

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК.
ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС:
ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И МЕТОДЫ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. —
Травматический стресс и его специфика при
угрожающем жизни заболевании**

**Быховец Ю.В. —
Стресс от невидимых информационных
угроз и его последствия**

**Комплексное посттравматическое стрессовое
расстройство: перспективы нового диагноза**

*SPECIAL ISSUE.
TRAUMATIC STRESS: HEALTH OUTCOMES
AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE*

*Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. —
Traumatic Stress and its Specificity
In Life-Threatening Disease*

*Bykhovets Yu.V. —
Stress of Invisible Information Threats
and its Consequences*

*Complex Post-Traumatic Stress Disorder:
Prospects of a New Diagnosis*

**3
2023**

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 31. № 3 (121) 2023 июль—сентябрь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

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

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
Барабаншиков 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)
Кадиров И.М.
Карягина Т.Д.
Копьев А.Ф.
Кехеле Х. (Германия)
Лэнгле А. (Австрия)

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

Редактор выпуска
Москачева М.А.

Оригинал-макет
Баскакова М.А.

Адрес редакции
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон +7(495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com
«Консультативная психология и психотерапия»
индексируется:
АК Минобрнауки России
ВИНИТИ РАН РИНЦ
Ulrich's web, WoS, Scopus

Издается с 1992
Периодичность: 4 раза в год.
Свидетельство о регистрации СМИ:
ПИ № ФС77-69996 от 30 августа 2016 г.
Формат 60 × 84/16. Тираж 1000 экз.

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

© ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», 2023, № 3

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

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

The Editorial Council
Beck J.S. (USA)
Kadyrov I.M.
Karyagina T.D.
Kop'ev A.F.
Kächele H. (Germany)
Längley A. (Austria)

Perrez M. (Germany)
Petrovsky V.A.
Sokolova E.T.
Sosland A.I.
Tagay C. (Germany)

Issue Editor
Moskacheva M.A.

DTP
Baskakova M.A.

Editorial office address
Sretenka St., 29, office 305, Moscow, Russia, 127051
Phone: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com
«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's Periodicals Directory, WoS, Scopus
Published quarterly since 1992
The mass medium registration certificate:
PI № FS77- 69996. Registry date 30.08.2016.

Format 60 × 84/16. 1000 copies.

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

© MSUPE, 2023, № 3

ПОДПИСКА

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

2023 год

ВО ВСЕХ ОТДЕЛЕНИЯХ СВЯЗИ

По объединенному каталогу «Пресса России»
Индекс — 32344

В РЕДАКЦИИ

По адресу: 127051, Москва, Сретенка д. 29, каб. 305
Тел.: (495) 632-92-12, e-mail: mpj@list.ru
Сайт в интернете: <http://psyjournals.ru/mpj/index.shtml>

ISSN 2075-3470

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

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

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

Редактор
М.А. Москачева

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com
www.cppjournal.ru

Вопросы подписки и приобретения:
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*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, 2023**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 10,05. Тираж 1000 экз.

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

- 5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

- 10 *Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.*
Травматический стресс и его специфика при угрожающем
жизни заболевании
- 28 *Баканова А.А.*
Детское горе: теоретическая концептуализация проблемы

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

- 47 *Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С.*
Психотерапия посттравматического стрессового
расстройства — интеграция опыта чрезвычайной ситуации
- 69 *Казенная Е.В.*
Современное состояние исследований эффективности
метода десенсибилизации и переработки движениями
глаз (EMDR) при посттравматическом стрессовом
расстройстве

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 91 *Степашкина В.А., Сулейманова Н.Р.*
Психологические убеждения и ранние дезадаптивные
схемы у лиц, переживших травматический опыт
- 114 *Гончаренко А.В., Костромина С.Н.*
Переживание личностью опыта домашнего (партнерского)
насилия
- 132 *Быховец Ю.В.*
Стресс от невидимых информационных угроз
и его последствия

ДАЙДЖЕСТ

- 167 Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство:
перспективы нового диагноза

EDITOR'S NOTES

- 5 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor

THEORY AND METHODOLOGY

- 10 *Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A.*
Traumatic Stress and its Specificity In Life-Threatening Disease
- 28 *Bakanova A.A.*
Children's Grief: Theoretical Conceptualization of the Problem

THEORETICAL REVIEWS

- 47 *Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Radionov D.S.*
Post-Traumatic Stress Disorder Psychotherapy
- 69 *Kazennaya E.V.*
Current state of research on the effectiveness of eye movement desensitization and processing (EMDR) in post-traumatic stress disorder

EMPIRICAL STUDIES

- 91 *Stepashkina V.A., Suleymanova N.R.*
Psychological Assumptions and Early Maladaptive Schemas in People with Traumatic Experience
- 114 *Kostromina S.N., Goncharenko A.V.*
Personal experiencing of domestic (partnership) violence
- 132 *Bykhovets Yu.V.*
Stress of Invisible Information Threats and its Consequences

**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY**

- 167 Complex Post-Traumatic Stress Disorder: Prospects of a New Diagnosis

КОЛОНКА РЕДАКТОРА EDITOR'S NOTES

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Для цитаты: Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 5—9.

FROM THE EDITOR

For citation: From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 3, pp. 5—9.

Уважаемый читатель!

Очередной номер нашего журнала посвящен одной из самых горячих и широко дискутируемых в настоящее время тем — проблеме травматического стресса и его последствий для здоровья, включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Обсуждать проблему ПТСР вне контекста проблемы стресса и его видов не имеет смысла. Наиболее известный классик и создатель концепции стресса канадский исследователь Ганс Селье был биологом, но в конце концов обратился к социальным и психологическим наукам, так как вне социально-психологического и культурно-исторического контекста изучать проблему стресса у человека оказалось невозможным. Подводя итоги своих классических исследований, он пишет: «Стресс не всегда результат повреждения, мы уже говорили, что несущественно, приятен стрессор или неприятен. Его стрессорный эффект зависит только от интенсивности требований и приспособительной способности организма. Любая нормальная деятельность — игра в шахматы и даже

страстное объятие — может вызвать значительный стресс, не причинив никакого вреда. Вредоносный или неприятный стресс называют «дистресс» (Селье, 1979, с. 29)¹.

В своих последних работах Г. Селье задался вопросом, что же наиболее опасно, а что, напротив, может защитить человека от разрушительного для психического и физического здоровья дистресса. Вот вкратце его ответ, с учетом того, что именно эмоциональные раздражители он называет самым частым стрессором у человека: «Расположение и благодарность, а также их антиподы — ненависть и жажда мести — более всех других чувств ответственны за наличие или отсутствие вредного стресса (дистресса) в человеческих отношениях» (там же, с. 59). Однако, как пишет современный классик изучения стресса Роберт Сапольски, путь к такому выводу был нелегким, и психологически ориентированным ученым-физиологам пришлось приложить немало сил, чтобы доказать, что стрессовые реакции имеют под собой психологическую основу. В настоящее время существует множество доказательств того, что главный фактор защиты от стресса — это социальная поддержка — та самая благодарность и любовь в широком смысле, о которых пишет Селье в своих последних работах. «...У людей, социально изолированных, симпатическая нервная система гиперактивна... склонность таких людей к сердечным заболеваниям, как выясняется, в два—пять раз выше», — констатирует Р. Сапольски (Сапольски, 2022, с. 291—292)².

В отечественной психологии есть свои классики изучения стресса. Среди них особое место принадлежит Надежде Владимировне Тарабриной, так как именно ей мы обязаны первыми разработками в области травматического стресса. Н.В. Тарабрина в 1998 г. организовала лабораторию травматического стресса в Институте психологии Российской академии наук, многие годы руководила этой лабораторией и вместе со своими сотрудниками вела интенсивные исследования. За 30-летний период работы в институте Н.В. Тарабриной с коллегами было создано новое научное направление — психология посттравматического стресса (ПТС). На базе лаборатории были проведены комплексные исследования посттравматического стресса (ПТС) у участников боевых действий и ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, военнослужащих МВД, пожарных, спасателей, беженцев, больных раком молочной железы (РМЖ), онкологических и соматоформных больных, наркозависимых, студентов и младших подростков. В ходе исследований проводилась разработка и адаптация методического ин-

¹ Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979. 124 с.

² Сапольски Р. Психология стресса. 3-е изд. СПб.: Питер, 2022, 920 с.

струментария для диагностики ПТСР, ПТС и другой сопутствующей психопатологической симптоматики.

Особенно приятно, что наш специальный выпуск открывается статьей Н.Е. Харламенковой и Д.А. Никитиной — продолжателями традиции отечественной школы изучения стресса. Авторы начинают статью с выделения критериев травматического стресса и подчеркивают, что методолого-теоретические принципы анализа проблемы ПТС определены на основе подхода Н.В. Тарабриной к пониманию феноменологии посттравматического стресса и построению его психологической модели. Важным является разделение понятий интенсивного и травматического стресса, которое было предложено Н.В. Тарабриной и на которое опираются авторы данной статьи, рассматривая жизнеугрожающее заболевание в качестве специфического стрессора, который может вначале выступать как интенсивный, а затем привести к глобальной перестройке картины мира и себя в ней, т. е. травматическому стрессу. Теоретический анализ различных аспектов такого стрессора, как жизнеугрожающее заболевание, проведенный в рассматриваемой статье, служит важной основой для проведения дальнейших исследований и постановки задач психологической помощи.

Вторая статья в разделе «Теория и методология» представляет собой попытку интеграции различных теоретических подходов к такому важному явлению, как детское горе. Автор статьи А.А. Баканова прослеживает динамику взглядов исследователей этой проблемы и указывает на отход в настоящее время от жесткой причинно-следственной связи «детское горе в виде утраты близкого — психические расстройства во взрослом возрасте». Результаты современных исследований демонстрируют, что получение достаточной поддержки и тепла в момент действия самого тяжелого стрессора позволяет значительно смягчить весь спектр опасных психофизиологических и психологических реакций. Недаром после тяжелых травматических событий более эффективной оказывается хорошая система естественной поддержки, чем профессиональная помощь. Это дает надежду специалистам на повышение эффективности помощи детям, на чью долю выпадает тяжесть утраты, с помощью привлечения их ближайшего социального окружения.

Следующие две статьи текущего номера представляют собой теоретические обзоры существующих методов психотерапии ПТСР. Первый обзор, представленный нашими коллегами из Санкт-Петербурга А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой и Д.С. Радионовым, претендует на достаточно полное освещение наиболее признанных методов психологической помощи при ПТСР, а второй концентрируется на одном, но возможно наиболее таинственном из них — методе десенсибилизации

и переработки движениями глаз (EMDR). Широкая картина сопоставительной эффективности разных подходов в лечении ПТСР показывает, что к наиболее обоснованным на настоящий момент относится когнитивно-бихевиоральная психотерапия. Хочется отдать должное автору второго обзора Е.В. Казенной, которая, приводя данные о преимуществе метода EMDR над другими, в частности в аспекте снижения интрузии, не забывает упомянуть, что эти данные нуждаются в дальнейшей проверке. Будем надеяться, что метод EMDR, эффективность которого подтверждена результатами многочисленных научных исследований, будет находить все больше сторонников и репертуар специалистов, помогающих смягчить боль тяжелых травм и взрослым и детям, будет расширяться.

Раздел «Эмпирические исследования» открывает статья наших коллег из Казани В.А. Степашкиной и Н.Р. Сулеймановой. Приводятся данные, доказывающие перестройку базовых убеждений у лиц с высоким уровнем переживания травматических событий в направлении большей социальной отчужденности и переживания мира как враждебного. Данные подтверждают известные факты о стойкости последствий травматического стресса в виде изменения картины мира и указывают на важность восстановления доверия к миру как одного из необходимых условий реабилитации. Второе исследование петербургских авторов А.В. Гончаренко и С.Н. Костроминой посвящено последствиям пережитого насилия — наиболее глубокому по тяжести травматическому стрессу, связанному именно с человеческим фактором и ставшему острой проблемой современного общества. Очень важно, что авторы дополняют сухую статистику феноменологическими данными из описаний испытуемыми своих переживаний, где доминируют чувства вины и потери внутренней опоры. Выводы исследования указывают на возможности применения феноменологии в психотерапии с жертвами домашнего насилия.

Наконец, завершает статьи сборника исследование Ю.В. Быховец, которая также, как и авторы первой статьи номера, является ученицей и последовательницей отечественного классика изучения травматического стресса Н.В. Тарабриной. Если первая статья была посвящена такому типу стрессора, как жизнеугрожающее заболевание, то в последней статье номера исследуется влияние на психологическое состояние населения скрытой угрозы в виде вируса COVID-19. Уникальность полученных результатов заключается в сопоставлении эмпирических данных разных исследований, проведенных ранее под руководством Н.В. Тарабриной: сравнивается выраженность психопатологической симптоматики у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, косвенных жертв терактов и переболевших/не переболевших COVID-19 респондентов.

Также описана динамика психологического состояния населения в период пандемии COVID-19 (2020—2022). Автор делает вывод о высоком уровне стрессогенности невидимого стрессора COVID-19, хоть он и уступает по масштабности последствий таким стрессорам, как авария на ЧАЭС и угроза терактов.

В заключение хотелось бы выразить благодарность постоянному автору наших дайджестов — Елене Можяевой, которая на этот раз представила последние материалы по широко дискутируемой новой диагностической категории — комплексному посттравматическому стрессовому расстройству (КПТСР). Эти материалы ставят больше вопросов, чем дают ответов, но тем они интересны и важны, так как еще очень многое остается непонятным и дискуссионным на территории под названием «травматический стресс».

Желаем нашим читателям надежной и доброжелательной поддержки со стороны их ближнего и дальнего окружения, которая лучше всего защищает нас от разных видов стресса, если и не устраняя сам стрессор, то значительно смягчая его действие.

А.Б. Холмогорова

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ
THEORY AND METHODOLOGY

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЕГО СПЕЦИФИКА ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВАНИИ

Н.Е. ХАРЛАМЕНКОВА

Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>,
e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Д.А. НИКИТИНА

Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>,
e-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

Статья посвящена теоретическому анализу особенностей стрессора «угрожающее жизни заболевание» и систематизации симптомов переживаемого травматического стресса, вызванного его влиянием. **Актуальность** изучения этой проблемы связана с появлением новых, но несистематизированных сведений об отдаленных психологических последствиях воздействия тяжелой болезни на состояние человека. Общим направлением и **целью** исследования стало сопоставление признаков интенсивного и травматического стресса и определение их специфики при влиянии стрессора «угрожающее жизни заболевание». Методолого-теоретические принципы анализа проблемы определены на основе подхода Н.В. Тарабриной к пониманию феноменологии посттравматического стресса и построению психологической модели ПТС. В качестве процедур теоретического анализа проблемы использованы **методы** абстрагирования, формализации и интерпретации. **Результаты исследования:** описаны и обобщены характеристики

жизненного события «угрожающее жизни заболевание», определены этапы его проявления, выделен отдельный стрессор, связанный с информированием человека о тяжелом диагнозе — с постановкой диагноза. Признаки интенсивного стресса представлены рядом категорий, обозначающих эмоциональные состояния — испуг, страх, вину, беспомощность и др. Проанализированы симптомы травматического стресса, свидетельствующие о нарушении механизма интеграции идентичности, конструирования картины мира, восприятия временной перспективы, об отрицании болезни и ограничений. Определены эксплицитные и имплицитные ресурсы совладания личности с психотравмирующими переживаниями. Теоретические положения представленного в статье подхода иллюстрируются данными эмпирических исследований, проведенных отечественными и зарубежными учеными. В **выводах** обобщены данные об особенностях стрессора «угрожающее жизни заболевание», специфике вызванного им травматического стресса, эксплицитных и имплицитных ресурсах совладания.

Ключевые слова: интенсивный стресс, травматический стресс, угрожающее жизни заболевание, постановка диагноза, эмоциональные переживания, эксплицитные ресурсы, имплицитные ресурсы.

Финансирование. Исследование выполнено по Государственному заданию Минобрнауки РФ № 0138-2023-0005: «Онто- и субъектогенез психического развития человека в разных жизненных ситуациях».

Для цитаты: Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Травматический стресс и его специфика при угрожающем жизни заболевании // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 10—27. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310301>

TRAUMATIC STRESS AND ITS SPECIFICITY IN LIFE- THREATENING DISEASE

NATALIA E. KHARLAMENKOVA

Institute of Psychology Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>,

e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

DARIA A. NIKITINA

Institute of Psychology Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>,

e-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

The article is devoted to the theoretical analysis of the stressor “life-threatening disease” features and the systematization of the actual traumatic stress symptoms

caused by its influence. The **relevance** of studying this problem is associated with the emergence of new, but unsystematized information about the long-term psychological consequences of the impact of a serious illness on the human condition. The general line and **the purpose** of the study was the comparison of the intense and traumatic stress signs, and the determination of their specificity under the influence of the stressor “life-threatening disease”. The methodological and theoretical principles of problem analysis are determined on the basis of the approach of N.V. Tarabrina to understanding the phenomenology of post-traumatic stress and construction a psychological model of PTS. **Results:** the article describes the characteristics of the life event “life-threatening disease”, determines the stages of its manifestation, singles out a separate stressor associated with informing a person about a severe diagnosis. Signs of intense stress are represented by a number of categories denoting emotional states – fright, fear, guilt, helplessness, etc. The symptoms of traumatic stress are analyzed, indicating a violation of the mechanism of identity integration, construction of a picture of the world, perception of a time perspective, denial of illness and restrictions. Explicit and implicit resources for coping with psychotraumatic experiences are determined. The theoretical provisions of the approach presented in the article are illustrated by the data of empirical studies conducted by domestic and foreign scientists. **The conclusions** summarize data on the characteristics of the stressor “life-threatening disease”, the specifics of the traumatic stress caused by it, explicit and implicit coping resources.

Keywords: intense stress, traumatic stress, life-threatening illness, diagnosis, emotional experiences, explicit resources, implicit resources.

Funding. The research was carried out under the state assignment of the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation No. 0138-2023-0005: Onto- and subjectogenesis of human mental development in different life situations.

For citation: Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. Traumatic Stress and its Specificity In Life-Threatening Disease. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 3, pp. 10–27. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310301> (In Russ.).

Введение

По мнению ведущего российского специалиста в области психологии травматического и посттравматического стресса Н.В. Тарабриной, одной из наиболее сложных и нерешенных проблем психологии является вопрос о критериях дифференциации стресса по уровню интенсивности. Поднимая тему повседневного стресса и стресса, вызванного угрожающими жизни катастрофическими событиями, Тарабина использует понятие «интенсивный стресс», подчеркивая, что он «возникает, прежде всего, под воздействием... травматических стрессоров (военный стресс, антропогенные и техногенные катастрофы и т. п.)» [10, с. 20]. Преодо-

левая привычную дихотомию между текущими и психотравмирующими переживаниями, автор указывает на допустимость появления признаков интенсивного стресса не только вследствие угрозы, либо реальной опасности влияния травматического стрессора, но и в случае хронификации повседневных жизненных трудностей.

Понятием «интенсивный стресс» обозначают острое эмоциональное состояние человека, выходящее за границы привычных переживаний, преодоление которого требует привлечения значительных ресурсов и более длительного, чем в случае повседневного стресса, восстановления.

Понятия «интенсивный стресс» и «травматический стресс» иногда могут восприниматься в качестве синонимов, однако вполне очевидно и то, что пространства психических явлений, которые ими обозначаются, не пересекаются абсолютно. В некоторых случаях интенсивный стресс может выполнять сигнальную функцию и создавать условия для активизации субъектом ресурсов, необходимых для преодоления негативных последствий воздействия угрожающих жизни и психологическому благополучию вредоносных факторов [3]. Стресс становится травматическим, если происходит кардинальное изменение представлений человека о себе и о мире, ощущается потеря привычных социальных и психологических ориентиров, для восстановления которых имеющиеся средства и возможности оказываются недостаточными.

Открытым остается вопрос о сроках развития травматического стресса. Показано, что более выраженная симптоматика стресса в период острой фазы (от 2 до 6 дней с момента влияния стрессора) и медленное восстановление в последующем увеличивают вероятность развития симптомов травматического стресса через один месяц после воздействия экстремального события, а также риск развития посттравматической психопатологии [18].

Вполне традиционным стало обсуждение проблемы индивидуально-психологических различий, связанных с последствиями *переживания* экстремальных событий, т. е. с различиями в уровне психотравматизации [17], однако специфика эмоциональных, когнитивных, поведенческих и иных особенностей, наблюдаемых вследствие воздействия *разных видов событий*, исследована в меньшей степени. Тем не менее такая тенденция — попытаться выявить специфику влияния того или иного стрессора — становится все более очевидной. В частности показано, например, что более тяжелые переживания и незначительный посттравматический рост отмечаются в случае сексуального и эмоционального насилия, по сравнению с тяжелой болезнью или травмой близкого человека, стихийным бедствием, миграцией [21; 24]. Схожие результаты получены на выборке подростков, молодых людей 13—18 лет [28] и взрослых при осуществлении контроля дополнительных переменных [29], что

в целом подтверждает наиболее вредоносный характер антропогенных угроз по сравнению с природными катастрофами.

Неоднозначными кажутся данные, полученные на разных выборках людей, имеющих *угрожающее жизни заболевание*. С одной стороны, болезнь редко рассматривается человеком в качестве следствия, причиной которого стало воздействие антропогенных факторов, т. е. намеренное негативное влияние других людей, что не позволяет отнести этот стрессор к группе самых вредоносных стрессогенных событий. С другой стороны, тяжелое соматическое заболевание часто рассматривается человеком как результат пренебрежительного отношения к своему здоровью, и поэтому психологические последствия переживания данной угрозы могут сопровождаться чувством вины и агрессии, направленной на себя. Неоднозначность оценки человеком стрессора «угрожающее жизни заболевание» по сравнению с пониманием специфики других стрессоров, а также большое многообразие формулировок исследовательских задач при изучении данной проблемы приводят к разным результатам и разной трактовке особенностей стрессора. Кроме того, деление болезней на угрожающие и не угрожающие жизни остается достаточно условным, а появление новых заболеваний (например, симптомов заражения COVID-19) заставляет учитывать дополнительные переменные — наличие хронических заболеваний, показатели самооценки социальной поддержки, социально-демографические данные, а также все более остро ставить вопрос о кумулятивной травме [19; 16] и в целом — о комплексном ПТСР [5; 8].

Специальное внимание к изучению психотравмирующего характера стрессора «угрожающее жизни заболевание» объясняется не только объективно более сложной эпидемиологической обстановкой в мире в настоящее время и возникновением других факторов (экологических, социальных, и проч.), но и пониманием того, что тяжелые психологические последствия влияния данного стрессора диагностируются не только у самого пациента, но и у ближайшего социального окружения [23], которое оказывается неспособным к социальной поддержке.

Среди часто поднимаемых в литературе вопросов, актуальных в связи с темой угрожающего жизни заболевания, формулируется вопрос о психотравмирующем характере стрессора и об отдаленных последствиях, вызванных его влиянием, таких как посттравматическое стрессовое расстройство, тревожность и беспокойство, вторичная психическая травматизация [11; 13], однако особенности самого стрессора и его деформирующее влияние на личность, т. е. симптомы непосредственно возникающего стресса, в том числе психотравмирующего характера, не анализируются.

Проблема настоящего исследования состоит в проведении анализа особенностей стрессора «угрожающее жизни заболевание» и система-

тизации симптомов актуально переживаемого травматического стресса, вызванного его влиянием.

Угрожающее жизни заболевание как жизненное событие

В предыдущих исследованиях мы рассматривали угрожающее жизни заболевание как жизненную ситуацию, самостоятельное *стрессовое событие*, включающее в себя отдельные этапы: появление первых симптомов болезни, постановку диагноза, лечение, а для некоторых заболеваний и операцию, постоперационное сопровождение, реабилитацию и т. д. [7].

Выделенные этапы были определены в качестве компонентов данного события — угрожающего жизни заболевания и описаны в соответствии с его стрессогенными особенностями.

Показано, что стрессовое воздействие ситуации болезни имеет *продолженный* эффект. Данная особенность проявляет себя следующими признаками: прогрессированием болезни, длительностью лечения, необходимостью ежедневной включенности человека в решение возникающих проблем и трудностей, повышенной вероятностью ухудшения качества жизни пациента в отдаленной перспективе.

Другая особенность ситуации болезни состоит в *неопределенном характере* ее течения. На каждом из этапов тяжелой болезни неизвестными для пациента остаются: время наступления ощутимого результата, его устойчивость, сохраняются риски, связанные с рецидивом заболевания.

Дополнительно отметим, что особенностью события «угрожающее жизни заболевание» является его *неподконтрольность* пациенту, невозможность влиять на течение болезни, ускорять процесс выздоровления. Экстремальная ситуация вынуждает пациента обращаться за помощью, искать дополнительные внешние ресурсы поддержки, преодолевая возникающие сомнения на предмет их надежности и эффективности.

Важно учитывать и то, что вследствие болезни в жизни человека возникают серьезные *ограничения*: меняется не только привычный распорядок дня, но и образ жизни в целом. Такие изменения связаны с тем, что заболевание снижает физическую и умственную активность человека (появляются усталость, недомогание, заторможенность, рассеянность и т. д.) [20].

Рассматриваемая нами жизненная ситуация переживается личностью как ненормативный кризис, который препятствует достижению субъектом Акме и имеет комплексный характер, т. е. затрагивает все сферы жизни человека (здоровье, социальную, трудовую, семейную, духовную и др. сферы) [1]. В настоящее время активная дискуссия ведется вокруг вопроса о том, какой именно из этапов данного ненормативного кризиса выступает в качестве триггера, способствующего его актуализа-

ции и усилению. Говоря о нарастании ненормативного кризиса, следует учитывать его уровневую особенность, т. е. отличать момент возникновения первых эпизодов психоэмоционального напряжения от первичных стрессовых реакций высокого уровня интенсивности, которые могут быть мало осознаваемыми самим субъектом [4].

С самого начала болезни психоэмоциональное напряжение вызывает первичные симптомы заболевания. Человек старается восстановить эмоциональное равновесие путем нивелирования значимости их рассмотрения в качестве индикаторов угрозы жизни. В этой связи субъект испытывает определенные психоэмоциональные проблемы, не достигающие пока высокого уровня психического напряжения, но являющиеся его неотъемлемой частью. В свою очередь озвучивание диагноза врачом, объективно информирует человека о характере и тяжести заболевания, указывает на реальную угрозу его жизни. По всей видимости, именно *постановка диагноза*, связанного с угрозой жизни человека, вероятнее всего является стрессором высокого уровня интенсивности, триггером, объективирующим для субъекта ситуацию ненормативного кризиса [9].

Сообщение пациенту о диагнозе является стрессором информационного типа, который включает и видимую (человек наблюдает физическое ухудшение своего организма), и невидимую угрозы (узнает о рисках и прогнозах развития и течения болезни из специальной литературы, медицинского заключения, беседы с врачами и др.). Сообщение о диагнозе оказывается для человека неожиданным известием; он бывает не готов к подобного рода информации, оценивая свое физическое недомогание как временное, вызванное обычным переутомлением, и используя механизмы психологической защиты от переполняющего его чувства страха и ужаса [10; 25]. Последующие этапы болезни могут вносить свой вклад в развитие интенсивного и травматического стресса, однако мы придерживаемся того мнения, что сообщение о диагнозе выполняет в этом процессе ключевую роль.

Причины и признаки интенсивного и травматического стресса при постановке диагноза, связанного с угрожающим жизни заболеванием

При постановке диагноза, свидетельствующего об угрозе жизни, человек испытывает сильные эмоциональные переживания, которые можно квалифицировать как переживание *интенсивного стресса* [22]. Данная реакция выступает первичным мало осознаваемым защитным механизмом психики человека, в той или иной степени обнаруживаемым у каждого пациента.

Триггером интенсивного стресса нередко выступает витальная угроза. Психоземotionalные ресурсы индивида при данной угрозе неосознанно направляются на мобилизацию сил всего организма для выживания и сохранения жизни. В случае тяжелой болезни витальная угроза включает некоторые особенности, так как имеет отсроченный (пролонгированный) характер. Новый жизненный опыт, накопленный при переживании отдельных этапов болезни, невольно заставляет субъекта обращаться к вопросам, связанным с экзистенциальными проблемами человека.

Переходя к вопросу о ключевых признаках интенсивного стресса, считаем важным указать на специфику первичных эмоциональных реакций человека при переживании воздействия стрессора. Рассмотрим эмоции, которые наиболее характерны для пациентов, получивших сообщение о диагнозе, связанном с тяжелым заболеванием.

Остановимся на более общих эмоциональных переживаниях, типичных для людей, испытывающих непосредственное влияние травматических стрессоров, в том числе воздействия сообщения об угрожающем жизни заболевании.

Обычно первой реакцией человека на угрожающий жизни фактор является *испуг*. Данная эмоция во многом представляет собой эволюционный защитный механизм, который помогает отстраниться от источника опасности без дополнительной ориентировочной реакции. В случае тяжелой болезни реакция испуга может иметь особо интенсивный характер, так как пациент лишен возможности отдалиться от источника опасности. Реакцию испуга индуцирует испытываемый человеком *страх смерти*, который в случае угрожающего жизни заболевания ассоциируется с угрозой преждевременной гибели и внезапностью ухода из жизни.

При столкновении с витальной угрозой человек ощущает свою *беспомощность*, переживает чувство опустошенности, бессилия, потерянности. Заболевание комплексно затрагивает значимые сферы жизни, субъект сталкивается с невозможностью справиться с трудностями самостоятельно, остается риск рецидива болезни, усиливаются переживания, вызванные отсутствием заметных и быстрых улучшений состояния здоровья. С ощущением беспомощности тесно связано переживание чувства *вины* [12], которое возникает на почве беспокойства пациента по поводу халатного отношения к собственному здоровью, зависимости от других людей, включая страх стать обузой для близкого окружения [26].

Сообщение пациенту информации о тяжелом диагнозе вызывает и специфические переживания, которые оказываются тесно связанными с характером данного стрессора. Многие пациенты испытывают острый *страх перед стигматизацией*, чувство социальной тревоги [26]. Данный страх провоцирует дополнительные переживания, вынуждаю-

щие пациента активно тестировать свое Я на предмет появления нежелательных личностных изменений, что наиболее явно проявляется у пациентов с заболеваниями головного мозга, например в виде тревоги по поводу сохранности когнитивных функций. Следует также выделить группу страхов, которые тесно связаны с течением заболевания — это *страх рецидива болезни*, потери контроля, возникновения последствий заболевания (например, физических дефектов) и т. д. [27]. Подобные переживания отражаются не только на самооценке субъекта, которая включает представления о своей ресурсности, но и на качестве межличностных отношений.

В состоянии тяжелой болезни пациент задумывается о способности или неспособности сохранить физическую и психическую полноценность, о поиске новых ценностей и смысла жизни, о том, насколько произошедшее событие является по отношению к нему справедливым. Проблема ценности и значимости своего Я в ситуации заболевания затрагивает системы отношений «Я—Другой», «Я—Социум», «Я—Мир» и рассматривается нами в качестве комплекса признаков, указывающих на появление симптомов *травматического стресса*.

В основе этого комплекса признаков лежит нарушение *функции интеграции* субъектом актуальных переживаний, знаний, сведений о произошедших событиях в существующие у него представления о себе и мире, т. е. проблема их включения в индивидуальную историю жизни. Появление признаков травматического стресса оказывается сопряженным с неконгруэнтностью опыта, с критическим нарушением картины мира. Именно поэтому возникает типичное для таких случаев ощущение раскола жизни на «до» и «после».

Специфика симптомов травматического стресса при угрожающем жизни заболевании видится нами в особом искажении образа Я, отношений «Я—Другой», картины мира, границ психологического пространства в настоящем и построении перспективы жизни.

Ведущим компонентом образа Я становится *физическое Я*, которое слабо интегрируется в систему представлений о себе, чаще оказывается отщепленным от нее и сверхзначимым. Кроме того, происходит нарушение идентичности по критерию устойчивости представлений о себе во временной перспективе: Я в настоящем рассматривается в качестве субличности, не идентифицирующейся субъектом с Я в прошлом. Представление о себе в будущем деиндивидуализируется и по содержанию становится похожим на описание пациентом типичных симптомов больного с данным диагнозом, изложенных в учебнике или медицинском пособии.

Признаком травматического стресса является *отрицание болезни* и сопутствующих ей объективно возникших *ограничений*. Непринятие по-

следних проявляется в переживании ригидности границ психологического пространства, которое утрачивает свою суверенность, становится депривированным (С.К. Нартова-Бочавер). Человек ощущает неспособность удовлетворять актуальные потребности, следовать своим привычкам и ценностям.

Нарушение механизма интеграции проявляется и в *конструировании картины мира*, в изменении системы отношений «Я—Другой», «Я—Социум», «Я—Мир». Появление новых контактов, связанных с оказанием профессиональной помощи больному в процессе лечения, воспринимается негативно; привычный круг общения может сужаться вследствие переживания чувства отстраненности, самостигматизации и самоизоляции. Повышается чувствительность к справедливости, которая, как пишет С.К. Нартова-Бочавер, указывает на «...неблагоприятные социальные установки, склонность к дискриминации и неготовность проявлять альтруизм», тогда как вера в то, что мир несправедлив, «...сочетается с более гуманным и моральным отношением к другим, очевидно побуждая людей исправить мироустройство личными усилиями» [6, с. 332]. Обостренное чувство справедливости разоблачает, вынуждает искать обидчика, виноватого в том, что случилось; понимание того, что мир несправедлив в принципе, позволяет человеку быть более открытым к разнообразным жизненным обстоятельствами, не возлагая ответственность за них на других людей и не переживая по поводу неравенства предоставленных возможностей.

Признаком травматического стресса является искажение *восприятия жизненной перспективы*, которая может быть как укороченной, так и ориентированной на совладание с последствиями болезни. Сужение временной перспективы до уровня решения задач, связанных с лечением и реабилитацией, указывает, как правило, на сверхценность болезни и ограничение круга интересов.

Рассматривая интенсивный и травматический виды стресса, заметим, однако, что связь между ними не является безусловной, но опосредована наличием или отсутствием ресурсов совладания.

Эксплицитные и имплицитные ресурсы совладания со стрессом при угрожающем жизни заболевании

Характер переживания ситуации угрожающего жизни заболевания тесно связан с оценкой человеком степени угрозы его жизни, при которой индивид соотносит собственные возможности с вызовами экстремального события [9; 22]. Эта оценка происходит как на эксплицитном, так и на имплицитном уровне [10].

Эксплицитный уровень включает представления субъекта о его способности противостоять психотравмирующему фактору, используя более очевидные для него внешние и внутренние ресурсы. Подобного рода ресурсы субъективно выступают для личности явной опорой и основываются на опыте (знаниях, убеждениях, ценностях и т. д.). В представлениях человека они воспринимаются как эффективные, рациональные и чаще оцениваются как доступные [10]. В ситуации болезни такими эксплицитными ресурсами могут быть: внешние — социальная поддержка, контроль ситуации (например, соблюдение рекомендаций врача), суверенность личностного психологического пространства и др.; внутренние — самоконтроль, переосмысление жизни, поиск решения проблемы, позитивное мышление, уход от проблемы, вера в себя и др. К ресурсам эксплицитного характера также можно отнести социальные ориентиры, которые помогают человеку эффективно функционировать в социуме и развиваться как личности [14]. В каждом возрасте субъект имеет специфические социальные ориентиры: в старшем возрасте — самоуважение, наставничество, автономию; в среднем возрасте — уверенность в себе, социальную смелость [7].

Несмотря на потенциальную эффективность эксплицитных ресурсов в ситуации угрожающего жизни заболевания пациент не всегда правильно обращается к ним. Неэффективность такого обращения связана со скрытыми переживаниями, отрицаемыми субъектом проблемами, а также с актуализацией иррациональных ресурсов, искажением психотравмирующей ситуации имплицитной оценкой [10]. Эта оценка включает в себя имплицитные ресурсы, которые не даны человеку в готовом виде и чаще носят интуитивный характер, в большей степени характеризуются их процессуальностью. К конструктивным имплицитным ресурсам можно отнести, например, избирательность поведения, гибкость, а к деструктивным — гипокompенсацию (подавление) и гиперкомпенсацию (искаженную переоценку) проблемы [2].

При привлечении последних субъект ощущает рассогласование ожиданий и возможностей, так как не ассимилирует личностный опыт в соответствии с обстоятельствами актуальной экстремальной жизненной ситуации. Так, например, при наличии признаков психотравматизации в ситуации угрожающего жизни заболевания пациенты могут обесценивать значимость социальных ориентиров и других эксплицитных ресурсов [15]. В этом случае возникает риск развития гипокompенсации, которая проявляется в старшем возрасте «уходом» в болезнь, а в среднем — застенчивостью, пассивностью. При гиперкомпенсации больной, наоборот, пытается максимально приблизиться к социальным ориентирам, но вследствие травмы реализует это усилие в искаженном виде. У пациентов старшего возраста гиперкомпенсация может проявляться в

виде подозрительности, обидчивости, а у больных среднего возраста — в активном стремлении к сверхавтономии, в желании брать на себя непопулярные обязательства, переходящие в чувство вины.

Представленная поляризация ресурсов, периодически сменяющих друг друга, до некоторой степени характеризует пациентов с высоким уровнем травматического стресса, которые менее убеждены в ценности и значимости своего Я. Неуверенность личности в собственной ценности и значимости не позволяет субъекту восстановить оптимальный ритм жизни в соответствии с запросами общества, стабилизировать позитивную самооценку (в среднем возрасте), рационально проявлять силу Эго и правильно отстаивать суверенность личностных границ (в старшем возрасте).

Выход за пределы психотравмирующей ситуации может быть осуществлен при построении пациентом новой непротиворечивой реальности, способствующей сохранению непрерывного развития личности, открытию потенциалов саморазвития, более целостному пониманию себя и мира [10]. Мы полагаем, что в основе урегулирования рассогласования между социальной ситуацией развития и ненормативным кризисом лежат представления человека о ценности и значимости Я, активность субъекта, выражающаяся в его психологической гибкости и избирательности по отношению к объективному многообразию вариантов жизненного пути его личности.

Выводы

1. Проведен теоретический анализ особенностей жизненного события, связанного с угрожающим жизни заболеванием, и его отдельных этапов, прежде всего этапов появления первых симптомов болезни (вызывают первичное психоэмоциональное напряжение) и сообщения о диагнозе (объективирует для субъекта ситуацию ненормативного кризиса). Показано, что стрессовое воздействие ситуации болезни имеет пролонгированный, неопределенный, трудно контролируемый характер, сопровождается рядом ограничений, изменениями ритма жизни. Сообщение пациенту о диагнозе выступает стрессором информационного типа, который включает и видимую, и невидимую угрозы; характер его воздействия является внезапным.

2. Определены причины и признаки интенсивного и травматического стресса при сообщении человеку информации о тяжелом заболевании. Установлено, что триггером интенсивного стресса выступает витальная угроза (отсроченная и пролонгированная по характеру, затрагивающая экзистенциальные проблемы человека), а его проявления (признаки) обнаруживаются в сильных эмоциональных переживаниях пациента:

испуга, страха смерти, беспомощности, чувства вины, страха стигматизации, страха рецидива болезни. Травматический стресс возникает в связи с дефицитностью/иррациональностью привлекаемых ресурсов и проявляется в виде нарушений функции интеграции личностного и травматического опыта, что комплексно затрагивает системы отношений «Я—Другой», «Я—Социум», «Я—Мир».

3. Рассмотрены эксплицитные и имплицитные ресурсы совладания с травматическим стрессом при угрожающем жизни заболевании. Выявлено, что эксплицитные ресурсы основываются на опыте человека и воспринимаются им как эффективные, рациональные, доступные; они бывают внешними (например, социальная поддержка) и внутренними (например, самоконтроль), связанными с социальными ориентирами, т. е. различающимися в зависимости от возраста человека (например, в старшем возрасте — самоуважение, в среднем — уверенность в себе). Имплицитные ресурсы не даны человеку в готовом виде, они интуитивные, процессуальные, а их характер (конструктивный/гибкость или деструктивный/подавление и гиперкомпенсация) предопределяет успешность обращения субъекта к эксплицитным ресурсам.

Освещая вопрос о перспективах исследования, следует отметить, что полученные результаты позволяют обозначить несколько путей дальнейшего развития научной мысли в области понимания особенностей переживания человеком ситуации, связанной с угрожающим для жизни заболеванием. Представляется важным продолжить изучение болезни в качестве экзистенциальной проблемы (с учетом факторов риска вторичной психотравматизации родственников больного); значимым является поиск дополнительных комплексных маркеров, препятствующих актуализации гиперкомпенсации и гипокompенсации в ситуации заболевания и способствующих наиболее полному раскрытию внутреннего потенциала субъекта, а также дифференцирующих факторов, позволяющих точно специфицировать отдельные группы заболеваний с психологической точки зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барышникова Р.Д. Теоретический анализ категорий «семья», «семейный кризис»: тяжелая болезнь // Актуальные вопросы науки и техники: сб. статей Международной научно-практической конференции, Пенза, 25 февраля 2020 года. Пенза: Наука и просвещение, 2020. С. 40—44.
2. Быховец Ю.В., Падун М.А. Личностная тревожность и регуляция эмоций в контексте изучения посттравматического стресса // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 78—89. DOI: 10.17759/срpe.2019080105
3. Дан М.В. Психологические последствия воздействия стрессора «тяжелое заболевание ребенка» у матерей с разным уровнем личностной зрелости: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2021. 28 с.

4. Даниленко О.И. Антиципационная состоятельность как условие предотвращения и преодоления жизненных кризисов // *Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности*. 2019. № 8. С. 13—20.
5. Екимова В.И., Лучникова Е.П. Комплексная психологическая травма как последствие экстремального стресса // *Современная зарубежная психология*. 2020. Том 9. № 1. С. 50—61. DOI: 10.17759/jmfr.2020090105
6. Нартова-Бочавер С.К. Психология личности и индивидуальных различий. СПб.: Питер, 2023. 432 с.
7. Никитина Д.А. Посттравматический стресс у людей разного возраста с угрожающим жизни заболеванием: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2021. 28 с.
8. Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // *Консультативная психология и психотерапия*. 2021. Том 29. № 3. С. 69—87. DOI: 10.17759/cpp.2021290306
9. Сизова Я.Н., Циринг Д.А. Особенности преодоления ситуации болезни пациентами со злокачественными новообразованиями // *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. 2019. Том 8. № 5(1). С. 240—246. DOI: 10.34670/AR.2020.46.5.024
10. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажуев И.С., Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / Под общ. ред. Н. Е. Харламенковой. М.: Институт психологии РАН, 2017. 344 с.
11. Arch J.J., Mitchell J.L., Genung S.R. et al. Randomized trial of acceptance and commitment therapy for anxious cancer survivors in community clinics: Outcomes and moderators // *Journal of consulting and clinical psychology*. 2021. Vol. 89. № 4. P. 327—340. DOI: 10.1037/ccp0000630
12. Braun M., Naor L., Hasson-Ohayon I. et al. Oncologists' locus of control, compassion fatigue, compassion satisfaction, and the mediating role of helplessness // *Current oncology*. 2022. Vol. 29. № 3. P. 1634—1644. DOI: 10.3390/curroncol29030137
13. Carey S.A., Roden-Foreman J.W., Felius J. et al. Secondary traumatic stress in multi-disciplinary teams caring for heart and lung transplant patients // *Traumatology*. 2019. Vol. 25. № 4. P. 275—281. DOI: 10.1037/trm0000188
14. Caron-Flinterman J.F., Broerse J.E.W., Bunders J.F.G. The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? // *Social science & medicine*. 2005. Vol. 60. № 11. P. 2575—2584. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.11.023
15. Cludius B., Mennin D., Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process // *Emotion*. 2020. Vol. 20. № 1. P. 37—42. DOI: 10.1037/emo0000646
16. Dixon K.E., Mahoney C.T., Samuelson K.W. Ongoing traumatic stress during a global pandemic // *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2023. Vol. 15. № 5. P. 808—818. DOI: 10.1037/tra0001360
17. Egberts M.R., Verkaik D., Spuij M. et al. Child adjustment to parental cancer: A latent profile analysis // *Health psychology*. 2021. Vol. 40. № 11. P. 774—783. DOI: 10.1037/hea0001099
18. Grinapol S., Greene T., Pagorek-Eshel S. et al. Prospective examination of daily life traumatic stress symptom expression following motor vehicle collisions //

- Psychological trauma: theory, research, practice and policy. 2022. Vol. 14. № 7. P. 1212—1220. DOI: 10.1037/tra0000537
19. Ingram S.H., South S.C. Dimensional latent factor structure of psychopathology in adults with chronic illness // Psychological assessment. 2020. Vol. 32. № 12. P. 1145—1157. DOI: 10.1037/pas0000954
 20. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J. Illness representations and coping with health threats // Handbook of psychology and health. 2020. Vol. 4. P. 219—252.
 21. Lowe S.R., James P., Arcaya M.C. et al. Do levels of posttraumatic growth vary by type of traumatic event experienced? An analysis of the Nurses' Health Study II // Psychological trauma: theory, research, practice and policy. 2022. Vol. 14. № 7. P. 1221—1229. DOI: 10.1037/tra0000554
 22. Miceli J., Geller D., Tsung A. et al. Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer // Psychooncology. 2019. Vol. 28. № 7. P. 1513—1519. DOI: 10.1002/pon.5108
 23. Mitchell H.R., Kim Y., Llabre M.M. et al. Four-symptom model of medical-related posttraumatic stress among adult cancer patients // Health psychology. 2022. Vol. 41. № 7. P. 492—501. DOI: 10.1037/hea0001187
 24. Pérez-Sales P., Vergara-Campos M., Eiroa-Orosa F.J. et al. Perceived resistance to experiences of trauma and crisis: A study comparing multiple life events // Traumatology. 2022. Vol. 28. № 1. P. 109—119. DOI: 10.1037/trm0000339
 25. Stein A., Dalton L., Rapa E. et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition // The Lancet. 2019. Vol. 393. № 10176. P. 1150—1163. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)33201-X
 26. Tsai W., Lu Q. Ambivalence over emotional expression and intrusive thoughts as moderators of the link between self-stigma and depressive symptoms among Chinese American breast cancer survivors // Journal of behavioral medicine. 2019. Vol. 42. P. 452—460. DOI: 10.1007/s10865-018-9996-6
 27. Uner F.O., Korukcu O. A qualitative exploration of fear of cancer recurrence in Turkish cancer survivors who were referred for colposcopy // Health & social care in the community. 2021. Vol. 29. № 3. P. 729—737. DOI: 10.1111/hsc.13326
 28. Vacek S., Whisman M.A. Traumatic events and adolescent psychopathology in a United States national probability sample // Psychological trauma: theory, research, practice and policy. 2021. Vol. 13. № 3. P. 277—283. DOI: 10.1037/tra0000961
 29. Zalta A.K., Tirone V., Orlowska D. et al. Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis // Psychological bulletin. 2021. Vol. 147. № 1. P. 33—54. DOI: 10.1037/bul0000316

REFERENCES

1. Baryshnikova R.D. Teoreticheskij analiz kategorij “sem’ja”, “semejnyj krizis”: tjazhelaja bolezn’ [Theoretical analysis of the categories «family», «family crisis»: serious illness]. *Aktual’nye voprosy nauki i tehniki: sbornik statej Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii = Topical issues of science and technology: collection of articles of the International Scientific and Practical Conference*, Penza, february 25, 2020. Penza: Nauka i Prosveshhenie, 2020. pp. 40—44. (In Russ.).
2. Byhovec Ju.V., Padun M.A. Lichnostnaja trevozhnost’ i reguljacija jemocij v kontekste izuchenija posttravmaticheskogo stressa [Personal anxiety and emotion

- regulation in the context of study of post-traumatic stress]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija = Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 1, pp. 78—89. DOI: 10.17759/cpse.2019080105. (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Dan M.V. Psihologicheskie posledstvija vozdeystvija stressora «tjazheloe zabolevanie rebenka» u materej s raznym urovnem lichnostnoj zrelosti: avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. [Psychological consequences of exposure to the stressor «severe illness of the child» in mothers with different levels of personal maturity. PhD (Psychology) Dissertation Thesis]. Moscow, 2021. 28 p. (In Russ.).
 4. Danilenko O.I. Anticipacionnaja sostojatel'nost' kak uslovie predotvrashhenija i preodolenija zhiznennyh krizisov [Anticipation competency as a factor of prevention and successful coping with life crises]. *Lichnost' v jekstremal'nyh uslovijah i krizisnyh situacijah zhiznedejatel'nosti = Personality in extreme conditions and crisis situations of life*, 2019, no. 8, pp. 13—20. (In Russ., abstr. in Engl.).
 5. Ekimova V.I., Luchnikova E.P. Kompleksnaja psihologicheskaja travma kak posledstvie jekstremal'nogo stressa [Complex psychological trauma as a consequence of extreme stress]. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija = Journal of modern foreign psychology*, 2020, vol. 9, no. 1, pp. 50—61. DOI: 10.17759/jmfp.2020090105. (In Russ., abstr. in Engl.).
 6. Nartova-Bochaver S.K. Psihologija lichnosti i individual'nyh razlichij [Psychology of personality and individual differences]. Saint-Petersburg: Piter, 2023. 432 p. (In Russ.).
 7. Nikitina D.A. Posttravmaticheskij stress u ljudej raznogo vozrasta s ugrozhajushhim zhizni zabolevaniem: avtoref. diss. ... kand. psihol. Nauk [Post-traumatic stress in people of different ages with a life-threatening disease. PhD (Psychology) Dissertation Thesis]. Moscow, 2021. 28 p. (In Russ.).
 8. Padun M.A. Kompleksnoe PTSD: osobennosti psihoterapii posledstvij prolongirovannoj travmatizacii [Complex PTSD: psychotherapy of prolonged traumatization]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021, vol. 29, no. 3, pp. 69—87. DOI: 10.17759/cpp.2021290306. (In Russ., abstr. in Engl.).
 9. Sizova Ja.N., Ciring D.A. Osobennosti preodolenija situacii bolezni pacientami so zlokachestvennymi novoobrazovanijami [Peculiarities of overcoming the situation of the disease by patients with cancerous neoplasms]. *Psihologija. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovanija = Psychology. Historical-critical reviews and current researches*, 2019, vol. 8, no. 5—1, pp. 240—246. DOI: 10.34670/AR.2020.46.5.024. (In Russ., abstr. in Engl.).
 10. Tarabrina N.V., Harlamenkova N.E., Padun M.A., Hazhuev I.S., Kazymova N.N., Byhovec Ju.V., Dan M.V. Intensivnyj stress v kontekste psihologicheskoj bezopasnosti [Intense stress in the context of psychological security]. In N.E. Harlamenkova (eds.), Moscow: IP of RAS, 2017. 344 p. (In Russ.).
 11. Arch J.J., Mitchell J.L., Genung S.R. et al. Randomized trial of acceptance and commitment therapy for anxious cancer survivors in community clinics: Outcomes and moderators. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2021, vol. 89, no. 4, pp. 327—340. DOI: 10.1037/ccp0000630
 12. Braun M., Naor L., Hasson-Ohayon I. et al. Oncologists' locus of control, compassion fatigue, compassion satisfaction, and the mediating role of

- helplessness. *Current oncology*, 2022, vol. 29, no. 3, pp. 1634—1644. DOI: 10.3390/curroncol29030137
13. Carey S.A., Roden-Foreman J.W., Felius J. et al. Secondary traumatic stress in multi-disciplinary teams caring for heart and lung transplant patients. *Traumatology*, 2019, vol. 25, no. 4, pp. 275—281. DOI: 10.1037/trm0000188
 14. Caron-Flinterman J.F., Broerse J.E.W., Bunders J.F.G. The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? *Social science & medicine*, 2005, vol. 60, no. 11, pp. 2575—2584. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.11.023
 15. Cludius B., Mennin D., Ehrling T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 2020, vol. 20, no. 1, pp. 37—42. DOI: 10.1037/emo0000646
 16. Dixon K.E., Mahoney C.T., Samuelson K.W. Ongoing traumatic stress during a global pandemic. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 2023, vol. 15, no. 5, pp. 808—818. DOI: 10.1037/tra0001360
 17. Egberts M.R., Verkaik D., Spuij M. et al. Child adjustment to parental cancer: A latent profile analysis. *Health psychology*, 2021, vol. 40, no. 11, pp. 774—783. DOI: 10.1037/hea0001099
 18. Grinapol S., Greene T., Pagorek-Eshel S. et al. Prospective examination of daily life traumatic stress symptom expression following motor vehicle collisions. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 2022, vol. 14, no. 7, pp. 1212—1220. DOI: 10.1037/tra0000537
 19. Ingram S.H., South S.C. Dimensional latent factor structure of psychopathology in adults with chronic illness. *Psychological assessment*, 2020, vol. 32, no. 12, pp. 1145—1157. DOI: 10.1037/pas0000954
 20. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J. Illness representations and coping with health threats. *Handbook of psychology and health*, 2020, vol. 4, pp. 219—252.
 21. Lowe S.R., James P., Arcaya M.C. et al. Do levels of posttraumatic growth vary by type of traumatic event experienced? An analysis of the Nurses' Health Study II. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 2022, vol. 14, no. 7, pp. 1221—1229. DOI: 10.1037/tra0000554
 22. Miceli J., Geller D., Tsung A. et al. Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer. *Psychooncology*, 2019, vol. 28, no. 7, pp. 1513—1519. DOI: 10.1002/pon.5108
 23. Mitchell H.R., Kim Y., Llabre M.M. et al. Four-symptom model of medical-related posttraumatic stress among adult cancer patients. *Health psychology*, 2022, vol. 41, no. 7, pp. 492—501. DOI: 10.1037/hea0001187
 24. Pérez-Sales P., Vergara-Campos M., Eiroa-Orosa F.J. et al. Perceived resistance to experiences of trauma and crisis: A study comparing multiple life events. *Traumatology*, 2022, vol. 28, no. 1, pp. 109—119. DOI: 10.1037/trm0000339
 25. Stein A., Dalton L., Rapa E. et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *The Lancet*, 2019, vol. 393, no. 10176, pp. 1150—1163. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)33201-X
 26. Tsai W., Lu Q. Ambivalence over emotional expression and intrusive thoughts as moderators of the link between self-stigma and depressive symptoms among Chinese American breast cancer survivors. *Journal of behavioral medicine*, 2019, vol. 42, pp. 452—460. DOI: 10.1007/s10865-018-9996-6

27. Uner F.O., Korukcu O. A qualitative exploration of fear of cancer recurrence in Turkish cancer survivors who were referred for colposcopy. *Health & social care in the community*, 2021, vol. 29, no. 3, pp. 729—737. DOI: 10.1111/hsc.13326
28. Vacek S., Whisman M.A. Traumatic events and adolescent psychopathology in a United States national probability sample. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 2021, vol. 13, no. 3, pp. 277—283. DOI: 10.1037/tra0000961
29. Zalta A.K., Tirone V., Orłowska D. et al. Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 2021, vol. 147, no. 1, pp. 33—54. DOI: 10.1037/bul0000316

Информация об авторах

Харламенкова Наталья Евгеньевна, доктор психологических наук, профессор, заместитель директора, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Никитина Дарья Алексеевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

Information about the authors

Natalia E. Kharlamenkova, PhD (Psychology), Professor, Deputy Director, Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Daria A. Nikitina, PhD (Psychology), Researcher, Institute of Psychology of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

Получена 07.07.2023

Received 07.07.2023

Принята в печать 02.08.2023

Accepted 02.08.2023

ДЕТСКОЕ ГОРЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ

А.А. БАКАНОВА

Российский государственный педагогический университет
имени А.И. Герцена (ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5062-6210>,
e-mail: ba2006@mail.ru

Актуальность теоретической концептуализации детского горя обусловлена высокой значимостью психологической помощи детям в ситуации утраты родителя. **Цель** данной статьи — на основе анализа психологической литературы описать основные теоретические положения, концептуализирующие представление о детском горе. **Результаты.** Теоретический анализ показал, что проблема детского горя в литературе представлена следующими 4 аспектами: влияние утраты родителя на психическое здоровье ребенка; возрастные особенности детского горя; стадийность детского горя; представления о нормальном и осложненном детском горе. Анализ этих аспектов позволил сделать вывод о том, что на протяжении истории изучения детского горя позиция исследователей меняется от обозначения однозначной связи между утратой родителя в детстве и последующими нарушениями психического здоровья во взрослом возрасте до признания влияния на детское горе множества факторов, которые могут помочь ребенку адаптироваться к утрате. В качестве **выводов** формулируются основные теоретические положения, концептуализирующие проблему детского горя на современном этапе ее изучения.

Ключевые слова: психология горя, детское горе, утрата родителя, стадии горя, возрастные особенности горя, нормальное и осложненное горе.

Финансирование. Публикация подготовлена в рамках проекта «Отношение к жизни и смерти на разных этапах жизненного пути личности», поддержанного в рамках конкурса на выполнение перспективных фундаментальных научно-исследовательских работ молодыми учеными РГПУ имени А.И. Герцена.

Для цитаты: Баканова А.А. Детское горе: теоретическая концептуализация проблемы // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 28—46. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310302>

CC BY-NC

CHILDREN'S GRIEF: THEORETICAL CONCEPTUALIZATION OF THE PROBLEM

ANASTASIA A. BAKANOVA

the Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5062-6210>,

e-mail: ba2006@mail.ru

The relevance of the theoretical conceptualization of children's grief is due to the high importance of psychological assistance to children in the situation of loss of a parent. **The purpose** of this article is to describe the main theoretical positions conceptualizing the idea of children's grief based on the analysis of psychological literature. **Results.** Theoretical analysis has shown that the problem of child grief in the literature is represented by the following 4 aspects: the impact of the loss of a parent on the mental health of a child; age-related features of child grief; the stages of child grief; ideas about normal and complicated child grief. The analysis of these aspects allowed us to conclude that throughout the history of the study of childhood grief, the position of researchers has changed from indicating an unambiguous connection between the loss of a parent in childhood and subsequent mental health disorders in adulthood to recognizing the influence of many factors on childhood grief that can help a child adapt to loss. The main theoretical **provisions** conceptualizing the problem of child grief at the present stage of its study are formulated as conclusions.

Keywords: psychology of grief, children's grief, loss of a parent, stages of grief, age characteristics of grief, normal and complicated grief.

Funding. The reported study was performed as part of a competition for promising fundamental research works by young scientists of the Herzen State Pedagogical University of Russia.

For citation: Bakanova A.A. Children's Grief: Theoretical Conceptualization of the Problem. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 3, pp. 28–46. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310302> (In Russ.).

Введение

Актуальность. По данным исследования Сьюзен Д. Хиллис с соавторами, опубликованным в медицинском журнале «Lancet» [33], во всем мире с 1 марта 2020 г. по 30 апреля 2021 г., около 1,5 миллионов детей до 18 лет пережили смерть основного или дополнительного опекуна (включая как минимум одного родителя или бабушку/дедушку, осуществляющих уход) от COVID-19. Как указано в статье, из почти 30 тысяч осиротевших от COVID-19 детей в России около 27,5% пережили смерть матери, 47,4% — смерть отца, 6 детей стали двойными сиротами. Также

около 13% пережили смерть бабушки и 11,5% — смерть дедушки; 28 детей потеряли и бабушку, и дедушку. В целом для России показатель потери основных опекунов от COVID-19 на 2021 год равен 1 на 1000 детей [33]. Причем эти результаты, как видно из исследования, не затрагивают смертность родителей по другим причинам — случайным или преднамеренным, в том числе в военных конфликтах.

Постановка проблемы. За последние двадцать лет в отечественной научной литературе накоплен не очень внушительный багаж теоретических и эмпирических публикаций по детской утрате. Большинство значимых работ по гореванию, в том числе детскому, представляют собой перевод англоязычных авторов [5; 10; 12; 14], благодаря которым отечественные специалисты имеют представление о развитии психотерапии горя за рубежом.

Среди первых отечественных работ можно вспомнить известные публикации А.Д. Андреевой «Как помочь ребенку пережить горе» в 1991 году [1] и Е.М. Черепановой «Как помочь ребенку преодолеть горе» в 1997 [16]. Необходимо отметить и менее популярную для цитирования, но при этом достаточно интересную работу В.А. Юницкого «Психология детской потери», опубликованную в 1991 году, в которой он делает обзор зарубежных исследований переживания горя у детей и подростков за 1953—1988 гг. и описывает основные положения психоаналитического подхода (А. Фрейд, Дж. Боулби, Э. Фурман и др.) к пониманию детской утраты [18]. Значимый вклад в информирование отечественного научного сообщества о детском горе внес Д.Н. Исаев [8], в работах которого на основе отечественных и зарубежных исследований (1937—1994 гг.) сделан обзор проблемы отношения детей и подростков к смерти родителя, а также формирования понятия смерти в детском и подростковом возрастах.

За последние десять—двадцать лет в отечественной психологии появились публикации, содержащие не только рекомендации по психологической помощи детям, переживающим горе [например, 7], но и результаты эмпирических исследований, посвященных детской утрате и ее влиянию на развитие [например, 4]. Можно выделить и ряд работ, посвященных психологическим аспектам горевания у взрослых, которые делают попытки систематизировать и обобщить имеющиеся теоретические подходы [2; 13], а также публикации, посвященные отношению к смерти у детей [6; 15]. Особое место занимают в этой линейке монографии, посвященные различным аспектам переживания утраты, в том числе у детей [17].

Однако при этом имеется существенный дефицит теоретических работ, которые не просто раскрывают симптоматику нормального или осложненного горя у детей и подростков или содержат практические рекомендации по психологической помощи в ситуации утраты, но пытаются концептуализировать проблему детского горя с учетом актуальных эмпирических данных и меняющейся социокультурной ситуации развития детей.

Таким образом, научная проблема лежит в плоскости противоречия между высокой актуальностью психологической помощи детям в ситуации утраты родителя и малой разработанностью ее теоретико-методологических оснований и, в частности, представлений о сущности, динамике и специфике переживания детского горя. Исходя из этого, **цель** данной статьи — на основе анализа отечественной и зарубежной литературы описать основные теоретические положения, концептуализирующие представление о детском горе. Стоит отметить, что в данной статье мы не претендуем на полноту описания, а сосредоточиваемся на общих основаниях. В качестве **предмета** мы рассматриваем горе детей от рождения до 18 лет в ситуации смерти родителя.

История концептуализации детского горя

Исторически психология горя опирается на работы представителей психоаналитического направления. Вслед за З. Фрейдом (1912, 1915) влияние утраты родителя на развитие ребенка изучали А. Фрейд (1942, 1960), Дж. Боулби (1960), Э. Фурман (1974) и др. [18]. В целом, за последнее столетие представления о детском горе эволюционировали от убеждения, что маленькие дети не могут горевать в силу незрелости их когнитивной и эмоциональной сфер, до признания реальности травматической боли у детей и ее влияния на их последующую жизнь [41; 43]. И, несмотря на имеющуюся критику ранних психоаналитических работ по детской утрате, именно благодаря этой дискуссии в психологии есть ряд «традиционных» взглядов, среди которых такие, как:

— понимание горя как утраты значимого объекта любви (либидозного объекта), а переживания горя как совокупности взаимосвязанных изменений во внешнем и внутреннем мире ребенка (А. Фрейд, 1944, 1973 и др.);

— представление об этапах детского горя (протест—отчаяние—надежда) и утверждение значимой роли в горевании типа привязанности к умершему родителю (Дж. Боулби, 1960);

— описание различий в переживании горя у детей и взрослых, а также внешних проявлений горя у детей (А. Фрейд, 1973, Э. Фурман, 1974 и др.).

Стоит отметить, что большинство идей, являющихся классическими для психологии детского горя и знакомых отечественным исследователям и практикам, были сформулированы во второй половине XX века с опорой на психоаналитическую концепцию и, соответственно, могут быть развиты и уточнены с учетом актуальных психологических знаний, а также накопленного массива эмпирических данных. Так, помимо психоаналитических моделей горя существуют и другие, как в рамках когни-

тивно-поведенческого подхода, так и экзистенциально-гуманистического. Например, в последнее время получают эмпирическое подтверждение идеи о роли смыслообразования в прогнозировании адаптивности протекания горя [23], а также о связи между осложненным горем и субъективной значимостью утраты для идентичности горящего [25].

Значимую роль в детском горевании многие исследователи, начиная примерно с 40-х гг. XX века, отводят представлениям о смерти, сформированным у ребенка на момент утраты родителя. Традиционно для психологии развития формирование представлений о смерти связывают со стадиями когнитивного развития, по Ж. Пиаже [например, 5; 45], хотя в научной дискуссии присутствуют и альтернативные подходы на этот счет (например, D. Elkind, 1967; A. Mauer, 1966; S. Antony, 1977 [6]). Следует отметить, что в зарубежных публикациях относительно детской концептуализации смерти есть споры вокруг теории Ж. Пиаже, который, как считается, недооценивал способности детей, их индивидуальные различия, а также скорость, с которой они обрабатывают информацию; к тому же обращается внимание на то, что в теории Ж. Пиаже недостаточно учитывается роль окружающей среды и социально-культурных факторов, значимых для формирования представлений о смерти [например, 35]. Отмечается также, что на понимание смерти детьми могут влиять их индивидуальные особенности, стиль привязанности, тип личности, опыт переживания горя, участие в похоронных ритуалах, а также культурные и религиозные особенности их семей [35]. Более того, в некоторых современных исследованиях, посвященных представлениям детей о смерти, указывается, что дети пытаются осмыслить смерть на разных уровнях: не только на биологическом, но также на социальном, культурном, эмоциональном и духовном [20]. Поэтому, несмотря на имеющиеся подходы и массив исследований в этой области, вопрос о формировании детских представлений о смерти остается, по большому счету, все еще открытым, особенно в современных условиях цифровизации.

Таким образом, концептуализация детского горя находится в процессе своего становления, продолжая, с одной стороны, во многом опираться на идеи психодинамического подхода, а с другой — накапливать новый эмпирический материал, позволяющий углублять представление о детском горе.

Основные теоретические положения, концептуализирующие детское горе

Горе в большинстве исследований определяется как когнитивная, эмоциональная и поведенческая реакция на утрату значимого объекта

[5; 41]. Это определение предполагает, что детское горе — это процесс, а не какая-то конкретная эмоция [46] и, соответственно, этот процесс может иметь психологические (эмоциональные или когнитивные), физические, поведенческие, социальные и духовные аспекты и может выражаться различными способами [28, с. 14].

Знакомство с отечественной и зарубежной психологической литературой позволяет выделить основные теоретические положения, вокруг которых выстраивается представление о детском горе.

1. Влияние утраты родителя на психическое здоровье ребенка

Большинство авторов признают высокую значимость смерти родителя для развития ребенка. Этот тезис можно встретить как у отечественных [8; 18], так и зарубежных ученых [5; 12]. Так, Д.Н. Исаев пишет по этому поводу: «Потеря близкого человека сказывается как на непосредственных переживаниях детей, так и на развитии личности в последующем» [8, с. 346], — а У. Нагера (1970) обозначает утрату родителя как «серьезное вмешательство в развитие» [12, с. 3]. Многочисленные современные зарубежные исследования показывают, что дети, потерявшие родителей, подвергаются риску неблагоприятных последствий для психического здоровья, как в ближайшей, так и в долгосрочной перспективе [21; 23; 27; 39], среди которых: тревожные расстройства, депрессия, различные соматические жалобы, симптомы посттравматического стресса или осложненного горя, снижение успеваемости и самооценки, трудности с концентрацией внимания, поведенческие проблемы, самоповреждающее поведение, суицидальные мысли, суицидальные попытки и др. Смерть родителя также может быть связана с усилением соматических симптомов и развитием чувствительности к стрессу [24]. В популяционном исследовании (N = 1 488 846), проведенном в Дании, было выяснено, что у ребенка до 18 лет смерть родителя от рака увеличивает риск первого назначения психотропных препаратов (антидепрессантов, анксиолитиков и снотворных), причем эта взаимосвязь усиливается в случаях, если родитель был того же пола, что и ребенок, а также если родитель умер в течение одного года после постановки диагноза. При этом риск был самым высоким в течение первых шести месяцев после утраты [34]. Все эти результаты убедительно показывают негативное влияние ранней утраты на разные аспекты здоровья детей.

В то же время, рассматривая динамику горевания, исследователи обнаруживают разные траектории переживания горя, что показывает наличие специфических факторов, влияющих на длительность и интенсивность детского горя. Так, в трехлетнем лонгитюдном исследовании Надин Мелхем с соавторами [39] были выявлены 3 траектории горевания среди 182 детей от 7 до 18 лет, переживших внезапную смерть роди-

теля. Как пишут авторы, у большинства детей реакции горя ослабевали со временем, однако у 30,8% реакции горя все еще сохранялись через 9 месяцев и лишь затем постепенно уменьшались с течением времени, а у 10,4% выборки наблюдались длительные реакции горя спустя 33 месяца после утраты. Такие интенсивные и длительные реакции горя, по мнению авторов, значимо повышают риск возникновения функциональных нарушений и депрессии [39].

Обращает на себя внимание и тот факт, что больше половины детей справляются с утратой, что подтверждается рядом исследований [41]. Более того, несмотря на разрушительность утраты родителя в детском возрасте, некоторые дети вырастают здоровыми взрослыми, находя возможности для того, чтобы преодолевать трудные жизненные ситуации и даже демонстрировать признаки травматического роста [22].

Так как в зарубежной литературе имеются исследования, как подтверждающие связь ранней утраты с депрессией, алкоголизмом, наркоманией, шизофренией, развитием неврозов, девиантным поведением и другими проблемами с психическим здоровьем во взрослом возрасте, так и не обнаруживающие такой связи, высказывается предположение, что «...потеря родителей в раннем возрасте ведет к неспецифическим травмам, эффекты от которых зависят от комплекса факторов» [18, с. 50]. Факторы эти весьма разнообразны и представлены в целом ряде работ [5; 27; 41; 45]. Например, в исследовании 1281 подростков и юношей от 12 лет до 21 года, проведенном в 2020 году, было выявлено, что более высокие показатели посттравматического стресса и других проблем с психическим здоровьем наблюдаются у молодых людей с такими характеристиками утраты, как множественные смерти родственников, смерть в результате суицида или убийства [37]. Похожие данные были получены в популяционном исследовании, проведенном в 2021 году в Норвегии на основе статистических данных и охватившем более 650000 человек, из которых 4723 пережили смерть одного или обоих родителей в возрасте до 18 лет. Это исследование показало, что дети, потерявшие близких, имеют более высокий риск целого ряда психических расстройств по сравнению с людьми, которые не имели подобного опыта, особенно если причиной смерти было самоубийство (при этом риск развития какого-либо расстройства выше в 2,5 раза), случайное отравление или падение с высоты [26]. Примечательно, что риск возникновения тревожных расстройств увеличивается после смерти родителя у детей от рождения до 5 лет и от 15 до 18 лет, в то время как риск поведенческих и эмоциональных расстройств увеличивается у детей в ситуации смерти родителя от рождения до 10 лет и от 15 до 18 лет. В целом, риск развития различных психических расстройств значительно повышается у детей, переживших смерть родителя в возрасте от 5 до 10 лет [26]. Эти результаты показывают, что на психическое здоро-

вье детей, потерявших близких, влияют факторы, связанные с причиной смерти, а также возраст ребенка на момент утраты родителя.

Говоря о факторах защиты, необходимо отметить, что во многих зарубежных исследованиях эмпирически доказанным считается такой фактор, как родительская компетентность оставшегося родителя и позитивное семейное общение после смерти родителя (возможность открыто говорить о смерти, делиться своими чувствами и мыслями, признавая их ценность, эмоционально поддерживать друг друга и т. д.), что позволяет минимизировать тревогу, депрессию и поведенческие проблемы у детей и подростков, потерявших родителей [31].

Понимание многофакторной структуры детского горя делает возможной не только оценку факторов риска, но и актуализацию факторов защиты, что позволяет оказывать адекватную психологическую поддержку для восстановления детей и семьи в ситуации горя как в ближайшей, так и в долгосрочной перспективе.

В целом, знакомство с публикациями показывает, что на протяжении истории изучения детского горя позиция исследователей несколько «смягчается»: от обозначения однозначной связи между утратой родителя в детстве и последующими нарушениями психического здоровья во взрослом возрасте (что характерно для ранних этапов исследований, начиная с 30—40 гг. XX века) до признания влияния на детское горе множества факторов, которые, в том числе, могут помочь ребенку адаптироваться к утрате (современный этап исследований).

2. Возрастные особенности детского горя

Одной из тем научных дискуссий, разворачивающихся в контексте изучения детского горя, является вопрос о том, с какого возраста дети могут реагировать на утрату. В этом вопросе можно выделить две составляющие, к которым обращаются исследователи: во-первых, что такое собственно горе и, во-вторых, какова специфика реагирования детей в разные возрастные периоды. В зависимости от того, какой ответ дается на первый вопрос, могут различаться ответы на второй.

Так, в целом ряде работ, выполненных в рамках психоанализа, а также на основе работ Ж. Пиаже о стадиях интеллектуального развития, устоявшейся была идея о том, что ребенок не может испытывать горе до 2—4 лет, а иногда и вплоть до подросткового возраста [например, 12 и др.]. Для горевания, по мнению авторов, должно быть сформировано зрелое представление о смерти, представление о человеке как о независимом субъекте, а также должен быть осуществлен отрыв от родительских фигур. Эти условия могут быть выполнены более-менее удовлетворительно лишь ближе к подростковому возрасту, что и определяло нижнюю границу горевания в работах того времени.

В качестве критики такого подхода в настоящее время указывается, что эти представления о детском горевании базируются на теоретической модели горя, предложенной З. Фрейдом в 1917 [19] и почти полностью взятой из исследований взрослых, переживших утрату [29]. Компромиссом в этом подходе является мнение англоязычных авторов, что дети могут горевать, демонстрируя, например, реакции протеста, отчаяния или отрешенности, но эти реакции нельзя назвать скорбью, так как дети еще не осознают окончательность утраты и не могут осмыслить ее значение в жизни [45]. Под скорбью (в отличие от горя) понимается процесс адаптации к утрате, тесно связанный с социокультурными нормами [41].

Более того, горе часто представляется как последовательность нормативных этапов, ведущих к завершению отношений с умершим. Однако в настоящее время существует альтернативная модель горя (D. Klass, P. Silverman, S. Nickman, 2014), предполагающая сохранение и поддержание связей с умершим, которые могут продолжаться на протяжении всей жизни скорбящего человека [38]. Такая привязанность к ментальному образу умершего родителя может выполнять важную функцию с точки зрения развития ребенка, а затем — и взрослого.

В целом, авторы современных публикаций более критично подходят к ранним психоаналитическим идеям, предлагая несколько иные взгляды на способность детей к гореванию: несмотря на то, что у детей еще может не быть способности к символизации утраты, они могут переживать небытие, в том числе и травму [43]. Примечательны в этой связи кейсы (например, случай девочки, которая стала свидетелем убийства своей матери отцом в возрасте 19 месяцев), которые показывают, что даже «довербальный» травматический опыт, связанный со смертью одного из родителей, может оказать влияние на последующее функционирование детей, что говорит о важности оказания помощи детям раннего возраста сразу после травматических событий [36] и заметно сдвигает нижние границы реакции детей на утрату и травму. В ряде современных зарубежных работ [например, 41; 43 и др.] есть тезис о том, что дети (и даже младенцы) могут реагировать на смерть родителя как на утрату чувства безопасности, несмотря на то, что в силу возраста они не могут признать реальность утраты и осмыслить изменения, происходящие в связи с ней.

В. Ворден считает, что дети действительно могут горевать по умершему родителю, но их реакции будут отличаться от реакций взрослого, что определяется их когнитивным и эмоциональным развитием [5]. В связи с этим как в зарубежной [43; 45], так и в отечественной литературе [7; 8; 11; 18] описываются специфические реакции детей разного возраста на утрату. По мнению Грейс Крайст (G.H. Christ), самые яркие измене-

ния в реакциях горя можно наблюдать у детей 3—5 лет при их переходе в возрастную группу от 6 до 8 лет [27]. Об этом же говорит и В. Ворден, отмечая, что наиболее уязвимой группой являются дети от 5 до 7 лет [5], так как они уже понимают, что такое смерть, но еще не обладают достаточными навыками совладания с трудностями. Последние данные свидетельствуют о том, что дети, пережившие смерть родителя в возрасте до 6 лет, подвергаются значительно большему риску самоубийства в будущем [32].

Одной из очевидных причин иных (по сравнению со взрослыми) способов реагирования на смерть родителя у детей является ограниченная способность выражать свои чувства словами [45]. Именно поэтому, как считают специалисты, гораздо больше у детей «говорит тело», демонстрируя в предвербальный период такие реакции, как головные боли, боли в животе, дерматологические заболевания, двигательную активность, нарушения сна и т. д. [41; 43]. Реакции на утрату будут также отражаться и в игре: дети могут отказываться от своей обычной игровой деятельности или навязчиво повторять в игре сюжеты, связанные со смертью родителя и являющиеся для них травматическими. Дети могут выражать свое горе различными формами поведения, в том числе через плач, спорт, физические упражнения или искусство [28]. Также дети могут нуждаться в источнике комфорта и безопасности и поэтому будут искать заботы и утешения, обнимаясь с мягкими игрушками, домашними животными или близкими людьми [28]. Для подростков будут характерны экзистенциальные вопросы (например, о смысле жизни и смерти), трудности в школе, высокая тревога и чувство изоляции от сверстников [41].

В целом, дискуссию о нижней возрастной границе детского горя можно подытожить словами Алана Вулфельта (A. Wolfelt): «Горе фокусируется не на способности человека «понимать», а на его способности «чувствовать». Поэтому любой ребенок, достаточно зрелый для того, чтобы любить, — достаточно зрелый, чтобы горевать» [46, с. 20].

3. Стадийность детского горя

Следует отметить, что Дж. Боулби первым адаптировал известные модели переживания горя к детскому возрасту. После Дж. Боулби свои модели разработали и другие авторы, в том числе В. Ворден [5] и др. В то же время основная критика стадийности горя заключается в том, что детское горе рассматривается как процесс, ограниченный во времени, независимо от его продолжительности, при этом некоторые авторы [например, 27; 41] все чаще говорят о том, что горе — это не линейный процесс и он может реактивироваться на протяжении всей жизни человека. Кроме того, жесткость этих моделей не учитывает индивидуальную из-

менчивость, или тот факт, что каждая траектория горя, по определению, специфична для человека [41; 43]. Например, исследователи детского горя говорят о том, что оно может возрождаться через много лет и снова активизироваться во время важных жизненных событий — при достижении человеком того же возраста, в котором умер его родитель [5], или в периоды наибольшей уязвимости (жизненные кризисы, другие утраты, рождение ребенка и т. д.) [41; 43]. Это не будет говорить о патологии, но, скорее, о необходимости совладания с горем на новом жизненном этапе и «вплетения» его в свой жизненный путь. В этом смысле процесс горевания никогда не разрешается полностью [41].

Нелинейность горя проявляется и в том, что, как отмечают исследователи, симптомы горевания у детей могут усиливаться через 2 или 3 года после смерти родителя [5; 27], претерпевая обострения и ремиссии по мере взросления, а также когнитивного и эмоционального созревания. Это говорит о необходимости взрослым быть чуткими к состоянию ребенка не только в острый период утраты, но и в отдаленный.

Таким образом, при работе с детским горем важно наблюдать за его динамикой, так как, во-первых, реакции нормального горя у детей меняются с течением времени, во-вторых, горе является нелинейным процессом, характеризующимся обострениями и ремиссиями, и, в-третьих, оно требует переосмысления на каждом новом этапе развития ребенка.

4. Нормальное и осложненное детское горе

Помимо нормальных реакций детского горя, подробно описанных в литературе, исследователи выделяют различные формы осложненного горя, которое в большей степени изучалось у взрослых и распространенность которых, по некоторым исследованиям, составляет около 8—10% лиц, переживших тяжелую утрату. Однако в последние годы проблема осложненного горя стала активно исследоваться среди детей и подростков. Несмотря на то, что осложненное горе возникает лишь в меньшинстве случаев (также примерно в 10% [39]), оно заслуживает пристального внимания в силу высокого риска возникновения у детей различных соматических и психических проблем в будущем.

Впервые признаки осложненно протекающего горя описал Дж. Боулби (1963). В настоящее время исследователи пытаются дифференцировать симптомы осложненного горя от симптомов травматического горя и депрессии, а также от посттравматического стрессового расстройства [например, 30; 41]. Хотя сам термин «осложненное горе» и его критерии все еще обсуждаются в научном сообществе, исследователи склонны считать, что оно не может быть ограничено одним синдромом или расстройством [40]. В основном различие между нормально протекающим и осложненным горем у детей и подростков связано с его интен-

сивностью и длительностью, а также с реакциями детей, оказывающими негативное воздействие на их жизнедеятельность [41; 43]. Существует множество форм осложненного горя (например, отсроченное горе, хроническое, подавленное, искаженное, травматическое и др. [40; 43]), и чтобы избежать путаницы, в МКБ-11 оно переименовано в «6B62 Длительное расстройство горя», а в раздел приложения DSM-5 было включено в виде «стойкого комплексного расстройства тяжелой утраты». В то же время данный диагноз должен быть адаптирован к детям [30].

В целом, по мнению практикующих специалистов, для детей младшего возраста с осложненным горем будут в большей степени характерны проблемы, связанные с привязанностью и различными страхами (например, страх спать в одиночестве, страх оставаться одному и т.д.), а также повторяющиеся игры и регрессия, в то время как у подростков осложненное горе может изменить их взгляды на будущее (например, неспособность ставить цели) или проявиться в более рискованном поведении, включая аутоагрессию, несчастные случаи и суицидальные идеи [30]. При этом стоит помнить, что реакции осложненного горя с большей долей вероятности могут быть предсказаны не каким-то одним фактором, а их совокупным эффектом, что также отмечал и В. Ворден, говоря о «полидетерминированном поведении» в ситуации горя [5, с. 103].

Подводя итоги, стоит отметить, что концептуализация детского горя нуждается в дальнейшем осмыслении эмпирических исследований и клинических наблюдений с целью поиска ответов на вопросы о психологических механизмах, динамике и закономерностях в его переживании, а также о вкладе в развитие и становление личности.

Выводы

Приведенный в данной статье обзор отечественных и зарубежных публикаций позволяет сформулировать основные теоретические положения, концептуализирующие представления о детском горе.

1. Утрата ребенком одного из родителей есть травма, которая влияет на становление личности, но сама по себе не ведет к нарушению развития, так как на переживание горя влияют не только факторы риска, но и факторы защиты, которые могут способствовать восстановлению после утраты.

2. Даже маленькие дети могут испытывать страдание в связи с утратой родителя, но переживают и демонстрируют это иначе, чем взрослые: чем младше ребенок, тем больше реакции горя будут проявляться на соматическом и поведенческом уровнях, а не только на эмоциональном.

3. Процесс переживания горя у детей имеет ряд стадий, но в то же время он не является линейным, характеризуясь периодами обострения

и ремиссии, а также необходимостью переосмысления утраты на каждом следующем этапе развития.

4. Детское горе в зависимости от ряда факторов может иметь осложнения, связанные с интенсивностью и длительностью реакций на утрату, оказывающих негативное воздействие на жизнедеятельность ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева А.Д. Как помочь ребенку пережить горе // Вопросы психологии. 1991. № 2. С. 87—96.
2. Баканова А.А. Психотерапия горя: история становления и текущая практика в зарубежных исследованиях // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 4. С. 23—41. DOI:10.17759/cpp.2017250403
3. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. 2-е изд. / Пер. с англ. В.В. Старовойтова. М.: Канон-Плюс, 2019. 272 с.
4. Володина Ю.А., Овчарова А.Е. Особенности психического развития подростков, переживших смерть родителей // Социальная педагогика. 2020. № 2. С. 104—112.
5. Ворден В. Консультирование и терапия горя. Пособие для специалистов в области психического здоровья. М.: Центр психологического консультирования и психотерапии, 2020. 329 с.
6. Гаврилова Т.А. Проблема детского понимания смерти [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2009. № 4. URL: <http://www.psyedu.ru/journal/2009/4/Gavrilova.shtml> (дата обращения: 07.10.2022).
7. Гусева М.А., Цейтлин Г.Я., Жуковская Е.В., Лебедь О.Л., Румянцев А.Г. Специфика семейных утрат в детской онкологии и динамика горевания при проведении аналитической психотерапии у пациентов детской онкологической клиники, потерявших одного или обоих родителей // Российский журнал детской гематологии и онкологии 2020. Том 7. № 3. С. 32—38. DOI:10.21682/2311-1267-2020-7-3-32-38
8. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
9. Казымова Н.Н., Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Тяжелые жизненные события и их психологические последствия: утрата или угроза потери близкого // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. Том 25. № 2. С. 96—101.
10. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М: АСТ, 2022. 480 с.
11. Маликова Т.В., Новикова Т.О., Пирогов Д.Г. Переживание утраты детьми дошкольного возраста // Педиатр. 2018. Том 9. № 6. С. 111—117. DOI:10.17816/PED96111-117
12. Нагера У. Реакции детей на смерть значимых объектов // Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. № 1. С. 2—7.
13. Сирота Н.А., Видерман Н.С., Ялтонский В.М. Психологические аспекты горевания // Паллиативная медицина и реабилитация. 2022. № 1. С. 42—48.
14. Тайтельман П. Смерть и дифференциация в семье // Психология и психотерапия семьи. 2019. № 2. С. 5—23.

15. Хозиев В.Б., Васеничев С.А. Тема «жизни и смерти» в словесном творчестве подростков 14—16 лет // Культурно-историческая психология. 2015. Том 11. № 4. С. 30—43. DOI:10.17759/chrp.2015110403
16. Черепанова Е.М. Психологический стресс: Помоги себе и ребенку: книга для школьных психологов, родителей и учителей. М.: Изд. центр «Академия», 1997. 96 с.
17. Шефов С.А. Психология горя. СПб.: Речь, 2006. 144 с.
18. Юницкий В.А. Психология детской потери (обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Серия 14 «Психология». 1991. № 2. С. 49—61.
19. Фрейд З. Печаль и меланхолия. СПб.: Алетейя, 1998. С. 211—231.
20. Alencar V.O., do Nascimento I.R.C., dos Santos I.B., Almeida L.M.P. Understanding death in the eyes of hospitalized children // Revista Bioética. 2022. Vol. 30. № 1. P. 63—71. DOI:10.1590/1983-80422022301507EN
21. Appel C.W., Frederiksen K., Hjalgrim H., Dyregrov A., Dalton S.O, Dencker A., Høybye M.T., Dige J. et al. Depressive symptoms and mental health-related quality of life in adolescence and young adulthood after early parental death // Scandinavian Journal of Public Health. 2019. Vol. 47 (7). P. 782—792. DOI:10.1177/1403494818806371
22. Arslan B., Özer Z., Buldukoğlu K. Posttraumatic growth in parentally bereaved children and adolescents: A systematic review // Death Studies. 2022. Vol. 46 (1). P. 111—123. DOI:10.1080/07481187.2020.1716886.
23. Bellet B.W., Neimeyer R.A., Berman J.S. Event Centrality and Bereavement Symptomatology: The Moderating Role of Meaning Made // Omega. Journal of Death and Dying. 2016. Vol. 78 (6). P. 1—20. DOI:10.1177/0030222816679659
24. Bergman A.S., Axberg U., Hanson E. When a parent dies ¾ a systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers// BMC Palliative Care. 2017. Vol. 16 (1). P. 39—54. DOI:10.1186/s12904-017-0223-y
25. Boelen P.A. The centrality of a loss-event: Patterns, correlates, and predictive value // Anxiety, Stress & Coping. 2021. Vol. 34 (3). P. 258—265. DOI:10.1080/10615806.2021.1876226
26. Burrell L.V., Mehlum L., Qin P. Parental death by external causes during childhood and risk of psychiatric disorders in bereaved offspring // Child and Adolescent Mental Health. 2021. Vol. 27 (2). P. 122—130. DOI:10.1111/camh.12470
27. Christ G.H. Children Bereaved by the Death of a Parent // Children's Encounters with Death, Bereavement, and Coping / C.A. Corr and D.E. Balk (eds.). New York: Springer Publishing Company, 2010. P. 169—193.
28. Corr C.A. Children, Development, and Encounters with Death, Bereavement, and Coping//Children's Encounters with Death, Bereavement, and Coping / C.A. Corr and D.E. Balk (eds.). New York: Springer Publishing Company, 2010. P. 3—20.
29. Doka K.J. Challenging the paradigm: New understandings of grief // Living with grief: Before and after the death / K. J. Doka (Ed.). Washington: DC, 2007. P. 87—102.
30. Dyregrov A., Dyregrov K. Complicated grief in children—the Perspectives of experienced professionals // Omega. Journal of Death and Dying. 2013. Vol. 67 (3). P. 291—303. DOI:10.2190/OM.67.3.c
31. Falk M.W., Alvariza A., Kreicbergs U., Sveen J. The grief and communication family support intervention: Intervention fidelity, participant experiences, and potential

- outcomes // *Death Studies*. 2022. Vol. 46 (1). P. 233—244. DOI:10.1080/07481187.2020.1728429
32. *Guldin M.B., Li J., Pedersen H.S. et al.* Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: a population-based cohort study // *JAMA Psychiatry*. 2015. Vol. 72 (12). P. 1227—1234. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2015.2094
33. *Hillis S., Unwin J., Chen Y. et al.* Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphan hood and deaths of caregivers: a modelling study // *Lancet*. 2021. Vol. 398. P. 391—402. DOI:10.1016/S0140-6736(21)01253-8
34. *Høeg B.L., Christensen J., Banko L., Frederiksen K., Appel C.W., Dalton S.O., Dyregrov A. et al.* Psychotropic medication among children who experience parental death to cancer // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2021. Vol. 30 (7). DOI:10.1007/s00787-021-01846-y
35. *Hopkins M.* *The Development of Children's Understanding of Death*. Norwich: University of East Anglia, 2014. 141 p.
36. *Kaplow J., Saxe G., Putnam F., Lieberman A.* *The Long-Term Consequences of Early Childhood Trauma: A Case Study and Discussion* // *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2006. Vol. 69 (4). P. 362—375. DOI:10.1521/psyc.2006.69.4.362
37. *Kaplow J.B., Wamser-Nanney R., Layne C.M., Burnside A. et al.* Identifying Bereavement-Related Markers of Mental and Behavioral Health Problems Among Clinic-Referred Adolescents // *Psychiatric Research and Clinical Practice*. 2020. Vol. 16 (3). P. 88—96. DOI:10.1176/appi.prep.20190021
38. *Klass D., Silverman P.R., Nickman S.L.* *Continuing bonds: New understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis, 2014. 384 p. DOI:10.4324/9781315800790
39. *Melhem N.M., Porta G., Shamseddeen W., Walker P.M., Brent D.A.* Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death // *Archives of General Psychiatry*. 2011. Vol. 68 (9). P. 911—957. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2011.101
40. *Rando T.A., Doka K.J., Fleming S., Franco M.H., Lobb E.A., Parkes C.M., Steele R.* A call to the field: complicated grief in the DSM-5 // *Omega: Journal of Death and Dying*. 2012. Vol. 65 (4). P. 251—255. DOI:10.2190/OM.65.4.a
41. *Revet A., Bui E., Benvegnu G., Suc A., Mesquida L., Raynaud J.-P.* Bereavement and reactions of grief among children and adolescents: Present data and perspectives // *L'Encéphale*. 2020. Vol. 46 (5). P. 356—363. DOI:10.1016/j.encep.2020.05.007
42. *Roley-Roberts M., Hill R.M., Layne Ch.M., Goldenthal H., Kaplow J.B.* Cause of Caregiver Death and Surviving Caregiver Coping Style Predict Thwarted Belongingness in Bereaved Youth // *Archives of suicide research*. 2019. Vol. 23 (3). P. 455—470. DOI:10.1080/13811118.2018.1470949
43. *Romano H.* Le deuil chez l'enfant: spécificités selon les âges // *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2017. Vol. 65 (5). P. 318—327. DOI:10.1016/j.neurenf.2017.01.006
44. *Serralha C.A., de Faria Reis C.G., Miaral A.* Understanding death for children who experienced severe illness // *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2021. Vol. 73 (1). P. 70—86. DOI:10.36482/1809-5267.ARB2021v73i1p.70-86
45. *Webb N.B.* *Helping Bereaved Children: A Handbook for Practitioners*. Third Edition. N.Y.: Guilford Press, 2010. 408 p.
46. *Wolfelt A.* *Helping children cope with grief*. N.Y.: Routledge, 1984. 192 p.

REFERENCES

1. Andreeva A.D. Kak pomoch' rebenku perezhit' gore [How to help a child survive grief]. *Voprosy psikhologii = Questions of psychology*, 1991, no. 2, pp. 87—96. (In Russ.)
2. Bakanova A.A. Psikhoterapiya gorya: istoriya stanovleniya i tekushchaya praktika v zarubezhnykh issledovaniyakh [Grief Therapy: The History Of Formation And Current Practice In The Foreign Studies]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2017. Vol. 25, no. 4, pp. 23—41. DOI:10.17759/cpp.2017250403. (In Russ., abstr. in Engl.)
3. Boulbi Dzh. Sozdanie i razrushenie emotsional'nykh svyazei [Creating and breaking emotional bonds]. Translation from English V.V. Starovoitov, 2nd ed. Moscow: Canon + Publ., Rehabilitation Publ., 2019. 272 p. (In Russ.)
4. Volodina Yu.A., Ovcharova A.E. Osobennosti psikhicheskogo razvitiya podrostkov, perezvivshikh smert' roditeli [Features of mental development of adolescents who survived the death of their parents]. *Sotsial'naya pedagogika [Social pedagogy]*. 2020, no. 2, pp. 104—112. (In Russ.)
5. Worden V. Konsul'tirovanie i terapiya gorya [Grief Counseling and Therapy]. Posobie dlya spetsialistov v oblasti psikhicheskogo zdorov'ya. Moscow: Tsentr psikhologicheskogo konsul'tirovaniya i psikhoterapii Publ., 2020, 329 p. (In Russ.)
6. Gavrilova T.A. Problema detskogo ponimaniya smerti [The problem of children's understanding of death] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru. = Psychological science and education*, 2009, no.4. Available at: <http://www.psyedu.ru/journal/2009/4/Gavrilova.phtml> (Accessed: 07.10.2022). (In Russ., abstr. in Engl.)
7. Guseva M.A., Tseitlin G.Ya., Zhukovskaya E.V., Lebed' O.L., Rumyantsev A.G. Spetsifika semeinykh utrat v detskoj onkologii i dinamika gorevaniya pri provedenii analiticheskoi psikhoterapii u patsientov detskoj onkologicheskoi kliniki, poteryavshikh odnogo ili oboikh roditeli [The specifics of family losses in pediatric oncology and the dynamics of grief during analytical psychotherapy in pediatric oncology patients who lost one or both parents]. *Rossiiskii zhurnal detskoj gematologii i onkologii = Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology*, 2020, Vol. 7, no. 3, pp. 32—38. (In Russ., abstr. in Engl). DOI:10.21682/2311-1267-2020-7-3-32-38. (In Russ., abstr. in Engl).
8. Isaev D.N. Emotsional'nyi stress, psikhosomaticheskie i somatopsikhicheskie rasstroistva u detei [Emotional stress, psychosomatic and somatopsychic disorders in children]. Saint-Petersburg: Rech' Publ., 2005, 400 p. (In Russ.)
9. Kazymova N.N., Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. Tyazhelye zhiznennye sobytiya i ikh psikhologicheskies posledstviya: utrata ili ugroza poteri blizkogo [Difficult life events and their psychological consequences: loss or threat of loss of a loved one]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika = Bulletin of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics*, 2019. Vol. 25, no. 2, pp. 96—101. (In Russ., abstr. in Engl).
10. Kubler-Ross E. O smerti i umiranii [About death and dying]. Moscow: AST Publ., 2022, 480 p. (In Russ.)

11. Malikova T.V., Novikova T.O., Pirogov D.G. Perekhivanie utraty det'mi doshkol'nogo vozrasta [The experience of loss by preschool children]. *Pediatr = Pediatrician*, 2018. Vol. 9, no. 6, pp. 111—117. DOI:10.17816/PED96111-117. (In Russ., abstr. in Engl.)
12. Nagera U. Reaktsii detei na smert' znachimykh ob'ektov [Reactions of children to the death of significant objects]. *Zhurnal prakticheskoi psikhologii i psikhoanaliza = Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis*. Moscow: Institut prakticheskoi psikhologii i psikhoanaliza Publ., 2002, no. 1, pp. 2—7. (In Russ.)
13. Sirota N.A., Viderman N.S., Yaltonskii V.M. Psikhologicheskie aspekty gorevaniya [Psychological aspects of grieving]. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya = Palliative medicine and rehabilitation*, 2022, no. 1, pp. 42—48. (In Russ.)
14. Taitel'man P. Smert' i differentsiatsiya v sem'e [Death and differentiation in the family]. *Psikhologiya i psikhoterapiya sem'I = Psychology and psychotherapy of the family*, 2019, no. 2, pp. 5—23. (In Russ.)
15. Khoziev V.B., Vasenichev S.A. Tema «zhizni i smerti» v slovesnom tvorchestve podrostkov 14—16 let [The Topic of Life and Death in Verbal Creativity of Adolescents aged 14—16 Years]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-historical psychology*, 2015. Vol. 11, no. 4, pp. 30—43. DOI:10.17759/chp.2015110403. (In Russ., abstr. in Engl.)
16. Cherepanova E.M. Psikhologicheskii stress: Pomogi sebe i rebenku. Kniga dlya shkol'nykh psikhologov, roditelei i uchitelei [Psychological stress: Help yourself and your child. A book for school psychologists, parents and teachers]. Moscow: Akademiya Publ., 1997. 96 p. (In Russ.)
17. Shefov S.A. Psikhologiya gorya [Psychology of grief]. Saint-Petersburg: Rech' Publ., 2006. 144 p. (In Russ.)
18. Yunitskii V.A. Psikhologiya detskoj poteri (obzor zarubezhnykh issledovaniy) [Psychology of child Loss (review of foreign studies)]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14 «Psikhologiya» = Bulletin of the Moscow University. Psychology*, 1991, no. 2, pp. 49—61. (In Russ.)
19. Freid Z. Pechal' i melankholiya [Mourning and Melancholia]. St. Petersburg: Aleteiya Publ., 1998, pp. 211—231. (In Russ.)
20. Alencar V.O., do Nascimento I.R.C., dos Santos I.B., Almeida L.M.P. Understanding death in the eyes of hospitalized children. *Revista Bioética*. 2022. Vol. 30, no. 1, pp. 63—71. DOI:10.1590/1983-80422022301507EN (In Engl.)
21. Appel C.W., Frederiksen K., Hjalgrim H., Dyregrov A., Dalton S.O., Dencker A., Høybye M. T., Dige J. et. al. Depressive symptoms and mental health-related quality of life in adolescence and young adulthood after early parental death. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2019. Vol. 47, no. 7, pp. 782—792. DOI:10.1177/1403494818806371. (In Engl.)
22. Arslan B., Özer Z., Buldukoğlu K. Posttraumatic growth in parentally bereaved children and adolescents: A systematic review. *Death Studies*, 2022. Vol. 46, no. 1, pp. 111—123. DOI:10.1080/07481187.2020.1716886.
23. Bellet B.W., Neimeyer R.A., Berman J.S. Event Centrality and Bereavement Symptomatology: The Moderating Role of Meaning Made. *Omega. Journal of Death and Dying*. 2016. Vol. 78, no. 6, pp. 1—20. DOI:10.1177/0030222816679659. (In Engl.)
24. Bergman A.S., Axberg U., Hanson E. When a parent dies — a systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers.

- BMC Palliative Care*. 2017. Vol.16, no. 1, pp. 39—54. DOI:10.1186/s12904-017-0223-y. (In Engl.).
25. Boelen Paul A. The centrality of a loss-event: Patterns, correlates, and predictive value. *Anxiety, Stress & Coping*, 2021. Vol. 34, no. 3, pp. 258—265. DOI:10.1080/10615806.2021.1876226/
 26. Burrell L.V., Mehlum L., Qin P. Parental death by external causes during childhood and risk of psychiatric disorders in bereaved offspring. *Child and Adolescent Mental Health*, 2021. Vol. 27, no. 2, pp. 122—130. DOI:10.1111/camh.12470.80.
 27. Christ G.H. Children Bereaved by the Death of a Parent. In C.A. Corr and D.E. Balk (eds.) *Children's Encounters with Death, Bereavement, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 2010, pp. 169—193. (In Engl.).
 28. Corr C.A. Children, Development, and Encounters with Death, Bereavement, and Coping. In C.A. Corr and D.E. Balk (eds.) *Children's Encounters with Death, Bereavement, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 2010, pp. 3—20. (In Engl.).
 29. Doka K. J. Challenging the paradigm: New understandings of grief. In K.J. Doka (ed.) *Living with grief: Before and after the death*. Washington, DC, 2007, pp. 87—102. (In Engl.).
 30. Dyregrov A., Dyregrov K. Complicated grief in children—the Perspectives of experienced professionals. *Omega. Journal of Death and Dying*. 2013. Vol. 67. № 3. P. 291—303. DOI:10.2190/OM.67.3.c. (In Engl.).
 31. Falk M.W., Alvariza A., Kreicbergs U., Sveen J. The grief and communication family support intervention: Intervention fidelity, participant experiences, and potential outcomes. *Death Studies*, 2022. Vol. 46, no. 1, pp. 233244. DOI:10.1080/07481187.2020.1728429/
 32. Guldin M.B., Li J., Pedersen H.S. et al. Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: a population-based cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2015. Vol. 72, no. 12, pp. 1227—1234. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2015.2094. (In Engl.).
 33. Hillis S., Unwin J., Chen Y. et al. Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphan hood and deaths of caregivers: a modelling study. *Lancet*, 2021. Vol. 398, pp. 391—402. DOI:10.1016/S0140-6736(21)01253-8.
 34. Hoeg B.L., Christensen J., Banko L., Frederiksen K., Appel C.W., Dalton S.O., Dyregrov A. et.al. Psychotropic medication among children who experience parental death to cancer. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2021. Vol. 30, no. 7. DOI:10.1007/s00787-021-01846-y. (In Engl.).
 35. Hopkins M. The Development of Children's Understanding of Death. University of East Anglia. 2014. 141 p. (In Engl.).
 36. Kaplow J., Saxe G., Putnam F., Lieberman A. The Long-Term Consequences of Early Childhood Trauma: A Case Study and Discussion. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2006. Vol. 69, no. 4, pp. 362—375. DOI:10.1521/psyc.2006.69.4.362. (In Engl.).
 37. Kaplow J.B., Wamser-Nanney R., Layne C.M., Burnside A. et al. Identifying Bereavement-Related Markers of Mental and Behavioral Health Problems Among Clinic-Referred Adolescents. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 2020. Vol. 16, no. 3 (2), pp. 88—96. DOI:10.1176/appi.prcp.20190021.

38. Klass D., Silverman P.R., Nickman S.L. Continuing bonds: New understandings of grief. Washington, DC: Taylor & Francis. 2014. 384 p. DOI:10.4324/9781315800790. (In Engl.).
39. Melhem N.M., Porta G., Shamseddeen W., Walker P.M., Brent D.A. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry*. 2011. Vol. 68, no. 9, pp. 911—957. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2011.101. (In Engl.).
40. Rando T.A., Doka K.J., Fleming S., Francoa M.H., Lobb E.A., Parkes C.M., Steele R. A call to the field: complicated grief in the DSM-5. *Omega. Journal of Death and Dying*. 2012. Vol. 65, no. 4, pp. 251—255. DOI:10.2190/OM.65.4.a. (In Engl.).
41. Revet A., Bui E., Benvegnu G., Suc A., Mesquida L., Raynaud J.-P. Bereavement and reactions of grief among children and adolescents: Present data and perspectives. *L'Encéphale*, 2020. Vol. 46, no. 5. pp. 356—363. DOI:10.1016/j.encep.2020.05.007. (In Engl.).
42. Roley-Roberts M., Hill R.M., Layne Ch.M., Goldenthal H., Kaplow J.B. Cause of Caregiver Death and Surviving Caregiver Coping Style Predict Thwarted Belongingness in Bereaved Youth. *Archives of suicide research*, 2019. Vol. 23, no. 3, pp. 455—470. DOI:10.1080/13811118.2018.1470949.
43. Romano H. Le deuil chez l'enfant: spécificités selon les âges. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2017. Vol. 65, no. 5, pp. 318—327. DOI:10.1016/j.neurenf.2017.01.006. (in French)
44. Serralha C.A., de Faria Reis C.G., Miarel A. Understanding death for children who experienced severe illness. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2021. Vol. 73, no. 1, pp. 70—86. DOI:10.36482/1809-5267.ARBP2021v73i1p.70-86. (In Engl.).
45. Webb N.B. *Helping Bereaved Children: A Handbook for Practitioners*. Third Edition. New York: Guilford Press 2010. 408 p. (In Engl.).
46. Wolfelt A. *Helping children cope with grief*. New York, London: Routledge. 1984. 192 p. (In Engl.).

Информация об авторах

Баканова Анастасия Александровна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена (ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5062-6210>, e-mail: ba2006@mail.ru

Information about the authors

Anastassia A. Bakanova, PhD in Psychology, Associate Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychological Assistance, the Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5062-6210>, e-mail: ba2006@mail.ru

Получена 29.11.2022

Принята в печать 01.09.2023

Received 29.11.2022

Accepted 01.09.2023

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

THEORETICAL REVIEWS

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА — ИНТЕГРАЦИЯ ОПЫТА ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

А.В. ВАСИЛЬЕВА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>,
e-mail: annavdoc@yahoo.com

Т.А. КАРАВАЕВА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБУ ВО «СПБГУ»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (ФГБУ ВО «СПБГПМУ» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;
Национальный медицинский исследовательский центр онкологии

им. Н.Н. Петрова (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>,
e-mail: tania_kar@mail.ru

Д.С. РАДИОНОВ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>,
e-mail: dumradik@mail.ru

Актуальность. В отечественной практике до сих пор нет четких представлений об эффективных подходах в психотерапии, механизмах лечебного воздействия, а также принципах и алгоритмах оказания помощи, несмотря на активную разработку проблематики ПТСР. **Цель.** Анализ существующих научных публикаций по применению психотерапии в лечении посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и определение базовых принципов и ведущих методов психотерапии, используемых при оказании помощи лицам с ПТСР, формулировка алгоритмов психотерапевтических интервенций и содержание включенных в него этапов. **Материалы и методы.** Поиск литературы осуществлялся по базам данных PubMed, EMBASE, MEDLINE, РИНЦ и Кохрейновская библиотека. Предпочтение отдавалось работам последних 5 лет. **Результаты.** Приведено описание различных техник и приемов психотерапевтических интервенций, рассмотрены принципы выбора тактики психотерапевтического лечения. Отмечены особенности и описаны основные методы психотерапии, используемые для лечения ПТСР. Приведены основные механизмы терапевтического эффекта. Рассмотрены методология и структура терапевтического процесса, принципы стадийности оказания помощи и дается описание различных этапов психотерапевтического лечения. **Выводы.** Каждый из рассматриваемых в работе методов психотерапии имеет большую доказательную базу и ориентирован на травму, обуславливая непосредственное обращение к воспоминаниям о травмирующем событии или мыслям и чувствам, связанным с травмирующим событием.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, чрезвычайные ситуации, психотерапия, психотерапевтический процесс, персонализированная терапия, методы, техника и приемы психотерапии.

Для цитаты: Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства — интеграция опыта чрезвычайной ситуации // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 47—68. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310303>

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER PSYCHOTHERAPY — INTEGRATING THE EXPERIENCE OF AN EMERGENCY

ANNA V. VASILEVA

National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev (NMRC for psychiatry and neurology named after V.M. Bekhterev), St. Petersburg, Russian Federation
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (NWSMU named after I.I. Mechnikov), St. Petersburg, Russian Federation
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>,
e-mail: annavdoc@yahoo.com

TATIANA A. KARAVAEVA

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

DMITRIY S. RADIONOV

National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev (NMRC for psychiatry and neurology named after V.M. Bekhterev), St. Petersburg, Russian Federation
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>,
e-mail: dumradik@mail.ru

Background. In domestic practice, there are still no clear ideas about effective approaches to psychotherapy, mechanisms of therapeutic effects, as well as principles and algorithms for providing assistance, despite the active development of the problems of PTSD and the presence of an evidence base for the effectiveness of therapy for this group of patients. **Objective.** The analysis of existing scientific publications on the use of psychotherapy in the treatment of PTSD and the definition of the basic principles and leading methods of psychotherapy used in helping people with PTSD, the formulation of algorithms for psychotherapeutic interventions

and the content of the stages included in it. **Materials and methods.** Literature search was carried out on the databases PubMed, EMBASE, MEDLINE, RSCI and Cochrane Library. Preference was given to the works of the last 5 years. **Results.** The description of various techniques and techniques of psychotherapeutic interventions is given, the principles of choosing the tactics of psychotherapeutic treatment are considered. The features are noted and the main methods of psychotherapy used for the treatment of PTSD are described. The main mechanisms of the therapeutic effect are given. The methodology and structure of the therapeutic process, the principles of the stages of care and the description of the various stages of psychotherapeutic treatment are considered. **Conclusions.** Each of the methods of psychotherapy considered in the work has a large evidence base and is focused on trauma, causing a direct appeal to memories of a traumatic event or thoughts and feelings associated with a traumatic event.

Keywords: post-traumatic stress disorder, PTSD, emergencies, emergency, psychotherapy, psychotherapeutic process, personalized therapy, psychotherapy techniques and methods.

For citation: Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Radionov D.S. Post-traumatic Stress Disorder Psychotherapy — Integrating the Experience of an Emergency. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psychotherapy = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 3, pp. 47—68. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310303> (In Russ.).

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является клинически сложным состоянием, характеризующимся высоким уровнем коморбидной патологии, трудностями профилактики и реабилитации, социальной дезадаптацией лиц с ПТСР, существенной экономической и организационной нагрузкой на систему здравоохранения [1; 2; 3]. Пациенты с ПТСР имеют повышенный риск злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) и суицидального поведения [5; 4; 33; 34]. Согласно современным международным руководствам рекомендовано сочетанное использование фармакотерапевтических и психотерапевтических подходов в лечении данной патологии [10; 31]. Это находит подтверждение в возросшем числе исследований с высоким уровнем доказательности, указывающих на эффективность комбинированной терапии [30]. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что психотерапевтическое лечение безопасно и эффективно даже при наличии сопутствующих заболеваний, как факторов высокого риска хронификации ПТСР.

Большая часть популяции подвержена влиянию травматического опыта, связанного с высоким риском развития ПТСР. Лица с данным

расстройством сталкиваются с широким спектром проблем, включая трудности на работе, социальную дезадаптацию и нарушения физического здоровья, что обуславливает практическую значимость и необходимость разработки протоколов эффективной терапии на основе принципов доказательной науки. Имеющиеся на данный момент рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) посвящены изучению эффективности не только фармакологического лечения, но и множества вариантов психотерапевтических интервенций [26; 36]. Особое внимание уделяется когнитивно-поведенческой психотерапии, сфокусированной на травме (ТФ-КПТ) [7; 8; 19; 29].

Несмотря на большое количество зарубежных и отечественных научных публикаций о проблемах понимания и лечения ПТСР, в отечественной практике до сих пор нет четких представлений об эффективных подходах в психотерапии, механизмах лечебного воздействия, принципах и алгоритмах оказания помощи. Отмечаются случаи применения и рекомендаций к использованию методов психотерапии, не только не имеющих доказательной базы, но даже способных оказать негативное влияние на состояние пациентов с ПТСР [1].

Цель работы — определить базовые принципы и ведущие методы психотерапии, используемые при оказании помощи лицам с ПТСР, сформулировать алгоритм психотерапевтических интервенций и раскрыть содержание включенных в него этапов. В рамках указанной цели исследования выделены следующие задачи: описание основных методов психотерапии ПТСР и анализ данных их эффективности, оценка дальнейших путей развития психотерапевтических подходов в лечении ПТСР.

Методика

Использованные методы: поиск в электронных базах данных. При описании принципов, методов психотерапии ПТСР и алгоритма психотерапевтических интервенций использовались данные отечественных и зарубежных исследований. При рассмотрении эффективности методов психотерапии ПТСР оценивались публикации, вошедшие в базы данных PubMed, EMBASE, MEDLINE, РИНЦ и Кокрейновскую библиотеку. В качестве предмета поиска были выбраны заглавие публикации, аннотация и ключевые слова. Включение публикаций в анализ осуществлялось с использованием сортировочного фильтра по релевантности, при этом предпочтение отдавалось работам последних 5 лет. Источники для анализа: обзоры опубликованных метаанализов; результаты рандомизированных контролируемых исследований, систематические обзоры с таблицами доказательств.

Результаты и их обсуждение

Развитие проблематики. Изучение посттравматических расстройств и разработка методов оказания помощи пострадавшим лицам проходили исторически в несколько этапов.

Начальный этап относится к периоду, предшествующему выделению ПТСР в качестве самостоятельного диагноза. Впервые характерные симптомы посттравматического расстройства были описаны врачом Йоханнесом Хофером в 1688 г. у швейцарских солдат-наемников. По его мнению, симптомы были вызваны мыслями и желанием солдат вернуться домой. Цель лечения данных состояний заключалась в том, чтобы побудить солдат выстоять путем формирования более реалистичных представлений в отношении войны вокруг них. Однако, по мнению J.C. Da Costa, опубликовавшего результаты исследования американских солдат в статье «Раздраженное сердце: клиническое исследование функционального нарушения сердечной деятельности и его последствий» (1871 г), причина развития характерных симптомов (астенизации, одышки с ощущениями удушья, усиления сердцебиения, чувства дискомфорта в груди, головокружения и т. д.) связана с усталостью от военных действий. В качестве метода лечения J.C. Da Costa придавал большое значение отдыху солдат.

Дальнейшее развитие принципов оказания помощи наблюдается в периоды последующих крупномасштабных военных операций, таких как Русско-японская, Первая мировая, Вторая мировая войны. Отдыху по-прежнему отводилась значительная роль в лечении и профилактике травматических расстройств, однако должны были соблюдаться следующие условия при оказании помощи: ее близость (оказание помощи раненым вблизи линии фронта и в пределах шума боевых действий), немедленность (лечить без промедления), наличие у пострадавшего желания скорейшего возвращения на передовую после отдыха и пополнения запасов. Данные положения были объединены под общим названием «лечение на опережение» (forward treatment). Внедрялся принцип «отдыха и релаксации» (rest and relaxation), и происходила более частая ротация войск.

Дальнейший этап развития методов лечения связан с 1970 гг., когда появилось понятие вьетнамского или поствьетнамского синдрома, после чего термин ПТСР был впервые представлен в DSM-III. В этот же период начали активно разрабатываться методы и принципы когнитивно-поведенческой психотерапии А. Эллиса и А. Бека, среди которых значительную роль заняли методы экспозиции [19]. Далее в 1990 гг. группой авторов (А. Mannarino, J. Cohen, E. Deblinger) впервые были описаны положения когнитивно-поведенческой психотерапии, сфоку-

сированной на травме (ТФ-КПТ) [17]. Также были предложены методы когнитивного реструктуризации (Р. Resick), использование нарратива травмы и диалектической поведенческой терапии (М. Linehan) [25].

Современные исследования направлены на создание версий ТФ-КПТ, адаптированных с учетом различных культуральных особенностей [18]. Разработаны методы с опорой на данные когнитивной нейробиологии, такие как ДПДГ-терапия, проводится внедрение диджитализации, начинается использование искусственного интеллекта как наиболее перспективного направления в будущем.

Принципы психотерапии. Психотерапия, как и любой метод лечения, имеет перечень противопоказаний. К ним относятся: неготовность к раскрытию субъективных переживаний и страх, связанный с ними; превалирование механизма отрицания над другими психологическими защитами; отсутствие мотивации к достижению изменений в ходе лечения, наличие вторичной выгоды от требующей коррекции симптоматики; низкий уровень межличностной сенситивности; нарушения сеттинга и невозможность регулярно посещать сеансы психотерапии; трудности активной вербализации переживаний и слушания; характерологические особенности, не позволяющие конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу; выраженный негативизм или ригидность; состояния опьянения ПАВ; острое психотическое состояние [3; 4; 5; 6; 16; 26; 29; 30].

Различные методы психотерапии имеют не только теоретические, но также методические, алгоритмические различия в тактике и применяемых интервенциях. Несмотря на имеющиеся концептуальные особенности, используемые техники и приемы обладают общими чертами и имеют единый алгоритм.

Алгоритм психотерапевтических интервенций. Выделяют несколько этапов в психотерапевтической работе с пациентами с ПТСР:

1-й этап — стабилизация и повышение психологической устойчивости. Сразу после пережитого травматического события пострадавшим предлагаются меры по стабилизации психологического состояния. На ранних этапах развития принципов и методов оказания помощи активно применялся стресс-дебрифинг. Изначально данный метод был разработан в 1983 г. американским специалистом J. Mitchell в качестве краткосрочной интервенции для работников аварийно-спасательных служб, участвующих в устранении последствий критических инцидентов. Целью дебрифинга являлась помощь пострадавшим в выражении эмоций и нормализации реакций на травматическое событие. На современном этапе отсутствуют доказательные данные об эффективности применения стресс-дебрифинга, подчеркивается небезопасность данного метода и повышение риска развития у пострадавших ПТСР [1; 3; 37].

На сегодняшний день данный этап включает: изоляцию пострадавших от воздействия психотравмирующего фактора, обеспечение безопасности и формирование терапевтического альянса; оказание информационно-психологической поддержки, знакомство с основными проявлениями ПТСР, возможными будущими триггерами и потенциальными факторами, которые запускают каскад психофизиологических реакций [4].

2-й этап — проработка травмы. Его основным содержанием является проработка внутренних дезадаптивных убеждений и психосоциальных последствий психологической травматизации (чувств стыда и вины выжившего, негативных представления о мире и о себе как провокаторе насилия), определение и принятие имеющихся когнитивных искажений, обсуждение их влияния на эмоциональное состояние и поведение. Важным представляется оценка адекватности психических репрезентаций травматического опыта и степени их дезадаптирующего влияния на жизнь пациента. На этом этапе проводятся коррекция самооотношения; проработка травматических воспоминаний, снижение их аффективной заряженности и дальнейшая реструктуризация с применением персонализированных вариантов экспозиционных методов в сочетании с поступательно нарастающей конфронтацией с травматическим опытом и постоянной оценкой интервенции по шкале «эффективность/безопасность»; стимулирование переработки травмы с помощью методики ДПДГ (Десенсибилизация и переработка движением глаз / Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), по Ф. Шапиро) [32].

3-й этап — интеграция и посттравматический личностный рост. Целью этапа является медико-психологическая реабилитация лиц с ПТСР с применением поддерживающей индивидуальной или групповой психотерапии, реинтеграция в социум с привлечением семьи пострадавшего и/или близкого окружения. Достижение поставленных целей осуществляется благодаря социальной адаптации, снижению выраженности внутренней стигмы, возвращению к привычному образу жизни, профилактике рецидивов, обучению навыкам совладания со стрессом и проблемно-решающего поведения.

Методы психотерапии. Для лечения лиц с ПТСР существует несколько основных методов психотерапии. Ключевым признаком их дифференциации выступает степень ориентированности на проработку травматического опыта. Наиболее часто используют когнитивно-поведенческую психотерапию, сфокусированную на травме (ТФ-КПТ). Также активно применяются ее отдельные подходы, отличающиеся степенью преобладания экспозиционных и собственно когнитивных техник. Например: когнитивная психотерапия, направленная на коррекцию оценочных суждений и восприятия травматического опыта; когнитивно-процессу-

альная психотерапия, позволяющая заменить дезадаптивные когнитивные схемы на более адаптивные; КПТ с пролонгированной экспозицией, ориентированная на увеличение способности переносить неприятные ощущения, связанные с воспоминаниями о травме; нарративная экспозиционная терапия, предоставляющая возможность интегрировать травматичные воспоминания в биографическую линию пациента.

Оценка эффективности и сравнение методов психотерапии осуществлялась в ходе РКИ и представлена в результатах метааналитических исследований [19; 27; 36]. В кокрейновском обзоре J. Visson с соавт. производился анализ данных 70 РКИ с суммарной выборкой участников 4761 пациентов с диагностированным ПТСР [13]. Целью анализируемых исследований было изучение и определение сравнительной эффективности психотерапевтических методов. Согласно результатам данного обзора, индивидуальная ТФ-КПТ- и ДПДГ-терапия оказались более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия, несфокусированная на травме (стандартизированные средние величины (SMD) $-1,62$; 95% доверительный интервал (ДИ) от $-2,03$ до $-1,21$; 28 исследований; $n = 1256$ и SMD $-1,17$; 95% ДИ — от $2,04$ до $-0,30$; 6 исследований; $n = 183$ соответственно; $p \leq 0,001$).

В эпоху активного изучения нейробиологических коррелятов психических расстройств накапливается все больше исследований, задачей которых выступает оценка эффективности психотерапевтических интервенций с использованием методов нейровизуализации [20]. Суммируя имеющиеся данные, можно сделать вывод о том, что редукция симптомов, обусловленная применением методов экспозиции и ТФ-КПТ, связана с изменением активности участков головного мозга, участвующих в обработке и регуляции эмоций. Наблюдались повышенная гемодинамическая активность дорсальной префронтальной коры, выраженное торможение левой миндалины и вентромедиальной префронтальной/вентральной стриарной активация [там же].

Далее приводится описание наиболее эффективных форм психотерапии ПТСР (ТФ-КПТ, КПТ с пролонгированной экспозицией, нарративная экспозиционная терапия, ДБТ, ДПДГ):

Когнитивно-поведенческая психотерапия, сфокусированная на травме (ТФ-КПТ) [19]. Процесс проведения ТФ-КПТ характеризуется этапностью, осуществляемой с целью постепенной интенсификации оказываемого терапевтического воздействия. Выделяют три основных фазы: фаза стабилизации, фаза переработки (2—6 встреч), фаза интеграции и консолидации (2—8 встреч). Стоит отметить, что этапность оказания помощи лицам с ПТСР с применением ТФ-КПТ имеет схожую структуру и содержание с общим алгоритмом психотерапевтических интервенций.

Общее количество терапевтических встреч может варьироваться в диапазоне 15—18, равномерно разделенных между 3 этапами:

1-й этап. Стабилизация (4—13 встреч). Важной составляющей данного этапа является психообразование. Во время проведения психообразовательных мероприятий психотерапевт с учетом индивидуально-психологических и социо-культуральных особенностей пациента предоставляет информацию об общих характеристиках психотравмирующей ситуации, знакомит с особенностями психологических реакций и возможными последствиями. Специалист помогает пострадавшим научиться выявлять потенциальные стимулы, способные вызывать воспоминания о травматическом опыте и инициировать каскад психологических, нейробиологических и соматовегетативных реакций, подобных тем, которые возникли при непосредственном столкновении с травматическим опытом.

В рамках данного этапа осуществляется обучение лиц с ПТСР навыкам совладания с возникающими симптомами: развиваются навыки релаксации и аффективной регуляции. Релаксация может включать в себя методы контролируемого дыхания (йога, медитация), прогрессивную мышечную релаксацию и визуализацию. Основной задачей релаксационных упражнений является снижение уровня чрезмерного напряжения и возбуждения, а также выраженности соматовегетативных проявлений. Осуществляется нормализация нейроэндокринной регуляции за счет снижения гиперактивности систем реагирования на стресс: миндалевидного тела, связанных с ним участков лимбической системы головного мозга и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [38]. Психотерапевт помогает лицам с ПТСР выражать свои чувства и управлять негативными эмоциями в рамках обучения способам аффективной регуляции. Они могут включать в себя навыки проблемно-решающего поведения, поиск социальной поддержки, сосредоточение внимания на настоящем, методы управления гневом и техники позитивного отвлечения внимания (использование юмора, помощь другим, оценка в перспективе, чтение, прогулки).

2-й этап. Переработка (2—6 встреч). С целью переработки травматического события одним из методов ТФ-КПТ может выступать экспозиция (exposure). В рамках проведения экспозиции терапевт помогает лицам с ПТСР противостоять своим воспоминаниям о травмах и конкретным ситуациям, людям или объектам, которые стали ассоциироваться с травмирующим стрессором и вызывать то, что теперь является интенсивной эмоциональной или физической реакцией.

Нарративная экспозиция (imaginal exposure, narrative exposure, narrative exposure) имеет целью создать структурированную, последовательную историю жизни пациента, цепь событий, в которую объединены и прошлые положительные воспоминания, и травматический опыт, а также представления о будущем, в котором существуют позитивные

планы, реальные жизненные ориентиры, конкретные задачи. Крайне важно проявлять эмпатию и искреннюю заинтересованность, вовремя делать паузы, переключая акцент внимания на менее неприятные переживания. Совместно со специалистом пациент постепенно восстанавливает хронологию своей биографической личной истории, интегрируя в нее травматическое событие, мысли, переживания, ощущения, связанные с травмой. Ключевой задачей этого психотерапевтического метода считается гармоничное объединение прошлого опыта, где имелись ситуации травматизации, восприятие настоящего с имеющимися болезненными воспоминаниями и представлений о будущем, в котором травматический опыт воспринимается как одно из многочисленных звеньев личной биографии.

Экспозиция *in vivo* представляет собой осторожное столкновение в настоящем времени с ситуациями, избегаемыми лицом с ПТСР, ввиду их непосредственной или ассоциативной связи с психотравмой, что способствует увеличению выраженности эмоционального дистресса и соматовегетативных реакций (например, повторное вождение автомобиля после попадания в аварию; столкновение со случайным прохожим в ночное время после нападения и т. д.). Повторное воздействие помогает человеку осознать, что ситуация, которой он боялся, больше не опасна и что связанная с ней тревога будет уменьшаться.

В настоящее время наблюдается интенсивное развитие сферы информационных технологий, сопровождающееся диджитализацией (цифровизацией) окружающей среды. Это способствует совершенствованию психотерапевтических интервенций в отношении лиц с ПТСР, в частности активное *применение VR-технологий* (virtual reality technology, технологии виртуальной реальности (VR)) [3; 22; 35]. Применение технологий VR активно осуществляется в рамках экспозиции (virtual reality exposure therapy). VR позволяет в трехмерном измерении воспроизводить широкий спектр необходимых для экспозиции ситуаций. Наиболее разработанными на сегодняшний день являются программы, созданные для имитаций условий боевого стресса, использующиеся как для лечения ПТСР у комбатантов, так и для его профилактики перед отправкой новобранцев в зону активных боевых действий. Эффективность методов экспозиции с применением технологий VR отражена в различных метааналитических исследованиях последних лет: S. Neo с соавт. (2022), I. van Loenen с соавт. (2022) [22; 35]. Несмотря на высокую оценку эффективности экспозиционных методов с использованием VR-технологий, Park M.J. с соавт. отмечают ряд трудностей, препятствующих их широкому применению в качестве реального инструмента в психиатрической практике, таких как реакции вестибулярного аппарата (головокружения, ощущение укачивания и т. д.), сухость глаз, а также высокий риск утяже-

ления течения аддиктивного расстройства у лиц с различными формами нехимических зависимостей (в том числе лудомании) [28].

В рамках экспозиции с целью переработки психических репрезентаций опыта и связанных с ним убеждений используются методы когнитивной психотерапии. Основная задача данного вида терапии — модификация пессимистических и катастрофических оценок и воспоминаний, связанных с психотравмой, с целью преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих нормальному повседневному функционированию [3; 12]. Основной терапевтический механизм представлен когнитивной реструктуризацией (*cognitive restructuring* (CR)), в рамках которой осуществляется фокусировка на выявлении и изменении дезадаптивных мыслей, убеждений и интерпретаций травматического опыта, приводящих пациента к переоценке настоящих событий [19]. Реструктуризация осуществляется с применением сократовского диалога, вероятностных рассуждений и мышления, основанного на фактах. На сеансах психотерапии с помощью различных когнитивных техник (техника «За и против», техника «Заполнение пустоты», реатрибуция и т. д.) пациент приходит к более адаптивным выводам.

На основе сочетания вариантов экспозиции и техник когнитивно-поведенческой терапии (рескриптинг, реструктуризация и т. д.) выделяются следующие варианты когнитивно-поведенческой психотерапии, сфокусированной на травме (ТФ-КПТ) [19; 29].

КПТ с пролонгированной экспозицией (4—10 встреч) в рамках которой осуществляется снижение выраженности симптоматики ПТСР, изменение убеждений и когнитивных схем, связанных с психотравмирующим фактором (например, представления о своем бессилии и врожденной порочности) путем изменения (рескриптинга) визуализируемых пациентом в процессе пролонгированной экспозиции детализированных воспоминаний, образов травматического события; при этом пациент имеет возможность представить, что контролирует ситуацию и способен действовать в соответствии с собственными потребностями, выражать свои чувства и тенденции к действию.

Нарративная экспозиционная терапия (4—10 встреч): в рамках данного метода осуществляется выявление и изменение дезадаптивных мыслей, убеждений и интерпретаций травматического опыта с целью переоценки пациентом настоящих событий, что достигается с помощью составления письменного пересказа (нарратива) психотравмирующих ситуаций/событий с соблюдением временной последовательности и этапности воздействия стрессовых факторов. Метод активно используется для помощи беженцам, его основной задачей является составление последовательного жизненного нарратива, в контекст которого вписывается травматический опыт.

3-й этап. Интеграция и консолидация (2—8 встреч).

Осуществляется медико-психологическая реабилитация пациентов с ПТСР с применением поддерживающей (суппортивной) психотерапии. Задачей психотерапевта является создание безопасной среды для пациентов, что достигается путем психолого-профилактических мероприятий в их семье (психообразование), совместной выработкой плана по социальной интеграции, определения шагов и тактики поведения по преодолению кризисных ситуаций, связанных с безопасностью и высоким риском физического насилия. Активно применяется поддерживающая групповая терапия с целью достижения интерперсонального комфорта, который ориентирует членов группы на совладание с травмой и улучшение социальной адаптации.

В случаях длительной или множественной травматизации для формирования альтернативной оценки травматического опыта применяют индивидуальную **диалектическую бихевиоральную терапию (ДБТ)**. ДБТ была разработана американским психологом Маршей Линехан с целью лечения пациентов, страдающих пограничным расстройством личности (ПРЛ) [4]. Основная цель терапии представлена формированием альтернативной оценки травматического опыта, который часто пациентами однозначно воспринимается как невыносимый и безысходный. Поведенческий модуль направлен на выработку оптимальных паттернов поведения и снижение риска суицидального поведения. В процессе диалектической бихевиоральной терапии ПТСР применяются техники «осознанности» (mindfulness), проводится обучение навыкам переносимости дистресса и эмоциональной саморегуляции, повышаются межличностная эффективность и степень самопринятия. ДБТ имеет наибольшее число эмпирических данных, а результаты многочисленных клинических исследований подтверждают доказанную эффективность по снижению числа суицидальных попыток по сравнению с обычным лечением у пациентов с ПТСР.

Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ). Представляет собой метод конфронтации с травматическим опытом с помощью применения направленной билатеральной (двухсторонней) стимуляции (попеременное движение глаз, звуковые раздражители, прикосновения к тыльной поверхности ладони пациента) и одновременным имажинативным представлением травматического события [32]. ДПДГ — метод индивидуальной психотерапии длительностью 6—12 встреч, которые могут проводиться последовательно каждый день. В основе метода лежит представление о том, что эмоциональная травма может нарушить работу системы переработки информации, тем самым способствуя формированию интрузионных симптомов ПТСР. Современные теории предполагают, что механизм терапевтического воздействия ДПДГ за-

ключается в параллельной активации рабочей памяти: при повторной активации травмирующего переживания рабочая память задействуется одновременно. Таким образом, пациенты отвлекаются от полного повторного переживания и интенсивность переживаемых эмоций снижается. Раздражители, используемые при билатеральной стимуляции, способствуют активизации избирательного отбора поступающей сенсорной информации и переработке травматического опыта. Совокупные данные метааналитических исследований указывают на большую эффективность ДПДГ в редукции интрузивной симптоматики по сравнению с ТФ-КПТ, однако отмечается меньшее влияние этого вида терапии на симптомы, связанные с возбуждением и эмоциональной дисрегуляцией [15; 23; 25].

Несмотря на признание в психоаналитической теории важной роли воздействия травматического опыта на личность, пока в литературе отсутствуют какие-либо систематические данные об эффективности **психодинамических методов** психотерапии в отношении ПТСР. Из клинического опыта известен риск утяжеления симптоматики при использовании психотерапевтических подходов, основанных на методах конфронтации. Стоит отметить, что большинство публикаций об использовании динамических методов при этой патологии представлены преимущественно описанием клинических случаев, теоретическими обзорами концепций и исследованиями с низким уровнем систематизации. Возможность структурированных исследований эффективности психодинамической психотерапии для пациентов с ПТСР, основанных на принципах доказательной науки, остается ограниченной ввиду сложности и кардинального отличия процесса психодинамического лечения от структуры научного эксперимента.

Заключение

Высокая встречаемость лиц с ПТСР, социальные и организационные трудности при оказании помощи обуславливают создание новых и совершенствование уже имеющихся методов терапии в рамках персонализированного подхода. Современные исследования показывают высокую эффективность психотерапии ПТСР.

В данной статье были представлены основные принципы и методы психотерапии пациентов с ПТСР с оценкой их эффективности. Одним из наиболее эффективных методов психотерапии признается ТФ-КПТ. Это подкрепляется результатами многочисленных метааналитических исследований, РКИ, что служит основанием для включения метода в зарубежные и отечественные клинические рекомендации. Также свою

эффективность продемонстрировали методы экспозиционной терапии, ДПДГ. Перспективным представляется дальнейшее изучение ДБТ.

Результаты немногочисленных нейровизуализационных исследований демонстрируют значительное влияние психотерапии на активность специфических участков головного мозга. Актуальным является дальнейшее внедрение методов нейровизуализации с целью поиска нейробиологических коррелятов эффективности используемых интервенций.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Васильева А.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» к МКБ-11 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Том. 122. № 10 С. 72—81. DOI:10.17116/jnevro202212210172
2. *Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П.* Диагностика и терапия посттравматического стрессового расстройства в клинике пограничных расстройств и соматической медицине [Электронный ресурс] // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: сб. метод. рекомендаций / Сост. Н.В. Семенова; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Выпуск 2. СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА». 2019. С. 300—324. URL: https://bekhterev.ru/wp-content/uploads/2021/05/2019_sbornik_m_vyp_2.pdf (дата обращения: 10.02.2023).
3. *Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., Радионов Д.С.* Основные подходы к диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. Том. 56. № 4. С. 107—111. DOI:10.31363/2313-7053-2022-4-107-111
4. *Васильева А.В., Караваева Т.А., Незнанов Н.Г.* Психотерапия: учебник / Под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с. DOI:10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-86
5. *Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С.* Коморбидность посттравматического стрессового расстройства и злоупотребления психоактивными веществами: проблемы диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии // Вопросы наркологии. 2022. Том 212. № 9 (10). С. 75—95. DOI:10.47877/0234-0623_2022_9-10_75
6. *Лихи Р.Л., Сэмл Р.* Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Консультативная психология и психотерапия. 2002. Том 10. № 1. С. 141—158.
7. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д.* Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Ч. 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 3. С. 92—100.
8. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д.* Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 1. С. 70—79.

9. *Aziraj-Smajić V., Hasanović M.* Suicidality in Persons with Post-Traumatic Stress Disorder: What Are the Risk Factors? // *Psychiatr Danub.* 2020. Vol. 32 (4). P. 436—448.
10. *Bandelow B., Allgulander C., Baldwin D.S., et al.* World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders — Version 3. Part II: OCD and PTSD // *World J Biol Psychiatry.* 2022. P. 1—17. DOI:10.1080/15622975.2022.2086296
11. *Bertl M., Metsallik J., Ross P.* A Systematic Literature Review of AI-based Digital Decision Support Systems for Post-traumatic Stress Disorder // *Frontiers in Psychiatry.* 2022. Vol. 13. DOI:10.3389/fpsy.2022.923613
12. *Bisson J.I., van Gelderen M., Roberts N.P., Lewis C.* Non-pharmacological and non-psychological approaches to the treatment of PTSD: results of a systematic review and meta-analyses // *Eur J Psychotraumatol.* 2020. Vol. 11. № 1. P. 1795361. DOI: 10.1080/20008198.2020.1795361
13. *Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C.* Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults // *Cochrane Database Syst Rev.* 2013. Vol. 12. P. CD003388. DOI:10.1002/14651858.CD003388.pub4
14. *Carl E., Stein A.T., Levihn-Coon A.* Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials // *J Anxiety Disord.* 2019. Vol. 61. P. 27—36. DOI:10.1016/j.janxdis.2018.08.003
15. *Chen L., Zhang G., Hu M., Liang X.* Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis // *J Nerv Ment Dis.* 2015. Vol. 203 № 6. P. 443—451. DOI:10.1097/NMD.0000000000000306
16. *Chiba T., Kanazawa T., Koizumi A., Ide K., Taschereau-Dumouchel V., Boku S., Hishimoto A., Shirakawa M., Sora I., Lau H., Yoneda H., Kawato M.* Current Status of Neurofeedback for Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and the Possibility of Decoded Neurofeedback // *Front Hum Neurosci.* 2019. Vol. 17. № 12. P. 233. DOI:10.3389/fnhum.2019.00233
17. *Cohen J.A., Deblinger E., Mannarino A.P.* Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families // *Psychother Res.* 2018. Vol. 28. № 1. P. 47—57. DOI:10.1080/10503307.2016.1208375
18. *Ennis N., Shorer S., Shoal-Zuckerman Y., Freedman S., Monson C.M., Dekel R.* Treating posttraumatic stress disorder across cultures: A systematic review of cultural adaptations of trauma-focused cognitive behavioral therapies // *J Clin Psychol.* 2020. Vol. 76. № 4. P. 587—611. DOI:10.1002/jclp.22909
19. *Foa E.B., Hembree E., Rothbaum B., Rauch S.* Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences, 2019. Oxford University Press, 2019. 146 p. DOI:10.1093/med-psych/9780190926939.001.0001
20. *Fonzo G.A., Goodkind M.S., Oathes D.J.* Selective Effects of Psychotherapy on Frontopolar Cortical Function in PTSD // *Am J Psychiatry.* 2017. Vol. 174. № 12. P. 1175—1184. DOI:10.1176/appi.ajp.2017.16091073
21. *Godfrey K., Albright D.* Cognitive Processing Therapy // *Social Work.* 2021. № 1. P. 12—24. DOI:10.1093/obo/9780195389678-0297
22. *Heo S., Park J.H.* Effects of Virtual Reality-Based Graded Exposure Therapy on PTSD Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Int J Environ Res Public Health.* 2022. Vol. 19. № 23. P. 15911. DOI:10.3390/ijerph192315911

23. *Hudays A., Gallagher R., Hazazi A., Arishi A., Bahari G.* Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19. № 24. P. 16836. DOI:10.3390/ijerph192416836
24. *Kearns N.T., Cloutier R.M., Carey C., Contractor A.A., Blumenthal H.* Alcohol and Marijuana Polysubstance Use: Comparison of PTSD Symptom Endorsement and Severity Patterns // *Cannabis (Research Society on Marijuana)*. 2019. Vol. 2. № 13. P. 9–52. DOI:10.26828/cannabis.2019.01.004
25. *Lely J.C.G., Smid G.E., Jongedijk R.A., Knipscheer J., Kleber R.J.* The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis // *Eur J Psychotraumatol*. 2019. Vol. 10. № 1. P. 1550344. DOI:10.1080/20008198.2018.1550344
26. *Lewis C., Roberts N.P., Andrew M., Starling E., Bisson J.I.* Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis // *Eur J Psychotraumatol*. 2020. Vol. 11. № 1. P. 1729633. DOI:10.1080/20008198.2020.1729633
27. *Mavranouzouli I., Megnin-Viggars O., Daly C.* Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis // *Psychol Med*. 2020. Vol. 50. № 4. P. 542–555. DOI:10.1017/S0033291720000070
28. *Park M.J., Kim D.J., Lee U., Na E.J., Jeon H.J.* A Literature Overview of Virtual Reality (VR) in Treatment of Psychiatric Disorders: Recent Advances and Limitations // *Front Psychiatry*. 2019. Vol. 10. P. 505. DOI:10.3389/fpsy.2019.00505
29. *Resick P., Wachen J., Dondanville K., Pruiksma K., Yarvis J., Peterson A., YoungMcCaughan S.* Effect of group vs individual cognitive processing therapy in active-duty military seeking treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial // *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74. № 1. P. 28–36. DOI:10.1037/0022-006x.70.4.867
30. *Roberts N.P., Kitchiner N.J., Kenardy J., Lewis C.E., Bisson J.I.* Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis // *Eur J Psychotraumatol*. 2019. Vol. 10. № 1. P. 169548. DOI:10.1080/20008198.2019.1695486
31. *Schäfer I., Gast U., Hofmann A.* S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (Federführende Fachgesellschaft) [Электронный ресурс]. Berlin: Springer, 2019. 118 p. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/b7d6e351610631daac5ef08f6cde9fb3c4dd3600/155-0011_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2019-12.pdf (дата обращения: 10.02.2023).
32. *Shapiro F.* Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories // *J. Traum. Stress*. 1989. Vol. 2. P. 199–223. DOI:10.1002/jts.2490020207
33. *Stanley I.H.* Advancements in the understanding of PTSD and suicide risk: Introduction to a special section // *Psychol Trauma*. 2021. Vol. 13. № 7. P. 723–724. DOI:10.1037/tra0001121
34. *Valiente-Gómez A., Moreno-Alcázar A., Treen D., et al.* EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review // *Front Psychol*. 2017. Vol. 8. P. 16–68. DOI:10.3389/fpsyg.2017.01668

35. van Loenen I., Scholten W., Muntingh A., Smit J., Batelaan N. The Effectiveness of Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Severe Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, and posttraumatic stress disorder: Meta-analysis // *J Med Internet Res*. 2022. Vol. 24 № 2. P. e26736. DOI:10.2196/26736
36. Watts B.V., Schnurr P.P., Mayo L., Young-Xu Y., Weeks W.B., Friedman M. J. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder // *Journal of Clinical Psychiatry*. 2013. Vol. 74. № 6. P. 541—550. DOI:10.4088/JCP.12r08225
37. Zang Y., Hunt N., Cox T. A randomised controlled pilot study: The effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake // *BMC Psychiatry*. 2013. Vol. 13. № 1. P. 10—22. DOI:10.1186/1471-244X-13-41
38. Zioev V., Phillips R., Misaki M., Wong C.K., Wurfel B.E., Krueger F., et al. Real-time fMRI neurofeedback training of the amygdala activity with simultaneous EEG in veterans with combat-related PTSD // *Neuroimage Clin*. 2018. Vol. 19. P. 106. DOI:10.1016/j.nicl.2018.04.010

REFERENCES

1. Vasileva A.V. Post-traumatic stress disorder in the focus of international research: from soldier heart to ICD-11. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*, 2022, vol. 122, no. 10, pp. 72—81. DOI:10.17116/jnevro202212210172 (In Russ., abstr. In Engl.)
2. Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P. Diagnostika i terapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva v klinike pogranichnykh rasstroistv i somaticheskoi meditsine [Elektronnyi resurs]. Diagnostika i lechenie psikhicheskikh i narkologicheskikh rasstroistv: sovremennye podkhody. Sbornik metodicheskikh rekomendatsii / sost. N. V. Semenova, pod obshch. red. N. G. Neznanova. Vypusk 2. SPb.: izdatel'sko-poligraficheskaya kompaniya «KOSTA», 2019. Pp. 300—324. URL: https://bekhterev.ru/wp-content/uploads/2021/05/2019_sbornik_m_vyp_2.pdf (Accessed: 10.02.2023). (In Russ.)
3. Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P., Radionov D.S. Basic approaches to the diagnosis and therapy of post-traumatic stress disorder. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*, 2022. Vol. 56, no. 4, pp. 107—111. DOI:10.31363/2313-7053-2022-4-107-111 (In Russ., abstr. In Engl.)
4. Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Neznanov N.G. Psikhoterapiya: uchebnik / pod red. A.V. Vasilevoi, T.A. Karavaevoi, N. G. Neznanova. Moskva: GEOTAR-Media, 2022. 864 p.: il. DOI:10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-86
5. Karavaeva T.A., Vasileva A.V., Radionov D.S. Comorbidity of Post-traumatic stress disorder and psychoactive substance abuse: problems of diagnostics, etiology, pathogenesis, and approaches to psychotherapy. *Journal of Addiction Problems*, 2022, vol. 212, no. 9 (10), pp. 75—95. DOI:10.47877/0234-0623_2022_9-10_75 (In Russ., abstr. In Engl.)
6. Lih R., Sjempl R. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: kognitivnobihevioral'nyj podhod, *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*, 2002, no. 1, pp. 1—18.
7. Kholmogorova A.B., Garanjan N.G., Nikitina I.V., Pugovkina O.D. Nauchnye issledovaniya protsessa psikhoterapii i ee effektivnosti: sovremennoe sostoyanie problemy. Ch. 1. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikihiatriya*, 2009, no. 3, pp. 92—100.

8. Kholmogorova A.B., Garanjan N.G., Nikitina I.V., Pugovkina O.D. Nauchnye issledovaniya protsessa psikhoterapii i ee effektivnosti: sovremennoe sostoyanie problemy. Chast' 2. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya*, 2010, no. 1, pp. 70—79.
9. Aziraj-Smajić V., Hasanović M. Suicidality in Persons with Post-Traumatic Stress Disorder: What Are the Risk Factors? *Psychiatr Danu*, 2020, vol. 32 (4), pp. 436—448.
10. Bandelow B., Allgulander C., Baldwin D.S., et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders — Version 3. Part II: OCD and PTSD [published online ahead of print, 2022 Jul 28]. *World J Biol Psychiatry*, 2022, pp. 1—17. DOI:10.1080/15622975.2022.2086296
11. Bertl M., Metsallik J., Ross P. A Systematic Literature Review of AI-based Digital Decision Support Systems for Post-traumatic Stress Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 2022, vol. 13. DOI:10.3389/fpsy.2022.923613
12. Bisson J.I., van Gelderen M., Roberts N.P., Lewis C. Non-pharmacological and non-psychological approaches to the treatment of PTSD: results of a systematic review and meta-analyses. *Eur J Psychotraumatol*, 2020, vol. 11, no. 1, p. e1795361. DOI:10.1080/20008198.2020.1795361
13. Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, vol. 12, p. CD003388. DOI:10.1002/14651858.CD003388.pub4
14. Carl E., Stein A.T., Levihn-Coon A. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord*, 2019, Vol. 61, pp. 27—36. DOI:10.1016/j.janxdis.2018.08.003
15. Chen L., Zhang G., Hu M., Liang X. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*, 2015, vol. 203, no. 6, pp. 443—451. DOI:10.1097/NMD.0000000000000306
16. Chiba T., Kanazawa T., Koizumi A., Ide K., Taschereau-Dumouchel V., Boku S., Hishimoto A., Shirakawa M., Sora I., Lau H., Yoneda H., Kawato M. Current Status of Neurofeedback for Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and the Possibility of Decoded Neurofeedback. *Front Hum Neurosci*, 2019, vol. 17, no. 12, p. 233. DOI:10.3389/fnhum.2019.00233
17. Cohen A. Gestalt Therapy and Post-Traumatic Stress Disorder: The Irony and the Challenge. *Gestalt Review*, 2003, vol. 7, no. 42, 604—618 pp. DOI:10.5325/gestaltreview.7.1.0042
18. Ennis N., Shorer S., Shoval-Zuckerman Y., Freedman S., Monson C.M., Dekel R. Treating posttraumatic stress disorder across cultures: A systematic review of cultural adaptations of trauma-focused cognitive behavioral therapies. *J Clin Psychol*, 2020, vol. 76, no. 4, pp. 587—611. DOI:10.1002/jclp.22909
19. Foa E.B., Embree E., Rothbaum B., Rauch S. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences — Therapist Guide Emotional Processing of Traumatic Experiences — Therapist Guide. Oxford University Press, 2019. 146 p. DOI:10.1093/med-psych/9780190926939.001.0001
20. Fonzo G.A., Goodkind M.S., Oathes D.J. Selective Effects of Psychotherapy on Frontopolar Cortical Function in PTSD. *Am J Psychiatry*, 2017, vol. 174, no. 12, pp. 1175—1184. DOI:10.1176/appi.ajp.2017.16091073

21. Godfrey K., Albright D. Cognitive Processing Therapy. *Social Work*, 2021, № 1, pp. 12—24. DOI:10.1093/obo/9780195389678-0297
22. Heo S., Park J.H. Effects of Virtual Reality-Based Graded Exposure Therapy on PTSD Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, vol. 19, no. 23, p. 15911. doi:10.3390/ijerph192315911
23. Hudays A., Gallagher R., Hazazi A., Arishi A., Bahari G. Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, vol. 19, no. 24, pp. 16836. DOI:10.3390/ijerph192416836
24. Kearns N.T., Cloutier R.M., Carey C., Contractor A.A., Blumenthal H. Alcohol and Marijuana Polysubstance Use: Comparison of PTSD Symptom Endorsement and Severity Patterns. *Cannabis (Research Society on Marijuana)*, 2019, vol. 2, no. 13, pp. 9—52. DOI:10.26828/cannabis.2019.01.004
25. Lely J.C.G., Smid G.E., Jongedijk R.A., Knipscheer J., Kleber R.J. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 2019, Vol. 10, no. 1, p. 1550344. DOI:10.1080/20008198.2018.1550344
26. Lewis C., Roberts N.P., Andrew M., Starling E., Bisson J.I. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 2020, vol. 11, no. 1, p. 1729633. DOI:10.1080/20008198.2020.1729633
27. Mavranzouli I., Megnin-Viggars O., Daly C. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med*, 2020, vol. 50, no. 4, pp. 542—555. DOI:10.1017/S0033291720000070
28. Park M.J., Kim D.J., Lee U., Na E.J., Jeon H.J. A Literature Overview of Virtual Reality (VR) in Treatment of Psychiatric Disorders: Recent Advances and Limitations. *Front Psychiatry*, 2019, vol. 10, p. 505. DOI:10.3389/fpsyt.2019.00505
29. Resick P., Wachen J., Dondanville K., Pruiksma K., Yarvis J., Peterson A., YoungMcCaughan S. Effect of group vs individual cognitive processing therapy in active-duty military seeking treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 2017, vol. 74, no. 1, pp. 28—36. DOI:10.1037//0022-006x.70.4.867
30. Roberts N.P., Kitchiner N.J., Kenardy J., Lewis C.E., Bisson J.I. Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 2019, vol. 10, no. 1, p. 169548. DOI:10.1080/20008198.2019.1695486
31. Schäfer I., Gast U., Hofmann A. S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (Federführende Fachgesellschaft). Version: 19.12.2019 URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/b7d6e351610631daac5ef08f6cde9fb3c4dd3600/155-0011_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2019-12.pdf (Accesed: 10.02.2023).
32. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J. Traum. Stress*, 1989, vol. 2, pp. 199—223. DOI:10.1002/jts.2490020207

33. Stanley I.H. Advancements in the understanding of PTSD and suicide risk: Introduction to a special section. *Psychol Trauma*, 2021, vol. 13, no. 7, pp. 723—724. DOI:10.1037/tra0001121
34. Valiente-Gómez A., Moreno-Alcázar A., Treen D., et al. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Front Psychol*, 2017, vol. 8, p. 1668. DOI:10.3389/fpsyg.2017.01668
35. van Loenen I., Scholten W., Muntingh A., Smit J., Batelaan N. The Effectiveness of Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Severe Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, and posttraumatic stress disorder: Meta-analysis. *J Med Internet Res*, 2022, vol. 24, no. 2, p. e26736. DOI:10.2196/26736
36. Watts B.V., Schnurr P.P., Mayo L., Young-Xu Y., Weeks W.B., Friedman M. J. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2013, vol. 74, no. 6, pp. 541—550. DOI:10.4088/JCP.12r08225
37. Zang Y., Hunt N., Cox T. A randomised controlled pilot study: The effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry*, 2013, vol. 13, no. 1, p. 1. DOI:10.1186/1471-244X-13-41
38. Zotev V., Phillips R., Misaki M., Wong C.K., Wurfel B.E., Krueger F., et al. Real-time fMRI neurofeedback training of the amygdala activity with simultaneous EEG in veterans with combat-related PTSD. *Neuroimage Clin*, 2018, vol. 19. P. 106. DOI:10.1016/j.nicl.2018.04.010

Информация об авторах

Васильева Анна Владимировна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации; доцент, кафедры психотерапии и сексологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Российская федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, e-mail: annavdoc@yahoo.com

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

Радионо́в Дми́трий Серге́евич, младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>, e-mail: dumradik@mail.ru

Information about the authors

Anna V. Vasileva, Doctor of Medical Sciences, Chief Researcher of the Department for the Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy of the Federal State Budgetary Institution National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after N.N. V.M. Bekhterev” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Associate Professor of the Department of Psychotherapy and Sexology of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “North-Western State Medical University. I.I. Mechnikov” of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, e-mail: annavdoc@yahoo.com

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

Dmitriy S. Radionov, Junior Researcher at the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy of the Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after N.N. V.M. Bekhterev” of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>, e-mail: dumradik@mail.ru

Получена 14.03.2023

Received 14.03.2023

Принята в печать 19.07.2023

Accepted 19.07.2023

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКИ ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ (EMDR) ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ

Е. В. КАЗЕННАЯ

Московский педагогический государственный университет
(ФГБОУ ВО МПГУ),

Москва, Российская Федерация;

Национальная Ассоциация «ДПДГ»,

Санкт-Петербург, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>,

e-mail: kazennayahelen@gmail.com

Актуальность. Настоящая статья представляет обзор исследований эффективности метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ, или EMDR) при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), в который вошли данные значимых и последних систематических обзоров и метаанализов. По данным многочисленных исследований, посттравматическое стрессовое расстройство может повышать риски заболеваемости и вызывать функциональные нарушения, а также ухудшать психическое здоровье при отсутствии помощи и лечения. В связи с этим лечение ПТСР является необходимым условием для улучшения качества жизнедеятельности, а также психического и соматического здоровья населения. **Цель исследования.** Анализ современного состояния исследований эффективности ДПДГ-терапии при ПТСР. **Результаты.** Показано, что десенсибилизация и переработка движениями глаз снижает связанные с ПТСР симптомы, а также тревожные симптомы и депрессивные состояния среди разных групп лиц (тех, кто переживает опасные для жизни заболевания, в том числе онкологические; вынужденных переселенцев/беженцев и др.). Выявлено, что метод ДПДГ, по сравнению с когнитивно-бихевиоральной терапией (КБТ), может быть более

эффективным для снижения тяжести симптомов вторжения и возбуждения, однако показатели снижения симптомов избегания почти одинаковые при обоих подходах. В настоящее время все более актуальными становятся исследования, которые демонстрируют эффективность ДПДГ-терапии в кругу проблем более широком, чем зона травма-фокусированного подхода. Исследователями отмечено, что ДПДГ нуждается в дальнейшем изучении эффективности на различных выборках. Насколько нам известно, в настоящее время отсутствуют исследования эффективности ДПДГ на российской выборке.

Ключевые слова: эффективность психотерапии, посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, десенсибилизация и переработка движениями глаз, ДПДГ, рандомизированные контролируемые исследования, метаанализ, научный обзор.

Для цитаты: Казенная Е.В. Современное состояние исследований эффективности метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (EMDR) при посттравматическом стрессовом расстройстве // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 69—90. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310304>

CURRENT STATE OF RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS OF EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND PROCESSING (EMDR) IN POST TRAUMATIC STRESS DISORDER

ELENA V. KAZENNAYA

Childhood Institute of Moscow Pedagogical State University (MPSU),
Moscow, Russia

EMDR Russia Association

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>,

e-mail: kazennayahelen@gmail.com

Relevance. This article provides an overview of studies examining the effectiveness of Eye Movement Desensitization and Processing (EMDR) in treating post-traumatic stress disorder (PTSD). It presents the findings from the latest systematic reviews and meta-analyses. Drawing from recent systematic reviews and meta-analyses, this study underscores the significant impact of untreated PTSD on morbidity, functional impairment, and overall mental health. Therefore, exploring effective treatments for PTSD is vital to enhance the quality of life and the mental and physical well-being of affected individuals. **Purpose of the study.** This study aims to analyze the current

state of research concerning the effectiveness of EMDR therapy for PTSD. **Results.** Eye movement desensitization and processing has been shown to reduce symptoms associated with PTSD, as well as anxiety and depression, among various groups of individuals, including survivors of life-threatening diseases (such as cancer), first responders, and internally displaced persons/refugees. The research suggests that EMDR may be more effective than Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in reducing the severity of intrusion and arousal symptoms. However, both approaches show relatively similar rates of reduction in avoidance symptoms. Encouragingly, recent studies indicate that EMDR therapy's effectiveness extends beyond trauma-focused applications, emphasizing its potential utility in addressing a broader spectrum of issues. The researchers note that further investigation is needed to determine the effectiveness of EMDR on different samples. Currently, there are no studies available on the effectiveness of EMDR specifically on a Russian sample, based on the best of our knowledge.

Keywords: effectiveness of psychotherapy, post-traumatic stress disorder, PTSD, eye movement desensitization and reprocessing, EMDR, meta-analysis, randomised trials, scientific review.

For citation: Kazennaya E.V. Current State of Research on the Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Processing (EMDR) in Post-Traumatic Stress Disorder. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 3, pp. 69–90. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310304> (In Russ.).

Введение

Обширные исследования, проведенные за последние три десятилетия начиная с 1989 года, продемонстрировали эффективность метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (EMDR, или ДПДГ)¹ в уменьшении симптомов посттравматического стрессового расстройства. В результате он был признан в мировом профессиональном сообществе как качественный метод лечения при данном диагнозе. В настоящее время ДПДГ включен в большинство международных руководств по лечению посттравматического стрессового расстройства. В частности, данный метод рекомендуют Национальное общество исследований травматического стресса (ISTSS), Национальный институт

¹ Среди клиницистов и членов Национальной ассоциации поддержки и развития метода психотерапии десенсибилизации переработки с помощью движений глаз (Национальная Ассоциация «ДПДГ») устоялась традиция называть метод без перевода аббревиатуры EMDR. Однако в данной статье будет представлена аббревиатура метода в переводе ДПДГ, как рекомендовано Министерством здравоохранения РФ.

здравоохранения и передового опыта (NICE), Американская психологическая ассоциация (APA). Всемирная организация здравоохранения уже с 2013 года классифицирует как наиболее эффективные методы лечения когнитивно-бихевиоральную терапию, сфокусированную на травме (КБТ ФТ), и ДПДГ [24]. В 2023 году Министерство здравоохранения РФ также в качестве лечения ПТСР в первую очередь рекомендовало КБТ, сфокусированную на травме, и ДПДГ [2].

На данный момент доказано, что посттравматическое стрессовое расстройство может повышать риски заболеваемости и вызывать функциональные нарушения, а также ухудшать психическое здоровье при отсутствии помощи и лечения [18; 33; 49]. Сопутствующее посттравматическое стрессовое расстройство может усугублять другие формы психопатологии [42; 48]. В связи с этим лечение ПТСР является необходимым условием для улучшения качества жизнедеятельности, а также психического и соматического здоровья населения [42; 60].

Целью настоящей работы является анализ современного состояния исследований эффективности ДПДГ-терапии при ПТСР.

Роль движений глаз в методе ДПДГ при ПТСР

Психотерапевтический подход десенсибилизации и переработки с помощью движений глаз был разработан Фрэнсин Шапиро в 1987 году. Он является интегративным методом и представлен стандартным протоколом, включающим восемь фаз. При использовании билатеральной стимуляции, обычно в форме движений глаз (а также других типов билатеральной стимуляции, таких как аудиальные и тактильные ритмичные похлопывания), происходит переработка и интеграция травматических воспоминаний в автобиографическую память человека.

Уникальным и новаторским компонентом ДПДГ является идея билатеральной стимуляции с помощью движений глаз [1]. Автор подхода Фрэнсин Шапиро случайно заметила эффект движений глаз на снижение тревоги из-за тяжелых переживаний и уже в 1989 году организовала первое исследование эффективности такого метода. В рамках этого исследования она провела одну сессию пациентам с ПТСР, в результате которой были получены данные о снижении тревожности и повышении веры в положительное представление о себе, по сравнению с контрольной группой, с сохранением результатов через один и три месяца. Продолжив исследования эффективности метода десенсибилизации движениями глаз (ДДГ/EMD), Шапиро предоставила доказательства того, что движения глаз способствуют десенсибилизации травматических воспоминаний [52; 53]. Далее на смену ДДГ был разработан более комплекс-

ный подход к лечению и добавлено понятие переработки (reprocessing) травматических воспоминаний. В настоящее время в рамках ДПДГ существует протокол ДДГ/EMD, в результате применения которого перерабатываются отдельные травматические события при минимизации спонтанных ассоциаций с другими воспоминаниями, возникающими во время сессии.

Теоретической основой подхода ДПДГ является модель адаптивной информации (АПИ) (the AIP model of EMDR therapy), в рамках которой утверждается, что воспоминания, переработанные неадекватно, лежат в основе психопатологии, а те, что переработаны адаптивно, являются основой психического здоровья. Проявлением же неадекватно переработанных воспоминаний являются дисфункциональные паттерны поведения, аффекты, телесные ощущения (в том числе необъяснимые с медицинской точки зрения физические симптомы), так как сети памяти объединяют связанные с опытом образы, мысли, эмоции и ощущения в теле [1].

Согласно модели АПИ, психика закономерно обрабатывает поступающую с опытом информацию и сохраняет ее в адаптивном виде посредством некой врожденной системы обработки информации [1]. Данная теоретическая модель в настоящее время не выдерживает критики, и ученые делают попытки объяснить и дополнить ее. Признание идеи, в рамках которой связывают происхождение многих психических расстройств с формированием и закреплением имплицитной дисфункциональной памяти, растет и привело к формированию теории патогенных воспоминаний (the theory of pathogenic memories). Д. Центонзе с соавторами в 2005 году ввели термин «патогенная память» (pathogenic memory) и описали с теоретической точки зрения значимость патогенных воспоминаний. Данную теоретическую концепцию развивают К.М. Альберини, Дж.Э. ЛеДу, С.Э. Силливан и др. В результате эти идеи подхватили немецкие исследователи и представители ДПДГ-подхода М. Хазе и А. Хофманн с коллегами и соотнесли теорию патогенных воспоминаний с моделью АПИ (API) подхода ДПДГ. Авторы заявляют, что объединение модели АПИ с теорией патогенной памяти может положить начало новым исследованиям [26].

Метод ДПДГ ранее вызывал серьезные споры: отчасти из-за неуверенности в том, являются ли движения глаз существенным компонентом лечения и в некотором смысле ведущим механизмом действия метода, а также — сильно ли отличается он от других, уже научно доказанных методов терапии, например КБТ [50]. Ученые С. Роджерс и С.М. Сильвер предпринимают попытку описать в своей работе различия между тем, как проводится экспозиционная терапия и ДПДГ с обоснованиями принципов этих двух подходов, подтверждая их несхожесть [45]. Некоторые исследователи предполагают, что движения глаз могут активиро-

вать парасимпатическую систему, вызывая деактивацию, а также, возможно, вызывают схожие процессы, как и во время фазы быстрого сна [1]. Другие ученые, например, У. Элофссон и И. Энгельхард, ссылаются на модель рабочей памяти, которая предполагает, что сосредоточение внимания на неприятных воспоминаниях во время движений глаз может вызвать нагрузку на систему рабочей памяти, поэтому снижаются аффективный заряд, яркость и навязчивость зрительных образов [1; 17; 38]. Но точного ответа о механизме действия билатеральной стимуляции на сегодняшний день не имеется [1; 29].

В настоящий момент предпринимаются серьезные попытки исследования механизмов действия билатеральной стимуляции. Например, в рамках нейробиологического исследования на грызунах ученые выявили, что происходило снижение страха через 24 часа благодаря движениям глаз после реактивации памяти во время обучения угасанию, а также уменьшение показателей восстановления страха после предъявления безусловного стимула [6].

Исследования эффективности метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ/ EMDR) при посттравматическом стрессовом расстройстве

Существует достаточно данных, доказывающих эффективность ДПДГ при ПТСР, огромная часть которых основана на нерандомизированных контролируемых исследованиях. Кроме того, к настоящему моменту представлено множество надежных данных на основе рандомизированных клинических исследований (РКИ), выполнен обширный ряд систематических описательных обзоров и метаанализов.

Для обзора исследований применения метода ДПДГ при ПТСР среди взрослых был отобран масштабный систематический анализ [60], который соответствует следующим критериям: входит в систематические обзоры и метаанализы, вышедшие за последние пять лет, представлен на английском языке, РКИ проводились на взрослых, в центре внимания исследования был метод ДПДГ. В рамках этого систематического обзора собраны данные всех обзоров и метаанализов до 2014 года, в которых были представлены данные РКИ, посвященные изучению эффективности ДПДГ при симптомах ПТСР. Кроме того, был проведен анализ для оценки рандомизированных клинических исследований эффективности ДПДГ при симптомах посттравматического стрессового расстройства, проведенных в период с 2014 по 2017 год [60].

Метаанализ, проведенный на Тайване [12], показал, что метод ДПДГ значительно снизил у пациентов симптомы посттравматического стрес-

сового расстройства ($g=-0,662$; 95% доверительный интервал (ДИ): от $-0,887$ до $-0,436$); депрессии ($g=-0,643$; 95% ДИ: от $-0,864$ до $-0,422$); тревоги ($g=-0,640$; 95% ДИ: от $-0,890$ до $-0,390$) и субъективного дистресса ($g=-0,956$; 95% ДИ: от $-1,388$ до $-0,525$). Из 333 публикаций по данной теме вошли в метаанализ лишь 29 РКИ высокого качества, которые продемонстрировали данные результаты [12].

Итак, данный метаанализ показал, что величина эффекта ДПДГ при посттравматическом стрессовом расстройстве, депрессии и тревоге была умеренной, тогда как при субъективном дистрессе — высокой. Следовательно, ДПДГ может улучшать самочувствие пациентов, влиять на их представления о себе, поведение, а также уменьшать тревогу и симптомы депрессии.

В рамках данного обзора было выявлено, что групповая терапия со специалистами, имеющими опыт работы в этом формате, значительно снизила у пациентов симптомы ПТСР, чем с терапевтами без опыта проведения групповых сеансов. А также показано, что продолжительность встречи со специалистом свыше 60 минут эффективнее и более существенно снижает тревожные и депрессивные симптомы у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством [12]. В другом систематическом обзоре и метаанализе было подчеркнуто, что влияние фактора компетентности специалиста и количество сеансов терапии невозможно оценить из-за отсутствия данных во включенных исследованиях [39].

Важно, что результаты тайваньского метаанализа [12] схожи с результатами более раннего метаанализа, посвященного исследованиям эффективности метода ДПДГ, опубликованного в период с 1989 по 2000 год, по сравнению с другими методами терапии [12; 14].

Второй отобранный метаанализ, проведенный в Китае [11], был посвящен РКИ 1989—2013 годов, где сравнивались психотерапевтические методы ДПДГ и КБТ при ПТСР. На основе 11 исследований ($N = 424$), после исключения публикаций, не соответствующих стандартам, обзор показал, что ДПДГ-терапия незначительно, но все же превосходит КБТ в лечении посттравматического стрессового расстройства у взрослых. Кроме того, результаты анализа свидетельствуют, что метод ДПДГ, по сравнению с КБТ, может быть более эффективным для снижения симптомов вторжения и возбуждения, тогда как снижение симптомов избегания ПТСР при обоих подходах было сравнительно одинаковым [11].

Однако, по заявлениям авторов публикации, для проверки этого вывода необходимы дополнительные исследования с более крупными выборками и методологической строгостью в соответствии со стандартом CONSORT [51].

Десенсибилизация и переработка движениями глаз для уменьшения посттравматического стрессового расстройства и связанных с ним симптомов среди особых групп лиц

ДПДГ для людей, переживающих соматические и опасные для жизни заболевания

Пациенты, у которых диагностировано в настоящем или было диагностировано в прошлом опасное для жизни заболевание, безусловно сталкиваются с травматическим опытом. Пилотное исследование, участники которого пережили опасные для жизни сердечные приступы и проходили кардиологическую реабилитацию, а также исследование, участники которого страдали от онкологии, стали первыми, где было проведено прямое сравнение ДПДГ с КБТ [5; 9].

Участники обоих исследований столкнулись с психологической травмой, возникшей в результате соматического заболевания, и оба исследования доказали, что метод ДПДГ значительно эффективнее, чем КБТ, в снижении симптомов посттравматического стрессового расстройства. В исследовании с пациентами кардиологического отделения были получены результаты, зафиксировавшие снижение симптомов посттравматического стрессового расстройства, тревоги и депрессии до лечения, после лечения и через шесть месяцев наблюдения [5].

Систематический обзор от 2021 года, выполненный итальянскими специалистами, обобщил научные данные о влиянии ДПДГ на психологический стресс, связанный с онкологией, и выделил после тщательного отбора 7 исследований с участием 140 онкологических больных [44]. В трех исследованиях психиатрическим диагнозом стало посттравматическое стрессовое расстройство. Также у пациентов с онкологией была выявлена группа тревожных и депрессивных расстройств. В целом, используемый протокол работы в методе ДПДГ не имел общей картины, и тем не менее, во всех проанализированных исследованиях терапия была признана эффективной для уменьшения симптомов психологического дистресса, а в двух исследованиях метод ДПДГ оказался эффективнее КБТ. Однако авторы поддерживают своих коллег в предостережениях и рекомендациях учитывать ограничения — слишком неоднородна популяция больных онкологией с учетом различий в типе и стадии заболеваний и т. д., кроме того, они указывают на ряд методологических недостатков в исследованиях [44].

В масштабный систематический обзор, упомянутый выше [60], вошло РКИ, в котором изучалось применение ДПДГ-терапии при симптомах ПТСР у пациентов с диагнозом «рассеянный склероз». Выяснилось, что ДПДГ значительно снижает симптомы посттравматического стресса с течением времени по сравнению с релаксационной терапией и контрольной группой из списка ожидания [10].

Еще два систематических обзора [56; 57] показали, что ДПДГ может дополнять терапию при хронических болях. Имеются также исследования применения метода при фибромиалгии, в рамках которых выявлено, что у пациентов фиксировалось улучшение по сравнению с контрольной группой, а также наблюдалось устойчивое снижение депрессивных симптомов, решение проблем со сном, снижение уровня посттравматического стресса [20; 21].

Итак, ДПДГ демонстрирует свою эффективность при работе с ПТСР, депрессией и тревогой, связанными с соматическими и опасными для жизни заболеваниями.

ДПДГ при ПТСР для вынужденных переселенцев

Вынужденные переезды и смена места жительства могут происходить из-за разного рода катастроф: стихийных бедствий (наводнения, землетрясения и др.); техногенных (например, авария на атомной электростанции); социальных (войны, всевозможные конфликты и др.). Наиболее распространенным расстройством среди беженцев является ПТСР из-за столкновения с причинами переселения, кроме того, усугублять состояние может факт потери членов семьи и/или привычного социального окружения. Применение ДПДГ для вынужденных переселенцев и беженцев может серьезно помочь в снижении интенсивности переживаний и повысить адаптацию к новому месту жительства.

В масштабный обзор 2018 года [60] вошли соответствующие высоким стандартам качества исследования, которые зафиксировали эффективность ДПДГ при ПТСР и депрессии среди беженцев [4; 55].

В систематическом обзоре 2022 года [40] изучалась эффективность ДПДГ и ее влияние на симптомы ПТСР, а также на сопутствующие им тревогу и депрессию у вынужденных переселенцев. Было рассмотрено 22 исследования (N = 1964), из них 17 (N = 1652) имели полные данные для метаанализа, доказавшие, что ДПДГ способствует снижению симптомов ПТСР. Важно отметить, что анализ подгрупп не выявил различий в зависимости от типа ДПДГ (в исследованиях были представлены два протокола — стандартный и протокол ранних интервенций, ЕЕИ) или от того, было ли перемещение вызвано стихийным бедствием или социальными факторами (ситуация насилия, военные действия, преследование). Что же касается индивидуальной или групповой помощи в подходе, было выявлено различие в отношении симптомов посттравматического стрессового расстройства, демонстрирующее, что при доказанной эффективности обеих форм терапии все же больший эффект от ДПДГ достигается в индивидуальном, чем в групповом формате. Авторы заявляют о необходимости более тщательных исследований, оценивая стадию развития исследований эффективности ДПДГ с вынужденными переселенцами как раннюю [40].

ДПДГ для специалистов экстренного реагирования

Человек в экстремальных условиях, обусловленных его профессией (спасатели, пожарные, полицейские, медики скорой помощи, психологи экстренного реагирования и др.), напрямую сталкивается с последствиями психологических травм, связанных с его деятельностью. Профессионалы экстремальных профилей нередко испытывают острый стресс, страдают от психических расстройств, эмоционального выгорания и имеют высокий риск самоубийства [36], а также могут страдать от викарной травмы и вторичного травматического стресса. Специалисты экстренного реагирования особенно подвержены развитию симптомов посттравматического стрессового расстройства [22; 27].

Согласно исследованию (N = 20424), общая распространенность ПТСР во всем мире среди специалистов, оказывающих первую помощь, составляет 10%. Среди персонала скорой помощи распространенность диагноза — 14,6%, среди пожарных — 7,3%, среди сотрудников полиции — 4,7% [8]. Существует значительная связь между количеством травмирующих ситуаций в профессиональной деятельности и частотой распространения ПТСР [25]. Аналогичные связи между травматическими событиями и распространенностью ПТСР также зафиксированы во всем мире среди сотрудников полиции [41] и парамедиков [19; 46].

Насколько нам известно на сегодняшний день, в 2022 году опубликован единственный метаобзор, посвященный исследованию эффективности ДПДГ при ПТСР среди сотрудников служб экстренного реагирования (лиц, оказывающих первую помощь) [43]. В рамках обзора было найдено 2692 исследования, из которых лишь 40 прошли полнотекстовый обзор, так как остальные не соответствовали критериям включения, и лишь 8 эмпирических исследований были в итоге признаны подходящими для включения в этот метаанализ. При этом все они не были классифицированы как высококачественные. Три публикации признаны исследованиями низкого качества [32; 34; 37], пять — среднего качества [27; 28; 30; 35; 59].

В семи из этих восьми исследований у респондентов было диагностировано ПТСР. В двух исследованиях представлено несколько выборок (фельдшеры, пожарные и операторы линии экстренной помощи) [27; 28]; четыре включили в выборку только сотрудников полиции [32; 34; 37; 59]; еще в двух участвовали только пожарные [30; 35].

Авторы обзора не делают выводов о ДПДГ-терапии как об эффективном методе немедикаментозного лечения. Они доказывают, что ДПДГ является признанным методом раннего вмешательства с помощью таких протоколов, как REP, R-TEP и EMDR-PRECI [54], однако его эффективность при работе с сотрудниками экстренного реагирования остается перспективной областью для дальнейшего исследования.

Перспектива метода ДПДГ: исследование эффективности метода при расстройствах, отличных от ПТСР

В последние годы всё больше внимания уделяется исследованиям ДПДГ и систематическим обзорам исследований эффективности метода отдельно от ПТСР. Данные обзоры показывают, что метод ДПДГ эффективен при расстройствах, не связанных с травмой, например при зависимостях, соматоформных расстройствах, сексуальной дисфункции, расстройствах пищевого поведения, личностных и аффективных расстройствах, тревожных расстройствах, обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР), хронической боли, нейродегенеративных расстройствах, психических расстройствах детского и подросткового возраста, нарушениях сна [7; 47].

В рамках систематического обзора исследований эффективности ДПДГ в качестве терапии психоза 2020 года [3] было выявлено, что метод безопасен для данной группы лиц с сопутствующим ПТСР и без постановки данного диагноза и в целом не приводит к обострению психотических симптомов или другим побочным эффектам. Например, ни в одном включенном в обзор исследовании эффективности метода не зафиксированы негативные последствия, такие как проявления агрессии, попытки суицида или госпитализация среди пациентов. Анализ показал, что ДПДГ-терапия связана с уменьшением психотических симптомов, а также с улучшением психического состояния в сочетании с медикаментозным лечением. Но авторы также просят проявлять осторожность, ссылаясь на необходимость проводить более масштабные исследования эффективности метода [3].

Особый интерес представляют результаты исследования, в котором выявлено влияние длительного воздействия ДПДГ на уменьшение психотических симптомов по сравнению с контрольной группой из списка ожидания [15]. ДПДГ-терапия значительно уменьшила параноидальные мысли в моменте ($p < 0,05$) и с течением времени ($p < 0,05$), но не оказала существенного влияния на слуховые галлюцинации или социальную активность по сравнению с контрольной группой из списка ожидания [15; 60].

Появляются исследования эффективности ДПДГ среди животных, например имеются данные от 2021 года о применимости десенсибилизации и переработки движениями глаз в качестве интервенций у собак с тревожными расстройствами после травматического события [31].

Однако надо признать, что качество многих исследований невысоко, поэтому, чтобы делать уверенные выводы [13] и давать точные рекомендации, необходимы дальнейшие, отвечающие высоким стандартам, исследования эффективности метода ДПДГ. Также можно предположить, что благодаря изучению механизма действия метода ДПДГ будет объяснен положительный эффект его применения при группах расстройств, отличных от ПТСР.

Заключение

Итак, психотерапевтический подход «Десенсибилизация и переработка движениями глаз» (ДПДГ, или EMDR) способен значительно снижать симптомы посттравматического стрессового расстройства и субъективного дистресса, а также сопутствующие симптомы депрессии и тревоги — это убедительно доказано на большом количестве рандомизированных контролируемых исследований [5; 9; 11; 12; 14; 39; 44; 60].

Имеются данные, доказывающие, что при проведении групповой работы с клиентами важен опыт терапевта. Эффективность групповой ДПДГ-терапии ПТСР существенно выше, если ее проводит специалист с опытом ведения групп [12]. Выявлено также, что продолжительность встречи свыше 60 минут оказывает больший эффект при работе с тревогой и депрессией у пациентов с ПТСР. Есть данные, что три 90-минутные сессии ДПДГ приводят к ремиссии ПТСР на 84% и уменьшению симптомов посттравматического стресса на 68 % [58]. Следовательно, сессии ДПДГ, превышающие 60 минут, предпочтительнее для работы с ПТСР, тревогой и депрессией. Другие исследователи подчеркивают, что исходя из данных включенных исследований нет возможности дать оценку влиянию фактора компетентности специалиста и количества сеансов терапии [39]. Можно предположить, что вне зависимости от опыта специалиста при строгом следовании протоколу ДПДГ при ПТСР может наблюдаться одинаковая эффективность метода, однако это требует дальнейшего исследования.

ДПДГ-терапия показала высокую эффективность для снижения симптомов ПТСР, тревоги и депрессивного состояния, связанных с соматическими заболеваниями и опасными для жизни болезнями, например при онкологии, у пациентов, страдающих от хронических болей [56; 57], при фибромиалгии [20; 21].

Систематический обзор и метаанализ предоставили качественные РКИ с результатами, свидетельствующими, что ДПДГ-терапия способствовала снижению симптомов ПТСР у вынужденных переселенцев и беженцев [40]. Важно отметить, что анализ подгрупп не выявил различий в зависимости от типа ДПДГ (предлагаемых протоколов работы). Кроме того, если сравнивать результаты разных исследований, то согласно одним [4; 10] ДПДГ значительно снижает симптомы депрессии и тревоги среди беженцев и пациентов с диагнозом «рассеянный склероз», а по итогам других [55] каких-либо различий в симптомах депрессии или тревоги между терапией ДПДГ и группой контроля среди беженцев обнаружено не было. Однако в независимом сравнительном исследовании, опубликованном в международном научном журнале PLOS One в 2021 году, был представлен систематический обзор и метаанализ травмоориентированных методов лечения депрессии, в котором выявлено,

что ДПДГ эффективен при депрессии, а анализ ДПДГ, по сравнению с КБТ, показал, что ДПДГ-терапия с большей вероятностью уменьшает симптомы депрессии, чем КБТ. Также авторы призывают учитывать ряд ограничений исследования [16].

Еще одна группа лиц, имеющая высокие риски заболеваемости ПТСР — специалисты экстренного реагирования. При анализе исследований ДПДГ-терапии при ПТСР у специалистов экстренного реагирования авторами обзора были сделаны выводы об эффективности метода раннего вмешательства. Но нужно отметить, что оценка эффективности метода ДПДГ при работе с сотрудниками экстренного реагирования остается перспективной областью для дальнейшего исследования [43]. Причина заключается, в первую очередь, в отсутствии РКИ, соответствующих высоким стандартам качества.

Эффективность ДПДГ при ПТСР доказана, однако остается интересным вопросом эффективность подхода при других психических проблемах. Например, имеются систематические обзоры и метаанализы, в которые включены исследования, касающиеся психических травм и ПТСР, а результаты классифицированы по психиатрическим категориям [13; 47; 57]. Важно отметить, что сейчас все более актуальными становятся исследования, которые демонстрируют эффективность ДПДГ-терапии в кругу проблем более широком, чем зона травма-фокусированного подхода. Однако пока для специалистов все еще может быть проблемой поиск обоснования применения ДПДГ при других запросах, не связанных, на первый взгляд, с ПТСР и травмой. Перспективными являются исследования эффективности метода на животных, например на собаках с тревожными расстройствами после травматического события [31].

Специалистами отмечено, что ДПДГ действительно демонстрирует высокие результаты эффективности при ПТСР и в ряде исследований незначительно превосходит КБТ и другие вмешательства. В исследованиях сравнения подходов выявлено, что ДПДГ-терапия может быть эффективнее, чем КБТ, для снижения тяжести симптомов вторжения и возбуждения, тогда как снижение симптомов избегания ПТСР при обоих подходах примерно одинаковы [60].

Тем не менее метод нуждается в дальнейшем исследовании эффективности на различных выборках с демонстрацией высокого качества РКИ для создания наилучших условий помощи населению.

Насколько нам известно, в России исследования эффективности ДПДГ-терапии при ПТСР или других расстройств пока не проводились. Несмотря на значительный вклад мировой науки в подтверждение эффективности ДПДГ при ПТСР, исследования на российской выборке могут быть актуальны и важны для выявления специфических особенностей воздействия интервенций в рамках кросс-культурных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шаниро Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз (EMDR): основные принципы, протоколы и процедуры: пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика», 2021. 832 с.
2. Клинические рекомендации. Посттравматическое стрессовое расстройство: от 28.02.2023 ID:753. (принят Минздравом РФ 28.02.20023). Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] // URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/753_1 (дата обращения: 01.06.2023).
3. *Adams R., Ohlsen S. & Wood E.* Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: A systematic review // *European Journal of Psychotraumatology*. 2020. № 11 (1). P. e1711349. DOI:10.1080/20008198.2019.1711349
4. *Acarturk C., Konuk E., Cetinkaya M., Senay I., Sijbrandij M., Gulen B. et al.* The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial // *Psychol. Med.* 2016. № 46. P. 2583—2593. DOI:10.1017/S0033291716001070
5. *Arabia E., Manca M.L., Solomon R.M.* EMDR for survivors of life-threatening cardiac events: Results of a pilot study // *J EMDR Pract. Res.* 2011. № 5. P. 2—13.
6. *Baek J., Lee S., Cho T., Kim S.W., Kim M., Yoon Y., Kim K.K., Byun J., Kim S.J., Jeong J., Shin H.-S.* Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders // *Nature*. 2019. № 566. P. 339—343.
7. *Bedeschi L.* EMDR for bipolar disorder: A systematic review of the existing studies in literature // *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2018. № 15 (3). P. 222—225.
8. *Berger W., Coutinho E., Figueira I., Marques-Portella C., Pires Luz M., Neylan T.C., Marmar C. R. & Mendlowicz M. V.* Rescuers at risk: A systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012. № 47 (6). P. 1001—1011. DOI:10.1007/s00127-011-0408-2
9. *Capezani L., Ostacoli L., Cavallo M., Carletto S., Fernandez I., Solomo, R., Cantelmi T.* EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety and depression // *Journal of EMDR Practice and Research*. 2013. № 7. P. 134—143.
10. *Carletto S., Borghi M., Bertino G., Oliva F., Cavallo M., Hofmann A. et al.* Treating post-traumatic stress disorder in patients with multiple sclerosis: A randomized controlled trial comparing the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing and relaxation therapy // *Front. Psychol.* 2016. № 7. P. 526. DOI:10.3389/fpsyg.2016.00526
11. *Chen L., Zhang G., Hu M., Liang X.* Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis // *J. Nervous Mental Dis.* 2015. № 203. P. 443—451. DOI:10.1097/NMD.0000000000000306
12. *Chen Y.R., Hung K.W., Tsai J.C., Chu H., Chung M.H., Chen S.R. et al.* Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials // *PLoS ONE*. 2014. № 9. P. e0103676. DOI:10.1371/journal.pone.0103676

13. *Cuijpers P. et al.* The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: a meta-analytic review // *Psychotherapy Research*. 2020. № 30 (3). P. 279—293.
14. *Davidson P.R., Parker K.C.* Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis // *J Consult Clin Psychol*. 2001. № 69. P. 305—316.
15. *de Bont P., van den Berg D. P. G., van der Vleugel B. M. et al.* Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: Effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders // *Psychol. Med*. 2016. № 46. P. 2411—2421. DOI:10.1017/S0033291716001094
16. *Dominguez S.K., Mathijssen S.J.M. , Lee C.W.* Trauma-focused treatments for depression. A systematic review and meta-analysis // *PLoS One*. 2021. №. 16 (7). P. e0254778.
17. *Engelhard I.M. et al.* Reducing vividness and emotional intensity of recurrent “flashforwards” by taxing working memory: An analogue study // *Journal of anxiety disorders*. 2011. Vol. 25. № 4. P. 599—603.
18. *Felitti V.J. et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study // *American journal of preventive medicine*. 1998. №. 14 (4). P. 245—258.
19. *Fjeldheim C.B. et al.* Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees // *BMC emergency medicine*. 2014. № 14. P. 1—7.
20. *Friedberg F.* Eye movement desensitization in fibromyalgia: A pilot study // *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*. 2004. № 10 (4). P. 245—249.
21. *Gardoki-Souto I. et al.* Augmentation of EMDR with multifocal transcranial current stimulation (MtCS) in the treatment of fibromyalgia: study protocol of a double-blind randomized controlled exploratory and pragmatic trial // *Trials*. 2021. № 22 (1). P. 1—13.
22. *Geronazzo-Alman L. et al.* Cumulative exposure to work-related traumatic events and current post-traumatic stress disorder in New York City’s first responders // *Comprehensive psychiatry*. 2017. № 74. P. 134—143.
23. *Grant M., Threlfo C.* EMDR in the treatment of chronic pain // *Journal of clinical psychology*. 2002. № 58 (12). P. 1505—1520.
24. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress [Электронный ресурс] // World Health Organization. Geneva: WHO. 2013. 273 p. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf (дата обращения: 01.06.2023).
25. *Harvey C.R., Liu Y., Zhu H. ...* and the cross-section of expected returns // *The Review of Financial Studies*. 2016. № 29 (1). P. 5—68.
26. *Hase M., Balmaceda U.M., Ostacoli L., Liebermann P., Hofmann A.* The AIP Model of EMDR Therapy and Pathogenic Memories // *Front. Psychol*. 2017. № 8. P. e1578. DOI:10.3389/fpsyg.2017.01578
27. *Jarero I., Amaya C., Givaudan M., Miranda A.* EMDR Individual Protocol for Paraprofessional Use: A Randomized Controlled Trial With First Responders // *Journal of EMDR Practice and Research*. 2013. № 7 (2). DOI:10.1891/1933-3196.7.2.55
28. *Jarero I., Schnaider S., Givaudan M.* Randomized Controlled Trial: Provision of EMDR Protocol for Recent Critical Incidents and Ongoing Traumatic Stress to

- First Responders // Journal of EMDR Practice and Research. 2019. № 13. Issue 2. P. 100—110. DOI:10.1891/1933-3196.13.2.100
29. *Jeffries F.W., Davis P.* What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review // *Behav. Cognit. Psychother.* 2013. № 41. P. 290—300.
 30. *Jung W.H., Chang K.J., Kim N.H.* Disrupted topological organization in the whole-brain functional network of trauma-exposed firefighters: a preliminary study // *Psychiatry Research: Neuroimaging.* 2016. № 250. P. 15—23.
 31. *Kapteijn C.M., van der Borg J.A.M., Vinke C.M., Eendenburg N.* On the Applicability of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as an intervention in dogs with fear and anxiety disorders after a traumatic event // *Behaviour.* 2021. № 10. P. 1—17.
 32. *Keenan P., Royle L.* Vicarious trauma and first responders: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as the primary treatment modality // *International journal of emergency mental health.* 2007. Vol. 9. № 4. P. 291—298.
 33. *Kessler R.C. et al.* Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Archives of general psychiatry.* 2005. Vol. 62. №. 6. P. 617—627.
 34. *Kitchiner N.J., Aylard P.* Psychological treatment of post-traumatic stress disorder: a single case study of a UK police officer // *Mental Health Practice.* 2002. Vol. 5. № 6. P. 34—38. DOI:10.7748/mhp.5.6.34.s21
 35. *Kitchiner N.J.* Psychological treatment of three urban fire fighters with post-traumatic stress disorder using eye movement desensitisation reprocessing (EMDR) therapy // *Complementary therapies in nursing and midwifery.* 2004. Vol. 10. № 3. P. 186—193.
 36. *Klimley K.E., Van Hasselt V.B., Stripling A.M.* Posttraumatic stress disorder in police, firefighters, and emergency dispatchers // *Aggression and violent behavior.* 2018. № 43. P. 33—44.
 37. *Lansing K. et al.* High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD // *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences.* 2005. Vol. 17. №. 4. P. 526—532.
 38. *Lee C.W., Cuijpers P.* A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories // *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry.* 2013. Vol. 44. № 2. P. 231—239.
 39. *Lewis C., Roberts N., Andrew M., Starling E. & Bisson J.* Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis // *European Journal of Psychotraumatology.* 2020. № 11 (1). P. e1709709. DOI:10.1080/20008198.2019.1709709
 40. *Macgowan M.J., Naseh M. & Rafieifar M.* Eye Movement Desensitization and Reprocessing to Reduce Post-Traumatic Stress Disorder and Related Symptoms among Forcibly Displaced People: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Research on Social Work Practice.* 2022. № 1. P. 181—208. DOI:10.1177/10497315221082223
 41. *Ménard K.S., Arter M.L., Khan C.* Critical incidents, alcohol and trauma problems, and service utilization among police officers from five countries // *International journal of comparative and applied criminal justice.* 2016. № 40 (1). P. 25—42.

42. Moore L.H., Grubbs J.B. Gambling Disorder and comorbid PTSD: A systematic review of empirical research // *Addictive Behaviors*. 2021. № 114. P. e06713. P. 1—21.
43. Morris H., Hatzikiriakidis K., Savaglio M., Dwyer J., Lewis C., Miller R. et al. Eye movement desensitization and reprocessing for the treatment and early intervention of trauma among first responders: A systematic review // *J. Trauma. Stress*. 2022. № 35. P. 778—790. DOI:10.1002/jts.22792
44. Portigliatti Pomeri A., La Salvia A., Carletto S., Oliva F. Ostacoli L. EMDR in Cancer Patients: A Systematic Review // *Front. Psychol*. 2021. № 11. P. e590204. DOI:10.3389/fpsyg.2020.590204
45. Rogers S., Silver S.M. Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols // *J. Clin. Psychol*. 2002. № 58. P. 43—59. DOI:10.1002/jclp.1128
46. Rybojad B. et al. Risk factors for posttraumatic stress disorder in Polish paramedics: A pilot study // *The Journal of emergency medicine*. 2016. № 2. P. 270—276.
47. Scelles C., Bulnes L.C. EMDR as Treatment Option for Conditions Other Than PTSD: A Systematic Review // *Front. Psychol*. 2021. № 12. P. e644369. DOI:10.3389/fpsyg.2021.644369
48. Scharff A. et al. Comparing the clinical presentation of eating disorder patients with and without trauma history and/or comorbid PTSD // *Eating disorders*. 2021. № 29 (1). P. 88—102.
49. Schilling E.A., Asetline R.H., Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey // *BMC public health*. 2007. № 7. P. 1—10.
50. Schubert S., Lee C.W. Adult PTSD and its treatment with EMDR: A review of controversies, evidence, and theoretical knowledge // *Journal of EMDR Practice and Research*. 2009. № 3. P. 117—132.
51. Schulz K.F., Altman D.G., Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials // *Journal of Pharmacology and pharmacotherapeutics*. 2010. № 1 (2). P. 100—107.
52. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories // *Journal of Traumatic Stress*. 1989a. № 2. P. 199—223.
53. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1989b. № 20. P. 211—217.
54. Shapiro E. & Maxfield L. The efficacy of EMDR early interventions // *Journal of EMDR Practice and Research*. 2019. № 13 (4). P. 291—301. DOI:10.1891/1933-3196.13.4.291
55. ter Heide F.J.J., Mooren T.M., van de Schoot R., de Jongh A. and Kleber R.J. Eye movement desensitisation and reprocessing therapy V. stabilisation as usual for refugees: Randomised controlled trial // *Br. J. Psychiatry*. 2016. 209. P. 313—320. DOI:10.1192/bjp.bp.115.167775
56. Tesarz J. et al. Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review // *Pain Medicine*. 2014. № 15 (2). P. 247—263.
57. Valiente-Gómez A., Moreno-Alcázar A., Treen D., Cedrón C., Colom F.; Pérez V., Amann B.L. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review // *Front. Psychol*. 2017. № 8. P. 1668.

58. Wilson S.A., Becker L.A. & Tinker R.H. Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997. № 65 (6). P. 1047—1056. DOI:10.1037/0022-006X.65.6.1047
59. Wilson S.A. et al. Stress management with law enforcement personnel: A controlled outcome study of EMDR versus a traditional stress management program // *International Journal of Stress Management*. 2001. № 8 (3). P. 179—200.
60. Wilson G., Farrell D., Barron I., Hutchins J., Whybrow D. Kiernan M.D. The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Narrative Review // *Front. Psychol.* 2018. № 9. P. 923. DOI:10.3389/fpsyg.2018.00923

REFERENCES

1. Shapiro F. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (EMDR): основные принципы, протоколы и процедуры. [Eye Movement Psychotherapy for Emotional Trauma (EMDR): Core Principles, Protocols, and Procedures]: Пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика», 2021. 832 p.
2. Клинические рекомендации. Посттравматическое стрессовое расстройство [Clinical guidelines. Post Traumatic Stress Disorder]: от 28.02.2023 ID:753: (принят Минздравом РФ 28.02.2023): Rubrikator klinicheskikh rekomendacij Ministerstva zdorvoohraneniya Rossijskoj Federacii [Elektronnyj resurs]. Elektron. dan. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/753_1 (data obrashcheniya: 01.06.2023)
3. Adams R., Ohlsen S. & Wood E. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 2020, no. 11 (1), pp. e1711349. DOI:10.1080/20008198.2019.1711349
4. Acarturk C., Konuk E., Cetinkaya M., Senay I., Sijbrandij M., Gulen B. et al. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. *Psychol. Med.* 2016, no. 46, pp. 2583—2593. DOI:10.1017/S0033291716001070
5. Arabia E., Manca M.L., Solomon R.M. EMDR for survivors of life-threatening cardiac events: Results of a pilot study. *J EMDR Pract. Res.*, 2011, no. 5, pp. 2—13.
6. Baek J., Lee S., Cho T., Kim S.W., Kim M., Yoon Y., Kim K.K., Byun J., Kim S.J., Jeong J., Shin H.-S. Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. *Nature*, 2019, no. 566, pp. 339—343.
7. Bedeschi L. EMDR for bipolar disorder: A systematic review of the existing studies in literature. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 2018, no. 15 (3), pp. 222—225.
8. Berger W., Coutinho E., Figueira I., Marques-Portella C., Pires Luz M., Neylan T. C., Marmar C. R. & Mendlowicz M. V. Rescuers at risk: A systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2012, no. 47 (6), pp. 1001—1011. DOI:10.1007/s00127-011-0408-2
9. Capezzani L., Ostacoli L., Cavallo M., Carletto S., Fernandez I., Solomon R., Cantelmi T. EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on

- PTSD, anxiety and depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2013, no. 7, pp. 134—143.
10. Carletto S., Borghi M., Bertino G., Oliva F., Cavallo M., Hofmann A. et al. Treating post-traumatic stress disorder in patients with multiple sclerosis: A randomized controlled trial comparing the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing and relaxation therapy. *Front. Psychol*, 2016, no. 7, pp. 5—26. DOI:10.3389/fpsyg.2016.00526
 11. Chen L., Zhang G., Hu M., Liang X. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *J. Nervous Mental Dis.* 2015, no. 203, pp. 443—451. DOI:10.1097/NMD.0000000000000306
 12. Chen Y.R., Hung K.W., Tsai J.C., Chu H., Chung M.H., Chen S.R. et al. Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*. 2014, no. 9, pp. e0103676. DOI:10.1371/journal.pone.0103676
 13. Cuijpers P. et al. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: a meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 2020, vol. 30, no. 3, pp. 279—293.
 14. Davidson P.R., Parker K.C. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 2001, no. 69, pp. 305—316.
 15. de Bont P., van den Berg D.P.G., van der Vleugel B.M. et al. Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: Effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychol. Med.*, 2016, 46, pp. 2411—2421. DOI:10.1017/S0033291716001094
 16. Dominguez S.K., Matthijssen S.J.M.A., Lee C.W. Trauma-focused treatments for depression. A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2021, vol. 16, no. 7, p. e0254778.
 17. Engelhard I.M. et al. Reducing vividness and emotional intensity of recurrent «flashforwards» by taxing working memory: An analogue study. *Journal of anxiety disorders*, 2011, vol. 25, no. 4, pp. 599—603.
 18. Felitti V. J. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 1998, vol. 14, no. 4, pp. 245—258.
 19. Fjeldheim C. B. et al. Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees. *BMC emergency medicine*, 2014, vol. 14, pp. 1—7.
 20. Friedberg F. Eye movement desensitization in fibromyalgia: A pilot study. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 2004, vol. 10, no. 4, pp. 245—249.
 21. Gardoki-Souto I. et al. Augmentation of EMDR with multifocal transcranial current stimulation (MtCS) in the treatment of fibromyalgia: study protocol of a double-blind randomized controlled exploratory and pragmatic trial. *Trials*, 2021, vol. 22, no. 1, pp. 1—13.
 22. Geronazzo-Alman L. et al. Cumulative exposure to work-related traumatic events and current post-traumatic stress disorder in New York City's first responders. *Comprehensive psychiatry*, 2017, vol. 74, pp. 134—143.
 23. Grant M., Threlfo C. EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of clinical psychology*, 2002, vol. 58, no. 12, pp. 1505—1520.

24. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. World Health Organization. Geneva: WHO, 2013. 273 p. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf (accessed: 01.06.2023)
25. Harvey C.R., Liu Y., Zhu H. ... and the cross-section of expected returns. *The Review of Financial Studies*, 2016, vol. 29, no. 1, pp. 5—68.
26. Hase M., Balmaceda U.M., Ostacoli L., Liebermann P., Hofmann A. The AIP Model of EMDR Therapy and Pathogenic Memories. *Front. Psychol.*, 2017, no. 8, pp. e1578. DOI:10.3389/fpsyg.2017.01578
27. Jarero I., Amaya C., Givaudan M., Miranda A. EMDR Individual Protocol for Paraprofessional Use: A Randomized Controlled Trial With First Responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2013, vol. 7, no. 2. DOI:10.1891/1933-3196.7.2.55
28. Jarero I., Schnaider S., Givaudan M. Randomized Controlled Trial: Provision of EMDR Protocol for Recent Critical Incidents and Ongoing Traumatic Stress to First Responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2019, vol. 13, no. 2, pp. 100—110. DOI:10.1891/1933-3196.13.2.100
29. Jeffries F.W. Davis P. What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behav. Cognit. Psychother*, 2013, 41, pp. 290—300.
30. Jung W.H., Chang K.J., Kim N.H. Disrupted topological organization in the whole-brain functional network of trauma-exposed firefighters: a preliminary study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2016, vol. 250, pp. 15—23.
31. Kapteijn C.M., van der Borg J.A.M., Vinke C.M., Endenburg N. On the Applicability of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as an intervention in dogs with fear and anxiety disorders after a traumatic event. *Behaviour*, 2021, pp. 1—17.
32. Keenan P., Royle L. Vicarious trauma and first responders: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as the primary treatment modality. *International journal of emergency mental health*, 2007, vol. 9, no. 4, pp. 291—298.
33. Kessler R.C. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 2005, vol. 62, no. 6, pp. 617—627.
34. Kitchiner N.J., Aylard P. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder: a single case study of a UK police officer. *Mental Health Practice*, 2002, vol. 5, no. 6, pp. 34—38.
35. Kitchiner N.J. Psychological treatment of three urban fire fighters with post-traumatic stress disorder using eye movement desensitisation reprocessing (EMDR) therapy. *Complementary therapies in nursing and midwifery*, 2004, vol. 10, no. 3, pp. 186—193.
36. Klimley K.E., Van Hasselt V.B., Stripling A.M. Posttraumatic stress disorder in police, firefighters, and emergency dispatchers. *Aggression and violent behavior*, 2018, vol. 43, pp. 33—44.
37. Lansing K. et al. High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 2005, vol. 17, no. 4, pp. 526—532.

38. Lee C. W., Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 2013, vol. 44, no. 2, pp. 231—239.
39. Lewis C., Roberts N., Andrew M., Starling E. & Bisson, J. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2020. 11 (1). DOI:10.1080/20008198.2019.1709709
40. Macgowan M.J., Naseh M. & Rafieifar M. Eye Movement Desensitization and Reprocessing to Reduce Post-Traumatic Stress Disorder and Related Symptoms among Forcibly Displaced People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 2022, № 1, pp. 181—208. DOI:10.1177/10497315221082223
41. Ménard K. S., Arter M. L., Khan C. Critical incidents, alcohol and trauma problems, and service utilization among police officers from five countries. *International journal of comparative and applied criminal justice*, 2016, vol. 40, no. 1, pp. 25—42.
42. Moore L.H., Grubbs J.B. Gambling Disorder and comorbid PTSD: A systematic review of empirical research. *Addictive Behaviors*, 2021, № 114, pp. 12—21.
43. Morris H., Hatzikiriakidis K., Savaglio M., Dwyer J., Lewis C., Miller R. et al. Eye movement desensitization and reprocessing for the treatment and early intervention of trauma among first responders: A systematic review. *J. Trauma. Stress*, 2022, 35, pp. 778—790. DOI:10.1002/jts.22792
44. Portigliatti Pomeri A., La Salvia A., Carletto S., Oliva F. Ostacoli L. EMDR in Cancer Patients: A Systematic Review. *Front. Psychol.*, 2021, № 11, pp. e590204. DOI:10.3389/fpsyg.2020.590204
45. Rogers S., Silver S. M. Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *J. Clin. Psychol.*, 2002, № 58, pp. 43—59. DOI:10.1002/jclp.1128
46. Rybojad B. et al. Risk factors for posttraumatic stress disorder in Polish paramedics: A pilot study. *The Journal of emergency medicine*, 2016, vol. 50, no. 2, pp. 270—276.
47. Scelles C., Bulnes L.C. EMDR as Treatment Option for Conditions Other Than PTSD: A Systematic Review. *Front. Psychol.*, 2021, № 12. P. e644369. DOI:10.3389/fpsyg.2021.644369
48. Scharff A. et al. Comparing the clinical presentation of eating disorder patients with and without trauma history and/or comorbid PTSD. *Eating disorders*, 2021, vol. 29, no 1, pp. 88—102.
49. Schilling E.A., Aseltine R.H., Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC public health*, 2007, vol. 7, pp. 1—10
50. Schubert S., Lee C. W. Adult PTSD and its treatment with EMDR: A review of controversies, evidence, and theoretical knowledge. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2009, vol. 3, no. 3, pp. 117—132.
51. Schulz K.F., Altman D.G., Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Journal of Pharmacology and pharmacotherapeutics*, 2010, vol. 1, no. 2, pp. 100—107.
52. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 1989a, № 2, pp. 199—223.
53. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1989b, № 20, pp. 211—217.

54. Shapiro E., Maxfield L. The efficacy of EMDR early interventions. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2019, № 13 (4), pp. 291—301. DOI:h10.1891/1933-3196.13.4.291
55. ter Heide F.J.J., Mooren T.M., van de Schoot R., de Jongh A. and Kleber R.J. Eye movement desensitisation and reprocessing therapy V. stabilization as usual for refugees: randomized controlled trial. *Br. J. Psychiatry*, 2016, № 209, pp. 313—320. DOI:10.1192/bjp.bp.115.167775
56. Tesarz J. et al. Effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in chronic pain patients: a systematic review. *Pain Medicine*, 2014, vol. 15, no. 2, pp. 247—263.
57. Valiente-Gómez A., Moreno-Alcázar A., Treen D., Cedrón C., Colom F., Pérez V., Amann B.L. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Front. Psychol*, 2017, № 8, pp. 16—68.
58. Wilson S.A., Becker L.A. & Tinker R.H. Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, № 65 (6), pp. 1047—1056. DOI:10.1037/0022-006X.65.6.1047
59. Wilson S.A. et al. Stress management with law enforcement personnel: A controlled outcome study of EMDR versus a traditional stress management program. *International Journal of Stress Management*, 2001, vol. 8, no. 3, pp. 179—200.
60. Wilson G., Farrell D., Barron I., Hutchins J., Whybrow D. Kiernan M.D. The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Narrative Review. *Front. Psychol.*, 2018. № 9. P. 923. DOI:10.3389/fpsyg.2018.00923

Информация об авторе

Елена Викторовна Казенная, старший преподаватель кафедры психологической антропологии Института детства, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ); доцент департамента психологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ); руководитель сертификационного комитета и соучредитель Национальной ассоциации поддержки и развития метода психотерапии десенсибилизации и переработки с помощью движений глаз (Национальная ассоциация «ДПДГ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>, e-mail: kazennayahelen@gmail.com

Information about the author

Elena V. Kazennaya, Senior Lecturer, Department of Psychological Anthropology, Childhood Institute, Moscow Pedagogical State University (MPSU); Associate Professor, Department of Psychology, HSE University; Head of the Certification Committee and Co-Founder of EMDR Russia Association, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>, e-mail: kazennayahelen@gmail.com

Получена 27.06.2023

Received 27.06.2023

Принята в печать 01.09.2023

Accepted 01.09.2023

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УБЕЖДЕНИЯ И РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ У ЛИЦ, ПЕРЕЖИВШИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

В.А. СТЕПАШКИНА

Казанский федеральный университет (ФГАОУ ВО КФУ),
г. Казань, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0013-3412>,
e-mail: kukusya2007@yandex.ru

Н.Р. СУЛЕЙМАНОВА

Казанский федеральный университет (ФГАОУ ВО КФУ),
г. Казань, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8037-0834>,
e-mail: nelly@suleymanov.ru

Введение. В статье дано описание взаимосвязи феноменов базисных психологических убеждений, ранних дезадаптивных схем (РДС), травматического опыта. Значимость данного исследования обусловлена необходимостью проведения психологами практической работы со сложностью и тяжестью последствий травматического опыта личности, которые связаны со спецификой убеждений и ранними дезадаптивными схемами. **Цель:** изучить психологические убеждения и РДС, которые формируются в детстве, усиливают влияние на личность в связи с пережитым травматическим опытом и снижают адаптационные возможности личности. **Методы.** Представлены результаты исследования 45 человек женского (31 чел.) и мужского (14 чел.) пола в возрасте от 24 до 40 лет. В работе были использованы следующие методики: опросник травматических ситуаций LEQ (адапт. Н.В. Тарабрина, 2007), «Шкала базисных убеждений личности» WAS (адапт. М.А. Падун,

А.В. Котельникова, 2012), опросник определения ранних дезадаптивных схем Дж. Янга (адапт. П.М. Касьяник, Е.В. Романова, 2013). **Результаты и выводы.** Определены различия в выраженности РДС и базисных убеждений в группах с высоким и низким показателем травматичности: для лиц, переживших травматический опыт, характерен более высокий уровень РДС «Покинутость/Нестабильность», «Социальная отчужденность», «Уязвимость» и «Негативизм/Пессимизм». Для лиц с низким уровнем травматичности характерно проявление убежденности в доброжелательности мира. Обнаружена взаимосвязь между образом Я, базисным убеждением об удаче, высоким уровнем травматичности и РДС у лиц, переживших травматический опыт. Данные РДС и базисные убеждения являются мишенями психологической работы с лицами, пережившими травматический опыт.

Ключевые слова: психологические убеждения, ранние дезадаптивные схемы, травматический опыт, травматическое событие.

Финансирование. Работа выполнена за счет средств Программы стратегического академического лидерства Казанского (Приволжского) федерального университета (Приоритет-2030).

Для цитаты: Степашкина В.А., Сулейманова Н.Р. Психологические убеждения и ранние дезадаптивные схемы у лиц, переживших травматический опыт // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 91—113. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310305>

RELATIONS BETWEEN PSYCHOLOGICAL ASSUMPTIONS AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN PEOPLE WITH TRAUMATIC EXPERIENCE

VALERIYA A. STEPASHKINA

Kazan Federal University, Kazan, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0013-3412>,

e-mail: kukusya2007@yandex.ru

NELLY R. SULEYMANOVA

Kazan Federal University, Kazan, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8037-0834>,

e-mail: nelly@suleymanov.ru

Introduction. This article describes the mutual influence of the phenomena of psychological assumptions, early maladaptive schemas (EMS), traumatic experience. The significance of this study is based to the need for psychologists to carry out practical work with the complexity and severity of the consequences of a person's

traumatic experience, specifics of beliefs and EMS. **Purpose:** To study psychological assumptions and EMS, which are formed from childhood and increase the impact on the personality in connection with the traumatic experience reducing the adaptive capacity of the individual. **Methods.** The article presents the results of a study of 45 people: females (31 participants) and males (14 participants), at the age 24–40 years old ($M = 33,9$; $SD = 5$). The specificity of the manifestation of differences in psychological assumptions and EMS in individuals with high and low rates of trauma is described. The following methods were used: the questionnaire of traumatic situations (Life Experience Questionnaire — LEQ), an adaptation of the WAS (World Assumptions Scale), the questionnaire for an adapted version of determining early maladaptive schemas by Jeffrey E. Young. **Results and conclusions.** Differences in groups with high and low rates of traumatism were identified: the individuals who survived a traumatic experience are characterized by a higher level of EMS «Abandonment/Instability», «Social Isolation», «Vulnerability» and «Negativity/Pessimism»; persons with a low level of traumatism are characterized by the manifestation of conviction in the «goodwill of the world». A relationship was found between the image of the «Self», the basic belief about luck, a high level of trauma and EMS in people who had a traumatic experience.

Keywords: psychological assumptions, early maladaptive schemas, traumatic experience, traumatic event.

Funding. This paper has been supported by «The Strategic Academic Leadership Program» (Priority-2030) of Kazan (Volga region) Federal University.

For citation: Stepashkina V.A., Suleymanova N.R. Psychological Assumptions and Early Maladaptive Schemas in People with Traumatic Experience. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 3, pp. 91–113. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310305> (In Russ.).

Введение

Одним из самых актуальных и описываемых векторов развития современной психотерапии и консультирования является работа с психической травмой, поскольку ежедневно в мире происходят события, способствующие психической травматизации личности, снижающие качество жизни человека, что часто отягощается переживанием давления повседневных стрессоров на психическое состояние личности. Согласно данным исследования Kessler и соавторов (2017), проведенного на выборке из 69 000 человек, 70% опрошенных переживали хотя бы одно психотравмирующее событие в течение жизни, 75% участников опроса переживали больше одной психологической травмы [33]. Определение травмирующих событий, психической травмы и их последствий описано исследователями с точки зрения истории развития психотера-

пии и консультирования. Понятие психической травмы рассматривается как центральная категория, которая требует особого внимания, так как проживание разрешения травмы и ее последствий представляется необходимым на пути к личностной интеграции [24].

Влияние травматического события затрагивает все сферы реализации жизни [1], что требует проведения исследований психологических факторов и детерминант, связанных с психической травматизацией. Обобщая различные подходы к пониманию психической травматизации, можно определить психическую (психологическую) травму как «жизненно важное для индивида событие, затрагивающее значимые аспекты его существования, вызывающее глубокие психологические переживания, что может привести к нарушениям адаптации и стрессовым расстройствам», причем влияние травматического события не только может быть сильным в момент непосредственного воздействия экстремального фактора, но и пролонгироваться на протяжении всей жизни [16; 23]. В научном обзоре, опубликованном в 2017 году, посвященном тематике психической травматизации детства [31], авторы сообщают, что в общей сложности существует 11 621 публикаций, отражающих результаты исследований распространенности и последствий неблагоприятного детского опыта; из них 2334 представляют собой завершенные научные исследования. Пережитое травматическое событие или систематические переживания травмирующих событий подавляют возможности человека справляться с фрустрацией, преодолевать критические периоды, проживать негативные эмоциональные состояния. Полученные негативные изменения после пережитой травмы часто приводят к постоянно сопровождающему чувству беспомощности, идентификации с состоянием отверженности и виктимности, что в свою очередь нарушает естественное протекание процессов индивидуализации и самодетерминации личности.

В рамках данного исследования можно говорить о необходимости накопления эмпирических данных и расширении представлений об убеждениях и ранних дезадаптивных схемах лиц с травматическим опытом. В исследовании приведены новые данные сравнения и различий проявлений психологических убеждений и ранних дезадаптивных схем в группах с высоким и низким индексом травматичности. Для осуществления психологической помощи и психотерапевтического сопровождения человека, столкнувшегося с последствиями психической травмы, необходимо учитывать специфику картины мира переживших травматический опыт, что возможно при более глубоком анализе сочетания убеждений и РДС у лиц с разным уровнем влияния травматического опыта.

Психологические убеждения личности и травматический опыт

Психологические убеждения, раскрывающие картину или образ мира и интерпретацию как позитивно, так и негативно влияющих на жизнь человека событий, объединяют такие феномены, как когнитивная схема, конструкт, базисные убеждения, которые, в свою очередь, фактически являются когнитивно-эмоциональным содержанием оценки происходящего и отражают понимание пережитого опыта. Данные феномены, выстроенные в систему психологических убеждений представлены, например, в работах М.А. Падун, в которых автор рассматривает убеждения как иерархию представлений, являющихся призмой для восприятия и оценки событий. Убеждения, таким образом, становятся фундаментом для построения поведения человека [19]. Согласно идеям А.Т. Бека, убеждения отражают степень адекватности и полезности для личности с той позиции, что они либо помогают, либо мешают интегрироваться в окружающий мир. При негативном содержании представлений о мире искажается умение конструктивно справляться со сложностями [26]. Рассматривая психологические убеждения, отметим, что они составляют личностные смыслы, которые отражают сущностную сторону образа мира. Так, убеждения представляют результат когнитивного осмысления и выработку отношения к индивидуальному опыту [21]. Система убеждений и личностных смыслов выступает как отражение картины мира, представления о себе и о мире, которые могут стать опорой для возможностей личности или повлиять на уязвимость человека [19]. Убеждения являются фундаментом для создания гипотез и предвосхищения событий в жизни. Положительные убеждения в виде оптимистического отношения к миру, представление о собственной ответственности и возможности контролировать жизнь защищают человека от последствий стресса и травматизации, что позволяет сохранять психическое здоровье [34]. В этом смысле травматический опыт формирует искажения в системе убеждений, что, в свою очередь, меняет образ Я и мира, усиливает проявление негативных черт характера и негативные эмоциональные состояния [7]. Тяжело пережитый травматический опыт (особенно сексуального характера), как правило, ведет к тотальному изменению отношения к своей жизни и взаимодействию с миром, нарушает работу механизмов и способов психологической адаптации человека [30]. Негативные или искаженные убеждения имеют тенденцию к поддержанию возникших в результате травматизации психологических проблем. Таким образом, ключевые характеристики психологического благополучия и здоровья могут выявлять особенности и специфику за счет фиксации однотипных базовых убеждений в отношении к себе и миру.

Психологические убеждения и ранние дезадаптивные схемы личности

В рамках когнитивно-поведенческого направления психотерапии Дж. Янгом был разработан новый подход «Схема—терапия», центральной категорией которого является «ранняя дезадаптивная схема» или РДС. Сущность данного понятия заключается в сочетании когнитивных, аффективных и поведенческих аспектов устойчивого реагирования личности. Согласно идее Дж. Янга, формирование РДС происходит после переживания эмоциональной или физической травматизации в раннем детстве; усвоению РДС способствуют деструктивные или дисфункциональные отношения с близкими [35].

У людей существуют важные эмоциональные потребности, такие как: потребность в безопасности, в надежной привязанности, в любви и принятии, в свободном выражении чувств и эмоций, в спонтанности и игре, в здоровых границах. Формы и способы удовлетворения данных потребностей начинают влиять на личность с детства. В случае если потребности не удовлетворялись, то возникали и становились стабильными дисфункциональные переживания в процессе общения со значимыми взрослыми, для ребенка это могло быть основой травматизации, а в последующем этот опыт закреплялся в виде схемы. Как пишет А.Б. Холмгорова, РДС, «...представляют собой способы презентации этого опыта, определяющие эмоции, поведение и характер переработки информации в текущем опыте» [25]. Анализируя зарубежные исследования, Р.В. Кадыров и Т.А. Мироненко пишут, что РДС представляют собой паттерны поведения, которые фактически основываются на психологических убеждениях и формируются в психотравмирующем опыте дисфункциональных отношений. Авторы указывают на существующие данные о взаимосвязи пережитой травматизации и устойчивых конструктов-схем, которые негативно влияют на жизнь человека в дальнейшем [9].

Кроме того, выявлен интерес к изучению взаимосвязи РДС и различных показателей физического и психического здоровья. Например, выраженность тех или иных РДС у пациентов с диагнозом «сахарный диабет», имеющих посттравматический стресс, существенно отличается от пациентов, не имеющих посттравматического стресса [8]. Исследование РДС позволили описать психологические характеристики пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе, а также лиц с угрозой возникновения инфаркта миокарда [27]. Кроме того, РДС изучались в контексте выявления тревожных и депрессивных симптомов у пациенток с интерстициальным циститом. Были сделаны выводы о необходимости включения в программу лечения психотерапии, направленной на минимизацию трудностей в эмоциональном осознании (алекситимии) и неразрешенную

детскую травму отношений [15]; специфика эмоционально-когнитивного реагирования в аспекте травматизации и когнитивных убеждений выявлена у женщин в отношении преждевременного родоразрешения и ухода за недоношенным ребенком [2].

Е.В. Давыдовой [3], А.Н. Еричевым [6] исследованы взаимосвязи между детским травматическим опытом и РДС у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Было выявлено, что РДС больных с расстройствами шизофренического спектра имеют свою специфику и отличаются от РДС здоровой выборки: статистически значимы различия в выраженности схем «Дефективность», «Покинутость», «Неуспешность», «Зависимость», «Запутанность» и «Негативизм» [12]. В рамках исследования РДС выявляются социально-психологические проблемы у разных групп лиц. Обнаружена связь тревожно-депрессивной симптоматики и когнитивных схем у военнослужащих, проходящих лечение в связи с расстройством приспособительных реакций [20]. РДС значимо определяют отношение к ситуации пандемии COVID-19. В наибольшей степени чувствительное отношение к пандемии определялось схемами «Покинутость», «Уязвимость», «Негативизм», «Пунитивность» [13]. Выявлены особенности иррациональных установок и дезадаптивных схем среди женщин, находящихся в браке и состоящих в разводе [17]. Анализу подвергались РДС молодых женщин, неудовлетворенных собственным внешним видом и использующих различные модели пищевого поведения с целью коррекции веса. Ведущими РДС стали «Покинутость», «Поиск одобрения», «Самопожертвование», «Недостаточный самоконтроль» и «Негативизм» [11]. Исследование структуры РДС у кандидатов в замещающие родители может помочь специалистам-психологам в оценке и прогнозировании развития ситуации взаимодействия приемных родителей с ребенком в рамках их семьи [14]. Также выявлены особенности влияния черт личности и РДС на суицидальный риск у подростков-гомосексуалов [5].

Соответственно можно утверждать, что анализ исследований РДС выявляет важность определения содержания критериев психологического благополучия в аспекте базовых убеждений и РДС, которые кристаллизуются в форме дисфункциональных последствий в жизни взрослого человека. Накопление данных по указанной проблематике позволит разработать и усовершенствовать систему комплексного психологического сопровождения лиц, переживших травматический опыт.

Данное исследование посвящено изучению психологических убеждений и ранних дезадаптивных схем, которые формируются в детском и подростковом возрасте и так или иначе обусловлены пережитым травматическим или неблагоприятным опытом или способствуют искажению представлений о мире и снижают адаптационные возможности человека.

Процедура и методы исследования

Исследование проводилось в 2021—2022 гг. Выборку исследования составили 45 человек женского и мужского пола, в возрасте от 24 до 40 лет: женщин — 31 участница, мужчины — 14 участников. Все участники исследования имеют законченное высшее образование, официально трудоустроены и находятся в браке или длительных партнерских отношениях. Психодиагностические процедуры проводились с каждым участником индивидуально, в процессе тестирования были обсуждены все вопросы, которые возникали у участника.

Для исследования были применены три методики.

Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire — LEQ) (Norbeck, Sarason, Johnson, Siege, 1984) в адаптации Н.В. Тарабриной с соавторами [22], данный опросник позволяет выявить влияние травматических событий прошлого на актуальную ситуацию и психологическое благополучие человека, при работе с данной методикой анализируется общее количество перенесенных травматических событий и выявляется «индекс травматичности», который позволяет определить уровень уязвимости личности к воздействию травмы. Индекс ниже показателя «2 балла» указывает на незначительное количество пережитых негативных событий и не выявляет склонность к травматическим переживаниям, индекс выше показателя «2 балла» указывает на наличие актуальной склонности к негативным переживаниям относительно прошлых травматических событий.

Методика «Шкала базисных убеждений личности» WAS (World Assumption Scale) Р. Янов-Бульман, адаптированная М.А. Падун и А.В. Котельниковой [18], данная методика позволила определить психологические убеждения по пяти шкалам: «Доброжелательность окружающего мира», «Справедливость», «Контроль», «Образ Я» и «Удача». Уровни проявления шкал в баллах: 0—3 — низкий; 4—7 — средний; 8—10 — высокий.

Опросник определения ранних дезадаптивных схем Дж. Янга, адаптированный на русский язык П.М. Касьяник, Е.В. Романовой [10], данная методика позволяет выявить выраженность 18 шкал или РДС: «Покинутость/Нестабильность», «Недоверие/Ожидание жестокого обращения», «Эмоциональная депривированность», «Дефективность/Стыд» «Социальная отчужденность», «Зависимость/Беспомощность», «Уязвимость», «Спутанность/Неразвитая идентичность», «Неуспешность», «Привилегированность/Грандиозность», «Недостаточность самоконтроля», «Покорность», «Самопожертвование», «Поиск одобрения», «Негативизм/Пессимизм», «Подавление эмоций», «Жесткие стандарты/Придирчивость», «Пунитивность». Уровни выраженности РДС

по методике в баллах: 0—10 — низкий; 11—15 — пониженный; 16—20 — средний; 21—25 — повышенный; свыше 25 — высокий.

Для количественного анализа полученных данных были применены методы математической статистики: U-критерий Манна—Уитни; r-коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования

На первом этапе все участники прошли диагностику по опроснику травматических ситуаций (LEQ). Полученные данные позволили разделить всех участников на две группы в зависимости от индекса травматичности.

Группа 1 — 28 человек (20 женщин, 8 мужчин), индекс травматичности (ИТ) указывал на высокий уровень травматизации, $ИТ_{cp} = 3,01$; $SD = 0,76$, общее количество травматических событий — 264; $M = 9,4$; $SD = 5,97$.

Группа 2 — 17 человек (11 женщин, 6 мужчин), индекс травматичности (ИТ) указывал на низкий уровень травматизации, $ИТ_{cp} = 1,51$; $SD = 0,55$, общее количество травматических событий — 175; $M = 10,29$; $SD = 11,74$.

Распределение видов травм в группах (%) представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение травматических событий в группах испытуемых

Вид травматического события	Криминальные события, %	Природные катастрофы и общие травмы, %	Ситуации физического и сексуального насилия, %	Другие события, %
Группа 1	14,06	42,97	12,89	30,08
Группа 2	14,29	40,57	15,43	29,71

Различие в двух группах по индексу травматичности статистически значимо (Критерий Манна-Уитни): $U_{эмп} = 0$ ($p \leq 0,01$). Таким образом, в группе 1 по сравнению с группой 2 достоверно выше влияние пережитых сложных ситуаций на жизнь участников и более высокая вероятность негативных последствий от пережитых психических травм. При этом в двух группах выявлены все виды травматических событий: криминальные события, проникновения в жилище и кражи, природ-

ные катастрофы, включающие пережитые аварии и несчастные случаи, другие события, включающие отношения с близким человеком либо с психическим заболеванием, либо с зависимостью (депрессия, наркозависимость, алкоголизм), собственный развод или развод родителей, экономическую нужду, эмоциональное оскорбление, аборт/выкидыш, серьезные физические лишения, сексуальное насилие, наказания и стрессы (табл. 1).

На втором этапе участники обеих групп проходили тестирование по опроснику определения РДС Дж. Янга и методике «Шкала базисных убеждений». Сравнение средних групповых значений представлено на рис. 1 и 2.

Достоверность различий в показателях РДС и базисных убеждений была проверена с помощью статистического анализа по U-критерию Манна—Уитни, результаты представлены в табл. 2.



Рис. 1. Профили средних значений РДС в группах с низким и высоким индексом травматичности

**Групповые профили средних значений
 по базисным убеждениям**

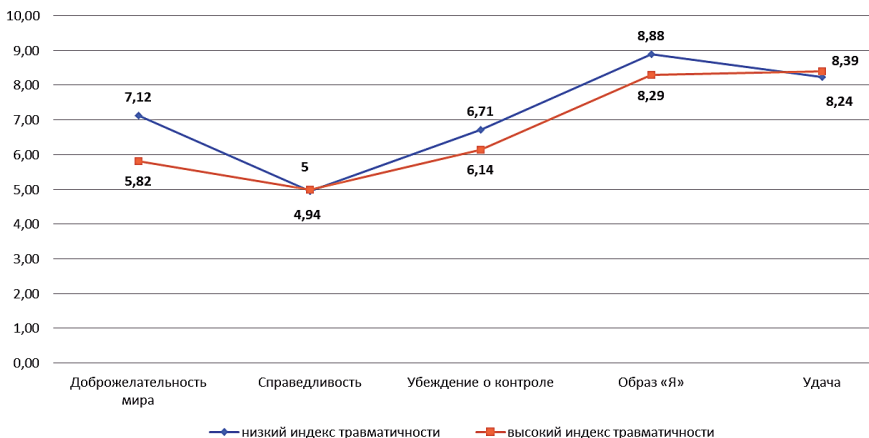


Рис. 2. Средние значения показателей базисных убеждений в группах с низким и высоким индексом травматичности

Таблица 2

**Показатели выраженности ранних дезадаптивных схем
 и базисных убеждений в двух группах**

Шкалы	Группа 1 М (SD)	Группа 2 М(SD)	U эмпирическое
Ранние дезадаптивные схемы			
Покинутость/Нестабильность	14,8 (5,55)	10,9 (4,64)	110**
Недоверие/Ожидание жестокого обращения	14,5 (5,29)	11,9 (4,18)	171
Эмоциональная депривированность	9,8 (4,60)	9,3 (3,50)	220
Дефективность/Стыд	8,4 (4,52)	7 (3,14)	185,5
Социальная отчужденность	12,1 (4,71)	9,9 (3,82)	161,5*
Зависимость/Беспомощность	10 (4,22)	8,4 (3,67)	181
Уязвимость	12,6 (4,74)	8,5 (2,81)	117,5**
Спутанность/Неразвитая идентичность	11 (4,48)	10,4 (5,37)	205,5
Неуспешность	12,4 (6,19)	10,6 (6,25)	189
Привилегированность/ Грандиозность	15,1 (4,51)	15,4 (5,06)	231
Недостаточность самоконтроля	13,9 (4,51)	13,2 (4,19)	208

Шкалы	Группа 1 М (SD)	Группа 2 М(SD)	U эмпирическое
Покорность	12,1 (5,28)	12,06 (4,8)	225
Самопожертвование	14,9 (5,53)	13,4 (5,63)	203,5
Поиск одобрения	16,5 (6,09)	16 (7,53)	223
Негативизм/Пессимизм	15,4 (5,55)	11,06 (4,36)	126**
Подавление эмоций	12,2 (5,45)	11,65 (4,34)	234,5
Жесткие стандарты/Придирчивость	17,7 (4,98)	16,65 (5,7)	225
Пунитивность	12,9 (4,51)	11,53 (3,9)	210
Базисные убеждения			
Доброжелательность мира	5,82 (2,31)	7,12 (2,08)	165,5*
Справедливость	4,94 (2,37)	5 (2,24)	235
Убеждение о контроле	6,14 (2,30)	6,71 (2,08)	199
Образ Я	8,29 (2,62)	8,88 (2,47)	196,5
Удача	8,39 (2,31)	8,24 (1,9)	212

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение, уровни значимости коэффициентов: «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$.

Уровень РДС «Покинутость/Нестабильность», «Уязвимость» и «Негативизм/Пессимизм» в группе с высоким индексом травматичности значительно превышает уровень данных РДС в группе с низким уровнем травматичности ($p \leq 0,01$). Также достоверные различия выявлены в уровне РДС «Социальная отчужденность» ($p \leq 0,05$). Полученные результаты указывают на то, что участники с большим числом пережитых травматических событий психологически сильнее испытывают отвержение и нарушение близости с окружающими, искажение автономности через социальное отчуждение, эскапизм от других и уязвимость. Для участников, переживших травматические события (с высоким уровнем индекса травматичности), характерны склонность к проявлению жертвенной позиции и сверхбдительность, выраженная в ожидании, что случится что-то плохое, антиципация только негативных событий.

Достоверное различие в двух группах по методике «Шкала базисных убеждений» выявлено только по показателю «Доброжелательность мира» ($p \leq 0,05$). Участники группы с высоким индексом травматичности воспринимают мир с меньшим доверием и с менее позитивной оценкой, чем участники группы с низким индексом травматичности. Пережитый негативный опыт мог явиться фундаментом для формирования убеждения, что миру доверять не стоит, он нестабилен, в мире больше плохого, поэтому не стоит надеяться на помощь со стороны окружающих.

Далее опишем результаты корреляционного анализа связей между показателями РДС и психологических убеждений в группах 1 (табл. 3) и 2 (табл. 4).

Таблица 3
Взаимосвязь РДС и психологических убеждений у лиц с высоким индексом травматичности (коэффициент корреляции г-Spearman)

Шкалы опросника РДС/Базисных убеждений	Доброжелательность мира	Справедливость	Убеждение о контроле	Образ Я	Удача	Индекс травматичности
Покинутость/Нестабильность	-0,294	-0,067	-0,632***	-0,344	-0,509**	0,529**
Недоверие/ожидание жестокого обращения	-0,378*	-0,140	-0,189	-0,156	-0,273	0,134
Эмоциональная депривированность	-0,362	-0,099	-0,075	-0,367	-0,423*	0,201
Дефективность/Стыд	-0,008	-0,193	-0,319	-0,646***	-0,253	0,019
Зависимость/Беспомощность	0,184	0,247	-0,322	-0,449*	-0,144	0,107
Уязвимость	-0,117	-0,106	-0,320	-0,289	-0,357	0,458*
Спутанность/Неразвитая идентичность	-0,110	0,013	-0,246	-0,503**	-0,233	0,108
Неуспешность	0,250	0,117	-0,490**	-0,555**	-0,193	0,212
Покорность	0,052	-0,101	-0,433*	-0,614***	-0,173	0,075
Самопожертвование	-0,509**	-0,366	-0,292	-0,300	-0,495**	0,129
Негативизм/Пессимизм	-0,015	-0,049	-0,470*	-0,402*	-0,376*	0,463*
Подавление эмоций	0,014	-0,177	-0,346	-0,503**	-0,121	-0,001

Примечание: уровни значимости коэффициентов: «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$; «***» — $p < 0,001$.

Наибольшее количество взаимосвязей в группе 1 выявлено между убеждением об образе Я, с одной стороны, и РДС «Дефективность/

Стыд», «Покорность» ($p \leq 0,001$), «Спутанность/Неразвитая идентичность», «Неуспешность», «Подавление эмоций» ($p \leq 0,01$), «Зависимость/Беспомощность», «Негативизм/Пессимизм» ($p \leq 0,05$) — с другой.

Убеждение о контроле взаимосвязано с РДС «Покинутость/Нестабильность» ($p \leq 0,001$), «Неуспешность» ($p \leq 0,01$), «Покорность» и «Негативизм/Пессимизм» ($p \leq 0,05$).

Убеждение об удаче взаимосвязано с РДС «Покинутость/Нестабильность» и «Самопожертвование» ($p \leq 0,01$), «Эмоциональная депривированность» и «Негативизм/Пессимизм» ($p \leq 0,05$).

Убеждение о доброжелательности мира с РДС «Самопожертвование» ($p \leq 0,01$), «Недоверие/Ожидание жестокого обращения» ($p \leq 0,05$).

Все выявленные взаимосвязи между ранними дезадаптивными схемами и базисными убеждениями обратные, что указывает на снижение устойчивости Я, оценки собственной успешности, возможности контролировать свою жизнь и положительного отношения к миру при усилении и активизации РДС.

Индекс травматичности находится в прямой взаимосвязи с РДС «Покинутость/Нестабильность» ($p \leq 0,01$), «Уязвимость» и «Негативизм/Пессимизм» ($p \leq 0,05$). Эти схемы являются наиболее характерными для лиц с высоким индексом травматичности, т. е. именно они оказывают влияние на поведение и мировоззрение участников исследования из группы 1. При этом, согласно концепции схематерапии, определенные дезадаптивные схемы входят в домены соответствующих неудовлетворенных потребностей [28; 35] и повторное переживание травматических событий может привести к усилению воздействия РДС на жизнь участников группы 1 и их ресурсные возможности, что приведет к обострению переживания неудовлетворенности потребностей в близких отношениях, автономности, проявлении эмоций.

Наибольшее количество взаимосвязей в группе 2 выявлено между убеждением об удаче и РДС «Поиск одобрения» ($p \leq 0,001$), «Негативизм/Пессимизм» и «Пунитивность» ($p \leq 0,05$).

Также выявлены взаимосвязи между убеждением об образе Я и РДС «Дефективность/Стыд» ($p \leq 0,001$), «Спутанность/Неразвитая идентичность» ($p \leq 0,05$).

Убеждение о справедливости взаимосвязано с РДС «Социальная отчужденность» ($p \leq 0,01$) и «Покорность» ($p \leq 0,05$).

Убеждение о контроле взаимосвязано с РДС «Неуспешность» ($p \leq 0,05$).

Все выявленные взаимосвязи — обратные, что выявляет возможное снижение показателей базисных убеждений о справедливости и контроле при усилении переживаний стыда, негативного отношения к жизни, спутанности в представлениях о собственном Я, стремлении к отчуждению от окружающих людей.

Таблица 4

Взаимосвязь РДС и психологических убеждений у лиц с низким индексом травматичности (коэффициент корреляции г-Spearman)

Шкалы опросника РДС/ Базисных убеждений	Доброжелательность мира	Справедливость	Убеждение о контроле	Образ Я	Удача	Индекс травматичности
Дефективность/Стыд	0,016	-0,139	-0,358	-0,741***	-0,094	0,143
Социальная отчужденность	-0,345	-0,645**	-0,114	-0,295	0,088	0,190
Спутанность/Неразвитая идентичность	0,053	-0,427	-0,259	-0,497*	-0,372	0,307
Неуспешность	-0,047	-0,382	-0,541*	-0,401	-0,254	0,585*
Покорность	-0,318	-0,511*	-0,146	-0,390	-0,260	0,278
Поиск одобрения	0,097	-0,302	-0,287	-0,335	-0,750***	-0,141
Негативизм/пессимизм	0,250	-0,120	-0,204	-0,255	-0,516*	-0,006
Пунитивность	-0,052	-0,247	-0,122	-0,213	-0,570*	-0,082

Примечание: уровни значимости коэффициентов: «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$; «***» — $p < 0,001$.

Индекс травматичности имеет прямую взаимосвязь с РДС «Неуспешность» ($p \leq 0,05$), что указывает на отношение к травматическому событию как к неудачливости, глупой случайности и убежденности в провале.

Обсуждение результатов и выводы

Изучение базисных убеждений, ранних дезадаптивных схем позволило определить основные мишени работы с лицами, пережившими травматический опыт. Диагностика участников исследования показала, что травматический опыт представляет собой сложный сплав разных негативных событий, что указывает на наличие комплексной травмы. При этом участники демонстрируют недоверие миру и убежденность в отсутствии добра, так как оценивают влияние прошлого опыта как негативное, сильно изменившее приспособительные возможности и искажающее переживание благополучия в настоящем. Согласно теории

влияния травматического опыта на отношение к действительности и изменение картины мира [4; 19] результаты подтверждают, что травматический опыт формирует устойчивое пессимистичное восприятие событий, переживание покинутости или отверженности, отчуждения или изоляции. Травматический опыт часто усиливает представление об уязвимости перед вероятностью повторения катастроф, что также снижает убежденность в ценности Я, жизнь кажется неконтролируемой.

Как базисные убеждения, так и ранние дезадаптивные схемы формируют «предполагаемые» миры, которые позволяют выстраивать план своей жизни и предвосхищать события будущего исходя из тех событий, которые наполняли личностный опыт в прошлом. Негативные события приводят к формированию деструктивных убеждений и отрицательному отношению к миру, что усиливает психологическое переживание потерь [29; 32]. Активация РДС ведет к применению дезадаптивных форм совладающего поведения и ограничениям в проявлении взрослой позиции: человек склонен выбирать неадаптивные формы реагирования [28].

Таким образом, степень воздействия травматического опыта определяется осмыслением субъективного мира как неустойчивого и переживанием собственной расщепленности. На основании полученных результатов можно сделать следующие **выводы**.

— Показано, что у лиц с высоким уровнем влияния травматического опыта сформированы ожидание катастрофы, представление о нестабильности отношений и переживание страха стать покинутыми, быть в социальной изоляции. Последствия воздействия РДС на жизнь определяют искажение в базисном убеждении о «доброжелательности мира», выраженном в том, что окружающие недостойны доверия и не придут на помощь.

— Выявлены взаимосвязи между РДС и базисными убеждениями, как у лиц с высоким, так и у лиц с низким уровнем влияния травматического опыта. Однако в группе лиц с высоким уровнем влияния травматического опыта наблюдается специфика этих связей: РДС определяют неустойчивость и малоценность образа Я, чувство неведомости, снижение возможности контролировать негативные события и регулировать свое поведение в контексте ситуации. В пользу этого говорит большое число отрицательных взаимосвязей образа Я и РДС, которые не наблюдаются в группе лиц с низким индексом травматичности. Иными словами, чем выше устойчивость образа Я, тем ниже вероятность развития и усиления РДС; для лиц с высоким индексом травматичности большее количество РДС может определять отношение к Я в ситуации повторения травмирующих событий.

— Определено, что в группе лиц с низким уровнем влияния травматического опыта существует взаимосвязь между средним уровнем показателя влияния пережитого травматического опыта и средним уровнем

переживания неуспешности. В данной группе показатели психологических убеждений и РДС находятся на оптимальном (адаптивном) уровне, при этом уровень по показателю убеждения в доброжелательности мира достоверно выше, чем в группе с высоким индексом травматичности. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в случае если влияние травматического опыта низкое и оценивается человеком как не сильно воздействующее, то после травматической ситуации личность остается устойчивой в своих убеждениях и не переживает фрустрацию неуспеха.

— Основными мишенями практической работы с лицами, пережившими травматический опыт, являются: базисное убеждение о недоброжелательности мира (т. е. негативная картина мира, недоверие миру), страх покинутости или отвержения, неустойчивость Я-концепции, ожидание неудачи, проблемы с саморегуляцией и контролем своей жизни, неготовность справиться с травматическими событиями.

Перспектива дальнейшего исследования заключается в изучении связи и воздействия психологических убеждений, ранних дезадаптивных схем и дополнительных факторов на психологическое благополучие лиц с различным уровнем влияния травматического опыта, что позволит расширить возможности оказания психологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гайда Е.Я., Мазур-Марецкая Е.С.* Случай работы с психической травмой // Консультативная психология и психотерапия. 2010. Том 18. № 4. С. 68—86.
2. *Гоман Т.В.* Трансформация эмоционально-когнитивного реагирования женщин в отношении преждевременного родоразрешения и ухода за недоношенным ребенком // Актуальные вопросы педагогики и психологии образования: материалы XII Всероссийской научно-практической конференции, посвященной Году науки и технологий в РФ (Барнаул, 21—22 апреля 2021 года). Барнаул: Алтайский гос. пед. университет, 2021. С. 186—191.
3. *Давыдова Е.В.* Взаимосвязь детского травматического опыта, ранних дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2021. Том 10. № 1А. С. 29—41. DOI:10.34670/AR.2021.87.22.005
4. *Дымова Е.Н., Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е.* Параметры психологического благополучия/неблагополучия при разном уровне психической травматизации // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2015. № 2. С. 37—50.
5. *Ерзин А.И., Семенова Т.С., Антохин Е.Ю.* Черты личности и ранние дезадаптивные схемы как предикторы суицидального риска у подростков-гомосексуалов // Суицидология. 2017. Том 8. № 4 (29). С. 81—90.
6. *Еричев А.Н.* Когнитивно-поведенческая психотерапия в системе биопсихосоциальной терапии расстройств шизофренического спектра: автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. СПб., 2019. 42 с.

7. *Защиринская О.В., Куус Я.В.* Современные представления о психической травме // Актуальные вопросы изучения травматического стресса и психотравмы в социальной и образовательной среде: сб. науч. трудов / Под науч. ред. О.В. Защириной. СПб.: Изд-во: Автономная некоммерческая организация поддержки социальных и культурных инициатив «СОФИЯ», 2020. С. 9—21.
8. *Кабанова П.В., Кадыров Р.В.* Ранние дезадаптивные схемы пациентов с диагнозом сахарный диабет с посттравматическим стрессом // Научные исследования XXI века. 2021. № 6 (14). С. 363—368.
9. *Кадыров Р.В., Мироненко Т.А.* Обзор зарубежных исследований ранних дезадаптивных схем в клинической практике // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2022. №. 3. С. 60—65. DOI:10.18323/2221-5662-2017-3-60-65
10. *Касьяник П.М., Романова Е.В.* Опросник схем Джеффри Янга, адаптированный на русский язык. Диагностика ранних дезадаптивных схем. СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2016. 152 с.
11. *Ковтуненко А.Ю., Ерзин А.И.* Реактивные/проактивные копинг-стратегии и ранние дезадаптивные схемы у женщин, практикующих различные типы диет // *Neurodynamics*. Журнал клинической психологии и психиатрии. 2019. № 2. С. 45—59.
12. *Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмонина О.Д.* Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние малоадаптивные схемы. Часть 2. Ранние малоадаптивные схемы у больных шизофренией // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. 2017. № 1. С. 81—88.
13. *Крайнюков С.В., Бондарева М.О., Гусева Н.А., Новикова И.А.* Влияние ранних дезадаптивных схем на отношение к пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 // Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований: материалы международной научно-практической конференции, (Москва, 18—19 ноября 2020 г.) / Под ред. А.Б. Холмогоровой, О.Д. Пуговкиной, Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной, О.В. Рычковой, Н.А. Сирота. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2020. С. 90—93.
14. *Макеева Н.Ю., Антоновский А.В.* Исследование структуры ранних дезадаптивных схем у кандидатов в замещающие родители // *Вестник Тверского государственного университета*. Серия: Педагогика и психология. 2019. № 2 (47). С. 25—30.
15. *Мелехин А.И.* Специфика психологического функционирования пациентов с интерстициальным циститом // *Экспериментальная и клиническая урология*. 2021. № 14 (3). С. 49—59. DOI:10.29188/2222-8543-2021-14-3-49-59
16. *Менделевич В.Д.* Клиническая медицинская психология: учеб. пособие для студ. мед. вузов. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 426 с.
17. *Оборина Е. В.* Ранние дезадаптивные схемы, когнитивные установки и личностные особенности женщин, состоящих в разводе // *Модернизация современной науки и образования: анализ опыта и тенденций: сб. статей Международной научно-практической конференции (Петрозаводск, 02 декабря 2021 года)*. Петрозаводск: Международный центр научного партнерства «Новая Наука», 2021. С. 163—168.

18. Падун М.А., Котельникова А.В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал. 2008. Том 29. № 4. С. 9—106.
19. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М.: Институт психологии РАН, 2012. 206 с.
20. Слюсарев А.С., Козлов М.Ю., Ибрагимова Е.Н., Иваницкая Е.Д. Роль ранних дезадаптивных схем в развитии тревожно-депрессивной симптоматики у военнослужащих с расстройством приспособительных реакций // Вестник психотерапии. 2021. № 80 (85). С. 25—38.
21. Степашкина В.А. Соотношение концептов «Ментальная репрезентация» и «Образ мира» в психологии // Общество: социология, психология, педагогика. 2016. № 12. С. 86—88.
22. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. Бланки методик / Тарабрина Н.В. М.: Когито-Центр, 2019. 77 с.
23. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Мустафина Л.Ш., Ворона О.А., Казымова Н.Н., Дымова Е.Н., Шталова Н.Е. Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды взрослости // Психологический журнал. 2016. Том 37. № 6. С. 94—108.
24. Федунина Н.Ю., Бурмистрова Н.Ю. Психическая травма. К истории вопроса // Консультативная психология и психотерапия. 2005. Том 13. № 2. С. 164—190.
25. Холмогорова А.Б. Схема-терапия Дж. Янга — один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Том 22. № 2. С. 78—87.
26. Холмогорова А.Б. От главного редактора: предсказания А.Т. Бека о будущем психотерапии и опыт российских специалистов // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 3. С. 8—23. DOI:10.17759/cpp.2021290302
27. Эльзесер А.С., Кадыров Р.В., Капустина Т.В. Психологические характеристики пациентов с инфарктом миокарда: от группы риска до реабилитации // Вестник Кемеровского государственного университета. 2022. Том 24. № 1. С. 113—120. DOI:10.21603/2078-8975-2022-24-1-113-120
28. Arntz A., Rijkeboer M., Chan E., Fassbinder E., Karaosmanoglu A., Lee C. W., Panzeri M.. Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup // Cognitive Therapy and Research. 2021. Vol. 45. №. 6. P. 1007—1020. DOI:10.1007/s10608-021-10209-5
29. Beder J. Loss of the assumptive world—How we deal with death and loss // OMEGA-Journal of Death and Dying. 2005. Vol. 50. № 4. P. 255—265.
30. Buchholz K.R., McCaughey V.K., Street A.E. What Is Psychological Trauma? // Sexual and Gender-Based Violence. 2020. № 1. P. 3—18. DOI:10.1007/978-3-030-38345-9_1
31. Hughes K., Bellis M.A., Hardcastle K.A., Sethi D., Butchart A., Mikton C., Jones L., Dunne M.P. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis // Lancet Public Health. 2017. Vol. 2. № 8. P. e356—e366. DOI:10.1016/S2468-2667(17)30118-4
32. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct // Social cognition. 1989. Vol. 7. №. 2. P. 113—136.

33. Kessler R.S., Alonso J., Aguilar-Gaxiola S., et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys // European Journal of Psychotraumatology. 2017. № 8 (5): 1353383. DOI:10.1080/20008198.2017.1353383
34. Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M., Bower J.E., Gruenewald T.L. Psychological resources, positive illusions, and health // American psychologist. 2000. Vol. 55. № 1. P. 99—109. DOI:10.1037//0003-066x.55.1.99
35. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema therapy. New York: Guilford, 2003. 254 с.

REFERENCES

1. Gajda E., Mazur-Mareckaja E.S. Sluchaj raboty s psihicheskoj travmoj [Case study of trauma work] [Elektronnyi resurs]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2010, vol. 18, no. 4, pp. 68—86. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Goman T.V. Transformaciya emocional'no-kognitivnogo reagirovaniya zhenshchin v otnoshenii prezhddevremennogo rodorazresheniya i uhoda za nedonoshennym rebenkom [Transformation of emotional and cognitive response to caring for premature baby during complex psychological support]. *Aktual'nye voprosy pedagogiki i psihologii obrazovaniya: Materialy XII Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii, posvyashchennoj Godu nauki i tekhnologii v RF, Barnaul, 21—22 aprelya 2021 goda. Barnaul: Altajskij gos. ped. universitet*, 2021, pp.186—191. (In Russ.).
3. Davydova E.V. Vzaimosvyaz' detskogo travmaticheskogo opyta, rannikh dezadaptivnykh skhem i psikhopatologicheskoi simptomatiki u patsientov s paranoidnoi shizofreniei [The relationship between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemes and psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia]. *Psikhologiya. Istorikokriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya = Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches*, 2021, Vol. 10, no. 1A, pp. 29—41. DOI:10.34670/AR.2021.87.22.005 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Dymova E.N., Tarabrina N.V., Kharlamenkova N.E. Parametry psihologicheskogo blagopoluchiya/neblagopoluchiya pri raznom urovne psihicheskoj travmatizacii [Parameters of psychological well-being or troubles at different levels psychological traumatization]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya = Moscow University Psychology Bulletin*, 2015, no. 2, pp. 37—50. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Erzin A.I., Semenova T.S., Antokhin E.Y. Cherty lichnosti i rannie dezadaptivnye skhemy kak prediktory suicidal'nogo riska u podrostkov-gomoseksualov [Personality traits and early maladaptive schemas as predictors of suicidal risk in adolescent homosexuals]. *Suicidologiya = Suicidology*, 2017, Vol. 8, no 4 (29). pp. 81—90. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Zashchirinskaya O.V., Kuus Ya.V. Sovremennye predstavleniya o psikhicheskoj travme [Modern representation of psychotrauma]. *Aktual'nye voprosy izucheniya travmaticheskogo stressa i psikhotravmy v sotsial'noi i obrazovatel'noi srede. Sbornik nauchnykh trudov. St. Petersburg, Sofiya Publ.*, 2020, pp. 9—21. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Kabanova P.V., Kadyrov R.V. Rannie dezadaptivnye skhemy pacientov s diagnozom saharnyj diabet s posttravmaticheskim stressom [Early maledaptive schemes of patients with diagnosis diabetes mellitus with posttraumatic stress]. *Nauchnye issledovaniya XXI veka*, 2021, no. 6 (14). pp. 363—368. (In Russ.)

8. Kadyrov R.V., Mironenko T.A. Obzor zarubezhnyh issledovaniy rannih dezadaptivnyh skhem v klinicheskoy praktike [The review of foreign studies of early maladaptive schemas in clinical practice]. *Vektor nauki Tol'yatinskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika, psihologiya = Science Vector of Togliatti State University. Series: Pedagogy, Psychology*. 2017, no. 3, pp. 60—65. DOI:10.18323/2221-5662-2017-3-60-65 (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Kas'ianik P.M., Romanova E.V. Diagnostika rannikh dezadaptivnykh skhem [Early Maladaptive schemas Diagnostics]. St. Petersburg, Politekh. un-t Publ., 2016. 152 p. (In Russ.).
10. Kovtunenکو A.Yu., Erzin A.I. Reaktivnye/proaktivnye koping-strategii i rannie dezadaptivnye skhemy u zhenshchin, praktikuyushchih razlichnye tipy diet [Reactive / proactive coping and early maladaptive schemas in dieting women]. *Neurodynamics. ZHurnal klinicheskoy psihologii i psihiatrii = Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry*, 2019, no.2, pp. 45—59. (In Russ., abstr. in Engl.).
11. Kotsubinsky A.P., Elichev A.N., Klaiman V.O., Shmonina O.D. Biopsihosotsial'naya model' shizofrenii i rannie maloadaptivnye skhemy. CHast' 2. Rannie maloadaptivnye skhemy u bol'nyh shizofrenij [Biopsychosocial model of schizophrenia and early maladaptive schemas Part 2. Early maladaptive schemas in patients with schizophrenia]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii = V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*, 2017 no. 1, pp. 81—88. (In Russ.).
12. Krainyukov S.V., Bondareva M.O., Guseva N.A., Novikova I.A. Vliyanie rannih dezadaptivnyh skhem na otnoshenie k pandemii koronavirusnoj infekcii COVID-19 [The influence of early maladaptive schemas on attitudes towards the coronavirus infection COVID-19 pandemic]. *Zeigarnikovskie chteniya. Diagnostika i psihologicheskaya pomoshch' v sovremennoj klinicheskoy psihologii: problema nauchnyh i eticheskikh osnovanij: Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. Moskva, 18-19 noyabrya 2020 g. / Pod red. Holmogorovoj A.B., Pugovkinoy O.D., Zverevoy N.V., Roshchinoj I.F., Rychkovoij O.V., Sirota N.A. M.: FGBOU VO MGPPU*, 2020, pp. 90—93. (In Russ.).
13. Makeeva N.Y., Antonovsky A.V. Issledovanie struktury rannih dezadaptivnyh skhem u kandidatov v zameshchayushchie roditel' [The study of the structure of early non-adaptive schemas the candidate foster parents]. *Vestnik TvGU. Seriya: Pedagogika i psihologiya = Bulletin of the Tver State University. Series: Pedagogy and psychology*, 2019, no. 2 (47), pp. 25—30. (In Russ.).
14. Melekhin A.I. Specifika psihologicheskogo funkcionirovaniya pacientov s interstitsial'nym cistitom [The specificity of the psychological functioning of patients with interstitial cystitis]. *Ekspertimetal'naya i klinicheskaya urologiya = Experimental and Clinical Urology*, 2021, no. 14 (3), pp. 49—59. DOI:10.29188/2222-8543-2021-14-3-49-59 (In Russ., abstr. in Engl.).
15. Mendelevich V.D. D. Klinicheskaya medicinskaya psihologiya: uchebnoe posobie dlya studentov med. Vuzov [Clinical and medical psychology]. M.: MEDpress-inform, 2008, 426 p. (In Russ.).
16. Oborina E.V. Rannie dezadaptivnye skhemy, kognitivnye ustanovki i lichnostnye osobennosti zhenshchin, sostoyashchih v razvode [Early maladaptive schemas, cognitive attitudes and personal characteristics of women in divorce]. *Modernizatsiya sovremennoj nauki i obrazovaniya: analiz opyta i tendencij: sbornik statej*

- Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii, Petrozavodsk, 02 dekabrya 2021 goda. Petrozavodck: Mezhdunarodnyj centr nauchnogo partnerstva «Novaya Nauka» (IP Ivanovskaya I.I.), 2021, pp. 163—168 (In Russ.).*
17. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Modifikaciya metodiki issledovaniya bazisnyh ubezhdenij lichnosti R. YAnoff-Bul'man [Modification of R. Janoff-Bulman's procedure for personality basic beliefs study]. *Psikhologicheskii zhurnal = Psychological Journal*, 2008. Vol. 29, no. 4, pp. 98—106. (In Russ.).
 18. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Psikhicheskaya travma i kartina mira [Mental Trauma and a Worldview. Theory, Empirical Research, Practice]. Moscow: Institut psikhologii RAN Publ., 2012. 204 p. (In Russ.).
 19. Slusarev A.S., Kozlov M.Y., Ibragimova E.N., Ivanitskaya E.D. Rol rannih dezadaptivnyh shem v razvitii trevozhno-depressivnoj simptomatiki u voennosluzhashchih s rasstrojstvom prispособitelnyh reakcij [The connection between early maladaptive schemas and anxiety-depressive symptoms which are observed in military men with impaired adaptive reactions]. *Vestnik psikhoterapii = Bulletin of Psychotherapy*, 2020, no. 80, pp. 25—38. (In Russ., abstr. in Engl.).
 20. Stepashkina V.A. Sootnoshenie konceptov «mental'naya reprezentaciya» i «Obraz mira» v psihologii [Correlation of concepts “mental representation” and “image of the world” in psychology]. *Obshchestvo: sociologiya, psihologiya, pedagogika = Society: sociology, psychology, pedagogics*, 2016, no. 12, pp. 86—88. (In Russ., abstr. in Engl.).
 21. Tarabrina N.V. Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. Chast' 2. Blanki metodik [Practical guide on psychology of post-traumatic stress. Part 2. Forms of methods]. Ed. by N.V. Tarabrina. Moscow, Izd-vo Kogito-Centr., 2007. 285 p. (In Russ.).
 22. Tarabrina N.V. Kharlamenkova N.E., Bykhovets Yu.V., Mustafina L.Sh., Vorona O.A. Kasymova, N.N., Dymova E.N. Shatalova N.E. Posttravmaticheskij stress i kartina travmaticheskikh sobytij v raznye periody vzroslosti [Post-traumatic stress and the traumatic events in different periods of adulthood]. *Psikhologicheskii zhurnal = Psychological Journal*, 2016. Vol. 37, no.6, pp. 94—108. (In Russ., abstr. in Engl.).
 23. Fedunina N.Yu., Burmistrova E.V. Psikhicheskaya travma. K istorii voprosa [Psychic trauma. To the history of the issue] [Elektronnyi resurs]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya a= Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2005, no. 2, pp. 164—190. (In Russ., abstr. in Engl.).
 24. Kholmogorova A.B. Skhema-terapiya Dzh. YAnga-odin iz naibolee effektivnyh metodov pomoshchi pacientam s pograničnym rasstrojstvom lichnosti [J. Yang's scheme therapy — one of the most effective methods of care for patients with borderline personality disorder] [Elektronnyi resurs]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2014. Vol. 22, no. 2, pp. 78—87. (In Russ., abstr. in Engl.).
 25. Kholmogorova A.B. Ot glavnogo redaktora: predkazaniya A.T. Beka o budushchem psihoterapii i opyt rossijskih specialistov [From the Editor: A.T. Beck's Predictions as to the Future of Psychotherapy and Russian Specialists' Experience] [Elektronnyi resurs]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 8—23. DOI:10.17759/cpp.2021290302. (In Russ., abstr. in Engl.).
 26. Elzesser A.S., Kadyrov R.V., Kapustina T.V. Psihologicheskie karakteristiki pacientov s infarktomyokarda: ot grupy riska do rehabilitacii [Psychological Profile of Patients s infarktomyokarda: ot grupy riska do rehabilitacii] [Psychological Profile of Patients

- with Myocardial Infarction: from Risk Group to Rehabilitation]. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta = Kemerovo State University Bulletin*, 2022. Vol. 24, no. 1, pp. 113—120. DOI:10.21603/2078-8975-2022-24-1-113-120 (In Russ., abstr. in Engl.).
27. Arntz A., Rijkeboer M., Chan E., Fassbinder E., Karaosmanoglu A., Lee C.W., Panzeri M.. Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 2021. Vol. 45, no. 6, pp. 1007—1020. DOI:10.1007/s10608-021-10209-5
 28. Beder J. Loss of the assumptive world—How we deal with death and loss. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 2005. Vol. 50, no. 4. pp. 255—265.
 29. Buchholz K.R., McCaughey V.K., Street A.E. What Is Psychological Trauma? *Sexual and Gender-Based Violence*, 2020, № 1, pp. 3—18. DOI:10.1007/978-3-030-38345-9_1
 30. Hughes K., Bellis M.A., Hardcastle K.A., Sethi D., Butchart A., Mikton C., Jones L., Dunne M.P. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2017. Vol. 2, no. 8, pp. e356—e366. DOI:10.1016/S2468-2667(17)30118-4
 31. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition*, 1989. Vol. 7, no. 2, pp. 113—136.
 32. Kessler R.S., Alonso J., Aguilar-Gaxiola S., et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017, № 8 (5): 1353383. DOI:10.1080/20008198.2017.1353383
 33. Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M., Bower J.E., Gruenewald T.L. Psychological resources, positive illusions, and health. *American psychologist*, 2000. Vol. 55, no. 1, pp. 99—109. DOI:10.1037//0003-066x.55.1.99
 34. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema therapy. New York: Guilford, 2003. 254 p.

Информация об авторах

Степашкина Валерия Александровна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологии личности, Казанский федеральный университет (ФГАОУ ВО КФУ), г. Казань, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0013-3412>, e-mail: kukusya2007@yandex.ru

Сулейманова Нэлли Рустэмовна, магистрант, Казанский федеральный университет (ФГАОУ ВО КФУ), г. Казань, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8037-0834>, e-mail: nelly@suleymanov.ru

Information about the authors

Valeriya A. Stepashkina, PhD in Psychology, Associate Professor, Chair of Clinical Psychology, and Psychology of Personality, Kazan Federal University, Kazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0013-3412>, e-mail: kukusya2007@yandex.ru

Nelly R. Suleymanova, Master of Science Student, Kazan Federal University, Kazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8037-0834>, e-mail: nelly@suleymanov.ru

Получена 10.11.2022

Received 10.11.2022

Принята в печать 26.08.2023

Accepted 26.08.2023

ПЕРЕЖИВАНИЕ ЛИЧНОСТЬЮ ОПЫТА ДОМАШНЕГО (ПАРТНЕРСКОГО) НАСИЛИЯ

С.Н. КОСТРОМИНА

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9508-2587>,
e-mail: s.kostromina@spbu.ru

А.В. ГОНЧАРЕНКО

Санкт-Петербургский государственный университет
(ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3066-4379>,
e-mail: psy.arkadiy@gmail.com

Актуальность. Домашнее насилие становится все более актуальной проблемой в наше время. Несмотря на снятие табуированности, эта проблема по-прежнему остается недостаточно изученной, особенно в контексте феноменологии. В рамках исследования рассмотрены различные подходы к проблеме абьюзивных отношений, виды насилия, а также такие теоретические конструкты, как переживание (Ф.Е. Василюк) и отношения (В.Н. Мясищев). **Цель исследования.** В данной статье представлены материалы исследования, цель которого описать особенности переживания личностью опыта домашнего насилия. В исследовании приняли участие 108 человек, среди которых было 79 женщины и 29 мужчин (средний возраст респондентов — 30 лет). **Методы.** Результаты основывались на авторском онлайн-опроснике и опроснике «Измерение малоадаптивных форм вины», а также на глубинном феноменологическом интервью с женщинами, пережившими домашнее насилие. Данные были обработаны с помощью частотного, сравнительного и контент-анализа. **Результаты.** Выявлено, что переживание опыта домашнего насилия у респондентов представлено на трех уровнях отношений (когнитивном, эмоциональном и поведенческом); отмечены такие последствия домашнего насилия, как потеря себя и усиление экзистенциальной вины. **Вы-**

ВОДЫ исследования указывают на возможности применения феноменологии в психотерапии с жертвами домашнего насилия.

Ключевые слова: абьюз, домашнее партнерское насилие, переживание, понижающая психология, экзистенциальная вина, потерянные Я.

Для цитаты: *Костромина С.Н., Гончаренко А.В. Переживание личностью опыта домашнего (партнерского) насилия // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 114—131. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310306>*

PERSONAL EXPERIENCING OF DOMESTIC (PARTNERSHIP) VIOLENCE

SVETLANA N. KOSTROMINA

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9508-2587>,

e-mail: s.kostromina@spbu.ru

ARKADIY V. GONCHARENKO

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3066-4379>,

e-mail: psy.arkadiy@gmail.com

Relevance. Domestic violence is becoming an increasingly relevant problem in our time. Despite the removal of taboo, this problem still remains understudied, especially in the context of phenomenology. The study considers different approaches to the problem of abusive relationships, types of violence, as well as constructs such as experience (F.E. Vasilyuk) and relationships (V.N. Myasishchev). **Purpose of the study.** This article presents the materials of the study, which aims to describe the peculiarities of a personality's experience of domestic violence. The study involved 108 people, among whom there were 79 women and 29 men (the average age of respondents was 30 years). **Methods.** Results were based on an online questionnaire and the Measurement of Maladaptive Guilt Questionnaire, as well as an in-depth phenomenological interview with female survivors of domestic violence. Data were processed using frequency, comparative (U-Mann-Whitney test) and correlation analysis, and factor analysis (principal component method). **Results.** It was found that the relieving of this experience in the respondents is presented on 3 levels of attitudes, and consequences such as loss of self and increased existential guilt were noted. **Conclusions.** The findings of the study indicate the potential for the application of phenomenology in psychotherapy with survivors of domestic violence.

Keywords: abuse, domestic partner violence, experiencing, understanding psychology, existential guilt, lost selves.

For citation: Kostromina S.N., Goncharenko A.V. Personal Experiencing of Domestic (Partnership) Violence. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 03, pp. 114—131. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310306> (In Russ.).

Введение

В современном обществе все большее внимание уделяется проблеме домашнего насилия, которая ранее была табуирована. На сегодняшний день отмечается значительное изменение отношения общества к этой проблеме. В частности, были созданы специальные службы, которые занимаются предотвращением насилия в семье, а также кризисные центры и убежища для женщин, которые стали доступными круглосуточно. Кроме того, функционируют телефоны доверия и проводятся информационные кампании в средствах массовой информации. На сегодняшний день также существует множество социальных проектов, которые направлены на оказание помощи жертвам домашнего насилия, а также внедрен закон, направленный на борьбу с этим явлением. Повышенный интерес к этой проблеме связан с социально-политическими причинами, такими как изменения в современном обществе и переоценка ценностей. Вместо табуирования в настоящее время заметна информационная доступность, которая характерна для постиндустриального общества [4; 10].

Психологические причины проблемы в значительной степени связаны с ростом напряженности и стрессогенности жизни современного человека. Жизнь становится все более сложной и неустойчивой, особенно на фоне пандемии COVID-19, что может приводить к обострению проблемы насилия в семье [1; 14]. Несмотря на то, что общество все больше говорит о равноправных отношениях в паре и уделяет внимание личным границам, ситуация с насилием все еще остается острой. Информация последних лет свидетельствует об обострении проблемы насилия в ситуации, когда человек практически изолирован от мира и не имеет возможности обратиться за помощью.

Общественные организации и специалисты обращают внимание на эту проблему и стараются решить ее на уровне государства, например, продвигая закон о домашнем насилии. Однако, чтобы более эффективно бороться с насилием, необходимо рассматривать его системно и учитывать дисбаланс власти, который существует в отношениях между мужчинами и женщинами.

В российской культуре проблема домашнего насилия не вызывает такого негодования, как в европейских странах. Наши образы отношений часто включают страдание одного из партнеров, что отражается в классической литературе и кино. Некоторые люди также не привыкли обсуждать внутрисемейные конфликты за пределами семьи. В результате те, кто сталкивается с насилием в семье, могут продолжать оставаться в таких отношениях, надеясь на улучшение, терпя и страдая, не обращаясь за помощью. Но важно помнить, что насилие никогда не является нормой и что есть ресурсы и специалисты, которые могут помочь выйти из таких отношений.

Национальная ассоциация социальных работников определяет домашнее насилие как форму насилия, которая может быть эмоциональной, физической или сексуальной и применяется сознательно или неосознанно в отношении членов семьи или других домочадцев [7]. Это явление повторяется раз за разом, причем с каждым новым случаем насилия увеличивается степень его тяжести. Насилие не всегда должно быть физическим, чтобы причинить вред человеку; оно может быть и эмоциональным, сексуальным или экономическим, главным же признаком любой формы насилия является желание контролировать и внушать чувство страха человеку. В большинстве случаев жертва переживает несколько видов насилия, иногда даже все одновременно, и из таких отношений тяжело выйти [5; 11].

В данном исследовании особый интерес представляет изучение переживаний, связанных с опытом домашнего насилия и того, как эти переживания воспринимаются россиянами. Опыт домашнего насилия рассматривается как контекст, а переживание этого опыта — как механизм трансформации и интеграции личности. Согласно Ф.Е. Василюку, функция переживания заключается в обслуживании кризисных состояний, когда другие виды деятельности не способны восстановить психоэмоциональное равновесие через трансформацию внешнего мира [2]. Переживание как особый вид деятельности отражает характер отношений, в которых находится человек. В.Н. Мясищев считает, что подлинные отношения индивида к объективной реальности представляют собой его потенциальные характеристики, пока не воплотятся в активности, осуществляемой в субъективно важных для индивида обстоятельствах [9]. Данная концепция личности и отношений открывает новые перспективы для исследования домашнего насилия. Она позволяет сконцентрироваться на феноменологии переживания насилия на трех уровнях отношений — когнитивном, эмоциональном и поведенческом. Основная цель исследования заключается в выявлении того, как опыт домашнего насилия влияет на восприятие себя и других, вызывает ли он потерю личной идентичности (потерю Я), проявляется ли манипу-

лятивное поведение, а также способствует ли опыт домашнего насилия увеличению экзистенциальной вины.

Методы

Исследование состояло из двух этапов. На первом этапе исследования был проведен онлайн-опрос, в рамках которого было исследовано когнитивное и эмоциональное восприятие концепта «негативные отношения» в современном обществе, а также его взаимосвязь с домашним насилием, экзистенциальной виной и потерянными возможными Я. Для проведения опроса был использован авторский опросник, состоящий из 10 закрытых и 10 открытых вопросов. Респондентам предлагалось поделиться своими представлениями об отношениях в целом и дать развернутое описание своего самого негативного опыта отношений. Также на первом этапе была использована методика «Диагностика малоадаптивных форм вины» Е.В. Белинской. Полученные данные были обработаны методом контент-анализа путем выделения семантических единиц и присвоения им категорий, таких как «Экзистенциальная вина», «Возможное Я», «Эмоции и чувства» и т. д. Эти семантические категории были переведены в количественные данные и обработаны методом частотного анализа. После выявления средней оценки по измеряемым показателям, прослеживалась их взаимозависимость и корреляция друг с другом, также данные полученные в онлайн-опросе сравнивались с данными интервью.

На втором этапе исследования были изучены особенности переживания опыта домашнего насилия на основе глубинного феноменологического интервью. Этот метод позволяет изучать особенности переживания опыта домашнего насилия без внесения субъективных ожиданий и гипотез исследователя в повествование респондентов [13]. Интервью включало 10 открытых вопросов, а респондентам предлагалось рассказать о своем опыте домашнего насилия в целом или выбрать конкретную ситуацию. Основные методы обработки данных, использованные в исследовании, включают нарративный анализ (К. Мюррей) и метод продуцирования смысла (С. Квале) [8]. При обработке данных применялись различные процедуры, включая категоризацию значений и их кодирование, выделение звучащих тем в текстах, конденсацию смыслов и измерение частоты упоминания интересующих нас категорий. Для сравнения отдельных высказываний и целых текстов между собой использовался метод сравнительного анализа.

Основную выборку составили 100 человек, которые приняли участие в онлайн-опросе. Это были женщины и мужчины в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст — 30 лет). Среди всех респондентов 56% имели

опыт домашнего насилия в романтических отношениях, у 40% респондентов отношения продолжались 2—4 года, у 32% — около года, а у 28% респондентов — 5 лет и более. В глубинном интервью приняли участие 8 женщин в возрасте от 18 до 42 лет, которые имели опыт домашнего насилия в прошлом. При этом 5 из этих женщин получали психологическую помощь в связи с пережитым опытом насилия. Важно отметить, что факт пережитого опыта домашнего насилия фиксировался только со слов респондентов. Этот этап исследования позволил получить глубокое понимание переживаний женщин, которые имели опыт домашнего насилия, через их личные истории.

Результаты

Феноменологический анализ пережитого опыта деструктивных партнерских отношений

Изучение описания феноменологии пережитого опыта насилия позволяет выделить важные характеристики, которые связаны с мыслями и чувствами по поводу отношений, ассоциированных с насилием. С целью упрощения анализа и упорядочивания описаний были выделены следующие категории: отношения, чувства, негативный опыт, партнер, последствия, мысли о расставании, действия. Ниже приводятся некоторые примеры описаний этих категорий.

Категория «Чувства» в исследовании представляет собой переживания, связанные с опытом отношений, в которых было насилие. Из всех респондентов 30% отметили грусть, опустошение, разочарование и тоску по поводу упущенных возможностей. Еще 22% испытывали чувства ненависти к себе, обиды на себя, сожаления о своем выборе оставаться в отношениях. В целом, значительная часть респондентов описывала либо чувства, которые связаны с экзистенциальной виной, либо чувства, которые связаны с потерянными возможными Я. Потерянные возможные Я — это прошлые представления человека о том, каким он мог бы стать в будущем, это те мечты, опасения, надежды, которые по тем или иным причинам оказались несбывшимися, утраченными, нереализованными [3]. Эта сфера Я особенно значима в контексте утраченных возможностей в прошлых отношениях. Эта тенденция прослеживается и в других шкалах исследования.

В категории «Негативный опыт» были выделены слова и фразы, связанные с фактом насилия, созависимости и другими отрицательными аспектами отношений. 28% респондентов упоминают физическое или психологическое насилие со стороны партнера в самом негативном опыте отношений. 22% описывают этот опыт как созависимость и полное

слияние с партнером. Еще 20% связывают этот опыт с манипулированием, что также является проявлением психологического насилия. 16% респондентов отмечают предательство, обман или измену партнера как негативный опыт отношений. У 14% респондентов в описании самого негативного опыта отношений встречаются отсылки к потерянным возможным Я. Большинство респондентов столкнулись с психологическим насилием со стороны партнера. Негативный опыт отношений вызывает сожаления о потерянных возможностях и связанных с ними альтернативных возможных Я.

В категории «Последствия» были выявлены семантические единицы, связанные с тем, как отношения повлияли на жизнь людей после их окончания. 28% респондентов отмечают, что после негативного опыта отношений они потеряли доверие к потенциальным партнерам и имеют негативные ожидания от будущих отношений. 20% респондентов считают этот опыт травмирующим и сообщают, что начали ходить к психологу для получения помощи. Примерно 10% говорят о том, что после этих отношений они стали винить себя и испытывать ненависть к себе. В целом, значительная часть респондентов переживают этот опыт в общем недоверии к противоположному полу. Такое разнообразие травмирующих последствий деструктивных отношений подтверждает гипотезу об уникальности переживания этого опыта.

Таким образом, полученные данные подтверждают высокую актуальность проблемы переживания деструктивных отношений, которые могут оставлять значительный эмоциональный след у людей, независимо от времени, прошедшего с момента расставания. Более 25% респондентов отметили, что отношения, связанные с насилием, были для них особенно эмоционально значимым и травмирующим эпизодом в их жизни. Одно из основных наблюдений, которые можно сделать из результатов опроса, заключается в том, что эти отношения продолжают «жить» в настоящем и могут иметь травмирующее воздействие на психическое состояние человека. Кроме того, прослеживается взаимосвязь между переживанием деструктивных отношений и экзистенциальной виной, а также потерянных возможных Я. Это указывает на то, что пережитый негативный опыт отношений может оказывать значительное влияние на личность и ее способность конструировать свое будущее.

Анализ различий между респондентами с опытом партнерского насилия и без него

Далее участники исследования были разделены на две группы: с опытом и без опыта насилия. Критерием деления был факт пережитого насилия в отношениях, который фиксировался со слов респондентов. В первую группу вошло 52%, во вторую — 48% респондентов.

Проведенный частотный анализ, основанный на критерии Хи-квадрат, выявил значимые различия между группами респондентов по четырем шкалам: «Воспоминания», «Негативный опыт», «Последствия» и «Мысли о расставании». Эти различия подтверждают, что опыт домашнего насилия оказывает влияние на общее восприятие отношений и понимание того, что означает находиться в отношениях. После деструктивных отношений травмирующий опыт сказывается на последующих отношениях, приводя к негативным ожиданиям от партнера, потере доверия ($p = 0,000$), появлению постоянного чувства «виновности» ($p = 0,012$) и сожалений об упущенных возможностях ($p = 0,007$). Негативный опыт, пережитый респондентами в ходе домашнего насилия, характеризуется такими факторами, как манипуляции, поступки партнера, потеря себя, самообвинение и чувство вины.

Из результатов исследования следует, что большинство участников испытывали негативные последствия от опыта деструктивных отношений, которые проявляются в их мыслях, эмоциях и поведении. Более того, значительная часть респондентов сталкиваются с проблемами в близких отношениях после такого опыта, включая потерю доверия к потенциальным партнерам, негативные ожидания, чувство вины и сожаления о неиспользованных возможностях.

Сравнение двух групп респондентов по методике «Измерение малоадаптивных форм вины» показало, что респонденты, пережившие домашнее насилие, испытывают большее чувство вины по сравнению с теми, кто не пережил такой опыт (табл. 1). Особенно высокий уровень выраженности у них наблюдается по шкале «Вина ненависти к себе», что означает, что они очень сильно себя ненавидят и считают себя неполноценными. Это связано с чувством межличностной вины, т. е. с чувством вины за нарушение связи с близкими людьми. Эту концепцию подтверждает теория Джозефа Вайсса о дезадаптивных формах вины [15].

Таблица 1
Распределение значимости средних значений по шкале
«Вина ненависти к себе»

Шкала	Группа	Коэффициент U-Манна—Уитни	Уровень значимости(p)
Вина ненависти к себе	С опытом насилия (3)	152	0,001***
	Без опыта насилия (2)		
	Повлиял положительно (1)	11,375	0,023 *
	Появились сожаления и самообвинение (3)		

Примечание: «*» — $p < 0,05$; «***» — $p < 0,001$.

Из табл.1 следует, что у респондентов, которые имели опыт насилия в предыдущих отношениях, более высокий уровень вины, и они гораздо чаще испытывают чувство ненависти к самим себе ($p < 0,001$). Экзистенциальная вина, согласно М. Хайдеггеру, представляет собой ответственность человека перед самим собой. Вина является важным аспектом жизни человека, поскольку в процессе своего существования он никогда не может реализовать все свои возможности. Каждый выбор, который он принимает, подразумевает отказ от других возможностей [6]. В этом смысле человек, который был подвержен домашнему насилию и решил остаться в таких отношениях, отказал себе в возможности избежать повторения этого травматического опыта. В результате этого выбора у него может возникнуть чувство вины, которая будет направлена в первую очередь на себя за то, что он позволил себе оказаться в этой ситуации.

Опыт деструктивных отношений может иметь как усиливающее, так и ослабляющее воздействие на вину, которую человек испытывает перед самим собой. Респондентам, которые не отмечали положительных последствий такого опыта, более свойственно испытывать вину ($p < 0,05$). В их ответах чаще встречаются сожаления о потерянных возможностях и утраченной доверии к противоположному полу, а также более часто возникают идеи о причинах проблем в отношениях, связанных с их личными характеристиками. Однако понимание пользы негативных отношений, умение извлекать уроки и двигаться дальше способны снизить уровень самокритики и обвинения себя в случившемся. Это наблюдение может быть важно при оказании психологической помощи жертвам домашнего насилия. Обнаружение положительных аспектов в этом опыте может помочь укреплению самооценки и улучшению самопринятия человека, пережившего похожий опыт.

Таким образом, можно предположить, что переживания, описанные респондентами, такие как чувства сожаления об упущенных возможностях, ошибках, выборах, тоска, опустошенность, самообвинение и ненависть к себе, могут быть результатом опыта домашнего насилия и связаны с экзистенциальной виной и потерянными возможными Я.

Контент-анализ феноменологического интервью с женщинами, пережившими домашнее насилие

В процессе феноменологического интервью, женщины, пережившие домашнее насилие, были более подробно опрошены о своих мыслях, чувствах и поведении в ситуациях насилия, а также о своей личности и личности своего партнера. Определенные характеристики, связанные с чувством вины и потерей себя в отношениях, были выделены путем контент-анализа и индуктивного кодирования и объединены в 9 категорий, включая

«Мысли», «Чувства», «Действия», «Проявления насилия», «Последствия опыта», «Вина», «Потерянные Я», «Образ себя» и «Образ партнера».

Первое, что можно заметить, это схожесть категорий, выявленных в онлайн-опросе и интервью, где рассказывались реальные истории насилия. Как и в онлайн-опросе, так и в интервью большое внимание уделяется описанию эмоций и мыслей, характеристикам партнера, последствиям пережитого опыта. Далее приводятся некоторые примеры категорий.

Категория «Последствия насилия» (табл. 2) содержит смысловые единицы, которые были упомянуты респондентами 118 раз (в среднем — 14,7). В онлайн-опросе участники, описывая последствия насилия, уделяли внимание как негативным, так и положительным аспектам, таким как осознание смысла жизни, личностный рост и лучшее понимание других людей. В свою очередь, в личных историях женщин преобладали травматические последствия, которые влияют на их жизнь как в прошлом, так и в настоящем, не позволяя им вернуться к нормальной жизни и строить здоровые отношения.

Таблица 2

Пример индуктивного кодирования категории «Последствия насилия»

Название кода	Конденсация смысла	Закодированный фрагмент интервью
Последствия насилия	Описание того, как опыт домашнего насилия повлиял на жизнь испытуемых	...когда мы вместе жили с ним у меня была деградация личности, началась и вот до сих пор. Сейчас я прохожу терапию. У меня ПТСР, панические атаки, у меня развилась паранойя. Мне очень тяжело иногда бывает. У меня бывают flashback иногда. Часто не могу заснуть, плохо сплю; если засыпаю, то у меня очень странные сны, часто даже снится, что я вернулась к нему, я не знаю, каким образом. И опять взперти, не могу выбраться, и всегда страшно.

Категория «Вина» (табл. 3) в нарративах респондентов встречается 111 раз (среднее значение — 14). В описаниях личных историй прослеживается тенденция к самообвинению. Женщины говорят, что они обвиняют себя, ненавидят себя за то, что не смогли защитить себя от насилия. Нарративы подтверждают гипотезу об усилении чувства вины у тех, кто пережил домашнее насилие. Однако речь идет не о простом чувстве вины, а об экзистенциальной вине на более глубоком уровне.

Таблица 3

Пример индуктивного кодирования категории «Вина»

Название кода	Конденсация смысла	Закодированный фрагмент интервью
Вина	Описание, связанное с экзистенциальной виной	Я себя чувствовала слабой, плохой, потому что я позволила так к себе относиться. Мне было стыдно, я ощущала перед собой вину и я до сих пор ощущаю перед собой вину. Мне кажется, что сама себя не защитила и я виновата в том, что я не ушла сразу. Мне каждый раз все объясняют, что это не я виновата и что вообще-то у человека есть ответственность за его действия. Но как-то внутренне я даже ненависть к себе испытываю за то, что я себя не уберегла и за то, что я позволила себе в это войти и выйти с такими серьезными потерями

Семантические единицы, связанные с категорией «Потерянные Я» (табл. 4), встречаются в нарративах респондентов 78 раз (среднее значение — 10). Женщины описывали, как опыт домашнего насилия повлиял на их личность и как они потеряли себя в ситуации насилия. Они также рассказывали о том, какие решения могли бы принять в прошлом, чтобы избежать этой ситуации, и как это могло бы повлиять на их жизнь сегодня. Некоторые нарративы также содержали прямые описания того, как опыт домашнего насилия привел к потере себя в качестве личности и невозможности описать свой образ Я.

Таблица 4

Пример индуктивного кодирования категории «Потерянные Я»

Название кода	Конденсация смысла	Закодированный фрагмент интервью
Потерянные Я	Описание связанное с потерянными возможными Я	Сейчас я вообще не знаю кто я, абсолютно. У меня нет образа Я. Меня мотает из стороны в сторону, и я не могу собрать свой образ, я не могу сказать, что я такая или такая. Я во всех случаях разная, со всеми людьми абсолютно разная, сама с собой я абсолютно разная и все из крайности в крайность. Я бы сказала, что моя личность разделилась личностей на 5, наверное, и сейчас я их собираю потихонечку. Так или иначе я уже не тот человек, которым была до него и никогда такой опять не стану

Личные истории, которые были собраны в полуструктурированном интервью, часто фокусируются на насилии, потерянных возможностях личности и самообвинении. Такое содержание пересекается с ответами в онлайн-опросе, подтверждая валидность результатов и устойчивость характеристик пережитого опыта домашнего насилия. Интересно также, что описание партнера встречается чаще, чем описание себя. Этот аспект расширяет понимание того, как человек переживает насилие, путем того, что он не осознает своего места в ситуации насилия, ему сложно оценить свою роль в этом опыте. Можно заметить, что респонденты как бы выходят за рамки этой ситуации, отделяют себя от нее. Это может быть связано с механизмом психологической защиты — вытеснением [12].

Частота упоминания категории когнитивной составляющей в нарративах значительно превышает частоту упоминаний эмоциональной или поведенческой составляющих. Это означает, что респонденты склонны рационализировать свой опыт домашнего насилия, используя когнитивные механизмы для защиты своей психики от тяжелых переживаний.

Данные контент-анализа показывают, что различные аспекты переживаний домашнего насилия у женщин тесно связаны между собой. Для проверки этой гипотезы был проведен анализ связи между разными семантическими единицами, которые используются женщинами при рассказе о своем опыте насилия в личных историях. Графическое представление (рис. 1) этой связи было построено при помощи программы MAXQUDA, которая автоматически рассчитала количество упоминаний кодов в транскрипциях интервью и связи между ними. Толщина линий на графике указывает на силу связи между семантическими единицами.

На рис. 1 можно увидеть, что основными темами в личных историях женщин являются мысли и чувства, связанные с их партнером, насилием, последствиями насилия, виной и потерей своей личности. При описании своего опыта женщины сосредотачиваются на том, как они сейчас объясняют себе происходящее, и часто испытывают чувство вины. Действия, которые они предпринимали в отношениях, также связаны с чувством вины, поскольку они не приводят к изменению партнера или ситуации. Женщины также часто молчат о своей личности и своих переживаниях, возможно потому, что им трудно описать это или это вызывает у них боль. В целом, этот рисунок подтверждает гипотезы о том, что чувство вины и потеря своей личности являются ключевыми последствиями и проявлениями опыта домашнего насилия.

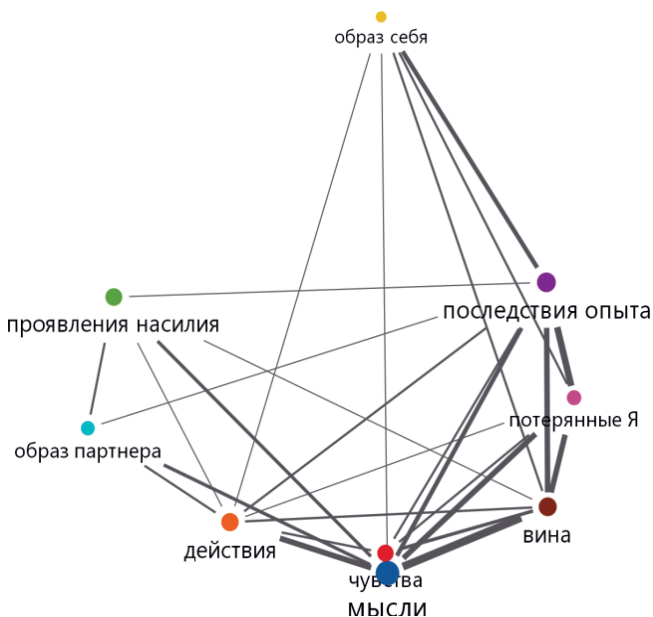


Рис. 1. Распределение частоты закодированных единиц

Обсуждение

Исследование описаний домашнего насилия подтверждает актуальность и значимость негативного опыта отношений независимо от того, когда он имел место. Более четверти респондентов отмечают, что отношения, связанные с насилием, имели сильное эмоциональное влияние и оказали значительное воздействие на их жизнь. Респонденты, описывая свой прожитый опыт, выделяют особенности, связанные с мыслями и чувствами о насилии, такие как отношения, эмоции, негативный опыт, партнер, последствия, польза, разрыв отношений и действия. Большинство опрошенных людей, переживших этот опыт, испытывают негативные ожидания по отношению к потенциальным партнерам, чувство вины и постоянные сожаления об упущенных альтернативных возможностях, а также теряют доверие в близких отношениях. Это подтверждает теоретическую гипотезу о том, что опыт домашнего насилия может быть описан на трех уровнях отношений: когнитивном, эмоциональном и поведенческом. Кроме того, это подтверждает эмпирическую гипотезу о влиянии опыта домашнего насилия на восприятие других людей и самого себя, связываясь с потерей собственной идентичности (потерей Я).

Результаты анализа содержания полуструктурированного интервью показывают схожую структуру лексических элементов с онлайн-опросом. Респонденты также описывают свой опыт через такие категории, как «Мысли», «Чувства», «Действия», «Проявления насилия», «Последствия опыта», «Потерянные Я», «Образ себя» и «Образ партнера». Также стоит отметить, что семантические единицы, выделенные в онлайн-опросе и в интервью, описывающем реальные случаи насилия, имеют сходства. Подобие содержания между онлайн-опросом и личными историями подтверждает достоверность результатов интервью.

Сравнительный анализ групп респондентов с опытом насилия и без него показал следующие различия. Респонденты с опытом домашнего насилия придают высокую значимость и актуальность этому опыту, который продолжает существовать в настоящем. Они чаще ассоциируют насилие в романтических отношениях с отрицательными поступками партнера, манипуляцией и потерей своей личности. У них также выше уровень вины и ненависти к себе. Респонденты с опытом насилия чаще выражают сожаление о потерянных возможностях, теряют доверие к противоположному полу и обращаются к психологам.

Таким образом, данные, полученные из онлайн-опроса и полуструктурированного интервью, подтверждают гипотезы. Описание феноменологии переживания опыта домашнего (партнерского) насилия возможно на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Когда человек переживает такой опыт, он начинает связывать его с потерей своей личности (потерей Я). При попытке объяснить себе пережитый опыт и вписать его в свой жизненный путь у человека возрастает чувство экзистенциальной вины.

Выводы

Данные онлайн-опроса и анализ полуструктурированных интервью показали, что при описании своих переживаний в связи с домашним насилием респонденты обращают особое внимание на когнитивную составляющую, то есть на свои мысли и образ партнера, а также на свою вину и сожаления по поводу потерянных возможностей. Другими словами, люди, которые переживают домашнее насилие, в большинстве случаев будут испытывать чувства экзистенциальной вины и переживать о потерянных возможных Я.

Изучение опыта домашнего насилия показало, что переживание подобного опыта (феноменология) находят выражение на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом. На когнитивном уровне респонденты старались придать своим ошибкам смысл, не обращая

внимания на поведение партнера, и рационализировали свой опыт, используя механизмы психологической защиты. На эмоциональном уровне жертвы испытывали чувство вины и ненависти к себе. На поведенческом уровне они выражали сожаление о потерянных возможностях, теряли доверие к противоположному полу и искали причины проблем в отношении в себе, обращаясь к психологу и т. д. Переживая опыт домашнего насилия, женщины чувствуют себя потерянными и ассоциируют свою личность с потерей своего Я. Попытки объяснить пережитый опыт и вписать его в свою жизненную ситуацию усиливают у них чувство экзистенциальной вины.

Данные, полученные в результате исследования, могут дополнить психологическую теорию переживаний в контексте домашнего насилия и расширить возможности ее практического применения. Эти выводы могут быть использованы при оказании психотерапевтической помощи людям, столкнувшимся с насилием в партнерских отношениях. Дополнительной перспективой исследования домашнего насилия является более детальное изучение аспектов и содержания потерянных возможных и невозможных Я с помощью методики Карен Хукер. Кроме того, интерес представляет расширение исследования в сторону иных проявлений насилия, например, внутри семьи происхождения — насилие со стороны старших сиблингов, а также насилие, пережитое в школе со стороны сверстников и т. д.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Анфиногентова М.Д.* Абыюз и абыюзивные отношения // Наука XXI века: актуальные направления развития. 2020. № 1. С. 118—120.
2. *Архангельская В.В., Карягина Т.Д., Шермазанян Л.Г., Шерягина Е.В.* Теория сознания и переживания Ф.Е. Василюка: векторы развития // Материалы II международной конференции, посвященной памяти Федора Ефимовича Василюка «Консультативная психология: вызовы практики» (г. Москва, 5—7 ноября 2020). Москва: МГППУ, 2020. С. 21—25. DOI: 10.24411/9999-055A-2020-00004
3. *Волченкова Е.А., Молчанова О.Н.* Потерянные возможные Я: содержание и связь с психологическим благополучием // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2019. Том 9. № 3. С. 295—310. DOI: 10.21638/spbu16.2019.306
4. *Игнатова Е.С., Разводова Е.Д.* Абыюзинг и газлайтинг в межличностных отношениях между мужчиной и женщиной // Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Будущее клинической психологии» (г. Пермь, 26-27 апреля 2018 года). Пермь: Пермский государственный национальный исследовательский университет, 2018. С. 3—11.
5. *Исаева А.С., Скупейко А.А.* Психологические особенности жертв абыюза: теоретический анализ // Материалы международной студенческой научно-

- практической конференции, посвященной 120-летию со дня рождения Л.В. Занкова «Психология, образование: актуальные и приоритетные направления исследований» (г. Тверь, 22—23 апреля 2021 года). Тверь: Тверской государственный университет, 2021. С. 327—331.
6. *Кемжаева Я.С.* Переживание чувства вины: экзистенциальный взгляд // Материалы XVII всероссийской научной конференции «Реальность. Человек. Культура: мыслитель в современном мире» (г. Омск, 16 ноября 2018 года). Омск: ОмГПУ, 2018. С. 59—62.
 7. *Норвуд Р.* Женщины, которые любят слишком сильно: пер. с англ. М.: Добрая книга, 2019. 352 с.
 8. *Носс И.Н.* Качественные и количественные методы исследований в психологии: учебник. М.: Юрайт, 2017. 362 с.
 9. *Позняков В.П.* О вкладе В.Н. Мякишева в разработку теории и методологии исследования психологических отношений человека // Методология современной психологии. 2018. № 8. С. 307—317.
 10. *Приликин Р.А.* Абьюз как социально-психологическое явление // Сборник материалов 47-й научной конференции обучающихся СамГУПС «Дни студенческой науки» (г. Самара, 14—30 апреля 2020 года). Самара: Самарский государственный университет путей сообщения, 2020. С. 118—120.
 11. *Размахова О., Край А.* Домашнее насилие. Так будет не всегда. М.: АСТ, 2020. 240 с.
 12. *Синюк Д.Э., Павлюковец О.А.* Механизмы психологической защиты, используемые женщинами, перенесшими домашнее насилие // Научные труды Республиканского института высшей школы. Исторические и психолого-педагогические науки. 2017. № 17. С. 354—360.
 13. *Улановский А.М.* Феноменологическая психология: качественные исследования и работа с переживанием. М.: Смысл, 2012. 255 с.
 14. *Чекменева А.С.* Абьюз в межличностных отношениях как феномен современности // Сборник научных статей по итогам Национальной научно-практической конференции «Парадигмальный характер фундаментальных и прикладных научных исследований, их генезис» (г. Санкт-Петербург, 29—30 марта 2019 года). Санкт-Петербург: Редакционно-издательский центр Культ-информ-пресс, 2019. С. 99—100.
 15. *Чеснокова М.Г.* Категория экзистенциальной вины в философско-психологической и художественной литературе // Вопросы психологии. 2018. № 6. С. 3—15.

REFERENCES

1. Anfingentova M.D. Ab'yuziab'yuzivnyeotnosheniya [Abuse and Abusive Relationships]. *Nauka XXI veka: aktual'nye napravleniya razvitiya*, 2020, № 1, pp. 118—120.
2. Arkhangel'skaya V.V., Karyagina T.D., Shermazanyan L.G., Sheryagina E.V. Teoriyasoznaniyaiperezzhivaniya F.E. Vasilyuka: vektory razvitiya [Vasilyuk's Theory of Consciousness and Experience]. *Materialy II mezhdunarodnoi konferentsiya, posvyashchennaya pamyati Fedora Efimovicha Vasilyuka «Konsul'tativnaya psikhologiya: vyzovy praktiki»* (g. Moskva, 5-7 noyabrya 2020). Moscow: MGPPU, 2020, pp. 21—25. DOI: 10.24411/9999-055A-2020-00004

3. Volchenkova E.A., Molchanova O.N. Poteryannye vozmozhnye Ya: sodержanie i svyaz' s psikhologicheskim blagopoluchiem [Lost Possible Selves: Content and Connection with Psychological Well-Being]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya*. 2019. T. 9, № 3, pp. 295—310. DOI: 10.21638/spbu16.2019.306
4. Ignatova E.S., Razvodova E.D. Ab'yuzing i gazlaiting v mezhlichnostnyh otnosheniyakh mezhdru muzhchynoi i zhenshchynoi [Gaslighting and Abusing in Interpersonal Relationships between Men and Women]. *Materialy XII Vserossiiskoinauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem «Budushchee klinicheskoi psikhologii»* (g. Perm', 26—27 aprelya 2018 goda). Perm': Permskii gosudarstvennyi natsional'nyi issledovatel'skii universitet, 2018, pp. 3—11.
5. Isaeva A.S., Skupeiko A.A. Psikhologicheskie osobennosti zhertv ab'yuzu: teoreticheskii analiz [Psychological Characteristics of Abuse Victims: Theoretical Analysis]. *Materialy mezhdunarodnoi studencheskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, posvyashchennoi 120-letiyu so dnya rozhdeniya L.V. Zankova «Psikhologiya, obrazovanie: aktual'nye i prioritetnye napravleniya issledovaniy»* (g. Tver', 22-23 aprelya 2021 goda). Tver': Tverskoi gosudarstvennyi universitet, 2021, pp. 327—331.
6. KemizhaevaYa.S. Perezhivaniechuvstva viny: ekzistentsial'nyivzglyad [Experience of Guilt: An Existential Perspective]. *Materialy XVII vserossiiskoinauchnoikonferentsii «Real'nost'. Chelovek. Kul'tura: myslitel' v sovremennom mire»* (g. Omsk, 16 noyabrya 2018 goda). Omsk: OmGPU, 2018, pp. 59—62.
7. Norvud R. Zhenshchiny, kotorye lyubyat slishkom sil'no [Women Who Love Too Much]: per. s angl. Moscow: Dobrayakniga, 2019, 352 p.
8. Noss I.N. Kachestvennye i kolichestvennye metody issledovaniy v psikhologii [Qualitative and Quantitative Research Methods in Psychology]: Uchebnik. Moscow: Yurait, 2017, 362 p.
9. Poznyakov V.P. O vklade V.N. Myasishcheva v razrabotku teorii i metodologii issledovaniya psikhologicheskikh otnoshenii cheloveka [On the Contribution of Myasishchev to the Development of Theory and Methodology of Studying Psychological Relationships of Humans]. *Metodologiya sovremennoi psikhologii*. 2018. № 8, pp. 307—317.
10. Prilipkin R.A. Ab'yuz kak sotsial'no-psikhologicheskoe yavlenie [Abuse as a Social-Psychological Phenomenon]. *Sbornik materialov 47-inauchnoi konferentsii obuchayushchikhysya SamGUPS «Dni studencheskoi nauki»* (g. Samara, 14—30 aprelya 2020 goda). Samara: Samarskii gosudarstvennyi universitet putei soobshcheniya, 2020, pp. 118—120.
11. Razmakhova O., Krai A. Domashnee nasilie. Tak budet ne vsegda [Domestic Violence. It Won't Always Be Like This]. Moscow: AST, 2020, 240 p.
12. Sinyuk D.E., Pavlyukovets O.A. Mekhanizmy psikhologicheskoi zashchity, ispol'zuemye zhenshchinami, perenesshimi domashnee nasilie [Psychological Defense Mechanisms Used by Women Who Have Experienced Domestic Violence]. *Nauchnye trudy Respublikanskogo institute vysshei shkoly. Istoricheskie i psikhologopedagogicheskie nauki*. 2017. № 17, pp. 354—360.
13. Ulanovskii A.M. Fenomenologicheskaya psikhologiya: kachestvennye issledovaniya i rabota s perezhivaniem [Phenomenological Psychology: Qualitative Research and Working with Experience]. Moscow: Smysl, 2012, 255 p.

14. Chekmeneva, A.S. Ab'yuz v mezhlichnostnykh otnosheniyakh kak fenomen sovremennosti [Abuse in Interpersonal Relationships as a Modern Phenomenon]. Sbornik nauchnykh statei po itogam Natsional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Paradigmal'nyi kharakter fundamental'nykh i prikladnykh nauchnykh issledovaniy, ikh genezis» (g. Sankt-Peterburg, 29-30 marta 2019 goda). Sankt-Peterburg: Redaktsionno-izdatel'skiitsentrKul't-inform-press, 2019. pp. 99—100.
15. Chesnokova, M.G. Kategoriya ekzistsentsial'noi viny v filosofsko-psikhologicheskoi i khudozhestvennoi literature [The Category of Existential Guilt in Philosophical-Psychological and Artistic Literature]. *Voprosy psikhologii*, 2018. № 6, pp. 3—15.

Информация об авторах

Костромина Светлана Николаевна, доктор психологических наук, профессор, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9508-2587>, e-mail: s.kostromina@spbu.ru

Гончаренко Аркадий Владимирович, аспирант психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3066-4379>, e-mail: psy.arkadiy@gmail.com

Information about the authors

Svetlana N. Kostromina, Dr. Sci. in Psychology, Professor, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9508-2587>, e-mail: s.kostromina@spbu.ru

Arkady V. Goncharenko, Postgraduate Student, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3066-4379>, e-mail: psy.arkadiy@gmail.com

Получена 08.02.2023

Received 08.02.2023

Принята в печать 16.06.2023

Accepted 16.06.2023

СРЕСС ОТ НЕВИДИМЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ УГРОЗ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

Ю.В. БЫХОВЕЦ

Институт психологии РАН (ФГБОУН ИП РАН),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0163-4334>,
e-mail: bykhovets@yandex.ru

Актуальность. В исследованиях последних лет накоплен большой фактологический материал по психологическим последствиям стресса, вызванного воздействием агрессивных факторов среды, в том числе фактора вирусной угрозы COVID-19. В связи с этим становится очевидной задача обобщения и переосмысления роли информационных угроз в развитии психопатологической симптоматики у широких слоев населения. **Цель.** Работа посвящена теоретико-эмпирическому анализу психологических последствий переживания невидимых информационных угроз (вирусная и радиационная угрозы, угроза опасного для жизни заболевания, террористическая угроза для косвенных жертв, эмоциональное насилие). **Материалы и методы:** общий объем выборки для оценки переживания вирусной угрозы COVID-19 составил 712 респондентов, опрошенных в два временных периода (с апреля по май 2020 г., с октября 2021 по май 2022 г.). Также используются эмпирические данные кросскультурного проекта по изучению ПТСР у ликвидаторов аварии на ЧАЭС 1992—1994 гг., полученные в лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН под руководством Н.В. Тарабриной и в психофизиологической лаборатории Harvard Medical School (США), возглавляемой профессором Р. Питмэном. Для оценки переживания террористической угрозы используются эмпирические данные диссертационного исследования 2007 года Быховец Ю.В. Тестовая батарея: опросник переживания вирусной угрозы, SCL-90-R, PCL-5, ШВС-10, анкета о давности и интенсивности заболевания COVID-19. **Результаты.** Описана динамика психологического состояния населения в период пандемии COVID-19 (2020—2022 гг.). Представлен сравнительный анализ выраженности психопатологической симптоматики у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, косвенных жертв терактов и переболевших/не переболевших COVID-19 респондентов. Сравнительный анализ уровня

выраженности отсроченной симптоматики, в частности посттравматического стрессового расстройства, показал, что у 19,7% ликвидаторов аварии на ЧАЭС диагностировано ПТСР, у 24% косвенных жертв терактов и у 7,25% лиц, переболевших Covid-19. **Выводы.** По данным исследования можно заключить, что психологические последствия столкновения с невидимыми информационными угрозами представлены широким спектром негативной аффективности, что доказывает возможность отнесения данных стрессоров к стрессорам высокой интенсивности.

Ключевые слова: невидимые информационные угрозы, радиация, косвенные жертвы, теракт, вирусная угроза, COVID-19, интенсивный стресс, психопатологические признаки, ПТСР.

Финансирование. Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием Минобрнауки РФ № 0138-2023-0005.

Благодарности. Автор выражает благодарность Александре Бузиной за помощь в подготовке данных.

Для цитаты: *Быховец Ю.В.* Стресс от невидимых информационных угроз и его последствия // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 3. С. 132–166. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310307>

STRESS OF INVISIBLE INFORMATION THREATS AND ITS CONSEQUENCES

YULIA V. BYKHOVETS

Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences
(FGBONE IP RAS),
Moscow, Russian Federation
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0163-4334>,
e-mail: bykhovets@yandex.ru

Relevance. In recent years, studies have accumulated a lot of factual material on the psychological consequences of stress caused by exposure to aggressive environmental factors, including the COVID-19 virus threat factor. In this connection, the task of generalizing and rethinking the role of information threats in the development of psychopathological symptoms in the general population becomes obvious. **Goal.** The work is devoted to the theoretical and empirical analysis of the psychological consequences of experiencing invisible information threats (viral and radiation threats, the threat of a life-threatening disease, a terrorist threat to indirect victims, emotional violence). **Materials and methods:** the total sample size for assessing the experience of the COVID-19 virus threat is 712 respondents interviewed in two time periods (from April to May 2020, from October 2021 to May 2022). Empirical data

of a cross-cultural project on the study of PTSD in the liquidators of the Chernobyl accident 1992–1994 are also used. laboratories of psychology of post-traumatic stress of the IP RAS under the leadership of N.V. Tarabrina and the psychophysiological laboratory of Harvard Medical School (USA), headed by Professor R. Pitman. To assess the experience of a terrorist threat, empirical data from a 2007 dissertation study Bykhovets Yu.V. Test battery: a questionnaire on the experience of a viral threat, SCL-90-R, PCL-5, SHVS-10, a questionnaire on the prescription and intensity of the disease COVID-19 are used. **Results.** The dynamics of the psychological state of the population during the COVID-19 pandemic (2020–2022) is described. A comparative analysis of the severity of psychopathological symptoms in the liquidators of the Chernobyl accident, indirect victims of terrorist attacks and COVID-19 respondents who were ill/not ill is presented. A comparative analysis of the severity of delayed symptoms, in particular post-traumatic stress disorder, showed that 19,7 % of the liquidators of the Chernobyl accident were diagnosed with PTSD, 24 % of indirect victims of terrorist attacks and 7,25 % of people who had Covid-19. **Conclusions.** According to the study, it can be concluded that the psychological consequences of a collision with invisible information threats are represented by a wide range of negative affectivity, which proves the possibility of attributing these stressors to high-intensity stressors.

Keywords: invisible information threats, radiation, indirect victims, terrorist attack, viral threat, COVID-19, intense stress, psychopathological signs, PTSD.

Funding. The study was carried out in accordance with the State Task of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation No. 0138-2023-0005.

Acknowledgements. The authors are grateful to Alexandra Buzina for her help in preparing the data.

For citation: Bykhovets Yu.V. Stress of Invisible Information Threats and its Consequences. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 3, pp. 132–166. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310307> (In Russ.).

Введение

Настоящая работа посвящена современным исследованиям острого стресса и посттравматического стрессового расстройства, вызванным экстремальным воздействием на психику человека невидимых информационных угроз. Н.В. Тарабрина указывает на то, что «...к психотравматическим относятся ситуации, в которых человек находится (или находился) под воздействием вредоносных для организма факторов (радиация, отравляющие вещества и т. д.)» [17, с. 254]. То, что в такого рода травматических ситуациях человек не воспринимает угрозу непосредственно с помощью органов чувств, является отличительной особенностью данных стрессоров. Примерами таких ситуаций выступают пребывание в зоне радиационного поражения, террористическая угро-

за для косвенных жертв, вирусная угроза и т. д. Человек сталкивается с ситуацией, в которой он не имеет возможности увидеть саму угрозу, а его представления (знания) о потенциальных проблемах со здоровьем или даже смертью в будущем, связанные с воздействием этих вредоносных агентов, вызывают травматические переживания. Модераторами информации об угрожающем для жизни воздействии выступают СМИ, правительственные институты, научное сообщество. Именно в связи с тем, что причиной возникновения травматических переживаний является информационное освещение опасности вредоносных агентов для здоровья, мы предлагаем называть данную группу угроз «невидимые информационные угрозы». Механизм развития острого и посттравматического стресса при действии невидимого информационного стресса основывается, с одной стороны, на рациональном знании человека об угрозе жизни, а, с другой — на неосознаваемом или частично осознаваемом эмоциональном переживании страха смерти.

Можно выделить четыре вида информационных угроз. Так **первая группа невидимых информационных угроз** связана с реальной опасностью утратить здоровье или жизнь вследствие контактирования с вредоносными агентами (токсические вещества, вирусы и пр.). Авария на ЧАЭС в 1986 году является самым значительным ядерным инцидентом и выступает источником невидимой травмы для ее участников (ликвидаторы, жители зараженных радиацией регионов). Исследования Тарабриной Н.В. с соавторами показали, что у 19,7% обследованных ликвидаторов аварии на ЧАЭС выявлено посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [15]. Особенностью ПТСР у ликвидаторов является высокий процент симптомов физиологической возбудимости, а также направленность, обращенность симптомов ПТСР в будущее. У них также наблюдались высокий уровень тревоги и депрессии, нарушения сна, потеря аппетита, снижение сексуального влечения и раздражительность [17].

Другим примером данной группы угрозы выступает пандемия коронавируса COVID-19, отличительной характеристикой которой является ее многофакторный характер воздействия. Источниками стрессовых переживаний являются: во-первых, сам факт существования потенциальной опасности заражения коронавирусом; во-вторых, информационное освещение этих событий в СМИ; в-третьих, экономические последствия эпидемии, затронувшие все население (сокращение заработной платы, потеря работы и т. д.); в-четвертых, изменения привычного уклада жизни (нахождение длительное время в замкнутом пространстве, снижение социальной активности, переход на домашний режим учебы/работы и т.п.) в связи со здоровьесберегающими мерами [5]. Метаанализ данных Т. М. Schou с соавторами показал, что коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19) имеет полиорганную патологию, включающую головной

мозг и нервную систему [25]. Авторы описывают следующие пять видов психических расстройств и отдельных симптомов у пациентов с COVID-19: депрессия и тревожное расстройство, ПТСР, обсессивно-компульсивное расстройство и психотические расстройства, когнитивный дефицит (нарушения внимания, сознания, проблемы с памятью), повышенная утомляемость, нарушения сна. Авторы указывают, что все большее число исследований предполагает, что психические расстройства могут сохраняться после выздоровления от первичной инфекции. Интересными представляются данные о том, что распространенность тревоги и депрессии среди фонового населения (с неизвестным статусом COVID-19) во время пандемии составляла >30%, т. е. предполагается связь роста заболеваемости депрессией/тревожным состоянием с косвенными последствиями пандемии [24].

Вторая группа невидимых информационных угроз — это угрожающее жизни заболевание (например, онкологические заболевания). Понимание угрозы, связанной с раковым заболеванием и его опасностью для жизни, выступает травматическим стрессором. Специфика угрожающих жизни болезней состоит в том, что угроза исходит изнутри организма, т. е. «ее нельзя “отделить” от индивида» [17, с. 253]. Дополнительным источником стрессового воздействия обладают мероприятия, связанные с лечением онкологических заболеваний (операция, постоперационная терапия). Исследования Н.В. Тарабриной показывают, что у 65,7% больных раком молочной железы опрошенных женщин присутствовали отдельные признаки посттравматического стресса, а у 24% — дистресс достигал значимого уровня, соответствующего клинической картине ПТСР [16]. Современное эмпирическое исследование Д.А. Никитиной, выполненное на пациентах, перенесших операцию по поводу доброкачественной опухоли головного мозга (менингиома), показало, что сообщение о диагнозе вызывает у наиболее уязвимой части респондентов высокий уровень посттравматического стресса, при этом наиболее выраженные показатели вторжения и физиологической возбудимости характерны для людей старшего возраста [13].

Третья группа невидимых информационных угроз связана с информационным освещением в СМИ устрашающих население и создающих опасность гибели человека событий (совершение массового взрыва, поджога, захвата заложников, военных действий и пр.). К числу таких стрессоров в настоящее время относится психологическое воздействие террористических актов на психику населения [2]. По отношению к терактам выделяют две группы пострадавших: жертвы террористического акта, оказавшиеся в его очаге — непосредственно пострадавшие, а также население, опосредованно связанное с терактами через СМИ — косвенные жертвы. Косвенные жертвы террористического акта — это

уязвимая часть населения, которая после терактов, детально освещаемых СМИ и другими средствами коммуникации, начинает испытывать дистресс, связанный с угрозой террористических актов. «Террористическая угроза» отличается от других стрессоров, во-первых, тем, что переживание угрозы жизни относится к будущему человека и формируется, как правило, после того, как человек стал жертвой или свидетелем терактов и их последствий (как непосредственным, так и косвенным). Анализ и прогнозирование вероятности стать жертвой теракта становятся основой для возникновения эмоционально-когнитивных структур, содержащих представления о террористической угрозе. У людей, которые были косвенными свидетелями (преимущественно посредством СМИ) теракта, возникают ожидания повторных терактов, которые они не в силах предупредить. Эта личная, субъективная оценка проявляется либо в повышенном беспокойстве, либо в полном равнодушии к грозящей перспективе, либо в других формах отношений к реальности угрозы. Различия в объективности оценки «террористической угрозы» после теракта могут быть рассмотрены как следствия переживания теракта. Впоследствии, даже если объективных оснований для переживаний угрозы теракта в действительности нет, некоторые люди будут антиципировать такое угрожающее воздействие. Второй отличительной характеристикой террористической угрозы является то, что время, место и тип теракта невозможно предсказать (сложность прогнозирования теракта). Именно непредсказуемость, с точки зрения возможности или момента наступления, масштаба воздействия теракта, оказывает угнетающее влияние на психику человека. Еще Г. Селье в своих исследованиях показал, что непредсказуемые и неуправляемые события более опасны, чем предсказуемые и управляемые [14]. Ситуации терактов насыщены неопределенностью изменений по причине их стохастичности, непредвиденности и новизны. Третья особенность проявляется в бескомпромиссном характере терактов, т. е. человек осознает, что у него нет возможностей (информационных), которые могли бы предупредить нависшую над ним угрозу. Четвертая характеристика состоит в том, что человек начинает осознавать свою личную уязвимость перед террористическим актом. Происходит осознание того, что теракт может прервать жизнь любого человека. По данным нашего исследования 2007 г., у 24,89% косвенных жертв теракта был выявлен высокий уровень посттравматического стресса (Быховец, 2007). Сходные результаты были получены в исследовании Ениколопова С.Н. с соавт., выполненном через пять месяцев после событий на Дубровке (захват заложников на Дубровке в Москве, начавшийся 23 октября 2002 года и продолжавшийся до 26 октября) [7]. У 24 % опрошенных был выявлен высокий уровень посттравматического стресса.

Четвертая группа невидимых информационных угроз — это проявления эмоционального насилия (ЭН). В отечественной науке предложено определение психологического насилия как «периодическое длительное или постоянное психическое воздействие на человека, вызывающее психическую травму или приводящее к формированию у него патологических свойств характера или же тормозящее развитие личности» [8, с. 168]. Конкретными формами проявления эмоционального насилия могут быть угрозы физического наказания или отвержения, унижение, лишение контакта, изоляция, клевета, оскорбление, истязание, запугивание, игнорирование, шантаж, актуализация чувства вины, директивная форма коммуникации, критика, обесценивание принятых решений и другие психологически насильственные действия. То есть на первый взгляд действие данных стрессоров не связано с непосредственной угрозой жизни и здоровью человека. Однако ЭН создает угрозу для психологического благополучия личности. Основной психотравмирующий эффект данного стрессора — это угроза унижения человека, которая может приводить к нарушениям внутреннего мира человека, потере способности логически мыслить, обретать смыслы [19]. В проведенном нами в 2019 году исследовании на выборке трех групп молодых девушек, переживших эмоциональное (ЭН), физическое (ФН) и сексуальное (СН) насилие, показано, что интенсивность травматического переживания выше в той подгруппе женщин, которые столкнулись с ЭН, по сравнению с подгруппой ФН [9]. Следует отметить, что столкновение с опытом ЭН делает женщину более уязвимой к другим травматическим переживаниям. Также показано, что независимо от того, как давно случаи эмоционального насилия происходили в жизни девушки, они так же остро переживаются спустя время. В этом смысле известная фраза о том, что «время лечит», в данном исследовании на выборке молодых девушек не подтверждена. В исследовании Н.Е. Харламенковой и Д.А. Никитиной также показано, что наиболее интенсивный посттравматический стресс вызывает ситуации угрозы физическому (опасное для жизни заболевание) и психологическому (психологическое насилие) благополучию человека по сравнению с ситуацией угрозы физическому здоровью (например, смерть близкого и др.) [20].

Таким образом, в основе разных видов невидимых информационных угроз лежит чувство страха смерти (табл. 1). Угроза, связанная с невидимыми информационными стрессорами, воспринимается как информация о том, что существует опасность для жизни. Когнитивная переработка этой информации лежит в основе формирования модели будущего, которую мы мысленно заранее формируем. Эта модель может вызывать разные чувства. В данном контексте это мо-

гут быть страх, ужас и чувство беспомощности. То есть интериоризация невидимых информационных угроз происходит на двух уровнях: когнитивном — в виде рационального знания об их наличии и эмоциональном (осознаваемом или частично осознаваемом) — в виде переживания страха смерти. Современные исследования связи посттравматического стресса и размышлений о смерти показывают, что избегание мыслей о смерти и неприятие своих чувств по отношению к ней у военнослужащих, имеющих опыт участия в боевых действиях, выступает предпосылкой посттравматического стресса [6]. Дополнительным источником травматизации часто является непонимание/незнание, например, природы вирусной инфекции и механизмов ее распространения, что может порождать сильную тревогу, способствующую развитию стрессовых реакций.

Т а б л и ц а 1

Типы невидимых информационных угроз

№	Тип невидимой информационной угрозы	Страх
1	Радиационная угроза	Страх болезни и смерти
2	Террористическая угроза	Страх смерти
3	Вирусная угроза	Страх болезни и смерти
4	Угрожающее жизни заболевание (онкология и пр.)	Страх болезни и смерти
5	Эмоциональное насилие	Страх унижения

Целью настоящей работы стало теоретико-эмпирическое исследование психологических последствий переживания невидимых информационных угроз.

Задачи исследования:

1) описать ведущие психопатологические признаки, возникшие у населения в ответ на вирусную угрозу COVID-19 (первичное заявление об эпидемии коронавирусной инфекции);

2) проследить динамику изменений психопатологической симптоматики в период от начала объявления пандемии COVID-19 (2020 год) до периода снижения количества заболевших (2022 год);

3) оценить выраженность симптомов ПТСР у переболевших COVID-19 респондентов;

4) сравнить выраженность психопатологических признаков и ПТСР у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, косвенных жертв терактов, переболевших и не переболевших COVID-19 респондентов;

5) оценить уровень воспринимаемого стресса у не переболевших COVID-19 респондентов, но находящихся длительное время в условиях информационного освещения опасности пандемии COVID-19.

Процедура и методика исследования

Выборка и методики

Исследование проводилось методом анонимного интернет-опроса через систему Google-form и «Анкетолог» в два этапа. В *первый временной период, с апреля по май 2020 г.*, опрошено 238 респондентов, не переболевших на момент опроса COVID-19: 203 женщины (от 20 до 69 лет; ср. возраст — 39,79 лет) и 35 мужчин (от 25 до 60 лет; ср. возраст — 40,26 лет). Среди 238 опрошенных пять человек переболели COVID-19, поэтому они были исключены из основной выборки.

Методики.

1. Опросник переживания вирусной угрозы [3].
2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90г-Revised, SCL-90-R), создан Леонардом Дерогатисом [23], адаптирован Н.В. Тарабриной с коллегами.
3. Новый опросник толерантности к неопределенности [10].

В данной работе в связи с целью и задачами исследования представлен материал только по опроснику SCL-90-R.

Во *второй временной период, с октября 2021 по май 2022 гг.*, были опрошены две подгруппы:

переболевшие COVID-19. N = 276 респондентов: 184 женщины (от 18 до 65 лет; ср. возраст — 29,83 лет) и 92 мужчин (от 18 до 62 лет; ср. возраст — 37,40 лет);

не болевшие COVID-19. N = 198 респондентов: 129 женщин (от 18 до 65 лет; ср. возраст — 29,38 лет), 5 мужчин (от 36 до 43 лет; ср. возраст — 39,33 лет) и 61 человек не указали свой пол.

Методики для подгруппы переболевших COVID-19 респондентов.

1. Опросник переживания вирусной угрозы [3].
2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), созданный Derogatis с соавт. [23] в адаптации Тарабриной Н.В. с соавт.
3. Опросник посттравматического роста (ПТР), созданный в 2006 году Calhoun, Tedeschi, 2006, в адаптации Магомед-Эминова М.Ш. [12].
4. Опросник посттравматического стресса PCL-5 (Weathers et al., 2013) в адаптации Тарабриной Н.В. с соавт., 2017.

5. Вопрос о давности и интенсивности заболевания (Вопрос: Укажите степень сложности заболевания, которую вы можете оценить по 6-бальной шкале: 0 — не было видимых симптомов болезни; 1 — проявлялись отдельные симптомы (кашель, боль в горле, незначительное повышение температуры и пр.), не повлиявшие на существенное нарушение жизнедеятельности и способность выполнять обычные повседневные обязанности; 2 — проявлялись отдельные симптомы (кашель, боль в горле, незначительное повышение температуры и пр.), в легкой степени повлиявшие

на существенное нарушение жизнедеятельности и способность выполнять некоторые прежние обязанности; 3 — проявлялись симптомы (кашель, боль в горле, повышение температуры и пр.), в умеренной степени нарушающие жизнедеятельность, требовавшие некоторой внешней помощи близких; 4 — проявлялись симптомы (кашель, боль в горле, повышение температуры и пр.), приведшие к выраженному нарушению жизнедеятельности, ограничивающие способность справляться со своими физическими потребностями без посторонней помощи; 5 — проявлялись сильно выраженные симптомы (кашель, боль в горле, повышение температуры и пр.), приведшие к грубому нарушению жизнедеятельности, требующие помощи медицинского персонала).

Методики для подгруппы не болевших COVID-19 респондентов.

1. Опросник переживания вирусной угрозы (Быховец, 2022).
2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Derogatis с соавт., 1974) в адаптации Тарабриной Н.В. с соавт. [18].
3. Опросник посттравматического роста (ПТР), созданный в 2006 году Calhoun, Tedeschi, в адаптации Магомед-Эминова М.Ш. [12].
4. Шкала воспринимаемого стресса (ШВС-10) (The Perceived Stress Scale-10, «PSS-10») [22] в адаптации Абабкова В.А. с соавт. [1].

В данной работе результаты второго этапа исследования будут представлены по методикам SCL-90-R, PCL-5, ШВС.

Результаты

1. Оценка интенсивного психологического стресса в ответ на информационное освещение эпидемии коронавирусной инфекции в 2020 году

По первому временному периоду (апрель 2020 — май 2020 гг.), т. е. спустя 3 месяца после начала эпидемии COVID-19, получены следующие данные по психопатологическому профилю населения РФ. Более пятидесяти процентов опрошенных респондентов, не переболевших COVID-19, находящихся под воздействием информационного стресса и угрозы заражения коронавирусной инфекцией, сообщают о следующих особенностях своего психоэмоционального состояния (Приложение 1):

1. Различного рода соматические жалобы, среди которых наибольшую интенсивность имеют ощущения слабости и тяжести в различных частях тела, головные боли и боли в пояснице. Интересным представляется результат о том, что очень небольшой процент респондентов указали на жалобы, связанные с дыханием и болями в грудной клетке, несмотря на то, что COVID-19 является респираторным заболеванием, поражающим легкие (данные по шкале соматизация SCL-90-R).

2. Столкновение с невидимой вирусной угрозой способствует появлению у людей неприятных чувств собственной ограниченности, которые могут носить характер повторяющихся неприятных неотвязных мыслей, мешающих им сосредоточиться (данные по шкале «Обсессивно-компульсивные расстройства SCL-90-R»).

3. Наиболее частные изменения, которые происходят на уровне межличностных отношений после того, как респонденты имели опыт социальной изоляции (карантина) и других изменений в жизнедеятельности (дистанционный формат учебы, работы и т. п.) в связи с коронавирусной инфекцией это: чувство недовольства другими, ощущение неловкости в общении с другими и недружелюбности других. Это описание соответствует определенному уровню напряжения в межличностных отношениях и может свидетельствовать о когнитивном искажении, когда собственные мысли и чувства проецируются на других людей. Этот проективный процесс может иметь место в ситуации угрозы жизни (данные по шкале «Межличностная сензитивность SCL-90-R»).

4. Эмоциональные нарушения проявляются в виде упадка сил или заторможенности, подавленного настроения и чрезмерного беспокойства по разным поводам, что способствует в дальнейшем астенизации нервной системы (данные по шкале «Депрессия SCL-90-R»).

5. Наиболее частыми признаками тревожности, проявляющимися при столкновении с угрозой заражения COVID-19, являются нервозность, чувство страха и ощущение напряженности и взвинченности (данные по шкале «Тревожность SCL-90-R»).

6. Враждебность в виде легко возникающей досады или раздражения и вспышек гнева, которые трудно сдержать (данные по шкале «Враждебность SCL-90-R»).

7. Большая половина опрошенных испытывает боязнь езды в автобусах, метро и т. п. (данные по шкале «Фобическая тревожность SCL-90-R»).

8. Чувство одиночества, даже когда находишься с другими, а также отсутствие чувства близости к кому бы то ни было (данные по шкале «Психотизм SCL-90-R»).

Описанный психопатологический статус населения в период после первых трех месяцев объявления эпидемии коронавирусной инфекции соответствует острому стрессовому расстройству. В этой связи описанные признаки позволяют получить данные о психологической картине состояния населения в данный временной период.

Для оценки того, насколько психопатологический статус населения в период после трех месяцев объявления COVID-19 эпидемией коронавируса отличался от психопатологического статуса до эпидемии, мы сравнили данные нашего исследования с данными диссертационного исследования Бузиной А.С., в котором принимали участие 120 респондентов в возрасте от 30 до 55 лет (85 женщин и 35 мужчин, ср. возраст — 46 лет). Данные собирались ею с сентября 2018 года

по март 2020 года. Респонденты, опрошенные нами в период с апреля 2020 г. по май 2020 г., т. е. спустя 3 месяца после начала эпидемии COVID-19, имеют менее выраженные значения психопатологической симптоматики по сравнению с респондентами, опрошенными с 2018 по 2020 год, по межличностной чувствительности, депрессии и паранойальным симптомам (табл. 2). Однако по индексу тяжести и индексу наличного симптоматического дистресса, по шкалам соматизации и психотизма эта группа статистически значимо превосходит группу, опрошенную в период 04.2018—03.2020 гг. (табл. 3).

Таблица 3

Сравнение средних значений шкал SCL-90-R по группам респондентов, 2018—2020 гг. (U-критерий Манна—Уитни)

Шкалы SCL-90-R	Средние значения		U-критерий Манна—Уитни	Уровень значимости
	Респонденты: 04.2018—03.2020 гг., n=120	Респонденты: апрель—май 2020 г., n=233		
Соматизация	0,399	0,699	10561,5	0,000
Межличностная чувствительность	1,093	0,715	7916,5	0,000
Депрессия	1,004	0,877	2013	0,026
Паранойальные симптомы	1,2	0,536	7225,5	0,000
Психотизм	0,15	0,412	9401	0,000
Общий индекс тяжести	0,628	0,647	12185	0,042
Индекс наличного симптоматического дистресса	0,768	1,494	8297	0,000

Таким образом, сравнительные данные свидетельствуют о том, что информационное освещение эпидемии коронавирусной инфекции и введение в связи с этим множества изменений в обычное жизнеустройство (дистанционная работа, учеба, ношение масок и т. п.) оказало на население интенсивное психотравмирующее воздействие, которое привело к повышению уровня наличного симптоматического дистресса.

По второму временному периоду (октябрь 2021 г. — май 2022 г.), т. е. спустя 1 год и 9 месяцев после начала эпидемии COVID-19, нами получены данные по психопатологическому профилю переболевших и не болевших COVID-19 респондентов. Качественный анализ данных показал сходство наиболее частотных психопатологических признаков в обеих группах, независимо от наличия в анамнезе опыта заболевания COVID-19. Получены данные о следующих особенностях психоэмоционального состояния респондентов (Приложение 2, 3):

1) выраженные признаки депрессии и тревоги в виде упадка сил или заторможенности, подавленного настроения, чрезмерного беспокойства по разным поводам, отсутствия интереса к чему бы то ни было, ощущения нервозности и напряженности (по шкале «Депрессия и тревожность SCL-90-R»);

2) навязчивые состояния в виде повторяющихся неприятных мыслях, трудностей в принятии решений и концентрации внимания (по шкале «Обсессивно-компульсивные расстройства SCL-90-R»);

3) проблемы с памятью (по шкале «Обсессивно-компульсивные расстройства SCL-90-R»);

4) соматические жалобы на слабость, головные боли и боли в пояснице (по шкале «Соматизация SCL-90-R»);

5) чувство недовольства другими (по шкале «Межличностная сензитивность SCL-90-R»);

6) раздражительность (по шкале «Враждебность SCL-90-R»).

Таким образом, при пребывании в ситуации с высоким уровнем психического напряжения 1 год и 9 месяцев у населения сохраняются признаки тревоги и депрессии, к которым добавляются проблемы с памятью и трудности в принятии решений. Длительное состояние нервозности и психического напряжения истощает психические ресурсы человека, приводя к трудностям в принятии решений, проблемам с памятью и легко возникающей досаде или раздражению, чувству недовольства другими людьми.

Далее нами было проведено попарное сравнение трех исследованных групп: опрошенные в 2020 году, опрошенные в 2021—2022 годах — переболевшие и не болевшие COVID-19 респонденты (по шкалам SCL-90-R и трем обобщенным индикаторам SCL-90-R с использованием U-критерия Манна—Уитни) (табл. 4).

Таблица 4
Сравнение средних значений шкал SCL-90-R по группам респондентов, опрошенных в 2020—2022 гг. (U-критерий Манна—Уитни)

Шкалы SCL-90-R	Средние значения		U-критерий Манна—Уитни	Уровень значимости
	Респонденты: 2020 г., n=233	Переболевшие COVID-19: 2021—2022 гг., n=276		
Тревожность	0,627	0,604	29563	0,05
Враждебность	0,628	0,536	27907,5	0,003
Фобическая тревожность	0,381	0,353	27559,5	0,001
Психотизм	0,403	0,413	29643,5	0,053

	Средние значения		U-критерий Манна—Уитни	Уровень значимости
	Респонденты: 2020 г., n=233	Не болевшие COVID-19: 2021—2022 гг., n=195		
Соматизация	0,699	0,552	19053	0,001
Депрессия	0,877	0,607	18977	0,001
Тревожность	0,604	0,533	19933,5	0,011
Враждебность	0,536	0,4846	18991,5	0,001
Фобическая тревожность	0,353	0,3055	18695	0,000
Психотизм	0,413	0,2862	17782	0,000
Общий индекс тяжести (GSI)	0,647	0,5049	19549	0,005
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,494	1,302	18719	0,001
	Средние значения		U-критерий Манна—Уитни	Уровень значимости
	Переболевшие COVID-19: 2021—2022 гг., n=276	Не болевшие COVID-19: 2021—2022 гг., n=195		
Соматизация	0,6993	0,5517	23624,5	0,024
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,823	0,6487	23626,5	0,024
Межличностная сензитивность	0,715	0,5590	24028,5	0,047
Психотизм	0,413	0,286	23440	0,017
Общий индекс тяжести (GSI)	0,6472	0,5049	23440	0,017
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,494	1,302	21094,5	0,000

Примечание: в таблице представлены только статистически значимые различия.

Получены данные о том, что у населения в период начала эпидемии коронавирусной инфекции (апрель—май 2020 г.) в большей степени были выражены признаки соматизации, депрессии, тревожности, враждебности, психотизма и индекса наличного симптоматического дистресса по сравнению с не переболевшими COVID-19 респондентами, опрошенными в 2021—2022 годах.

Показано, что начальный период объявления эпидемии коронавирусной инфекции имел более психотравмирующее воздействие на население, даже по сравнению с ситуацией, когда часть населения переболела COVID-19 и была опрошена нами спустя 1 год и 5 месяцев после опроса в 2020 году. У респондентов в 2020 году были выявлены более высокие значения по шкалам SCL-90-R «Тревожность», «Враждебность», «Фобическая тревожность», «Психотизм» по сравнению с переболевшими COVID-19 респондентами.

Сравнение переболевших и не переболевших COVID-19 респондентов показало, что личный непосредственный опыт столкновения с вирусной угрозой в виде заболевания COVID-19 оказывает более психотравмирующее воздействие. У переболевших COVID-19 респондентов выше данные по шкалам SCL-90-R «Соматизация», «Обсессивно-компульсивные расстройства», «Межличностная сензитивность», «Психотизм», а также общий индекс тяжести и индекс наличного симптоматического дистресса.

2. Оценка посттравматического стресса в связи с опытом заболевания коронавирусной инфекцией

Для оценки выраженности посттравматического стресса у переболевших COVID-19 респондентов ($n = 276$) нами была использована методика PCL-5. В качестве тяжелого травматического события респондентам предлагалось оценить их опыт заболевания COVID-19. Получены данные о том, что 20 респондентов получили по методике PCL-5 итоговый показатель тяжести более 33 баллов. То есть выявлена подгруппа уязвимых к отсроченной симптоматике в виде ПТСР — 7,246% опрошенных. Корреляционный анализ связи давности и интенсивности заболевания с уровнем выраженности ПТСР показал, что только давность заболевания имеет статистически значимую обратную связь с выраженностью ПТСР ($r_s = -0,131$ при $p = 0,035$), т. е. чем более давно респондент перенес COVID-19, тем менее выражены у него признаки ПТСР. Отсутствие статистически значимой связи между интенсивностью заболевания и уровнем ПТСР ($r_s = 0,033$ при $p = 0,593$) свидетельствует о психотравмирующем воздействии информационного освещения эпидемии коронавируса, в результате которого у уязвимой части населения проявляются признаки интенсивного и посттравматического стресса.

Для оценки выраженности психопатологической симптоматики в двух подгруппах, различающихся по уровню выраженности ПТСР (1-я подгруппа: общий балл PCL-5 <33 баллов; 2-я подгруппа: общий балл PCL-5 \geq 33 баллов), был использован U-критерий Манна—Уитни. Получены данные о статистически значимом различии между выделенными подгруппами по всем шкалам и индексам SCL-90-R: значения по всем шкалам выше в подгруппе с общим баллом PCL-5 более 33 ($p = 0,000$).

3. Сравнительный анализ степени травматогенности трех видов невидимых угроз: радиационной угрозы, террористической угрозы для косвенных жертв, вирусной угрозы COVID-19

Для оценки степени травматогенности трех видов невидимых угроз (радиационная угроза, террористическая угроза для косвенных жертв, вирусная угроза COVID-19) было проведено сравнение выраженности психопатологической симптоматики в четырех подгруппах:

1) ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС¹ (n = 98 мужчин, ср. возраст — 40,38);

2) косвенные жертвы терактов² (n = 494, ср.возраст — 24,09);

3) переболевшие COVID-19 респонденты (n = 92 мужчины, ср. возраст — 37,4);

4) не переболевшие COVID-19 респонденты (n=195, ср. возраст — 29,66).

Для оценки выраженности психопатологических признаков использовался U-критерий Манна—Уитни. Группы для сравнения были выбраны не случайно. Так, ликвидаторы аварии на ЧАЭС сравнивались с переболевшими COVID-19 респондентами, так как в обеих этих группах респонденты не только пребывали в ситуации стрессового воздействия информации об угрозе для здоровья радиации/вируса, но и лично столкнулись с этим стрессором (работали в условиях повышенной радиактивности и переболели COVID-19). В отличие от этих двух групп косвенные жертвы теракта (т. е. те, кто лично не пострадал, но наблюдал за ситуацией с террористическими актами и их последствиями по телевизионным сообщениям) и не болевшие COVID-19 респонденты лично не столкнулись со стрессором непосредственно, а опосредованно пребывали в информационном поле данных об угрозе для жизни данного вируса.

Получены данные о том, что у ликвидаторов аварии на ЧАЭС в большей степени выражены жалобы на соматическое неблагополучие (U = 3018 при p = 0,000), тревожность (U = 3497,5 при p = 0,007), враждебность (U = 3344 при p = 0,002), индекс тяжести дистресса (U = 3627 при p = 0,026), чем у переболевших COVID-19 респондентов.

Сравнение косвенных жертв терактов с не переболевшими COVID-19 респондентами показало, что для первых в большей степени характерны

¹ Используются данные кросскультурного проекта 1992–1994 гг., осуществляемого лабораторией психологии посттравматического стресса ИП РАН под руководством Н.В. Тарабриной, и психофизиологической лабораторией Harvard Medical School (США), возглавляемой профессором Р. Питмэнном.

² Используются данные диссертационного исследования Быховец Ю.В. 2007 г.

соматические жалобы на самочувствие, у них выше значения по шкалам «Обсессивно-компульсивные расстройства», «Враждебность», «Паранойальные симптомы», «Психотизм», общий индекс тяжести дистресса и индекс наличного симптоматического дистресса ($p = 0,000$). Однако, не переболевшие COVID-19 респонденты в большей степени проявляют тревожность и фобическую тревожность ($p = 0,000$).

Также мы имеем возможность провести количественное сравнение процента респондентов с ПТСР среди ликвидаторов — 19,6%, косвенных жертв террористических актов — 24% и переболевших Covid-19 — 7,25%. Видно, что террористическая угроза среди трех рассматриваемых невидимых угроз является наиболее психотравмирующим стрессором, способным приводить к появлению отсроченной негативной психопатологической симптоматики.

4. Оценка уровня стресса у не переболевших COVID-19 респондентов

В связи с тем, что на момент опроса 2021—2022 гг. не переболевшие COVID-19 находились в стрессовой ситуации информационного осещения опасного для здоровья вируса, а также в ситуации, когда информация из СМИ подтверждалась известиями о тяжелой болезни или смерти от COVID-19 близких или знакомых, перед нами стояла задача оценить уровень повседневного стресса у данной группы респондентов. ШВС-10 (шкала воспринимаемого стресса) позволяет оценить субъективно воспринимаемый уровень напряженности ситуации. Используя данные средних значений для шкалы ШВС-10, представленные в работе Абабкова В.А. с соавторами, мы получили следующий результат: у 18 (15% от выборки) респондентов — низкий уровень стресса, у 43 (35,83%) респондентов — средний уровень стресса, у 59 (49,17%) респондентов — высокий уровень стресса.

Обсуждение

Полученные в данном эмпирическом исследовании результаты свидетельствуют о том, что вирусная угроза COVID-19 может рассматриваться как психотравмирующий стрессор высокого уровня интенсивности, способный приводить к появлению различного рода психопатологических симптомов у широких слоев населения. Рассмотрение психоэмоционального ответа населения на первичную информацию о пандемии COVID-19 (апрель—май 2020 г.) показало, что столкновение с ситуацией с высокой степенью неопределенности будущего приводит в подавленности настроения, повышенному беспокойству по разным поводам, страху за свою жизнь, упадку сил или заторможенности, что может приводить к труд-

ностям в сосредоточении внимания. Изменения касаются также и межличностного взаимодействия, что проявляется в виде чувства недовольства другими, раздражения и вспышках гнева, в ощущении одиночества и отсутствии близости, даже когда человек находится рядом с другими людьми. Физиологическими коррелятами данного состояния являются головные боли и боли в спине, слабость и головокружение. Динамика психопатологического состояния населения спустя 1 год и 5 месяцев после первичного опроса показала снижение уровня тревоги, депрессии, враждебности и чувства одиночества. Однако сохранились проблемы с памятью, трудности в принятии решений, повторяющиеся неприятные неотвязные мысли, трудности в сосредоточении, небрежность в делах или неряшливость, чувство недовольства другими и собой, повышенная эмоциональная чувствительность. Известно, что воздействие психической травмы происходит двумя основными путями: либо это постоянные навязчивые мысли и переживания о травмировавшем событии, либо их избегание. И в том и в другом случае все мысли и чувства субъекта связаны с травматическим событием. Один из ведущих исследователей ПТСР Р. Питмен назвал данный феномен «черной дырой» [15]. Все это оказывает негативное влияние на ежедневное функционирование человека. Таким образом, длительное пребывание в информационном поле угрожающего жизни заболевания может порождать когнитивные и эмоциональные трудности, влияющие на интерперсональные отношения, восприятие себя и окружающего мира.

Показано, что личный опыт заболевания COVID-19 имеет большее психотравмирующее воздействие на население по сравнению только с пребыванием в информационном поле угрозы заболевания COVID-19. Качественный анализ данных показал, что в числе жалоб переболевших COVID-19 наиболее выражены слабость или головокружение, головные боли и боли в пояснице, повторяющиеся неприятные мысли об угрозе жизни в связи с COVID-19, трудности в сосредоточении и принятии решений, проблемы с памятью, ощущения, что с телом не все в порядке, чувство недовольства другими. В данном случае следует отметить, что у переболевших COVID-19 респондентов произошло наложение травмы личного заболевания COVID-19 на информационный стресс, что нашло отражение в более интенсивных проявлениях психопатологических признаков. Может быть выделена группа, особо чувствительная к переживанию вирусной угрозы, у которой выявлен высокий уровень ПТСР. По нашим данным, это 7,25% переболевших COVID-19 респондентов с разной степенью тяжести заболевания. По данным исследования Холмогоровой А.Б., у 3,8% пациентов, прошедших лечение от коронавирусной инфекции в условиях стационара, были выявлены клинически значимые показатели симптомов ПТСР [21]. Как в нашем исследовании,

так и в работе А.Б. Холмогоровой с коллегами, получен результат об отсутствии связи интенсивности заболевания COVID-19 с выраженностью симптомов ПТСР. Это является дополнительным свидетельством того, что пандемия COVID-19 является психотравмирующим стрессором информационного типа. Сходные данные о негативной роли средств массовой информации получены в исследовании Лидина К.Л. [11].

Сравнительный анализ данных разных типов невидимых информационных угроз показал, что радиационная угроза вызывает более сильный психопатологический ответ, чем вирусная угроза COVID-19 у переболевших респондентов. Возможно, это связано с тем, что радиационная угроза не представлена чувственно, т. е. не могла быть воспринята ликвидатором непосредственно после своего воздействия, а ее последствия носили достаточно отсроченный во времени характер. Можно предполагать, что заболевание COVID-19 в разной степени интенсивности активизировало у переболевшего данным вирусом человека модели угрожающего будущего по известному направлению, сформированному через общественный дискурс и СМИ. То есть у переболевших COVID-19 респондентов была возможность выстроить некоторое определенное будущее, хотя и носящее порой устрашающий характер. Это согласуется с данными нашего исследования имплицитных представлений о вирусной угрозе. Показано, что образ вирусной угрозы в представлении населения достаточно стабилен и может быть описан через такие определения, как болезнь, опасность, страх. Содержание представлений не зависит от таких факторов, как наличие личного опыта заболевания коронавирусом COVID-19, наличия или отсутствия прививки от данного заболевания [4]. В свою очередь, последствия воздействия радиационной угрозы превышают временные рамки осознания причины и следствия, поэтому более трудны для понимания. Именно высокий уровень неопределенности определил более выраженную психопатологическую симптоматику.

Также получены данные о большей выраженности психопатологической симптоматики у косвенных жертв теракта по сравнению с не переболевшими COVID-19 респондентами, но находящимися в информационном пространстве данных об опасности вируса. Вероятно, стрессор, связанный с антропогенным фактором — террористами — является более устрашающим, чем биологически опасный вирус. Этим же можно объяснить результат, свидетельствующий о том, что угроза террористических актов для косвенных жертв по количеству выявленных случаев ПТСР превышает радиационную и вирусную угрозы.

Однако у не переболевших COVID-19 респондентов, по сравнению с косвенными жертвами терактов, выше уровень тревожности, что может быть обусловлено отсутствием достоверной информации о причинах возникновения вируса COVID-19.

Итак, обобщая результаты данного теоретико-эмпирического исследования, можно утверждать, что главным остается факт установления роли интенсивного стресса вследствие столкновения с невидимыми информационными угрозами в развитии у определенной, уязвимой части лиц посттравматического стрессового расстройства.

Приложение 1

Данные самоотчета респондентов по опроснику SCL-90-R за 2020 год (n = 233)

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
Шкала соматизации				
1	Головные боли	127	54,51%	0,911
2	Слабость или головокружение	129	55,36%	0,8
3	Боли в сердце или в грудной клетке	72	30,9%	0,436
4	Боли в пояснице	135	57,94%	,996
5	Тошнота	85	36,48%	0,55
6	Боли в мышцах	118	50,64%	0,81
7	Затрудненное дыхание	54	23,17%	0,437
8	Приступы жара или озноба	54	23,17%	0,36
9	Онемение или покалывание в различных частях тела	91	39,03%	0,579
10	Комок в горле	68	29,18%	0,395
11	Ощущение слабости в различных частях тела	139	59,66%	1,056
12	Тяжесть в конечностях	120	51,5%	1,056
Шкала Obsессивно-компульсивные расстройства				
1	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	140	60,09%	1,042
2	Проблемы с памятью	97	41,63%	0,581
3	Небрежность или неряшливость	128	54,94%	0,918
4	Ощущение, что вам что-то мешает сделать что-либо	149	63,95%	1,226
5	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	72	30,9%	0,459

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
6	Потребность проверять и перепроверять то, что вы делаете	91	39,06%	0,575
7	Трудности в принятии решения	60	25,75%	0,39
8	Вы легко теряете мысль	84	36,05%	0,57
9	Вам трудно сосредоточиться	120	51,5%	0,953
10	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать и т. п.	74	31,76%	0,483
Шкала межличностная сензитивность				
1	Чувство недовольства другими	184	78,97%	1,498
2	Застенчивость	23	9,87%	0,12
3	То, что ваши чувства легко задеть	45	19,31%	1,056
4	Ощущение, что другие не понимаю или не сочувствуют вам	40	17,17%	0,249
5	Ощущение, что люди не дружелюбны или вы им не нравитесь	106	45,49%	0,687
6	Ощущение, что вы хуже других	86	39,91%	0,651
7	Ощущение неловкости, когда другие наблюдают за вами	104	44,64%	0,846
8	Чрезмерная застенчивость в общении с другими	52	22,32%	0,326
9	Чувство неловкости, когда вы едите и пьете на людях	53	22,75%	0,332
Шкала депрессии				
1	Потеря сексуального влечения или удовольствия	105	45,06%	0,867
2	Упадок сил или заторможенность	179	76,82%	1,399
3	Мысли о том, чтобы покончить с собой	27	11,59%	0,188
4	Слезливость	79	33,91%	0,524
5	Ощущение, что вы в западне или пойманы	120	51,5%	0,91
6	Чувство, что вы сами во много виноваты	99	42,49%	0,747
7	Чувство одиночества	123	52,79%	0,974
8	Подавленное настроение	157	67,39%	1,343

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
9	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	149	63,95%	1,082
10	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	116	49,79%	0,953
11	Ощущение, что будущее безнадежно	74	31,76%	0,545
12	Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий	71	30,47%	0,478
13	Ощущение собственной никчемности	75	32,19%	0,621
Шкала тревожности				
1	Нервозность или внутренняя дрожь	149	63,95%	1,133
2	Дрожь	37	15,88%	0,206
3	Неожиданный и беспричинный страх	82	35,19%	0,513
4	Чувство страха	128	54,94%	0,815
5	Сильное или учащенное сердцебиение	72	30,9%	0,468
6	Ощущение напряженности или взвинченности	122	52,36%	0,858
7	Приступы ужаса или паники	108	46,35%	0,815
8	Такое сильное беспокойство, что вы не можете усидеть на месте	87	37,34%	0,609
9	Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое	100	42,92%	0,747
10	Кошмарные мысли или видения	32	13,73%	0,197
Шкала враждебности				
1	Легко возникающие досада или раздражение	175	75,1%	1,391
2	Вспышки гнева, которые вы не можете сдержать	125	53,65%	0,906
3	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	13	5,58%	0,103
4	Импульсы ломать или крушить что-то	93	39,91%	0,655
5	Вы часто вступаете в спор	32	13,73%	0,228
6	Вы кричите или швыряетесь вещами	73	31,33%	0,528
Шкала фобической тревожности				
1	Чувство страха в открытых местах или на улице	60	25,75%	0,403

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
2	Боязнь выйти из дома одному	30	12,86%	0,210
3	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	160	68,67%	0,704
4	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	68	29,18%	0,403
5	Чувство неловкости в людных местах	29	12,45%	0,155
6	Нервозность, когда вы остаетесь одни	76	32,62%	0,536
7	Боязнь, что вы упадете в обморок на людях	36	15,45%	0,283
Шкала паранойальные симптомы				
1	Ощущение, что почти во всех ваших неприятностях виноваты другие	71	30,57%	0,424
2	Чувство, что большинству людей нельзя доверять	65	29,89%	0,417
3	Ощущение, что другие наблюдают за вами или говорят о вас	89	38,19%	0,573
4	Наличие у вас идей или верований, которые не разделяют другие	47	20,17%	0,342
5	То, что другие недооценивают ваши достижения	79	33,91%	0,515
6	Ощущение, что люди злоупотребят вашим доверием, если вы им позволите	33	14,16%	0,239
Шкала психотизма				
1	Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями	32	13,73%	0,21
2	Вы слышите голоса, которые не слышат другие	4	1,72%	0,172
3	Ощущение, что другие проникают в ваши мысли	88	37,76%	0,644
4	У вас в голове чужие мысли	29	12,45%	0,172
5	Чувство одиночества, даже когда вы с другими людьми	99	42,49%	0,759
6	Нервирующие вас сексуальные мысли	64	27,47%	0,472
7	Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи	44	18,88%	0,315

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
8	Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке	71	30,47%	0,511
9	То, что вы не чувствуете близости ни к кому	102	43,78%	0,759
10	Мысли о том, что с вашим рассудком творится что-то неладное	41	17,6%	0,253

Приложение 2

Данные самоотчета переболевших COVID-19 респондентов по опроснику SCL-90-R за 2021—2022 год (n = 276)

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
Шкала соматизации				
1	Головные боли	167	60,51%	1,033
2	Слабость или головокружение	170	61,59%	1,069
3	Боли в сердце или в грудной клетке	106	38,41%	0,627
4	Боли в пояснице	151	54,71%	0,942
5	Тошнота	109	39,49%	0,638
6	Боли в мышцах	109	39,49%	0,768
7	Затрудненное дыхание	76	27,54%	0,446
8	Приступы жара или озноба	86	31,16%	0,518
9	Онемение или покалывание в различных частях тела	107	38,77%	0,62
10	Комок в горле	79	28,62%	0,478
11	Ощущение слабости в различных частях тела	123	44,57%	0,744
12	Тяжесть в конечностях	81	29,35%	0,507

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
Шкала Obsessивно-компульсивные расстройства				
1	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	159	57,61%	1,141
2	Проблемы с памятью	164	59,42%	1,072
3	Небрежность или неряшливость	117	42,39%	0,725
4	Ощущение, что вам что-то мешает сделать что-либо	136	49,28%	0,877
5	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	96	34,78%	0,551
6	Потребность проверять и перепроверять то, что выделаете	125	45,29%	0,739
7	Трудности в принятии решения	144	52,17%	0,938
8	Вы легко теряете мысль	122	44,2%	0,732
9	Вам трудно сосредоточиться	158	57,25%	1,033
10	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать и т. п.	63	22,83%	0,42
Шкала межличностная сензитивность				
1	Чувство недовольства другими	194	70,29%	1,326
2	Застенчивость	79	28,62%	0,464
3	Ваши чувства легко задеть	132	47,83%	0,873
4	Ощущение, что другие не понимаю или не сочувствуют вам	119	43,12%	0,725
5	Ощущение, что люди не дружелюбны или вы им не нравитесь	97	35,14%	0,602
6	Ощущение, что вы хуже других	121	43,84%	0,837
7	Ощущение неловкости, когда другие наблюдают за вами	93	33,7%	0,587
8	Чрезмерная застенчивость в общении с другими	94	34,06%	0,558
9	Чувство неловкости, когда вы едите и пьете на людях	71	25,72%	0,464
Шкала депрессии				

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
1	Потеря сексуального влечения или удовольствия	128	46,38%	0,866
2	Упадок сил или заторможенность	193	69,93%	1,38
3	Мысли о том, чтобы покончить с собой	44	15,94%	0,283
4	Слезливость	104	37,68%	0,666
5	Ощущение, что вы в западне или пойманы	82	29,71%	0,533
6	Чувство, что вы сами во много виноваты	123	44,57%	0,844
7	Чувство одиночества	132	47,83%	0,949
8	Подавленное настроение	179	64,86%	1,261
9	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	166	60,14%	1,141
10	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	141	51,09%	1,069
11	Ощущение, что будущее безнадежно	119	43,12%	0,837
12	Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий	144	52,17%	0,971
13	Ощущение собственной никчемности	102	36,96%	0,717
Шкала тревожности				
1	Нервозность или внутренняя дрожь	174	63,04%	1,176
2	Дрожь	75	27,17%	0,391
3	Неожиданный и беспричинный страх	89	32,25%	0,536
4	Чувство страха	111	40,22%	0,692
5	Сильное или учащенное сердцебиение	117	42,39%	0,681
6	Ощущение напряженности или взвинченности	144	52,17%	0,917
7	Приступы ужаса или паники	58	21,01%	0,362
8	Такое сильное беспокойство, что вы не можете усидеть на месте	68	24,64%	0,435
9	Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое	86	31,16%	0,547
10	Кошмарные мысли или видения	53	19,2%	0,304
Шкала враждебности				
1	Легко возникающие досада или раздражение	200	72,46%	1,289

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
2	Вспышки гнева, которые вы не можете сдерживать	116	40,023%	0,703
3	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	39	14,13%	1,685
4	Импульсы ломать или крушить что-то	48	17,39%	0,283
5	Вы часто вступаете в спор	71	25,72%	0,406
6	Вы кричите или швыряетесь вещами	46	16,67%	0,301
Шкала фобической тревожности				
1	Чувство страха в открытых местах или на улице	67	24,28%	0,424
2	Боязнь выйти из дома одному	40	14,49%	0,247
3	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	44	15,94%	0,272
4	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	62	22,46%	0,348
5	Чувство неловкости в людных местах	81	29,35%	0,482
6	Нервозность, когда вы оставались одни	79	28,62%	0,438
7	Боязнь, что вы упадете в обморок на людях	41	14,86%	0,257
Шкала психотизма				
1	Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями	47	17,03%	0,304
2	Вы слышите голоса, которые не слышат другие	15	5,23%	0,105
3	Ощущение, что другие проникают в ваши мысли	36	13,04%	0,221
4	У вас в голове чужие мысли	33	11,96%	0,199
5	Чувство одиночества, даже когда вы с другими людьми	108	39,13%	0,721
6	Нервирующие вас сексуальные мысли	49	17,75%	0,315
7	Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи	41	14,86%	0,254
8	Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке	135	48,91%	0,935

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
9	То, что вы не чувствуете близости ни к кому	85	30,79%	0,558
10	Мысли о том, что с вашим рассудком твориться что-то неладное	88	31,88%	0,522

Приложение 3

Данные самоотчета не болевших COVID-19 респондентов по опроснику SCL-90-R за 2021—2022 год (n = 195)

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
Шкала соматизации				
1	Головные боли	119	61,03%	0,938
2	Слабость или головокружение	97	49,74%	0,810
3	Боли в сердце или в грудной клетке	91	46,66%	0,493
4	Боли в пояснице	87	44,62%	0,789
5	Тошнота	55	28,21%	0,441
6	Боли в мышцах	84	43,08%	0,677
7	Затрудненное дыхание	41	21,03%	0,349
8	Приступы жара или озноба	52	26,67%	0,369
9	Онемение или покалывание в различных частях тела	49	25,13%	0,369
10	Комок в горле	37	18,97%	0,308
11	Ощущение слабости в различных частях тела	89	45,64%	0,651
12	Тяжесть в конечностях	50	25,64%	0,426
Шкала Обсессивно-компульсивные расстройства				
1	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	98	50,26%	0,826

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
2	Проблемы с памятью	104	53,33%	0,826
3	Небрежность или неряшливость	97	49,74%	0,774
4	Ощущение, что вам что-то мешает сделать что-либо	43	22,05%	0,703
5	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	54	27,69%	0,374
6	Потребность проверять и перепроверять то, что выдаете	76	38,97%	0,559
7	Трудности в принятии решения	93	47,69%	0,785
8	Вы легко теряете мысль	76	38,97%	0,574
9	Вам трудно сосредоточиться	100	51,28%	0,81
10	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать и т. п.	34	17,44%	0,256
Шкала межличностная сензитивность				
1	Чувство недовольства другими	120	61,54%	1,046
2	Застенчивость	56	28,72%	0,436
3	Ваши чувства легко задеть	82	42,05%	0,708
4	Ощущение, что другие не понимают или не сочувствуют вам	69	35,38%	0,564
5	Ощущение, что люди не дружелюбны или вы им не нравитесь	61	31,28%	0,451
6	Ощущение, что вы хуже других	79	40,51%	0,697
7	Ощущение неловкости, когда другие наблюдают за вами	50	25,64%	0,389
8	Чрезмерная застенчивость в общении с другими	54	27,69%	0,374
9	Чувство неловкости, когда вы едите и пьете на людях	44	22,56%	0,364
Шкала депрессии				
1	Потеря сексуального влечения или удовольствия	66	33,85%	0,549
2	Упадок сил или заторможенность	125	64,10%	1,092
3	Мысли о том, чтобы покончить с собой	30	15,38%	0,262

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
4	Слезливость	68	34,87%	0,575
5	Ощущение, что вы в западне или пойманы	54	27,69%	0,467
6	Чувство, что вы сами во много виноваты	87	44,62%	0,733
7	Чувство одиночества	79	40,52%	0,626
8	Подавленное настроение	100	51,28%	0,867
9	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	107	54,87%	0,877
10	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	78	40%	0,626
11	Ощущение, что будущее безнадежно	66	33,85%	0,549
12	Чувство, что все, что бы вы ни делали, требует больших усилий	84	43,08%	0,733
13	Ощущение собственной никчемности	56	28,72%	0,487
Шкала тревожности				
1	Нервозность или внутренняя дрожь	117	60%	1,031
2	Дрожь	48	24,62%	0,395
3	Неожиданный и беспричинный страх	70	35,89%	0,544
4	Чувство страха	76	38,97%	0,616
5	Сильное или учащенное сердцебиение	64	32,82%	0,508
6	Ощущение напряженности или взвинченности	92	47,18%	0,728
7	Приступы ужаса или паники	40	20,51%	0,359
8	Такое сильное беспокойство, что вы не можете усидеть на месте	49	25,13%	0,4
9	Ощущение, что с вами произойдет что-то плохое	56	28,72%	0,441
10	Кошмарные мысли или видения	39	20%	0,313
Шкала враждебности				
1	Легко возникающие досада или раздражение	127	65,13%	1,133
2	Вспышки гнева, которые вы не можете сдерживать	74	37,95%	0,631
3	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	30	15,38%	0,246
4	Импульсы ломать или крушить что-то	32	16,41%	0,246

№	Жалобы	Количество респондентов, отметивших симптом	% по выборке	Интенсивность симптома (среднее значение)
5	Вы часто вступаете в спор	52	26,67%	0,405
6	Вы кричите или швыряетесь вещами	29	14,87%	0,246
Шкала фобической тревожности				
1	Чувство страха в открытых местах или на улице	42	21,54%	0,346
2	Боязнь выйти из дома одному	33	16,92%	0,272
3	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	29	14,87%	0,251
4	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они вас пугают	38	19,49%	0,293
5	Чувство неловкости в людных местах	38	19,49%	0,313
6	Нервозность, когда вы остаетесь одни	53	27,18%	0,441
7	Боязнь, что вы упадете в обморок на людях	30	15,38%	0,226
Шкала психотизма				
1	Ощущение, что кто-то другой может управлять вашими мыслями	32	16,41%	0,272
2	Вы слышите голоса, которые не слышат другие	18	9,23%	0,179
3	Ощущение, что другие проникают в ваши мысли	23	11,79%	0,179
4	У вас в голове чужие мысли	20	10,26%	0,159
5	Чувство одиночества, даже когда вы с другими людьми	63	32,31%	0,549
6	Нервирующие вас сексуальные мысли	29	14,87%	0,231
7	Мысль, что вы должны быть наказаны за ваши грехи	29	14,87%	0,195
8	Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке	69	35,38%	0,554
9	То, что вы не чувствуете близости ни к кому	54	27,69%	0,456
10	Мысли о том, что с вашим рассудком твориться что-то неладное	27	13,85%	0,236

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В., Горбунов И.А., Капанова С.В., Пологаева Е.А., Стуклов К.А. Валидизация русскоязычной

- версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестник Санкт-петербургского университета. 2016. Сер.16. Вып. 2. С. 6—15.
2. *Быховец Ю.В.* Представления о террористическом акте и переживание террористической угрозы жителями разных регионов РФ: автореф. дисс. ... канд. псих. наук. М., 2007. 27 с.
 3. *Быховец Ю.В.* Разработка опросника переживания вирусной угрозы [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2022. Том 10. № 2. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/06PSMN222.pdf> (дата обращения: 01.03.2023).
 4. *Быховец Ю.В.* Эмпирическое исследование представлений о невидимых угрозах: вирусная угроза и террористические акты // История, современность и перспективы развития психологии в системе Российской академии наук: материалы Международной юбилейной научной конференции, посвященной 50-летию создания Института психологии РАН (г. Москва, 16—18 ноября 2022 г.). М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2022. С. 633—635.
 5. *Быховец Ю.В., Коган-Лернер Л.Б.* Пандемия COVID-19 как многофакторная психотравмирующая ситуация // Социальная и экономическая психология. 2020. Том 5. № 2 (18). С. 291—308.
 6. *Данилов М.Н.* Экзистенциальная проблематика при посттравматическом стрессовом расстройстве // Вопросы студенческой науки. 2022. № 12 (76). С. 414—420.
 7. *Ениколопов С. Н., Лебедев С. В., Бобосов Е. А.* Влияние экстремальных событий на косвенных жертв // Психол. журн. 2004. Том 25. № 6. С. 73—81.
 8. *Ильин Е.П.* Насилие как психологический феномен // Вестник герценовского университета. 2013. № 1. С.167—173.
 9. *Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дымова Е.Н.* Психотравмирующие последствия переживания эмоционального насилия женщинами раннего взрослого возраста // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. № 4. С. 78—83.
 10. *Корнилова Т. В., Чумакова М. А.* Шкалы толерантности и интолерантности к неопределенности в модификации опросника С. Баднера // Экспериментальная психология. 2014. № 1. С. 92—110.
 11. *Лидин К.М.* Эмоции по поводу ковида — опыт количественного анализа // Социальная и экономическая психология. 2023. Том 8. № 2 (30). С. 6—17.
 12. *Магомед-Эминов М.Ш.* Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса. М.: Инсайт, 2004. 111 с.
 13. *Никитина Д.А.* Посттравматический стресс у людей разного возраста у людей с угрожающим жизни заболеванием: дисс. ... канд. псих. наук. М., 2021. 199 с.
 14. *Селье Г.* Когда стресс не приносит горя. М.: МНПП «РЭНАР», 1992. 160 с.
 15. *Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., Ласко Н.Б., Орт С.Ф., Питман Р.К.* Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. 1996. Том 17. № 2. С. 30—45.
 16. *Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Паун М.А., Шаталова Н.Е.* Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Институт психологии РАН, 2010. 175 с.

17. Тарабрина Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство // Клиническая психология. Том 2. Частная патопсихология / Под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Издательский центр «Академия», 2012. С. 229—270.
18. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., Хажуев И.С., Казымова Н.Н., Быховец Ю.В., Дан М.В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.: Институт психологии РАН, 2017. 344 с.
19. Филипповская Т.В. Эмоциональное насилие и реальные субъекты власти в актуальном образовательном пространстве // Современное общество и власть. 2016. № 2 (8). С. 49—54.
20. Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Психологические последствия влияния стрессоров высокой интенсивности разного типа // Ярославский педагогический вестник. 2020. № 5 (116). С. 110—120. DOI 10.20323/1813-145X-2020-5-116-110-120
21. Холмогорова А.Б., Рахманина А., Пуговкина О., Рой А., Истомин М., Авакян Т., Карчевская Н., Петриков С. Посттравматический стресс у пациентов с COVID-19 после лечения в стационаре // Современная терапия психических расстройств. 2021. № 3. С. 58—67. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2021.90.34.006>
22. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // Journal of Health and Social Behavior. 1983. Vol. 24. P. 385—396.
23. Derogatis L.R. The SCL-90-R. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975. 45 p.
24. Salari N., Hosseini-Far A., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Rasoulpoor S., Mohammadi M., Rasoulpoor S., Khaledi-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis // Global Health. 2020. № 16. P. 57.
25. Schou T.M., Joca S., Wegener G., Bay-Richie C. Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19 — A systematic review // Brain, Behavior, and Immunity. 2021. Vol. 97. P. 328—348.
26. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., Palmieri P.A., Marx B.P., Schnurr P.P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) 2013 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> [дата обращения 09.08.2023].

REFERENCES

1. Ababkov V.A., Baryshnikova K., Voroncova-Venger O.V., Gorbunov I.A., Kapranova S.V., Pologaeva E.A., Stuklov K.A. Validizaciya russkoyazychnoj versii oprosnika «SHkala vospriniimaemogo stressa- 10». *Vestnik Sankt-peterburgskogo universiteta*, 2016, № 2. Pp. 6—15.
2. Byhovec YU.V. Predstavleniya o terroristicheskom akte i perezhivanie terroristicheskoy ugrozy zhitelyami raznyh regionov RF. Avtoref.dis, 2007, 19 p.
3. Byhovec YU.V. Razrabotka oprosnika perezhivaniya virusnoj ugrozy [Elektroniy resurs]. *Mir nauki. Pedagogika i psihologiya*, 2022. Vol.10, № 2. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/06PSMN222.pdf> (accessed 01.03.2023).
4. Byhovec YU.V. Empiricheskoe issledovanie predstavlenij o nevidimyh ugrozah: virusnaya ugroza i terroristicheskie akty. Istoriya, sovremennost' i perspektivy razvitiya psihologii v sisteme Rossijskoj Akademii nauk: Materialy Mezhdunarodnoj

- yubilejnoj nauchnoj konferencii, posvyashchennoj 50-letiyu sozdaniya Instituta psihologii RAN (16.11.2022-18.11.2022). M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2022. Pp. 633—635.
5. Byhovets YU.V., Kogan-Lerner L.B. Pandemiya COVID-19 kak mnogofaktornaya psihotravmiruyushchaya situaciya. *Social'naya i ekonomicheskaya psihologiya*, 2020. Vol .5, № 2 (18). Pp. 291—308.
 6. Danilov M.N. Ekzistencial'naya problematika pri posttravmaticheskom stressovom rasstrojstve. *Voprosy studencheskoj nauki*, 2022, № 12 (76). Pp. 414—420.
 7. Enikolopov S. N., Lebedev S. V., Bobosov E. A. Vliyanie ekstremal'nyh sobytij na kosvennyj zhertv. *Psihol. Zhurn*, 2004. Vol. 25, № 6. Pp. 73—81.
 8. Il'in E.P. Nasilie kak psihologicheskij fenomen. *Vestnik gercenovskogo universiteta*, 2013, № 1. Pp. 167—173.
 9. Kazymova N.N., Byhovets YU.V., Dymova E.N. Psihotravmiruyushchie posledstviya perezhivaniya emocional'nogo nasiliya zhenshchinami rannego vzroslogo vozrasta. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psihologiya. Sociokinetika*, 2019, № 4. Pp. 78—83.
 10. Kornilova T.V., CHumakova M.A. SHkaly tolerantnosti i intolerantnosti k neopredelennosti v modifikacii oprosnika C. Badnera. *Eksperimental'naya psihologiya*, 2014, № 1. Pp. 92—110.
 11. Lidin K.M. Emocii po povodu kovida — opyt kolichestvennogo analiza. *Social'naya i ekonomicheskaya psihologiya*, 2023. Vol .8, № 2 (30). Pp. 6—17.
 12. Magomed-Eminov M.SH. *Novye aspekty psihoterapii posttravmaticheskogo stressa*. M.: Insight, 2004. 111 p.
 13. Nikitina D.A. Posttravmaticheskij stress u lyudej raznogo vozrasta u lyudej s ugrozhayushchim zhizni zabolevaniem. Diss. kand. psihol. nauk. M., 2021. 199 p.
 14. Sel'e G. *Kogda stress ne prinosit gorya*. M., 1992. 162 p.
 15. Tarabrina N.V., Lazebnaya E.O., Zelenova M.E., Lasko N.B., Orr S.F., Pitman R.K. Psihofiziologicheskaya reaktivnost' u likvidatorov. avarii na CHAES. *Psihologicheskij zhurnal*, 1996, vol. 17. № 2, pp. 30—45.
 16. Tarabrina N.V., Vorona O.A., Kurchakova M.S., Padun M.A., SHatalova N.E. *Onkopsihologiya: posttravmaticheskij stress u bol'nyh rakom molochnoj zhelezy*, 2010, 175 p.
 17. Tarabrina N.V. *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo. Klinicheskaya psihologiya / Pod red. A.B. Holmogorovoj*. M.: Izdatel'skij centr «Akademiya», 2012. Pp. 229—270.
 18. Tarabrina N.V., Harlamenkova N.E., Padun M.A., Hazhuev I.S., Kazymova N.N., Byhovets YU.V., Dan M.V. *Intensivnyj stress v kontekste psihologicheskoy bezopasnosti*. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2017. 344 p.
 19. Filippovskaya T.V. *Emocional'noe nasilie i real'nye sub"ekty vlasti v aktual'nom obrazovatel'nom prostranstve. Sovremennoe obshchestvo i vlast'*, 2016, № 2 (8). Pp. 49—54.
 20. Harlamenkova N.E., Nikitina D.A. Psihologicheskie posledstviya vliyaniya stressorov vysokoj intensivnosti raznogo tip. *Yaroslavskij pedagogicheskij vestnik*, 2020, № 5 (116). Pp. 110—120. DOI:10.20323/1813-145X-2020-5-116-110-120
 21. Holmogorova A.B., Rahmanina A., Pugovkina O., Roj A., Istomin M., Avakyan T., Karchevskaya N., Petrikov S. *Posttravmaticheskij stress u pacientov s COVID-19*

- posle lecheniya v stacionare. *Sovremennaya Terapiya Psichicheskikh Rasstrojstv*, 2021, № 3. Pp. 58—67. DOI:10.21265/PSYPH.2021.90.34.006
22. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, vol. 24, pp. 385—396.
 23. Derogatis L.R. The SCL-90-R. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975. 45 p.
 24. Salari N., Hosseinian-Far A., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Rasoulpoor S., Mohammadi M., Rasoulpoor S., Khaledi-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 2020, № 16, p. 57.
 25. Schou T.M., Joca S., Wegener G., Bay-Richte C. Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19 — A systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2021, Vol. 97. Pp. 328—348.
 26. Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., Palmieri P.A., Marx B.P., Schnurr P.P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) 2013 [Elektronnyi resurs]. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> [Accessed 09.08.2023].

Информация об авторах

Быховец Юлия Васильевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Институт психологии РАН (ФГБОУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0163-4334>, e-mail: bykhovets@yandex.ru

Information about the authors

Yulia V. Bykhovets, PhD in Psychology, Senior Researcher in the Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences (FSBI IP RAS), Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0163-4334>, e-mail: bykhovets@yandex.ru

Получена 11.08.2023

Received 11.08.2023

Принята в печать 01.09.2023

Accepted 01.09.2023

ДАЙДЖЕСТ

RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

КОМПЛЕКСНОЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ПЕРСПЕКТИВЫ НОВОГО ДИАГНОЗА

Настоящий дайджест предлагает ряд материалов, связанных с появлением нового диагноза — комплексного ПТСР. Рассматриваются история этой концепции, компоненты диагноза КПТС, в том числе «нарушения Я-организации», и ожидания от начала применения этой диагностической единицы в клинической практике.

COMPLEX POST- TRAUMATIC STRESS DISORDER: PROSPECTS OF A NEW DIAGNOSIS

Present digest offers information associated with introduction of a new diagnosis of complex PTSD. It covers the background of this concept including the component of disturbances of self-organization, and presents the expectations of using this diagnosis in clinical practice.

В пересмотренной версии Международной классификации болезней (МКБ-11) появился новый диагноз — комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР). Он призван заменить диагноз «стойкое изменение личности после переживания катастрофы» в МКБ-10,

основными симптомами которого были связанные с психотравмой недоверие к миру, социальная отгороженность, чувство опустошенности, безнадёжности, отчуждения, а также хроническое ощущение угрозы.

Появление нового диагноза не случайно. В последние тридцать лет во многих странах мира в клинической практике получили распространение диагностические ярлыки «комплексная травматизация» и «комплексное ПТСР». Появилась дифференциация между ПТСР и КПТСР, и в итоге рабочая группа, занимавшаяся разработкой МКБ-11, сочла КПТСР клинически полезным и научно обоснованным дополнением для диагностического руководства психических расстройств.

Диагноз КПТСР — двухкомпонентный. Первый компонент представлен тремя основными кластерами симптомов ПТСР — это: 1) повторное переживание травматического события в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом, флешбэками или ночными кошмарами; 2) избегание мыслей и воспоминаний о событии или избегание деятельности или ситуаций, напоминающих событие; 3) стойкое чувство сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга.

Вторым компонентом диагноза КПТСР являются так называемые «нарушения Я-организации» (self-organization disturbances; термин введен американской исследовательницей ПТСР Merylene Cloitre), представленные тоже тремя кластерами. Первый кластер — эмоциональная дисрегуляция (например, повышенная эмоциональная реактивность, вспышки гнева, чувство эмоционального притупления или диссоциации); второй — нарушения самовосприятия (негативное представление о себе, чувства недооцененности, поражения или собственной ничемности, хроническое переживание стыда и вины); третий — стойкие нарушения во взаимоотношениях (дефицит доверия другим людям, чувство социальной изоляции, трудности с установлением и поддержанием близких отношений и др.).

Ценность нового диагноза еще предстоит измерить. Предполагается, что его появление в МКБ-11 будет способствовать накоплению нового знания и клинического опыта.

В настоящем дайджесте мы представляем вниманию читателей ряд материалов, связанных с концепцией комплексного ПТСР и таким его компонентом, как «нарушения Я-организации».

Ожидаемая клиническая польза нового диагноза

Вопрос о перспективах и клинической пользе нового диагноза поднимался исследователями еще до введения его в МКБ-11. Датские ученые

в 2021 г. опубликовали обзор международных полевых исследований и работ, посвященных анализу конструкта КППТСР, его валидности и опыта разработки и применения некоторых диагностических инструментов. Отдельное внимание уделено взаимоотношениям между КППТСР и пограничным расстройством личности (ПРЛ) с точки зрения различий в подходах к клинической терапии.

По результатам исследования авторы отмечают, что валидизация двух международных инструментов (опросника и интервью) способствует дальнейшему внедрению диагноза КППТСР в клиническую практику, обеспечивая квалифицированную оценку данного конструкта. Отмечается, что в эмпирических исследованиях КППТСР хорошо дифференцируется от ПТСР и ПРЛ, однако признается вероятность лучшего описания коморбидных случаев ПРЛ и ПТСР как комплексного ПТСР.

По мнению авторов, включение КППТСР в МКБ-11 может в перспективе облегчить доступ пациентов к более индивидуализированным интервенциям, а также будет способствовать исследованиям ассоциированных со стрессом расстройств. Клиническая ценность этого диагноза раскроется после начала его применения в клинической практике, начиная с 2022 года.

Оригинал: *Rod A., Schmidt C. Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis? // European Journal of Psychotraumatology. 2021. Vol. 12, № 1. DOI: 10.1080/20008198.2021.2002028*

Влияние нарушений Я-организации на взаимоотношения между супругами при расстройствах спектра ПТСР

Психотравма затрагивает психическое здоровье не только самих пострадавших, но нередко и их значимого окружения. По данным исследований, симптомы ПТСР негативно влияют на качество отношений и функционирование как самих пациентов, так и их брачных партнеров. Проблемам во взаимоотношениях могут способствовать такие симптомы ПТСР, как сложности с регуляцией гнева, диссоциация, отстраненность и пониженная самооценка, которые относятся в новом диагнозе КППТСР к нарушениям Я-организации.

В исследовании, выполненном международной группой ученых из Швейцарии, Израиля и США, предпринята попытка изучить связи между симптомами ПТСР и нарушениями Я-организации, с одной стороны, и качеством отношений в супружеских парах — с другой. Дополнительно изучались факторы риска вторичной травматизации супругов лиц, принимавших участие в военном конфликте в прошлом.

В выборку исследования были включены израильские мужчины-ветераны, принимавшие участие в военном конфликте 1973 г., и их жены (всего 216 человек). Рассматривались симптомы ПТСР и нарушения Я-организации у ветеранов (первичная травматизация) и у их жен (вторичная травматизация), а также с помощью специального инструмента оценивалось качество взаимоотношений в паре. По результатам исследования, симптомы нарушения Я-организации в более значительной степени способствуют переносу посттравматического стресса от одного супруга к другому по сравнению с классическими симптомами ПТСР. В этой связи авторы предлагают проверять переживших травму лиц на наличие симптомов нарушения Я-организации, так как они являются значимым фактором развития вторичного травматического стресса у супруга(и) и оказывают влияние на атмосферу взаимоотношений в супружеской паре. Супружеская терапия после травмы должна фокусироваться не столько на редукции симптомов ПТСР, сколько на облегчении симптомов нарушения Я-организации у обоих супругов с целью усиления взаимной адаптации в паре.

К ограничениям исследования авторы относят его поперечный дизайн, который не позволяет установить характер воздействия — направляющий или причинный. Кроме того, в период сбора данных еще не существовало специфического для МКБ инструмента для оценки симптомов нарушения Я-организации.

Оригинал: *Bachem R., Levin Y., Zerach G. et al.* The interpersonal implications of PTSD and complex PTSD: The role of disturbances in self-organization // *Journal of Affective Disorders*. 2021. № 290. P. 149—156. DOI:10.1016/j.jad.2021.04.075

Культурные концепции дистресса и КПТСР

Диагностическая категория КПТСР включает в себя наряду с симптомами ПТСР «нарушения Я-организации», т. е. дисрегуляцию аффекта, негативное представление о себе и сложности во взаимоотношениях. Выполненные количественные исследования поддерживают валидность КПТСР в группах, относящихся к разным культурам. Вместе с тем имеющиеся данные обнаруживают культурные расхождения в феноменологии ПТСР, которые вполне могут переходить в культурную вариантность и в отношении симптомов «нарушения Я-организации».

Целью подготовленного швейцарскими и британскими учеными теоретического обзора является определение исследовательского поля будущих научных работ по культурным аспектам «нарушения Я-организации». Обзор предлагает теоретическое введение в культурную клиническую психологию с последующим обобщением дан-

ных, относящихся к культурным исследованиям ПТСР и «нарушений Я-организации».

В статье рассматриваются этический (метод анализа данных и построения теоретических моделей извне — глазами стороннего наблюдателя, позволяющий сравнивать разные культурные группы) и этический (метод, построенный на взгляде изнутри, отражающий спектр и глубину переживаний в каждой отдельной группе) подходы в исследованиях ПТСР в разных культурах, культурная валидность диагностической концепции КПТСР: ставится вопрос о влиянии культуральных особенностей на вариативность симптомов КПТСР, в частности о специфике нарушений Я-организации, особенностях дисрегуляции аффекта и нарушений во взаимоотношениях в зависимости от культурного контекста.

Авторы заключают, что способ манифестации симптомов кластера «нарушения Я-организации» и лежащие в их основе этиологические процессы тесно переплетены с культурными представлениями о самости, роли эмоций и способах их регуляции, особенностями социальной поддержки.

Предложены направления будущих исследований в области культурной клинической психологии и транскультуральной психиатрии. В частности, указывается на важность изучения культурных нюансов субъективного переживания и выражения симптомов из кластера «нарушения Я-организации», а также сформированных культурой внутри- и межличностных процессов, способствующих или препятствующих дальнейшему развитию, сохранению или излечению КПТСР.

Оригинал: *Heim E., Karatzias T., Maercker A. Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment* [Электронный ресурс]. *Clinical Psychology Review*. 2022. № 93. DOI:10.1016/j.cpr.2022.102143

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

Барabanников 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 Максutowич — кандидат психологических наук

Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, доцент

Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицинских наук, профессор

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор

Ленгле Альфрид (Австрия) — доктор медицинских наук, профессор

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор

Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологических наук, профессор

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор

Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент

Тагэ Сэфик (Германия) — доктор медицинских наук, психолог

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

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;

пристаетные 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