниям, ответы на которые оценивались пятью сертифицированными преподавателями скорой медицинской помощи по восьми критериям: процентная точность, наличие опасной информации, фактическая точность, ясность, полнота, понятность, надежность источника и актуальность источника. Хотя чат-боты показали высокую ясность и понятность ответов (~85%), их точность и полнота составили лишь около 50%, а релевантность и надежность источников были низкими (около 10%, кроме Bing — 40%). От 5 до 35% ответов содержали потенциально опасные рекомендации, что подчеркивает риск использования ИИ в критических ситуациях.

Этический аспект этого вопроса раскрыт в другом исследовании. М. Рахсепар Миди вместе с коллегами (Rahsepar Meadi et al., 2025) провели всестороннюю оценку этических аспектов использования диалогового искусственного интеллекта в психиатрической помощи. Поиск сочетал 3 ключевых понятия: искусственный интеллект, этика и психическое здоровье. Лидирующие позиции заняли темы приватности (61,4%) и безопасности (51,5%), что указывает на высокую чувствительность медицинских данных и возможные последствия неверных рекомендаций чат-ботов при работе с психически нестабильными пациентами.

Количественные оценки основных этических и клинических рисков, выявленных в проанализированных исследованиях, систематизированы в табл. 1.

Таблица 1 / Table 1

Основные этические и клинические риски применения ИИ-чат-ботов в психотерапии (количественные данные из проанализированных публикаций)
Main Ethical and Clinical Risks of Using AI Chatbots in Psychotherapy (Quantitative Data from the Reviewed Publications)

Категория риска / Risk category	Конкретные проявления (по данным статей) / Specific manifestations	Источник / Source	Количественная оценка (из текста статьи) / Quantitative assessment (from the article text)
Приватность и безопасность данных / Privacy and data security	Высокая чувствительность медицинских данных, возможные последствия утечек / High sensitivity of medical data; possible consequences of leaks	Rahsepar Meadi et al., 2025	Приватность — 61,4% упоминаний среди этических тем; безопасность — 51,5% / Privacy — 61.4% of mentions among ethical topics; security — 51.5%
Опасные рекомендации в неотложных/кризисных ситуациях / Dangerous recommendations in emergency/crisis situations	Чат-боты дают правдоподобные, но потенциально вредные советы (сердечно-легочная реанимация, экстренные состояния) / Chatbots give plausible but potentially harmful advice (cardiopulmonary resuscitation, emergency conditions)	Birkun et al., 2023; Yau et al., 2024	9,5% и 11,4% ответов полностью соответствовали стандартам (Birkun et al., 2023); от 5% до 35% ответов содержали потенциально опасные рекомендации (Yau et al., 2024) / 9.5% and 11.4% of responses fully complied with standards (Birkun et al., 2023); from 5% to 35% of responses contained potentially dangerous recommendations (Yau et al., 2024)
«Галлюцинации» ИИ и фактическая неверность / AI “hallucinations” and factual inaccuracy	Ответы выглядят убедительно, но клинически неверны; низкая точность и полнота / Responses look convincing but are clinically incorrect; low accuracy and completeness	Yau et al., 2024	Точность и полнота ответов — около 50%; надежность источников — около 10% (кроме Birkun et al., 2023 — 40%) / Accuracy and completeness of responses — about

Категория риска / Risk category	**Конкретные проявления (по данным статей) / Specific manifestations**	**Источник / Source**	**Количественная оценка (из текста статьи) / Quantitative assessment (from the article text)**
			50%; reliability of sources — about 10% (except Birkun et al., 2023 — 40%)
Отсутствие клинической осмотрительности в кризисе / Lack of clinical caution in crisis	Боты не оценивают суицидальный/кризисный риск, не задают уточняющих вопросов, дают шаблонную поддержку / Bots do not assess suicidal/crisis risk, do not ask clarifying questions, and provide template support	Scholish et al., 2025	Качественное различие (статистически значимое) по сравнению с живыми терапевтами; количественной оценки в статье нет / Qualitative difference (statistically significant) compared with live therapists; no quantitative assessment in the article
Неразличимость ИИ и человека (эффект Тьюринга в медицине) / Indistinguishability of AI and human (Turing effect in medicine)	Пациенты и обычные люди с трудом отличают ответы чат-бота от ответов врача / Patients and laypeople have difficulty distinguishing chatbot responses from doctor responses	Nov et al., 2023	Средняя точность распознавания — около 65%; доверие к ИИ — 3,4 из 5 (умеренно положительное) / Average recognition accuracy — about 65%; trust in AI — 3.4 out of 5 (moderately positive)
Долгосрочная эффективность неизвестна / Long-term effectiveness unknown	Большинство исследований оценивают только краткосрочные эффекты (до 8 недель), отсроченные замеры редки / Most studies assess only short-term effects (up to 8 weeks); delayed measurements are rare	Kuhn et al., 2017; Danieli et al., 2022 и др.	В отдельных работах эффект снижается через 3 месяца; систематических количественных данных нет / In some studies, the effect decreases after 3 months; no systematic quantitative data

Категория риска / Risk category	**Конкретные проявления (по данным статей) / Specific manifestations**	**Источник / Source**	**Количественная оценка (из текста статьи) / Quantitative assessment (from the article text)**
Публикационное смещение / Publication bias	Положительные результаты публикуются чаще, нейтральные и отрицательные — крайне редко / Positive results are published more often; neutral and negative results — extremely rarely	Большинство авторов сетуют на эту проблему и упоминают ее в разделе «Ограничения» / Most authors note this problem and mention it in the Limitations section	Количественной оценки в статьях не приводится (констатируется как серьезная проблема) / No quantitative assessment is provided in the articles (stated as a serious problem)

Обобщенные данные о типах ИИ-чат-ботов, их терапевтической модели и основных результатах применения представлены в табл. 2.

Таблица 2 / Table 2

Характеристика ИИ-чат-ботов по терапевтической модели[1]
Characteristics of AI Chatbots by Therapeutic Model[2]

Категория / System category	**Примеры чат-ботов/ систем / Examples of chatbots**	**Основные результаты / Main results**
Специализированные КПТ-боты /	Tess, XiaoE, Woebot, Wysa, Youper	Снижение депрессии, тревоги; зависимость от вовлеченности /

[1] Классификация носит предварительный рабочий характер и не претендует на исчерпывающее описание всех типов цифровых технологий, применяемых в психотерапии. Ее уточнение и валидизация с участием профильных экспертов (клинических психологов, психиатров и специалистов по этике ИИ) представляют собой отдельное направление будущих исследований.

[2] The classification is of a preliminary working nature and does not claim to provide an exhaustive description of all types of digital technologies used in psychotherapy. Its refinement and validation with the participation of relevant experts (clinical psychologists, psychiatrists, and specialists in AI ethics) constitute a separate direction of future research.

Категория / System category	**Примеры чат-ботов/ систем / Examples of chatbots**	**Основные результаты / Main results**
Specialized CBT chatbots		Reduction of depression and anxiety; dependence on engagement
Инструменты для ПТСР / PTSD tools	PTSD Coach, CALM (программа)	Снижение симптомов ПТСР, гнева; лучше с поддержкой врача / Reduction of PTSD and anger symptoms; better with clinician support
Боты на базе LLM общего назначения / General-purpose LLM-based chatbots	GPT-3.5, GPT-4, Gemini Pro, Bing, Bard	Высокая неразличимость с человеком, но опасные ошибки в кризисных/медицинских сценариях / High indistinguishability from humans, but dangerous errors in crisis/medical scenarios
Социально-вспомогательные роботы (SAR) / Socially assistive robots (SAR)	SAR с LLM (Kian et al., 2024)	Снижение тревожности выше, чем у чат-бота / Greater reduction in anxiety than a chatbot
Гибридные модели (ИИ + специалист) / Hybrid models (AI + specialist)	TEO, PTSD Coach + врач, гибридные системы (обзор Wah, 2025) / TEO, PTSD Coach + clinician, hybrid systems (review by Wah, 2025)	Наибольшая эффективность, но требует ресурсов / Highest effectiveness, but requires resources

Обсуждение результатов

Изученные публикации демонстрируют значительное разнообразие в методологиях, целевых популяциях, терапевтических подходах и используемых технологических решениях. Вместе с тем анализ всей совокупности источников позволил выделить два отчетливо различающихся исследовательских направления, формирующих два доминирующих дискурса в современной научной литературе по данной тематике.

Первая группа авторов, которых можно условно обозначить как представителей «техно-оптимистического» подхода, демонстрирует высокий уровень энтузиазма в отношении потенциала ИИ-технологий в психотерапии. Эти исследования, как правило, инициируются или вы-

полняются при ведущей роли специалистов в области информационных технологий, вычислительной лингвистики и разработки искусственного интеллекта, а также междисциплинарных команд, где доминирует техническая экспертиза. Для этого корпуса работ характерна акцентуация инновационного потенциала технологий: масштабируемость вмешательств, их экономическая эффективность, доступность, удобство для пользователей и высокая автоматизация процессов психотерапевтической поддержки. Дизайны подобных исследований часто основаны на сравнении исходного состояния участников до начала вмешательства и после его завершения либо на сравнении группы, проходившей терапию с применением чат-бота, с группой, не получавшей никакого вмешательства. Такой дизайн не свободен от эффекта Хоторнского эксперимента (эффекта Э. Мэйо), когда уже само участие в исследовании, новизна вмешательства, внимание исследователей и повышенная мотивация участников могут индуцировать позитивные изменения, не обязательно связанные непосредственно с действием исследуемого фактора.

Вторая исследовательская группа, которую можно обозначить как «техно-скептическую», в значительной мере формируется за счет врачей-психотерапевтов, клинических психологов и специалистов в области психиатрии. Эти исследователи демонстрируют б*о*льшую осторожность в интерпретации результатов и предъявляют более высокие требования к обоснованности выводов. Их исследования характеризуются более строгими экспериментальными дизайнами, где ИИ-чат-боты сопоставляются не с пассивным контролем или отсутствием вмешательства, а непосредственно с традиционной очной психотерапией, проводимой квалифицированными специалистами. В то же время подход техно-скептиков, часто использующих в качестве контрольной группы квалифицированных клиницистов, подвержен риску так называемого эффекта завышенного стандарта сравнения, когда эффективность инновационного вмешательства оценивается в сопоставлении с наилучшим из доступных вариантов терапии. Это создает заведомо более строгие условия для демонстрации эффективности ИИ-инструментов и может приводить к недооценке их возможной пользы в реальных условиях дефицита квалифицированной психотерапевтической помощи. Несмотря на отчетливые различия в концептуальных основаниях и методологических подходах, оба направления представляют собой важные и комплементарные векторы развития научного знания в данной области.

Сравнительная характеристика двух выявленных дискурсов, техно-оптимистического и техно-скептического, приведена в табл. 3.

Таблица 3 / Table 3

Два доминирующих дискурса в исследованиях
Two dominant discourses in research

Параметр / Parameter	**Техно-оптимистический подход / Techno-optimistic approach**	**Техно-скептический подход / Techno-skeptical approach**
Кто инициирует / Who initiates	IT, инженеры, вычислительная лингвистика / IT, engineers, computational linguistics	Клинические психологи, психиатры, психотерапевты / Clinical psychologists, psychiatrists, psychotherapists
Типичный дизайн / Typical design	До/после или сравнение с отсутствием вмешательства / Before/after or comparison with absence of intervention	Сравнение с очной терапией у квалифицированных специалистов / Comparison with in-person therapy by qualified specialists
Ключевые акценты / Key emphases	Масштабируемость, доступность, экономичность, вовлеченность / Scalability, accessibility, cost-effectiveness, engagement	Безопасность, долгосрочная эффективность, терапевтические отношения, этика / Safety, long-term effectiveness, therapeutic relationship, ethics
Основные риски (по данным статей) / Main risks (according to the articles)	Эффект Хоторна, публикационное смещение / Hawthorne effect, publication bias	Эффект завышенного стандарта сравнения / Overstated comparison standard effect
Примеры исследований / Examples of studies	Fulmer, 2018; He, 2023; Liu, 2022 и др. / Fulmer, 2018; He, 2023; Liu, 2022, etc.	Scholish, 2025; Birkun, 2023; Rahsepar Meadi, 2025 и др. / Scholish, 2025; Birkun, 2023; Rahsepar Meadi, 2025, etc.

Таким образом, представленный обзор не только демонстрирует бурное развитие данного исследовательского направления, но и выявляет его многогранность, внутренние противоречия и необходимость междисциплинарного диалога для формирования устойчивых научных оснований применения ИИ в психотерапевтической практике.

Выводы

Проведенный обзор позволяет сформулировать четыре основных вывода. Во-первых, ИИ-чат-боты демонстрируют краткосрочную эффек-

тивность в снижении симптомов депрессии, тревоги и ПТСР, однако данные о долгосрочной устойчивости эффекта ограничены. Во-вторых, наибольший потенциал показывают гибридные модели, сочетающие ИИ и участие специалиста; они превосходят как автономные чат-боты, так и пассивный контроль. В-третьих, безопасность ИИ в кризисных ситуациях не доказана: боты не оценивают суицидальный риск, допускают фактические ошибки и «галлюцинации», а в неотложных сценариях доля ответов, соответствующих клиническим стандартам, крайне низка. В-четвертых, для внедрения ИИ-чат-ботов в психотерапевтическую практику необходимы долгосрочные рандомизированные исследования, клиническая апробация и этическое регулирование, включающее требования к приватности, информированному согласию и распределению ответственности. Широта охвата обзора (от ПТСР и коморбидных расстройств до прогнозирования и когнитивной реабилитации) отражает логику исследовательского вопроса — оценить не отдельную технологию, а ее место в маршруте помощи при психических расстройствах.

Ограничения исследования. Несмотря на значительный объем проанализированных публикаций и обобщенных данных, настоящий литературный обзор имеет ряд существенных ограничений, которые следует учитывать при интерпретации полученных выводов.

Во-первых, существенной особенностью большинства рассмотренных исследований является высокая степень методологической гетерогенности. Работы различаются по используемым типам чат-ботов, протоколам вмешательства, продолжительности курсов терапии, выборочным характеристикам участников и применяемым шкалам оценки исходов. Это затрудняет прямое сопоставление и обобщение результатов, повышая риск некорректных интерпретаций при аналитическом обобщении.

Во-вторых, наблюдается ограниченность временны*х* рамок наблюдения: большинство исследований фиксируют лишь краткосрочные изменения, редко превышающие 4—8 недель, что не позволяет сделать выводы о долговременной эффективности и устойчивости терапевтических эффектов.

В-третьих, существует серьезная проблема публикационного смещения. Положительные результаты имеют более высокую вероятность публикации, тогда как исследования с нейтральными или отрицательными исходами представлены крайне ограниченно. Это может формировать неоправданно оптимистичную картину эффективности терапии на основе ИИ-чат-ботов.

Limitations. Despite the substantial volume of publications analysed and data synthesised, this literature review has a number of significant limitations that should be taken into account when interpreting the findings obtained.

First, a substantial feature of most of the studies reviewed is a high degree of methodological heterogeneity. The studies differ in the types of chatbots used, intervention protocols, duration of therapy courses, sample characteristics of participants, and the outcome assessment scales employed. This hinders direct comparison and generalisation of results, increasing the risk of incorrect interpretations in analytical synthesis.

Second, there is a limitation in the time frame of observation: most studies record only short-term changes, rarely exceeding 4—8 weeks, which does not allow conclusions to be drawn about the long-term effectiveness and durability of therapeutic effects.

Third, there is a serious problem of publication bias. Positive results are more likely to be published, whereas studies with neutral or negative outcomes are represented to a very limited extent. This may produce an unjustifiably optimistic picture of the effectiveness of therapy based on AI chatbots.

Список источников / References

1. Birkun, A.A, Gautam, A. (2023). Large Language Model (LLM)-Powered Chatbots Fail to Generate Guideline-Consistent Content on Resuscitation and May Provide Potentially Harmful Advice. *Prehospital and Disaster Medicine, 38*(6), 757—763. https://doi.org/10.1017/S1049023X23006568
2. Busso, C., Collins, A., Monson, C., Fitzpatrick, S., Lenton-Brym, A., Kuo, J., Ouyang, J., Lane, J. (2024). Using machine learning to increase access to and engagement with trauma focused interventions for posttraumatic stress disorder. *The British Journal of Clinical Psychology, 64*(1), 125—136. https://doi.org/10.1111/bjc.12468
3. Chen, M., Serikawa, S., Li, Y., Kim, H. (2017). Brain Intelligence: Go beyond Artificial Intelligence. *Mobile Networks and Applications, 23*, 368—375. https://doi.org/10.1007/s11036-017-0932-8
4. Danieli, M., Ciulli, T., Mousavi, S.M., Silvestri, G., Barbato, S., Di Natale, L., Riccardi, G. (2022). Assessing the Impact of Conversational Artificial Intelligence in the Treatment of Stress and Anxiety in Aging Adults: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health, 23*(9), e38067. https://doi.org/10.2196/38067
5. Elbogen, E.B., Dennis, P.A., Van Voorhees, E.E., Blakey, S.M., Johnson, J.L., Johnson, S.C., Wagner, H.R., Hamer, R.M., Beckham, J.C., Manly, T., Belger, A. (2019). Cognitive Rehabilitation With Mobile Technology and Social Support for Veterans With TBI and PTSD: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 34*(1), 1—10. https://doi.org/ 10.1097/HTR.0000000000000435
6. Farzan, M., Ebrahimi, H., Pourali, M., Sabeti, F. (2025). Artificial Intelligence-Powered Cognitive Behavioral Therapy Chatbots, a Systematic Review. *Iran Journal of Psychiatry, 20*(1), 102—110. https://doi.org/10.18502/ijps.v20i1.17395

7. Fulmer, R., Joerin, A., Gentile, B., Lakerink, L., Rauws, M. (2018). Using Psychological Artificial Intelligence (Tess) to Relieve Symptoms of Depression and Anxiety: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health, 5*(4), e64. https://doi.org/10.2196/mental.9782
8. Greer, S., Ramo, D.E., Chang, Y.J., Fu, M., Moskowitz, J., Haritatos, J. (2019). Use of the Chatbot "Vivibot" to Deliver Positive Psychology Skills and Promote Well-Being Among Young People After Cancer Treatment: Randomized Controlled Feasibility Trial. *JMIR mHealth and uHealth, 7*(10), e15018. https://doi.org/10.2196/15018
9. He, Y., Yang, L, Zhu, X., Wu, B., Zhang, S., Qian, C., Tian, T. (2022). Mental Health Chatbot for Young Adults With Depressive Symptoms During the COVID-19 Pandemic: Single-Blind, Three-Arm Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research, 24*(11), e40719. https://doi.org/10.2196/40719
10. He, Y., Yang, L., Qian, C., Li, T., Su, Z., Zhang, Q., Hou, X. (2023). Conversational Agent Interventions for Mental Health Problems: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Medical Internet Research, 28(*25), e43862. https://doi.org/10.2196/43862
11. Karkosz, S., Szymański, R., Sanna, K., Micha owski, J. (2024). Effectiveness of a Web-based and Mobile Therapy Chatbot on Anxiety and Depressive Symptoms in Subclinical Young Adults: Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research, 20*(8), e47960. https://doi.org/10.2196/47960
12. Kian, M.J., Zong, M., Fischer, K., Singh, A., Velentza, A.-M., Sang, P., Upadhyay, Sh., Gupta, A., Faruki, M.A., Browning, W., Arnold, S.M.R., Krishnamachari, B., Mataric, M.J. (2026). LLM-powered socially assistive robot-delivered cognitive behavioral therapy exercises: an exploratory study with university students. *Frontiers in Robotics and AI, 13*, article № 1802622 . https://doi.org/10.3389/frobt.2026.1802622
13. Kuhn, E., Kanuri, N., Hoffman, J.E., Garvert, D.W., Ruzek, J.I., Taylor, C.B. (2017). A randomized controlled trial of a smartphone app for posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(3), 267—273. https://doi.org/10.1037/ccp0000163
14. Trousset, V., Lefèvre, T. (2021). Artificial Intelligence in Medicine and PTSD. In: Lidströmer, N., Ashrafian, H. (Eds), *Artificial Intelligence in Medicine*. Springer, Cham. 1—13. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58080-3_208-1
15. Li, H., Zhang, R., Lee, Y.C., Kraut, R.E., Mohr, D.C. (2023). Systematic review and meta-analysis of AI-based conversational agents for promoting mental health and well-being. *NPJ Digital Medicine, 6*(1), Article 236. https://doi.org/10.1038/s41746-023-00979-5
16. Liu, I., Xiao, Y., Liu, F., Wu, Sh., Ni, Sh. (2022). Assessing the Effectiveness of Using Chatbots for Positive Psychological Intervention: A Randomized Control Study. *International Symposium of Chinese CHI,* 23, 227—234. https://doi.org/10.1145/3565698.3565789

17. Nov, O., Singh, N., Mann, D. (2023). Putting ChatGPT's Medical Advice to the (Turing) Test: Survey Study. *JMIR Medical Education, 10*(9), e46939. https://doi.org/10.2196/46939
18. Possemato, K., Kuhn, E., Johnson, E., Hoffman, J.E., Owen, J.E., Kanuri, N., De Stefano, L., Brooks, E. (2016). Using PTSD Coach in primary care with and without clinician support: a pilot randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry, 38*, 94—98. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.09.005
19. Rahsepar Meadi, M., Sillekens, T., Metselaar, S., van Balkom, A., Bernstein, J., Batelaan, N. (2025). Exploring the Ethical Challenges of Conversational AI in Mental Health Care: Scoping Review. *JMIR Mental Health, 21*(12), e60432. https://doi.org10.2196/60432
20. Rzadeczka, M., Sterna, A., Stolinska, J., Kaczynska, P., Moskalewicz, M. (2025). The Efficacy of Conversational AI in Rectifying the Theory-of-Mind and Autonomy Biases: Comparative Analysis. *JMIR Mental Health, 7*(12), e64396. https://doi.org/10.2196/64396
21. Schillings, C., Meissner, E., Erb, B., Bendig, E., Schultchen, D., Pollatos, O. (2023). Effects of a Chatbot-Based Intervention on Stress and Health-Related Parameters in a Stressed Sample: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health, 11*, e50454. https://doi.org/10.2196/50454
22. Scholich, T., Barr, M., Wiltsey Stirman, S., Raj, S. (2025). A Comparison of Responses from Human Therapists and Large Language Model-Based Chatbots to Assess Therapeutic Communication: Mixed Methods Study. *JMIR Mental Health, 21*(12), e69709. https://doi.org/10.2196/69709
23. Scott, S. (2007). Multiple Traumatic Experiences and the Development of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence, 22,* 932—938. https://doi.org/10.1177/0886260507301226
24. Son, Y., Clouston, S.A.P., Kotov, R., Eichstaedt, J.C., Bromet, E.J., Luft, B.J., Schwartz, H.A. (2023). World Trade Center responders in their own words: predicting PTSD symptom trajectories with AI-based language analyses of interviews. *Psychological Medicine, 53*(3), 918—926. https://doi.org/10.1017/S0033291721002294
25. Sprang, K., Watkins, L., Rothbaum, B. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 12*, Article 258. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258
26. Vaidyam, A.N., Linggonegoro, D., Torous, J. (2021). Changes to the Psychiatric Chatbot Landscape: A Systematic Review of Conversational Agents in Serious Mental Illness: Changements du paysage psychiatrique des chatbots: une revue syst matique des agents conversationnels dans la maladie mentale s rieuse. *The Canadian Journal of Psychiatry, 66*(4), 339—348. https://doi.org/10.1177/0706743720966429
27. Vali, M., Kovács, L., Motahari-Nezhad, H., Gandomi, A. (2025). Machine learning algorithms for predicting PTSD: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 25,* Article 34. https://doi.org/10.1186/s12911-024-02754-2

28. Wah, J.N.K. (2025). Revolutionizing e-health: the transformative role of AI-powered hybrid chatbots in healthcare solutions. *Frontiers in Public Health, 13*(13), e1530799. https://doi.org/ 10.3389/fpubh.2025.1530799
29. Wan, R., Wan, R., Chen, J., Hu, A., Xie, W., Liu, Y., Xie, Q. (2024). Current Status and Future Directions of Artificial Intelligence in Post-Traumatic Stress Disorder: A Literature Measurement Analysis. *Behavioral Sciences, 15*(1), Article 27. https://doi.org/10.3390/bs15010027
30. Wang, L., Qing, Q., Xia, F., Bai, X., Liu, J., Kong, X., Lee, I. (2018). Artificial Intelligence in the 21st Century. *IEE Access, 6*, 34403—34421. https://doi.org/10.1109/ACCESS.2018.2819688
31. Yau, J.Y., Saadat, S., Hsu, E., Murphy, L.S., Roh, J.S., Suchard, J., Tapia, A., Wiechmann, W., Langdorf, M.I. (2024). Accuracy of Prospective Assessments of 4 Large Language Model Chatbot Responses to Patient Questions About Emergency Care: Experimental Comparative Study. *Journal of Medical Internet Research, 4*(26), e60291. https://doi.org/10.2196/60291

Информация об авторах

Людмила Ивановна Ивахненко, кандидат медицинских наук, доцент, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (ФГАОУ ДПО РМАНПО Минздрава России), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0005-0583-8237, email: ivakhnenko-l@mail.ru

Вера Александровна Максименко, студент, Российский государственный социальный университет (ФГБОУ ВО «РГСУ»), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0005-7668-1134 e-mail: veramax05@mail.ru

Information about the authors

Lyudmila I. Ivakhnenko, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0009-0005-0583-8237, email: ivakhnenko-l@mail.ru

Vera A. Maksimenko, student of the Russian State Social University, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0009-0005-7668-1134, e-mail: veramax05@mail.ru

Вклад авторов

Ивахненко Л.И. — идеи исследования; формулировка концепции и целей исследования; составление стратегии поиска литературы; аннотирование и отбор публикаций; написание и оформление рукописи; организация и координация этапов обзора.

Максименко В.А. — аннотирование и отбор публикаций, написание и оформление рукописи, контактирование с редакцией.

Авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Lyudmila I. Ivakhnenko — study conception and design, development of the research idea and objectives, formulation of the literature search strategy, annotation and selection of publications, writing and preparation of the manuscript, organization and coordination of the review process.

Vera A. Maksimenko — annotation and selection of publications, writing and preparation of the manuscript, communication with the editorial office.

The authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Настоящее исследование не включает самостоятельных исследований с участием людей или животных. Все аннотируемые публикации содержат собственные декларации об этике.

Ethics statement

This study does not include original research involving human or animal participants. All reviewed publications contain their own ethics declaration.

Поступила в редакцию 18.07.2025 — Received 2025.07.18
Поступила после рецензирования 09.09.2025 — Revised 2025.09.09
Принята к публикации 11.11.2025 — Accepted 2025.11.11
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30

Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 70—93.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340304
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 70—93.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340304
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

Научная статья | Original paper

Влияние посттравматического стресса на динамику эмоционального состояния у пациентов с церебральной менингиомой после стереотаксической радиохирургии

Ю.Ю. Пенцак[1, 2] ✉
[1] Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, Москва, Российская Федерация;
[2] Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация
✉ pencakyy@mgppu.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Церебральная менингиома является наиболее распространенной доброкачественной опухолью центральной нервной системы. Несмотря на благоприятный прогноз после стереотаксической радиохирургии, значительная часть пациентов продолжают испытывать выраженный психологический дистресс. Особую роль в его формировании и хронификации играют симптомы посттравматического стресса, связанные как с актуальной ситуацией заболевания, так и с предшествующим психотравмирующим опытом. Сохранение симптомов эмоциональной дезадаптации, в том числе посттравматических, при объективно благоприятных результатах лечения с помощью стереотаксической радиохирургии свидетельствует об их психогенной природе и указывает на необходимость изучения роли посттравматического стресса в процессе адаптации к заболеванию. **Цель исследования**: изучить динамику эмоциональной дезадаптации, включая симптомы посттравматического стресса, у пациентов с церебральными менингиомами спустя шесть месяцев после стереотаксической радиохирургии, выявить траектории динамики эмоционального состоя-

© Пенцак Ю.Ю., 2026

CC BY-NC

ния пациентов и определить роль предшествующей психотравмы в их формировании. **Гипотеза исследования**: у части пациентов с церебральными менингиомами симптомы посттравматического стресса сохраняются после стереотаксической радиохирургии и не редуцируются самостоятельно при успешном лечении; наличие предшествующего психотравмирующего опыта является одним из предикторов неблагоприятной траектории динамики эмоционального состояния. **Методы и материалы**. В лонгитюдном исследовании приняли участие 62 пациента с церебральными менингиомами (91% женщины, средний возраст 57,8 лет), прошедшие повторное психологическое обследование спустя шесть месяцев после радиохирургии. Использовался методический комплекс: модифицированная методика «Градусник дистресса» Дж. Холланда, Шкала самооценки проявлений ПТСР (PCL-5), Шкала депрессии Бека, Шкала тревожности Спилбергера—Ханина, Опросник руминаций, Шкала соматосенсорной амплификации. Статистический анализ включал парный t-критерий Стьюдента, дисперсионный анализ с повторными измерениями, иерархический кластерный анализ и бинарную логистическую регрессию. Обработка данных выполнялась в IBM SPSS Statistics 23. **Результаты.** Спустя шесть месяцев после радиохирургии симптомы посттравматического стресса сохранились на исходном уровне ($p = 0{,}583$). Кластерный анализ выявил три траектории динамики эмоционального состояния после лечения: положительная динамика (43,5%), стабильное состояние (40,3%) и отрицательная динамика (16,1%). Регрессионный анализ установил значимые предикторы неблагоприятной траектории: предшествующий психотравмирующий опыт ($OR = 6{,}49$; $p < 0{,}01$), склонность к руминативному мышлению ($p < 0{,}01$) и молодой возраст ($p < 0{,}05$). **Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о стойкости симптомов посттравматического стресса после успешного лечения новообразований и подтверждают ключевую роль предшествующего психотравмирующего опыта в хронификации эмоциональной дезадаптации. Пациенты с психотравматическим анамнезом в 6,5 раза чаще демонстрируют ухудшение психологического состояния ($OR = 6{,}49$; $p < 0{,}01$). Результаты обосновывают необходимость целенаправленного скрининга и дифференцированного психологического сопровождения с учетом данного анамнеза на этапе подготовки к радиохирургии.

Ключевые слова: эмоциональная дезадаптация, посттравматический стресс, церебральная менингиома, стереотаксическая радиохирургия, психотравма

Для цитирования: Пенцак, Ю.Ю. (2026). Влияние посттравматического стресса на динамику эмоционального состояния у пациентов с церебральной менингиомой после стереотаксической радиохирургии. *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 70—93. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340304

The effect of post-traumatic stress on the dynamics of emotional state in patients with cerebral meningioma after stereotactic radiosurgery

Y.Y. Pentsak[1, 2] ✉
[1] Federation Scientific Research Institute of First Aid
named after N.V. Sklifosovsky, Moscow, Russian Federation
[2] Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation
✉ pensakyy@mgppu.ru

Abstract

Context and relevance. Cerebral meningioma is the most prevalent benign tumor of the central nervous system. Despite favorable outcomes following stereotactic radiosurgery (SRS), a considerable proportion of patients continues to experience significant psychological distress. Post-traumatic stress symptoms play a key role in the formation and chronification of emotional disadaptation, being associated both with the current illness situation and with prior traumatic experience. The persistence of emotional disadaptation symptoms, including post-traumatic ones, in the absence of tumor progression points to their predominantly psychogenic nature and highlights the need to examine the role of PTS in the dynamics of adaptation to the disease. **Objective.** To examine the longitudinal dynamics of emotional disadaptation, including post-traumatic stress symptoms, in patients with cerebral meningioma, identify individual adaptation trajectories, and determine the role of prior traumatic experience in their formation. **Methods and materials**. Sixty-two patients with CM (91% female, mean age 57,8 years) underwent repeated psychological assessment six months after SRS. The assessment battery included the modified Distress Thermometer (Holland), PCL-5, Beck Depression Inventory, Spielberger—Hanin Anxiety Scale, Ruminative Response Scale, and the Somatosensory Amplification Scale. Statistical analyses comprised paired-sample t-tests, repeated-measures ANOVA, hierarchical cluster analysis, and binary logistic regression (IBM SPSS Statistics 23). **Results.** At six months post-SRS, PTS symptoms remained at baseline levels ($p = 0,583$); statistically significant improvement was observed only for state anxiety ($p < 0,01$). Cluster analysis identified three adaptation trajectories: improvement (43,5%), stability (40,3%), and deterioration (16,1%). Logistic regression revealed three significant predictors of an unfavorable trajectory: prior traumatic experience ($OR = 6,49$; $p < 0,01$), elevated rumination ($p < 0,01$), and younger age ($p < 0,05$). **Conclusions.** The findings demonstrate the persistence of PTS symptoms after successful CM treatment and confirm the key role of prior traumatic experience in the chronification of emotional disadaptation. Patients with a traumatic history are 6,5 times more likely to show deterioration ($OR = 6,49$; $p < 0,01$). The

results support the need for targeted PTS screening and differentiated psychological support incorporating trauma history assessment at the pre-SRS stage.

Keywords: emotional disadaptation, post-traumatic stress, cerebral meningioma, stereotactic radiosurgery, traumatic experience

For citation: Pentsak, Y.Y. (2026). The effect of post-traumatic stress on the dynamics of emotional state in patients with cerebral meningioma after stereotactic radiosurgery. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 70—93. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2026340304

Введение

Церебральная менингиома (ЦМ) является наиболее распространенной из первичных внутричерепных новообразований, составляя около 40% от их общего числа. Несмотря на доброкачественный гистологический характер, постановка диагноза «опухоль головного мозга» является острым психологическим стрессом, нередко запускающим целый спектр эмоциональных расстройств — от тревожно-депрессивных реакций до клинически очерченных проявлений посттравматического стресса (ПТС) (Тарабрина, Харламенкова, Никитина, 2015; Харламенкова и др., 2018; Пенцак и др., 2025а).

Стереотаксическая радиохирургия (СРХ) является методом выбора при лечении ЦМ малого размера (до 3 см в диаметре), обеспечивая высокую частоту локального контроля при минимальном риске. Тем не менее завершение основной фазы лечения не всегда сопровождается нормализацией психологического состояния пациентов. Сохранение дистресса при отсутствии объективных признаков прогрессирования заболевания свидетельствует о независимости симптомов эмоциональной дезадаптации (ЭД) от клинических параметров опухоли и указывает на ведущую роль психологических факторов в ее патогенезе.

Согласно концепции кумулятивной травматизации (Crepaldi, Andreatta, 2021), накопление стрессогенных жизненных событий истощает адаптационный потенциал личности, повышая ее уязвимость к последующим стрессорам. Предшествующий психотравмирующий опыт, последствия которого проявляются симптомами посттравматического стресса (ПТС), рассматривается как устойчивый фактор риска ЭД при хронических соматических заболеваниях (Казымова, 2020; Auxéméry, 2012). Сама постановка диагноза «опухоль головного мозга» может выступать самостоятельным стрессогенным событием, запуская посттрав-

матические реакции у лиц без предшествующего психотравматического опыта (Тарабрина и др., 2015; Харламенкова и др., 2018). У пациентов же с отягощенным психотравматическим анамнезом наблюдается потенцирующий эффект: исходный уровень симптомов ПТС оказывается значительно выше, а сами симптомы — более стойкими (Пенцак и др., 2025б). Вместе с тем вопрос о том, каким именно образом прошлые стрессогенные события и связанные с ними симптомы ПТС модифицируют долгосрочный процесс адаптации к заболеванию и лечению, остается практически неизученным.

Актуальность настоящего исследования определяется потребностью в научном обосновании дифференцированного психологического сопровождения пациентов с ЦМ, направляемых на СРХ. Фокус на симптомах ПТС и их связи с предшествующим психотравматическим опытом позволяет не только расширить теоретические представления о психологических механизмах адаптации при нейроонкологических заболеваниях, но и предложить конкретные мишени психологической помощи — скрининг симптомов ПТС и сбор психотравматического анамнеза на этапе подготовки к СРХ.

Цель исследования — изучить динамику ЭД, включая симптомы ПТС, у пациентов с ЦМ спустя шесть месяцев после СРХ и определить роль предшествующей психотравмы в формировании различных траекторий динамики эмоционального состояния у пациентов.

Гипотеза исследования — у части пациентов с ЦМ симптомы ПТС сохраняются после СРХ и не редуцируются самостоятельно при успешном лечении; наличие предшествующего психотравмирующего опыта является одним из предикторов неблагоприятной траектории динамики эмоционального состояния.

Материалы и методы

Работа основана на результатах лонгитюдного психологического исследования пациентов с ЦМ, проходивших СРХ в Центре радиохирургии ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ». Психологическое обследование проводили в день лечения перед наложением стереотаксической рамы (этап Т1) и спустя полгода при контрольном посещении врача-нейрохирурга (этап Т2).

В исследование были включены 62 пациента: 58 женщин (91%) и 4 мужчины (9%). Это согласуется с данными об эпидемиологии — ЦМ чаще

встречаются у женщин, чем у мужчин, в соотношении 8:1 (Wiemels et al., 2010). Средний возраст выборки — 57,8 года (от 30 до 78 лет). У всех пациентов отмечалось бессимптомное течение ЦМ диаметром ≤ 2 см, отсутствовали сопутствующие первичные и вторичные опухоли, доминирующие неопухолевые заболевания ЦНС и когнитивное снижение (показатель Краткой шкалы оценки психического статуса, MMSE ≥ 29 баллов). Функциональный статус по шкале Карновского составлял 80—100 баллов. Срок верифицированного диагноза на момент первичной диагностики — не менее трех месяцев. К моменту повторного обследования все пациенты прошли контрольное МРТ-исследование головного мозга, по данным которого отмечена стабилизация размеров опухоли и отсутствие негативных постлучевых реакций. Все участники подписали информированное согласие.

Психологическая диагностика на обоих этапах включала идентичный методический комплекс. Для ***оценки симптомов ЭД*** использовались следующие методики.

— *Модифицированная методика «Градусник дистресса» Дж. Холланда.* Инструмент применялся для субъективной оценки уровня психологического дистресса, связанного с заболеванием. Помимо общей оценки дистресса по 10-балльной шкале, пациентам предлагалось конкретизировать основные его источники (озабоченность отдаленными последствиями заболевания и лечения, неопределенность относительно эффективности предстоящего лечения, страх рецидива или прогрессирования опухоли, страх перед процедурой СРХ, страх изменений в привычном укладе жизни, социальном и профессиональном функционировании, беспокойство о возможных финансовых проблемах); им также задавались вопросы о ресурсах, помогающих справляться со стрессом.

— *Шкала самооценки проявлений ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PLP-5)* в русскоязычной адаптации Н.В. Тарабриной: оценка выраженности симптомов ПТС.

— *Шкала депрессии А. Бека* в адаптации Н.В. Тарабриной: оценка депрессивной симптоматики).

— *Шкала тревожности Спилбергера—Ханина*: оценка ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности.

Для исследования ***психологических особенностей*** пациентов использовались следующие методики.

— *Опросник руминативного мышления (RRS)* в русскоязычной адаптации О.Д. Пуговкиной, А.Б. Холмогоровой, А.Д. Сыроквашиной, М.А. Истомина: оценка склонности к застреванию на повторяющихся неприятных мыслях и воспоминаниях.

— *Опросник соматосенсорной амплификации (SAS)* в русскоязычной адаптации А.А. Золотаревой: оценка склонности расценивать соматические и висцеральные ощущения как интенсивные, вредные, фиксироваться на них.

Также, согласно разработанной нами анкете, проводилась *клиническая беседа в формате полуструктурированного интервью*, куда были включены социально-демографические данные, вопросы, связанные с отношением к ситуации заболевания, а также вопрос о наличии предшествующего психотравмирующего опыта. Из 62 обследованных 30 пациентов (48%) не имели предшествующего психотравмирующего опыта, а 32 пациента (52%) сообщили о наличии стрессогенных событий (СГС) до постановки диагноза менингиомы, которые до сих пор не утратили своей значимости. При положительном ответе уточнялись характер события, его давность, а также субъективная оценка его тяжести и психологических последствий. Типы СГС, их давность и субъективная интенсивность описаны нами ранее, где значимых различий выраженности симптомов ЭД между пациентами с разным сроком давности СГС выявлено не было, что согласуется с критерием отбора событий, сохраняющих актуальную значимость (Пенцак и соавт., 2025б). В настоящей работе наличие СГС использовалось как дихотомический предиктор.

В работе применялись следующие *методы статистической обработки:* проверка нормальности распределения (критерий Колмогорова—Смирнова), парный t-критерий Стьюдента с расчетом d Коэна, дисперсионный анализ с повторными измерениями (repeated measures ANOVA), иерархический кластерный анализ (метод Уорда, квадрат евклидова расстояния), однофакторный дисперсионный анализ (one-way ANOVA) с post-hoc критерием Tukey HSD, бинарный логистический регрессионный анализ с предварительной оценкой мультиколлинеарности предикторов (фактор инфляции дисперсии (VIF) и показатель толерантности), критерий χ^2 Пирсона. Обработка данных осуществлялась в IBM SPSS Statistics 23. Достоверными считали данные при $p < 0,05$.

Результаты

На первом этапе анализа проводилась оценка динамики показателей эмоциональной дезадаптации через шесть месяцев после СРХ. Результаты сопоставления средних показателей ЭД на этапах Т1 (накануне СРХ) и Т2 (спустя шесть месяцев) представлены в табл. 1.

Таблица 1 / Table 1

Сравнение показателей эмоциональной дезадаптации накануне СРХ (T1) и через шесть месяцев после СРХ (T2) (n= 62)
Comparison of indicators of emotional maladaptation on the eve of CRS (T1) and six months after CRS (T2) (n = 62)

Показатель / Parameters	**T1 (M ± SD)**	**T2 (M ± SD)**	**Δ**	**t**	**p-value**	**d Коэна**
Дистресс / Distress	5,2 ± 2,48	4,8 ± 2,44	0,4	1,65	0,104	0,21
Симптомы ПТС / Symptoms of PTS	18,9 ± 15,24	18,1 ± 14,08	0,8	0,55	0,583	0,07
Симптомы депрессии / Symptoms of depression	10,1 ± 6,84	10,2 ± 7,30	–0,1	–0,14	0,886	–0,02
Ситуативная тревожность / Situational anxiety	42,2 ± 9,23	39,3 ± 8,48	2,9	3,31	< 0,01*	0,42
Личностная тревожность / Personal anxiety	44,6 ± 10,40	44,3 ± 9,50	0,3	0,30	0,762	0,04

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; Δ — разница средних (T1—T2); t — парный t-критерий Стьюдента для зависимых выборок; «*» — различия значимы при p <0,01; d — величина эффекта d Коэна.
Note: M — the average value; SD — the standard deviation; Δ — the difference of averages (T1—T2); t — the paired Student's t-test for dependent samples; «*» — differences are significant at p <0,01; d — the magnitude of the Cohen's d effect.

Результаты демонстрируют отсутствие статистически значимых изменений по большинству параметров ЭД (табл. 1). Единственной переменной, показавшей значимую положительную динамику, оказалась ситуативная тревожность ($p < 0,01$, $d = 0,42$), что отражает снижение остроты реакции на завершение процедуры лечения в отсроченном периоде. Показатели дистресса ($p = 0,104$), депрессии ($p = 0,886$) и симптомов ПТС ($p = 0,583$) остались стабильными. Личностная тревожность также не изменилась ($p = 0,762$), что согласуется с теоретиче-

скими представлениями о личностной тревожности как относительно стабильной индивидуальной характеристике, мало подверженной ситуативным изменениям.

Важно отметить, что средние значения в точке Т2 по основным параметрам сохранялись выше нормативных уровней: дистресс — 4,8 балла, ситуативная тревожность — 39,3 балла, депрессия — 10,1 балла. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что спустя шесть месяцев после клинически успешного лечения значительная доля пациентов продолжают испытывать психологический дискомфорт.

Анализ структуры распределения по уровням выраженности симптомов выявил феномен поляризации по показателю дистресса: при стабильных средних значениях доля пациентов с высоким уровнем дистресса за период наблюдения выросла почти вдвое — с 11% до 21% (рис. 1).

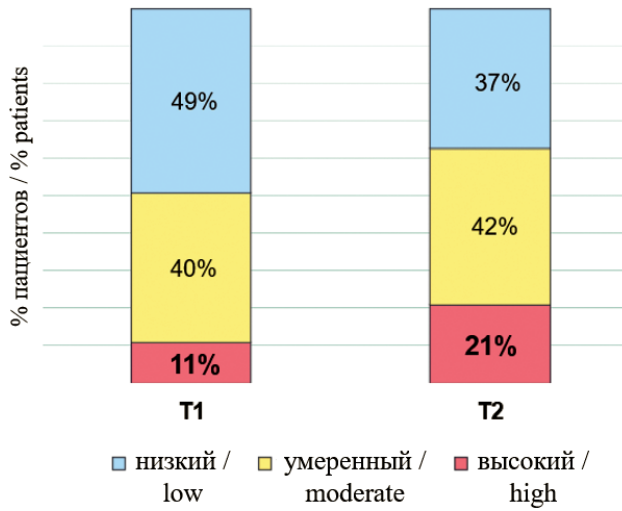


Рис. 1. Распределение по уровню выраженности дистресса в динамике (n = 62)
Fig. 1. Distribution according to the severity of distress in dynamics (n = 62)

Полученный результат указывает на значительную гетерогенность индивидуальных траекторий динамики эмоционального состояния пациентов, скрытую при анализе средних значений. Данный факт стал основанием для выявления паттернов индивидуальных изменений и определения различных траекторий динамики эмоционального состояния и их психологических детерминант. С этой целью

был проведен иерархический кластерный анализ с использованием метода Уорда и квадрата евклидова расстояния. В качестве переменных выступали изменения Δ (T2 — T1) по основным показателям ЭД (табл. 2).

Таблица 2 / Table 2

Сравнение изменений показателей эмоциональной дезадаптации накануне СРХ (T1) и через шесть месяцев после СРХ (T2) в группах с различными траекториями динамики эмоционального состояния (n = 62)
Comparison of changes in indicators of emotional maladaptation on the eve of CPX (T1) and six months after CPX (T2) in groups with different trajectories of emotional state dynamics (n = 62)

Показатель / Parameters	Положительная динамика / Positive change (n = 27)	Динамика без изменений / No change (n = 25)	Отрицательная динамика / Negative change (n = 10)	F / p
Δ Дистресс / Distress	−2,5 ± 0,8	0,0 ± 0,5	+2,3 ± 0,7	F=156,3*
Δ Ситуативная тревожность / Situational anxiety	−5,2 ± 2,1	−0,2 ± 1,0	+4,3 ± 1,5	F=98,7*
Δ Личностная тревожность / Personal anxiety	−3,1 ± 1,6	0,1 ± 0,8	+5,2 ± 2,0	F=87,4*
Δ Депрессия / Depression	−4,3 ± 1,8	−0,1 ± 1,1	+6,1 ± 2,3	F=102,5*
Δ ПТС / PTS	−6,5 ± 2,3	0,3 ± 1,5	+8,4 ± 2,8	F=121,8*

Примечание: Δ — изменение средних показателей (T2—T1): отрицательные значения — снижение (улучшение), положительные — рост (ухудшение); «*» — различия значимы при p < 0,001 (ANOVA).
Note: Δ — change in averages (T2—T1): negative values — decrease (improvement), positive values — increase (deterioration); «*» — significant at p < 0,001 (ANOVA).

Кластерный анализ подтвердил наличие трех качественно различных траекторий динамики эмоционального состояния (табл. 2).

Группа пациентов с положительной динамикой (n = 27, 43,5%) характеризуется снижением показателей ЭД по всем параметрам. Пациенты данной группы успешно адаптировались и демонстрируют благоприятный психологический прогноз. Группа без значимых изменений (n = 25, 40,3%) включает пациентов со стабильным уровнем дистресса, которые

нуждаются в профилактических психологических интервенциях. Группа с отрицательной динамикой (n = 10, 16,1%) представлена пациентами, у которых психологическое состояние достоверно ухудшилось. Именно они объясняют феномен удвоения доли пациентов с высоким уровнем дистресса в общей выборке. Данная группа требует активного психологического вмешательства.

Сравнительный анализ исходных характеристик трех кластеров (табл. 3) показал, что группы не различались значимо по исходным уровням дистресса, депрессии и симптомов ПТС, что снижает вероятность артефакта регрессии к среднему. Вместе с тем выявлены значимые различия по четырем параметрам, позволяющим рассматривать их как проспективные предикторы траектории.

Таблица 3 / Table 3

Исходные характеристики (T1) в группах с различными траекториями динамики эмоционального состояния (N = 62)
Initial characteristics (T1) in groups with different trajectories of emotional state dynamics (N = 62)

Характеристика / Characteristics	**Положительная динамика / Positive changes (n = 27) M ± SD**	**Без изменений / Without changes (n = 25) M ± SD**	**Отрицательная динамика / Negative changes (n = 10) M ± SD**	**F / p**	**Post-hoc**
Руминации / Rumination	28,4 ± 8,2[a]	35,8 ± 7,9[b]	41,0 ± 9,1[c]	F = 12,83**	1 < 2< 3
Соматосенсорная амплификация / Somatosensory amplification	22,8 ± 6,1[a]	27,4 ± 5,8[b]	31,2 ± 6,9[c]	F = 9,47**	1 < 2 < 3
Ситуативная тревожность / Situational anxiety	40,2 ± 8,5[a]	43,8 ± 9,2[a, b]	47,6 ± 10,3[b]	F = 3,52*	1 < 3
Возраст / Age	58,2 ± 7,4[a]	56,1 ± 8,2[a, b]	52,3 ± 6,8[b]	F = 3,18*	1 > 3
Дистресс / Distress	5,8 ± 2,1	4,9 ± 2,3	5,1 ± 2,6	F = 0,95	-
Депрессия / Depression	10,2 ± 6,5	11,8 ± 7,2	8,9 ± 7,4	F = 0,87	-

Характеристика / Characteristics	**Положительная динамика / Positive changes (n = 27) M ± SD**	**Без изменений / Without changes (n = 25) M ± SD**	**Отрицательная динамика / Negative changes (n = 10) M ± SD**	**F / p**	**Post-hoc**
Симптомы ПТС / Symptoms of PTS	21,3 ± 14,2	17,8 ± 15,6	16,2 ± 16,8	F = 0,62	-

Примечание: M — средние значения; SD — стандартное отклонение; F — F-статистика однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA); «*» — различия значимы при $p < 0,05$; «**» — различия значимы при $p < 0,001$. Post-hoc: попарные сравнения по методу Tukey HSD. Одинаковые надстрочные буквы (^{a}, ^{b}, ^{c}) — отсутствие значимых различий; разные надстрочные буквы (^{a}, ^{b}, ^{c}) — наличие значимых различий ($p < 0,05$).

Note: M is the average values, SD is the standard deviation. F — F is the statistics of univariate analysis of variance (ANOVA); the differences are significant at «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,001$. Post-hoc: pairwise comparisons using the Tukey HSD method. Identical superscript letters (^{a}, ^{b}, ^{c}) indicate the absence of significant differences; different ones indicate the presence of significant differences ($p < 0,05$).

Наиболее выраженным градиентным эффектом характеризуется склонность к руминациям ($F = 12,83$; $p < 0,001$) и соматосенсорной амплификации ($F = 9,47$; $p < 0,001$). По обоим показателям все три группы значимо различались между собой ($p < 0,05$ для всех попарных сравнений). Это свидетельствует о дозозависимом влиянии данных характеристик: чем выраженнее склонность к навязчивому обдумыванию негативных переживаний и фиксации на телесных ощущениях, тем выше риск неблагоприятной траектории динамики. По ситуативной тревожности и возрасту различия обнаружены лишь между крайними группами ($p < 0,05$), что характеризует пороговый, а не линейный характер влияния этих факторов (рис. 2).

Для выявления предикторов принадлежности к группе с отрицательной динамикой был проведен бинарный логистический регрессионный анализ (табл. 4).

Результаты логистической регрессии показали, что итоговая модель оказалась статистически значимой ($\chi^2 = 32,47$; $p < 0,001$) и объясняет 48% дисперсии зависимой переменной (Nagelkerke $R^2 = 0,48$), где наиболее мощным предиктором выступило наличие предшествующей психотравмы (OR = 6,49; 95% CI [1,72—24,48]; $p < 0,01$) (рис. 3).

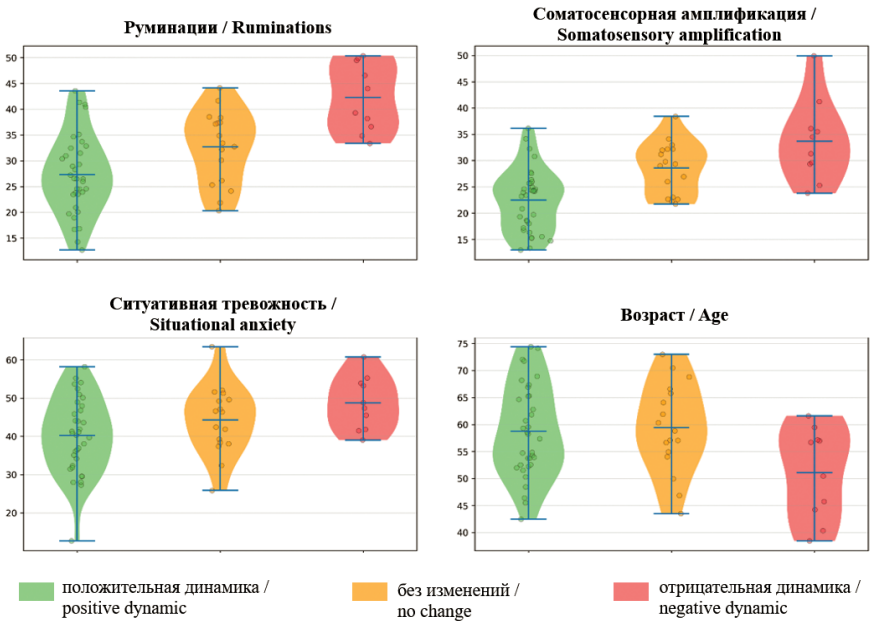


Рис. 2. Предикторы траекторий динамики эмоционального состояния на этапе подготовки к CPX (Violin plots) (n = 62)
Fig. 2. Predictors of trajectories of emotional state dynamics at the stage of preparation for CRS (Violin plots) (n = 62)

Таблица 4 / Table 4

Результаты бинарной логистической регрессии: предикторы принадлежности к группе с отрицательной динамикой (n = 62)
Binary logistic regression results: predictors of belonging to a group with negative dynamics (n = 62)

Предиктор / Predictors	B	SE	Wald	p	OR	95% CI
Предшествующая психотравма / Previous psychotrauma	1,87	0,68	7,52	< 0,01**	6,49	[1,72—24,48]
Руминации / Ruminations	0,12	0,04	8,94	< 0,01**	1,13	[1,04—1,22]
Возраст / Age	−0,06	0,03	4,21	< 0,05*	0,94	[0,89—0,99]
Соматосенсорная амплификация / Somatosensory amplification	0,08	0,05	2,56	0,11	1,08	[0,98—1,19]

Предиктор / Predictors	B	SE	Wald	p	OR	95% CI
Симптомы ПТС / Symptoms of PTS	0,02	0,02	1,12	0,29	1,02	[0,98—1,06]

Примечание: B — коэффициент регрессии; SE — стандартная ошибка; OR — отношение шансов; CI — доверительный интервал. Модель: $\chi^2 = 32,47$; $p < 0,001$; Nagelkerke $R^2 = 0,48$.
Note: B is the regression coefficient; SE is the standard error; OR is the odds ratio; CI is the confidence interval. Model: $\chi 2 = 32,47$; $p < 0,001$; Nagelkerke $R^2 = 0,48$.



Рис. 3. Предикторы неблагоприятной траектории динамики эмоционального состояния (n = 62)
Fig. 3. Predictors of an unfavorable trajectory of emotional state dynamics (n = 62)

Пациенты с предшествующей психотравмой имеют в 6,5 раза более высокие шансы демонстрировать отрицательную динамику по сравнению с теми, кто подобного опыта не имеет. Склонность к руминативному мышлению ($p < 0,01$) закономерным образом оказалась еще одним значимым фактором, увеличивающим вероятность неблагоприятного исхода, причем руминации операционализированы как устойчивая характеристика когнитивного стиля, а не как симптом ПТС. Возраст в данном случае оказывает защитное действие ($p < 0,05$): каждый дополнительный год снижает риск ухудшения на 6%. Поскольку в модель были включены концептуально близкие предикторы — наличие предшествующей психотравмы

(бинарный признак) и выраженность симптомов ПТС по PCL-5 (непрерывная шкала), — модель была проверена на мультиколлинеарность. Все значения VIF не превышали 2,5 (толерантность > 0,4), что существенно ниже общепринятого порога коллинеарности (VIF > 5).

Для углубленного анализа роли психотравматического опыта в проживании текущей стрессогенной ситуации выборка была разделена на две группы: пациенты без предшествующей психотравмы (n = 30, 48,4%) и пациенты с таковым опытом (n = 32, 51,6%). Сравнительный анализ динамики ЭД в группах проводился методом дисперсионного анализа с повторными измерениями (табл. 5).

Таблица 5 / Table 5

Динамика показателей ЭД в группах с наличием и отсутствием предшествующей психотравмы (n = 62)
Dynamics of ED indicators in groups with the presence and absence of previous psychotrauma (n = 62)

Показатель / Indicator	Группа / Group	T1 (M ± SD)	T2 (M ± SD)	F (время / time)	p	F (взаимод. / interaction)	p
Дистресс / Distress	Без психотравмы / Without psychotrauma	4,1 ± 2,3	3,2 ± 2,1	21,34	< 0,001***	8,76	0,01**
	С психотравмой / With psychotrauma	6,2 ± 2,2	5,3 ± 2,6				
Ситуативная тревожность / Situational anxiety	Без психотравмы / Without psychotrauma	38,2 ± 10,1	34,1 ± 9,8	16,87	< 0,001***	5,42	0,04*
	С психотравмой / With psychotrauma	46,4 ± 10,2	41,7 ± 11,7				
Симптомы ПТС / Symptoms or PTS	Без психотравмы / Without psychotrauma	15,3 ± 11,8	13,4 ± 11,2	6,34	0,04*	4,12	0,04*

Показатель / Indicator	Группа / Group	T1 (M ± SD)	T2 (M ± SD)	F (время / time)	p	F (взаимод. / interaction)	p
	С психотравмой / With psychotrauma	27,8 ± 15,4	24,6 ± 16,8				

Примечание: F(время) — эффект времени; F(взаимод.) — эффект взаимодействия время×группа; «*» — различия значимы при $p < 0,05$; «**» — различия значимы при $p < 0,01$; «***» — различия значимы при $p < 0,001$.
Note: F(time) is the effect of time; F(interaction) is the effect of time×group interaction; differences are significant at «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$; «***» — $p < 0,001$.

Анализ данных показывает качественные различия в процессе адаптации между двумя группами. По показателю дистресса обе группы демонстрируют статистически значимое снижение ($p < 0,001$), однако значимый эффект взаимодействия «время × группа» ($p < 0,01$) указывает на принципиальное различие в характере этой динамики. Пациенты без психотравматического опыта переходят от умеренно повышенного уровня дистресса (M = 4,1 балла) к нормативным значениям (M = 3,2 балла), тогда как у пациентов с СГС снижение этого показателя незначительно и остается в диапазоне повышенного уровня (исходно: M = 6,2; спустя полгода — M = 5,3).

Таким образом, абсолютное снижение выраженности показателей эмоционального дистресса в обеих группах сопоставимо (~0,9 балла), однако лишь первая группа достигает психологического благополучия. Аналогичная закономерность прослеживается по ситуативной тревожности: при сопоставимом абсолютном снижении пациенты с СГС остаются в клинически значимом диапазоне тревожности спустя шесть месяцев после успешного лечения. По симптомам ПТС, эффект взаимодействия также значим ($p < 0,05$): психотравматический анамнез не только повышает исходный уровень посттравматической симптоматики, но и замедляет ее редукцию. Распределение пациентов по траекториям динамики эмоционального состояния в зависимости от наличия психотравматического опыта представлено в табл. 6.

Наличие психотравматического анамнеза значимо связано с характером траектории динамики состояния ($\chi^2 = 11,24$; $p < 0,01$). Среди пациентов без СГС более половины (56,7%) демонстрируют благоприятную траекторию с позитивной динамикой и лишь 6,7% — ухудшение. В группе с СГС кар-

Таблица 6 / Table 6

Распределение пациентов по траекториям динамики эмоционального состояния в зависимости от наличия предшествующей психотравмы (n = 62)

The distribution of patients according to the trajectories of the dynamics of the emotional state, depending on the presence of previous psychotrauma (n = 62)

Траектория динамики / Trajectories of the dynamics	Без психотравмы / Without psychotrauma		С психотравмой / With psychotrauma		χ^2	p
	N = 30	%	N = 32	%		
Положительная / Positive	17	56,7	10	31,3	11,24	**< 0,01***
Без изменений / Without changes	11	36,7	14	43,8		
Отрицательная / Negative	2	6,7	8	25,0		

Примечание: «*» — различия значимы при p < 0,01, критерий χ^2 Пирсона.
Note: «*» — the differences are significant at p < 0,01, Pearson's $\chi 2$ criterion.

тина иная: положительная динамика отмечается лишь у трети пациентов (31,3%), тогда как четверть (25%) показывают отрицательную динамику, несмотря на объективно успешные результаты лечения (рис. 4).

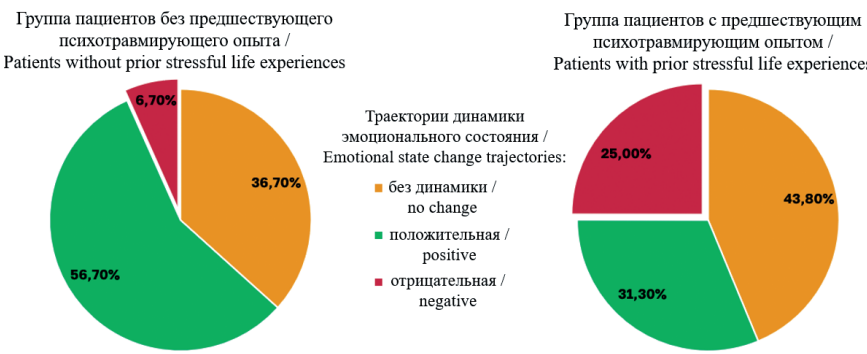


Рис. 4. Распределение пациентов с СГС и без СГС по траекториям динамики эмоционального состояния (n = 62)
Fig. 4. Distribution of patients with and without psychotrauma according to the trajectories of emotional state dynamics (n = 62)

Полученные данные согласуются с представлением о кумулятивном эффекте стресса: предшествующие стрессогенные события, вероятно, истощают адаптационные ресурсы личности, повышая уязвимость к последующим стрессорам и затрудняя психологическую адаптацию. Выявленные различия в динамике не связаны с клиническими характеристиками опухоли или результатами СРХ — по нейровизуализационным данным у всех 62 пациентов зафиксирована стабилизация размеров новообразования и отсутствие постлучевых осложнений.

Обсуждение результатов

Основным результатом настоящего исследования является лонгитюдное подтверждение стойкости симптомов посттравматического стресса у пациентов с ЦМ после СРХ. На протяжении шести месяцев после клинически успешного лечения средние значения по шкале PCL-5 остались стабильными ($p = 0{,}583$), тогда как по данным нейровизуализации у всех пациентов зафиксирована стабилизация опухоли. Это позволяет предполагать, что посттравматическая симптоматика в большей мере связана с психологическими, чем с клиническими факторами. Сохранение уровня дистресса и депрессии на фоне благоприятного медицинского прогноза дополнительно подтверждает психогенную природу ЭД у данной категории пациентов.

Данный вывод согласуется с результатами Тарабриной и соавт. (2015) и Харламенковой и соавт. (2018), показавших, что симптомы ПТС у пациентов с менингиомой не зависят от нейрохирургических параметров и определяются психологическими характеристиками личности. Согласно данным нашей предшествующей публикации (Пенцак и др., 2025Б), уже на этапе подготовки к СРХ пациенты с психотравматическим анамнезом демонстрировали значимо более высокий уровень симптомов ПТС по всем субшкалам PCL-5. Настоящее исследование впервые прослеживает динамику этих симптомов: они не только сохраняются, но у пациентов с отягощенным анамнезом остаются стабильно выше спустя полгода после лечения.

Наиболее значимым предиктором неблагоприятной траектории оказалось наличие предшествующего психотравмирующего опыта (OR = 6,49). С точки зрения нейробиологии травматического стресса, повторные психотравмы сенсибилизируют гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, что приводит к гиперреактивности системы стрессового реагирования при столкновении с новым стрессором (Aux m ry, 2012). В данном контексте диагноз ЦМ

и предстоящая СРХ воспринимаются через призму уже сложившейся травматической апперцепции, запуская полноценную посттравматическую реакцию. Как показывают данные нашей предшествующей публикации, у пациентов с СГС исходный уровень симптомов ПТС был значимо выше (Пенцак и др., 2025Б). Настоящее лонгитюдное исследование демонстрирует, что эти симптомы сохраняются и через полгода после лечения. Сопоставимые данные получены в исследовании Казымовой (2020), показавшей, что у пациентов с опухолями головного мозга, имеющих психотравматический анамнез, уровень посттравматического стресса достоверно выше, чем у пациентов без такого анамнеза. Наши данные расширяют это наблюдение, показывая стойкость данного паттерна в лонгитюдной перспективе.

Выявленная роль руминаций, как второго по значимости предиктора неблагоприятной траектории динамики эмоционального состояния, особенно значима в контексте ПТС-симптоматики. Важно отметить, что руминации и симптомы ПТС соотносятся не как конкурирующие предикторы, а как диспозиция и состояние: RRS измеряет устойчивую склонность застревать в циклических размышлениях, а PCL-5 — актуальную выраженность симптомов на момент обследования. Ранее на выборке этапа подготовки к СРХ нами было показано, что влияние руминаций на дистресс полностью опосредовано симптомами ПТС: косвенный эффект $\beta = 0{,}070$ (95% ДИ [0,029; 0,110]; $p < 0{,}001$) при незначимом прямом эффекте ($\beta = 0{,}008$; $p = 0{,}762$), доля медиации — 89,4% (Пенцак и соавт., 2026). Именно поэтому руминации оказываются более информативным предиктором шестимесячной траектории, чем однократный срез симптомов ПТС в точке Т1, поскольку они отражают не текущий уровень симптоматики, а склонность к ее воспроизведению и хронификации во времени. Руминативное мышление является одним из ключевых механизмов поддержания посттравматических симптомов: навязчивое воспроизведение травматических воспоминаний препятствует их эмоциональной переработке и поддерживает хроническую гиперактивацию тревожного реагирования (Cohee et al., 2021). Примечательно, что в нашем исследовании склонность к руминативному мышлению оказывает дозозависимый эффект на траекторию динамики ($F = 12{,}83$; $p < 0{,}001$): чем выше исходный уровень руминаций, тем менее успешной оказывалась психологическая переработка стресса, связанного с заболеванием. Это открывает перспективы как для скрининга (включение опросника руминаций в предоперационную диагностику), так и для интервенции (методы, направленные на прерывание руминативных циклов, такие как КПТ, EMDR, майндфулнес-подходы).

Охранительный эффект возраста (снижение шансов ухудшения на 6% за каждый год) в контексте ПТС может быть объяснен накопленным жизненным опытом совладания с потерями и кризисами, большей психологической зрелостью и способностью к принятию. Однако размер данного эффекта невелик (OR = 0,94; 95% CI [0,89—0,99]). Верхняя граница доверительного интервала примыкает к единице, а различие среднего возраста между крайними группами составляет около шести лет (52,3 и 58,2 года). Поэтому возрастной эффект следует интерпретировать как статистическую тенденцию, клиническая значимость которой требует подтверждения на большей выборке. Ряд исследований показывает, что молодые пациенты с онкологическими диагнозами чаще демонстрируют интенсивные посттравматические реакции: диагноз угрожает не только жизни, но и нереализованным жизненным планам, профессиональной и репродуктивной идентичности, что усиливает субъективную тяжесть травматического опыта.

Следует учитывать и альтернативные объяснения отрицательной траектории. Наряду с психологическими механизмами вклад могут вносить отсроченные побочные эффекты СРХ субклинического уровня (астения, головные боли), тревога ожидания перед контрольным МРТ-исследованием, совпадающим с точкой Т2, а также сезонные колебания аффекта. Разграничение этих влияний требует дизайна с контрольной группой и большим числом точек наблюдения.

Определение лечения как клинически успешного опирается на нейроонкологические критерии, такие как стабилизация размеров опухоли и отсутствие постлучевых осложнений. Полученные данные показывают, что этого критерия недостаточно, поскольку при благоприятном соматическом исходе у части пациентов психологическое состояние не улучшается или даже ухудшается. С позиций онкопсихологии психологическое благополучие целесообразно рассматривать как самостоятельный компонент успешности лечения.

Выводы

1. Спустя шесть месяцев после клинически успешной СРХ у пациентов с ЦМ показатели дистресса, депрессии и симптомов ПТС остались стабильными при сохранении средних значений выше нормативных уровней, что свидетельствует о стойкости ЭД, не разрешающейся самостоятельно при успешном лечении.

2. Иерархический кластерный анализ выявил три различные траектории динамики эмоционального состояния у пациентов после СРХ: по-

ложительная динамика (43,5%), стабильное состояние (40,3%) и отрицательная динамика (16,1%). Гетерогенность траекторий не определяется клиническими характеристиками или результатами СРХ, что подтверждает ведущую роль психологических факторов.

3. Значимыми предикторами неблагоприятной траектории динамики (бинарная логистическая регрессия, Nagelkerke $R^2 = 0,48$) являются наличие предшествующего психотравмирующего опыта ($OR = 6,49$; $p < 0,01$), высокий уровень руминаций ($p < 0,01$) и молодой возраст ($p < 0,05$).

4. Наличие психотравматического опыта достоверно связано с менее благоприятным профилем адаптации: среди пациентов, имеющих стрессогенные события, положительная динамика наблюдается лишь у 31,3% против 56,7% у пациентов без предшествующей психотравматизации, тогда как ухудшение — у 25,0% против 6,7% соответственно ($\chi^2 = 11,24$; $p < 0,01$). Выявленные различия в динамике ассоциированы с кумулятивным эффектом стресса и не объясняются клиническими параметрами заболевания или лечения, а корреляционный характер дизайна не позволяет делать выводы о причинной обусловленности.

Полученные данные обосновывают необходимость дифференцированного психологического сопровождения пациентов с ЦМ: своевременное выявление факторов риска (психотравматический анамнез, высокий уровень руминаций, молодой возраст) на этапе подготовки к СРХ позволит формировать группы, нуждающиеся в психологическом сопровождении.

Ограничения. Существенным ограничением дизайна является отсутствие контрольной группы пациентов с ЦМ, не получавших СРХ либо получавших иное лечение. Поэтому нельзя однозначно утверждать, что выявленные траектории связаны именно с процессом лечения, а не с естественным течением психологических симптомов или с эффектом регулярных контактов с медицинским персоналом. К числу ограничений также относятся относительно небольшой объем выборки ($n = 62$), ограничивающий статистическую мощность для выявления малых эффектов, и использование единственной контрольной точки (6 месяцев), не позволяющей оценить долгосрочную стабильность выявленных траекторий. Учет влияния СГС представлен в виде дихотомического предиктора, хотя характер и давность СГС проанализированы нами ранее в другой статье на данной выборке; в настоящей работе они не были операционализированы количественно, что не позволяет оценить кумулятивную травматическую нагрузку и предполагает содержательную неоднородность группы с СГС ($n = 32$). Гендерный дисбаланс выборки

(91% женщин), обусловленный эпидемиологией, не позволяет распространить полученные результаты на пациентов мужского пола. Также не учитывались отдельные потенциально значимые факторы адаптации — уровень социальной поддержки, копинг-стратегии и индивидуальные личностные характеристики. Перечисленные ограничения определяют направления для последующих исследований.

Limitations. The limitations of this study include: the absence of a control or comparison group (patients with cerebral meningioma who did not undergo SRS or who received other treatment), which is the most substantial design limitation and does not allow the identified trajectories to be attributed specifically to the treatment process rather than to the natural course of psychological symptoms or to the effect of regular contact with medical staff; a relatively small sample size (n=62), which limits the statistical power to detect small effects; the use of a single control point (6 months), which does not allow assessing the long-term stability of the identified trajectories; the operationalisation of previous traumatic experience as a dichotomous predictor: the nature and recency of stressful events were clarified during the interview and have been analysed by us previously in a broader sample of the same study, but they were not quantified in the present work, which does not allow the cumulative traumatic load to be estimated and implies substantive heterogeneity of the group with stressful events (n=32); a pronounced gender imbalance of the sample (91% women), owing to which the results cannot be generalised to male patients. Some potentially significant adaptation factors, such as the level of social support, coping strategies, and individual personality characteristics, were not taken into account. These limitations determine the directions for further research.

Список источников / References

1. Казымова, Н.Н. (2020). Посттравматический стресс и предшествующий травматический опыт в раннем взрослом возрасте. *Общество: социология, психология, педагогика, 12*(80), 157—160. https://doi.org/10.24158/spp.2020.12.29
   Kazymova, N.N. (2020). Post-traumatic stress and previous traumatic experiences in early adulthood. *Society: sociology, psychology, pedagogy, 12*(80), 157—160. https://doi.org/10.24158/spp.2020.12.29 (In Russ.).
2. Пенцак, Ю.Ю., Холмогорова, А.Б., Евдокимова, О.Л., Гринь, А.А. (2025). Психоэмоциональные особенности лиц с диагнозом «менингиома головного мозга». *Современная зарубежная психология, 14*(1), 36—44. https://doi.org/10.17759/jmfp.2025140104
   Pentsak, Y.Y., Kholmogorova, A.B., Evdokimova, O.L., Grin A.A. (2025). Psychoemotional Characteristics of People Diagnosed with Meningioma. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Journal of Modern Foreign Psychology, 14*(1), 36—44. https://doi.org/10.17759/jmfp.2025140104 (In Russ.).

3. Пенцак, Ю.Ю., Холмогорова, А.Б., Евдокимова, О.Л., Гринь, А.А. (2025). Влияние предшествующего психотравмирующего опыта на эмоциональную дезадаптацию у пациентов с церебральной менингиомой, проходящих стереотаксическую радиохирургию. *Клиническая и специальная психология, 14*(4), 19—38. https://doi.org/10.17759/cpse.2025140402
Pentsak, Y.Y., Kholmogorova, A.B., Evdokimova, O.L., Grin, A.A. (2025). The effect of previous traumatic experiences on emotional disadaptation in patients with cerebral meningioma undergoing stereotactic radiosurgery. *Clinical Psychology and Special Education, 14*(4), 19—38. https://doi.org/10.17759/cpse.2025140402 (In Russ.).
4. Пенцак, Ю.Ю., Холмогорова, А.Б., Евдокимова, О.Л., Гринь, А.А. (2026). Опухолеассоциированные психологические и социодемографические факторы дистресса у пациентов с церебральной менингиомой, проходящих стереотаксическую радиохирургию . *Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование», 2*, 50—71. https://doi.org/10.28995/2073-6398-2026-2-50-71
Pentsak, Yu.Yu., Kholmogorova, A.B., Evdokimova, O.L., Grin, A.A. (2026). Tumor-associated psychological and sociodemographic factors of distress in patients with cerebral meningioma undergoing stereotactic radiosurgery. Vestnik RSUH. Series "Psychology. Pedagogy. Education"*, 2*, 50—71. https://doi.org/10.28995/2073-6398-2026-2-50-71 (In Russ.).
5. Тарабрина, Н.В., Харламенкова, Н.Е., Никитина, Д.А. (2015). Уровень посттравматического стресса и психопатологическая симптоматика у пациентов, оперированных по поводу менингиомы. *Консультативная психология и психотерапия, 23*(3), 32—49. https://doi.org/10.17759/cpp.2015230303
Tarabrina, N.V., Kharlamenkova, N.E., Nikitina, D.A. (2015). Levels of post-traumatic stress and psychopathological symptoms in patients operated on for meningiomas // *Consultative psychology and psychotherapy, 23(*3), 32—49. https://doi.org/10.17759/cpp.2015230303 (In Russ.).
6. Харламенкова, Н.Е., Зайцев, О.С., Никитина, Д.А., Кормилицына, А.Н. (2018). Эмоционально-личностные особенности пациентов с диагнозом менингиома при выраженном посттравматическом стрессе. *Клиническая и специальная психология, 7*(4), 150—167. https://doi.org/10.17759/cpse.2018070409
Kharlamenkova, N.E., Zaitsev, O.S., Nikitina, A.A., Kormilitsyna A.N.(2018). Emotional and personal characteristics of patients diagnosed with meningioma with severe post-traumatic stress. *Clinical and special psychology, 7*(4), 150—167. https://doi.org/10.17759/cpse.2018070409 (In Russ.).
7. Auxéméry, Y. (2011). L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatogène et un contexte social. *L'Encéphale, 38*(5), 373—380. https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.12.003
8. Cohee, A., Johns, S.A., Alwine, J.S. et al. (2021). The mediating role of avoidant coping in the relationships between physical, psychological, and social wellbeing

and distress in breast cancer survivors. *Psycho-oncology, 30*(7), 1129—1136. https://doi.org/10.1002/pon.5663
9. Crepaldi G., Andreatta P.M. Das kumulative Trauma (2021). *Forum der Psychoanalyse, 37*, 79—85. https://doi.org/10.1007/s00451-020-00403-8
10. Van Praag, D.L.G., Cnossen, M.C., Polinder, S., Wilson, L., Maas, A.I.R. (2018). Post-Traumatic Stress Disorder after Civilian Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Rates. *Journal of Neurotrauma, 36*(23), 3220—3232. https://doi.org/10.1089/neu.2018.5759
11. Wiemels, J., Wrensch, M., Claus, E.B. (2010). Epidemiology and etiology of meningiomaю *Journal of Neuro-oncology, 99*(3), 307—314. https://doi.org/10.1007/s11060-010-0386-3

Информация об авторе
Юлия Юрьевна Пенцак, медицинский психолог, научный сотрудник, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), Москва, Российская Федерация; преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии развития, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8989-9216, e-mail: pencakyy@mgppu.ru

Information about the author
Yuliya Y. Pentsak, Medical Psychologist, Researcher at the Scientific Department of Emergency Neurosurgery at the Scientific Research Institute of First Aid named after N.V. Sklifosovsky, Moscow, Russia; lecturer at the Department of Neuro- and Pathopsychology of Development, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8989-9216, e-mail: pencakyy@mgppu.ru

Декларация об этике
Исследование было рассмотрено и одобрено Этическим комитетом ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ» (протокол № 5-25 от 17.06.2025 г.).

Ethics statement
The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of Scientific Research Institute of First Aid named N.V. Sklifosovsky (report № 5-25, 2025/06/17).

Поступила в редакцию 07.04.2026 — Received 2026.04.07
Поступила после рецензирования 03.09.2026 — Revised 2026.09.03
Принята к публикации 04.09.2026 — Accepted 2026.09.04
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30

Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 94—111.
hthttps://doi.org/10.17759/cpp.2026340305
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 94—111.
hthttps://doi.org/10.17759/cpp.2026340305
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

Научная статья | Original paper

Жизнестойкость и психологическая адаптация к стрессу детей, подростков и их родителей в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК)

А.Е. Хаин ✉, Н.С. Никольская, М.А. Евдокимова
Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва, Российская Федерация
✉ khain.alina@gmail.com

Резюме

Контекст и актуальность. ТГСК является важным видом терапии для ряда жизнеугрожающих заболеваний у детей и подростков. В силу высокого стрессогенного характера данного вида лечения и увеличения числа пациентов, которые его получают, все острее возникают вопросы психологической подготовки, сопровождения и адаптации пациентов к ТГСК, а также последующей реабилитации. **Целью** исследования стало изучение роли жизнестойкости пациентов и их родителей в психологической адаптации к стрессу в процессе ТГСК. **Материалы и методы.** Исследование проведено на пациентах (возраст: 8—18 лет) с онкогематологическими, гематологическими и иммунными заболеваниями, а также ухаживающих за ними родителей (n = 47 чел.). За время ТГСК набор методик предъявлялся испытуемым 3 раза (на этапе кондиционирования, на +3-й и +12-й неделе после ТГСК). **Результаты** выявили ключевую роль жизнестойкости в составе личностных ресурсов пациентов и их родителей, связанную с более низким дистрессом, высоким качеством жизни, субъективным благополучием и продуктивными копингами. **Выводы.** Таким образом, уровень жизнестойкости определяет разницу в успешности психологической адаптации к ТГСК как детей, так и их родителей.

Ключевые слова: жизнестойкость, психологическая адаптация, дистресс, качество жизни, субъективное благополучие, копинги, дети и подростки, родители, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток

© Хаин А.Е., Никольская Н.С., Евдокимова М.А., 2026

CC BY-NC

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в организации исследования Скворцову Ю.В., Шелихову Л.Н., Балашова Д.Н.

Для цитаты: Хаин, А.Е., Никольская, Н.С., Евдокимова, М.А. (2026). Жизнестойкость и психологическая адаптация к стрессу детей, подростков и их родителей в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК). *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 94—111. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340305

Hardiness and psychological adjustment of children, adolescents and their parents undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT)

A.E. Khain ✉, N.S. Nikolskaya, M.A. Evdokimova
Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation
✉ khain.alina@gmail.com

Abstract

Context and relevance. HSCT is currently curative therapy for several life-threatening diseases in children and adolescents. Due to the high stress-inducing nature of this treatment, the increase in the number of patients receiving it, psychological adjustment of patients to HSCT as well as support during the treatment and subsequent rehabilitation are increasingly acute. **Objecive.** The aim was to investigate the role of resilience of patients and their parents in psychological adaptation to stress during HSCT. **Methods and materials.** The study was conducted on patients (8—18 years aged) with onco-hematological, hematological and immune diseases, as well as their caring parents (N=47). The set of questionnaires was presented to the subjects 3 times during HSCT (at the conditioning stage, on +3 and +12 weeks after HSCT). **Results.** The results revealed a key role of hardiness in the composition of the individual resources of patients and their parents for less distress during HSCT, higher quality of life, subjective well-being and productive copings. **Conclusions.** The level of hardiness determines the difference in the success of psychological adaptation to HSCT both for children and their parents.

Keywords: hardiness, psychological adjustment, distress, quality of life, subjective well-being, coping behavior, children and adolescents, parents, hematopoietic stem cell transplantation

Acknowledgements. The authors are grateful for assistance and support in organizing the study Skvortsova Yu.V., Shelikhova L.N., Balashov D.N.

For citation: Khain, A.E., Nikolskaya, N.S., Evdokimova, M.A. (2026).Hardiness and psychological adjustment of children, adolescents and their parents undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). *Counseling Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 94—111. (In Russ.). hthttps://doi.org/10.17759/cpp.2026340305

Введение

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) занимает особое место среди методов лечения различных онкологических, гематологических и иммунных заболеваний, связанных с высокой степенью витальной угрозы, — ввиду ее сложности, сопряженности со множеством опасных осложнений и тех условий, в которые попадают пациенты и их родители на время ее проведения. По мере усовершенствования протоколов проведения ТГСК и снижения уровня рисков внимание специалистов все чаще обращается не только к медицинским, но и к психосоциальным проблемам семей, связанным с вопросами адаптации к стрессу во время трансплантации, с долгосрочными эффектами терапии и последующей реабилитацией (Bhatt et al., 2025). Исследования демонстрируют, что долгосрочные психосоциальные последствия ТГСК для пациентов и их семей остаются значимыми спустя годы после трансплантации, включая сочетание посттравматического роста с сохраняющейся тревогой и ощущением неопределенности (Bense et al., 2022).

Одни из ведущих современных направлений в изучении взаимодействия людей со стрессогенными событиями основываются на теориях ресурсов и резилентности, являющихся мостиком между системной теорией стресса и подходами, разрабатываемыми в поле когнитивной психологии (Krohne, 2001). Ресурсные теории занимаются изучением факторов, которые позволяют сохранить благополучие в стрессовых ситуациях, таким образом дополняя те подходы, которые сфокусированы на определении факторов риска, приводящих к стрессу. В рамках этих подходов исследуются также взаимосвязи разных ресурсов между собой, когда одни личностные, семейные и социальные ресурсы помогают сохранить другие (Холмогорова, Воликова, Полкунова, 2005; Walsh, 2003; Хаин, 2017). Так, исследования диад «пациент—опекун» после ТГСК показывают, что личностные ресурсы могут определять эффективность использования социальной поддержки. При высокой копинг-самоэффективности социальная поддержка усиливает позитивный аффект, тогда как при низкой — не оказывает дополнительного эффекта (Kroemeke, Sobczyk-Kruszelnicka, 2001). Изучение се-

мейной резильентности в педиатрической онкологии показывает, что индивидуальные ресурсы ухаживающего родителя взаимодействуют с семейными и социальными факторами, определяя общий уровень адаптации семьи (Li et al., 2025).

Среди личностных ресурсов исследуются такие характеристики, как резилентность, оптимизм, толерантность к неопределенности и жизнестойкость. С. Мадди и С. Кобейса стали использовать понятие жизнестойкости как интегральной личностной характеристики, которая является фактором, снижающим воздействие стресса. Затем многочисленные исследования подтвердили, что именно жизнестойкость опосредует влияние стресса не только на психологическое благополучие, но и на соматическое здоровье (Леонтьев, Рассказова, 2006). Являясь относительно устойчивой личностной диспозицией, жизнестойкость тем не менее может меняться. Ее компоненты в основном развиваются в детстве, однако позднее могут трансформироваться. Исследователями отмечается влияние отношений ребенка с родителями на развитие жизнестойкости. Принятие со стороны родителей помогает детям развивать участие как компонент жизнестойкости, поддержка инициативы ребенка способствует развитию компонента контроля, а изменчивость и богатство среды, в которой находятся дети, — принятию ими риска (Осин, Рассказова, 2013).

По мнению ряда авторов, понятие *жизнестойкости* ближе всего соотносится с *резилентностью*, которая также отражает способность поддерживать позитивную адаптацию. Однако, согласно Мадди, резилентность является следствием жизнестойкости как личностной диспозиции (Maddi, 2006). Механизмы резилентности являются более изученными и признаны одними из значимых в совладании с болезнью, в том числе у детей, тогда как жизнестойкость остается недостаточно исследованной у детей, столкнувшихся с жизнеугрожающими соматическими заболеваниями, и их родителей.

Одним из основных маркеров как резилентности, так и успешности адаптационного процесса к стрессу от заболевания и лечения в целом, большинство авторов признают снижение уровня дистресса (Molina et al., 2014). Понятие дистресса, введенное в психоонкологическую практику помощи пациентам Дж. Холланд и ее коллегами, представляется нам незаменимым в нашем исследовании концептом не только в клиническом смысле, позволяя учитывать специфику тяжелого соматического заболевания и обстоятельств его лечения, но и в феноменологическом — отражая суть переживаний. Проблемный лист Дистресс-Термометра

описывает пять ключевых областей жизни пациента, которые вносят вклад в возникновение психоэмоционального неблагополучия во время лечения: физическое самочувствие, психологические и психиатрические проблемы, а также социальные и духовные трудности (Nikolskaya et al., 2020; Walsh, 2003), — и может использоваться как субъективный критерий успешности психологической адаптации к заболеванию и лечению (Хаин, 2017).

Материалы и методы

Цель данного исследования — изучение жизнестойкости, ее устойчивости как личностной характеристики в динамике воздействия длительного и жизнеугрожающего фактора (ТГСК), а также определение роли жизнестойкости относительно качества жизни, субъективного благополучия, отсутствия дистресса как субъективного критерия адаптации семьи к ТГСК, ее связи с репертуаром копинговых стратегий детей и родителей. Нами предполагается, что уровень жизнестойкости определяет разницу в успешности психологической адаптации к ТГСК у детей и родителей в целом, а также в их качестве жизни, субъективном благополучии и стратегиях совладания со стрессовой ситуацией.

Исследование проведено в Национальном медицинском исследовательском центре детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева Минздрава РФ, является внутрицентровым, наблюдательным когортным, проспективным и нерандомизированным. В настоящей статье представлена часть результатов полученных в рамках проекта по исследованию качества жизни и субъективного благополучия пациентов и ухаживающих за ними родителей.

В соответствии с целью исследования выбраны три точки измерения в процессе ТГСК:

1) Т1: на этапе кондиционирования (от —1 недели до 0 дня от ТГСК);
2) Т2: на активном этапе ТГСК (+3-я неделя от ТГСК);
3) Т3: после проведения ТГСК (+12-я неделя от ТГСК).

Критерии исключения: тяжелые психические или соматические нарушения у респондентов, рецидив основного заболевания после ТГСК, отторжение трансплантата, повторная ТГСК, недостаточное владение русским языком, отсутствие информированного согласия на участие.

Методы. На каждом из трех этапов исследования пациентам и их родителям предлагалось заполнять определенный набор опросников (рис. 1).

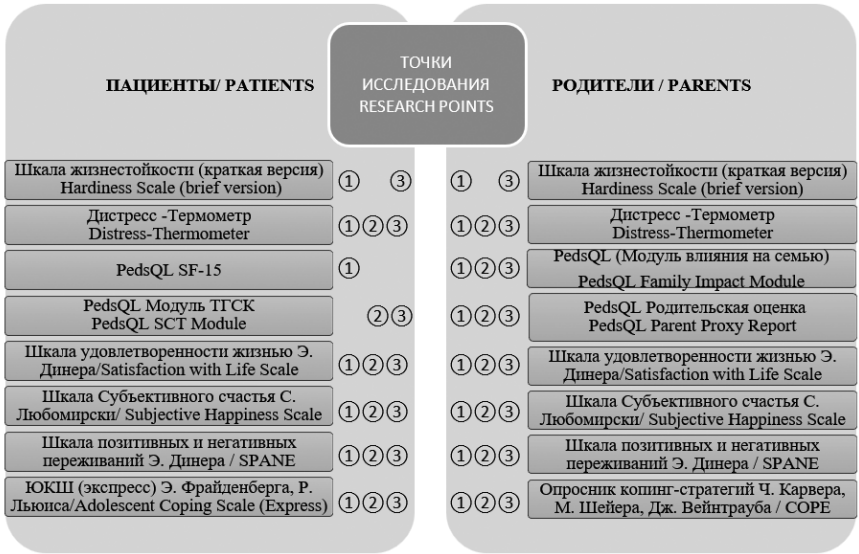


Рис. 1. Схема исследования и методы для пациентов и родителей
Fig. 1. Study design and methods for patients and parents

Характеристика выборки. Выборку составили 47 семей: пациенты в возрасте от 8 до 18 лет (M = 12,7; SD = 2,58) с онкогематологическими заболеваниями (гематобластозами), апластической анемией (АА) и первичными иммунодефицитами (ПИД) и их родители (средний возраст M = 40; SD = 6,14) (табл. 1).

Таблица 1 / Table 1

Социодемографические и клинические характеристики семей
Sociodemographic and clinical characteristics of families

Социодемографические и клинические аракетристики участников / Sociodemographic and clinical characteristics of participants (n = 47)	**% выборки**
Возрастные группы пациентов / Age groups	
8—12 лет 13—18 лет	59,6% 40,4%
Пол пациентов / Sex	
Мужской / Male Женский/ Female	66% 34%

Социодемографические и клинические арактеристики участников / Sociodemographic and clinical characteristics of participants (n = 47)	**% выборки**
Диагноз / Diagnosis	
Онкогематологические заболевания / Onco-hematological Апластическая анемия / Aplastic anemia Первичные иммунодефициты / Primary immunodeficiencies	56,1% 24,4% 19,5%
Вид ТГСК / HSCT type	
Гапло / Haploidentical От сиблинга / Sibling Неродственная / Unrelated	52,4% 38,1% 9,5%
Семья / Family	
Полная / Two-parent Неполная / Single-parent	87,5% 12,5%
Сопровождающий родитель / Accompanying parent	
Мать / Mother Отец / Father	92,9% 7,1%
Уровень образования родителей / Parental education level	
Среднее / Secondary Среднее специальное / Vocational secondary Высшее / Higher education	6,2% 46,9% 46,9%

Статистическая обработка данных. Статистический анализ проводился с помощью IBM SPSS Statistics, версия 26. Результаты обработаны непараметрическими методами ввиду отсутствия нормального распределения при небольшом объеме выборки, который обусловлен уникальностью и клиническими особенностями изучаемой группы.

Основные результаты и их обсуждение

По результатам исследования, жизнестойкость пациентов (M = 49,6, SD = 14,9) и их родителей (M = 47,7, SD = 12,5) оказалась практически соответствующей нормативным популяционным значениям (M = 50,8, SD = 11,3) (Осин, Рассказова, 2013).

Результаты распределения испытуемых обеих групп по уровням жизнестойкости (рис. 2) в целом соответствуют описанным в литературе данным для подростков и взрослых. Однако стоит отметить тот факт, что процент детей и подростков с низким уровнем жизнестойкости оказался несколько выше, чем в других исследованиях: 20,5% против 13—15%

(Фокина, Соколовская, Носова, 2018). Это может быть связано не только непосредственно с ситуацией ТГСК, поскольку результаты на Т1 и Т3 высоко коррелируют, но и с опытом наличия жизнеугрожающего заболевания и тяжелого лечения, предшествовавшего ТГСК в целом. Влияние заболевания на жизнестойкость детей требует дальнейшего изучения.



Рис 2. Процент пациентов и родителей с низким, средним и высоким уровнем жизнестойкости (Т1)
Fig. 2. Percentage of patients and parents with low, medium and high hardiness levels (T1)

Сравнение результатов измерения уровня жизнестойкости на этапах Т1 и Т3 позволило изучить динамику и показало наличие высоких корреляционных связей между результатами у пациентов ($r = 0{,}871$, $p < 0{,}01$), но не у их родителей. ТГСК сама по себе в горизонте 3-месячного периода наблюдения не оказывает какого бы то ни было влияния на уровень жизнестойкости пациентов. Возможно, как отмечено выше, само наличие жизнеугрожающего заболевания и предыдущего опыта лечения уже обеспечило разницу в более высокой доле детей и подростков с низкой жизнестойкостью в нашей выборке. Кроме того, такой временной период может быть еще недостаточным для проявления влияния ситуации (связанной с необходимостью ТГСК) на жизнестойкость детей. Это предположение требует дальнейшего изучения и проверки на более отдаленных этапах после трансплантации.

Что касается родителей, то отсутствие взаимосвязи между уровнями их жизнестойкости в начале ТГСК и на отдаленном этапе (по сравнению с пациентами) можно предположительно отнести на счет влияния ситуации ТГСК. Результаты, однако, не достигают уровня значимых различий, что косвенно подтверждает относительную устойчивость

жизнестойкости как личностной диспозиции, но требует дальнейшего изучения в более продолжительном периоде лечения.

Отсутствие межгрупповых различий между результатами пациентов и их родителей по среднему баллу жизнестойкости может свидетельствовать о том, что жизнестойкость детей с 8-летнего возраста является вполне сформированной личностной диспозицией, которая, согласно концепции С. Мадди, продолжает развиваться и изменяться на протяжении всей жизни под воздействием различных факторов, но закладывается уже в раннем возрасте на основе опыта детско-родительских отношений (Bense et al., 2022). Результаты исследования не показали корреляции между жизнестойкостью детей и родителей. Можно предположить, что если она формируется благодаря опыту объектных отношений в раннем детстве, то закономерно оказывается напрямую не детерминированной родительской жизнестойкостью, но опосредована влиянием стиля воспитания, когда важны принятие и поддержка инициативы, одобрение со стороны родителей, и разнообразие среды (Bense et al., 2022; Maddi, 1980; Maddi, 2006).

Жизнестойкость в структуре личностных ресурсов психологической адаптации пациентов. Обнаружена статистически достоверная разница в жизнестойкости пациентов разных возрастных групп: более младшие дети отличаются в целом более высоким уровнем жизнестойкости и ощущением контроля как ее компонента ($U = 106$ и $U = 99$, $p < 0,05$). Корреляционный анализ показал, что возраст пациентов тесно связан с наличием у более старших подростков негативного аффекта ($r = 0,765$, $p < 0,01$), а также трудностей с принятием риска как компонента жизнестойкости ($r = —0,643$, $p < 0,05$). Им сложнее, чем более младшим детям, воспринимать заболевание и лечение как вызов или испытание, преодоление которого принесет значимый опыт. Принимая во внимание результаты исследования, проведенного на группе старших подростков, в котором обнаружено некоторое снижение показателя контроля относительно выборки стандартизации и увеличение показателя принятия риска (Сорокоумова, 2018), а также полученные нами ранее данные об особой сензитивности подростков к стрессовой ситуации ТГСК и сниженного субъективного благополучия (Хаин, Евдокимова, Никольская, 2025), меньшая убежденность подростков в том, что случившееся является событием, способствующим их развитию (принятие риска), можно связать со специфической для этого возраста реакцией на ограничения, запреты и негативные изменения, сопровождающие ТГСК.

Жизнестойкость пациентов является параметром, определяющим уровень их *дистресса* на всех этапах лечения методом ТГСК. Обнаружены внутригрупповые различия по уровню дистресса и жизнестойкости у пациентов. Так, дети с сильным дистрессом до ТГСК (Т1) и в момент активного этапа лечения (Т2) имеют достоверно меньшую жизнестойкость (Т1: $H = 8{,}4$; Т2: $H = 6{,}3$, $p < 0{,}05$) и ощущение *контроля* как одного из ее компонентов (Т1: $H = 8{,}1$; Т2: $H = 11{,}5$, $p < 0{,}05$).

На этапе Т3 разница между детьми с различным уровнем дистресса выявлена для жизнестойкости в целом ($H = 6{,}3$, $p < 0{,}05$) и для ее компонента *вовлеченности* ($H = 7{,}7$, $p < 0{,}05$). На этапе перехода из трансплантационного бокса на амбулатоный режим дети с высоким дистрессом имеют значимо меньшую вовлеченность в свою жизнь, которая, в свою очередь, коррелирует с уровнем качества жизни на всех этапах ТГСК ($p < 0{,}01$). Таким образом, наличие у детей проблем с физическим самочувствием и выраженных жалоб на сопутствующую тяжелому лечению симптоматику (сниженное качество жизни) и психоэмоциональное неблагополучие (дистресс) на отдаленном этапе ТГСК связано со значительно меньшей способностью пациентов ощущать вовлеченность в свою жизнь, не чувствуя себя оказавшимися «за бортом».

Результаты исследования продемонстрировали, что жизнестойкость пациентов определяет *аффективный и когнитивный компоненты их субъективного благополучия* на Т1: дети с низкой жизнестойкостью реагируют достоверно более *негативно* ($H = 12{,}4$, $p < 0{,}05$) и имеют значимо меньше *позитивных переживаний* ($H = 14{,}2$, $p < 0{,}05$), а также в целом являются достоверно менее *счастливыми* ($H = 10{,}7$, $p < 0{,}05$) и *удовлетворенными жизнью* ($H = 17$, $p < 0{,}05$).

Жизнестойкость детей также опосредует их *копинговые стратегии* в отношении заболевания и лечения на этапе подготовки к ТГСК. Пациенты с высокой жизнестойкость на Т1 достоверно реже склонны к *самообвинению* ($H = 6{,}5$, $p < 0{,}05$) — наиболее деструктивному в отношении формировании правильной картины болезни копингу — и чаще используют *позитивный фокус* ($H = 11{,}8$, $p < 0{,}05$), позволяющий сохранять оптимистичный взгляд на тяжелую жизненную ситуацию.

На отдаленном этапе ТГСК (Т3) дети с высокой жизнестойкостью статистически больше привержены копингу *отвлечение* ($H = 7{,}3$, $p < 0{,}05$), чем те, у кого жизнестойкость ниже. Это отвечает взглядам Мадди, который полагал, что жизнестойкость помогает людям активно использовать когнитивные функции символизации, воображения и

суждения для преобразования тяжелых событий в позитивную жизненную позицию (Maddi, 1980).

Жизнестойкость у родителей в структуре их личностных ресурсов для психологической адаптации. Уровень жизнестойкости родителей, согласно субъективному критерию, не определяет непосредственную разницу в их дистрессе, т. е. напрямую не связан с успешностью адаптации к ТГСК ни на одном из этапов.

Однако на Т1 и Т2 жизнестойкость родителей определяет разницу в их *качестве жизни и субъективном благополучии* (на уровне аффективного и когнитивного компонентов). Все шкалы опросника качества жизни, кроме шкалы *беспокойства*, оказываются достоверно выше у тех родителей, кто обладает высокой жизнестойкостью ($6{,}5 \le H \le 15$, $p < 0{,}05$). Что касается *аффективного компонента субъективного благополучия*, то родители с низкой жизнестойкость значимо отличаются от тех, у кого она выше по преобладанию *негативных переживаний* на Т1 и Т2 ($7{,}4 \le H \le 7{,}7$, $p < 0{,}05$). Родители с высокой жизнестойкостью достоверно более *удовлетворены своей жизнью* ($H = 8{,}1$, $p < 0{,}05$) и *счастливы* ($H = 8{,}5$, $p < 0{,}05$), но эта разница выявлена только для Т1.

Интересно отметить *различия в копинговых стратегиях родителей в зависимости от их жизнестойкости.* Одним из парадоксальных на первый взгляд результатов является отличие родителей с низкой жизнестойкостью от остальных своей приверженностью копингу *принятие* на Т1 ($H = 10{,}1$, $p < 0{,}01$). Предположительно, этот копинг на этапе начала лечения отражает пассивную позицию родителя, снижающую способность к активному преодолению возможных трудностей, что противоречит пониманию С. Мадди жизнестойкости как личностной характеристики, связанной с «экзистенциальным мужеством», верой в себя и свою способность справиться с ситуацией вопреки витальной угрозе (Maddi, 1980).

На Т2 родители с более высокой жизнестойкостью достоверно меньше обращаются к следующим копингам: к *сдерживанию* ($H = 6{,}7$, $p < 0{,}05$), к *поиску эмоциональной поддержки* у окружающих ($H = 6{,}9$, $p < 0{,}05$), к *подавлению конкурирующей деятельности* ($H = 6{,}7$, $p < 0{,}05$). При этом те родители, у кого жизнестойкость низкая, значимо реже используют *планирование* шагов по решению проблемы ($H = 8{,}4$, $p < 0{,}01$).

Полученные данные о связи жизнестойкости с копингами (положительной — с продуктивными копингами, и отрицательной — с деструктивными или эмоционально-направленными) дополняют ранее описанные нами связи стратегий совладания, основанных на активной когнитивной переработке переживаний, с более высокими показателя-

ми субъективного благополучия и качества жизни (Хаин, Евдокимова, Никольская, 2025), а также совпадают с результатами исследований Е.И. Рассказовой и ее коллег на выборке здоровых испытуемых (Рассказова, Гордеева, Осин, 2013). Предположительно, такие результаты можно считать общепопуляционными вне зависимости от воздействия стрессогенных условий и их характера. Несмотря на то, что полученные данные на первый взгляд противоречат выявленной А.Е. Хаин в другом исследовании (Хаин, 2017) связи стратегий самоограничения или сдерживания у родителей во время активного этапа лечения ТГСК с лучшим уровнем приспособления и с меньшим дистрессом подростков, они скорее дополняют и уточняют ранее описанную картину. Высокая жизнестойкость оказалась связана с меньшим количеством негативных переживаний относительно ТГСК, с меньшим беспокойством за жизнь и здоровье ребенка и семейные отношения, что объясняет отсутствие необходимости включения родителями самоконтроля за своими импульсивными реакциями в репертуар стратегий совладания. Тогда как у родителей, столкнувшихся с большим объемом сильных негативных переживаний, возможно, *сдерживание* становится важным копингом, позволяющим им, с одной стороны, сконцентрироваться на задаче осуществления ухода за ребенком, а с другой стороны, не позволить своим эмоциям реактивно проявляться и тем самым влиять на психологическое благополучие детей.

Жизнестойкость родителей и ее роль в психологической адаптации пациентов. Не обнаружено разницы в уровне детского дистресса в зависимости от жизнестойкости родителей в целом по выборке. Опосредованное влияние жизнестойкости родителей на успешность адаптации детей к ТГСК определено разницей в стратегиях совладания и качестве жизни пациентов на разных этапах при сравнении родителей с разным уровнем жизнестойкости между собой. Так, оказалось, что дети тех родителей, которые обладали низкой жизнестойкостью, значимо меньше используют копинг *«активный отдых»* на этапе Т1 ($H = 7{,}2$, $p < 0{,}05$). В то же время стиль совладания пациентов со стрессом на Т2, находящихся в больнице с родителями с высокой жизнестойкостью, отличается отсутствием стратегии *ухода в себя* ($H = 6{,}2$, $p < 0{,}05$) и, наоборот, использованием *профессиональной помощи* ($H = 6{,}5$, $p < 0{,}05$). Этот результат согласуется с данными Кроемеке А., Собсзук-Крусзелниска М. (Kroemeke, Sobczyk-Kruszelnicka, 2001), показавшими на диадах после ТГСК, что личностные ресурсы (копинг-самоэффективность) выступают условием эффективного использования социальной и профессиональной поддержки.

Важно также отметить принципиальные различия детей в жалобах на снижение *качества жизни в целом* ($H = 8{,}1$, $p < 0{,}05$) и по параметрам *«беспокойство»* ($H = 8$, $p < 0{,}05$) и *«тошнота»* ($H = 7{,}1$, $p < 0{,}05$) на активной стадии ТГСК (Т2) в зависимости от уровня жизнестойкости родителей: у родителей с высокой жизнестойкостью, по сравнению с низкой и средней, дети значимо меньше отмечают беспокойство и тошноту. Можно предположить, что высокая жизнестойкость родителей не только определяет психологическое благополучие пациентов во время Т2, но и связана с тяжестью переживания ими соматических побочных эффектов лечения, что нуждается в дальнейшем изучении.

Выводы

1. У детей и подростков, проходящих аллогенную ТГСК, и у их родителей средние показатели жизнестойкости сопоставимы с общепопуляционными. При этом в выборке пациентов представлена повышенная доля участников с низкой жизнестойкостью.

2. Жизнестойкость детей в динамике остается устойчивой, несмотря на ТГСК, тогда как у родителей наблюдается тенденция к изменению ее параметров уже в горизонте 3-месячного периода с момента трансплантации.

3. Подростки характеризовались более низкой жизнестойкостью, чем дети младшего подросткового возраста, в том числе по компоненту контроля, что может быть связано с особым влиянием стрессовой ситуации лечения на сензитивные области и особые задачи данного возраста.

4. Жизнестойкость пациентов определяет разницу в успешности адаптации и в стратегиях, которые используются ими для совладания со стрессовой ситуацией. Дети с высокой жизнестойкостью отличаются меньшими дистрессом и склонностью к самообвинению, а также большим позитивным фокусом, способствующим переработке негативных переживаний во время сложного лечения.

5. Жизнестойкость пациентов определяет различия между ними в уровне субъективного благополучия в отношении как эмоциональных переживаний в ответ на ситуацию, так и когнитивных представлений о счастье и удовлетворенности своей жизнью, а такой показатель жизнестойкости, как вовлеченность, напрямую связан с качеством жизни.

6. Прямая связь между уровнем жизнестойкости детей и родителей не выявлена. Вместе с тем обнаружено опосредованное влияние жизнестойкости родителей на успешность психологической адаптации детей

к ТГСК, которое подтверждается наличием разницы в стратегиях совладания пациентов и их качестве жизни на разных этапах у родителей с разным уровнем жизнестойкости. Дети более жизнестойких родителей чувствуют себя лучше не только в эмоциональном плане за счет меньшей тревоги, но и меньше жалуются на побочные эффекты во время активного лечения.

7. Жизнестойкость родителей не влияет на их собственный дистресс, но определяет разницу в качестве жизни и субъективном благополучии. Также выявлены положительные взаимосвязи родительской жизнестойкости с продуктивными копингами и отрицательные — с деструктивными или эмоционально-направленными стратегиями совладания.

Таким образом, жизнестойкость детей и подростков в нашем понимании можно считать тем личностным ресурсом, который обеспечивает их резилентность при воздействии сильных стрессовых факторов, меньший дистресс во время сложного лечения методом ТГСК, лучшее субъективное благополучие и качество жизни, а также более оптимальную саморегуляцию. Действительно, вклад жизнестойкости в психологическое благополучие оказывается уникальным (Рассказова, Леонтьев, 2019).

Перспективы дальнейших исследований связаны с проверкой выявленных закономерностей на более крупных выборках с продлением наблюдения за пределы первых 12 недель после ТГСК. Это позволит оценить отсроченные изменения жизнестойкости у пациентов и родителей, уточнить ее роль в долгосрочной психологической адаптации. Актуальным также является продолжение изучения диадных механизмов влияния ресурсов родителей на адаптацию ребенка и оценка эффективности психологических вмешательств, направленных на развитие жизнестойкости и продуктивного совладания в период ТГСК.

Список источников / References

1. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. (2006). *Тест жизнестойкости*. М.: Смысл.
   Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. (2006). *Hardiness test*. M.: Publ. Smysl.
2. Осин, Е.Н., Рассказова, Е.И. (2013). Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология, 2,* 147—165.
   Osin, E.N., Rasskazova, E.I. (2013) A short version of the hardiness test: psychometric properties and application in an organizational context. *Moscow University Psychological Bulletin, Series 14, 2,* 147—165. (In Russ.).
3. Рассказова, Е.И., Гордеева, Т.О., Осин, Е.Н. (2013). Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики

и возможности применения методики COPE. *Психология. Журнал Высшей школы экономики, 10*(1), 82—118.
Rasskazova, E.I., Gordeeva, T.O., Osin, E.N. (2013). Coping strategies in the structure of activity and self-regulation: psychometric characteristics and possibilities of applying the COPE methodology. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics, 10*(1), 82—118. (In Russ.).

4. Рассказова, Е.И., Леонтьев, Д.А. (2019). *Жизнестойкость и ее диагностика*. М.: Смысл.
Rasskazova, E.I., Leont'ev, D.A. (2019). *Hardiness and its diagnosis.* M.: Publ. Smysl. (In Russ.).
5. Сорокоумова, Е.А. (2018). Исследование жизнестойкости как свойства личности современных подростков. *Коллекция гуманитарных исследований, 3*(12), 70—76.
Sorokoumova, E.A. (2018) A study of resilience as a personality trait among modern teenagers. *The Collection of Humanitarian Researches, 3*(12), 70—76. (In Russ.).
6. Фокина, И.В., Соколовская, О.К., Носова, Н.В. (2018). Жизнестойкость и ее связь с ценностями в подростковом возрасте. *Проблемы современного педагогического образования, 60*(3), 468—471.
Fokina, I.V., Sokolovskaya, O.K., Nosova, N.V. (2018). Hardiness and its relationship to values in adolescence. *Problems of modern pedagogical education, 60*(3), 468—471.(In Russ.).
7. Хаин, А.Е. (2017). Индивидуальные и семейные факторы психологической адаптации подростков с онкогематологическими заболеваниями к лечению методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. *Консультативная психология и психотерапия, 25*(2), 94—114. https://doi.org/10.17759/cpp.2017250206
Khain, A.E. (2017). Individual and family factors of psychological adaptation of adolescents with oncohematological diseases to treatment with hematopoietic stem cell transplantation. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, *25*(2), 94—114. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2017250206
8. Хаин, А.Е., Евдокимова, М.А., Никольская, Н.С. (2025). Взаимосвязи аффективных и когнитивных компонентов субъективного благополучия с качеством жизни и совладанием со стрессом в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей и ухаживающих за ними родителей. *Консультативная психология и психотерапия, 33*(1), 49—68. https://doi.org/10.17759/cpp.2025330103
Khain, A.E., Evdokimova, M.A., Nikol'skaya, N.S. (2025). Relationships between affective and cognitive components of subjective well-being and quality of life and coping with stress during hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) in children and their caregivers. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, *33*(1), 49—68. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2025330103
9. Холмогорова, А.Б., Воликова, С.В., Полкунова, Е.В. (2005). Семейные факторы депрессии. *Вопросы психологии, 6*, 63—71.

Kholmogorova, A.B., Volikova, S.V., Polkunova, E.V. (2005). Family factors of depression. *Voprosy psikhologii, 6*, 63—71. (In Russ.).

10. Bense, J.E., ter Welle, L., Mekelenkamp, H., Schimmel, M., Louwerens, M., Lankester, A.C., Pieterse, A.H., de Pagter, A.P.J. (2022). Exploring the long-term psychosocial impact of paediatric haematopoietic stem cell transplantation for nonmalignant diseases. *Health Expectations, 25*(5), 2462—2470. https://doi.org/10.1111/hex.13565
11. Bhatt, N.S., Lehmann, L., Dandoy, C.E., Auletta, J.J., Badia, P., Ballard, S.A., Blacken, R., Daraiseh, N.M., Desmond, C., Dunseath, C., Epling, P., Fitch, T.J., Flesch, L., Hartley, D., Huber, J., Jenssen, K., Kent, G., Klunk, A., Kapadia, M., Kusnier, K., Liberio, N., Maier, S., Myers, K.C., O'Connor, G., Tarquini, S., Phelan, R., Pai, A., Rotz, S. (2025). Multicenter Study on Caregiver Experiences in Pediatric Hematopoietic Stem Cell Transplantation Part I: Integrative Analysis of Mental Health, Psychosocial Stressors, and Support Mechanisms. *Transplantation and Cellular Therapy, 31*(7), 456.e1—456.e16. https://doi.org/10.1016/j.jtct.2025.04.013
12. Krohne, H.W. Stress and coping theories (2001). *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (N.J. Smelser, P.B. Baltes, Ed.-in-Chiefs), Oxford: Pergamon (15163—15170). https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03817-1
13. Kroemeke, A., Sobczyk-Kruszelnicka, M. (2021). Interaction effect of coping self-efficacy and received support in daily life of hematopoietic cell transplant patient-caregiver dyads. *PLOS ONE, 16*(11), e0260128. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260128
14. Li, B., Shu, D., Pang, S., Wang, L., Wang, L., Yin, X., Xing, J., Zou, H., Yang, B.X., Liu, Q. (2025). Primary caregiver-reported family resilience in children with cancer in central China: a latent profile analysis. *BMC Nursing, 24*(1), Article 1248. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03444-8
15. Maddi, S.R. (1980). Developmental Value of Fear of Death. *The Journal of Mind and Behavior*, 1(1), 85—92.
16. Maddi, S.R. (2006). Hardiness: The Courage to Be Resilient. *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology. Personality and Everyday Functioning* (J.C. Thomas, D.L. Segal, M. Hersen, Eds.), Oxford:John Wiley & Sons (306—321).
17. Molina, Y., Yi, J.C., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K.W., Yi-Frazier, J.P., Rosenberg, A.R. (2014). Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs, 18*(1), 93—101. https://doi.org/10.1188/14.CJON.93-101
18. Nikolskaya, N.S., Khain, A.E., Stefanenko, E.A., Riabova, T.V., Klipinina, N.V., Shutkova, E.S. (2020). Distress Screening in Russian Pediatric Oncology: Adaptation and Validation of the Distress Rating Scale. *Psychology in Russia: State of the Art, 13*(3), 2—17. https://doi.org/10.11621/pir.2020.0301
19. Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process, 42*(1), 1—18. https://doi.org/ 10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x

Информация об авторах

Алина Евгеньевна Хаин, кандидат психологических наук, медицинский психолог, заведующая отделением клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4217-1564, e-mail: khain.alina@gmail.com

Наталья Сергеевна Никольская, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9640-264X, e-mail: nsnikolskaya@mail.ru

Мария Алексеевна Евдокимова, младший научный сотрудник отделения клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7620-3206, e-mail: evdokimova.m16@gmail.com

Information about the authors

Alina E. Khain, PhD in Psychology, Head of Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4217-1564, e-mail: khain.alina@gmail.com

Natalia S. Nikolskaya, PhD in Psychology, Senior Research Fellow, Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9640-264X, e-mail: nsnikolskaya@mail.ru

Maria A. Evdokimova, Junior Research Fellow, Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7620-3206, e-mail: evdokimova.m16@gmail.com

Вклад авторов

Хаин А.Е. — идея и планирование исследования; написание и оформление рукописи; контроль за проведением исследования.

Никольская Н.С. — применение статистических методов для анализа данных, визуализация результатов исследования, написание рукописи.

Евдокимова М.А. — сбор и анализ данных; оформление рукописи.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Authors contribution

Alina E. Khain — idea, planning and control over the research; design and writing of the manuscript.

Natalia S. Nikolskaya — application of statistical for data analysis; visualization of research result, writing of the manuscript.

Maria A. Evdokimova — data collection and analysis; design of the manuscript.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование было рассмотрено и одобрено Независимым этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева (протокол № 4/2020 от 23.06.202о г.).

Письменное информированное согласие на участие в этом исследовании было предоставлено респондентами (или законными опекунами / ближайшими родственниками участников исследования).

Ethics Statement

The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology (report no 4/2020, 2020/06/23).

Written informed consent for participation in this study was obtained from the participants (or legal guardians / next of kin of the participants).

Поступила в редакцию 07.05.2026 — Received 2026.05.07
Поступила после рецензирования 18.08.2026 — Revised 2026.08.18
Принята к публикации 14.09.2026 — Accepted 2026.09.14
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30

Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 112—137.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340306
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 112—137.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340306
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

Научная статья | Original paper

Отсроченное переживание утраты в период ранней взрослости: новый взгляд на проблему

Н.Е. Харламенкова[1] ✉, **А.А. Агишева**[2]
[1] Институт психологии РАН, Москва, Российская Федерация
[2] Независимый исследователь
✉ harlamenkovane@ipran.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Проводится сравнительный анализ психологических последствий естественной и внезапной, насильственной утраты значимого близкого на этапе ранней взрослости. Дизайн исследования, ориентированный на оценку выраженности психотравматизации, коморбидной психопатологической симптоматики с учетом типа и давности утраты, а также эффективности использования личностных ресурсов, создает возможность изучения роли посттравматического стресса в периоде адаптации к потере. Актуальность работы обусловлена необходимостью системного уточнения дифференциально-диагностических критериев осложненного горевания и посттравматического стресса. **Цель.** Анализ психологических последствий переживания разных видов утраты и поиск аргументов в пользу дифференциации признаков процесса горевания и симптомов посттравматического стресса при разной давности психотравмирующего события. **Гипотеза.** Тяжесть психологических последствий потери близкого определяется типом утраты, давностью события и наличием/отсутствием эмоционально-когнитивных ресурсов, обеспечивающих завершение процесса горевания и редукцию признаков посттравматического стресса. **Методы и материалы**. Выборку исследования составили молодые люди (от 18 до 32 лет, ME = 22,3), в анамнезе которых присутствует факт утраты значимого близкого человека (n = 103), субъективно оцениваемый как наиболее травматическое событие в индивидуальном опыте. Для проверки гипотезы исследования использовался следующий комплекс методик: методика «Posttraumatic Stress Disorder Check List» (PCL-5), адаптированная в 2017 году в Институте психологии РАН (Тарабрина, Харламенкова, Падун и др., 2017), «Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90» в русскоязычной адаптации (Тарабрина и др., 2007), опросник «Шкала психологического благо-

© Харламенкова Н.Е., Агишева А.А., 2026

CC BY-NC

получия» К. Рифф в адаптации Л.В. Жуковской и Е.Г. Трошихиной (2011), опросник «Контроль поведения» (Е.А. Сергиенко, Г.А. Виленская, И.И. Ветрова), опросник «Субъективный возраст» (Barak, 2009; Сергиенко, 2011). **Результаты.** Показано, что картина психологических последствий потери значимого близкого в молодом возрасте обусловлена совокупностью факторов, включающих причину смерти, давность события, а также степень доступности и востребованности эмоционально-когнитивных ресурсов, необходимых для интеграции опыта утраты.

Ключевые слова: утрата значимого близкого, посттравматический стресс, горевание, тип утраты, давность психотравмирующего события, психологические последствия потери близкого

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда в рамках научного проекта № 25-18-00366, https://rscf.ru/project/25-18-00366/.

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования А.Н. Зелянину, И.В. Пономареву, И.В. Киселеву, О.А. Ворону, В.С. Чернявскую, Е.Н. Макарову, Т.Л. Маркову.

Для цитирования: Харламенкова, Н.Е., Агишева, А.А. (2026). Отсроченное переживание утраты в период ранней взрослости: новый взгляд на проблему. *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 112—137. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340306

Delayed bereavement in early adulthood: A new perspective

N.E. Kharlamenkova[1] ✉, **A.A. Agisheva**[2]
[1] Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation
[2] Independent researcher
✉ harlamenkovane@ipran.ru

Abstract

Background and Relevance. A comparative analysis of the psychological consequences of natural versus sudden, violent loss of a significant close person during early adulthood is being conducted. The research design, aimed at assessing the severity of traumatization, comorbid psychopathological symptoms considering the type and time since loss, as well as the effectiveness of personal resources, creates an opportunity to examine the role of posttraumatic stress in the period of adaptation to loss. The relevance of the study is determined by the need for systematic clarification

of the differential diagnostic criteria of complicated grief and posttraumatic stress. **Objective.** To analyze the psychological consequences of experiencing different types of loss and to identify arguments supporting the differentiation between manifestations of the grieving process and symptoms of posttraumatic stress at different time intervals following the traumatic event. **Hypothesis.** The severity of psychological consequences following the loss of a close person is determined by the type of loss, the time elapsed since the event, and the presence or absence of emotional-cognitive resources that facilitate the completion of the grieving process and the reduction of posttraumatic stress symptoms. **Methods and Materials.** The study sample consisted of young adults (18 to 32 years old, M = 22,3) with a history of losing a significant close person (N = 103), subjectively assessed as the most traumatic event in their personal experience. To test the research hypothesis, the following set of measures was used: the Posttraumatic Stress Disorder Check List (PCL-5), adapted in 2017 at the Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences (Tarabrina, Kharlamenkova, Padun, et al., 2017); Symptom Check List of Psychopathological Symptoms in the Russian adaptation (Tarabrina et al., 2007); C. Ryff's Scale of Psychological Well-Being, adapted by L.V. Zhukovskaya and E.G. Troshikhina (2011); The Behavioral Control Questionnaire (E.A. Sergienko, G.A. Vilenskaya, I.I. Vetrova); and the Questionnaire «Age-of-Me» (Barak, 2009), adapted by E.A. Sergienko (2011). **Results.** It was demonstrated that the pattern of psychological consequences of losing a significant close person in young adulthood is determined by a combination of factors, including the cause of death, the time elapsed since the event, as well as the degree of availability and utilization of emotional-cognitive resources necessary for integrating the experience of loss.

Keywords: loss of a significant loved one, post-traumatic stress, grief, type of loss, duration of traumatic event, psychological consequences of loss of a loved one

Funding. The study was carried out with the financial support of the Russian Science Foundation as part of scientific project No. 25-18-00366, https://rscf.ru/project/25-18-00366/.

Acknowledgements. The authors are grateful for assistance in data collection A.N. Zelyanina, I.V. Ponomareva, I.V. Kiselyova, O.A.Vorona, V.S. Chernyavskaya.

For citation: Kharlamenkova, N.E., Agisheva, A.A. (2026). Delayed bereavement in early adulthood: A new perspective. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 112—137. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2026340306

Введение

В клинико-диагностическом смысле ситуация утраты значимого близкого представляет собой опыт контакта со стрессором высокой интенсивности, неизбежный для большинства людей. По сравнению со

старшими возрастными периодами, в которых утрата чаще оказывается до определенной степени прогнозируемым, закономерным событием, в молодом возрасте потеря близкого нередко случается впервые, носит внезапный или трагический характер и сопровождается серьезной угрозой для картины мира лиц раннего взрослого возраста, прежде ориентированной преимущественно на приобретения (Palmer, Saviet, Tourish, 2016). В контексте ключевых задач данного жизненного этапа, среди которых — личностное и профессиональное самоопределение и развитие, создание семьи, постепенное развитие способности к конструктивному взаимодействию с другими, построению стабильных социальных связей, ведущих к удовлетворяющей степени эмоциональной близости, утрата любимого человека не только потенциально дестабилизирует сферу отношений привязанности, но и генерализованно влияет на жизненную перспективу. Хотя формально регуляторные механизмы молодых взрослых могут считаться сформированными, они по-прежнему детерминируются надежностью внешней опоры. В связи с этим наиболее тяжелыми оказываются утраты парентальных фигур, а также потери партнеров и близких друзей, ранее представлявших эмоциональную, а в ряде случаев инструментальную поддержку, а также транслировавших ценность и отражавших индивидуальность горюющего. Присущая молодому возрасту лабильность Я-концепции, пересекаясь с опытом горевания, несет риски развития вторичной травматизации, ассоциированной со становящейся идентичностью. Наряду с этим горюющие молодые люди нередко сталкиваются с невозможностью получения оптимального объема помощи, что связано с завышенными ожиданиями окружающих относительно их быстрой психической регенерации, возвращения к активной, привычной жизни. Недостаточная легитимизация горя способствует усилению изоляции в противовес движению к получению адекватной социальной поддержки (Barros-Lane et al., 2025).

Характер и выраженность психопатологических проявлений, сопровождающих переживание травматического опыта молодыми людьми, ассоциированы с типом стрессора высокой интенсивности (Харламенкова и др., 2025; Sehlikoğlu, Bekircan, Tanrıöver, 2026). В ситуациях трагической, травматической утраты, связанной с насилием, суицидом, несчастным случаем, природной или техногенной катастрофой, увеличиваются риски развития как осложненного горевания, так и посттравматического стресса (Boelen, 2023; Dönmez, Toygar, Mum, 2025). Осложненное горевание — затяжной, часто непродуктивный траур, дезорганизующий представления горюющего о себе и мироустройстве, что может быть особенно травма-

тично для лиц, идентичность которых находится на стадии становления. Вместе с тем продолжительное переживание утраты значимого близкого может выражаться в циклической динамике, сопровождающейся чувством субъективной безвыходности (Битюцкая, 2025).

Современные исследования и накопленный опыт клинических наблюдений указывают на наличие ряда трансдиагностических факторов, схожих для посттравматических состояний и симптомокомплексов, связанных с осложненным гореванием (Jann, Netzer, Hecker, 2024). Так, например, показано, что навязчивые мучительные воспоминания об утраченном объекте привязанности чаще регистрируются у людей, пребывающих в состоянии осложненного горевания либо осложненного горевания, коморбидного с посттравматическим стрессом, по сравнению с горюющими, имеющими изолированный диагноз ПТСР (Smith, Ehlers, 2021). Последние в большей степени склонны непроизвольно обращаться к различным аспектам травматической ситуации, переживать навязчивые вторгающиеся (интрузивные) образы, ассоциированные с получением трагической новости, испытывая при этом страх, оцепенение и диссоциацию (Burke, 2025). При этом одним из ключевых маркеров персистирующей скорби выступает сохраняющаяся центральная роль утраты в анамнезе горюющего, связанная с переживанием неукротимой, в ряде случаев пароксизмальной психической боли (Brookman, Harris, O'Connor, 2024). Интенсивность скучания по умершему также ассоциирована с типом утраты: смерть близкого, наступившая в результате заболевания или несчастного случая, чаще сопровождается для горюющих большей субъективной тяжестью и концентрированностью переживания, чем утрата глубоко пожилого, старого человека (Сапоровская, Каменская, 2025).

Несмотря на очевидное методологическое пересечение рассматриваемых эмпирических полей, проблематика коморбидности и взаимодетерминированности процессов осложненного горевания и посттравматических состояний за пределами дихотомической оптики на сегодняшний день не раскрыта в полной мере. Посттравматический стресс в контексте утраты может рассматриваться не только как референсный конструкт, но и как ключ к континууму переживания горя, позволяющий изучить степень и сочетанность дезорганизации эмоциональной, когнитивной, поведенческой и соматической сфер личности, а также ресурсы, к которым она прибегает для поддержания гомеостаза и восстановления психологического благополучия (Djelantik, Robinaugh, Boelen, 2022).

Цель исследования — анализ психологических последствий переживания разных видов утраты и поиск аргументов в пользу дифференци-

ации признаков процесса горевания и симптомов посттравматического стресса при разной давности психотравмирующего события.

Объект исследования — признаки посттравматического стресса, связанные с утратой близкого, у респондентов в возрасте 18—32 лет.

Предмет исследования — посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика при разных типах утраты близкого и ресурсах совладания с психологическими последствиями воздействия травматического события.

Гипотеза исследования — тяжесть психологических последствий потери близкого определяется типом утраты, давностью события и наличием/отсутствием эмоционально-когнитивных ресурсов, обеспечивающих завершение процесса горевания и редукцию признаков посттравматического стресса.

Материалы и методы

Выборка. В исследовании приняли участие жители региональных центров РФ, а также малых городов и населенных пунктов Архангельской, Ростовской, Свердловской, Челябинской, Донецкой, Луганской областей и Забайкальского края. Финальную выборку исследования составили участники молодого возраста (от 18 до 32 лет, MED = 22,3), в анамнезе которых присутствует факт утраты значимого близкого человека (N = 103), субъективно оцениваемый как наиболее травматическое событие в индивидуальном опыте. Выборка носит смешанный характер, однако число респондентов женского пола (N = 78) значительно превышает количество принявших участие мужчин (N = 25), что может накладывать некоторые ограничения на экстраполяцию полученных результатов. Среди опрошенных количественно доминируют работающие лица с неоконченным высшим образованием, а также студенты, обучающиеся по программам бакалавриата и магистратуры, большинство из которых (N = 76) не состоят в браке и проживают совместно с родителями.

Методики

Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) — русскоязычная версия, адаптирована в 2007 году в Институте психологии РАН (Тарабрина, Харламенкова, Падун и др., 2017) — представляет собой опросник, состоящий из 20 пунктов, охватывающих различные аспекты личности и поведения: симптомы посттравматического стресса (ПТС), объединенные

в 4 шкалы: «Вторжение» (кластер B), «Избегание» (кластер C), «Негативные изменения в когнитивных процессах и настроении» (кластер D), «Возбудимость» (кластер E). Применение данного инструмента позволяет выявить наличие симптомов, соответствующих критериям DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), и оценить их путем вычисления общего индекса психотравматизации. В настоящем исследовании симптомы ПТС оценивались в связи с событием «утрата близкого».

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R) в русскоязычной адаптации (Тарабрина и др., 2007). Состоит из 90 вопросов, позволяющих диагностировать наличие психопатологических симптомов: соматизации, обсессивности—компульсивности, депрессии, межличностной сензитивности, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных тенденций, психотизма, а также определить общий индекс тяжести симптомов, индекс наличного симптоматического дистресса и общее количество симптомов, соответствующее числу утвердительных ответов. Опросник применялся для оценки и анализа специфики психопатологического статуса респондентов.

Опросник «Шкала психологического благополучия» К. Рифф (C. Ryff's Scale of Psychological Well-Being) в адаптации Л.В. Жуковской и Е.Г. Трошихиной (2011). Методика включает 54 пункта. Шкалы опросника: «Положительные отношения с другими», «Автономия», «Управление окружением», «Личностный рост», «Цель в жизни», «Самопринятие». Общее количество баллов по всем пунктам позволяет вычислить интегральный показатель психологического благополучия. Опросник применялся с целью определения уровня психологического благополучия и его аспектов у респондентов, переживших психотравмирующие события, различающиеся по сроку давности.

Опросник «Контроль поведения» (Е.А. Сергиенко, Г.А. Виленская, И.И. Ветрова) — используется для диагностики трех показателей контроля поведения: когнитивного контроля — особенностей интеллектуальных, когнитивных способностей, обеспечивающих анализ и упорядочивание внешней и внутренней среды, создание ментальных моделей ситуации и событий и оперирование ими; эмоционального контроля как контроля выражения эмоций и эмоционального состояния, способов регуляции эмоциональных состояний, распознавания, интерпретации и прогнозирования собственных эмоций и эмоций другого; волевого контроля как развития произвольности исполнительных действий, по-

ведения, подчинения определенным целям, стандартам, смыслам (Сергиенко, Виленская, Ветрова, 2023).

Опросник «Субъективный возраст» (Questionnaire «Age-of-Me» B. Barak, 2009, адаптация Сергиенко, 2011) для оценки среднего субъективного возраста (СВ) и его компонентов: биологического субъективного возраста (feel-age); эмоционального субъективного возраста (look-age); социального субъективного возраста (do-age); интеллектуального субъективного возраста (interest-age) (Barak, 2009; Сергиенко, 2011). Расчет среднего субъективного возраста по каждому из компонентов, а также анализ разницы между паспортным и субъективным возрастом позволил косвенно оценить эффективность и характер психологической адаптации респондентов к ситуации утраты значимого близкого.

Методы статистической обработки данных: U-критерий Манна—Уитни, критерий Краскела—Уоллиса (H), критерий «угловое преобразование Фишера» (φ*), кластерный анализ (кластеризация методом K средних). Использовалась программа Statistica_10.

Результаты

С целью проверки гипотезы исследования сопоставлялись признаки посттравматического стресса и психопатологической симптоматики, а также показатели психологического благополучия, субъективного возраста и контроля поведения у респондентов, сообщивших о событии, связанном с ожидаемой утратой близкого вследствие продолжительной болезни или естественного старения (группа A, n = 46 чел.), и с насильственной и/или внезапной смертью близкого (группа B, n = 57 чел.) (табл. 1, 2).

Проведенное сравнение данных показало, что выраженные признаки посттравматического стресса (ПТС) и психопатологической симптоматики в большей степени характерны для переживания внезапной и насильственной утраты (табл. 1). Об этом свидетельствует полный перечень симптомов ПТС — навязчивость мыслей и действий, сопряженная с характерной для этого механизма обсессивностью-компульсивностью (методика SCL-90-R), а также повышенный уровень возбудимости и реактивности, негативные изменения когнитивных процессов и настроения, которым сопутствуют психопатологические симптомы депрессии, тревожности, признаки переноса тревоги на другие объекты (фобическая тревожность, по SCL-90-R). Полученные результаты соответствуют широко распространенному мнению об особых, высокотравматичных рисках, связанных с внезапностью потери объ-

Таблица 1 / Table 1

Признаки посттравматического стресса (методика PCL-5) и психопатологической симптоматики (методика SCL-90-R) в группах респондентов с разным типом утраты близкого
Signs of post-traumatic stress (PCL-5) and psychopathological symptoms (SCL-90-R) in groups of respondents with different types of loss of a loved one

Шкалы опросников PCL-5 и SCL-90-R / Scales of the Questionnaires PCL-5 и SCL-90-R	Медианы / Medians		Критерий Манна—Уитни / Mann—Whitney test	Уровень значимости / Significance level
	Группа А / Group A (n = 46)	Группа В / Group B (n = 57)		
Методика PCL-5 / Posttraumatic Stress Disorder Check List (PCL-5)				
Вторжение / Intrusion	3,0	5,0	907,0	0,007
Избегание / Avoidance	1,0	2,0	868,0	0,003
Негативные изменения когнитивных процессов и настроения / Negative changes in thinking and mood	2,0	4,0	857,0	0,002
Возбудимость и реактивность / Arousal & Reactivity	1,5	3,0	966,0	0,02
Общий балл ПТС / Total score of PTS	8,0	18,0	850,0	0,002
Опросник SCL-90-R / Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R				
Обсессивность—компульсивность (O-C) / Obsessive—Compulsive	0,5	0,6	1001,0	0,05
Депрессия (DEP) / Depression	0,4	0,8	953,0	0,017
Тревожность (ANX) / Anxiety	0,3	0,5	950,0	0,01
Фобическая тревожность (PHOB) / Phobic Anxiety	0,2	0,4	980,5	0,028
Общий индекс тяжести симптомов (GSI) / Global Severity Index	0,34	0,6	1009,0	0,045

Примечание: группа А — утрата близкого вследствие продолжительной болезни, естественного процесса старения; группа В — насильственная и/или внезапная смерть; все различия значимы на уровне ≤ 0,05.
Note: group A — loss of a loved one due to a prolonged illness or the natural process of aging; Group B — violent and/or sudden death; all differences are significant at the level of ≤ 0,05.

екта привязанности, переживание которых становится более интенсивным при насильственной утрате (Агишева, 2024; Волкан, Зинтл, 2014; Champion, Kilcullen, 2025; Dönmez, Toygar, Mum, 2025, и др.). Понятно, однако, что подобные переживания не являются тотальными: их вариативность во многом зависит от наличия социально-психологических и личностных ресурсов. В настоящем исследовании такие ресурсы представлены в виде субъектных качеств человека — способности перерабатывать негативный опыт средствами когнитивного, эмоционального и волевого контроля, а также параметров психологического благополучия и субъективного возраста.

Таблица 2 / Table 2

Психологические ресурсы переработки травматического стресса разных видов утрат
Psychological resources for processing traumatic stress associated with different types of loss

Шкалы опросника «Контроль поведения» и Шкалы психологического благополучия К. Рифф / Scales of the Behavioral Control Questionnaire and C. Ryff's Scale of Psychological Well-Being	**Медианы / Medians**		**Критерий Манна—Уитни / Mann—Whitney test**	**Уровень значимости / Significance level**
	Группа А / Group A	**Группа В / Group B**		
Шкала психологического благополучия К. Рифф / C. Ryff's Scale of Psychological Well-Being				
Автономия / Autonomy	33,0	30,0	983,5	0,03
Компетентность / Environmental Mastery	33,0	31,0	1005	0,05
Самопринятие / Self-Acceptance	38,0	33,0	995,0	0,036
Общий балл / Total score	210,0	190,0	1029	0,05
Опросник «Контроль поведения» / The Behavioral Control Questionnaire				
Волевой контроль / Volitional control	33,0	31,0	988	0,03
Общий балл / Total score	100,0	93,0	1023	0,05

Примечание: группа А — утрата близкого вследствие продолжительной болезни, естественного процесса старения; группа В — насильственная и/или внезапная смерть; все различия значимы на уровне ≤ 0,05.
Note: group A — loss of a loved one due to a prolonged illness or the natural process of aging; Group B — violent and/or sudden death; all differences are significant at the level of ≤ 0,05.

Данные показывают, что при внезапной смерти (убийство, самоубийство, скоротечное заболевание и др.) значительно снижены показатели психологического благополучия, волевого контроля и в целом способности регулировать эмоциональные состояния и использовать интеллектуальный ресурс; при этом по показателю субъективного возраста группы не различались (в табл. 2 указаны только значимые различия).

В исследованиях лаборатории психологии посттравматического стресса (в настоящее время — лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях) Института психологии РАН с момента организации исследований по проблеме травматического и посттравматического стресса под руководством Н.В. Тарабриной (Тарабрина, Харламенкова, Падун и др., 2017; Харламенкова и соавт., 2022 и др.) существенным оставался вопрос о сравнении групп людей с разным уровнем посттравматического стресса. Данный ракурс исследования позволял дифференцировать психологическую картину посттравматического стресса (ПТС) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

С учетом важности оценки различий в уровне ПТС каждая из двух групп была разделена на две подгруппы по медианному критерию (группа А, MED = 7,5, n = 46; группа В, n = 57, MED = 18,0): А_ПТС$_{низкий}$ (тип утраты А, низкий уровень ПТС, n = 25 чел.), В_ПТС$_{низкий}$ (тип утраты В, низкий уровень ПТС, n = 31 чел.); А_ПТС$_{высокий}$ (тип утраты А, высокий уровень ПТС, n = 21 чел.), В_ПТС$_{высокий}$ (тип утраты В, высокий уровень ПТС, n = 26 чел.). Сравнение проводилось в подгруппх с низким и в подгруппах с высоким уровнем ПТС (табл. 3, 4).

Сравнение подгрупп с низким уровнем ПТС показало, что при переживании насильственной смерти близкого человека наиболее явно обнаруживают себя признаки избегания и негативные изменения когнитивных процессов и настроения. Не выявлено различий по психопатологической симптоматике, субъективному возрасту и контролю поведения, что указывает на близость в переживании разных видов утраты при низком уровне ПТС. В связи с этим возникает важнейший вопрос о различиях в динамике двух процессов — горевания и посттравматического стресса. Для точной проверки этого предположения необходимо проведение самостоятельного исследования, т. е. следует проводить диагностику признаков ПТС и показателей горевания (депрессии, вины, гнева и др.), при этом различия между ними, с нашей точки зрения и с опорой на авторитетные исследования (Djelantik, Robinaugh, Boelen, 2022; Heeke, Franzen, Hofmann et al., 2022 и др.), могут быть выявлены и

Таблица 3 / Table 3

Признаки психотравматизации и особенности ресурсов в подгруппах с *низким* уровнем ПТС
Signs of psychotraumatization and resources in subgroups with low level of PTS

Шкалы опросников / Scales of the Questionnaires	Медианы / Medians		Критерий Манна—Уитни / Mann—Whitney test	Уровень значимости / Significance level
	Подгруппа «A_ПТС$_{низкий}$» / Subgroup «A_PTS$_{low}$»	Подгруппа «B_ПТС$_{низкий}$» / Subgroup «B_PTS$_{low}$»		
Методика PCL-5 / Posttraumatic Stress Disorder Check List (PCL-5)				
Избегание /Avoidance	0,0	1,0	215,0	0,005
Негативные изменения когнитивных процессов и настроения / Negative changes in thinking and mood	0,0	2,0	231,0	0,007
Шкала психологического благополучия К. Рифф / C. Ryff's Scale of Psychological Well-Being				
Автономия / Autonomy	33,0	29,0	266,5	0,046

Примечание: подгруппа «A_ПТС$_{низкий}$» — утрата близкого вследствие продолжительной болезни, естественного процесса старения, низкий уровень ПТС, n = 25; подгруппа «B_ПТС$_{низкий}$» — насильственная и/или внезапная смерть, низкий уровень ПТС, n = 31; все различия значимы на уровне ≤ 0,05.
Note: subgroup «A_ПТС$_{low}$» — loss of a loved one due to a prolonged illness or the natural aging process, low PTSD scores, n = 25; subgroup «B_ПТС$_{low}$» — violent and/or sudden death, low PTSD, n = 1; all differences are significant at the ≤ 0.05 level.

по косвенным показателям горевания. Для этой цели приведем данные сравнения подгрупп с высоким уровнем ПТС (табл. 4).

Стоит отметить, что подгруппы с высоким уровнем ПТС различаются по целому ряду признаков психотравматизации и субъектно-личностным характеристикам. Заметим, что в случае насильственной утраты симптомы ПТС, как мы полагаем, сопутствуют признакам патологического горя: нарушаются контакты с реальностью; возникают подозрительность (межличностная сензитивность, психотизм), депрессия, тревожность, фобическая тревога, переживания по поводу своей компетентности; нарушается интеграция идентичности; снижается произвольный контроль. Следует обратить внимание на то, что разница между

Таблица 4 / Table 4

Признаки психотравматизации и особенности ресурсов в подгруппах с *высоким* уровнем ПТС
Signs of psychotraumatization and resources in subgroups with high level of PTS

Шкалы опросников PCL-5, SCL-90-R, Шкалы психологического благополучия К. Рифф / Scales of Questionnaires PCL-5, SCL-90-R, C. Ryff's Scale of Psychological Well-Being	**Медианы / Medians**		**Критерий Манна—Уитни / Mann—Whitney test**	**Уровень значимости / Significance level**
	Подгруппа «A_ПТС$_{высокий}$» / Subgroup «A_PT-S$_{high}$»	**Подгруппа «B_ПТС$_{высокий}$» / Subgroup «B_PT-S$_{high}$»**		
Методика PCL-5 / Posttraumatic Stress Disorder Check List (PCL-5)				
Вторжение / Intrusion	5,0	10,0	129,0	0,002
Избегание / Avoidance	3,0	4,0	176,0	0,04
Негативные изменения когнитивных процессов и настроения / Negative changes in thinking and mood	6,0	10,5	136,0	0,003
Возбудимость и реактивность / Arousal & Reactivity	4,0	10,0	125,0	0,002
Опросник SCL-90-R / Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R				
Межличностная сензитивность (INT) / Interpersonal Sensitivity	0,7	1,2	176,0	0,04
Депрессия (DEP)	0,6	1,4	137,0	0,004
Тревожность (ANX) / Anxiety	0,6	1,1	174,0	0,05
Фобическая тревожность (PHOB) / Phobic Anxiety	0,3	0,8	156,0	0,013
Психотизм (PSY) / Psychoticism	0,1	0,6	176,0	0,05
Общий индекс тяжести симптомов (GSI) / Global Severity Index (GSI)	0,7	1,2	159,0	0,02
Шкала психологического благополучия К. Рифф / C. Ryff's Scale of Psychological Well-Being				
Компетентность / Environmental Mastery	31,0	28,0	182,0	0,05
Самопринятие / Self-Acceptance	37,0	32,0	155,0	0,01
Общий балл / Total score	215,0	195,0	163,0	0,02

Шкалы опросников PCL-5, SCL-90-R, Шкалы психологического благополучия К. Рифф / Scales of Questionnaires PCL-5, SCL-90-R, C. Ryff's Scale of Psychological Well-Being	**Медианы / Medians**		**Критерий Манна—Уитни / Mann—Whitney test**	**Уровень значимости / Significance level**
	Подгруппа «А_ПТС$_{высокий}$» / Subgroup «A_PTS$_{high}$»	**Подгруппа «В_ПТС$_{высокий}$» / Subgroup «B_PTS$_{high}$»**		
Опросник «Субъективный возраст» / Questionnaire «Age-of-Me» B. Barak				
СВ биологический / feel-age	—2,0	1,0	142,0	0,005
СВ эмоциональный / look-age	0,0	3,0	160,5	0,02
Опросник «Контроль поведения» / The Behavioral Control Questionnaire				
Волевой контроль / volitional control	34,0	30,0	178,0	0,04

Примечание: подгруппа «А_ПТС$_{высокий}$» — утрата близкого вследствие продолжительной болезни, естественного процесса старения, высокий уровень ПТС, n = 21; подгруппа «В_ПТС$_{высокий}$» — насильственная и/или внезапная смерть, высокий уровень ПТС, n = 26; все различия значимы на уровне ≤ 0,05.
Note: subgroup «А_ПТС$_{high}$» — loss of a loved one due to a prolonged illness or the natural aging process, high PTSD level, n = 21; group «В_ПТС$_{high}$» — violent and/or sudden death, high PTSD level, n = 26; all differences are significant at the ≤ 0,05 level.

паспортным и субъективным возрастом, а именно негативная когнитивная иллюзия возраста в период ранней взрослости, указывает на зрелую личностную позицию и использование конструктивных стратегий регуляции эмоций, что характерно для респондентов, переживших ненасильственную и до некоторой степени ожидаемую утрату.

Дальнейшая проверка гипотезы строилась на существующем в психологии утраты представлении о том, что *нормативное горевание* включает в себя ряд этапов и его признаки ослабевают к двум годам с момента потери близкого (Djelantik, Robinaugh, Boelen, 2022) и, наоборот, сохранность переживания вины, гнева, депрессии, психотизма, отчужденности и др. свидетельствует о развитии процесса патологического горевания.

С целью верификации выдвинутого предположения выборка была разделена на подгруппы с учетом типа утраты, уровня посттравматического стресса и давности события (в каждой подгруппе — около 12 человек). Оказалось, что четыре подгруппы с *низким уровнем ПТС* (А < 2, В < 2, А > 2, В > 2, где А — утрата близкого вследствие продолжительной болезни, естественного процесса старения, В — насильственная и/или внезапная смерть, < 2 — давность события менее

2 лет, > 2 — давность события более 2 лет) практически не различаются. Согласно критерию Краскела—Уоллиса различия были получены только по симптому «избегание» (H = 18,2, p = 0,003). Признаки избегания оказываются выше в группе респондентов, имеющих в анамнезе насильственную утрату близкого человека при давности более 2 лет (разброс по признаку давности в группе > 2 лет — от 27 до 144 месяцев). Различия между подгруппами с разным типом травмы с давностью менее 2 лет отсутствуют (разброс по признаку давности в группе < 2 лет — от 3 до 24 месяцев).

Подгруппы с высоким ПТС различаются (критерий Краскела—Уоллиса) по признакам ПТС: вторжению (H = 12,3, p = 0,02), негативному изменению когнитивных процессов и настроения (H = 10,5, p = 0,03), возбудимости и реактивности (H = 12,3, p = 0,02); психопатологическим симптомам — депрессии (DEP) (H = 11,2, p = 0,03), фобической тревожности (PHOB) (H = 9,3, p = 0,05); по параметрам психологического благополучия — автономии (H = 9,7, p = 0,05) и компетентности (H = 10,4, p = 0,03), общему показателю психологического благополучия (H = 9,8, p = 0,05), а также по показателям субъективного возраста: разнице между биологическим («Я чувствую себя, как мне кажется, на ... лет») (H = 12,5, p = 0,01), эмоциональным («Я считаю, что я выгляжу на ... лет») субъективным и паспортным (H = 9,9, p = 0,04) возрастом.

Вследствие того, что различия между подгруппами с низким уровнем ПТС и различия между респондентами с разными типами травмы при высоком ПТС и давностью травматического события < 2 лет оказались единичными (в последнем случае — различия по показателю разницы между эмоциональным СВ и паспортным возрастом: U = 5,5, p = 0,035); приведем данные сравнения подгрупп с разными типами утраты с высоким уровнем ПТС и давностью травматического события более 2 лет («А_ПТС$_{высокий}$ > 2» и «В_ПТС$_{высокий}$ > 2»).

В целом следует отметить, что общая закономерность в различиях подгрупп с разным типом утраты при высоком уровне ПТС сохраняется при учете давности травмы, за исключением показателей межличностной сензитивности, компетентности, субъективного возраста (эмоциональный СВ) и волевого контроля, различия по которым нивелируются с увеличением срока давности события. Это означает, что ненасильственный и насильственный типы утраты близкого не могут быть дифференцированы по этим показателям с течением времени и объем ресурсов совладания с тяжелыми психологическими последствиями утраты сокращается.

Таблица 5 / Table 5

Сравнение подгрупп с разными типами утраты с давностью более 2 лет и высоким уровнем ПТС
Comparison of subgroups with different types of loss with a duration of more than 2 years and a high level of PTS

Шкалы опросников PCL-5, SCL-90-R, Шкала психологического благополучия К. Рифф, Опросника «Субъективный возраст» / Scales of the Questionnaires PCL-5, SCL-90-R, C. Ryff's Scale of Psychological Well-Being, Questionnaire «Age-of-Me» B. Barak	**Медианы / Medians**		**Критерий Манна—Уитни / Mann—Whitney test**	**Уровень значимости / Significance level**
	Подгруппа «A_ПТС$_{высокий}$ > 2» / Subgroup «A_PTS$_{high}$ > 2»	**Подгруппа «B_ПТС$_{высокий}$ > 2» / Subgroup «A_PTS$_{high}$ > 2»**		
Методика PCL-5 / Posttraumatic Stress Disorder Check List (PCL-5)				
Вторжение / Intrusion	5,0	9,0	62,0	0,014
Избегание / Avoidance	3,0	4,0	72,0	0,03
Негативные изменения когнитивных процессов и настроения / Negative changes in thinking and mood	6,0	9,0	48,0	0,003
Возбудимость и реактивность / Arousal & Reactivity	4,0	10,0	66,5	0,02
Общий уровень ПТС / Total score	17,0	32,0	36,0	0,0006
Опросник SCL-90-R / Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R				
Депрессия (DEP) / Depression	0,6	1,4	53,0	0,005
Тревожность (ANX) / Anxiety	0,6	1,2	80,0	0,05
Фобическая тревожность (PHOB) / Phobic Anxiety	0,3	0,7	75,0	0,05
Общий индекс тяжести симптомов (GSI) / Global Severity Index (GSI)	0,6	1,1	72,0	0,04
Шкала психологического благополучия К. Рифф / Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R				
Самопринятие / Self-Acceptance	37,0	33,0	70,0	0,03
Общий балл / Total score	210,0	200,0	75,5	0,05

Шкалы опросников PCL-5, SCL-90-R, Шкала психологического благополучия К. Рифф, Опросника «Субъективный возраст» / Scales of the Questionnaires PCL-5, SCL-90-R, C. Ryff's Scale of Psychological Well-Being, Questionnaire «Age-of-Me» B. Barak	**Медианы / Medians**		**Критерий Манна—Уитни / Mann—Whitney test**	**Уровень значимости / Significance level**
	Подгруппа «А_ПТС$_{высокий}$ > 2» / Subgroup «A_PTS$_{high}$ > 2»	**Подгруппа «В_ПТС$_{высокий}$ > 2» / Subgroup «A_PTS$_{high}$» > 2»**		
Опросник «Субъективный возраст» / Questionnaire «Age-of-Me» B. Barak				
СВ биологический / feel-age	–1,0	2,0	41,0	0,001

Примечание: подгруппа «А_ПТС$_{высокий}$ > 2»» — утрата близкого вследствие продолжительной болезни, естественного процесса старения, высокий уровень ПТС (давность события более 2 лет); подгруппа «В_ПТС$_{высокий}$ > 2» — насильственная и/или внезапная смерть, высокий уровень ПТС (давность события более 2 лет).
Note: subgroup «A_ПТС$_{high}$ > 2» — loss of a loved one due to a prolonged illness or the natural aging process, high PTSD level (time since the event more than 2 years); subgroup «B_ПТС$_{high}$ > 2» — violent and/or sudden death, high PTSD level (time since the event more than 2 years).

В качестве дополнительного аргумента в пользу важности учета давности травматического события следует привести результаты кластерного анализа параметров субъективного возраста. Анализ проводили по 4 переменным — показателям биологического, эмоционального, социального и интеллектуального субъективного возраста (кластеризация методом k-средних) (табл. 6).

Таблица 6 / Table 6

Результаты кластерного анализа данных методики «Диагностика субъективного возраста»
Results of the cluster analysis of data from the Questionnaire «Age-of-Me» B. Barak

Показатели Опросника «Субъективный возраст» / Indicators of Questionnaire «Age-of-Me» B. Barak	**Кластер 1 (n = 61) / Cluster 1 (n = 61)**	**Кластер 2 (n = 31) / Cluster 2 (n = 31)**	**Кластер 3 (n = 9) / Cluster 3 (n = 9)**
Биологический СВ / Feel-age	–1,1	2,4	–5,1
Эмоциональный СВ / Look-age	0,8	2,9	–2,1

Показатели Опросника «Субъективный возраст» / Indicators of Questionnaire «Age-of-Me» B. Barak	**Кластер 1 (n = 61) / Cluster 1 (n = 61)**	**Кластер 2 (n = 31) / Cluster 2 (n = 31)**	**Кластер 3 (n = 9) / Cluster 3 (n = 9)**
Социальный СВ / Do-age	–0,4	0,9	–9,8
Интеллектуальный СВ / Interest-age	–1,2	2,6	–15,7

Примечание: В таблице указаны средние значения разницы между значением конкретного параметра субъективного (СВ) и паспортным возрастом. Отрицательное значение (негативная иллюзия возраста) указывает на значение СВ, превышающее паспортный возраст, положительное (позитивная иллюзия возраста) — на значение СВ меньше паспортного возраста.
Note: the table shows the mean values of the difference between a specific parameter of subjective age (SA) and chronological age. A negative value (negative age illusion) indicates a SA value exceeding chronological age, while a positive value (positive age illusion) indicates a SA value below chronological age.

Сравнение подгрупп с разными типами утраты при высоком ПТС (давность более двух лет) показало, что при утрате типа «А» чаще встречается негативная иллюзия возраста (первый кластер, $\varphi^* = 1{,}8$, $p < 0{,}05$), а при утрате типа «В» — позитивная иллюзия возраста (второй кластер, $\varphi^* = 1{,}7$, $p < 0{,}05$). Восприятие себя как человека, старше своего возраста в период ранней взрослости рассматривается как показатель взросления и способности переживать, мыслить и действовать как зрелый человек.

Обсуждение результатов

Для молодых людей опыт утраты впервые становится реальной частью жизненного пути: смерть близкого оказывается не только эмоциональным потрясением и переживанием разрыва прежней связи, но и фактором первичного столкновения с темами конечности, неизбежности смерти и экзистенциальной предопределенности.

Тип утраты задает контекст, в котором активируются различные регуляторные системы личности. Утрата насильственного, внезапного характера выступает причиной более выраженного дистресса, а также, по нашему мнению, влияет на трансформацию механизмов переработки травматического опыта, что выражается в сочетании нарастающей психопатологической нагрузки и снижения эффективности обращения к психологическим ресурсам, обеспечивающим произвольную регуляцию.

Вариативность выраженности симптомов ПТС и сопутствующей психопатологической симптоматики, сопряженная с типом утраты, со всей очевидностью прослеживается на ранних этапах переживания потери. Данное утверждение согласуется с результатами разных исследований: показано, что в диапазоне первых двух лет после утраты наблюдаются значительные различия по степени выраженности посттравматического стресса и депрессивной симптоматики, при этом синдромальные взаимосвязи усложняются с течением времени (Komischke-Konnerup et al., 2023; Djelantik, Robinaugh, Boelen, 2022). Так, редукция различий, связанных с давностью утраты при интенсивных проявлениях посттравматического стресса, указывает на возможное усложнение взаимосвязей между посттравматическими состояниями и пролонгированным течением депрессивной фазы осложненного горевания по мере его хронификации. В свою очередь, фактор давности травматического события не играет существенной роли в снижении негативных психологических последствий утраты, если обнаружены изначальные нарушения в возможности переработки опыта потери.

В ходе анализа подгрупп с низким уровнем ПТС продемонстрировано, что даже при относительно благоприятной адаптационной картине тип утраты во многом продолжает определять конфигурацию ответа на опыт потери близкого. Вместе с тем усиление симптомов избегания у респондентов подгруппы с низким ПТС без расширенного фонового спектра психопатологической симптоматики может быть обусловлено их обращением к эффективным механизмам совладания и/или кумуляцией посттравматической динамики в кластер избегания. Примечательно пересечение данного результата с исследовательскими данными, в которых описывается чувствительность и готовность к поведенческой активации в связи с симптомами осложненного горевания, в особенности у лиц, демонстрирующих высокую степень избегания (Williams et al., 2019).

Принципиальную значимость имеет обнаруженная конкордантность признаков ПТС и осложненного горевания в ситуации насильственной, внезапной утраты. Вероятно, мы имеем дело с наложением двух процессов, усиливающих снижение возможностей произвольного контроля и препятствующих интеграции опыта потери. Также показано, что при интенсивных проявлениях посттравматической и психопатологической симптоматики горевание частично утрачивает процессуальность и фиксируется в виде устойчивых симптомокомплексов, затрудняющих дифференциальную диагностику.

Полученные результаты следует интерпретировать с учетом методических особенностей исследования. В настоящей работе не использовался специализированный инструмент прямой диагностики осложненного горевания, поэтому выводы о наличии его признаков основаны на косвенной оценке комплекса показателей: выраженности психопатологической симптоматики, уровня психологического благополучия, а также характера посттравматических проявлений. Такой подход позволяет обсуждать вероятное пересечение посттравматического стресса и осложненного горевания, однако не дает оснований для их окончательной клинической дифференциации. Вместе с тем выявленные закономерности представляются значимыми именно с точки зрения анализа взаимосвязей между двумя симптомокомплексами. Сохранение высокой выраженности симптомов ПТС в сочетании с конгломератом косвенных признаков осложненного горевания спустя более двух лет после утраты позволяет предположить существование устойчивых вариантов неблагоприятной адаптации, требующих дальнейшего изучения с использованием специализированных диагностических методик диагностики осложненного горевания. Такой подход позволит более точно определить вклад каждого из рассматриваемых феноменов в формирование психологических последствий утраты.

Отдельный интерес представляют различия в когнитивных иллюзиях возраста. Молодые люди, имеющие опыт условно нормативной утраты, ощущают себя старше своего биологического возраста, что может отражать стремление к принятию ответственности, идентификацию с более опытными, зрелыми внешними объектами и попытку когнитивного осмысления произошедшего. Позитивная иллюзия возраста при высоком уровне ПТС в подгруппе респондентов, столкнувшихся с насильственной, внезапной утратой, может быть ассоциирована с регрессом к более ранним возрастным периодам, субъективно связываемым с опытом безопасности и предсказуемости, либо с попытками формирования временной дистанции по отношению к травматической ситуации.

Выводы

1. В соответствии с основной гипотезой исследования показано, что тяжесть психологических последствий потери близкого определяется типом утраты, давностью события и наличием/отсутствием эмоцио-

нально-когнитивных ресурсов, обеспечивающих завершение процесса горевания и редукцию признаков посттравматического стресса.

2. Выявлены существенные различия в уровне посттравматического стресса, психопатологической симптоматики, психологической ресурсности переработки травматического опыта между двумя группами респондентов — переживших естественную и насильственную смерть близкого человека. Ключевыми в преодолении дистресса являются показатели автономии, компетентности, самопринятия и волевого контроля.

3. При успешном совладании с психологическими последствиями утраты близкого, т. е. при низком уровне посттравматического стресса, различия между людьми, пережившими разные типы утраты, проявляются в отдельных признаках ПТС — избегании и изменении когнитивных процессов и настроения, а также в показателях автономии. При высокой степени тяжести симптоматики посттравматического стресса переживание насильственной утраты сопровождается нарастанием разнообразия психопатологической симптоматики и снижением личностных ресурсов.

4. Контроль переменной «давность травматического события» показал, что при низкой интенсивности ПТС в период до двух лет с момента утраты различия между субъектами, пережившими естественную или насильственную смерть близкого, отсутствуют, что свидетельствует о нормативном течении процесса горевания. Контрастность в показателях дистресса и ресурсности личности при переживании двух типов утраты обнаружена при высоком уровне ПТС после двух лет с момента травматического события, что указывает на признаки осложненного горя при насильственной утрате и на различия в механизмах преодоления психологических последствий влияния травматического события при переработке опыта ожидаемой и неожиданной потери.

Ограничения. В исследовании не использовалась специализированная методика прямой диагностики осложненного горевания, поэтому его признаки оценивались косвенно по совокупности психопатологических, посттравматических и ресурсных показателей. Необходимо дальнейшее целенаправленное изучение различий ПТС, ассоциированного с утратой близкого, и осложненного горевания, потенциально минимизирующее ограничения интерпретации их вклада в психологическое состояние субъекта.

Limitations. A specialized instrument for the direct assessment of complicated grief was not used in the present study; therefore, its manifestations were evaluated indirectly based on a combination of psychopathological, posttrau-

matic, and psychological resource-related indicators.Further targeted study of the differences between bereavement-associated PTSD and complicated grief is needed, potentially minimizing the limitations of interpreting their contribution to the psychological state of the subject.

Список источников / References

1. Агишева, А.А. (2024). Переживание утраты взрослого ребенка в пожилом возрасте. *Клиническая и специальная психология, 13*(4), 51—75. https://doi.org/10.17759/cpse.2024130403
   Agisheva, A.A. (2024). Experiencing the loss of an adult child in old age. *Clinical and Special Psychology, 13*(4), 51—75. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpse.2024130403
2. Битюцкая, Е.В. (2025). Длительное горе при переживании утраты близкого человека. *Психология посттравматического стресса: методология, теория, практика*. М.: Институт психологии РАН, 183—188.
   Bityutskaya, E.V. (2025). Prolonged grief following the loss of a loved one. *Psychology of Post-Traumatic Stress: Methodology, Theory, and Practice*. Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, 183—188. (In Russ.).
3. Битюцкая, Е.В. (2025). Цикл утраты (анализ случая). *Консультативная психология и психотерапия, 33*(3),171—194. https://doi.org/10.17759/cpp.2025330308
   Bityutskaya, E.V. (2025). The Cycle of Loss (Case Analysis). *Counseling Psychology and Psychotherapy, 33*(3), 171—194. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2025330308
4. Волкан, В., Зинтл, Э. (2014). *Жизнь после утраты. Психология горевания*. М.: Когито-Центр.
   Volkan, V., Zintl, E. (2014). *Life After Loss: The Psychology of Grief*. Moscow: Cogito-Center Publishing House. (In Russ.).
5. Жуковская, Л.В., Трошихина, Е.Г. (2011). Шкала психологического благополучия К. Рифф. *Психологический журнал, 32*(2), 82—93.
   Zhukovskaya, L.V., & Troshikhina, E.G. (2011). C. Ryff's Scales of Psychological Well-Being. *Psychological Journal, 32*(2), 82—93. (In Russ.).
6. Сапоровская, М.В., Каменская А.С. (2025). Феноменология скучания по умершему близкому в контексте различных типов утраты. *Клиническая и специальная психология, 14*(4), 90—107. https://doi.org/10.17759/cpse.2025140406
   Saporovskaya, M.V., Kamenskaya, A.S. (2025). Phenomenology of missing a deceased loved one in the context of different types of loss. *Clinical and Special Psychology,* 14(4), 90—107. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpse.2025140406
7. Сергиенко, Е.А. (2011). Субъективный возраст в контексте системно-субъектного подхода. *Ученые записки Казанского университета. Серия: Гуманитарные науки, 153*(5), 89—101.

Sergienko, E.A. (2011). Subjective age in the context of the system-subject approach. *Uchenye Zapiski Kazanskogo Universiteta. Seriya: Gumanitarnye Nauki, 153*(5), 89—101. (In Russ.).

8. Сергиенко, Е.А., Виленская, Г.А., Ветрова, И.И. (2023). Новый метод оценки психической регуляции — опросник «Контроль поведения». Экспериментальная психология,16(1), 182—200. https://doi.org/10.17759/exppsy.2023160111
   Sergienko, E.A., Vilenskaya, G.A., & Vetrova, I.I. (2023). A new method for assessing psychological regulation: The "Behavioral Control" questionnaire. *Experimental Psychology, 16*(1), 182—200. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/exppsy.2023160111
9. Тарабрина, Н.В., Агарков, В.А., Быховец, Ю.В., Калмыкова, Е.С., Макарчук, А.В., Падун, М.А., Удачина, Е.Г., Химчян, З.Г., Шаталова, Н.Е., Щепинина, А.И. (2007). *Практическое руководство по психологии посттравматического стресса*. М.: Институт психологии РАН.
   Tarabrina, N.V., Agarkov, V.A., Bykhovets, Yu.V., Kalmykova, E.S., Makarchuk, A.V., Padun, M. A., Udachina, E.G., Khimchyan, Z.G., Shatalova, N.E., Shchepinina, A.I. (2007). *Practical Guide to the Psychology of Post-Traumatic Stress*. Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. (In Russ.).
10. Тарабрина, Н.В., Харламенкова, Н.Е., Падун, М.А., Хажуев, И.С., Казымова, Н.Н., Быховец, Ю.В., Дан, М.В. (2017). *Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности*. М.: Институт психологии РАН.
    Tarabrina, N.V., Kharlamenkova, N.E., Padun, M.A., Khazhuev, I.S., Kazymova, N.N., Bykhovets, Yu.V., Dan, M.V. (2017). *Intense Stress in the Context of Psychological Safety*. Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences Press. (In Russ.).
11. Харламенкова, Н.Е., Знакова, В.В., Сергиенко, Е.А., Казымова, Н.Н. (Ред). (2022). *Онто- и субъектогенез психического развития человека*. М.: Институт психологии РАН.
    Kharlamenkova, N.E., Znakova, V.V., Sergienko, E.A., Kazymova, N.N. (Eds). (2022). *Ontogenesis and Subject-Genesis of Human Psychological Development*. Moscow: Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences Press. (In Russ.).
12. Харламенкова, Н.Е., Никитина, Д.А., Шаталова, Н.Е., Быховец, Ю.В. (2025). Переживание психотравмирующих событий прошлого в период ранней взрослости. *Клиническая и специальная психология, 14*(4), 39—55. https://doi.org/10.17759/cpse.2025140403
    Kharlamenkova, N.E., Nikitina, D.A., Shatalova, N.E., Bykhovets, Yu.V. (2025). Experiencing past traumatic events in early adulthood. *Clinical and Special Psychology, 14*(4), 39—55. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpse.2025140403
13. Barak, B. (2009). Age identity: A cross-cultural global approach. *International Journal of Behavioral Development, 33(1),* 2—11. https://doi.org/10.1177/0165025408099485

14. Barros-Lane, L., Alvarez-Rodriguez,V., Cornelius, V.E., Smith, V.D. (2025). Grief Lasts Longer Than Sympathy: Qualitatively Examining Disenfranchised Grief in Young Widowhood. *JournalofLossandTrauma, 30*(2), 123—144. https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2324273
15. Boelen, P.A. (2023).Nature and prevalence of PTSD as per DSM-5 and ICD-11 after natural and unnatural deaths. *Journal of Affective Disorders Reports, 14,* Article 100664.https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100664
16. Brookman, R., Harris, C.B., O'Connor, M. (2024). A role for event centrality in prolonged grief disorder. *Scientific Reports,14*(1), Article 22093. https://doi.org/10.1038/s41598-024-72754-9
17. Burke, S.A. (2025). The Science and Experience of Grief: Psychological, Neuroscientific, and Cultural Perspectives. International Journal of Psychiatry Research, *8*(4), 1—10. https://doi.org/10.33425/2641-4317.1224
18. Champion, M.J., Kilcullen, M. (2025). Complicated grief following the traumatic loss of a child: A Systematic Review. *Journal of Death and Dying, 91*(4), 2142—2164.
19. Djelantik, A.A.A., Robinaugh, D.J., Boelen, P.A. (2022) The course of symptoms in the first 27 months following bereavement: A latent trajectory analysis of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression. *Psychiatry Researc, 311*, Article 114472. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114472
20. Dönmez, Ç.F., Toygar, I., Mum, S. (2025) Exploring thebereavement experiencesand prevalence of prolongedgrief disorder among 2023 Turkish earthquakesurvivors with advancedchronic disease: a mixedmethods study. *BMJ Open*, 15, e088551. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088551
21. Heeke, C., Franzen, M., Hofmann, H., Knaevelsrud, C., Lenferink, L.I.M. (2022) A latent class analysis on symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression following the loss of a loved one. *Frontiers in Psychiatry, 13*, Article 878773. http://doi: 10.3389/fpsyt.2022.878773
22. Jann, P., Netzer, J., Hecker,T.(2024). Traumatic loss: a systematic review of potential risk factors differentiating between posttraumatic stress disorder and prolonged grief disorder. *European Journal of Psychotraumatology, 15*, Article 2371762. https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2371762
23. Komischke-Konnerup, K.B., Vang,M.L., Lundorff, M., Elklit,A.,O'Connor, M. (2023). Do Early Symptoms of Prolonged Grief Disorder Lead to Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Depression? A Longitudinal Register-Based Study of the Two First Years of Bereavement. *Journal of Psychopathology and Clinical Science, 132*(8), 996—1006. https://doi.org/10.1037/abn0000859
24. Palmer,M., Saviet, M.,Tourish, J. (2016).Understanding and supporting grieving adolescents and young adults. *Pediatric Nursing, 42*(6), 275—281.
25. Sehlikoğlu, Ş., Bekircan, E., Tanrıöver, S. (2026). Prolonged grief disorder among those who have lost family members due to natural disasters: A mixed design study. Death Studies, *50*(9), 1497—1512. https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2513993

26. Smith, K.V., Ehlers, A. (2021). Prolonged grief and posttraumatic stress disorder following the loss of a significant other: An investigation of cognitive and behavioural differences. *PLoS ONE, 16*(4), Article 0248852. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248852
27. Williams, J.L., Hardt, M.M., Henschel, A.V., Eddinger, J.R. (2019). Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not posttraumatic stress symptoms. *PsychiatryResearch, 273*, 336—342. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.020

Информация об авторах

Наталья Евгеньевна Харламенкова, доктор психологических наук, профессор, заместитель директора, заведующая лабораторией психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0508-4157, e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Анастасия Андреевна Агишева, независимый исследователь, практикующий психолог, Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0001-9838-9813, e-mail: anastasya_ozornina@mail.ru

Information about the authors

Natalia E. Kharlamenkova, Doctor of Science (Psychology), Professor, Deputy Director, Head of Laboratory of Psychology of Person Development in Normal and Post-traumatic States, Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0508-4157, e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Anastasiya A. Agisheva, Independent researcher, practicing psychologist, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0009-0001-9838-9813, e-mail: anastasya_ozornina@mail.ru

Вклад авторов

Харламенкова Н.Е. — идеи исследования, планирование исследования, сбор и анализ данных; применение статистических методов для анализа данных; визуализация результатов исследования; аннотирование, написание и оформление рукописи.

Агишева А.А. — идеи исследования; подготовка обзора литературы, написание и оформление рукописи.

Авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Natalia E. Kharlamenkova — ideas; planning of the research; data collection and analysis; application of statistical, mathematical or other methods for data analysis; visualization of research results; annotation, writing and design of the manuscript.

Anastasiya A. Agisheva — ideas; preparation of a literature review, writing and design of the manuscript.

The authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest
The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике
Исследование было рассмотрено и одобрено Этическим комитетом ФГБУН Института психологии РАН» (№ протокола 1 от 02.02.2026 г.).

Ethics statement
The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences (report no.1, 2026/02/02).

Поступила в редакцию 10.02.2026 — Received 2026.02.10
Поступила после рецензирования 12.09.2026 — Revised 2026.09.12
Принята к публикации 13.09.2026 — Accepted 2026.09.13
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30

Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 138—157.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340307
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 138—157.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340307
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

Научная статья | Original paper

Совладание молодежи в условиях стрессогенного воздействия информационного контекста специальной военной операции

Е.В. Тихомирова, А.Г. Самохвалова ✉, М.В. Сапоровская
Костромской государственный университет,
Кострома, Российская Федерация
✉ a_samohvalova@kosgos.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Молодежь в современной России находится в сложном контексте военного конфликта и связанных с ним информационных воздействий. В связи с этим встает задача поиска механизмов нивелирования рисков ухудшения психоэмоционального здоровья молодежи на фоне специфического стресса. Теоретической основой исследования послужил контекстуальный подход к изучению стресса у молодежи, оказавшейся в условиях разной территориальной близости к проведению специальной военной операции (СВО), а также диспозиционная теория совладания. **Цель исследования** — выявить и проанализировать общие и специфические особенности совладания со стрессогенным воздействием информационного контекста специальной военной операции у молодежи с разной территориальной близостью к зоне военного конфликта. **Методы и материалы**. В исследовании приняли участие 582 человека от 17 до 36 лет (M = 20,9; SD = 6,3). *Методический комплекс*: полуструктурированная анкета, обработанная методом контент-анализа; сокращенная версия русскоязычной методики оценки копинг-стратегий (COPE-30), внеситуативная версия (М.А. Одинцова, Н.П. Радчикова, Л.А. Александрова, 2022); шкалы самооценки показателей экзистенциальной безопасности личности; шкалы самооценки превалирующих эмоций, возникающих в ответ на поступающую информацию. **Результаты.** Уровень стресса, связанного с информационным контекстом, у молодежи варьируется в зависимости от территориальной близости к СВО, проявляясь наиболее остро у жителей приграничной зоны и Крыма. Для молодежи из зон активных боевых действий характерны эмоциональное притупление и снижение экзистенциальной безопасности; жители приграничных территорий демонстрируют более высокий уровень негативных эмоций. Количественные данные свидетельствуют о генерализо-

© Тихомирова Е.В., Самохвалова А.Г., Сапоровская М.В., 2026

CC BY-NC

ванной напряженности использования копинг-стратегий, что указывает на дестабилизацию психологической регуляции. Наиболее распространенными оказались копинг-стратегии ограничения информационного воздействия и отвлечения/переключения, тогда как на уровне диспозиционных стратегий устойчивость к информационным нагрузкам связана с проактивными стратегиями совладания. **Выводы.** Совладание молодежи со стрессом, связанным с информационным контекстом в условиях СВО, носит комплексный, но зачастую напряженный и внутренне противоречивый характер. Высокая активность в использовании копинг-стратегий служит не столько индикатором успешной адаптации, сколько симптомом дестабилизации механизмов психологической регуляции под воздействием хронического стрессора. Полученные данные подчеркивают важность учета территориального контекста, в том числе парадоксальных эффектов адаптации к экстремальным условиям, а также необходимость разработки целенаправленных программ психологической помощи, ориентированных на формирование гибких и эффективных навыков информационной гигиены и эмоциональной саморегуляции.

Ключевые слова: социокультурный контекст, информационное воздействие, стресс, совладание, копинг-стратегии, молодежь, экзистенциальная безопасность

Финансирование. Исследование выполнено в рамках государственного задания Министерства науки и высшего образования № FZEW-2026-0003.

Для цитирования: Тихомирова, Е.В., Самохвалова, А.Г., Сапоровская, М.В. (2026). Совладание молодежи в условиях стрессогенного воздействия информационного контекста специальной военной операции. *Консультативная психология и психотерапия, 34*(03), 138—157. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340307

Youth Coping in the Context of the Stress-Inducing Impact of the Special Military Operation's Information Environment

E.V. Tikhomirova, A.G. Samokhvalova ✉, M.V. Saporovskaya
Kostroma State University, Kostroma, Russian Federation
✉ a_samohvalova@kosgos.ru

Abstract

Context and relevance. Young people in modern Russia find themselves in the complex context of a military conflict and the associated information impacts. In this regard,

the task arises of searching for mechanisms to mitigate the risks of deterioration in the psycho- emotional health of young people against the background of specific stress. The theoretical basis of the study was a contextual approach to the study of stress in young people who found themselves in conditions of varying territorial proximity to the special military operation (SMO), as well as the dispositional theory of coping. *The aim* of the study was to identify and analyze the general and specific features of coping with the stressful impact of the information context of a special military operation in young people with different territorial proximity to the military conflict zone. **Methods and materials.** The study involved 582 people aged 17 to 36 years (M = 20.9; SD = 6.3). Methodological complex: a semi-structured questionnaire processed using the method of content analysis; An abbreviated version of the Russian-language method for assessing coping strategies (COPE- 30), a non-situational version (M.A. Odintsova, N.P. Radchikova, L.A. Aleksandrova, 2022); self-assessment scales for indicators of personal existential security; self-assessment scales for prevailing emotions arising in response to incoming information. **Results.** The level of stress associated with the information context in young people varies depending on their territorial proximity to the SVO, manifesting itself most acutely among residents of the border zone and Crimea. Young people from active combat zones are characterized by emotional blunting and decreased existential security; residents of border areas demonstrate higher levels of negative emotions. Quantitative data indicate a generalized tension in the use of coping strategies, which indicates a destabilization of psychological regulation. The most common coping strategies were limiting information exposure and distraction/switching, while at the dispositional level, resilience to information overload is associated with proactive coping strategies. **Conclusions.** Young people's coping with stress associated with the information context in the context of the SVO is complex, but often tense and internally contradictory. High activity in the use of coping strategies serves not so much as an indicator of successful adaptation as a symptom of the destabilization of psychological regulation mechanisms under the influence of a chronic stressor. The findings highlight the importance of considering the territorial context, including the paradoxical effects of adaptation to extreme conditions, and developing targeted psychological support programs aimed at developing flexible and effective information hygiene and emotional self-regulation skills.

Keywords: sociocultural context, information influence, stress, coping, coping strategies, youth, existential security

Funding. The study was conducted within the framework of the State Assignment of the Ministry of Science and Higher Education No. FZEW-2026-0003.

For citation: Tikhomirova, E.V., Samokhvalova, A.G., Saporovskaya, M.V. Youth Coping in the Context of the Stress-Inducing Impact of the Special Military Operation's Information Environment. *Counseling Psychology and Psychotherapy,* 34(3), 138—157. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2026340307

Введение

В эпоху социальной нестабильности и глобальной цифровизации циркуляция информации в социальной среде носит интенсивный, часто хаотичный и слабо организованный характер. Молодежь, как наиболее активная группа пользователей цифровых технологий, погрузилась в перманентный информационный поток. Это, с одной стороны, открыло ей доступ к неограниченному массиву знаний, возможностей для построения сложной системы опосредованных социальных сетей и усложненных когнитивных схем, а с другой стороны, обусловило психологические риски информационной перегрузки и информационной зависимости. В результате молодые люди находятся в сверхнасыщенной информационной среде, фактически интегрированной в повседневную жизнедеятельность человека (Harrison, 2022). В таких условиях риск переживания психологического стресса, инициированного специфическими рисками информационного воздействия, возрастает.

В.А. Бодров отмечал, что любая разновидность психологического стресса является в своей основе информационной, т. е. источником его развития служат внешние сообщения, информация о текущем или предполагаемом воздействии неблагоприятных событий, их угрозе (Бодров, 2000). Его порождает информация о реальном или предполагаемом значимом событии, об угрозе или о его последствиях, а также недостаток необходимой информации (Абитов, Акбирова, 2022). Высокая ориентированность на информационное поле усиливает деструктивные переживания одиночества, снижая психологическую безопасность человека и усиливая его уязвимость в неблагоприятной социальной ситуации (Стрижицкая, Муртазина, Петраш, 2024). Переизбыток информации рассматривается как «болезнь» (Toffler, 2022). Риск информационных перегрузок (Arnold, Goldschmitt, Rigotti, 2023) увеличивается на фоне неэффективных способов и ограничений когнитивной переработки социальной информации (Parra-Medina, Álvarez-Cervera, 2021). В результате может возникать чувство ущербности и неспособности справиться с таким объемом информации (Martin, Fuhrer, Poussing, 2024).

Контекст СВО радикально обостряет риски возникновения стресса на фоне информационных перегрузок, которые напрямую затрагивают психологическую и экзистенциальную безопасность личности. Информационное пространство становится полем битвы, где применяются целенаправленные деструктивные и дезорганизующие воздействия (Евстафьев, Манойло, 2021). Эффектами информационных атак

становятся когнитивные искажения, возникающие при манипулировании параметрами информации. Высокая вовлеченность молодежи в интернет-среду и недостаточно высокий уровень самоконтроля делают ее уязвимой перед кибератаками и иными сетевыми формами и технологиями гибридной войны (Khan, Jain, 2022), которые могут обусловливать возникновение стресса.

Исследование ресурсов устойчивости молодежи к стрессовым нагрузкам информационного воздействия становится особенно актуальным для российского общества. Анализ научного дискурса указывает на недостаточную проработанность источников и специфики переживания информационного стресса у российской молодежи, особенно с учетом территориального аспекта — близости или удаленности от зон боевых действий. В контексте экзистенциальной безопасности личности этот фактор приобретает особое значение, поскольку возникает вопрос о соотношении силы воздействия физической и информационной угрозы.

Цель исследования — выявить и проанализировать общие и специфические особенности совладания со стрессогенным воздействием информационного контекста СВО у молодежи с разной территориальной близостью к зоне военного конфликта.

Теоретической гипотезой является предположение о том, что существует специфика совладания со стрессогенным воздействием информационного контекста СВО у молодежи с разной территориальной близостью к зоне военного конфликта.

Материалы и методы

Объект исследования — совладающее поведение молодежи в информационном контексте СВО.

Предмет исследования — специфика совладания со стрессогенным воздействием информационного контекста СВО у молодежи с разной территориальной близостью к зоне военного конфликта.

Выборка. В исследовании приняли участие 582 человека, проживающих в различных регионах Российской Федерации, мужчины (n = 167 чел.) и женщины (n = 415 чел.) в возрасте от 17 до 36 лет (M = 20,5; SD = 4,28; Me = 19).

Респонденты были привлечены посредством размещения объявлений на онлайн-платформах, продолжительность тестирования составляла 30 минут. Перед началом исследования все респонденты предоставили

информированное согласие, гарантирующее добровольность участия, право на прекращение участия на любом этапе, конфиденциальность и использование данных исключительно в научных целях. Обработка данных проводилась анонимно, без возможности идентификации личности.

На первом этапе исследования потенциальным респондентам (673 чел.) была предложена анкета, выявляющая пол, возраст, регион проживания. В анкету был включен вопрос: «Насколько сильно новости об СВО влияют на Ваше психоэмоциональное состояние?». Ответы оценивались по 10-балльной шкале Лайкерта, где: 1 — «Абсолютно не влияет, я сохраняю полное спокойствие», 10 — «Влияет крайне сильно, я постоянно чувствую напряжение, тревогу или подавленность». Данный вопрос позволил операционализировать стресс, измерить субъективную оценку воздействия информационного контекста (новостей о СВО) на психоэмоциональное состояние. Респонденты, заявившие о незначительном влиянии новостей на их состояние (оценки 1—4 по шкале), были исключены из исследования. Продолжили исследование только респонденты, выбравшие оценки от 5 до 10 баллов, которые фиксируют сильное дестабилизирующее влияние информационного воздействия (582 чел.).

На втором этапе исследования совокупная выборка была разделена на четыре группы в зависимости от территориальной близости к очагам военного конфликта СВО: 319 респондентов, проживающих на территории ЛНР и ДНР, 136 человек с прифронтовых территорий (Воронежская, Курская, Белгородская области); 98 человек, проживающих на отдаленных от военных конфликтов территориях (Костромская, Ярославская, Ивановская, Московская области); 29 человек, проживающих на территории Крыма (Симферополь, Севастополь, Керчь). Нерандомизированность групп по количеству и половому составу рассматривается нами как ограничение исследования, но используемые статистические критерии остаются валидными для неравных по количеству групп.

Методы исследования. Для комплексной оценки *стресса* у молодежи в информационном контексте СВО был использован психодиагностический комплекс, направленный:

— на изучение глубинных личностных переменных — *шкалы самооценки показателей экзистенциальной безопасности личности*, в основе которых лежит 10-балльная шкала оценки по следующим параметрам: прогнозируемость жизни; контролируемость настоящего; понимание смысла жизни, своих ценностей, ценностей современного мира; устойчивость к информационной перегрузке; спокойствие относительно информации, поступающей из окружающих источников; доверие к миру, к

окружению, к себе; отсутствие страха за себя и близких; состояние здоровья; психоэмоциональное состояние;

— на изучение непосредственных эмоциональных реакций как отклика на информационное воздействие — *шкалы самооценки превалирующих эмоций* (в основе концепция К. Изарда), которые возникают у респондентов в ответ на новости, поступающие из разных информационных источников в актуальный момент времени;

— на изучение информационного поля респондента и субъективной оценки источников информации (*открытые вопросы*: «Каким источникам получения информации Вы отдаете предпочтение?», «Почему?», «Как Вы оцениваете воздействие на Вас информации, которую Вы получаете в течение дня?», «Каким источникам получения информации Вы доверяете / Не доверяете?», «Опишите, пожалуйста, какие темы или события в новостях и информационном пространстве в последнее время вызывают у вас наибольшее эмоциональное напряжение, беспокойство или усталость», «Существуют ли какие-либо обстоятельства в вашей личной жизни, которые делают вас особенно уязвимыми к подобной информации, усиливают ее воздействие?»).

Данные обрабатывались методом контент-анализа и тематического анализа с подсчетом частоты встречаемости тем.

Для изучения *совладающего поведения* использовалась:

— сокращенная версия русскоязычной *методики оценки копинг-стратегий (COPE-30),* внеситуативная версия (М.А. Одинцова, Н.П. Радчикова, Л.А. Александрова, 2022);

— *открытые вопросы*: «Что помогает вам справляться с наплывом тревожной информации?», «Какие стратегии Вы используете, чтобы справиться с информационным стрессом и снизить негативное влияние информации на вас?».

Методы математического анализа данных: дескриптивная статистика, H-критерий Краскела—Уоллиса для сравнения более трех независимых групп, критерий U Манна—Уитни для попарного сопоставления, критерий Пирсона, частотный анализ.

Результаты

При изучении стресса, связанного с информационным контекстом СВО, респондентам предлагались шкалы самооценки показателей экзистенциальной безопасности. Средние значения по данным шкалам варьируются от 4,9 до 7,73 баллов. Наиболее высокие показатели получены

по шкалам доверия к себе (M = 7,73) и понимания смысла своей жизни (M = 7,04). Наименее выражены шкалы отсутствия страха за себя и близких (M = 4,9), доверия к миру (M = 5,11), к окружению (M = 5,76). Превалирующими эмоциями в ответ на получаемую информацию о том, что происходит в стране и мире, стали интерес (M = 0,62), печаль (M = 0,52), удивление (M = 0,48) и страх (M = 0,37), в наименьшей степени находят отражение стыд (M = 0,06) и вина (M = 0,02).

С помощью контент-анализа ответов на открытые вопросы были выделены 3 ключевые темы, отражающие восприятие молодежью информационного потока и основные источники стресса.

1. *Факторы стресса, связанного с информационным контекстом* — 588 индикаторов (подтемы: негативный контент — СВО, экономическая нестабильность, жестокость, преступления (41,2%); обилие и пресыщение информацией (37,1%); фейковые новости и противоречивость информации (21,8%);

2. *Преобладающие источники информации, вызывающей стресс* — 510 индикаторов (подтемы: социальные сети и СМИ, распространяющие фейки (53,1%); Интернет, перегружающий травмирующими новостями (32,5%); слухи, сплетни, передающиеся в межличностных отношениях (14,3%);

3. *Отягощающие стресс факторы* — 269 индикаторов (подтемы: перегруженность работой, отсутствие времени на отдых (43,9%); общий негативный эмоциональный фон (35,3%); токсичные взаимодействия (11,5%); социальное давление (9,3%).

Далее определялась выраженность копинг-стратегий в целом по выборке. Установлено, что все показатели копинг-стратегий находятся в зоне высоких значений, это говорит об их генерализированной напряженности и косвенно указывает на наличие высокой стрессовой нагрузки у респондентов. При этом корреляционный анализ (критерий Пирсона) на совокупной выборке показал значимые связи шкалы самооценки устойчивости к информационным перегрузкам и ряда стратегий совладания со стрессом: позитивное переформулирование и личностный рост (R = 0,19), инструментальная социальная поддержка (R = 0,151), активное совладание (R = 0,229), сдерживание (R = 0,157), подавление конкретной деятельности (R = 0,17), планирование (R = 0,26). Все корреляции — при уровне значимости $p < 0,001$. Это означает, что чем чаще используются адаптивные и проактивные стратегии совладания, тем выше у человека устойчивость к стрессу, связанному с информационным контекстом.

Сопоставительный анализ групп респондентов, проживающих на разных территориях РФ, был проведен в два этапа. Сопоставлены две группы

респондентов (критерий Манна—Уитни), проживающих на присоединенных территориях (Крым, ЛНР, ДНР, n = 348) и на территории остальной части России (n = 234). Выявлены значимые различия по ряду индикаторов стресса: эмоции, которые вызваны новостями — *страх* (U = 27989, p = 0,00), *гнев* (U = 30444, p = 0,00), *печаль* (U = 27825, p = 0,00) — ярче выражены у жителей основной части РФ, чем у жителей «новых территорий», в то же время у жителей «новых территорий» значимо ниже показатели экзистенциальной безопасности — *прогнозируемость будущего* (U = 36247, p = 0,02), *контроль настоящего* (U = 35569,5, p = 0,01), *понимание смысла жизни* (U = 35161, p = 0,01). Жители «новых территорий» с 2014 года живут в условиях хронического стресса и адаптировались к нему, что привело к притуплению эмоционального отклика на контекст. Они находятся в более конкретном, хотя и сложном информационном поле, поскольку непосредственно видят происходящее. Жители «большой» России получают огромный, часто противоречивый поток новостей, что вызывает сильную тревогу. Однако экзистенциальные опоры у них сохранны в большей мере.

Далее были сопоставлены четыре специфичных по актуальному контексту группы: жители ДНР и ЛНР; жители Крыма; жители приграничных российских зон (Воронеж, Курск, Брянск, которые оказались в зоне военных действий); жители отдаленных территорий. Данное сопоставление показало существование значимых различий в ряде стратегий совладающего поведения, эмоций, связанных с информационным контекстом, и шкал экзистенциальной безопасности (табл. 1).

На уровне эмоций интерес к информации наиболее выражен у жителей ДНР/ЛНР, для которых владение новостями жизненно необходимо, является условием их безопасности и напрямую связано с будущим. Негативные эмоции (печаль, страх) наиболее выражены у жителей Крыма и приграничных территорий. Это «буферные» зоны, которые не находятся в эпицентре, но чувствуют непосредственную угрозу (обстрелы в приграничье) или неопределенность статуса (Крым). Гнев как активная эмоция, которая может быть реакцией на ощущаемую несправедливость или угрозу, превалирует у жителей Крыма. Показатели экзистенциальной безопасности (контроль, прогнозируемость, понимание смысла жизни) в меньшей степени выражены у жителей ДНР/ЛНР, что является маркером экзистенциального кризиса. Активное совладание наиболее выражено у жителей ЦФО, в отличие от жителей ДНР/ЛНР, где ресурсы для активного совладания исчерпаны. Обращение за социальной поддержкой, выражение эмоций превалируют у жителей Крыма, что помогает преодолеть стресс изоляции и неопределенности. Обращение к религии более характерно для жителей приграничных

Таблица 1 / Table 1

Значимые различия в выраженности индикаторов стресса, связанного с информационным контекстом, и стратегий совладания у респондентов из разных кругов территориальной близости к СВО (по H-критерию Краскелла—Уоллиса)

Significant differences in the severity of stress indicators associated with the information context and coping strategies among respondents from different circles of territorial proximity to the SVO (Kruskall-Wallis H-test)

Показатели / Indicators of information stress	Средний ранг / Average Rank				Уровень значимости (p) / Significance level	Хи-квадрат / Chi-square
	ЛНР, ДНР / LNR, DNR (n = 319)	Приграничье / Borderland (n = 136)	ЦФО / Central Federal District (n=98)	Крым / Crimea (n=29)		
Интерес / Interest	310,83	266,42	280,79	234,91	0,002	15,158
Печаль / Sadness	264,88	322,46	319,22	347,69	0,000	24,839
Гнев / Anger	280,02	308,39	295,86	323,81	0,039	8,343
Страх / Fear	269,28	328,08	313,71	289,34	0,000	20,049
Прогнозируемость собственной жизни / Predictability of one's own life	276,89	324,93	290,71	298,12	0,046	7,994
Контролируемость актуального настоящего / Controllability of the current present	276,39	300,7	331,25	280,22	0,033	8,757
Понимание смысла своей жизни, ценностей / Understanding the meaning of one's life, values	273,04	325,49	298,4	303,02	0,019	9,914
Выражение эмоций / Expression of emotions	271,36	314,72	308,49	346,78	0,009	11,63
Социальная поддержка / Social support	278,65	299,69	299,04	368,98	0,031	8,87
Активное совладание / Active coping	263,02	319,15	340,05	311,05	0,000	22,4
Религия / Religion	274,13	329,74	296,66	285,74	0,012	10,9
Сдерживание / Containment	275,11	298,04	325,87	324,97	0,032	8,8
Планирование / Planning	271,34	320,32	309,12	318,59	0,01	10,9

территорий, что, вероятно, связано с обострением ситуации. Планирование как проактивная стратегия более выражено в приграничье и Крыму, где сохранны психологические и социальные опоры.

Стратегии совладания со стрессом, связанным с информационным контекстом СВО, представлены в табл. 2.

Таблица 2 / Table 2

Стратегии совладания со стрессом, связанным с информационным контекстом (результаты контент-анализа)
Strategies for coping with information stress (results of content analysis)

Категория анализа / Analysis category	**Описание категории / Description of category**	**ЛНР, ДНР / LNR, DNR (n = 319)**	**Приграничье / Borderland (n = 136)**	**ЦФО / Central Federal District (n = 98)**	**Крым / Crimea (n = 29)**
1. Цифровая гигиена и ограничение потока / Digital hygiene and flow limitation	Сознательное сокращение времени нахождения в соцсетях, игнорирование информации / Consciously reducing time spent on social media, ignoring information	33%	34,1%	35,2%	32,4%
2. Отвлечение и переключение активности / Distraction and activity switching	Занятия для переключения внимания / Activities to refocus attention	28,4%	31,1%	32,0%	32,4%
3. Социальная, эмоциональная поддержка / Social and emotional support	Обсуждение проблемы, поиск эмоциональной поддержки / Discussing the problem, seeking emotional support	18,2%	15,6%	14,4%	14,7%
4.Эмоциональная саморегуляция и релаксация / Emotional self-regulation and relaxation	Практики для успокоения / Practices for calming down	9,6%	9%	8%	8,8%

Категория анализа / Analysis category	**Описание категории / Description of category**	**ЛНР, ДНР / LNR, DNR (n = 319)**	**Приграничье / Borderland (n = 136)**	**ЦФО / Central Federal District (n = 98)**	**Крым / Crimea (n = 29)**
5. Когнитивные стратегии и рационализация / Cognitive strategies and rationalization	Анализ и проверка информации, критическое мышление, принятие ситуации / Analyzing and verifying information, critical thinking, accepting the situation	5,9%	5,4%	6,4%	8,8%
6. Активное решение проблемы / Active problem solving	Попытки решить проблему, вызвавшую стресс / Attempts to solve the problem that caused the stress	1,9%	1,8%	1,6%	2,9%
7. Отрицание и избегание / Denial and avoidance	Заявления об отсутствии каких-либо стратегий / Statements of a lack of any strategies	2,2%	2,4%	2,4%	0%
8. Деструктивные стратегии / Destructive strategies	Использование алкоголя, сигарет, переедания для снятия стресса / Using alcohol, cigarettes, or overeating to relieve stress	0,9%	0,6%	0%	0%

Контент-анализ выявил высокую степень единообразия в стратегиях преодоления стресса, связанного с информационным контекстом. Превалируют две стратегии: цифровая гигиена и отвлечение.

Обсуждение результатов

Полученные результаты раскрывают сложную картину психологического реагирования молодежи в условиях информационного воздействия. Качественный анализ выявил триаду ключевых стрессогенных

характеристик информационного поля: негативная и травмирующая окраска (доминирование тем СВО, экономической нестабильности, жестокости), переизбыток и навязчивость информации, а также ее противоречивость и недостоверность. Данные факторы вступают в противоречие с базовыми жизненными целями и ценностями молодых людей (материально обеспеченная жизнь, семейная жизнь, здоровье), что порождает состояние когнитивного диссонанса и усиливает психологическое давление (Коренная, Ральникова, 2024). На эмоциональном уровне это проявляется в преобладании сложного комплекса чувств, где интерес соседствует с печалью, страхом и гневом, создавая поведенческую «ловушку», когда интерес подталкивает к погружению в стрессогенную информационную среду.

Около трети респондентов указывают, что раньше новости об СВО, БПЛА, инфляции были источником стресса, а сейчас не вызывают острой реакции, намеренно игнорируются или воспринимаются более спокойно. Снижение острой стрессовой реакции на тревожные новости у части молодежи является неоднозначным симптомом. С одной стороны, это может свидетельствовать об успешной адаптации и выработке осознанных стратегий совладания, таких как контроль над информационным потоком и переход к его социальному обсуждению в силу ассертивности (Геворкян, Акопян, Казанчян, Хачатрян, 2024). С другой стороны, подобное притупление может быть следствием работы неосознаваемых защитных механизмов (например, вытеснения или отрицания), которые, обеспечивая краткосрочное облегчение, маскируют накопление напряжения и создают риск срыва или дезадаптации в будущем (Берзин, Пышминцева, 2024).

У молодежи с территорий ЛНР и ДНР, находящихся в эпицентре боевых действий, проявляются наименее выраженные негативные эмоции в ответ на новости, но при этом для них характерны низкие показатели экзистенциальной безопасности. Более высокий уровень стресса и негативных эмоций выявлен у жителей Крыма и приграничных российских регионов, где экзистенциальные опоры оказались более сохранны. Этот феномен может быть объяснен с позиций психологической адаптации к хронической и непосредственной угрозе. Для жителей «новых территорий», находящихся в условиях перманентного экстремального стресса с 2014 года, информационный контекст становится вторичным по отношению к физической реальности угрозы. Их фокус внимания смещен с опосредованного информационного фона на задачи непосредственного выживания, что приводит, в ответ на новости, к определенному эмоци-

ональному притуплению как механизму психологической защиты. Низкие же показатели экзистенциальной безопасности в этой группе могут отражать не экзистенциальный кризис, а реалистичную оценку опасности, где иллюзии контроля и прогнозируемости жизни невозможны. Схожие данные обнаруживают себя и в других исследованиях «фонового» влияния СВО и связанного с ней стресса. Показано, что специальная военная операция оказывает влияние на снижение доверия молодежи к общественно-политическим институтам и акторам (Смирнов, 2023), доверия к миру. Молодежь Крыма и приграничья оказывается в ситуации «буферной зоны»: они испытывают непосредственную, но не постоянную угрозу (обстрелы) или неопределенность статуса, оставаясь при этом погруженными в насыщенное и противоречивое медиапространство. Это сочетание прямой угрозы и информационной перегрузки порождает более высокую тревогу и эмоциональную напряженность, но оставляет пространство для относительной сохранности экзистенциальных опор. Устойчивость жителей вновь присоединенных территорий также можно объяснить коллективной самоэффективностью, социальной интеграцией и диспозиционным оптимизмом, что часто характерно для людей, находящихся в зонах конфликта (Schwarzer, 2024; Нестик, 2024).

На уровне анализа совладающего поведения наблюдается картина генерализованной копинг-напряженности. Показатели по всему спектру стратегий от активного совладания, планирования и поиска социальной поддержки до сдерживания, поведенческого ухода и отрицания превышают нормативные значения. Данный результат не может быть интерпретирован как признак эффективной адаптации. Скорее, он свидетельствует об актуализации всех доступных психологических ресурсов в ответ на хронический, многогранный и плохо прогнозируемый стрессор. Подобная напряженность является энергозатратной и может вести к внутренним конфликтам, например при одновременной активации паттернов «борьбы» и «ухода».

Качественный анализ уточняет эту картину, показывая, что наиболее часто используемыми на практике являются стратегии, направленные на ограничение информационного воздействия («цифровая гигиена», отвлечение и переключение активности). Молодежь интуитивно или сознательно приходит к необходимости снизить поток травмирующей информации. При этом стратегии когнитивного переосмысления и проверки информации, несмотря на их актуальность, часто оцениваются респондентами как малоэффективные и даже усугубляющие стресс в условиях перегруженности фейковым контентом, что согласуется с

данными о роли информационной компетентности. Отсутствие продуманных и эффективных стратегий поиска информации, работы с ней, низкий уровень компетентности оценки и выбора информационных источников, которым можно доверять, также являются важными предикторами чувствительности к информационным перегрузкам (Schmitt, Debbelt, Schneider, 2017).

Таким образом, совладание молодежи со стрессом, связанным с информационным контекстом в условиях СВО, носит комплексный, но напряженный и внутренне противоречивый характер. Высокая активность в использовании копинг-стратегий является симптомом дестабилизации механизмов психологической регуляции под воздействием хронического стрессора.

Заключение

Проведенное исследование позволило выявить и проанализировать особенности стресса, связанного с информационным контекстом в условиях СВО, и совладающего поведения у молодежи, проживающей на территориях с разной степенью близости к зоне ее проведения. Стресс, связанный с информационным контекстом, является значимой проблемой для молодежи, в основном проживающей на территориях, которые напрямую не сталкиваются с военизированным конфликтом и прямой угрозой жизни, но проявляют интерес к происходящему и находятся в ситуации перегрузки и/или информационного дефицита.

Выявлена специфика в переживании стресса и совладании в зависимости от территориального контекста. Для молодежи с территорий ЛНР и ДНР характерны наименее выраженные негативные эмоции в ответ на новости, но низкие показатели экзистенциальной безопасности (прогнозируемость, контроль, понимание смысла жизни), что интерпретируется как психологическая адаптация к хронической и непосредственной угрозе. Наиболее высокий уровень проявления негативных эмоций (печаль, страх, гнев) выявлен у жителей Крыма и приграничных российских регионов, где экзистенциальные опоры оказались более сохранны. Активное совладание наиболее выражено у жителей ЦФО, а обращение за социальной поддержкой и выражение эмоций превалируют у жителей Крыма.

Количественные данные демонстрируют картину копинг-напряженности: показатели по всему спектру стратегий существенно

превышают нормативные значения. Это свидетельствует об актуализации психологических ресурсов и дестабилизации механизмов психологической регуляции под воздействием хронического, многогранного стрессора.

Качественный анализ показывает, что наиболее часто используемыми на практике являются стратегии, направленные на ограничение информационного воздействия («цифровая гигиена») и отвлечение/переключение активности, в то время как когнитивные стратегии (анализ и проверка информации) часто оцениваются респондентами как малоэффективные и усугубляющие стресс.

Полученные данные подчеркивают важность учета территориального контекста, в том числе парадоксальных эффектов адаптации к экстремальным условиям, и необходимость развития целенаправленных программ психологической помощи, направленных на формирование гибких и эффективных навыков информационной гигиены и эмоциональной саморегуляции с учетом выявленных региональных особенностей.

Ограничения. Существенным ограничением исследования является нерандомизированность групп сопоставления по полу и численности.

Limitations. A significant limitation of the study is the non-randomization of comparison groups by gender and size, as well as the dominance of the nomothetic approach to data collection.

Список источников / References

1. Абитов И.Р., Акбирова Р.Р. (2022). *Психология стресса: учебно-методическое пособие*. Казань: НОУ ДПО «Центр социально-гуманитарного образования».
   Abitov, I.R., Akbirova, R.R. (2022). *Psikhologiya stressa: uchebno-metodicheskoye posobiye*. Kazan': NOU DPO «Tsentr sotsial'no-gumanitarnogo obrazovaniya» (In Russ).
2. Берзин, Б.Ю., Пышминцева О.А. (2024). Влияние информационного стресса на степень адаптированности населения региона. *Народонаселение, 27*(2), 56—70. https://doi.org/ 10.24412/1561-7785-2024-2-56-70
   Berzin, B.YU., Pyshmintseva, O.A. (2024). Vliyaniye informatsionnogo stressa na stepen' adaptatsii naseleniya regiona. *Naseleniye, 27*(2), 56—70. https://doi.org/ 10.24412/1561-7785-2024-2-56-70 (In Russ.).
3. Бодров В.А. (2000). *Информационный стресс: Учебное пособие*. М.: ПЕР СЭ.
   Bodrov V.A. (2000). *Informatsionnyy stress: Uchebnoye posobiye*. M.: PER SE.
4. Геворкян, С.Р., Акопян, Н.Р., Казанчян, Л.А., Хачатрян, А.Г. (2024). Исследование показателей благополучия и ассертивности среди молодежи.

Консультативная психология и психотерапия, 32(3), 116—138. https://doi.org/10.17759/cpp.2024320307

Gevorkyan, S.R., Akopyan, N.R., Kazanchyan, L.A., Khachatryan, A.G. (2024). Issledovaniye pokazateley blagopoluchiya i assertivnosti sredi molodezhi. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya, 32*(3), 116—138. https://doi.org/10.17759/cpp.2024320307 (In Russ.).

5. Евстафьев, Д.Г., Манойло, А.В. (2021). Информационные войны и психологические операции как базис гибридных войн нового поколения. *История, 12*(6), Код статьи S207987840016037-9. https://doi.org/10.18254/S207987840016037-9

   Yevstaf'yev, D.G., Manoylo, A.V. (2021). Informatsionnyye voyny i psikhologicheskiye operatsii kak bazis gibridnykh voyn novogo pokoleniya. *Istoriya, 12*(6), Article eS207987840016037-9. https://doi.org/10.18254/S207987840016037-9 (In Russ.).

6. Коренная, А.В., Ральникова, И.А. (2024). Психологическая сепарация от родителей в юношеском возрасте в контексте ценностных и смысловых ориентаций. *Консультативная психология и психотерапия, 32*(1), 122—138. https://doi.org/ 10.17759/cpp.2024320106

   Korennaya, A.V., Ralnikova, I.A. (2024). Psychological separation from parents in adolescence in the context of value and semantic orientations. *Counseling psychology and psychotherapy, 32*(1), 122—138. https://doi.org/10.17759/cpp.2024320106 (In Russ.).

7. Нестик, Т.А. (2024). Эффект Поллианны: роль механизмов защиты позитивной личностной и групповой идентичности. *Социальная психология и общество, 15*(4), 25—39. https://doi.org/ 10.17759/sps.2024150403

   Nestik, T.A. (2024). Effekt Pollianny: rol' mekhanizmov zashchity pozitivnoy lichnostnoy i gruppovoy identichnosti. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo, 15*(4), 25—39. https://doi.org/ 10.17759/sps.2024150403 (In Russ.).

8. Одинцова, М.А., Радчикова, Н.П., Александрова, Л.А. (2022). COPE-30: психометрические свойства краткой версии русскоязычной методики оценки копинг-стратегий. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология, 4*, 247—275. https://doi.org/ 10.11621/ vsp.2022.04.11

   Odintsova, M.A., Radchikova, N.P., Aleksandrova, L.A. (2022). SORE-30: psikhometricheskiye svoystva kratkoy versii russkoyazychnoy metodiki otsenki koping-strategiy. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya, 4*, 247—275. https://doi.org/ 10.11621/ vsp.2022.04.11 (In Russ.).

9. Смирнов, В.А. (2023). Гражданские установки российских студентов в контексте специальной военной операции. *Высшее образование в России, 32*(8), 9—23. https://doi.org/ 10.31992/0869-3617-2023-32-8-9-9-23

   Smirnov, V.A. (2023). Grazhdanskiye ustanovki rossiyskikh studentov v kontekste spetsial'noy voyennoy operatsii. *Vyssheye obrazovaniye v Rossii, 32*(8), 9—23. https://doi.org/ 10.31992/0869-3617-2023-32-8-9-9-23 (In Russ.).

10. Стрижицкая, О.Ю., Муртазина, И.Р., Петраш, М.Д. (2024). Одиночество и ориентированность на социум: модерирующая роль возраста, пола и

психологического благополучия. *Консультативная психология и психотерапия, 32*(1), 103—121. https://doi.org/10.17759/cpp.2024320105
Strizhitskaya, O.YU., Murtazina, I.R., Petrash, M.D. (2024). Odinochestvo i oriyentirovannost' na sotsium: moderiruyushchaya rol' vozrasta, pola i psikhologicheskogo blagopoluchiya. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya, 32*(1), 103—121. https://doi.org/ 10.17759/cpp.2024320105 (In Russ.).

11. Тоффлер, Э. (2002). *Шок будущего*. М.: АСТ.
Toffler, E. (2002). *Shok budushchego*. M.: Izdatel'stvo ACT. (In Russ.).
12. Arnold, M., Goldschmitt, M., Rigotti, T. (2023). Dealing with information overload: a comprehensive review. *Front Psychol, 21*(14), e1122200. https://doi.org/ 10.3389/fpsyg.2023.1122200
13. Harrison, G., Lucassen, M. (2018). *Stress and anxiety in the digital age: the dark side of technology*. OpenLearn, The Open University. Available at: https://www.open.edu/openlearn/health-sports-psychology/mental-health/stress-and-anxiety-the-digital-age-the-dark-side-technology (viewed: 02.03.2025).
14. Khan, H., Jain, A. (2022). Stress and Anxiety in the Digital Age: The Dark Side of Digital Technology. In: Malik, S., Bansal, R., & Tyagi, A.K. (Eds.), *Impact and Role of Digital Technologies in Adolescent Lives* (pp. 118—123). Hershey, Pennsylvania, USA: IGI Global Scientific Publishing. https://doi.org/10.4018/978-1-7998-8318-0.ch009
15. Martin, L., Fuhrer, C., Poussing, N. (2024). E-mail overload: Exploring employees' experiences using e-mail during worktime and leisure time and consequences for their subjective well-being. *Information & Management, 62*, Article e104089. https://doi.org/ 10.1016/j.im.2024.104089
16. Parra-Medina, L.E., Álvarez-Cervera, F.J. (2021). Síndrome de la sobrecarga informativa: una revisión bibliogr fica [Information overload syndrome: a bibliographic review]. *Revista de neurologia, 73*(12), 421—428. https://doi.org/ 10.33588/rn.7312.2021113
17. Saporovskaia, M.V., Kryukova, T.L., Voronina, M.E., Tikhomirova, E.V., Samokhvalova, A.G., Khazova, S.A. (2021). A decrease in psycho-emotional health in middle-aged Russian women associated with their lifestyle. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(2), Article 388. https://doi.org/10.3390/ijerph18020388
18. Schmitt, J., Debbelt, C., Schneider, F. (2017). Too much Information? Predictors of Information Overload in the Context of Online-News Exposure. Information *Communication and Society, 21,* 1151—1167. https://doi.org/10.1080/1369118X.2017.1305427
19. Schwarzer, R. (2024). Stress, resilience, and coping resources in the context of war, terror, and migration. *Current Opinion in Behavioral Sciences, 57*, Article 101393. https://doi.org/ 10.1016/j.cobeha.2024.101393
20. *There's no place like phone. Consumer usage patterns in the era of peak smartphone* (2017). Available at: http://www.deloitte.co.uk/mobileuk2016/?_ga=2.233534102.96578695.1526645345-1184893347.1526645345 (viewed: 18.5.2018).

Информация об авторах

Елена Викторовна Тихомирова, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и социальной психологии, заместитель директора по научно-исследовательской деятельности (НИД), Костромской государственный университет (ФГБОУ ВО КГУ), Кострома, Россия, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3844-4622; e-mail: tichomirowa82@mail.ru

Анна Геннадьевна Самохвалова, доктор психологических наук, профессор, директор Института педагогики и психологии, Костромской государственный университет (ФГБОУ ВО КГУ), Кострома, Россия, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4401-053X, e-mail: a_samohvalova@kosgos.ru

Мария Вячеславовна Сапоровская, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой общей и социальной психологии, Костромской государственный университет (ФГБОУ ВО КГУ), Кострома, Россия, ORCID: https://orcid.org/ 0000-0002-0852-1949, e-mail: saporov35@mail.ru

Information about the authors

Elena V. Tikhomirova, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of General and Social Psychology, Deputy Director for Research, Kostroma State University, Kostroma, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3844-4622, e-mail: tichomirowa82@mail.ru

Anna G. Samokhvalova, Doctor of Psychology, Professor, Director of the Institute of Pedagogy and Psychology, Kostroma State University, Kostroma, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4401-053X, e-mail: a_samohvalova@kosgos.ru

Maria V. Saporovskaya, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Department of General and Social Psychology; Kostroma State University, Kostroma, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0852-1949, e-mail: saporov35@mail.ru

Вклад авторов

Тихомирова Е.В. — идеи исследования; планирование исследования; обзор зарубежных исследований; применение статистических методов для анализа данных; анализ данных; написание и оформление рукописи.

Самохвалова А.Г. — обзор отечественных исследований; методология исследования; сбор и анализ данных; визуализация результатов исследования.

Сапоровская М.В. — аннотирование, содержательные выводы, дизайн исследования, контроль за проведением исследования.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the Authors

Tikhomirova E.V. — research ideas; research planning; review of foreign studies; application of statistical methods for data analysis; data analysis; writing and design of the manuscript.

Samokhvalova A.G. — review of domestic studies; research methodology; data collection and analysis; visualization of research results.

Saporovskaya M.V. — annotation, substantive conclusions, design studies, supervision of research.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» все испытуемые дали информированное согласие на участие в исследовании до начала его проведения. Респонденты были проинформированы о цели исследования и дали разрешение на использование полученных данных. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией 1975 г., пересмотренной в 2013 г. Протокол был одобрен Этическим комитетом Костромского государственного университета, Россия (№ 8 от 15.01.2025 г.).

Ethics Statement

All subjects gave informed consent to participate in the study before it began. Respondents were informed about the purpose of the study and gave permission for the use of the obtained data. The study was conducted in accordance with the 1975 Helsinki Declaration, revised in 2013. The protocol was approved by the Ethics Committee of Kostroma State University, Russia (No. 8 dated 15.01.2025).

Поступила в редакцию 04.03.2025 — Received 2025.03.04
Поступила после рецензирования 14.10.2025 — Revised 2025.10.14
Принята к публикации 20.08.2026 — Accepted 2026.08.20
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30

Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 158—177.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340308
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 158—177.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340308
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

Научная статья | Original paper

Роль материнского стресса и стиля воспитания в развитии детского стресса в условиях вооруженного конфликта

М.В. Балева[1, 2] ✉, **Н.А. Руднова**[1], **В.А. Плотникова**[1], **А.Н. Шатская**[1], **Е.Г. Максименко**[1, 3], **И.В. Султанова**[1, 4]

[1] Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований, Москва, Российская Федерация

[2] Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермь, Российская Федерация

[3] Донецкий государственный университет, Донецк, Российская Федерация

[4] Севастопольский государственный университет, Севастополь, Российская Федерация

✉ milenabaleva@yandex.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Психическое здоровье матерей и детей в условиях вооруженного конфликта представляет собой критически важную проблему. Исследования показывают, что материнский стресс и дезадаптивные стили воспитания выступают ключевыми медиаторами в передаче психологических последствий травмы от матери к ребенку даже при отсутствии у него прямого контакта с боевыми действиями. Однако остаются неясными характер влияния удаленности от зоны конфликта на эти процессы и уникальный вклад материнского стресса и воспитательных практик в детский стресс после учета регионального фактора. **Цель**. Оценить влияние близости к зоне боевых действий на уровень материнского стресса, стили воспитания и стресс у ребенка, а также определить уникальный вклад материнского стресса и родительских практик в уровень детского стресса после контроля влияния регионального фактора. **Гипотезы**. 1. Удаленность от зоны боевых действий отрицательно связана с уровнем материнского стресса, негативными стилями воспитания и уровнем детского стресса. 2. Материнский стресс и стиль воспитания

© Балева М.В., Руднова Н.А., Плотникова В.А., Шатская А.Н., Максименко Е.Г., Султанова И.В, 2026

CC BY-NC

вносят уникальный вклад в уровень стресса ребенка, который нельзя объяснить лишь неблагоприятной обстановкой в регионе. **Методы и материалы**. В исследовании приняли участие 3544 матери (M = 35,87 лет, SD = 5,43 года) детей дошкольного возраста, проживающих в Донецкой Народной Республике (ДНР), Республике Крым и других регионах России. Использовались русскоязычные версии опросников: Шкала воспринимаемого стресса (оценка материнского стресса), Шкала воспринимаемого стресса для детей (оценка детского стресса матерью) и Опросник практик родительского воспитания (выявление видов воспитания: позитивный, непоследовательный, применение наказаний). Для анализа данных применялись описательная статистика, кластерный анализ, дисперсионный анализ и иерархическая регрессия. **Результаты.** Уровень материнского стресса линейно снижался с увеличением удаленности от зоны конфликта. Уровень детского стресса и использование карательного непоследовательного стиля воспитания были значимо выше в ДНР, но не различались в Крыму и других регионах. Иерархический регрессионный анализ показал, что материнский стресс и, в особенности, карательный непоследовательный стиль воспитания вносят уникальный и значительный вклад в уровень детского стресса, превышающий влияние регионального фактора. **Выводы**. Стили воспитания являются самостоятельным и наиболее мощным фактором риска развития детского стресса. Полученные результаты подчеркивают необходимость комплексных интервенций, направленных одновременно на снижение материнского стресса и коррекцию родительских практик, как в зонах активных конфликтов, так и в условно благополучных регионах.

Ключевые слова: детский стресс, материнский стресс, стиль воспитания, вооруженный конфликт, психологическая травма, трансгенерационная передача

Финансирование. Работа выполнена при финансовой поддержке проекта Российской Федерацией в лице Минобрнауки России (Соглашение № 075-15-2024-526).

Для цитирования: Балева, М.В., Руднова, Н.А., Плотникова, В.А., Шатская, А.Н., Максименко, Е.Г., Султанова, И.В. (2026). Роль материнского стресса и стиля воспитания в развитии детского стресса в условиях вооруженного конфликта. *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 158—177. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340308

Балева М.В., Руднова Н.А.,
Плотникова В.А., Шатская А.Н.,
Максименко Е.Г., Султанова И.В. (2026)
Консультативная психология и психотерапия,
34(3), 158—177.

Baleva M.V., Rudnova N.A.,
Plotnikova V.A., Shatskaya A.N.,
Maksimenko E.G., Sultanova I.V. (2026)
Counseling Psychology and Psychotherapy,
34(3), 158—177.

The role of maternal stress and parenting style in the development of child stress in the context of armed conflict

M.V. Baleva[1, 2] ✉, **N.A. Rudnova**[1], **V.A. Plotnikova**[1], **A.N. Shatskaya**[1], **E.G. Maksimenko**[1, 3], **I.V. Sultanova**[1, 4]

[1] Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research, Moscow, Russian Federation
[2] Perm State National Research University, Perm, Russian Federation
[3] Donetsk State University, Donetsk, Russian Federation
[4] Sevastopol State University, Sevastopol, Russian Federation
✉ milenabaleva@yandex.ru

Abstract

Context and relevance. The mental health of mothers and children in the context of armed conflict is a critically important issue. Research indicates that maternal stress and maladaptive parenting styles are key mediators in the transmission of the psychological consequences of trauma from mother to child, even in the absence of the child's direct exposure to combat. However, the nature of the influence of distance from the conflict zone on these processes and the unique contribution of maternal stress and parenting practices to child stress, after accounting for the regional factor, remain unclear. **Objective.** To assess the influence of proximity to the combat zone on the level of maternal stress, parenting styles, and child stress, as well as to determine the unique contribution of maternal stress and parenting practices to the level of child stress after controlling for the influence of the regional factor. **Hypotheses.** 1) Distance from the combat zone is negatively associated with the level of maternal stress, negative parenting styles, and the level of child stress. 2) Maternal stress and parenting style make a unique contribution to the child's stress level that cannot be explained solely by the adverse regional environment. **Methods and materials.** The study involved 3544 mothers (age: M = 35.87, SD = 5.43) of preschool-aged children residing in the Donetsk People's Republic (DPR), the Republic of Crimea, and other regions of Russia. Russian-language versions of questionnaires were used: the Perceived Stress Scale (assessment of maternal stress), the Perceived Stress Scale for Children (mother's assessment of child stress), and the Parenting Practices Questionnaire (identification of parenting types: positive, inconsistent, use of punishments). Data analysis employed descriptive statistics, cluster analysis, analysis of variance (ANOVA), and hierarchical regression. **Results.** The level of maternal stress decreased linearly with increasing distance from the conflict zone. The level of child stress and the use of a punitive inconsistent parenting style were significantly higher in the DPR but did not differ between Crimea and other regions. Hier-

archical regression analysis showed that maternal stress and, especially, the punitive inconsistent parenting style make a unique and significant contribution to the level of child stress, exceeding the influence of the regional factor. **Conclusions.** Parenting styles are an independent and the most powerful risk factor for the development of child stress. The obtained results emphasize the necessity for comprehensive interventions aimed simultaneously at reducing maternal stress and correcting parenting practices, both in active conflict zones and in relatively prosperous regions.

Keywords: child stress, maternal stress, parenting style, armed conflict, psychological trauma, transgenerational transmission

Funding. The study was supported by The Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation (the Research Project 075-15-2024-526).

For citation: Baleva, M.V., Rudnova, N.A., Plotnikova, V.A., Shatskaya, A.N., Maksimenko, E.G., Sultanova, I.V. (2026). The role of maternal stress and parenting style in the development of child stress in the context of armed conflict. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 158—177. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2026340308

Введение

В исследованиях неоднократно были показаны психологические последствия военных действий для мирных жителей. К таким последствиям относятся, прежде всего, тревога, депрессия и ПТСР (Ковалевская, 2020; Макеева, 2023; Ткаченко, Мишина, 2024; Dolgikh et al., 2025). Особенно тяжело война переживается матерями и их детьми. Взаимная зависимость делает эти группы особенно уязвимыми, поскольку негативные переживания матери отражаются на субъективном благополучии ребенка. Такое влияние вполне объяснимо, поскольку под влиянием стресса стиль материнского воспитания подвергается существенной трансформации. Так, например, ощущая перманентную опасность, мать может непроизвольно усилить опекающее поведение, стать более раздражительной и даже агрессивной. Это повышает риск психологической травмы для ребенка даже в том случае, если он не является прямым свидетелем боевых действий. Такой опосредованный стресс был неоднократно зафиксирован в исследованиях, проводившихся в горячих точках мира (напр., Feldman et al., 2013; Feldman et al., 2014; Halevi et al. 2016, 2017; Zamir et al., 2018). Их объединяет общее понимание того, что материнский дистресс, проявляющийся, в частности, в непоследовательном поведении, чрезмерной жесткости и раздражительности, приводит к изменениям детского поведения — соци-

альному избеганию, протесту, агрессии и др. Другими словами, поведенческие проблемы детей, находящихся в зоне боевых действий, часто являются не столько реакцией на происходящие события, сколько следствием нарушенных отношений в диаде «мать—ребенок».

Похожие закономерности выявлены и на детско-родительских выборках исследуемых, живущих в условиях относительной физической безопасности. Например, Sim et al. (2018), изучая сирийских беженцев в Ливане, показали, что угнетенное состояние матери является ключевым медиатором детского неблагополучия, которое проявляется в целом спектре психосоциальных проблем, включая тревогу, депрессию и агрессию.

Еще более поразительные опосредованные проявления детского стресса обнаружены в трансгенерационных исследованиях. Так, например, Shachar-Dadon et al. (2017) выявили, что дети матерей, которые подверглись воздействию военной травмы еще до зачатия ребенка, обнаруживают более низкие показатели адаптивности. Hasandedic-Dapo и Cihan (2025) показали, что даже спустя десятилетия после окончания войны контролирующий стиль материнского воспитания провоцирует вторичную травму уже у выросших детей.

Важно отметить, что механизмы передачи стресса от матери к ребенку проявляют себя не только в условиях боевых действий. В российском исследовании, проведенном на выборке матерей дошкольников (Rudnova, Kornienko, 2024), обнаружено, что повышенный уровень стресса у матери положительно связан с карательным и отрицательно — с позитивным стилем воспитания. В свою очередь, материнский стресс и карательное воспитание являются значимыми предикторами детского стресса.

Помимо родительских практик, значимым фактором стресса, как у матерей, так и у детей, являются социодемографические условия и характеристики. Согласно результатам исследования Dzhansaidova et al. (2025), стресс матерей положительно связан с низким социально-экономическим статусом (СЭС) и отрицательно — с уровнем социальной поддержки и размером населенного пункта. Интересно, что материнский стресс опосредует взаимосвязь между СЭС семьи и стрессом у ребенка, в то время как прямая связь СЭС и детского стресса является незначимой.

Таким образом, имеющиеся исследования убедительно демонстрируют, что материнский стресс и особенности родительского поведения являются важными факторами развития детского стресса. Кроме этого, они опосредуют проявление у детей негативных психологических последствий военных действий. Вместе с тем до сих пор недостаточно изученными остаются два вопроса.

Во-первых, непонятно, как именно расстояние до боевых действий влияет на стресс матери. Есть ли основания полагать, что оно плавно снижается по мере удаления от линии фронта?

Во-вторых, неизвестно, является ли влияние материнского стресса и стиля воспитания на психическое состояние детей самостоятельным значимым фактором, или оно полностью объясняется другими внешними факторами, в частности общим уровнем неблагополучия или опасности в регионе.

Цель исследования — оценить влияние близости к зоне боевых действий на материнский стресс, стиль воспитания и уровень стресса у ребенка, а также определить уникальный вклад материнского стресса и стиля воспитания в уровень детского стресса после контроля фактора региональной близости к зоне боевых действий.

Тестированию подвергались следующие ***гипотезы.***

1. Удаленность от зоны боевых действий отрицательно связана с уровнем материнского стресса, негативными стилями воспитания и уровнем детского стресса.

2. Материнский стресс и стиль воспитания вносят уникальный вклад в уровень стресса ребенка, который нельзя объяснить лишь неблагоприятной обстановкой в регионе.

Материалы и методы

Участники и процедура исследования. В исследовании приняли участие 5296 человек — родители и другие члены семей детей дошкольного возраста, проживающих в Донецкой народной республике, Республике Крым и других регионах России — Москве, Сочи, а также в городах Алтайского края, Пермского края, Татарстана и Якутии. Для повышения валидности результатов было принято решение использовать только ответы матерей. Итоговая выборка включила 3544 участницы в возрасте от 20 до 70 лет (M = 35,87, SD = 5,43). Возраст детей (1844 мальчика, 1698 девочек) составил от 4 до 7 лет (M = 5,16, SD = 0,84). Сбор данных осуществлялся анонимно через онлайн-платформу Testograf. Сообщалось, что исследование посвящено переживанию стресса и способам его преодоления и что полученная информация будет использована для разработки программ эффективного психологического сопровождения семей с детьми дошкольного возраста. Испытуемым предлагалось ответить на вопросы трех диагностических методик.

Методики. В исследовании использовались следующие методики.

Шкала воспринимаемого стресса (Золотарева, 2023) представляет собой адаптированную русскоязычную версию оригинальной методики Perceived Stress Scale Ш. Коэна (Cohen et al., 1983). Она оценивает общий уровень воспринимаемого стресса как степень, в которой человек оценивает события своей жизни как стрессовые. В текущем исследовании использовалась краткая версия данной шкалы, состоящая из четырех пунктов ($\alpha = 0{,}58$). Участниц просили оценить, как часто за последний месяц они чувствовали, (1) что не могут контролировать важные моменты своей жизни, (2) что им не преодолеть всех скопившихся трудностей, (3) что они уверены в своей способности справляться с личными проблемами и (4) что все идет так, как это нужно им. Для ответов использовалась шкала Лайкерта от 1 («никогда») до 4 («очень часто»).

Шкала воспринимаемого стресса для детей (Корниенко и др., 2024) представляет собой адаптированную русскоязычную версию Perceived Stress Scale for Children (White, 2014). Она разработана по аналогии со Шкалой воспринимаемого стресса для взрослых и оценивает, в какой степени ребенок демонстрирует поведенческие признаки стресса. В настоящем исследовании в шкалу были включены шесть пунктов ($\alpha = 0{,}72$), по которым матери оценивали выраженность у ребенка поведенческих проявлений стресса за прошедшую неделю (спешка; беспокойство о том, что он слишком занят; чувство злости и т. д.). Использовалась шкала Лайкерта от 1 («никогда») до 4 («очень часто»).

Опросник для изучения практик родительского воспитания детей дошкольного возраста (Логинова и др., 2016) представляет собой адаптированную русскоязычную версию Alabama Parenting Questionnaire — Preschool Revision (Clerkin et al., 2007). Она включает 17 пунктов, образующих три шкалы (позитивное, непоследовательное и карательное воспитание). Шкала позитивного воспитания ($\alpha = 0{,}78$) подразумевает поддержку и вовлеченность родителя в жизнь ребенка (например, «вы хвалите своего ребенка, когда он хорошо себя ведет»). Шкала непоследовательного воспитания ($\alpha = 0{,}59$) описывает несоблюдение родителем своих обещаний и правил (например, «вы угрожаете наказать ребенка, а потом не наказываете его на самом деле»). Шкала карательного воспитания ($\alpha = 0{,}69$) предполагает использование родителем различных видов наказания в качестве приемлемых (например, «вы можете ударить ребенка рукой, когда он сделал что-нибудь плохое»). Использовалась шкала Лайкерта от 1 («никогда») до 5 («всегда»).

Анализ данных. Обработка результатов осуществлялась в программе JASP 0.19.2 с использованием кластерного анализа (метод K-средних), од-

нофакторного дисперсионного анализа, таблиц сопряженности (χ^2) и иерархического дисперсионного анализа. Распределение шкал подвергалось коррекции с помощью Box-Cox преобразования. При выполнении дисперсионного анализа применялась коррекция ошибки I типа (поправка Games-Howell для множественных сравнений). Кластерный анализ использовался для выделения групп матерей, демонстрирующих специфические стили воспитания, представляющие собой разные комбинации выраженности его отдельных видов. С помощью дисперсионного анализа и таблиц сопряженности анализировались эффекты региона проживания (территория проведения специальной военной операции, пограничная территория, удаленные территории) на выраженность показателей материнского и детского стресса и стилей воспитания. Иерархический регрессионный анализ применялся для выявления инкрементальных вкладов материнского стресса и стиля воспитания в уровень стресса ребенка после учета вклада региона.

Результаты

На основе разных сочетаний типов воспитания с помощью кластерного анализа было выделено 3 группы участников, которые значимо различались между собой по выраженности каждого отдельного типа: позитивного ($F = 147{,}58$, $p < 0{,}001$), карательного ($F = 2232{,}23$, $p < 0{,}001$) и непоследовательного ($F = 2715{,}02$ $p < 0{,}001$). В первый кластер вошли 1436 человек с высокой выраженностью позитивного и низкой — карательного и непоследовательного типов воспитания. Данный кластер получил название «позитивный последовательный стиль». Во второй кластер вошли 1382 человека с высокой выраженностью позитивного и непоследовательного типов воспитания и низкой — карательного. Данный кластер получил название «позитивный непоследовательный стиль». В третий кластер вошли 857 человек с относительно низкой выраженностью позитивного и высокой — карательного и непоследовательного типов воспитания. Данный кластер получил название «карательный непоследовательный стиль».

Анализ различий переменных стресса и стилей родительского воспитания в исследуемых регионах показал следующее. Были обнаружены значимые различия в показателях воспринимаемого детского ($F = 11{,}78$, $p < 0{,}001$) и материнского ($F = 14{,}68$, $p < 0{,}001$) стресса. Уровень детского стресса был значительно выше в ДНР, чем в Республике Крым ($p < 0{,}001$) и других регионах ($p = 0{,}01$), а уровень материнского стресса — выше в ДНР, чем в Республике Крым ($p < 0{,}001$) и других регионах ($p < 0{,}001$),

а также в Республике Крым, чем в других регионах ($p = 0,01$). Таким образом, самый высокий уровень стресса наблюдался у дошкольников из зоны боевых действий. У детей с пограничных и удаленных территорий уровень стресса был значительно ниже и практически не различался. При этом материнский стресс демонстрировал четкую обратную зависимость от расстояния до зоны конфликта: максимальные значения наблюдались у матерей из ДНР, более низкие — у матерей из Крыма и еще более низкие — у матерей из других регионов России.

С помощью таблиц сопряженности (табл. 1) удалось обнаружить значимую связь разных стилей материнского воспитания с регионом проживания ($\chi^2 = 50,71$, $p < 0,001$).

Таблица 1 / Table 1

Распределение типов материнского воспитания с учетом региона проживания
Distribution of maternal upbringing types by region of residence

Стили воспитания / Parenting styles	Количество / Count	Регион / Region			Всего / Total
		ДНР / Donetsk People's Republic	Республика Крым / Republic of Crimea	Другие регионы / Other regions	
Позитивный последовательный / Positive, consistent	Наблюдаемое / Observed	144	1122	107	1373
	Ожидаемое / Expected	161,94	1108,78	102,28	1373
Позитивный непоследовательный / Positive, inconsistent	Наблюдаемое / Observed	**124**	1112	116	1352
	Ожидаемое / Expected	**159,46**	1091,82	100,71	1352
Карательный непоследовательный / Punitive, inconsistent	Наблюдаемое / Observed	**150**	628	**41**	819
	Ожидаемое / Expected	**96,60**	661,39	**61,01**	819
Всего / Total	Наблюдаемое / Observed	418	2862	264	3544
	Ожидаемое / Expected	418	2862	264	3544

Примечание: наиболее существенные расхождения (≥20%) между наблюдаемым и ожидаемым количеством человек в подгруппах выделены жирным шрифтом.
Note: the most substantial discrepancies (≥20%) between the observed and expected counts in the subgroups are highlighted in bold.

Наиболее значимое расхождение между наблюдаемым и ожидаемым количеством человек обнаружено в подгруппах матерей из ДНР с карательным непоследовательным стилем (+55%) и позитивным непоследовательным стилем (—22%), а также в подгруппе матерей из других регионов с карательным непоследовательным стилем (—33%). Таким образом, анализ показал, что карательный непоследовательный стиль воспитания преобладает у матерей, проживающих в ДНР.

Для проверки гипотезы об инкрементальном вкладе воспринимаемого материнского стресса и стилей воспитания в воспринимаемый детский стресс после учета фактора региона был проведен иерархический регрессионный анализ, в который на первом шаге включался показатель региона проживания, на втором — воспринимаемый материнский стресс, а на третьем — стили материнского воспитания. Результаты анализа представлены в табл. 2 и 3.

Таблица 2 / Table 2

Показатели качества и инкрементальной валидности иерархических регрессионных моделей
Goodness-of-fit and incremental validity indices of hierarchical regression models

Модель / Model	Adjusted R^2	AIC	BIC	ΔR^2	ΔF	p	r_k	DW	p
M_0	0,00	1054,81	1066,97	0,00			–0,01	2,01	0,79
M_1	0,01	1036,18	1060,51	0,01	11,34	< ,001	–0,01	2,02	0,53
M_2	0,05	877,80	908,20	0,05	164,23	< ,001	–0,02	2,03	0,44
M_3	0,09	746,57	789,13	0,04	68,92	< ,001	–0,02	2,03	0,41

Примечание: r_k — коэффициент автокорреляции; DW — статистика Дарбина—Уотсона. Состав предикторов моделей: M_1 — регион проживания; M_2 — регион проживания, воспринимаемый материнский стресс; M_3 — регион проживания, воспринимаемый материнский стресс, стили воспитания.
Note: r_k — sample autocorrelation coefficient; DW — Durbin-Watson statistic. Predictor composition of the models: M_1 — region of residence; M_2 — region of residence, perceived maternal stress; M_3 — region of residence, perceived maternal stress, parenting styles.

Результаты анализа свидетельствовали о статистической значимости всех полученных моделей: $F(M_1) = 11,34$, $p < 0,001$; $F(M_2) = 62,69$,

$p < 0{,}001$; $F(M_3) = 66{,}76$, $p < 0{,}001$. При этом первая модель предсказывала 1%, вторая — 5%, а третья — 9% дисперсии воспринимаемого детского стресса. Инкрементальный вклад материнского стресса после учета вклада региона оказался значимым ($\Delta F = 164{,}23$, $p < 0{,}001$; $\Delta R^2 = 0{,}05$). Инкрементальный вклад стилей воспитания после учета вкладов региона и материнского стресса также оказался значимым ($\Delta F = 68{,}92$, $p < 0{,}001$; $\Delta R^2 = 0{,}04$).

Таблица 3 / Table 3

Коэффициенты предикторов иерархических регрессионных моделей
Predictor coefficients of hierarchical regression models

Модель / Model	Предикторы / Predictors	Коэффициенты / Coefficients			t	p	T	VIF
		B	SE	β				
M_0	Свободный член / Intercept	–0,97	0,01		–193,23	< ,001		
M_1	Свободный член / Intercept	–0,91	0,01		–63,44	< ,001		
	Регион (ДНР) / Region (Donetsk People's Republic)	–0,07	0,02		–4,76	< ,001	1,00	1,00
	Регион (Другие регионы) / Region (Other regions)	–0,06	0,02		–2,48	0,01		
M_2	Свободный член / Intercept	–0,66	0,02		–28,26	< ,001		
	Регион (ДНР) / Region (Donetsk People's Republic)	–0,06	0,02		–3,94	< ,001	1,00	1,00
	Регион (Другие регионы) / Region (Other regions)	–0,03	0,02		–1,39	0,16		
	Воспринимаемый стресс матери / Perceived stress in mothers	0,31	0,02	0,22	12,82	< ,001	1,00	1,00
M_3	Свободный член / Intercept	–0,76	0,03		–30,71	< ,001		

Модель / Model	Предикторы / Predictors	Коэффициенты / Coefficients			t	p	T	VIF
		B	SE	β				
	Регион (ДНР) / Region (Donetsk People's Republic)	–0,05	0,02		–3,05	0,001	1,00	1,01
	Регион (Другие регионы) / Region (Other regions)	–0,01	0,02		–0,57	0,57		
	Воспринимаемый стресс матери / Perceived stress in mothers	0,26	0,02	0,19	11,00	< ,001	0,98	1,02
	Стиль воспитания (Позитивный непоследовательный) / Parenting style (Positive, inconsistent)	0,04	0,01		3,67	< ,001	0,99	1,01
	Стиль воспитания (Карательный непоследовательный) / Parenting style (Punitive, inconsistent)	0,15	0,01		11,62	< ,001		

Анализ коэффициентов предикторов первой модели показал, что регион проживания вносит значимый вклад в показатель воспринимаемого детского стресса. Вероятность его высоких значений увеличивается, как в случае проживания ребенка в ДНР ($t = —4{,}76$, $p < 0{,}001$), так и в случае его проживания в удаленных от боевых действий регионах РФ ($t = –2{,}48$, $p = 0{,}01$), по сравнению с Республикой Крым.

При добавлении материнского стресса в качестве предиктора влияние региона на детский стресс уменьшается, причем проживание в ДНР сохраняет свою предсказательную силу ($t = —3{,}94$, $p < 0{,}001$), а проживание в удаленных от боевых действий регионах, наоборот, утрачивает значимость ($t = –1{,}39$, $p = 0{,}16$). Стресс у матери демонстрирует, поверх влияния региона, сильное положительное и самостоятельное влияние на детский стресс ($t = 12{,}82$, $p < 0{,}001$; $B = 0{,}31$, $\beta = 0{,}22$,).

При добавлении стиля воспитания в качестве дополнительного предиктора влияние региона на детский стресс обнаруживает сниже-

ние. При этом проживание в ДНР сохраняет предсказательную силу ($t = -3{,}05$, $p < 0{,}001$). Влияние материнского стресса также демонстрирует некоторое снижение, однако остается значимым ($t = 11{,}00$, $p < 0{,}001$; $B = 0{,}26$, $\beta = 0{,}19$,). Стиль воспитания демонстрирует самостоятельное влияние на детский стресс после учета влияния региона и материнского стресса. При этом высокие значения детского стресса являются, как в случае позитивного непоследовательного воспитательного стиля ($t = 3{,}76$, $p < 0{,}001$), так и в случае карательного непоследовательного стиля ($t = 11{,}62$, $p < 0{,}001$), более вероятными по сравнению с позитивным последовательным воспитательным стилем матери. При этом влияние карательного непоследовательного стиля является более значимым.

Обсуждение результатов

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что показатели детского и материнского стресса, а также стилей материнского воспитания характеризуются качественной спецификой, связанной с регионом проживания. Уровень материнского стресса обнаруживает последовательное линейное снижение по мере удаления от зоны боевых действий, что согласуется с данными других исследований, проведенных в зонах военных конфликтов (Feldman et al., 2013; Sim et al., 2018). В свою очередь, влияние региона и карательного непоследовательного стиля воспитания на выраженность детского стресса является нелинейным: непосредственно за пределами зоны боевых действий его показатели снижаются, но на прилегающих и удаленных территориях не обнаруживают значимых различий. Это можно объяснить опосредующим влиянием материнского стресса. Его снижение до среднего уровня обусловливает значимый позитивный эффект как на стили воспитания, так и на эмоциональное благополучие ребенка.

Результаты регрессионного анализа позволили проследить специфические вклады региона, материнского стресса и стилей воспитания в уровень детского стресса. Оказалось, что при фиксированном влиянии фактора региона (т. е. условно «внутри» одного региона) более высокий материнский стресс остается значимым предиктором детского стресса. Это означает, что даже в относительно безопасном регионе у ребенка, чья мать испытывает высокий субъективный стресс,

с большей вероятностью будет наблюдаться повышенный уровень стресса. И наоборот, в объективно стрессогенном регионе устойчивое психическое состояние матери и низкий уровень ее стресса являются защитными факторами, обеспечивающими благоприятное психоэмоциональное состояние ребенка. Это согласуется с моделью опосредованного влияния материнского состояния на благополучие ребенка, описанной в исследованиях (Feldman et al., 2013; Halevi et al., 2016, 2017; Zamir et al., 2018).

Таким образом, ключевой вывод нашего исследования заключается в том, что влияние военных действий, материнского стресса и стилей воспитания нельзя рассматривать как каузальные события, которые запускают «цепную реакцию», приводящую к развитию детского стресса. Материнский стресс не является прямым следствием неблагоприятных условий региона проживания, а стили воспитания не являются прямым следствием материнского стресса или неблагоприятных условий среды. Каждый из этих факторов вносит независимый вклад в уровень детского стресса, причем вклад материнского стресса превышает влияние региона, а вклад негативных стилей воспитания — и влияние региона, и влияние стресса матери.

Важно отметить, что выявленный эффект влияния региона на уровень материнского стресса означает, что дети из ДНР объективно нуждаются в первоочередной помощи, которая должна осуществляться через работу со стрессом матерей и коррекцию их воспитательного поведения. В то же время нельзя утверждать, что дети из других, условно безопасных, регионов находятся вне зоны риска (ср.: Dzhansaidova et al., 2025; Rudnova, Kornienko, 2024).

Заключение

Полученные в исследовании результаты поддерживают выдвинутые гипотезы. Во-первых, обнаружено, что по мере удаления от зоны боевых действий материнский стресс демонстрирует поступательное снижение, в то время как негативные стили воспитания и уровень детского стресса резко снижаются за пределами зоны боевых действий, но не различаются на прилегающих и удаленных территориях. Во-вторых, обнаружено, что материнский стресс и, в особенности, карательный непоследовательный стиль воспитания вносят существенный вклад в развитие детского стресса. Этот вклад не объясняется различиями между регионами

(близостью к зоне военных действий) и сохраняет свою силу независимо от того, где живет семья.

Полученные нами данные позволяют предположить, что мероприятия, направленные на снижение детского стресса, должны носить комплексный характер, затрагивая и коррекцию взаимодействий матери с ребенком, и снижение материнского стресса, и создание безопасной поддерживающей среды.

В качестве перспектив дальнейших исследований можно назвать, безусловно, изучение отдаленных последствий военной травмы у матерей и детей, проживающих в зонах боевых действий и на прилегающих территориях. Кроме того, полученные результаты открывают возможности для реализации междисциплинарных проектов на стыке психологии, социологии и экономики, направленных на создание среды, поддерживающей психическое здоровье семей.

Ограничения. Исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, мы исходили из предположения о том, что материнский стресс влияет на стиль воспитания, который, в свою очередь, влияет на детский стресс. Вместе с тем можно предположить и обратное влияние, которое заключается в том, что проблемное поведение ребенка повышает стресс матери и провоцирует использование ею негативных воспитательных стратегий. Во-вторых, данные о стрессе у ребенка и стилях воспитания были получены исключительно от матерей. Это могло привести к завышению корреляций между переменными из-за единого источника информации. В-третьих, матери, находясь под влиянием стресса, могли давать не вполне адекватные оценки как поведения ребенка, так и своего собственного взаимодействия с ним. Наконец, исследование не учитывало ряд контекстных факторов, в частности роль отцов в воспитании ребенка.

Limitations. The study has several limitations. First, it was assumed that maternal stress affects parenting style, which in turn affects child stress. However, a reverse causal direction cannot be excluded — namely, that child problem behaviors increase maternal stress and lead to negative parenting practices. Second, information on child stress and parenting styles was obtained exclusively from mothers. This single-informant design may have overestimated the correlations among the variables. Third, because mothers themselves were experiencing stress, their evaluations of both child behavior and their own interactions may have been biased. Finally, various contextual factors were not considered, particularly the role of fathers in rearing the child.

Список источников / References

1. Золотарева, А.А. (2023) Психометрические свойства русскоязычной версии Шкалы воспринимаемого стресса (версии PSS-4, 10, 14). *Клиническая и специальная психология, 12*(1), 18—42. https://doi.org/10.17759/cpse.2023120102
   Zolotareva, A.A. (2023). Psychometric Properties of the Russian Version of the Perceived Stress Scale (PSS-4, 10, 14). *Clinical Psychology and Special Education, 12*(1), 18—42. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpse.2023120102
2. Ковалевская, А.П. (2020). Влияние экстремальной ситуации военного конфликта на эмоциональное состояние детей дошкольного возраста. *Вестник Вятского государственного университета, 2*(136), 142—149. https://doi.org/10.25730/VSU.7606.20.033
   Kovalevskaya, A.P. (2020). Influence of an extreme situation of a military conflict on the emotional state of preschool children. *Herald of Vyatka State University, 2*(136), 142—149. (In Russ.). https://doi.org/10.25730/VSU.7606.20.033
3. Корниенко, Д.С., Руднова, Н.А., Тарасова, К.С. (2024). Шкала воспринимаемого стресса для детей: психометрические показатели. *Клиническая и специальная психология, 13*(2), 129—146. https://doi.org/10.17759/cpse.2024130208
   Kornienko, D.S., Rudnova, N.A., Tarasova, K.S. (2024). Psychometric Properties of the Perceived Stress Scale for Children (PSS-C). *Clinical Psychology and Special Education, 13*(2), 129—146. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpse.2024130208
4. Логинова, С.В., Слободская, Е.Р., Козлова, Е.А., Корниенко, О.С. (2016). Адаптация опросника для изучения практик родительского воспитания детей дошкольного возраста (APQ-PR). *Психологические исследования, 9*(47), 12. https://doi.org/10.54359/ps.v9i47.471
   Loginova, S., Slobodskaya, E., Kozlova, E., Kornienko, O. (2016). Psychometric properties of a Russian version of the Alabama Parenting Questionnaire — Preschool revision (APQ-PR). *Psychological Studies, 9*(47), 12. (In Russ.). https://doi.org/10.54359/ps.v9i47.471
5. Макеева, Н.Ю. (2023) Особенности психоэмоционального благополучия детей в условиях специальной военной операции. *Вестник Тверского государственного университета. Серия «Педагогика и психология», 2*(63), 31—39. https://doi.org/10.26456/vtpsyped/2023.2.031
   Makeeva, N.Yu. (2023). Features of psycho-emotional well-being of children under the conditions of a special military operation. *Herald of Tver State University. Series: Pedagogy and Psychology, 2*(63), 31—39. (In Russ.). https://doi.org/10.26456/vtpsyped/2023.2.031
6. Ткаченко, Н.С., Мишина, М.М. (2024).Личностные особенности студентов, покинувших зону боевых действий. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология, 47*(2), 153—174. https://doi.org/10.11621/LPJ-24-19
   Tkachenko, N.S., Mishina, M.M. (2024). Personal Characteristics of Students who Left the Zone of Military Operations. *Lomonosov Psychology Journal, 47*(2), 153—174. https://doi.org/10.11621/LPJ-24-19

7. Clerkin, S. M., Marks, D. J., Policaro, K. L., Halperin, J. M. (2007). Psychometric properties of the Alabama parenting questionnaire-preschool revision. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 36*(1), 19—28. https://doi.org/10.1080/15374410709336565
8. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior, 24*(4), 385—396. http://dx.doi.org/10.2307/2136404
9. Dolgikh, A.G., Almazova, O.V., Molchanov, S.V., Shaigerova, L.A. (2025). The Effects of Emotional States and World Assumptions on Moral Disengagement in Adolescents from Combat Zones, *Psychology in Russia: State of the Art, 18*(2), 97—112. DOI: 10.11621/pir.2025.0206
10. Dzhansaidova, Z., Rudnova, N., Kornienko, D., Pashenko, A. (2025). Sociodemographic Predictors of Perceived Stress in Children and their Mothers. *Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud, 7*(2), 1—20. https://doi.org/10.46634/riics.397
11. Feldman, R., Vengrober, A., Ebstein, R.P. (2014). Affiliation buffers stress: cumulative genetic risk in oxytocin-vasopressin genes combines with early caregiving to predict PTSD in war-exposed young children. *Translational psychiatry, 4*(3), Article 370. https://doi.org/10.1038/tp.2014.6
12. Feldman, R., Vengrober, A., Eidelman-Rothman, M., Zagoory-Sharon, O. (2013). Stress reactivity in war-exposed young children with and without posttraumatic stress disorder: relations to maternal stress hormones, parenting, and child emotionality and regulation. *Development and psychopathology, 25*(4/1), 943—955. https://doi.org/10.1017/S0954579413000291
13. Halevi, G., Djalovski, A., Kanat-Maymon, Y., Yirmiya, K., Zagoory-Sharon, O., Koren, L., Feldman, R. (2017). The social transmission of risk: Maternal stress physiology, synchronous parenting, and well-being mediate the effects of war exposure on child psychopathology. *Journal of abnormal psychology, 126*(8), 1087—1103. https://doi.org/10.1037/abn0000307
14. Halevi, G., Djalovski, A., Vengrober, A., Feldman, R. (2016). Risk and resilience trajectories in war-exposed children across the first decade of life. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 57*(10), 1183—1193. https://doi.org/10.1111/jcpp.12622
15. Hasandedic-Dapo, L., Cihan, H. (2025). The silent echoes of war: Parenting and trauma transmission in Bosnia and Herzegovina. *OPUS– Journal of Society Research, 22*(2), 280—296. https://doi.org/10.26466/opusjsr.1637748
16. Rudnova, N.A., Kornienko, D.S. (2024). Mothers' Stress as a Predictor of Preschoolers' Stress in the Context of Parental Practices. *Children (Basel, Switzerland), 11*(11), Article 1274. https://doi.org/10.3390/children11111274
17. Shachar-Dadon, A., Gueron-Sela, N., Weintraub, Z., Maayan-Metzger, A., Leshem, M. (2017). Pre-Conception War Exposure and Mother and Child Adjustment 4 Years Later. *Journal of abnormal child psychology, 45*(1), 131—142. https://doi.org/10.1007/s10802-016-0153-9

18. Sim, A., Bowes, L., Gardner, F. (2018). Modeling the effects of war exposure and daily stressors on maternal mental health, parenting, and child psychosocial adjustment: a cross-sectional study with Syrian refugees in Lebanon. *Global mental health, 5*, Article 40. https://doi.org/10.1017/gmh.2018.33
19. White, B. P. (2014). The Perceived Stress Scale for Children: A Pilot Study in a Sample of 153 Children. *International Journal of Pediatrics and Child Health, 2*(2), 45—52. https://doi.org/10.12974/2311-8687.2014.02.02.4
20. Zamir, O., Gewirtz, A.H., Dekel, R., Lavi, T., Tangir, G. (2020). Mothering under political violence: Post-traumatic symptoms, observed maternal parenting practices and child externalising behaviour. *International journal of psychology, 55*(1), 123—132. https://doi.org/10.1002/ijop.12557

Информация об авторах

Милена Валерьевна Балева, доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории психологии детства и цифровой социализации, Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований (ФГБНУ ФНЦ ПМИ), Москва, Российская Федерация; профессор кафедры общей и клинической психологии, философско-социологический факультет, Пермский государственный национальный исследовательский университет (ФГАОУ ВО ПГНИУ), Пермь, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7334-3635, e-mail: milenabaleva@yandex.ru

Наталья Александровна Руднова, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории психологии детства и цифровой социализации, Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований (ФГБНУ ФНЦ ПМИ), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2063-2892, e-mail: rudnova.na@yandex.ru

Валерия Андреевна Плотникова, младший научный сотрудник лаборатории психологии детства и цифровой социализации, Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований (ФГБНУ ФНЦ ПМИ), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1092-3290, e-mail: ler.shinelis@yandex.ru

Арина Николаевна Шатская, научный сотрудник лаборатории психологии детства и цифровой социализации, Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований (ФГБНУ ФНЦ ПМИ), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7283-8011, e-mail: arina.shatskaya@mail.ru

Елена Георгиевна Максименко, доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории психологии детства и цифровой социализации, Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований (ФГБНУ ФНЦ ПМИ), Москва, Российская Федерация; профессор кафедры общей психологии, биологический факультет, Донецкий государственный уни-

верситет (ФГБОУ ВО ДонГУ), Донецк, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0002-0931-0980, e-mail: e.maksimenko.dongu@mail.ru

Ирина Викторовна Султанова, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психологии детства и цифровой социализации, Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований (ФГБНУ ФНЦ ПМИ), Москва, Российская Федерация; заведующая, доцент кафедры психологии, Севастопольский государственный университет (ФГАОУ ВО СевГУ), Севастополь, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/ 0000-0002-8306-4290, e-mail: irsan11@rambler.ru

Information about the authors

Milena V. Baleva, Doctor of Science in Psychology, Leading Research Fellow, Laboratory of Childhood Psychology and Digital Socialization, Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research (FSC PIR), Moscow, Russian Federation; Professor, Department of General and Clinical Psychology, Faculty of Philosophy and Sociology, Perm State National Research University (PSNRU), Perm, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7334-3635, e-mail: milenabaleva@yandex.ru

Natalia A. Rudnova, Candidate of Science in Psychology, Research Fellow, Laboratory of Childhood Psychology and Digital Socialization, Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research (FSC PIR), Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2063-2892, e-mail: rudnova.na@yandex.ru

Valeriya A. Plotnikova, Junior Research Fellow, Laboratory of Childhood Psychology and Digital Socialization, Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research (FSC PIR), Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1092-3290, e-mail: ler.shinelis@yandex.ru

Arina N. Shatskaya, Research Fellow, Laboratory of Childhood Psychology and Digital Socialization, Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research (FSC PIR), Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7283-8011, e-mail: arina.shatskaya@mail.ru

Elena G. Maksimenko, Doctor of Science in Psychology, Leading Research Fellow, Laboratory of Childhood Psychology and Digital Socialization, Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research (FSC PIR), Moscow, Russian Federation; Professor, Department of General Psychology, Faculty of Biology, Donetsk State University (DonSU), Donetsk, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0009-0002-0931-0980, e-mail: e.maksimenko.dongu@mail.ru

Irina V. Sultanova, Candidate of Science in Psychology, Senior Research Fellow, Laboratory of Childhood Psychology and Digital Socialization, Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research (FSC PIR), Moscow, Russian Federation; Head of Department, Associate Professor, Department of Psychology, Sevastopol State University (SevSU), Sevastopol, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/ 0000-0002-8306-4290, e-mail: irsan11@rambler.ru

Вклад авторов

Балева М.В. — анализ данных; написание и оформление рукописи.

Руднова Н.А. — подготовка исследования; подготовка данных к анализу.

Плотникова В.А. — методическое сопровождение сбора данных; обработка данных.

Шатская А.Н. — методическое сопровождение сбора данных; обработка данных.

Максименко Е.Г. — организация исследования; сбор данных.

Султанова И.В. — организация исследования; сбор данных.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Milena V. Baleva — data analysis; writing and design of the manuscript.

Natalia A. Rudnova — study design; data preparation for analysis.

Valeriya A. Plotnikova — methodological guidance of data collection; data processing.

Arina N. Shatskaya— methodological guidance of data collection; data processing.

Elena G. Maksimenko— study organization; data collection.

Irina V. Sultanova— study organization; data collection.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию 12.09.2025 — Received 2025.09.12
Поступила после рецензирования 11.07.2026 — Revised 2026.07.11
Принята к публикации 01.08.2026 — Accepted 2026.08.01
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30

Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 178—200.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340309
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 178—200.
https://doi.org/10.17759/cpp.2026340309
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

Научная статья | Original paper

Уровень и основные факторы дистресса у участников СВО, госпитализированных по поводу акубаротравмы

А.С. Пирогова[1] ✉, **А.Б. Холмогорова**[2], **А.С. Мачалов**[1], **Н.А. Дайхес**[1], **С.В. Вылегжанин**[3]

[1] Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Российская Федерация

[2] Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Российская Федерация

[3] Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества», Москва, Российская Федерация

✉ psylina.help@gmail.com

Резюме

Контекст и актуальность. Акубаротравма является одной из наиболее распространенных боевых патологий у участников специальной военной операции. Помимо прямого повреждения слухового анализатора — снижения слуха, тиннитуса, вестибулярных расстройств — она оказывает выраженное психотравмирующее воздействие. Ситуация ранения сочетается с болевым синдромом, сенсорной депривацией, длительной госпитализацией и неопределенностью в отношении будущего, что создает условия для формирования устойчивого дистресса. **Цель**. Оценить выраженность симптомов ПТСР и уровень психологического дистресса у участников СВО, госпитализированных с акубаротравмой, выявить основные клинические и социально-психологические факторы дистресса, а также определить ключевые ресурсы совладания со стрессом для повышения эффективности реабилитационных и психокоррекционных программ. **Методы и материалы**. Исследование проводилось на базе ФГБУ НМИЦО ФМБА России при поддержке фонда «Защитники Отечества» с февраля 2025 года по май 2026 года. Участие в нем приняли 102 респондента мужского пола в возрасте от 29 до 73 лет (M = 51 год, SD = 10). Исследование проводилось в один этап, в ходе которого участникам предлагалось заполнить персональную анкету для сбора анамнестических и социально-демографических данных, опросник

© Пирогова А.С., Холмогорова А.Б., Мачалов А.С., Дайхес Н.А., Вылегжанин С.В., 2026

CC BY-NC

PCL-5 для скрининга симптомов ПТСР и модифицированную методику «Термометр дистресса» Холланда для определения уровня и факторов субъективного дистресса. **Результаты.** Среди участников СВО, получивших акубаротравму, наблюдается высокий уровень психологической травматизации. От 18,4% до 27,6% пациентов демонстрируют выраженные симптомы посттравматического стрессового расстройства, соответствующие клиническому уровню, что говорит о необходимости профессиональной помощи специалистов: клинического психолога, а в ряде случаев и психиатра. Средние показатели уровня субъективного дистресса в связи с выявленными нарушениями слуха достигают 3,4 балла из 10. Более половины респондентов выражают серьезные опасения относительно собственного будущего, перспектив трудоустройства и финансового благополучия вследствие нарушений слуха, вызванных акубаротравмой. При этом в качестве основных факторов совладания со стрессом для них выступают как источники внешней поддержки (семья, друзья, медицинский персонал, финансовая помощь), так и внутренние ресурсы (позитивный самонастрой, юмор, религиозные убеждения, предшествующий опыт совладания с тяжелыми событиями). Семейное положение является статистически значимым фактором, определяющим уровень психологического дистресса. Не состоящие в браке участники демонстрируют достоверно более высокий уровень дистресса. При этом семейное положение влияет на общий уровень дистресса, но не на специфические симптомы ПТСР, что указывает на различную природу этих феноменов. **Выводы**. Психологический дистресс у данной группы пациентов носит выраженный характер и определяется не только актуальной клинической симптоматикой, но и тревогой по поводу отдаленных жизненных перспектив, что необходимо учитывать при построении реабилитационных маршрутов. Полученные данные обосновывают необходимость интеграции психологической диагностики и психосоциальной реабилитации в стандартный протокол лечения и реабилитации пациентов с акубаротравмой, начиная с момента госпитализации. Примерно у четверти обследованных симптомы ПТСР достигают клинически значимого уровня, что указывает на необходимость привлечения к оказанию помощи специалистов в сфере психического здоровья.

Ключевые слова: психологический дистресс, акубаротравма, участники СВО, сенсоневральная тугоухость, посттравматический стресс, факторы совладания со стрессом

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования государственный фонд поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества».

Для цитирования: Пирогова, А.С., Холмогорова, А.Б., Мачалов, А.С., Дайхес, Н.А., Вылегжанин, С.В. (2026). Уровень и основные факторы дистресса у участников СВО, госпитализированных по поводу акубаротравмы. *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 178—200. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340309

Level and main factors of distress of participants of the Special Military Operation hospitalized for acubarotrauma

A.S. Pirogova[1] ✉, **A.B. Kholmogorova**[2],
A.S. Machalov[1], **N.A. Daykhes**[1], **S.V. Vylegzhanin**[3]

[1] National Medical Research Center of Otolaryngology
of the Federal Medical and Biological Agency of Russia,
Moscow, Russian Federation

[2] Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

[3] State Foundation for Support of Participants of the Special Military Operation "Defenders of the Fatherland", Moscow, Russian Federation

✉ psylina.help@gmail.com

Abstract

Context and relevance. Acoustic trauma is one of the most common combat-related pathologies among participants in the special military operation. Beyond direct damage to the auditory system—manifesting as hearing loss, tinnitus, and vestibular disorders—it exerts a significant psychological impact. The injury occurs in a context involving pain, sensory deprivation, prolonged hospitalization, and uncertainty about the future, creating conditions conducive to the development of persistent distress. **Objective.** To assess the severity of PTSD symptoms and the level of psychological distress among participants of the Special Military Operation hospitalized with acoustic-barotrauma; to identify the primary clinical and socio-psychological factors contributing to distress; and to determine key stress-coping resources in order to enhance the effectiveness of rehabilitation and psychological intervention programs. **Methods and materials.** The study was conducted at the National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the FMBA of Russia, with the support of the «Defenders of the Fatherland» Foundation, between February 2025 and May 2026. A total of 102 male respondents aged 29 to 73 years (M = 51 years, SD = 10) participated. The study was carried out in a single phase, during which participants completed a personal questionnaire to gather anamnestic and socio-demographic data, the PCL-5 questionnaire to screen for PTSD symptoms, and a modified version of Holland's «Distress Thermometer» to assess the level and factors of subjective distress. **Results.** A high level of psychological trauma is observed among participants of the Special Military Operation who have sustained acoustic trauma. Between 18.4% and 27.6% of patients exhibit pronounced symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) at a clinical level, indicating a need for pro-

fessional assistance from specialists — specifically clinical psychologists and, in some cases, psychiatrists. Mean scores for subjective distress associated with the identified hearing impairments reach 3.4 out of 10. More than half of the respondents express serious concerns regarding their future, employment prospects, and financial well-being due to hearing loss caused by acoustic trauma. Key stress-coping factors for these individuals include both external sources of support (family, friends, medical staff, financial aid) and internal resources (positive mindset, humor, religious beliefs, and prior experience coping with adverse events). Marital status is a statistically significant factor determining the level of psychological distress; unmarried participants exhibit significantly higher levels of distress. Notably, while marital status influences the overall level of distress, it does not affect specific PTSD symptoms, suggesting that these phenomena have distinct underlying natures. **Conclusions.** Psychological distress in this group of patients is pronounced and is driven not only by current clinical symptoms but also by anxiety regarding long-term life prospects — factors that must be taken into account when designing rehabilitation pathways. These findings justify the need to integrate psychological assessment and psychosocial rehabilitation into the standard treatment and rehabilitation protocol for patients with acoustic barotrauma, starting from the time of hospitalization. In approximately one-quarter of the patients examined, PTSD symptoms reach a clinically significant level, highlighting the need to involve mental health specialists in their care.

Keywords: psychological distress, acubarotrauma, participants of the Special Military Operation, sensorineural hearing loss, post-traumatic stress, stress-coping factors

Acknowledgements. The authors thank the State Fund for Support of Participants in the Special Military Operation "Defenders of the Fatherland" for assistance in collecting data for the study.

For citation: Pirogova, A.S., Kholmogorova, A.B., Machalov, A.S., Daykhes, N.A., Vylegzhanin, S.V. (2026). Level and main factors of distress of participants of the Special Military Operation hospitalized for acubarotrauma. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 178—200. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2026340309

Введение

Взрывная ударная волна является основным поражающим фактором в условиях современного вооруженного конфликта. Воздействие на организм громкого звука и резкого повышения давления воздуха в окружающей среде приводит к развитию акубаротравмы. Современные локальные вооруженные конфликты характеризуются высокой часто-

той повреждений лор-органов (Сыроежкин и др., 2024). В связи с этим акубаротравма занимает одно из первых мест в структуре сенсорных повреждений у военнослужащих. Однако, несмотря на очевидную соматическую природу данного заболевания, его последствия выходят далеко за рамки исключительно аудиологических нарушений, формируя сложный комплекс психопатологических реакций.

Актуальность проблемы акубаротравмы у участников боевых действий обусловлена тем, что снижение слуха и сопутствующий ему шум в ушах (тиннитус) в условиях боевой обстановки выступают не только как медицинская проблема, но и как фактор, критически снижающий боеспособность и психологическую устойчивость. Потеря слуха ведет к сенсорной депривации, нарушению коммуникации с сослуживцами, а также к снижению ситуационной осведомленности. В условиях госпитализации и последующей реабилитации на первый план выходит психологический дистресс — состояние эмоционального страдания, включающее тревогу, депрессивные симптомы и нарушения адаптации, которое значительно осложняет процесс восстановления.

Анализ зарубежной литературы показывает, что коморбидность слуховых нарушений и психических расстройств хорошо изучена на опыте локальных конфликтов последних десятилетий в Ираке и Афганистане (Swan et al., 2017). Исследования зарубежных авторов демонстрируют, что военнослужащие с акубаротравмой имеют статистически значимо более высокие баллы по шкалам посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и депрессии по сравнению с бойцами без сенсорных дефицитов (Hoge, Auchterlonie, Milliken, 2006; Campbell, Helt, 2020). Зарубежные авторы подчеркивают, что хронический тиннитус, сопровождающий акубаротравму, вызывает тяжелые нарушения сна, раздражительность и когнитивную перегрузку, что напрямую коррелирует с уровнем психологического дистресса и суицидальными мыслями у ветеранов (Langguth B. et al., 2013).

В отечественной литературе проблема психологических последствий боевых повреждений также находится в фокусе внимания исследователей. Российские ученые в своих работах отмечают, что у участников СВО высок уровень боевого стресса и астенических расстройств (Баширзаде, Наров, 2025). При этом исследования в области военной медицинской психологии и сурдологии указывают на то, что изоляция, вызванная нарушением слуховой перцепции, воспринимается военнослужащими как потеря контроля над обстановкой, что является

мощным триггером для развития тревожно-депрессивных состояний (Васильева и др., 2024).

Важность данной проблемы заключается в необходимости смены парадигмы реабилитации: от чисто физиологического восстановления слуха к биопсихосоциальному подходу. Невыявленный и некупированный психологический дистресс у таких пациентов приводит к снижению приверженности лечению, ухудшению когнитивных функций, необходимых для обучения пользованию слуховыми аппаратами, и, в итоге, к необходимости смены вида профессиональной деятельности. Однако, даже в случае необходимости его смены при тяжелых поражениях, встает важная задача — адаптация к последующей мирной жизни. Понимание того, какие именно факторы вносят наибольший вклад в уровень дистресса, а какие способствуют совладанию с ним, позволяет разработать индивидуальные программы психосоциальной реабилитации.

Материалы и методы

Целью настоящего исследования являлась оценка выраженности симптомов ПТСР и уровня психологического дистресса у участников СВО, госпитализированных с акубаротравмой, выявление основных клинических и социально-психологических факторов дистресса, а также определение ключевых ресурсов совладания со стрессом для повышения эффективности реабилитационных программ.

Исследование проводилось на базе ФГБУ НМИЦО ФМБА России при поддержке фонда «Защитники Отечества» с февраля 2025 года по май 2026 года. Участие в нем приняли 102 респондента мужского пола в возрасте от 29 до 73 лет (M = 51 год, SD = 10).

Методический комплекс исследования.

Модифицированная методика «Термометр дистресса» Дж. Холланда, применялась для субъективной оценки уровня стресса, связанного с нарушениями слуха, полученными вследствие акубаротравмы. Пациенты оценивали свой дистресс по визуальной аналоговой шкале от 0 (отсутствие стресса) до 10 (экстремальный стресс). Значения 0—3 классифицировались как низкий уровень дистресса, 4—7 — как средний, 8—10 — как высокий. Пороговое значение ≥ 4 баллов использовалось как критерий клинически значимого дистресса. Дополнитель-

но пациенты указывали факторы стресса из адаптированного списка, специфичного для военнослужащих с акубаротравмой (профессиональные, финансовые, социальные и медицинские стрессоры), и факторы, способствующие совладанию со стрессовыми событиями (Holland, Bultz (2007)).

Опросник посттравматического стресса (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PCL-5) в русскоязычной адаптации Н.В. Тарабриной с соавторами для оценки выраженности симптомов посттравматического стресса (ПТС). Опросник включал 20 пунктов, оцениваемых по шкале от 0 (совсем нет) до 4 (крайне сильно) за последний месяц. Подсчет велся двумя способами: по суммарному баллу (диапазон 0—80; сумма баллов 0—30 — легкая степень выраженности симптомов ПТСР, 31—50 — средняя степень, 51—80 — тяжелая степень); по алгоритму DSM-5 — соответствие критериям ПТСР при наличии минимум 1 симптома с баллом ≥ 2 в кластерах B и C и минимум 2 симптомов с баллом ≥ 2 в кластерах D и E (Weathers et al., 2013).

Использованы следующие ***методы математической статистики***: проверка на нормальность распределения (одновыборочный биномиальный критерий) — для определения типа распределения данных; критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2) — для сравнения распределения качественных признаков между группами.

Компьютерная обработка результатов проводилась в программах Excel и IBM SPSS Statistics 23. Достоверными считали данные при $p < 0,05$.

Участники исследования заполняли разработанную нами персональную анкету, куда были включены социодемографические вопросы и вопросы, связанные с отношением к ситуации заболевания. Исследование проведено в соответствии с этическими нормами с получением информированного согласия участников и соблюдением условий конфиденциальности.

Выборка. В исследовании приняли участие 102 респондента мужского пола в возрасте от 29 до 73 лет (M = 51 год, SD = 10).

Критериями исключения из исследования были наличие сопутствующей соматической, неврологической или психиатрической патологии, способной оказывать самостоятельное влияние на уровень психологического дистресса, а также черепно-мозговые травмы в анамнезе и отсутствие подписанного информированного согласия на участие в исследовании.

Таблица 1 / Table 1

Клинико-диагностическая характеристика выборки (n = 102)
Clinical and diagnostic characteristics of the survey group (n = 102)

Диагноз по МКБ-10 / ICD-10 diagnosis	**Количество испытуемых (чел.) / Number (people)**	**Процент (%) / Percentage (%)**	**p-значимость* / p-value***	
H90.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость I степени / H90.3 Chronic bilateral sensorineural hearing loss, Grade I	7	7%	0,856	Одновыборочный биноминальный критерий / Single-sample binomial criterion
H90.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость II степени / H90.3 Chronic bilateral sensorineural hearing loss, Grade II	25	25%	< 0,001	
H90.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость III степени / H90.3 Chronic bilateral sensorineural hearing loss, Grade III	1	1%	0,003	
H90.3 Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость IV степени / H90.3 Chronic bilateral sensorineural hearing loss, Grade IV	4	4%	0,149	
H93.1 Тиннитус / H93.1 Tinnitus	5	5%	0,283	
H90.4 Хроническая односторонняя сенсоневральная глухота / H90.4 Chronic unilateral sensorineural deafness	10	10%	0,475	
H74.1 Односторонний адгезивный средний отит / H74.1 Unilateral adhesive otitis media	3	3%	0,069	
H74.1 Двусторонний адгезивный средний отит / H74.1 Bilateral adhesive otitis media	1	1%	0,003	
H90.7 Односторонняя смешанная тугоухость III степени / H90.7 Unilateral mixed hearing loss, Grade III	3	3%	0,069	

Диагноз по МКБ-10 / ICD-10 diagnosis	**Количество испытуемых (чел.) / Number (people)**	**Процент (%) / Percentage (%)**	**p-значимость* / p-value***	
H90.7 Односторонняя смешанная тугоухость IV степени / H90.7 Unilateral mixed hearing loss, Grade IV	3	3%	0,069	
H90.6 Двусторонняя смешанная тугоухость II степени / H90.6 Bilateral mixed hearing loss, Grade II	1	1%	0,003	
H66.3 Хронический односторонний гнойный средний отит / H66.3 Chronic unilateral purulent otitis media	4	4%	0,149	
H66.3 Хронический двусторонний гнойный средний отит / H66.3 Chronic bilateral purulent otitis media	1	1%	0,003	
H90.4 Хроническая односторонняя сенсоневральная тугоухость II степени / H90.4 Chronic unilateral sensorineural hearing loss, Grade II	29	31%	< 0,001	
H90.4 Хроническая односторонняя сенсоневральная тугоухость III степени / H90.4 Chronic unilateral sensorineural hearing loss, Grade III	28	27%	< 0.001	

Примечание: «*» — различия значимы на уровне $p < 0,05$.
Note: «*» — the differences are significant at the level of $p < 0,05$.

Для оценки равномерности распределения нозологических форм в выборке использован одновыборочный биноминальный критерий. Наибольший вклад в структуру последствий акубаротравмы вносят хроническая односторонняя сенсоневральная тугоухость II степени (31%), III степени (27%) и хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость II степени (25%), которые совместно составляют 83% всех случаев (табл. 1).

На основании данных анкетирования и клинической беседы составлена таблица социально-демографических характеристик обследуемой группы, представленная в табл. 2.

Таблица 2 / Table 2

Социально-демографические характеристики обследуемой группы (n = 102)
Socio-demographic characteristics of the survey group (n = 102)

Характеристика / Characteristics		**Количество испытуемых (чел.) / Number (people)**	**Процент (%) / Percentage (%)**	**p-значимость* / p-value***
Возраст (по ВОЗ) / Age (WHO)	Молодой / Young	25	24,5%	< 0,001 (χ^2 Пирсона / χ^2 Pearson)
	Средний / Middle-aged	57	55,9%	
	Пожилой / Elderly	20	19,6%	
Пол / Sex	Мужчины / Men	102	100%	-
Семейное положение / Marital status	В браке / Married	68	66,7%	< 0,001 (χ^2 Пирсона / χ^2 Pearson)
	Одинок / Single	34	33,3%	
Образование / Education	Высшее / Higher	24	23,5%	< 0,001 (χ^2 Пирсона / χ^2 Pearson)
	Неполное высшее / Incomplete higher	3	2,9%	
	Среднее специальное / Secondary	51	50%	
	Среднее общее / General secondary	18	17,6%	
	Неполное среднее общее / Incomplete general secondary	6	5,9%	
Занятость / Employment	Работает / Working	53	52%	0,69 (χ^2 Пирсона / χ^2 Pearson)
	Безработный / Unemployed	49	48%	

Примечание: «*» — различия значимы на уровне $p < 0,05$.
Note: «*» — the differences are significant at the level of $p < 0,05$.

Результаты

Как видно из табл. 3, значимые различия были получены как по показателям уровня дистресса, так и по выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Таблица 3 / Table 3

Уровень выраженности симптомов ПТСР (PCL-5) и дистресса («Термометр дистресса») у пациентов после акубаротравмы
The Severity of PTSD symptoms (PCL-5) and distress («Distress Thermometer») in patients after acubarotrauma

Параметр / Parameter		**Процент (%) (n = 102) / Percentage (%) (n = 102)**	**p-значимость* / p-value***
Уровень дистресса / Severity of distress	Низкий / Low	58,8	< 0,001
	Средний / Medium	31,4	
	Высокий / High	9,8	
Уровень выраженности симптомов ПТСР / Severity of PTSD	Низкий / Low	78,6	< 0,001
	Средний / Medium	18,4	
	Высокий / High	3	

Примечание: «*» — различия значимы на уровне $p < 0,05$ по χ^2-критерию.
Note: «*» — the differences are significant at the level of $p < 0,05$ according to the χ^2-criterion.

По результатам методики «Термометр дистресса», ведущими факторами дистресса для пациентов после акубаротравмы являлись: возможные трудности с работой (64%), страх возможных осложнений (49%), финансовые трудности (49%), наличие информации о неблагоприятных последствиях нарушения слуха у других (43%), мысли о возможном настороженном отношении окружающих в связи с нарушением слуха (43%), трудности планирования будущего и нарушенные жизненные планы (42%), трудности получения медицинских консультаций (37%) и информационный шум, т. е. отсутствие достаточной медицинской информации о возможных последствиях нарушения слуха (30%), а также возможные конфликты в семье (20%) (рис. 1). Согласно данным о наличии болевого синдрома, респонденты отмечали хронический (94%) и острый (6%) характер боли, терпимую (95%) и нестерпимую (5%) боль, 90% пациентов могли отвлечься от мыслей о боли и 10% говорили о невозможности отвлечься от болевых ощущений.

В качестве ведущих факторов, способствующих совладанию со стрессовыми событиями, пациенты, в первую очередь, выделяли источники внешней поддержки и внутреннего ресурса: юмор (72%) и позитивный самонастрой (63%), эмоциональную поддержку со стороны семьи (73%) и друзей (72%), предшествующий опыт совладания со стрессом (57%) и молитву (49%), эмоциональную поддержку со стороны врачей и меди-

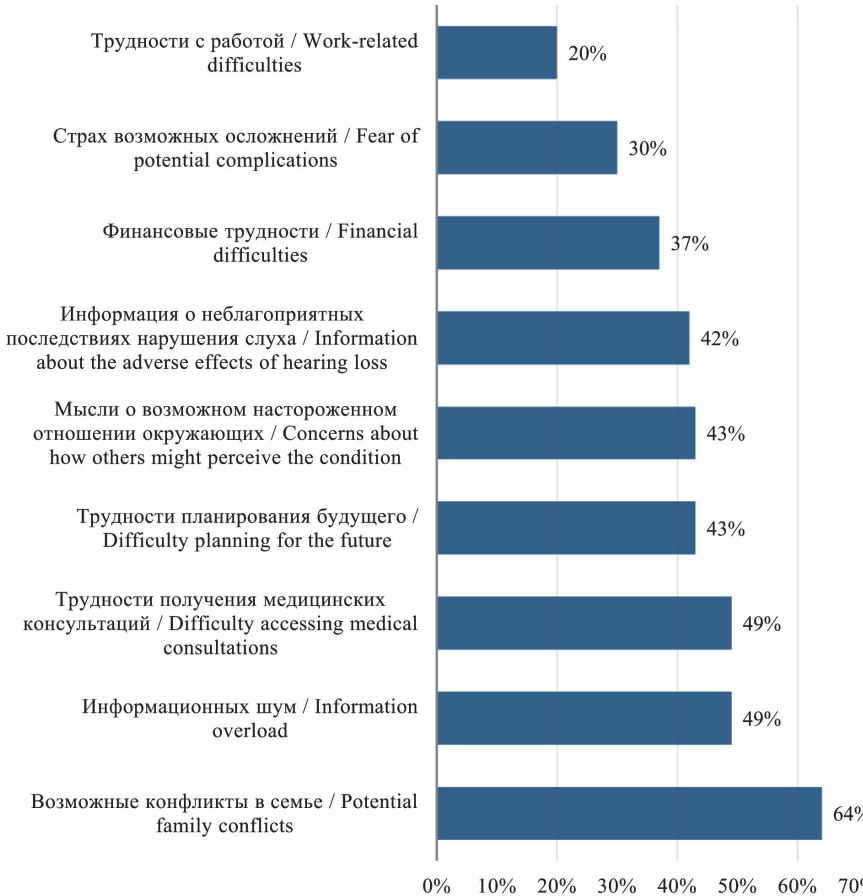


Рис. 1. Распределение факторов дистресса (n = 102)
Fig. 1. Distribution of distress factors (n = 102)

цинского персонала (61%), ощущение поддержки и сочувствия со стороны окружающих (54%), доступность полезных ресурсов Интернета для переключения и отдыха (50%); финансовую помощь родственников (38%), работодателя (30%) и друзей (31%), использование успокаивающих средств натурального происхождения (33%), а также знакомство с психологическими рекомендациями по совладанию со стрессом (31%) и обращение за психологической помощью (18%) (рис. 2).

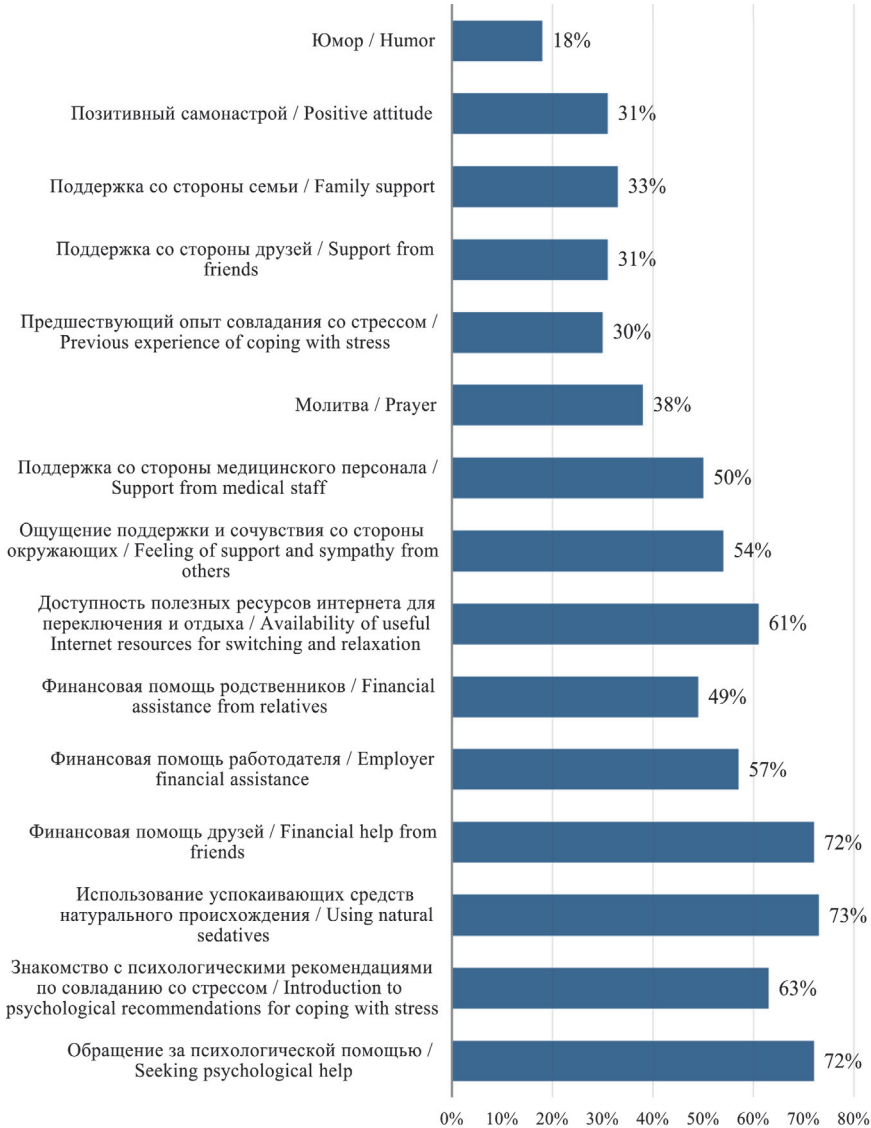


Рис. 2. Распределение факторов-протекторов (n =102)
Fig. 2. Distribution of protective factors (n = 102)

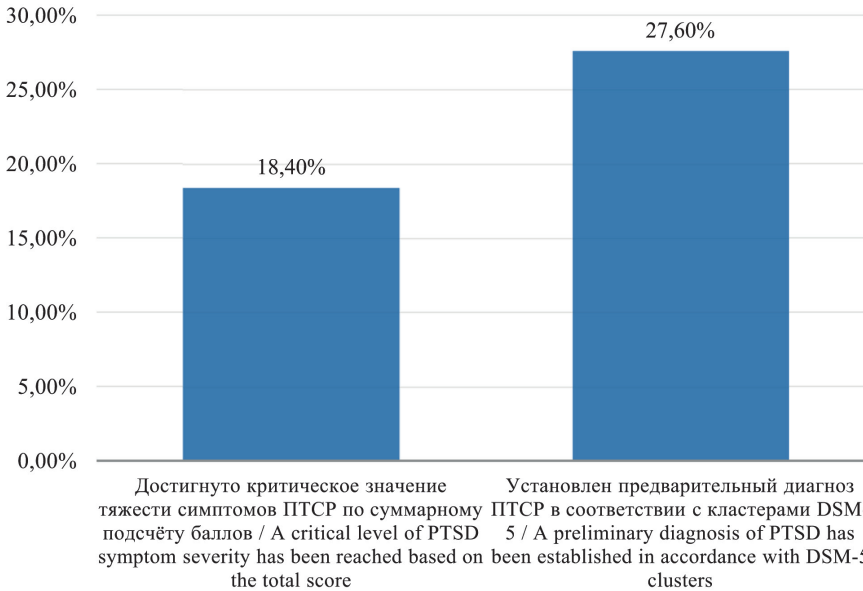


Рис. 3. Результаты скрининга симптомов ПТСР с применением методики PCL-5 (n = 102)
Fig. 3. Results of PTSD symptom screening using the PCL-5 (n = 102)

Оценка тяжести симптомов посттравматического стрессового расстройства проводилась с использованием опросника PCL-5 двумя взаимодополняющими способами: методом подсчета суммарного балла и методом верификации диагностического алгоритма DSM-5 (по кластерам B, C, D, E). По результатам обработки данных было выявлено расхождение между двумя методами оценки: 18,4% пациентов набрали суммарный балл ≥ 33 (порог тяжелого посттравматического стресса), тогда как 27,6% соответствовали диагностическим критериям ПТСР согласно алгоритму DSM-5 (рис. 3). Разница в 9,2% отражает наличие в выборке пациентов с легкой и умеренной степенью выраженности ПТСР: эти пациенты демонстрируют симптомы во всех четырех кластерах (B, C, D, E), что формально соответствует диагностическим критериям DSM-5, однако интенсивность их переживаний остается в пределах низких значений (суммарный балл 11—32), не достигая порога среднего и тяжелого посттравматического дистресса.

Анализ распределения уровня психологического дистресса в зависимости от семейного положения выявил статистически значимые раз-

личия (табл. 4). У не состоящих в браке участников достоверно чаще выявлялся высокий уровень дистресса (20,6%, n = 7) по сравнению с женатыми (4,4%, n = 3). Соответственно, доля участников с низким уровнем дистресса была значительно выше среди женатых (66,2%, n = 45) по сравнению с неженатыми (44,1%, n = 15).

Распределение уровня дистресса по возрастным группам не имело статистически значимых различий (табл. 4). Доля участников с высоким уровнем дистресса в молодом возрасте составила 8%, в среднем — 12,3% и в пожилом — 5%, что не достигло порога статистической значимости.

Анализ выраженности симптомов ПТСР не выявил статистически значимых различий ни по семейному положению, ни по возрасту (табл. 4). Подавляющее большинство участников во всех подгруппах имели легкую степень выраженности симптомов ПТСР (78,5—80%), что свидетельствует об отсутствии связи между демографическими характеристиками и тяжестью посттравматической симптоматики в данной выборке.

Таблица 4 / Table 4

Влияние возрастных показателей и семейного положения на уровень дистресса («Термометр дистресса») и выраженность симптомов ПТСР (PCL-5) у пациентов с акубаротравмой
The influence of age and marital status on the level of distress (Distress Thermometer) and the severity of PTSD symptoms (PCL-5) in patients with acobarotrauma

Параметр / Parameter	Характеристика / Characteristics	p-значимость* / p-value*
Уровень дистресса / Severity of distress	Семейное положение / Marital status	0,016
	Возраст (по ВОЗ) / Age (WHO)	0,17
Уровень выраженности симптомов ПТСР / Severity of PTSD	Семейное положение / Marital status	0,88
	Возраст (по ВОЗ) / Age (WHO)	0,95

Примечание: «*» — различия значимы на уровне $p < 0,05$ по χ^2-критерию.
Note: «*» — the differences are significant at the level of $p < 0,05$ according to the χ^2-criterion.

Обсуждение результатов

Полученные социально-демографические данные характеризуют выборку как гетерогенную группу военнослужащих с преобладанием лиц

среднего специального образования, состоящих в браке и имеющих различный статус трудовой занятости (табл. 2). Низкая доступность психологической помощи (60% участников не получали поддержки психолога в период нахождения в стационаре) говорит о необходимости внедрения системного психологического сопровождения в процесс реабилитации военнослужащих с сенсорными повреждениями (рис. 1).

Анализ результатов, по методике «Термометр дистресса», показал, что ведущими факторами стресса выступают не столько сами аудиологические нарушения, сколько их социальные и прогностические последствия. Так, наиболее значимым стрессором стали возможные трудности с работой (64%), что закономерно для военнослужащих, для которых потеря боеспособности напрямую коррелирует с утратой профессиональной идентичности, социального статуса и источника дохода (рис. 1). Высокий уровень финансовых трудностей (49%) и нарушение жизненных планов (42%) подтверждают глубокую дезадаптацию, вызванную внезапным изменением жизненного сценария (рис. 1).

Клинически значимым является высокий уровень страха возможных осложнений (49%) и настороженного отношения окружающих (43%) (рис. 1). При этом 37% пациентов испытывают трудности в получении медицинских консультаций, а 30% страдают от «информационного шума» и дефицита достоверных сведений о прогнозе заболевания (рис. 1). Данный факт свидетельствует о необходимости внедрения структурированных протоколов информирования пациентов для снижения тревоги и чувства неопределенности.

Несмотря на то, что абсолютное большинство респондентов (94%) отмечают наличие хронического болевого синдрома, лишь 5% охарактеризовали его как нестерпимый, а 95% пациентов оценивают боль как терпимую. Более того, 90% участников исследования способны отвлекаться от болевых ощущений. Высокая толерантность к боли и развитые механизмы когнитивного отвлечения от нее, вероятно, обусловлены спецификой военной подготовки, боевым опытом и психологической установкой на преодоление, что является характерной чертой военнослужащих. Тем не менее, хроническая боль выступает фоновым фактором, истощающим психологические ресурсы и усугубляющим общий уровень дистресса.

Анализ факторов, способствующих совладанию со стрессом, выявил четкую иерархию опорных ресурсов. Пациенты преимущественно опираются на неформальную социальную поддержку и внутренние психологические механизмы: эмоциональную поддержку семьи (73%) и друзей (72%), юмор (72%) и позитивный самонастрой (63%) (рис. 2). Вы-

сокая значимость молитвы (49%) отражает роль духовно-нравственных и традиционных копинг-стратегий в данной группе (рис. 2).

Вместе с тем обращает на себя внимание низкая доля обращений за профессиональной психологической помощью (18%) и знакомства с психологическими рекомендациями (31%) (рис. 1). Это свидетельствует о необходимости интеграции клинических психологов в лечебно-реабилитационный процесс. Опора исключительно на внутренние ресурсы и помощь близких при высоких показателях дистресса может приводить к эмоциональному выгоранию родственников и хронизации психопатологической симптоматики у самих пациентов.

При использовании опросника PCL-5 было выявлено расхождение между двумя методами оценки: 18,4% пациентов набрали суммарный балл ≥ 33 (порог тяжести посттравматического дистресса), тогда как 27,6%, согласно алгоритму DSM-5, соответствовали диагностическим критериям ПТСР (рис. 3). Данный феномен подчеркивает важность дифференцированного подхода к интерпретации результатов PCL-5: алгоритм DSM-5 обладает высокой чувствительностью к наличию посттравматической симптоматики любой степени тяжести, тогда как суммарный балл ≥ 33 указывает на клинически значимый уровень дистресса, требующий немедленного терапевтического вмешательства.

Отсутствие значимых различий по возрасту может указывать как на универсальность механизмов психологической адаптации независимо от возрастной категории, так на то, что факторы, связанные с нарушениями слуха, вызванными акубаротравмой, оказывают более сильное влияние, чем демографические переменные.

Статистически значимым фактором, влияющим на уровень психологического дистресса, оказалось семейное положение (табл. 4). Не состоящие в браке участники демонстрировали достоверно более высокий уровень дистресса, что согласуется с концепцией буферного эффекта социальной поддержки (Blais et al., 2021). Наличие стабильных семейных отношений выступает ключевым защитным фактором, смягчающим негативное воздействие боевого стресса и снижающим риск утяжеления посттравматической симптоматики.

Примечательно, что семейное положение влияло только на уровень дистресса, но не на выраженность симптомов ПТСР. Это может указывать на то, что социальная поддержка модулирует общее эмоциональное состояние, но не специфические посттравматические реакции, которые могут быть более связаны с характеристиками самой травмы и индивидуальными факторами уязвимости.

Отсутствие значимых различий по возрасту для обоих показателей (дистресс и ПТСР) свидетельствует о том, что возраст не является определяющим фактором психологической адаптации в данной выборке (табл. 4). Это может отражать как универсальность механизмов совладания со стрессом независимо от возраста, так и то, что факторы, связанные с выявленными нарушениями слуха, оказывают более сильное влияние, чем демографические переменные.

Высокая коморбидность акубаротравмы и ПТСР объясняется тем, что повреждение слухового анализатора в условиях боевых действий часто является следствием воздействия взрывной волны, что само по себе является тяжелым психотравмирующим событием. Совокупность полученных результатов говорит о необходимости пересмотра парадигмы реабилитации военнослужащих с акубаротравмой. Выявленный дефицит профессиональной психологической помощи (18% обращаемости) при высокой распространенности ПТСР (до 27,6%) и выраженных социальных страхах (64%) требует обязательного включения специалистов в сфере психического здоровья в мультидисциплинарную реабилитационную команду.

Заключение

1. Психологический дистресс у данной категории пациентов носит выраженный многокомпонентный характер, выходящий за рамки соматического дискомфорта. Ведущими стрессорами выступают не столько аудиологические нарушения, сколько их социальные последствия: страх потери трудоспособности (64%), финансовые трудности (49%), нарушение жизненных планов (42%) и страх возможных осложнений (49%).

2. Выявлена высокая коморбидность акубаротравмы и ПТСР. При использовании дифференцированных методов оценки опросника PCL-5 установлено, что 18,4% пациентов имеют средний и тяжелый посттравматический дистресс (суммарный балл ≥33), тогда как 27,6% соответствуют полным диагностическим критериям ПТСР по алгоритму DSM-5 (рис. 3). Разница в 9,2% отражает наличие подгруппы пациентов с легкой степенью выраженности ПТСР, требующих раннего психологического вмешательства.

3. Несмотря на высокую распространенность хронического болевого синдрома (94%), большинство пациентов (95%) оценивают боль как терпимую и демонстрируют развитые механизмы когнитивного отвлечения

(90%). Высокая болевая толерантность обусловлена спецификой военной подготовки и психологической установкой на преодоление, однако хроническая боль выступает фоновым фактором, истощающим психологические ресурсы.

4. Пациенты преимущественно опираются на неформальную социальную поддержку и внутренние психологические механизмы: эмоциональную поддержку семьи (73%) и друзей (72%), юмор (72%) и позитивный самонастрой (63%) (рис. 2). Значимую роль играют духовно-нравственные копинг-стратегии (молитва — 49%). При этом обращаемость за профессиональной психологической помощью остается критически низкой (18%).

5. Семейное положение является статистически значимым фактором, определяющим уровень психологического дистресса. Не состоящие в браке участники демонстрируют достоверно более высокий уровень дистресса, что согласуется с концепцией буферного эффекта социальной поддержки (Blais et al., 2021). При этом семейное положение влияет на общий уровень дистресса, но не на специфические симптомы ПТСР, что указывает на различную природу этих феноменов.

6. Возраст не является определяющим фактором уровня дистресса и выраженности симптомов ПТСР в данной выборке, что свидетельствует об универсальности механизмов психологической адаптации независимо от возрастной категории и о доминирующем влиянии факторов, связанных с характером травмы.

7. Выявлен системный пробел в оказании психологической поддержки: 60% участников не получали помощи психолога в период стационарного лечения. Низкая доступность профессиональной помощи (18% обращаемости) при высокой распространенности ПТСР (до 27,6%) и выраженных социальных страхах создает риск хронизации психопатологической симптоматики и эмоционального выгорания у родственников.

Перспективным направлением является разработка таргетных психообразовательных программ, направленных на снижение «информационного шума», коррекцию катастрофизации прогнозов заболевания, а также программ семейной терапии, с учетом высокой нагрузки на родственников, являющихся основным ресурсом совладания для данной категории пациентов.

Результаты данного исследования могут служить эмпирической базой для решения междисциплинарных проблем, выходящих за рамки сурдологии, военной и медицинской психологии.

Ограничения. К ограничениям исследования следует отнести отсутствие данных об условиях получения акубаротравмы (в тылу, во время боевых действий и др.), а также опыт предшествующей психологической травматизации, которые могут оказывать влияние на тяжесть симптомов ПТСР. Необходимо дальнейшее исследование, уточнение периода и типа травматического события, а также выявление эмоционально-личностных особенностей, оказывающих влияние на особенности проживания последствий психотравмирующего опыта.

Limitations. Study limitations include the lack of data regarding the circumstances under which acoustic barotrauma was sustained (e.g., in the rear, during combat operations) and information on prior psychological trauma, both of which may influence the severity of PTSD symptoms. Further research is needed to clarify the timing and nature of the traumatic event and to identify the emotional and personality characteristics that influence how the consequences of the traumatic experience are processed.

Список источников / References

1. Баширзаде, К.А., Наров, М.Ю. (2025). Нозологическая принадлежность и специфика клинической картины психических расстройств у участников специальной военной операции. *Медицина, 13*(3), 49—63. https://doi.org/10.29234/2308-9113-2025-13-3-49-63
   Bashirzade, K.A., Narov, M.Yu. (2025). Nozologicheskaya prinadlezhnost' i spetsifika klinicheskoi kartiny psikhicheskikh rasstroistv u uchastnikov spetsial'noi voennoi operatsii. Meditsina, *13*(3), 49—63. https://doi.org/10.29234/2308-9113-2025-13-3-49-63
2. Васильева, Л.С., Сливницына, Н.В., Шевченко, О.И., Герасимов, А.А. (2024). Клинико-психологические особенности сочетанной травмы участников военных действий. *Политравма, 2*, 55—61. https://doi.org/10.24412/1819-1495-2024-2-55-61
   Vasil'eva, L.S., Slivnitsyna, N.V., Shevchenko, O.I., Gerasimov, A.A. (2024). Kliniko-psikhologicheskie osobennosti sochetannoi travmy uchastnikov voennykh deistvii. Politravma, *2*, 55—61. https://doi.org/10.24412/1819-1495-2024-2-55-61
3. Сыроежкин, Ф.А., Юмакаев, Д.З., Голованов, А.Е., Устинов, С.Р., Кузнецов, М.С. (2024). Влияние акубаротравмы на состояние слуха в условиях современного вооруженного конфликта. *Российская оториноларингология*, *23*(2), 66—72. https://doi.org/10.18692/1810-4800-2024-2-66-72
   Syroezhkin, F.A., Yumakaev, D.Z., Golovanov, A.E., Ustinov, S.R., Kuznetsov, M.S. (2024). Vliyanie akubarotravmy na sostoyanie slukha v usloviyakh sovremennogo vooruzhennogo konflikta. Rossiiskaya otorinolaringologiya, *23*(2), 66—72. https://doi.org/10.18692/1810-4800-2024-2-66-72
4. Blais, R.K., Tirone, V., Orlowska, D., Lofgreen, A., Klassen, B. (2021). Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and

veterans: A meta-analysis. European. *Journal of Psychotraumatology, 12*(1), Article 1851078. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851078

5. Campbell, K.C., Helt, W.J. (2020). Hearing loss and tinnitus in military veterans: A review of the literature and recommendations for future research. *American Journal of Audiology, 29*(3), 345—356. https://doi.org/10.1044/2020_AJA-20-0003
6. Hoge, C.W., Auchterlonie, J.L., Milliken, C.S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA, 295*(9), 1023—1032. https://doi.org/10.1001/jama.295.9.1023
7. Holland, J.C., Bultz, B.D. (2007) The NCCN Distress Thermometer: A rapid screening measure for psychological distress. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 5*(8), 823—830. https://doi.org/10.6004/jnccn.2007.0064
8. Langguth, B., Kreuzer, P.M., Kleinjung, T., De Ridder, D. (2013). Tinnitus. *The Lancet, 382*(9904), 1600—1607. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60960-9
9. Swan, A.A., Nelson, J.T., Swigerd B., Jaramillo, C.A., Eapena, B.C., Packer, M., Pugh, M.J. (2017) Prevalence of hearing loss and tinnitus in Iraq and Afghanistan Veterans: A Chronic Effects of Neurotrauma Consortium study. *Hearing Research, 349*, 4—12. https://doi.org/10.1016/j.heares.2016.11.006
10. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., Schnurr P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD, URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr-ptsd-checklist.asp (accessed: 14.09.2026).

Информация об авторах

Алина Сергеевна Пирогова, медицинский психолог отделения аудиологии, слухопротезирования и слухоречевой реабилитации, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России (НМИЦО ФМБА России), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0002-2480-2828, e-mail: psylina.help@gmail.com

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

Антон Сергеевич Мачалов, доктор медицинских наук, доцент, заместитель директора по науке и образованию, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России (НМИЦО ФМБА России), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5706-7893, e-mail: anton-machalov@mail.ru

Николай Аркадьевич Дайхес, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор, Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России (НМИЦО ФМБА России), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5636-5082, e-mail: admin@otolar.ru

Сергей Валентинович Вылегжанин, заместитель председателя по медицинскому блоку, Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества», Москва, Российская Федерация, e-mail: pressa@fzo.gov.ru

Information about the authors

Alina S. Pirogova, Clinical psychologist of the Scientific and Clinical Department of Audiology, Hearing Prosthetics and Hearing and Speech Rehabilitation, National Medical Research Center of Otorhinolaryngology, FMBA of Russia Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0009-0002-2480-2828, e-mail: psylina.help@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

Anton S. Machalov, Doctor of Sciences (Med.), Associate Professor, Deputy Director for Science and Education, Head of the Scientific and Clinical Department of Audiology, Hearing Prosthetics and Hearing and Speech Rehabilitation, National Medical Research Center of Otorhinolaryngology, FMBA of Russia, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5706-7893, e-mail: anton-machalov@mail.ru

Nikolai A. Daikhes, Doctor of Sciences (Med.), Professor, Associate Member of the Russian Academy of Sciences, Director, National Medical Research Center of Otorhinolaryngology, Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5636-5082, e-mail: admin@otolar.ru

Sergey V. Vylegzhanin, Deputy Chairman for the Medical Unit, State Fund for Support of Participants in the Special Military Operation “Defenders of the Fatherland”, Moscow, Russian Federation, e-mail: pressa@fzo.gov.ru

Вклад авторов

Пирогова А.С. — проведение исследования; написание и оформление рукописи, участие в интерпретации результатов.

Холмогорова А.Б. — разработка методического комплекса и дизайна исследования; редактирование текста и участие в интерпретации результатов.

Мачалов А.С. — участие в разработке дизайна исследования и интерпретации результатов.

Дайхес Н.А. — помощь в организации и проведении исследования.

Вылегжанин С.В. — помощь в организации и проведении исследования.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Alina S. Pirogova — study conduct; manuscript writing and design, participating in the interpretation of the results.

Alla B. Kholmogorova — development of the methodological framework and study design; editing the text and participating in the interpretation of the results.

Anton S. Machalov — participation in the development of study design and interpretation of results.

Nikolai A. Daikhes — assistance in organizing and conducting the study.

Sergey V. Vylegzhanin — assistance in organizing and conducting the study.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Авторы заявляют, что при проведении исследования соблюдены принципы, предусмотренные Этическим кодексом психолога Российского психологического общества (2012). Письменное информированное согласие на участие в исследовании с гарантиями конфиденциальности было предоставлено всеми респондентами.

Ethics statement

The authors declare that the study was conducted in accordance with the principles set forth in the Code of Ethics for Psychologists of the Russian Psychological Society (2012). All respondents provided written informed consent to participate in the study, with guarantees of confidentiality.

Поступила в редакцию 01.09.2026 — Received 2026.09.01
Поступила после рецензирования 18.09.2026 — Revised 2026.09.18
Принята к публикации 19.09.2026 — Accepted 2026.09.19
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30

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
Петровский Вадим Артурович — 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