

## Влияние ранних дезадаптивных схем на психологическую адаптацию пациентов с туберкулезом легких

О. С. Шелоумова<sup>а</sup>, Г. В. Баранова, Н. В. Золотова

Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза,  
Российская Федерация, 107564, Москва, Яузская аллея, 2

**Для цитирования:** Шелоумова О. С., Баранова Г. В., Золотова Н. В. Влияние ранних дезадаптивных схем на психологическую адаптацию пациентов с туберкулезом легких // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2025. Т. 15. Вып. 4. С. 000–000. EDN R1ROIJ

Статья посвящена изучению влияния выраженности ранних дезадаптивных схем на психологическую адаптацию пациентов с туберкулезом легких. Актуальность исследования обусловлена важностью выявления личностных факторов неэффективного стресс-совладающего поведения для определения траектории психологического сопровождения. Представлен теоретико-методологический обзор литературы по данной проблематике. Приведены результаты эмпирического исследования, в которое были включены 122 пациента 18–58 лет (103 (84%) женщин и 19 (16%) мужчин) с туберкулезом легких, проходивших стационарное лечение в ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза». Были использованы следующие методики: Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-rRevised, SCL-90-R), опросник «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI), опросник «Способы совладающего поведения» (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) и Опросник ранних дезадаптивных схем Дж. Янга YSQ-S3R (Young schema questionnaire). Клинико-психологическое обследование проводилось в первую неделю госпитализации. Показано, что успешность психологической адаптации пациентов зависела от наличия более низкой выраженности общего балла ранних дезадаптивных схем. Высокий уровень общего балла обуславливал значительную напряженность такого механизма психологической защиты, как регрессия, более редкое использование конструктивной копинг-стратегии «Планирование решения проблемы» и предпочтение следующих способов совладания: бегство-избегание, конфронтация и принятие ответственности. Выраженность ранних дезадаптивных схем влияла на наличие более высокого уровня обсессивно-компульсивных расстройств, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности и других психопатологических симптомов. Результаты исследования указывают на целесообразность использования оценки выраженности ранних дезадаптивных схем при поступлении в стационар для раннего выявления пациентов, относящихся к группе риска по психологической дезадаптации, с целью определения траектории психологического сопровождения. Данные анализа выявленных схем могут быть использованы при оказании психокоррекционной и психотерапевтической помощи пациентам с туберкулезом легких на этапе стационарного лечения.

**Ключевые слова:** стресс, стратегии совладания, психологические защиты, психологическая адаптация, ранние дезадаптивные схемы, туберкулез легких, психологическое сопровождение.

<sup>а</sup> Автор для корреспонденции.

## Введение

Одной из центральных проблем клинической психологии является адаптация пациента к ситуации болезни и госпитализации, приобретающая особую актуальность в области фтизиатрии в связи с длительными сроками стационарного лечения туберкулеза легких (ТЛ), требующимися для обеспечения возможности комплексного лечения и соблюдения сложных схем химиотерапии. В качестве значимого аспекта психологической адаптации выделяют совладание со стрессом, или копинг. Р. Лазарус (R. Lazarus) и С. Фолкман (S. Folkman) дифференцируют активное копинг-поведение, представляющее собой осознанные стратегии совладания со стрессовыми ситуациями, и пассивное копинг-поведение, подразумевающее совладание с источником стресса с применением механизмов психологической защиты, направленных не на изменение стрессовой ситуации, а на снижение эмоционального напряжения (Lazarus, Folkman, 1984). М. Мичели (M. Miceli) и К. Кастельфранки (C. Castelfranchi), разграничивая стратегии совладания и психологические защиты, акцентируют внимание на таком критерии, как искажение/пересмотр ментальных установок, связанных со стрессовой ситуацией (Miceli, Castelfranchi, 2001). В отношении совладания со стрессом болезни данные многочисленных исследований указывают на взаимосвязь предпочтения пациентами активного копинга с эффективностью адаптации, в частности отмечается, что использование активных стратегий совладания связано с более низким уровнем тревоги и депрессии и меньшим снижением качества жизни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (McCathie et al., 2002). Наряду с этим продемонстрировано влияние более активного совладающего поведения на достижение таких целей лечения, как улучшение качества жизни и поддержание оптимального уровня глюкозы, у пациентов с сахарным диабетом (Rose et al., 2002).

Выбор стратегий совладания со стрессом опосредован процессом его оценки, зависящим от специфических когнитивных тенденций, определяющих особенности восприятия и интерпретации стрессовой ситуации (Вассерман и др., 2010). Изучение данной проблематики осуществляется преимущественно в рамках различных школ когнитивно-поведенческого направления. Так А. Бек, связывая негативные переживания и трудности в разрешении проблемных ситуаций с «ошибками» или «искажениями» в интерпретации событий, в качестве базовых когнитивных структур выделял когнитивные схемы, организующие опыт и поведение (Вассерман и др., 2010). Согласно Беку, обработка информации основана на базисных убеждениях, внедренных в схемы (Падун, Котельникова, 2012). Отмечается, что когнитивные схемы, определяя картину мира личности, оказывают значительное влияние на оценку стрессовой ситуации, выбор стратегий совладания и оценку их эффективности, то есть на процесс психической адаптации к стрессу в целом (Вассерман и др., 2010).

Дальнейшая разработка концепции схем осуществлялась Дж. Янгом (J. Young) с коллегами в рамках такого метода психотерапии, как схема-терапия (Янг и др., 2020). Были выделены 18 так называемых ранних дезадаптивных схем (РДС), сгруппированных в пять категорий (доменов), соответствующих определенным неудовлетворенным потребностям развития (Васильева, 2023). РДС представляют собой широкие всеобъемлющие паттерны, состоящие из воспоминаний, эмоций, когний и телесных ощущений, затрагивающие отношения с самим собой и с дру-

гими людьми, сформированные в детстве вследствие нарушения удовлетворения эмоциональных потребностей и/или психотравмирующего опыта, и оказывающие непосредственное влияние на восприятие и осмысление дальнейших жизненных событий и обстоятельств (Янг и др., 2020). Выступая в детстве в качестве адаптации к такому негативному опыту, как семейные ссоры, отвержение, враждебность или агрессия со стороны родителей и других лиц, участвующих в воспитании ребенка, недостаток любви и тепла, родительской заботы и поддержки, РДС значительно влияют на нормативное прохождение стадий развития, приводя в дальнейшем к эмоциональной дисрегуляции (Фресвейк и др., 2022).

В ситуациях, имеющих какое-либо сходство с аспектами предыдущих негативных переживаний, способствовавших формированию РДС, происходит их активация с возникновением таких сильных негативных эмоций, как горе, стыд, страх или ярость (Фресвейк и др., 2022; Янг и др., 2020). Для адаптации к РДС с целью уменьшения интенсивности подавляющих эмоций, связанных с их активацией, с раннего возраста вырабатываются дезадаптивные копинговые стратегии и реакции. Несмотря на то что копинговые стратегии могут помогать снижать негативные эмоции, связанные с РДС, они не способствуют изменению схем, внося вклад в процесс их сохранения (Янг и др., 2020).

Результаты исследований демонстрируют негативное влияние РДС на процесс психической адаптации к стрессу, способность к саморегуляции и психологическое благополучие. Отмечается наличие обратной корреляционной связи РДС с рядом показателей социально-психологической адаптации, в частности с принятием себя и адаптированностью (Богданов и др., 2019). Установлена прогностическая роль РДС в выявлении онкологических пациентов, требующих более интенсивного психотерапевтического лечения вследствие наличия выраженных психопатологических симптомов (de Vlaming et al., 2023). Продемонстрирована прямая корреляционная связь посттравматического роста у пациенток с раком молочной железы с удовлетворением базовых психологических потребностей и эмоциональной регуляцией, и обратная — с выраженностью РДС (Karimzadeh et al., 2021). Данные мета-анализа, в который были включены 19 исследований с общей численностью участников  $n = 6086$ , продемонстрировали положительную корреляцию всех 18 РДС с трудностями регулирования эмоций и 16 РДС — с алекситимией (Pilkington et al., 2023). Выявлена опосредующая роль трудностей с регулированием эмоций во взаимосвязи между РДС и осложненным горем (Kaaya-Demir, Çirakoglu, 2021). Наряду с этим определена положительная корреляционная связь РДС с трудностями в обработке эмоций, приводящими к возникновению дисфункциональных эмоциональных состояний (Faustino, Vasco, 2020). Отмечается наличие положительной корреляции РДС с непродуктивными копинг-стратегиями у женщин, подвергшихся домашнему насилию (Абросимов, Марцинкевич, 2024). Показана взаимосвязь между РДС и расстройствами пищевого поведения, опосредованная нарушением способности к регуляции эмоций (Gerges et al., 2022). При изучении факторов неадаптивного совладания с РДС в качестве одного из предикторов выявлен низкий уровень эмоционального интеллекта (Ke, Barlas, 2020).

Научные данные, указывающие на важность оценки РДС для прогнозирования психологической дезадаптации, обуславливают целесообразность использования данного подхода в сфере здравоохранения, в том числе во фтизиатрии, с целью сво-

временного определения траектории психологического сопровождения пациентов. В настоящее время имеются данные о связи ряда РДС с выраженностью психопатологической симптоматики у пациентов с ТЛ. Отмечается, что пациенты с неблагоприятным психопатологическим статусом чаще используют такие стратегии совладания со стрессом, как бегство-избегание и конфронтация (Стрельцов и др., 2022). Однако недостаточно изученной остается проблема взаимосвязи выраженности РДС со спецификой стресс-совладающего поведения у данной категории пациентов.

Целью настоящего исследования стало изучение влияния выраженности РДС на психологическую адаптацию пациентов с ТЛ. В качестве гипотезы исследования было выдвинуто предположение о том, что высокая выраженность РДС у пациентов будет оказывать негативное влияние на психологическую адаптацию.

## Метод

**Выборка.** В исследование, проводившееся с января 2022 по февраль 2023 г., были включены 122 пациента 18–58 лет ( $M = 33,68$ ;  $SD = 10,27$ ) с ТЛ, проходивших стационарное лечение в ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза». Из них 103 (84 %) женщин и 19 (16 %) мужчин. В выборке отсутствовали пациенты, относящиеся к социально дезадаптированным группам населения. Все пациенты давали письменное согласие в рамках сотрудничества с учреждением. Участие для всех респондентов было добровольным. Исследование получило одобрение локального этического комитета ФГБНУ «ЦНИИТ». Клинико-психологическое обследование проводилось в первую неделю госпитализации.

Поскольку в выборку вошло небольшое количество пациентов мужского пола, было принято решение о контроле данной переменной. Были сопоставлены данные, полученные на всей выборке и на ее части (только женской выборке). Сопоставление полученных данных с помощью критерия U Манна — Уитни не выявило статистически значимых различий ни по одной из исследуемых переменных. Ввиду достаточно большого возрастного диапазона выборки был проведен также анализ взаимосвязи переменной «Возраст» с исследуемыми параметрами с помощью коэффициента  $r$  Спирмена. Статистически значимых связей выявлено не было.

**Основные клинические характеристики.** В табл. 1 приведено распределение частот встречаемости основных диагнозов. Наиболее частым диагнозом был инфильтративный туберкулез (39,3 %) и туберкулема (20,5 %).

Для контроля влияния переменной «Диагноз» на показатели психологической адаптации пациентов с ТЛ был проведен анализ с помощью  $H$ -критерия Краскала — Уоллиса. Значимых различий между подгруппами пациентов с разным диагнозом выявлено не было.

## Методики

Для оценки актуального психопатологического статуса пациентов использовался Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-rRevised, SCL-90-R) в русскоязычной адаптации (Тарабрина и др., 2007).

Таблица 1. Результаты частотного анализа основных диагнозов пациентов

Основной диагноз	<i>n</i>	%
Инфильтративный туберкулез	48	39,3
Кавернозный туберкулез	7	5,7
Фиброзно-кавернозный туберкулез	9	7,4
Очаговый туберкулез	13	10,7
Диссеминированный туберкулез	9	7,4
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	1	0,8
Туберкулема	25	20,5
Казеозная пневмония	2	1,6
Цирротический туберкулез	8	6,6

Методика направлена на диагностику следующих симптомов: соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных симптомов и психотизма. Наряду с этим вычислялись обобщенные индексы дистресса: общий индекс тяжести (GSI) и индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI).

Диагностика преобладающих типов психологических защит осуществлялась с помощью опросника «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI) Г. Келлермана (G. Kellerman) и Р. Плутчика (R. Plutchik) в адаптации Л. И. Вассермана (Вассерман и др., 2005).

Для оценки способов совладания со стрессом использовался опросник «Способы совладающего поведения» (Ways of Coping Questionnaire, WCQ), разработанный С. Фолкманом и Р. Лазарусом в адаптации Л. И. Вассермана и соавторов (Вассерман и др., 2009).

Диагностика ранних дезадаптивных схем осуществлялась с помощью Опросника ранних дезадаптивных схем Дж. Янга YSQ-S3R (Young schema questionnaire) в адаптации П. М. Касьяника и Е. В. Романовой (Касьяник, Романова, 2016). Оценивалась выраженность как отдельных РДС, так и общего балла всех РДС (РДСобщ).

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета SPSS 23.0. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ . Анализ клинико-психологических характеристик пациентов проводился с помощью методов описательной статистики. Сравнение клинических показателей с нормативными значениями осуществлялось с помощью *t*-критерия Стьюдента. Для оценки влияния разной выраженности РДС на психологическую адаптацию применялся однофакторный дисперсионный анализ ANOVA с апостериорным критерием Тамхейна. Выборка предварительно была разделена на группы по общему баллу РДС: группа 1 ( $n = 40$ ) — низкая выраженность РДС ( $\geq 196$  баллов), группа 2 ( $n = 41$ ) — средняя выраженность РДС (197–231 балл), группа 3 ( $n = 41$ ) — высокая выраженность РДС ( $\geq 232$  баллов). Группы были сопоставимы по половозрастным характеристикам.

## Результаты

В табл. 2 можно увидеть, что в первую неделю госпитализации в психоэмоциональном статусе пациентов выявлялся значимо превышающий нормативные значения уровень соматизации ( $t=4,547, p<0,0001$ ), обсессивно-компульсивных расстройств ( $t=2,656, p<0,01$ ), депрессии ( $t=4,189, p<0,0001$ ) и тревожности ( $t=4,004, p<0,0001$ ). Общий индекс тяжести (GSI) и индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI) также были значимо выше нормы ( $t=2,306, p<0,05$  и  $t=3,536, p<0,001$  соответственно).

Таблица 2. Характеристики психопатологического статуса пациентов в сравнении с нормативными показателями

Показатель <sup>1</sup>	Пациенты с ТЛ		Нормативные значения <sup>2</sup>		<i>t</i> -критерий	Значимость
	М	SD	М	SD		
Соматизация	0,8367	0,6965	0,55	0,46	<b>4,547</b>	<b>0,0001</b>
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,9574	0,7375	0,78	0,54	<b>2,656</b>	<b>0,0090</b>
Межличностная сензитивность	0,8339	0,7662	0,95	0,65	-1,674	0,9700
Депрессия	0,9859	0,7011	0,72	0,55	<b>4,189</b>	<b>0,0001</b>
Тревожность	0,8344	0,7018	0,58	0,53	<b>4,004</b>	<b>0,0001</b>
Враждебность	0,4818	0,5130	0,74	0,65	<b>-5,559</b>	<b>0,0001</b>
Фобическая тревожность	0,3866	0,4848	0,32	0,37	1,516	0,1320
Паранойальные симптомы	0,5793	0,6146	0,73	0,59	<b>-2,709</b>	<b>0,008</b>
Психотизм	0,4770	0,5032	0,44	0,45	0,813	0,4180
Дополнительные вопросы	0,7949	0,6738	0,54	0,49	<b>4,179</b>	<b>0,0001</b>
Общий индекс тяжести (GSI)	0,7533	0,5425	0,64	0,43	<b>2,306</b>	<b>0,023</b>
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,5981	0,4626	1,45	0,39	<b>3,536</b>	<b>0,001</b>

Примечания: <sup>1</sup> По SCL-90-R. <sup>2</sup> По данным исследования Н. В. Тарабриной с соавторами (Тарабрина и др., 2007); полужирным шрифтом выделены значимые различия.

Изучение психологических защит пациентов выявило высокую напряженность большинства защитных механизмов. Так, показатели регрессии ( $t=7,359, p<0,0001$ ), отрицания ( $t=7,599, p<0,0001$ ), вытеснения ( $t=2,902, p<0,004$ ), компенсации ( $t=5,062, p<0,0001$ ), реактивных образований ( $t=4,040, p<0,0001$ ) значительно превышали нормативные значения (табл. 3). Анализ доминирующих типов психологических защит показал, что наиболее выраженными являются регрессия ( $M=7,0241, SD=3,4882$ ) и отрицание ( $M=6,5192, SD=2,9349$ ). Обращает на себя внимание значимо более низкий по сравнению с нормативным уровень такого типа психологической защиты, как проекция ( $t=-9,668, p<0,0001$ ).

Таблица 3. Показатели напряженности психологических защит пациентов

Показатель <sup>1</sup>	Пациенты с ТЛ		Нормативные значения <sup>2</sup>		t-критерий	Значимость
	М	SD	М	SD		
Регрессия	7,0241	3,4882	4,7	2,96	<b>7,359</b>	<b>0,0001</b>
Отрицание	6,5192	2,9349	4,5	2,96	<b>7,599</b>	<b>0,0001</b>
Интеллектуализация	5,8269	2,5802	5,9	2,6	-0,313	0,755
Проекция	5,3556	3,2496	8,2	3,55	<b>-9,668</b>	<b>0,0001</b>
Вытеснение	4,5570	2,1201	4,0	2,97	<b>2,902</b>	<b>0,004</b>
Замещение	4,3316	2,9804	3,8	2,96	1,970	0,051
Компенсация	4,1557	2,3035	3,1	2,13	<b>5,062</b>	<b>0,0001</b>
Реактивные образования	4,0410	2,5726	3,1	2,13	<b>4,040</b>	<b>0,0001</b>

Примечания: <sup>1</sup> По опроснику «Индекс жизненного стиля — LSI». <sup>2</sup> Приведены данные по результатам апробации методики (Вассерман и др., 2005); полужирным шрифтом выделены значимые различия.



Рис. 1. Выраженность ранних дезадаптивных схем пациентов (в баллах)

Примечание: По YSQ-S3R.

Наиболее выраженными РДС были жесткие стандарты / придирчивость ( $M = 16,98$ ,  $SD = 4,79$ ), поиск одобрения ( $M = 15,59$ ,  $SD = 5,87$ ), самопожертвование ( $M = 14,57$ ,  $SD = 4,83$ ) (рис. 1).

Преобладающими формами совладающего со стрессом поведения были бегство-избегание ( $M = 53,48$ ,  $SD = 10,89$ ) и дистанцирование ( $M = 51,35$ ,  $SD = 10,51$ ), однако их выраженность не выходила за пределы диапазона, соответствующего умеренному использованию копинг-стратегий (40–60 баллов).

По результатам дисперсионного анализа выраженность РДС влияла на напряженность таких психологических защит, как вытеснение, регрессия, замещение, проекция и компенсация ( $F = 3,469$ ,  $p = 0,034$ ;  $F = 21,706$ ,  $p < 0,0001$ ;  $F = 11,913$ ,  $p < 0,0001$ ;  $F = 19,527$ ,  $p = 0,0001$  и  $F = 14,872$ ,  $p = 0,0001$  соответственно). Предпочтение

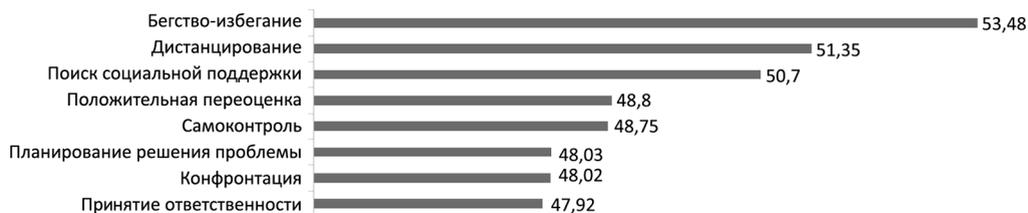


Рис. 2. Показатели предпочтительности стратегий стресс-преодолевающего поведения пациентов (в баллах)

Примечание: По WCQ

пациентами следующих стратегий стресс-преодолевающего поведения также зависело от выраженности РДС: конфронтации ( $F = 7,668, p = 0,001$ ), принятия ответственности ( $F = 4,251, p = 0,016$ ), бегства-избегания ( $F = 19,238, p < 0,0001$ ) и планирования решения проблемы ( $F = 8,343, p < 0,0001$ ). Наряду с этим большой уровень РДС являлся фактором психологической дезадаптации, влияя на выраженность обсессивно-компульсивных расстройств ( $F = 16,108, p < 0,0001$ ), межличностной сензитивности ( $F = 23,683, p < 0,0001$ ), депрессии ( $F = 11,453, p < 0,0001$ ), тревожности ( $F = 8,362, p < 0,0001$ ), враждебности ( $F = 7,492, p = 0,001$ ), фобической тревожности ( $F = 9,493, p < 0,0001$ ), паранойяльных симптомов ( $F = 22,060, p < 0,0001$ ), психотизма ( $F = 16,156, p < 0,0001$ ), общего индекса тяжести (GSI) ( $F = 17,818, p < 0,0001$ ) и индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI) ( $F = 8,617, p < 0,0001$ ).

Критерий множественных сравнений Тамхейна ( $T_2$ ) показал наличие значимых различий между группами с разным уровнем РДС по большинству показателей, однако наиболее выраженные различия наблюдались между группами 1 и 3 (табл. 4).

## Обсуждение результатов

По результатам исследования значительное число показателей психоэмоционального статуса пациентов превышали нормативные значения, что может свидетельствовать о психологической дезадаптации. Наряду с этим отмечалась повышенная по сравнению с нормативным уровнем напряженность большинства механизмов психологической защиты. Полученные данные о влиянии выраженности РДС на рост показателей обсессивно-компульсивных расстройств, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности и других психопатологических симптомов согласуются с результатами исследования Я. де Фламинга (I. de Vlaming) и соавт., демонстрирующими зависимость интенсивности психотерапевтической помощи, оказанной пациентам с онкологическими заболеваниями, от повышения общего балла РДС, сопряженного с большей тяжестью психопатологических расстройств (de Vlaming et al., 2023).

Представляют интерес данные о высоком уровне РДС «Жесткие стандарты / Придирчивость», «Поиск одобрения» и «Самопожертвование» у пациентов с ТЛ. Указанные РДС являются условными, то есть вторичными, развивающимися для снижения влияния более ранних безусловных схем, представляющих собой отражение опыта взаимодействия ребенка со значимыми взрослыми (Янг и др., 2020). В большинстве случаев активация условных РДС происходит несколько раньше,

Таблица 4. Результаты парных сравнений выраженности психологических защит, копинг-стратегий и психопатологических симптомов между группами 1 и 3 с помощью критерия Тамхейна (T2)

Показатель	Средняя разность (группа 1 — группа 3)	Стандартная ошибка	Значимость	95%-ный доверительный интервал	
				нижняя граница	верхняя граница
Психологические защиты <sup>1</sup>					
Вытеснение	-9,53293	3,80809	<b>0,043</b>	-18,8445	-0,2213
Регрессия	-31,30976	4,84838	<b>0,0001</b>	-43,1660	-19,4535
Замещение	-22,87927	4,47032	<b>0,0001</b>	-33,7847	-11,9738
Проекция	-30,31037	4,99857	<b>0,0001</b>	-42,5062	-18,1146
Компенсация	-25,14024	4,64156	<b>0,0001</b>	-36,4629	-13,8176
Стратегии стресс-преодолевающего поведения <sup>2</sup>					
Конфронтация	-7,16524	1,79686	<b>0,0001</b>	-11,5492	-2,7812
Принятие ответственности	-6,24634	1,88412	<b>0,004</b>	-10,8429	-1,6498
Бегство-избегание	-12,99268	1,98127	<b>0,0001</b>	-17,8261	-8,1593
Планирование решения проблемы	7,37378	1,95847	<b>0,001</b>	2,5957	12,1519
Психопатологические симптомы <sup>3</sup>					
Обсессивно-компульсивные расстройства	-0,77933	0,16037	<b>0,0001</b>	-1,1705	-0,3881
Межличностная сензитивность	-0,95751	0,15419	<b>0,0001</b>	-1,3348	-0,5802
Депрессия	-0,65725	0,15581	<b>0,0001</b>	-1,0373	-0,2772
Тревожность	-0,55811	0,15997	<b>0,002</b>	-0,9484	-0,1679
Враждебность	-0,39304	0,11769	<b>0,004</b>	-0,6808	-0,1053
Фобическая тревожность	-0,38830	0,10890	<b>0,002</b>	-0,6540	-0,1226
Паранойальные симптомы	-0,73200	0,12289	<b>0,0001</b>	-1,0333	-0,4307
Психотизм	-0,54012	0,10769	<b>0,0001</b>	-0,8035	-0,2768
Общий индекс тяжести (GSI)	-0,60299	0,11870	<b>0,0001</b>	-0,8926	-0,3134
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	-0,39435	0,10098	<b>0,001</b>	-0,6408	-0,1479

Примечания: Показаны только значимые различия. <sup>1</sup> По LSI. <sup>2</sup> По WCQ; <sup>3</sup> По SCL-90-R.

чем базовых, безусловных, превосходя их. Так, например, активация РДС «Жесткие стандарты / Придирчивость», приводящая в том числе к сверхкритичности к себе, стремлению соответствовать нереалистично завышенным моральным, культурным и др. стандартам, может являться стратегией совладания с РДС «Дефективность/Стыдливость», для которой характерно ощущение себя неполноценным, неправильным в важных аспектах, недостойным любви. В данном случае у человека будет присутствовать убежденность, что в случае соответствия завышенным стандартам он сможет заслужить любовь и принятие окружающих (Янг и др., 2020). Вторичная схема «Самопожертвование», при которой потребности других людей удовлетворяются в ущерб собственным интересам, может формироваться в качестве стратегии совладания с базовой РДС «Эмоциональная депривированность», развивающейся в результате дефицита внимания, принятия и поддержки со стороны значимых взрослых. Аналогичным образом происходит формирование и других условных схем. Высокий уровень вторичных РДС у пациентов с ТЛ способствует активации механизмов психологической защиты, препятствующих осознанию различных аспектов неблагоприятного детского опыта. Данный процесс может обуславливать низкую выраженность в исследованной выборке таких базовых схем, как эмоциональная депривированность, дефективность/стыдливость, зависимость/беспомощность, неуспешность, социальная отчужденность и др.

Выявленное негативное влияние выраженности РДС на психологическую адаптацию пациентов согласуется с данными предыдущих исследований (Абросимов, Марцинкевич, 2024; Богданов и др., 2019; de Vlaming et al., 2023). Высокий уровень РДС являлся фактором большей напряженности такого механизма психологической защиты, как регрессия, характеризующейся переходом к упрощенным, стереотипным, характерным для более ранних возрастных этапов, стратегиям совладания со стрессом, снижающих адаптационный потенциал личности. Наряду с этим значительная выраженность РДС приводила к более редкому использованию конструктивной копинг-стратегии «Планирование решения проблемы», предполагающей целенаправленное и планомерное разрешение проблемной ситуации, и предпочтению таких способов совладания, как бегство-избегание, конфронтация и принятие ответственности. Данные стратегии частично согласуются с описанными в рамках схема-терапии дезадаптивными копинговыми реакциями (избеганием, гиперкомпенсацией, капитуляцией), выработанными в раннем возрасте для адаптации к РДС с целью снижения выраженности негативных эмоций, вызванных активацией схем

Стратегия «Бегство-избегание», как и дезадаптивная копинговая реакция «Избегание», заключается в попытках минимизации негативных эмоций путем уклонения от проблемы, избегания связанных с ней ситуаций. Общей характеристикой стратегии совладания «Конфронтация» и дезадаптивной реакции «Гиперкомпенсация» является высокий уровень активности личности в попытках преодоления стрессовой ситуации. В случае конфронтации поведенческая активность направлена на изменение конфликтной ситуации или отреагирование негативных эмоций, связанных с возникшими трудностями. Выраженное предпочтение данной стратегии может приводить к импульсивности в поведении, враждебности, трудностям планирования действий, прогнозирования их результата, коррекции стратегии поведения, неоправданному упорству (Вассерман и др., 2010). Гиперкомпенсация

предполагает активные действия, противоположные содержанию конкретной РДС, нередко сопровождающиеся самоуверенным, агрессивным или независимым поведением (Фресвейк и др., 2022).

Характеристикой, объединяющей стратегию совладания «Принятие ответственности» и дезадаптивную копинговую реакцию «Капитуляция», является восприятие себя в качестве причины различных проблем и неприятностей. «Принятие ответственности» предполагает признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, нередко сопряженной с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения (Вассерман и др., 2010). Капитуляция включает восприятие содержания конкретной РДС как истинного с воспроизведением поведенческих паттернов, выработанных для адаптации к схеме (Янг и др., 2020). Так, например, при реагировании по типу капитуляции на РДС «Дефективность/Стыдливость» у человека будет присутствовать ощущение себя неполноценным, плохим, недостойным любви, а в качестве поведенческой стратегии будет использоваться выбор критически настроенных, неспособных к принятию партнеров по общению, самообвинение и самокритика (Янг и др., 2020). Основным аспектом, указывающим на содержательную схожесть стратегий совладания, выраженность которых зависела от уровня РДС, и дезадаптивных копинговых реакций, концептуализированных в рамках схема-терапии, является их дезадаптивный характер. В теоретической модели РДС, предложенной Дж. Янгом, Дж. Клоско (J. Klosko) и М. Вайсхаар (M. Weishaar), данный аспект объясняется ригидностью дезадаптивных копинговых реакций, являвшихся адаптивными в детстве, но утративших релевантность в более старшем возрасте (Фресвейк и др., 2022; Янг и др., 2020). В рамках настоящего исследования на дезадаптивный характер стратегий совладания, предпочтение которых зависело от выраженности РДС, указывает большее высокий уровень психопатологических симптомов в группе с высоким уровнем общего балла РДС. Однако в связи с тем, что имеющиеся в настоящее время научные данные о взаимовлиянии РДС и механизмов совладающего поведения у больных ТЛ немногочисленны, требуется дополнение и уточнение полученных данных.

В клинической практике оценка выраженности РДС при поступлении в стационар может иметь прогностическое значение для раннего выявления пациентов, относящихся к группе риска по психологической дезадаптации, с целью определения траектории психологического сопровождения. Данные анализа выявленных РДС могут быть использованы при оказании психокоррекционной и психотерапевтической помощи пациентам с ТЛ на этапе стационарного лечения.

## **Выводы**

1. Проведенное исследование показало, что выраженность РДС являлась фактором психологической дезадаптации, влияя на уровень большинства показателей Опросника выраженности психопатологической симптоматики: обсессивно-компульсивных расстройств, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных симптомов, психотизма, общего индекса тяжести и индекса наличного симптоматического дистресса.

2. Пациенты с высоким уровнем общего балла РДС предпочитали менее эффективные копинг-стратегии и механизмы психологической защиты. В частно-

сти, в указанной группе наблюдалась большая напряженность такого механизма психологической защиты, как регрессия, реже использовалась конструктивная копинг-стратегия «Планирование решения проблемы», предпочтение отдавалось следующим способам совладания: бегство-избегание, конфронтация и принятие ответственности. Закономерность выявленных взаимосвязей обусловлена, с одной стороны, влиянием РДС на адекватность восприятия, интерпретации и оценивания различных параметров стрессовой ситуации, с другой стороны — ригидностью сформированных под влиянием схем стратегий совладания со стрессом, несоответствию их актуальной проблемной ситуации.

3. Зависимость напряженности большинства механизмов психологической защиты от выраженности РДС обусловлена необходимостью преодолевать несоответствие между неосознаваемыми компонентами РДС (базовыми представлениями, установками, системой мировосприятия и самовосприятия) и новой информацией (Вассерман и др., 2010). Данное несоответствие вызывает негативные эмоции, для снижения которых используются определенные когнитивные преобразования, составляющие суть механизмов психологической защиты. Этот процесс способствует сохранению РДС, не давая возможности человеку пересмотреть дисфункциональные убеждения и установки.

4. Полученные результаты указывают на целесообразность включения схематерапевтического подхода в практику психологического сопровождения пациентов фтизиатрического профиля для коррекции устойчивых дезадаптивных паттернов восприятия и реагирования, являющихся причиной возникновения различных психопатологических симптомов.

## Ограничения

Результаты настоящего исследования следует рассматривать в свете ряда ограничений, основными из которых являются небольшой объем и широкий возрастной диапазон исследованной выборки. Преодолением данных ограничений является дальнейшее изучение специфики стресс-совладающего поведения и психологической адаптации в зависимости от выраженности РДС в группах пациентов с туберкулезом разного возраста, а также увеличение объема выборок. Представляется целесообразным и рассмотрение работы психологических защит в группах пациентов разного пола, а также сужение исследования по клиническим группам. Наряду с этим перспективой данного исследования является разработка программ психологического сопровождения пациентов с разной выраженностью РДС и оценка их эффективности.

## Литература

- Абросимов И. Н., Марцинкевич Е. С. Особенности восприятия родительского отношения и ранних дезадаптивных схем у женщин, имеющих опыт домашнего насилия // *Cifra. Психология*. 2024. Т. 3, № 4. С. 1–10. <https://doi.org/10.60797/PSY.2024.4.1>
- Богданов Е. Н., Галимзянова М. В., Касьяник П. М., Романова Е. В., Заварзина А. А. Социально-психологическая адаптация взрослых в связи с ранними дезадаптивными схемами // *Прикладная юридическая психология*. 2019. № 1 (46). С. 31–39. [https://doi.org/10.33463/2072-8336.2019.1\(46\).031-039](https://doi.org/10.33463/2072-8336.2019.1(46).031-039)

- Васильева А. В. Психотерапия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. <https://doi.org/10.33029/9704-7567-6-PSY-2023-1-992>
- Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учебно-методическое пособие. СПб.: Речь, 2010.
- Вассерман Л. И., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б., Петрова Н. Н., Беспалько И. Г., Беребин М. А., Савельева М. И., Таукенова Л. М., Штрахова А. В., Аристова Т. А., Осадчий И. М. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей. СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 2005.
- Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю., Новожилова М. Ю., Вукс А. Я. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009.
- Касьяник П. М., Романова Е. В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. СПб.: Изд-во Политехнического университета, 2016. <https://doi.org/10.18720/SPBPU/2/i17-183>
- Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М.: Ин-т психологии РАН, 2012.
- Стрельцов В. В., Харитоновна Н. Ю., Баранова Г. В. Психопатологический статус болеющих туберкулезом органов дыхания в связи с ранними дезадаптивными схемами // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. 2022. № 3. С. 44–53. <https://doi.org/10.57014/2587-6678-2022-3-44-53>
- Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Быховец Ю. В., Калмыкова Е. С., Макачук А. В., Падун М. А., Удачина Е. Г., Химчян З. Г., Шаталова Н. Е., Щепина Е. И. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-центр, 2007.
- Фресвейк М., Броерсен Дж., Надорт М. Руководство по схематерапии: теория, исследования и практика. М.: Научный мир, 2022.
- Янг Дж., Клоско Дж., Вайсхаар М. Схема-терапия: практическое руководство / пер. с англ. СПб.: Диалектика, 2020.
- de Vlaming I. H., Schellekens M. P. J., van der Lee M. L. Intensity of mental health treatment of cancer-related psychopathology: the predictive role of Early Maladaptive Schemas // Support Care Cancer. 2023. Vol. 31, no. 6. P. 325. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07764-w>
- Faustino B., Vasco A. B. Relationships between emotional processing difficulties and early maladaptive schemas on the regulation of psychological needs // Clin. Psychol. Psychother. 2020. Vol. 27. P. 804–813. <https://doi.org/10.1002/cpp.2464>
- Gerges S., Hallit S., Malaeb D., Obeid S. Maladaptive cognitive schemas as predictors of disordered eating: Examining the indirect pathway through emotion regulation difficulties // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19, no. 18. P. 11620. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811620>
- Karimzadeh Ya., Rahimi M., Goodarzi M. A., Tahmasebi S., Talei A. Posttraumatic growth in women with breast cancer: Emotional regulation mediates satisfaction with basic needs and maladaptive schemas // European Journal of Psychotraumatology. 2021. Vol. 12, no. 1. P. 1943871. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943871>
- Kaya-Demir D., Çırakoglu O. C. The role of sense of coherence and emotion regulation difficulties in the relationship between early maladaptive schemas and grief // Death Studies. 2021. Vol. 46, iss. 6. P. 1–9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1936295>
- Ke T., Barlas J. Thinking about feeling: Using trait emotional intelligence in understanding the associations between early maladaptive schemas and coping styles // Psychol. Psychother. Theory Res. Pract. 2020. Vol. 93. P. 1–20. <https://doi.org/10.1111/papt.12202>
- Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer, 1984.
- McCarthy H. C., Spence S. H., Tate R. L. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: The importance of psychological factors // Eur. Respir. J. 2002. Vol. 19, no. 1. P. 47–53. <https://doi.org/10.1183/09031936.02.00240702>
- Miceli M., Castelfranchi C. Further distinction between coping and defensive mechanisms // Journal of Personality. 2001. Vol. 69, no. 2. P. 287–296. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00146>

- Pilkington P.D., Karantzas G.C., Faustino B., Pizarro-Campagna E.* Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis // *Clin. Psychol. Psychother.* 2023. Sep. 21. <https://doi.org/10.1002/cpp.2914>
- Rose M., Fliege H., Hildebrandt M., Schirop T., Klapp B.F.* The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control // *Diabetes Care.* 2002. Vol. 25, no. 1. P.35–42. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.1.35>

Статья поступила в редакцию 13.12.2024 г.;  
рекомендована к печати 26.06.2025 г.

Контактная информация:

*Шелумова Оксана Сергеевна* — <https://orcid.org/0000-0003-2323-2253>,  
[oksanasheloumova@yandex.ru](mailto:oksanasheloumova@yandex.ru)

*Баранова Галина Викторовна* — канд. психол. наук.; <https://orcid.org/0000-0002-0480-5231>,  
[g\\_a\\_l\\_i\\_n\\_a\\_62@mail.ru](mailto:g_a_l_i_n_a_62@mail.ru)

*Золотова Наталья Владимировна* — канд. психол. наук.; <https://orcid.org/0000-0003-0048-4394>,  
[zolotova\\_n@mail.ru](mailto:zolotova_n@mail.ru)

## The effect of early maladaptive schemes on stress management and psychological adaptation in patients with pulmonary tuberculosis

*O. S. Sheloumova, G. V. Baranova, N. V. Zolotova*

Central Tuberculosis Research Institute,  
2, Yauzskaya alleya, Moscow, 107564, Russian Federation

**For citation:** Sheloumova O.S., Baranova G.V., Zolotova N.V. The effect of early maladaptive schemes on stress management and psychological adaptation in patients with pulmonary tuberculosis. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2025, vol. 15, issue 4, pp. 000–000. EDN RIROIJ (In Russian)

The article is devoted to the study of the influence of the severity of early maladaptive schemes on psychological adaptation in patients with pulmonary tuberculosis. The relevance of the study is due to the importance of identifying personal factors of ineffective stress-coping behavior to determine the trajectory of psychological support. The results of the study are presented, which included 122 patients aged 18–58 (103 (84%) women and 19 (16%) men) with pulmonary tuberculosis undergoing inpatient treatment. The following methods were used: the Symptom Check List-90-rRevised, the Questionnaire “Life Style Index”, the Questionnaire “Ways of Coping Behavior” and the Young schema questionnaire. Psychological adaptation of patients depended on the presence of a lower severity of the overall early maladaptive schemes score. The high level of the overall EMS score caused significant tension in the mechanism of psychological defense “regression”, the more rare use of the constructive coping strategy “problem solving planning” and the preference for the following coping methods: escape-avoidance, confrontation and taking responsibility. The severity of early maladaptive schemes influenced the presence of a higher level of obsessive-compulsive disorders, interpersonal sensitivity, depression, anxiety and other psychopathological symptoms. The results of the study indicate the expediency of using an assessment of the severity of early maladaptive schemes upon admission to the hospital for early detection of patients at risk for psychological maladjustment to determine the trajectory of psychological support. The data of the analysis of the identified early maladaptive schemes can be used in providing psychotherapeutic care to patients with pulmonary tuberculosis.

*Keywords:* stress, coping strategies, psychological defenses, psychological adaptation, early maladaptive schemes, pulmonary tuberculosis, psychological support.

## References

- Abrosimov, I. N., Martsinkevich, E. S. (2024). Specifics of perception of parental attitudes and early maladaptive schemes in women with experience of domestic violence. *Tsifra. Psikhologiya*, 3 (4), 1–10. <https://doi.org/10.60797/PSY.2024.4.1> (In Russian)
- Bogdanov, E. N., Galimzyanova, M. V., Kasyanik, P. M., Romanova, E. V., Zavarzina, A. A. (2019). Socio-psychological adaptation of adults in connection with early maladaptive schemes. *Prikladnaia iuridicheskaya psikhologiya*, 1 (46), 31–39. [https://doi.org/10.33463/2072-8336.2019.1\(46\).031-039](https://doi.org/10.33463/2072-8336.2019.1(46).031-039) (In Russian)
- de Vlaming, I. H., Schellekens, M. P. J., van der Lee, M. L. (2023). Intensity of mental health treatment of cancer-related psychopathology: the predictive role of Early Maladaptive Schemas. *Support Care Cancer*, 31 (6), 325. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07764-w>
- Faustino, B., Vasco, A. B. (2020). Relationships between emotional processing difficulties and early maladaptive schemas on the regulation of psychological needs. *Clin. Psychol. Psychother.*, 27, 804–813. <https://doi.org/10.1002/cpp.2464>
- Fresvejk, M., Broersen, J., Nadort, M. (2022). *A guide to circuit therapy: Theory, research and practice*. Moscow, Nauchnyi mir Publ. (In Russian)
- Gerges, S., Hallit, S., Malaeb, D., Obeid, S. (2022). Maladaptive cognitive schemas as predictors of disordered eating: Examining the indirect pathway through emotion regulation difficulties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (18), 11620. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811620>
- Karimzadeh, Ya., Rahimi, M., Goodarzi, M. A., Tahmasebi, S., Talei, A. (2021). Posttraumatic growth in women with breast cancer: Emotional regulation mediates satisfaction with basic needs and maladaptive schemas. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1), 1943871. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943871>
- Kasyanik, P. M., Romanova, E. V. (2016). *Diagnosis of early maladaptive schemes*. St. Petersburg, Polytechnic University Press. <https://doi.org/10.18720/SPBPU/2/i17-183> (In Russian)
- Kaya-Demir, D., Çirakoglu, O. C. (2021). The role of sense of coherence and emotion regulation difficulties in the relationship between early maladaptive schemas and grief. *Death Studies*, 46 (6), 1–9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1936295>
- Ke, T., Barlas, J. (2020). Thinking about feeling: Using trait emotional intelligence in understanding the associations between early maladaptive schemas and coping styles. *Psychol. Psychother. Theory Res. Pract.*, 93, 1–20. <https://doi.org/10.1111/papt.12202>
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, Springer, 1984.
- McCathie, H. C., Spence, S. H., Tate, R. L. (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *Eur. Respir. J. Jan.*; 19 (1), 47–53. <https://doi.org/10.1183/09031936.02.00240702>
- Miceli, M., Castelfranchi, C. (2001). Further distinction between coping and defensive mechanisms. *Journal of Personality*, 69, 2, 287–296. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00146>
- Padun, M. A., Kotelnikova, A. V. (2012). *Mental trauma and the worldview: theory, empiricism, practice*. Moscow, Institute of Psychology RAS Press. (In Russian)
- Pilkington, P. D., Karantzas, G. C., Faustino, B., Pizarro-Campagna, E. (2023). Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Psychother.*, Sep. 21. <https://doi.org/10.1002/cpp.2914>
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Schirop, T., Klapp, B. F. (2002). The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*, 25 (1), 35–42. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.1.35>
- Streltsov, V. V., Haritonova, N. Yu., Baranova, G. V. (2022). Psychopathological status of respiratory tuberculosis patients in connection with early maladaptive regimens. *Vestnik Tsentral'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta tuberkuleza*, 3, 44–53. <https://doi.org/10.57014/2587-6678-2022-3-44-53> (In Russian)
- Tarabrina, N. V., Agarkov, V. A., Byhovecz, Yu. V., Kalmykova, E. S., Makarchuk, A. V., Padun, M. A., Udachina, E. G., Himchyan, Z. G., Shatalova, N. E., Shhepina, E. I. (2007). *A practical guide to the psychology of post-traumatic stress*. P. 1. Theory and methods. Moscow, Kogito-tsentr Publ. (In Russian)
- Vasilyeva, A. V. (2023). *Psychotherapy: A national guide*. Moscow, GEOTAR-Media Publ. <https://doi.org/10.33029/9704-7567-6-PSY-2023-1-992> (In Russian)

- Vasserman, L. I., Ababkov, V. A., Trifonova, E. A. (2010). *Coping with stress: theory and psychodiagnostics: An educational and methodological guide*. St. Petersburg, Rech' Publ. (In Russian)
- Vasserman, L. I., Eryshev, O. F., Klubova, E. B., Petrova, N. N., Beshpal'ko, I. G., Berebin, M. A., Savelieva, M. I., Taukenova, L. M., Shtrakhova, A. V., Aristova, T. A., Osadchij, I. M. (2005). *Psychological diagnostics of the lifestyle index. A handbook for psychologists and doctors*. St. Petersburg, NIPNI im. Behtereva Press. (In Russian)
- Vasserman, L. I., Iovlev, B. V., Isaeva, E. R., Trifonova, E. A., Shhelkova, O. Yu., Novozhilova, M. Yu., Vuks, A. Ya. (2009). *Methodology for the psychological diagnosis of ways to cope with stress and problematic situations for the individual: a manual for doctors and medical psychologists*. St. Petersburg, NIPNI im. V. M. Behtereva Press. (In Russian)
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2020). *Schema therapy: A practitioner's guide*. St. Petersburg, Dialektika Publ. (In Russian)

Received: December 13, 2024

Accepted: June 26, 2025

#### Authors' information:

Oksana S. Sheloumova — <https://orcid.org/0000-0003-2323-2253>, [oksanasheloumova@yandex.ru](mailto:oksanasheloumova@yandex.ru);

Galina V. Baranova — PhD in Psychology; <https://orcid.org/0000-0002-0480-5231>,

[g\\_a\\_l\\_i\\_n\\_a\\_62@mail.ru](mailto:g_a_l_i_n_a_62@mail.ru)

Natalia V. Zolotova — PhD in Psychology; <https://orcid.org/0000-0003-0048-4394>, [zolotova\\_n@mail.ru](mailto:zolotova_n@mail.ru)