PSYCHOTHERAPY SCIENCE TODAY

рецензируемый многоязычный журнал

PSYCHOTHERAPY SCIENCE TODAY

Том 2, № 3 / 2026

Печатное издание ISSN 3104-1884 | Онлайн ISSN 3104-1728

PSYCHOTHERAPY SCIENCE TODAY

Рецензируемый журнал, выходит на английском, русском и сербском языках.
Печатная версия ISSN 3104-1884. Онлайн ISSN 3104-1728. Выходит два раза в год.

PST — это клинически ориентированный журнал, посвященный исследованиям в области психотерапии и психического здоровья. Журнал публикуется в открытом доступе и зарегистрирован в Национальном центре ISSN Сербии.
Выраженные авторами мнения не обязательно отражают точку зрения редакционной коллегии.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Юрий Тор
Руководитель научно-исследовательского института психотерапии и психического здоровья «Исида», Сербия, и Академии интегральной психодинамической психотерапии, Россия

СО-РЕДАКТОР

Драган Обрадович, MD, PhD
профессор медицинского факультета Белградского университета, председатель ученого совета научно-исследовательского института психотерапии и психического здоровья «Исида», Сербия

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Светлана Д. Гуриева, DSc,
Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Исмаил Кочак, MD, PhD,
Стамбульский университет изящных искусств им. Мимара Синана, Турция

Оксана В. Кузнецова, PhD,
Научно-исследовательский институт психотерапии и психического здоровья «Исида», Сербия

Янко Самарджич, MD, PhD,
Белградский университет, Сербия

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Юлия А. Афанасьева, PhD,
Северо-Осетинский государственный университет, Россия

Ясна Байрактаревич, PhD,
Сараевский университет, Босния и Герцеговина

Ирина А. Бариляк, PhD,
Тверской государственный университет, Россия

Нада Благоевич Ристич, PhD,
Сербское философское общество, Сербия

Ирина Деретич, PhD,
Белградский университет, Сербия

Дмитрий С. Касаткин, MD, DSc,
Ярославский государственный медицинский университет, Россия

Снежана Миленкович, MD, PhD,
Нови-Садский университет, Сербия

Екатерина С. Мордас, PhD,
Московский институт психоанализа, Россия

Елица Петрович, PhD,
Нови-Садский университет, Сербия

Лелица Тодорович, MD, PhD,
Высшая медицинская школа им. Милутина Миланковича, Сербия

Ольга В. Филатова, PhD,
Владимирский государственный университет, Россия

Роса Шапич, MD, PhD,
Академия развития человека, Сербия

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ГРУППА

Алексей Чалый, *редактор*
Милица Радоев, *переводчик и редактор*
Сергей Петров, *дизайн и верстка*

ИЗДАТЕЛЬ

Институт «Исида», Нови Сланкамен, Сербия

Опубликовано: сентябрь 2026 г., Том 2, Выпуск 3
Печать: типография Eurodream, Нова Пазова, Сербия. Тираж 100 экз.
DOI выпуска https://doi.org/10.64435/JAPM8240

https://psychotherapyscience.today

Уважаемые коллеги, исследователи и специалисты,

Материалы третьего выпуска *Psychotherapy Science Today* охватывают разные уровни психической реальности — от отдельных эмоциональных и когнитивных процессов до структур личности, групповой динамики и социального бессознательного. Психотерапия рассматривается в них не только как совокупность методов воздействия, но и как область исследования сложных взаимосвязей между индивидуальным опытом, отношениями, культурой и обществом.

Номер открывает эмпирический блок из трех работ. Первое исследование посвящено факторам, связанным с развитием субклинических психопатологических симптомов. В исследовании выделено ядро субклинического состояния, а с помощью сетевого анализа определены активаторы и ингибиторы прогрессирования психопатологической симптоматики, что позволяет наметить мишени ранних клинических вмешательств. Второе исследование дает основания пересмотреть распространенное представление о когнитивной переоценке как однозначно адаптивной стратегии эмоциональной регуляции. Полученные результаты позволяют предположить, что в отдельных случаях она отражает не конструктивную переработку эмоций, а реконструкцию значения, поддерживающую самооправдание и сохранение агрессивных установок. Третье исследование посвящено изучению пластичности структур личности: после прохождения краткосрочной психотерапевтической программы у участников были выявлены статистически значимые изменения самооценки и психологического благополучия, что дает основания пересмотреть представление о личностных структурах как преимущественно фиксированных.

В разделе клинических случаев представлен поэтапный разбор психотерапии пациентки с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством и рискованным сексуальным поведением, сформировавшимися вследствие сексуального насилия в детстве. Автор показывает, как подробная клиническая концептуализация позволяет перейти от внешнего описания дезадаптивного поведения к пониманию поддерживающих его травматических механизмов.

Теоретико-клиническая часть номера представлена статьей о групповом психическом убежище. На основании теоретического анализа и двух клинических иллюстраций автор рассматривает его не только как патологическую защитную организацию, но и как возможную временную адаптивную реакцию группы на психическое перенапряжение.

В концептуальном блоке номера представлена психобиологическая модель патогенеза первичной психогенной депрессии, связывающая ее развитие с хроническим подавлением импульса к действию при невозможности реализации экзистенциально значимых потребностей. На основании предложенной модели авторы формулируют ключевые психотерапевтические мишени и обосновывают подход, направленный на устранение патомеханизма и восстановление агентности.

Завершает выпуск статья, переводящая анализ с уровня индивидуальных и групповых клинических процессов на уровень культурных и общественных преобразований. Автор анализирует ослабление патриархальных метаструктур в цифровую эпоху, сохранение их отдельных элементов в социальном бессознательном и влияние этой трансформации на авторитет, идентичность, групповую динамику и терапевтические отношения.

Представленные в выпуске работы объединяет внимание к механизмам, стоящим за наблюдаемыми симптомами и формами поведения, а также к условиям, при которых психотерапия может способствовать устойчивым изменениям. Редакционная коллегия надеется, что материалы выпуска послужат полезными ориентирами для клинической практики и дальнейших исследований.

Редакционная коллегия
Psychotherapy Science Today

Содержание

ЭМПИРИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Активаторы и ингибиторы прогрессирования психопатологических симптомов, ассоциированных с психологическим насилием. 3
Фаустова А.Г.

Когнитивная переоценка: адаптивная регуляция эмоций или реконструкция смысла? 13
Такэясу Кавабата

Пластичность личностных структур: исследование изменений самооценки после краткосрочной психотерапии 22
Русина Н.А., Кривобоков А.С., Швецова С.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Рискованное сексуальное поведение у пациентки с комплексным ПТСР вследствие детского сексуального насилия 29
Фомичева Н. С.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Групповое психическое убежище: адаптивная защита или патологическая фиксация? 34
Зоран Младенович

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ

Первичная психогенная депрессия: модель патогенеза, основанная на нарушении реализации мобилизационного импульса 45
Тор Ю.Н., Обрадович Д.И.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ОБЩЕСТВО

Метаморфозы патриархата в цифровую эпоху: проявления социального бессознательного и групп-аналитическое понимание 55
Лиолиос Константинос

CIP – Каталогизација у публикацији
Библиотеке Матице српске, Нови Сад

615.851

Psychotherapy Science Today: рецензируемый многоязычный журнал / главный редактор Юрий Тор. — Том 2, № 3 (2026). Нови Сланкамен: Институт «Исида», 2026. (Нова Пазова: Eurodream). 28 см.

Полугодишње. Друго издање на другом медијуму: Psychotherapy Science Today (Online) = ISSN 3104-1728. Има издање на другом језику: Psychotherapy Science Today (Srpsko izd.) = ISSN 3104-1876. Има издање на другом језику: Psychotherapy Science Today (English ed.) = ISSN 3104-1868.

ISSN 3104-1884

COBISS.SR-ID 173907977

Активаторы и ингибиторы прогрессирования психопатологических симптомов, ассоциированных с психологическим насилием

*Фаустова А.Г.**

Кафедра клинической психологии, факультет клинической психологии,
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Рязань, Россия

Аннотация

Цель Целью данного исследования было выявление психологических факторов, усиливающих (активаторы) и ослабляющих (ингибиторы) прогрессирование субклинической психопатологической симптоматики у молодых взрослых, переживших психологическое насилие в детском и подростковом возрасте.

Методы В исследовании приняли участие 416 респондентов (средний возраст 18,73 ± 0,81 лет), перенесших в детстве и подростковом возрасте психологическое насилие со стороны родителей (опекунов). Для сбора эмпирических данных применялся метод стандартизированных самоотчетов. Проведены корреляционный анализ и ненаправленный сетевой анализ.

Результаты Опыт психологического насилия коррелирует с выраженностью субклинической психопатологической симптоматики. «Ядро» субклинического состояния пострадавших от психологического насилия составляют обсессивно-компульсивные симптомы, межличностная сенситивность, симптомы тревоги и депрессии. Сетевой анализ позволил обозначить две функциональные группы: ингибиторы (специфичность автобиографической памяти, гибкость и моделирование, доступность социальной поддержки, личностная отчужденность) и активаторы (ранние дезадаптивные схемы (РДС), враждебность, обсессивно-компульсивные и психотические симптомы).

Выводы Полученные результаты указывают на трансдиагностический характер субклинического дистресса у молодых взрослых с опытом психологического насилия и создают основу для разработки системы ранних клинико-психологических интервенций. Предложены формулировки мишеней воздействия и варианты вмешательств через усиление ингибиторов, модификацию активаторов.

Ключевые слова: психологическое насилие; последствия; психические расстройства; субклиническая стадия; прогрессирование; обострение; ранняя взрослость.

Получено: 1 июля 2026 г.
Принято: 20 августа 2026 г.
Опубликовано: 30 сентября 2026 г.

Для цитирования:
Фаустова АГ. Активаторы и ингибиторы прогрессирования психопатологических симптомов, ассоциированных с психологическим насилием. *Psychotherapy Science Today.* 2026;2(3):3–12. https://doi.org/10.64435/VABP9530

OPEN ACCESS

© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Введение

Жестокое обращение с детьми и подростками по-прежнему является значимой социально-правовой и медико-психологической проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 400 миллионов несовершеннолетних регулярно подвергаются различным видам жестокого обращения со стороны родителей и воспитателей [1]. На долю психологического насилия приходится до 35% всех случаев злоупотребления, что делает его наиболее распространенной разновидностью жестокого обращения с детьми и подростками [2]. В данном исследовании под психологическим насилием мы предлагаем понимать устойчивый на протяжении длительного времени паттерн поведения взрослого, основу которого составляет игнорирование психологических потребностей и субъектности ребенка, заведомо неспособного противостоять взрослому, что воплощается в активных и пассивных, вербальных и невербальных действиях.

* E-mail: anne.faustova@gmail.com.

В фокусе внимания современных клинико-психологических исследований находится анализ отдаленных последствий неблагоприятного детского опыта. Так, психологическое насилие является трансдиагностическим фактором риска возникновения и прогрессирования шизофрении и шизотипического расстройства [3], депрессивных расстройств [4], тревожных расстройств [5], расстройств личности [6]. В большинстве подобных исследований использован кросс-секционный дизайн, что позволяет констатировать наличие и/или степень выраженности психопатологической симптоматики, относящейся к определенному спектру, но не дает ответа на вопросы о том, через какие механизмы психологическое насилие ведет к ухудшению психологического состояния, а какие факторы способны прервать эту связь.

Известно, что психические расстройства в своем развитии и формировании проходят несколько стадий: от бессимптомного состояния до клинически выраженного синдрома и хронической формы [7]. Субклиническая стадия характеризуется психопатологическими симптомами, выраженность которых не достигает порога клинического диагноза по критериям DSM-5 или МКБ-11, при этом они достоверно снижают субъективное благополучие индивидов и их повседневное функционирование. Распространенность субклинически выраженных психопатологических симптомов достаточно велика и составляет 57% в общей популяции [8]. Субклинические симптомы значительно чаще наблюдаются в возрастной группе от 18 до 30 лет, в которой превышают частоту встречаемости клинически выраженных психических расстройств [9, 10]. Одним из наиболее устойчивых предикторов возникновения именно субклинической психопатологической симптоматики в период ранней взрослости считается опыт психологического насилия, пережитого в детстве [11, 12].

В данном направлении сравнительно хорошо изучены медиаторы, опосредующие связь между опытом психологического насилия, пережитого в детском и подростковом возрасте, и возникновением психических расстройств различной степени выраженности, в том числе — допороговой. Так, одним из наиболее изученных механизмов опосредования психотравмирующего опыта является формирование ранних дезадаптивных схем [13]. Другим устойчивым механизмом считается эмоциональная дисрегуляция. К значимым когнитивным медиаторам относятся: безнадежность; самокритика; нарушенная ментализация [13].

Помимо медиаторов, значительный научный интерес вызывает изучение психологических факторов, потенциально способных усиливать или ослаблять выраженность имеющихся субклинических симптомов психических расстройств у индивидов, пострадавших от психологического насилия в детском и подростковом возрасте. Так, в качестве потенциальных ингибиторов прогрессирования психопатологии рассматриваются когнитивная гибкость и самосострадание [14, 15]. При этом данные об их роли в контексте опыта психологического насилия остаются фрагментарными. Практическая значимость таких исследований состоит в выявлении мишеней для ранних клинико-психологических интервенций, направленных на профилактику прогрессирования и распространения психических расстройств.

В отличие от проведенных ранее исследований, преимущественно сфокусированных на медиаторных механизмах, данное эмпирическое исследование сфокусировано на выявлении психологических факторов, формирующих специфические условия для прогрессирования или редукции субклинической психопатологической симптоматики, ассоциированной с пережитым психологическим насилием.

Цель эмпирического исследования — выявление и анализ активаторов и ингибиторов прогрессирования психопатологической симптоматики, ассоциированных с психологическим насилием, пережитым в детском и подростковом возрасте.

Под активаторами в данном исследовании понимаются такие психологические факторы, которые способствуют усилению имеющихся у пострадавших от психологического насилия психопатологических симптомов, выраженных на субклиническом уровне. В свою очередь, ингибиторами следует считать те психологические факторы, которые обладают потенциалом в отношении ослабления степени выраженности субклинической психопатологической симптоматики.

В качестве гипотезы выступало предположение о том, что существуют психологические факторы, способные как усиливать, так и ослаблять субклинически выраженные психопатологические симптомы у молодых взрослых, пострадавших от психологического насилия в детстве и подростковом возрасте.

Метод

Проведение эмпирического исследования одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (протокол № 7 от 11.01.2023).

В исследовании приняли участие 416 молодых взрослых (318 женщин, 98 мужчин, учащиеся средних и высших учебных заведений). Средний возраст респондентов: 18,73 ± 0,81 лет.

Критерии включения: опыт психологического насилия, пережитого и завершившегося в детстве и подростковом возрасте; отсутствие психотравмирующего воздействия любого генеза в настоящее время.

Критерии исключения: наличие в анамнезе психотравмирующего опыта иного генеза, в том числе — других видов жестокого обращения; диагностированные психические расстройства и соматические заболевания, способные оказать влияние на психическое и поведенческое функционирование.

Сбор эмпирических данных проводился с использованием следующих психодиагностических методик:

1. Авторский самоотчет для ретроспективной оценки опыта психологического насилия, перенесенного в детстве и подростковом возрасте. Фиксировались контекстуальные параметры (количество различных психологически жестоких действий, которые совершались в отношении респондента; субъективная интенсивность негативных эмоций, вызванных психологическим насилием), возрастные и хронологические показатели (усредненная продолжительность в годах; усредненный возраст начала и прекращения). Самоотчет содержал перечисление 48 психологически жестоких действий; эмоциональную реакцию респонденты оценивали по шкале от 0 (отсутствие негативных эмоций) до 10 (их крайняя выраженность).

2. Опросник травматических событий (Life Events Questionnaire, LEQ) в адаптации Н. В. Тарабриной и соавторов (2007). Применялся для контроля психотравмирующего опыта иного генеза, кроме психологического насилия, в анамнезе респондентов.

3. Опросник личностных расстройств PID-5-BF в адаптации Г. В. Кустова и соавторов (2022). Использован для выявления патологических личностных черт, ассоциированных с расстройствами личности.

4. Схемный опросник Дж. Янга (Young Schema Questionnaire, YSQ S3R) в адаптации П. М. Касьяника, Е. В. Романовой (2013). Применялся для оценки сформированности ранних дезадаптивных схем у респондентов.

5. Симптоматический опросник SCL-90-R в адаптации Н. В. Тарабриной и соавторов (2007). Использован для оценки степени выраженности психопатологических симптомов.

6. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ), разработанный В. И. Моросановой (1998). Применялся для измерения параметров поведенческой саморегуляции.

7. Тест автобиографической памяти (Autobiographical Memory Test, AMT) М. Уильямса и Д. Бродбента (1986). Использован для определения степени специфичности автобиографических воспоминаний.

8. Многомерная шкала воспринимаемой социальной поддержки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) в адаптации Н. А. Сирота и В. М. Ялтонского (1994). Применялась для изучения того, как респонденты воспринимают уровень имеющейся социальной поддержки.

Математико-статистическая обработка данных проводилась в программной среде JASP и включала дескриптивный анализ, корреляционный анализ и ненаправленный сетевой анализ.

Результаты

Ретроспективный анализ психотравмирующего опыта респондентов показал, что усредненный возраст начала психологического насилия составляет 10,87 ± 3,33 лет, усредненный возраст прекращения — 14,18 ± 2,69 лет. В среднем психологическое насилие продолжалось в течение 4,27 ± 2,98 лет. Респонденты отметили, что паттерн психологического насилия со стороны родителей или опекунов складывался в среднем из 10 различных психологически жестоких действий. Чаще других упоминались: крики и использование ненормативной лексики, избыточный контроль, обесценивание и игнорирование, предъявление завышенных требований, критика, инициирование вины и переживания собственной бесполезности. Такие действия значимых взрослых сопровождались, по оценкам респондентов, выраженными психологическими страданиями в виде переживания страха и беспомощности (средняя интенсивность составляет 5,65 + 2,45).

Далее был проведен дескриптивный анализ результатов, полученных в исследуемой выборке с помощью «Симптоматического опросника SCL-90-R» (Табл. 1).

У молодых взрослых, переживших психологическое насилие в детском и подростковом возрасте, средние показатели выраженности психопатологических симптомов превосходят нормативные значения, установленные при адаптации методики (соматизация — 0,55, обсессивно-компульсивные симптомы — 0,78, фобические симптомы — 0,32, межличностная

Наименование переменной	Mx ± Sd	Наименование переменной	Mx ± Sd
Соматизация	0,91 ± 0,67	Враждебность	0,86 ± 0,74
Обсессивно-компульсивные симптомы	1,23 ± 0,73	Фобические симптомы	0,56 ± 0,60
Межличностная сенситивность	1,17 ± 0,83	Паранойяльные симптомы	0,98 ± 0,76
Симптомы депрессии	1,16 ± 0,76	Психотические симптомы	0,54 ± 0,53
Симптомы тревоги	1,02 ± 0,84	Общий индекс тяжести симптомов	0,97 ± 0,60

Таблица 1. **Показатели выраженности психопатологической симптоматики, полученные с помощью «Симптоматического опросника SCL-90-R» (N = 416)**

сенситивность — 0,95, симптомы депрессии — 0,72, психотические симптомы — 0,44) [16]. В большей степени они соответствуют диапазону, характерному для клинических групп с нарушениями адаптации и посттравматическим стрессовым расстройством (соматизация — 1,08, обсессивно-компульсивные симптомы — 1,15, фобические симптомы — 0,76, межличностная сенситивность — 1,25, симптомы депрессии — 1,15, психотические симптомы — 0,72) [16]. Поскольку у респондентов ранее не были диагностированы психические расстройства, выявленные психопатологические симптомы интерпретируются нами как проявления субклинического спектра. «Ядро» субклинического состояния молодых взрослых, пострадавших от психологического насилия, составляют обсессивно-компульсивные симптомы, межличностная сенситивность, симптомы тревоги и депрессии (Табл. 1).

Для изучения связи между параметрами пережитого психологического насилия и выраженностью психопатологической симптоматики в исследуемой выборке был проведен корреляционный анализ (Табл. 2).

Корреляционный анализ позволил выявить умеренные положительные связи между контекстуальными параметрами психологического насилия (количество психологически жестоких действий, эмоциональный отклик) и всеми шкалами «Симптоматического опросника SCL-90-R» на высоком уровне значимости. На основании этого можно предположить дозозависимый характер психотравмирующего воздействия: чем более полиморфным было психологическое насилие и чем интенсивнее негативный эмоциональный отклик на него, тем выше степень выраженности психопатологических симптомов во взрослом возрасте. Наибольшая уязвимость прослеживается по следующим шкалам: симптомы депрессии, фобические и психотические симптомы. Усредненная продолжительность психологического насилия также значимо коррелирует со всеми шкалами, описывающими психопатологическую симптоматику. Из этого следует, что хроническая психологическая травматизация в детском и подростковом возрасте способствует формированию устойчивых паттернов психопатологии. Возрастные параметры психологического насилия практически не связаны с выраженностью психопатологических симптомов в исследуемой выборке, либо демонстрируют слабые отрицательные корреляции.

Для выявления психологических факторов, способных усиливать или ослаблять дистресс от субклинической психопатологической симптоматики, был использован ненаправленный сетевой анализ, в результате которого отобраны переменные с высокими показателями ожидаемого влияния (Expected Influence, EI) (Табл. 3). В отличие от классической силы центральности, которая суммирует абсолютные значения весов связей, ожидаемое влияние учитывает знаки ассоциаций, что позволяет обозначить в изучаемой совокупности переменных активирующие (усиливающие) и подавляющие (ингибирующие) узлы.

Выявлены две функциональные группы переменных, связанных с динамикой прогрессирования субклинической психопатологической симптоматики у молодых взрослых с опытом психологического насилия (Рис. 2). В качестве ингибиторов прогрессирования выступают когнитивные ресурсы (специфичность автобиографической памяти, моделирование и гибкость как стратегии саморегуляции), социальная поддержка со стороны друзей и значимого другого, отчужденность как устойчивая личностная черта. Активаторами прогрессирования, в свою очередь, следует считать ранние дезадаптивные схемы (пессимизм, пунитивность, поиск одобрения) и другие психопатологические симптомы (враждебность, обсессивно-компульсивные и психотические симптомы).

	Количество различных психологически жестоких действий	Эмоциональная интенсивность	Усредненный возраст начала	Усредненный возраст прекращения	Усредненная продолжительность
Соматизация	0,320 p < 0,001	0,265 p < 0,001	−0,087 p = 0,076	0,083 p = 0,091	0,196 p < 0,001
Обсессивно-компульсивные симптомы	0,315 p < 0,001	0,294 p < 0,001	−0,094 p = 0,056	0,175 p < 0,001	0,263 p < 0,001
Межличностная сенситивность	0,320 p < 0,001	0,376 p < 0,001	−0,144 p = 0,003	0,169 p < 0,001	0,301 p < 0,001
Симптомы депрессии	0,375 p < 0,001	0,397 p < 0,001	−0,136 p = 0,005	0,198 p < 0,001	0,342 p < 0,001
Симптомы тревоги	0,397 p < 0,001	0,373 p < 0,001	−0,120 p = 0,015	0,123 p = 0,012	0,264 p < 0,001
Враждебность	0,320 p < 0,001	0,283 p < 0,001	−0,081 p = 0,098	0,130 p = 0,008	0,193 p < 0,001
Фобические симптомы	0,395 p < 0,001	0,373 p < 0,001	−0,186 p < 0,001	0,147 p = 0,003	0,314 p < 0,001
Паранойяльные симптомы	0,295 p < 0,001	0,329 p < 0,001	−0,087 p = 0,076	0,180 p < 0,001	0,251 p < 0,001
Психотические симптомы	0,367 p < 0,001	0,382 p < 0,001	−0,153 p = 0,002	0,117 p = 0,017	0,266 p < 0,001

Таблица 2. **Результаты корреляционного анализа между параметрами психологического насилия и показателями психопатологических симптомов (N = 416, коэффициент Пирсона)**

Переменная	Ожидаемое влияние (Expected Influence)	Функциональная нагрузка
Специфичность автобиографической памяти (AMT)	−2,260	Ингибиторы прогрессирования
Моделирование (ССПМ)	−2,176	
Гибкость (ССПМ)	−1,518	
Воспринимаемая социальная поддержка — Друзья (MSPSS)	−1,432	
Отчужденность (PID-5-BF)	−1,297	
Воспринимаемая социальная поддержка — Значимый другой (MSPSS)	−0,821	
Обсессивно-компульсивные симптомы (SCL-90-R)	0,916	Активаторы прогрессирования
РДС Пессимизм / Негативизм (YSQ S3R)	0,983	
РДС Пунитивность (YSQ S3R)	0,938	
Враждебность (SCL-90-R)	0,860	
Психотические симптомы (SCL-90-R)	0,750	
РДС Поиск одобрения (YSQ S3R)	0,733	

Таблица 3. **Результаты отбора переменных по показателю ожидаемого влияния (N = 416, ненаправленный сетевой анализ)**

Обсуждение

В данном исследовании предпринята попытка выявить и проанализировать психологические факторы, потенциально способные усиливать или ослаблять выраженность субклинической психопатологической симптоматики у респондентов с опытом психологического насилия.

У молодых взрослых, перенесших психологическое насилие в детском и подростковом возрасте, обнаруживается выраженный субклинический

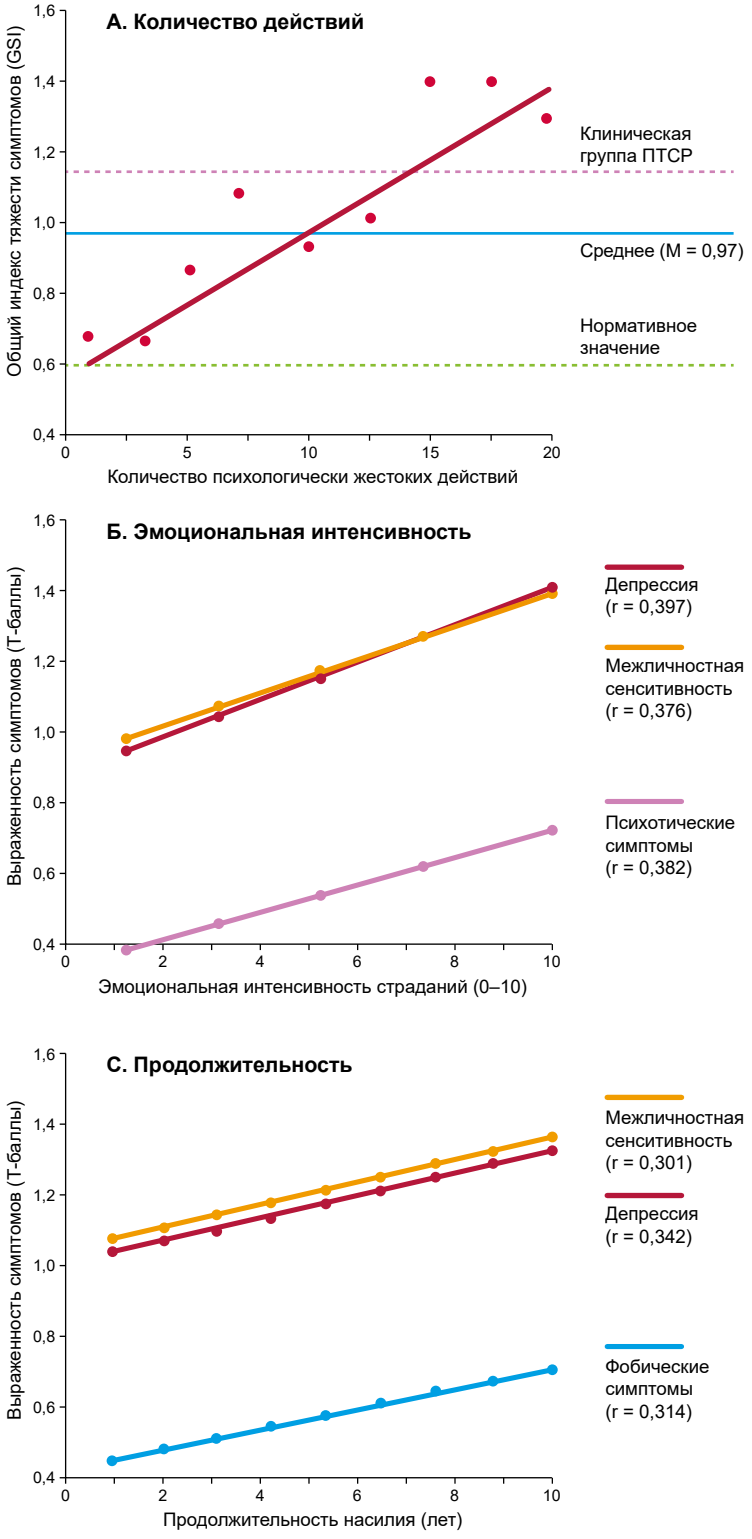


Рисунок 1. **Дозозависимый характер психотравмирующего воздействия психологического насилия**

дистресс на фоне отсутствия ранее диагностированных психических расстройств. При этом обращает на себя внимание полиморфность выявленных в исследуемой выборке психопатологических симптомов: «ядро» субклинического состояния включает как обсессивно-компульсивную и тревожно-депрессивную симптоматику, так и межличностную сенситивность. Это указывает на трансдиагностический характер субклинической стадии психических расстройств, ассоциированных с пережитым психологическим насилием, и согласуется с имеющимися исследованиями [17, 18].

Выявленные положительные корреляционные связи между контекстуальными характеристиками психологического насилия, которому подвергались респонденты в детстве и подростковом возрасте, и выраженностью психопатологических симптомов подтверждают справедливость модели «доза-эффект» (Рис. 1).

Ранее в исследованиях было показано, что дозозависимый эффект наблюдается при физическом и сексуализированном насилии [19]. Полученные нами данные указывают на то, что, наравне с объективными параметрами психотравмирующего воздействия, значимость приобретает и субъективная интенсивность психологических страданий. При этом не обнаружено консистентных корреляционных связей между возрастными параметрами и психопатологической симптоматикой. Возможно, ключевая роль принадлежит не возрасту начала или прекращения психологического насилия, но его продолжительности, что согласуется с теориями [20].

Сетевой анализ позволил перейти от констатации корреляционных связей к конструированию модели динамического взаимодействия переменных (Рис. 2).

Ключевым ингибитором выступает специфичность автобиографической памяти, что согласуется с результатами исследований Дж.М. Уильямса и соавторов, в которых показано, что снижение специфичности автобиографических воспоминаний у пострадавших от жестокого обращения в детстве приводит к возникновению руминаций и депрессивной симптоматики [21–23]. Следовательно, сохранение высокой степени специфичности автобиографической памяти обладает протективной функцией.

Сохранные способности к моделированию образа действий и гибкому изменению своего поведения в соответствии с обстоятельствами позволяют эффективно адаптироваться к различным социальным ситуациям и избегать нарастания дистресса, обусловленного наличием субклинических симптомов. В исследовании

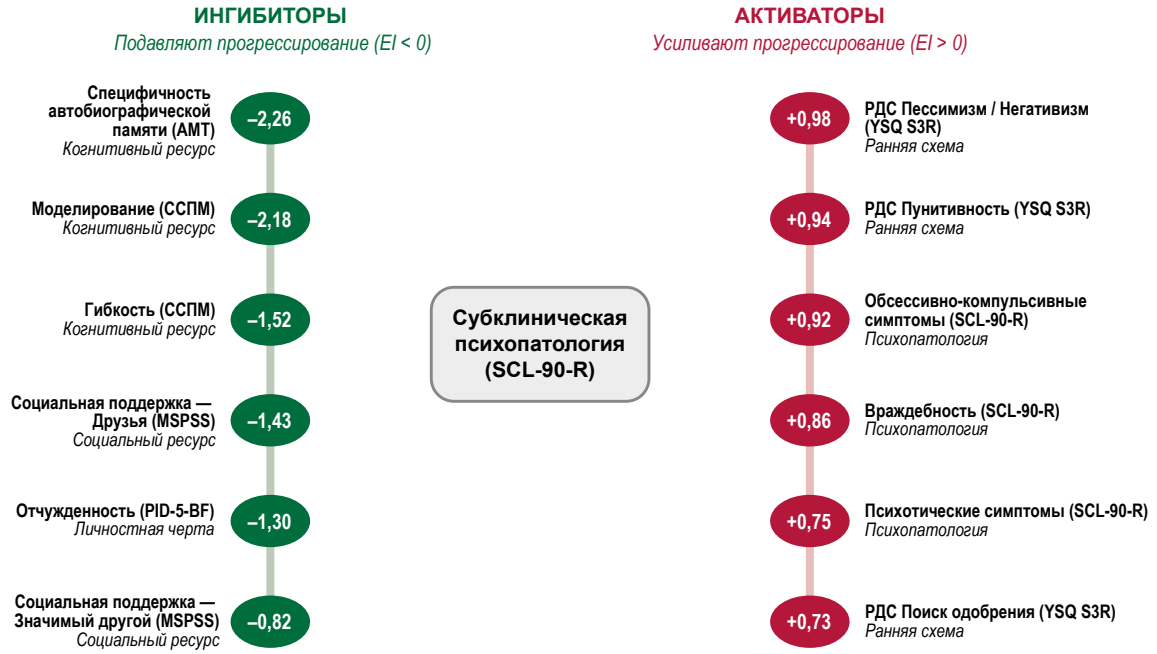


Рисунок 2. **Структура активаторов и ингибиторов прогрессирования субклинической психопатологии**

Л. Янг и соавт. получены сопоставимые результаты: когнитивная гибкость опосредует негативное влияние детской психологической травматизации на выраженность тревожно-депрессивной симптоматики [24].

Доступность социальной поддержки является значимым протективным фактором в отношении рисков возникновения и прогрессирования психических расстройств, что подтверждается результатами многочисленных исследований [25]. Интересно, что в качестве ингибиторов здесь выступают воспринимаемая социальная поддержка со стороны друзей и значимого другого, но не семьи, что может отражать специфику выборки — молодых взрослых, пострадавших от психологического насилия, источником которого были родители или опекуны.

Наиболее противоречивым результатом следует считать то, что домен отчужденности (PID-5-BF) отнесен к группе ингибиторов, хотя в научно-практической литературе наличие данного личностного паттерна признается фактором риска. К такому результату могла привести сама процедура сетевого анализа, где переменная «Отчужденность» статистически подавила другие узлы, либо это может быть артефакт исследуемой выборки — несмотря на склонность к избеганию близости и наличие ангедонии, респонденты достаточно адаптированы к требованиям социальной среды. В дополнительной проверке нуждается гипотеза о том, что отчужденность у пострадавших от психологического насилия поначалу могла играть роль защитного механизма, но впоследствии закрепилась как одна из дисфункциональных личностных черт, обеспечивающих совладание с последствиями психологической травматизации.

Группу активаторов прогрессирования субклинической психопатологической симптоматики у молодых взрослых с опытом психологического насилия составляют ранние дезадаптивные схемы и признаки нарушений психического функционирования.

Активация ранних дезадаптивных схем «Пессимизм / Негативизм», «Пунитивность» и «Поиск одобрения» способна усилить выраженность психопатологических симптомов, в особенности тех, которые составляют «ядро» субклинического состояния у пострадавших от психологического насилия в детстве и подростковом возрасте. Данный результат напрямую согласуется с теорией Дж. Янга о том, что ранние дисфункциональные схемы, которые сложились в контексте жестокого обращения, становятся своеобразным «двигателем» ухудшения психического состояния [26, 27].

То, что среди активаторов прогрессирования обнаруживаются враждебность, обсессивно-компульсивные и психотические симптомы, указывает на наличие самоподдерживающегося каскада, где одни симптомы порождают и усиливают друг друга. Данный результат в полной мере соответствует положениям сетевой концепции

психопатологии [28]. Следовательно, психопатологические симптомы, возникающие вследствие психологически жестокого обращения, не просто суммируются, но системно организуются через сетевые взаимодействия.

Полученные результаты обладают практической ценностью и могут быть использованы для разработки динамических интервенций, направленных на развитие и стабилизацию ингибиторов (автобиографическая память, поведенческая саморегуляция, восприятие социальной поддержки) и на «выключение» активаторов (ранние дезадаптивные схемы, психопатологические симптомы).

Предлагаем примерный алгоритм и техники оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи молодым взрослым, перенесшим психологическое насилие в детском и подростковом возрасте. В качестве инструмента для скрининга субклинического дистресса можно использовать следующие методики: «Симптоматический опросник SCL-90-R», «Симптоматиче-

Ингибиторы	Формулировка мишени воздействия	Рекомендуемые клинико-психологические вмешательства
Специфичность автобиографической памяти (AMT)	Восстановление способности актуализировать конкретные, детализированные автобиографические воспоминания	Когнитивный тренинг (упражнения на генерацию специфичных воспоминаний по ключевым словам). Писательские практики (ведение дневников, терапевтическое письмо)
Моделирование (ССПМ)	Развитие способности к ментальному конструированию и тестированию гипотез относительно будущего	Когнитивно-поведенческие техники. Метакогнитивная терапия
Гибкость (ССПМ)	Восстановление способности адаптивно переключаться между стратегиями поведения в зависимости от контекста	Терапия принятия и ответственности. Техники диалектической поведенческой психотерапии
Воспринимаемая социальная поддержка — Друзья (MSPSS)	Восстановление способности воспринимать и использовать поддержку со стороны сверстников	Тренинги социальных навыков. Групповая психотерапия
Воспринимаемая социальная поддержка — Значимый другой (MSPSS)	Формирование безопасной привязанности с одним из значимых взрослых (партнер, наставник, терапевт)	Психотерапевтические практики, ориентированные на привязанность. Менторство
Отчужденность (PID-5-BF)	Развитие навыков эффективного межличностного взаимодействия в контексте безопасности	Техники межличностной эффективности из диалектической поведенческой психотерапии. Групповая психотерапия

Активаторы	Формулировка мишени воздействия	Рекомендуемые клинико-психологические вмешательства
РДС Пессимизм / Негативизм (YSQ S3R)	Модификация устойчивых убеждений о неизбежности негативных исходов и невозможности изменений	Техники схема-терапии. Когнитивная реструктуризация
РДС Пунитивность (YSQ S3R)	Снижение внутренней критики и тенденции к самонаказанию	Техники схема-терапии. Техники терапии, сфокусированной на сострадании
РДС Поиск одобрения (YSQ S3R)	Модификация дезадаптирующей потребности во внешнем подтверждении собственной ценности	Техники схема-терапии. Групповая психотерапия
Обсессивно-компульсивные симптомы (SCL-90-R)	Редукция паттернов мыслительного и поведенческого контроля	Техники когнитивно-поведенческой терапии при ОКР. Метакогнитивная терапия
Враждебность (SCL-90-R)	Модификация паттерна гипербдительности и агрессивной защиты	Техники диалектической поведенческой терапии. Тренинг управления гневом
Психотические симптомы (SCL-90-R)	Снижение выраженности перцептивных аномалий, идеаторной дезорганизации	Когнитивная терапия (коррекция когнитивных искажений). Развитие навыков тестирования реальности

Таблица 4. **Мишени и техники для ранних клинико-психологических интервенций**

ский опросник SCL-K-9», «Шкала депрессии, тревоги и стресса DASS-21». Поскольку источником психологического насилия выступали родители или опекуны, на ранних этапах оказания медико-психологической помощи следует отказаться от формата семейной психотерапии. Вместе с этим, включенность в «ядро» субклинического состояния межличностной сенситивности требует осторожности при включении пострадавших в групповые форматы психокоррекции и психотерапии на начальном этапе. В качестве источников психологической устойчивости и поддержки могут выступать друзья, значимые другие, специалисты помогающих профессий. В таблице 4 обобщены мишени клинико-психологического воздействия и рекомендуемые вмешательства.

Заключение

Проведенное исследование демонстрирует, что психологическое насилие, пережитое в детском и подростковом возрасте, действительно ассоциировано с устойчивым субклиническим дистрессом у молодых взрослых, который сопоставим по уровню выраженности с клиническими выборками. Ключевой теоретический вклад состоит в применении сетевого подхода для выявления активаторов и ингибиторов субклинической психопатологической симптоматики, что позволяет перейти к динамической модели факторов, определяющих траекторию субклинического состояния.

Выявленная дозозависимость (продолжительность, полиморфность и эмоциональная интенсивность пережитого психологического насилия) подтверждает комплексную природу психологической травматизации вследствие психологически жестокого обращения и указывает на необходимость изучения совокупности субъективных переживаний, наряду с объективными параметрами, при оценке рисков психопатологии.

В структуре субклинического состояния, ассоциированного с пережитым психологическим насилием, доминируют межличностная сенситивность, обсессивно-компульсивные и тревожно-депрессивные симптомы. Сетевой анализ позволил обозначить две функциональные группы психологических переменных, обладающих потенциалом усиления или ослабления выраженности имеющихся субклинических психопатологических симптомов у пострадавших от психологического насилия. Полученный результат согласуется с сетевой концепцией психических расстройств и указывает на то, что клинико-психологические интервенции должны быть нацелены не на изолированные симптомы, а на патологические связи между ними.

Перспективы данного научного направления заключаются в проведении лонгитюдных исследований для проверки стабильности выявленной конфигурации активаторов и ингибиторов, а также эмпирических исследований с введением экспериментальных манипуляций для намеренного усиления ингибиторов и «выключения» активаторов.

Проведенное исследование обладает рядом ограничений. Во-первых, известный методологический риск связан с использованием самоотчетов и ретроспективным характером данных, предоставленных респондентами о пережитом психологическом насилии. Во-вторых, кросс-секционный дизайн и использование процедуры сетевого анализа позволяют установить именно ассоциативную структуру; для проверки направленности связей и их причинно-следственной природы запланированы дополнительные исследования. В-третьих, в исследуемой выборке доминируют женщины, что отражает типичное гендерное соотношение в психологических исследованиях, но ограничивает распространение выявленных закономерностей на мужскую популяцию.

Заявление об интересах

Конфликт интересов отсутствует.

Исследование не имело финансовой поддержки.

Литература

1. Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2020. Дата обращения: 30.07.2026. Доступно по: https://www.who.int/publications/i/item/9789240006379
2. Hashim M, Alimoradi Z, Pakpour A, et al. Association of childhood emotional maltreatment with adolescents' psychopathology: a systematic review and meta-analysis. Trauma Violence Abuse. 2024;25(4):2986–3004. https://doi.org/10.1177/15248380241233538
3. Storvestre GB, Jensen A, Bjerke E, et al. Childhood trauma in persons with schizophrenia and a history of interpersonal violence. Front. Psychiatry 2020;11:383. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00383
4. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: a meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl. 2020;102:104361. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361
5. Xiao Z, Murat Baldwin M, Wong SC, Obsuth I, Meinck F, Murray AL. The impact of childhood psychological maltreatment on mental health outcomes in adulthood: a systematic review and meta-analysis. Trauma Violence Abuse. 2023;24(5):3049–3064. https://doi.org/10.1177/15248380221122816
6. Wang W, Cui Y, Hu Q, et al. Childhood maltreatment and personality disorders in adolescents and adults with psychotic or non-psychotic disorders. Front. Psychiatry. 2024;15:1336118. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1336118
7. Clarke SL, Soons N, Videler AC, et al. The progress in the field of clinical staging for mental disorders within the last decade: an updated systematic review. Front. Psychiatry. 2025;15:1473051. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1473051

8. Johnson JCS, Byrne GJ, Pelecanos AM. The prevalence of subthreshold psychiatric symptoms and associations with alcohol and substance use disorders: from a nationally representative survey of 36,309 adults. BMC Psychiatry. 2022;22(1):270. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03834-1
9. Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54(6):670–677. https://doi.org/10.1111/jcpp.12016
10. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(3): 252–261. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.014
11. Samplin E, Ikuta T, Malhotra AK, Szeszko PR, Derosse P. Sex differences in resilience to childhood maltreatment: effects of trauma history on hippocampal volume, general cognition and subclinical psychosis in healthy adults. J Psychiatr Res. 2013;47(9):1174–1179. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.05.008
12. Tang W, Deng Z, Sun Z, et al. Childhood trauma and recent stressors in predicting subclinical psychotic symptoms among Chinese university students in southwest China: a machine learning analysis within a gender-specific framework. BMJ Ment Health. 2025;28(1):e301761. https://doi.org/10.1136/bmjment-2025-301761
13. Li ET, Luyten P, Midgley N. Psychological mediators of the association between childhood emotional abuse and depression: a systematic review. Front. Psychiatry. 2020;11:559213. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.559213
14. Tao J, He K, Xu J. The mediating effect of self-compassion on the relationship between childhood maltreatment and depression. J Affect Disord. 2021;291:288–293. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.019
15. Wang N, Chu J, Chen G, Pan X, Wang Z, Wang W. Effect of childhood trauma on emotional distress: a chain-mediated effects of alexithymia and psychological flexibility. Brain Behav. 2025;15(9):e70825. https://doi.org/10.1002/brb3.70825
16. Тарабрина НВ, ред. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Часть 1: Теория и методы. Москва: Когито-Центр; 2007.
17. Urbán R, Kun B, Farkas J, et al. Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. Psychiatry Res. 2014;216(1):146–154. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.027
18. Heleniak C, Jenness JL, Stoep AV, McCauley E, McLaughlin KA. Childhood maltreatment exposure and disruptions in emotion regulation: a transdiagnostic pathway to adolescent internalizing and externalizing psychopathology. Cognit Ther Res. 2016;40(3):394–415. https://doi.org/10.1007/s10608-015-9735-z
19. Steine IM, Winje D, Krystal JH, et al. Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. Child Abuse Negl. 2017;65:99–111. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.008
20. Ross SL, Sharma-Patel K, Brown EJ, Huntt JS, Chaplin WF. Complex trauma and trauma-focused cognitive-behavioral therapy: how do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? Child Abuse Negl. 2021;111:104734. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104734
21. Williams JM, Scott J. Autobiographical memory in depression. Psychol Med. 1988;18(3):689–695. https://doi.org/10.1017/s0033291700008370
22. MacLeod AK, Williams JM. Overgeneralization: an important but non-homogeneous construct. Br J Clin Psychol. 1990;29(4):443–444. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1990.tb00911.x
23. Moore SA, Zoellner LA. Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: an evaluative review. Psychol Bull. 2007;133(3):419–437. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.419
24. Yang L, Tao Y, Wang N, Zhang Y, Liu Y. Child psychological maltreatment, depression, psychological inflexibility and difficulty in identifying feelings, a moderated mediation model. Sci Rep. 2025;15(1):8478. https://doi.org/10.1038/s41598-025-92873-1
25. Sperry DM, Widom CS. Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: a prospective investigation. Child Abuse Negl. 2013;37(6):415–425. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.006
26. Basso LA, Fortes AB, Maia CPE, Steinhorst E, Wainer R. The effects of parental rearing styles and early maladaptive schemas in the development of personality: a systematic review. Trends Psychiatry Psychother. 2019;41(3):301–313. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0118
27. Costa IFD, Tomaz MP, Pessoa GDN, Miranda HS, Galdino MK. Early maladaptive schemas and harm avoidance as mediating factors between early life stress and psychiatric symptoms in adults. Braz J Psychiatry. 2020;42(5):489–495. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0593
28. Borsboom D, Cramer AO. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9:91–121. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608

Когнитивная переоценка: адаптивная регуляция эмоций или реконструкция смысла?

*Такэясу Кавабата**

Факультет психологии, Университет Секей Гакуин, Япония

Получено: 29 мая 2026 г.
Принято: 15 июля 2026 г.
Опубликовано: 30 сентября 2026 г.

Для цитирования:
Кавабата Т. Когнитивная переоценка: адаптивная регуляция эмоций или реконструкция смысла? *Psychotherapy Science Today.* 2026;2(3):13–21. https://doi.org/10.64435/AGIR5284

OPEN ACCESS

© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

Цель В настоящем исследовании была переосмыслена функция когнитивной переоценки, которая традиционно считается адаптивной стратегией регуляции эмоций.

Метод Участниками были 169 японских мужчин, находящихся в местах лишения свободы, включая осужденных за насильственные/тяжкие преступления (n = 52) и осужденных за кражи (n = 117). Использовались Опросник агрессивности Басса–Перри *(Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ))*, Опросник регуляции эмоций *(Emotion Regulation Questionnaire, ERQ)*, Шкала психологического дистресса Кесслера K6 *(6-item Kessler Psychological Distress Scale)* и Сбалансированный опросник социально желательного реагирования *(Balanced Inventory of Desirable Responding, BIDR)*.

Результаты По сравнению с осужденными за кражи, у осужденных за насильственные/тяжкие преступления были выявлены статистически значимо более высокие показатели гнева и когнитивной переоценки при одновременно более низком субъективном стрессе, связанном с работой, семьей и жизнью в сообществе. Статистически значимых межгрупповых различий по подавлению гнева не обнаружено. Более выраженная склонность к когнитивной переоценке у осужденных за насильственные/тяжкие преступления не может быть в достаточной мере объяснена социальной желательностью ответов и лишь частично связана с самообманом.

Выводы Полученные результаты позволяют предположить, что когнитивная переоценка может функционировать не только как адаптивная стратегия снижения негативных эмоций. Сочетание повышенной склонности к гневу и когнитивной переоценке и более низкого субъективного стресса указывает на то, что высокие показатели когнитивной переоценки не следует автоматически интерпретировать как признаки адаптивного психологического функционирования. Одна из гипотез, вытекающих из полученных результатов, состоит в том, что некоторые ответы, выявляемые с помощью ERQ, могут отражать процессы реконструкции смысла, которые снижают субъективный дискомфорт, одновременно поддерживая согласующиеся с представлением о себе интерпретации собственного поведения.

Ключевые слова: когнитивная переоценка; регуляция эмоций; адаптивное функционирование; осужденные за насильственные преступления; гнев.

Введение

Гнев является одним из основных факторов, способствующих агрессивному поведению, а экспериментальные исследования и метаанализы неоднократно показывали, что возникновение гнева или негативного аффекта связано с усилением агрессивных реакций [1, 2]. По этой причине распознавание гнева и управление им рассматриваются как важные компоненты программ профилактики рецидивизма для правонарушителей и несовершеннолетних делинквентов. В интервенциях на основе когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), которые в настоящее время составляют основной подход во многих странах, распознавание гнева, выявление триггеров, когнитивная переоценка и обучение навыкам решения проблем считаются центральными компонентами вмешательства [3, 4].

Одной из стратегий регуляции эмоций, которой традиционно придается особое значение

* E-mail: kawabata@shokei.ac.jp.

в управлении гневом, является когнитивная переоценка. В исследованиях регуляции эмоций когнитивная переоценка обычно рассматривается как одна из наиболее адаптивных стратегий [5, 6]. Под когнитивной переоценкой понимается процесс, изменяющий эмоциональные реакции посредством изменения смысла, приписываемого ситуациям, и тем самым способствующий психологической адаптации. В программах реабилитации правонарушителей, основанных на КПТ, освоение навыков когнитивной реинтерпретации и регуляции эмоций также составляет важный компонент вмешательств, особенно для лиц с выраженной склонностью к насилию.

Однако в клинической практике исправительных учреждений работа с высокоагрессивными правонарушителями не всегда протекает в соответствии с этими теоретическими предпосылками. Среди лиц, совершивших насильственные и тяжкие преступления, встречаются незрелые и импульсивные люди, которые, тем не менее, относительно восприимчивы к вмешательству и, вероятно, способны извлечь пользу из лечения. Вместе с тем встречаются правонарушители, которые внешне выглядят спокойными, однако склонны оправдывать собственное поведение, воспринимать себя как жертву, возлагать ответственность на других и даже отрицать наличие у себя каких-либо психологических проблем. Хотя у таких людей даже незначительные события могут легко вызывать гнев, им, по-видимому, трудно осознавать внутренние противоречия и амбивалентные переживания, связанные с собственным гневом и агрессивным поведением. Негативные эмоции и межличностные конфликты они быстро разрешают посредством интерпретаций, оправдывающих свои действия, в результате чего нередко субъективно почти не осознают собственных проблем. Более того, даже когда им предлагают рассмотреть связанные с агрессией ситуации с альтернативных точек зрения, подобные формы когнитивного переосмысления не обязательно снижают гнев или внутренний конфликт, а вместо этого могут служить сохранению или усилению когнитивной согласованности и самооправдания.

Эти клинические наблюдения указывают на необходимость пересмотреть традиционное предположение о том, что когнитивная переоценка, определяемая как снижение негативных эмоций посредством реинтерпретации ситуаций, всегда является адаптивной стратегией регуляции эмоций. Иными словами, когнитивная переоценка не всегда может служить уменьшению самого гнева или агрессии; в некоторых случаях она, напротив, может функционировать таким образом, чтобы поддерживать или оправдывать гнев и агрессивные тенденции. При этом остается вопрос, следует ли вообще рассматривать такие когнитивные операции как когнитивную переоценку в рамках теории регуляции эмоций. Изменения смыслообразования, направленные на сохранение когнитивной согласованности и самооправдания, традиционно обсуждались в связи с техниками нейтрализации и также могут быть поняты через когнитивные механизмы, предложенные в рамках теории мотивированного рассуждения.

Гросс, предложивший процессуальную модель регуляции эмоций, определил когнитивную переоценку как «изменение способа мышления о ситуации с целью уменьшить ее эмоциональное воздействие» [5]. Важно, что это определение явно не ограничивает уменьшаемую эмоцию именно гневом или агрессией. Учитывая как это определение, так и традиционную тенденцию считать когнитивную переоценку адаптивной, обычно предполагалось, что реинтерпретация ситуаций функционирует таким образом, чтобы уменьшать гнев и агрессию. Однако описанные выше клинические наблюдения позволяют предположить, что реинтерпретация может также снижать субъективный дискомфорт, возникающий при угрозе самооценке или нарушении внутренней согласованности, за счет переноса ответственности на других и самооправдания.

С этой точки зрения возможно, что то, что традиционно рассматривается как адаптивная когнитивная переоценка, может включать и формы когнитивного функционирования, отличающиеся от обычно предполагаемых адаптивных процессов снижения эмоций. Недавние эмпирические исследования также не дали полностью последовательного подтверждения традиционных представлений о когнитивной переоценке. Например, Troy et al. [7] показали, что адаптивность когнитивной переоценки различается в зависимости от контролируемости ситуации, предполагая, что она может быть менее эффективной или даже дезадаптивной в ситуациях, где возможно непосредственное действие или решение проблемы. McRae et al. [8] предположили, что когнитивная переоценка не является единой стратегией, а состоит из нескольких тактик. Кроме того, Ford et al. [9] показали, что адаптивность регуляции эмоций гибко изменяется в зависимости от ситуационных и контекстуальных факторов, что указывает на то, что стратегии, традиционно считающиеся адаптивными, не обязательно функционируют адаптивно при любых обстоятельствах. Более поздние обзоры также показали, что эффективность когнитивной переоценки в значительной

степени зависит от контекстуальных требований и индивидуальных различий, а позитивная когнитивная переоценка при одних условиях может способствовать психологической устойчивости, а в других — быть менее адаптивной [10].

Исходя из этих соображений, настоящее исследование было направлено на повторное изучение функции когнитивной переоценки путем сравнения группы осужденных за насильственные/тяжкие преступления, которые совершали реальные агрессивные преступные действия, с группой осужденных за кражи, не проявлявших прямой межличностной агрессии. Разумеется, категория преступления не отражает напрямую присущую человеку склонность к агрессии. Тем не менее сравнение правонарушителей с историей межличностных агрессивных преступлений и правонарушителей без прямой межличностной агрессии может дать значимую информацию о связи между агрессией и когнитивной переоценкой, поскольку первая группа действительно совершала агрессивные действия по отношению к другим людям в реальных жизненных ситуациях, а не только сообщала об агрессивных тенденциях в самоотчетных методиках.

Гипотезы настоящего исследования были следующими: по сравнению с осужденными за кражи, осужденные за насильственные/тяжкие преступления будут (1) демонстрировать одновременно более выраженную тенденцию к когнитивной переоценке и более высокий уровень гнева и (2) испытывать относительно более низкий субъективный стресс, несмотря на повышенный уровень гнева.

Метод

Участники

Участниками были мужчины, отбывающие наказание в исправительных учреждениях Японии. Выборка состояла из двух групп правонарушителей: группы осужденных за насильственные/тяжкие преступления и группы осужденных за кражи. В группу осужденных за насильственные и тяжкие преступления входили лица, осужденные за насильственные преступления, включавшие прямую межличностную агрессию, тогда как группа осужденных за кражи состояла из лиц, осужденных за преступления, связанные с кражами и не включавшие прямого межличностного насилия.

Итоговая выборка состояла из 169 участников. Из них 52 были отнесены к группе осужденных за насильственные/тяжкие преступления, а 117 — к группе осужденных за кражи. Участники, ранее совершавшие как насильственные преступления, так и преступления, связанные с кражами, были отнесены к группе осужденных за насильственные/тяжкие преступления, поскольку они совершали прямую межличностную агрессию.

Средний возраст в группе осужденных за насильственные/тяжкие преступления составлял 45,31 года (SD = 12,23), тогда как средний возраст в группе осужденных за кражи составлял 50,56 года (SD = 13,29).

Методики

Опросник агрессивности Басса–Перри (BPAQ)

Склонность к агрессии оценивалась с помощью японской версии Опросника агрессивности Басса–Перри (BPAQ) [11]. BPAQ состоит из четырех субшкал: физическая агрессия, вербальная агрессия, гнев и враждебность. В настоящем исследовании субшкала «Гнев» использовалась как основной показатель тенденций, связанных с гневом.

Коэффициенты внутренней согласованности субшкал «Физическая агрессия» и «Вербальная агрессия» в настоящей выборке были относительно низкими (физическая агрессия: α = 0,439; вербальная агрессия: α = 0,142). С учетом условий исправительного учреждения ответы на пункты, непосредственно оценивающие агрессивное поведение, могли находиться под влиянием социально желательного реагирования, защитного реагирования или стремления представить себя определенным образом в институциональном контексте. Поэтому эти субшкалы не были включены в основные анализы и рассматривались только как дополнительные показатели.

Опросник регуляции эмоций (ERQ)

Тенденции к когнитивной переоценке и подавлению оценивались с помощью японской версии Опросника регуляции эмоций (ERQ) [12]. ERQ состоит из двух субшкал, измеряющих когнитивную переоценку и экспрессивное подавление.

В настоящем исследовании субшкала «Когнитивная переоценка» использовалась как основной показатель тенденции к когнитивной переоценке.

Психологический дистресс

Психологический дистресс оценивался с помощью шкалы психологического дистресса Кесслера K6 [13].

Сбалансированный опросник социально желательного реагирования (BIDR)

Социально желательное реагирование оценивалось с помощью Сбалансированного опросника социально желательного реагирования (BIDR) [14]. BIDR включает две субшкалы, оценивающие самообман и стремление давать социально желательные ответы.

Субъективный стресс
Участников также просили оценить субъективный стресс в нескольких сферах жизни, включая работу, семью и отношения в сообществе.

Процедура
Опросники заполнялись участниками коллективно в исправительных учреждениях. Участие было добровольным, и участникам сообщали, что их ответы не будут влиять на обращение с ними в учреждении или решения об условно-досрочном освобождении. Исследование проводилось в соответствии с этическими стандартами психологических исследований с участием людей.

Статистический анализ
Различия между группой осужденных за насильственные/тяжкие преступления и группой осужденных за кражи анализировались главным образом с помощью t-критерия для независимых выборок.

Кроме того, для контроля социально желательного реагирования проводились анализы ковариации, в которых показатели самообмана и социальной желательности по BIDR использовались в качестве ковариат.

Размеры эффекта рассчитывались с помощью коэффициента d Коэна. Статистический анализ выполнялся в IBM SPSS Statistics (версия 20.0).

Результаты
Межгрупповые различия между осужденными за насильственные/тяжкие преступления и осужденными за кражи
В таблице 1 представлены описательная статистика и результаты межгруппового сравнения по основным переменным исследования.

По сравнению с группой осужденных за кражи, группа осужденных за насильственные/тяжкие преступления продемонстрировала статистически значимо более высокие показатели по субшкале «Гнев» BPAQ. Кроме того, в группе осужденных за насильственные/тяжкие преступления была выявлена статистически значимо более выраженная тенденция к когнитивной переоценке по данным ERQ.

Что касается субъективного стресса, группа осужденных за насильственные/тяжкие преступления сообщала о статистически значимо более низком уровне стресса в нескольких сферах жизни, несмотря на более выраженную склонность к гневу. При этом статистически значимого межгруппового различия в психологическом дистрессе, измеренном с помощью K6, обнаружено не было.

Что касается социально желательного реагирования, группа осужденных за насильственные/тяжкие преступления продемонстрировала статистически значимо более высокие показатели самообмана по BIDR.

Хотя субшкала «Физическая агрессия» BPAQ показала относительно низкую внутреннюю согласованность в настоящей выборке (α = 0,439), дополнительный анализ показал, что группа осужденных за насильственные/тяжкие преступления также имела тенденцию к более высоким показателям физической агрессии по сравнению с группой осужденных за кражи. Однако из-за низкой надежности этой субшкалы данные результаты следует интерпретировать с осторожностью.

Поскольку группа осужденных за насильственные/тяжкие преступления была статистически значимо моложе группы осужденных за кражи, был проведен дополнительный анализ ковариации с возрастом в качестве ковариаты. Возраст не был статистически значимо связан с когнитивной переоценкой, гневом, самообманом или какими-либо показателями субъективного стресса (ps = 0,159–0,865). Принадлежность к группе оставалась статистически значимо связанной с когнитивной переоценкой ($F(1,166) = 5,20$, $p = 0,024$), гневом ($F(1,166) = 10,47$, $p = 0,001$), самообманом ($F(1,166) = 15,22$, $p < 0,001$) и показателями субъективного стресса (ps = 0,001–0,027). Эти результаты показывают, что наблюдавшиеся межгрупповые различия нельзя объяснить только различиями в возрасте.

Анализ с учетом социальной желательности ответов
Чтобы проверить, могут ли наблюдавшиеся межгрупповые различия объясняться социально желательным реагированием, был проведен дополнительный анализ с контролем показателей самообмана и управления впечатлением по BIDR.

Межгрупповое различие в тенденции к когнитивной переоценке оставалось статистически значимым после контроля переменных социально желательного реагирования. Аналогично, тенденция группы осужденных за насильственные/тяжкие преступления к более высокому уровню гнева и более низкому субъективному стрессу в целом сохранялась без изменений.

Эти результаты позволяют предположить, что повышенную тенденцию к когнитивной переоценке, наблюдавшуюся в группе осужденных за насильственные/тяжкие преступления, нельзя полностью объяснить только социально желательным реагированием или защитной самопрезентацией.

Переменная	Осужденные за насильственные/тяжкие преступления M (SD)	Осужденные за кражи M (SD)	t (df)	p
Возраст	45,31 (12,23)	50,56 (13,29)	2,51 (105,72)	0,014
Самообман	51,06 (16,02)	43,12 (9,19)	−3,34 (66,41)	0,001
Стремление к социально желательным ответам	43,90 (14,28)	46,50 (9,77)	1,19 (73,05)	0,237
Вербальная агрессия	16,98 (3,18)	16,03 (9,30)	−0,99 (159,88)	0,324
Враждебность	21,44 (4,50)	21,84 (4,16)	0,54 (91,43)	0,591
Физическая агрессия	23,56 (6,58)	18,48 (9,69)	−3,97 (139,71)	<0,001
Гнев	17,21 (4,12)	14,97 (4,10)	−3,26 (97,35)	0,002
Когнитивная переоценка	27,21 (7,57)	24,65 (5,73)	−2,18 (78,10)	0,032
Подавление	15,58 (4,95)	16,01 (4,02)	0,55 (82,24)	0,582
K6 (психологический дистресс)	5,92 (5,65)	7,10 (5,47)	1,27 (95,12)	0,209
Стресс, связанный с работой	7,31 (3,78)	8,53 (3,06)	2,05 (82,02)	0,043
Стресс, связанный с семьей	6,08 (3,84)	7,62 (3,48)	2,48 (89,76)	0,015
Стресс, связанный с социальным окружением	5,92 (3,46)	7,69 (3,57)	3,04 (100,69)	0,003

Примечание. M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; t — значение t-критерия; df — число степеней свободы; p — уровень статистической значимости. Для сравнения групп использовался t-критерий для независимых выборок; при нарушении предположения о равенстве дисперсий применялся t-критерий Уэлча. В данной выборке субшкалы BPAQ «Физическая агрессия» и «Вербальная агрессия» показали низкую внутреннюю согласованность (α Кронбаха = 0,439 и 0,142 соответственно). Поэтому результаты по этим субшкалам приводятся только в описательных целях и не использовались при интерпретации основных результатов исследования.

Таблица 1. **Различия между осужденными за насильственные/тяжкие преступления и осужденными за кражи**

Обобщение результатов

В целом полученные результаты показали, что группа осужденных за насильственные/тяжкие преступления демонстрировала парадоксальный паттерн, характеризующийся:

- более выраженной склонностью к гневу;
- более выраженной тенденцией к когнитивной переоценке;
- более низким субъективным стрессом.

При этом статистически значимых межгрупповых различий в уровне психологического дистресса, оцениваемого с помощью шкалы K6, обнаружено не было.

В совокупности эти результаты позволяют предположить, что тенденция к когнитивной переоценке, наблюдавшаяся у осужденных за насильственные/тяжкие преступления, не обязательно отражает адаптивное снижение самого гнева, а может включать формы когнитивной реинтерпретации, которые снижают субъективный дискомфорт, позволяя при этом сохранять внутренне непротиворечивое представление о собственном гневе и агрессивных тенденциях.

Обсуждение

Теоретические следствия

Полученные результаты могут указывать на необходимость пересмотра концепции когнитивной переоценки с точки зрения процессуальной модели регуляции эмоций [5]. Гросс относил когнитивную переоценку к стратегиям регуляции, действующим на этапе, предшествующем формированию эмоциональной реакции: она изменяет интерпретацию ситуации до того, как эта реакция полностью сформируется, тогда как подавление — к стратегиям, действующим после ее возникновения и направленным на регуляцию ее внешнего выражения [5]. Однако в настоящем исследовании осужденные за насильственные и тяжкие преступления демонстрировали статистически значимо более выраженную склонность к когнитивной переоценке, чем осужденные за кражи, несмотря на более выраженную склонность к гневу и совершение в прошлом агрессивных действий в отношении других людей. Эти результаты трудно объяснить исключительно в рамках традиционного понимания когнитивной переоценки как стратегии, изменяющей

интерпретацию ситуации до формирования эмоциональной реакции и тем самым снижающей интенсивность негативных эмоций.

В расширенной процессуальной модели Гросса когнитивная переоценка может происходить на разных этапах повторяющегося цикла Мир → Восприятие → Оценка → Действие → Мир... [6]. Теоретически эта модель допускает, что однажды возникший и подавленный гнев впоследствии может быть переработан посредством когнитивной переоценки в более позднем цикле. Однако в таких случаях когнитивная переоценка может быть направлена не столько на снижение негативных эмоций, сколько на выполнение других психологических функций.

Кроме того, в настоящем исследовании в группе осужденных за насильственные/тяжкие преступления наблюдалось сочетание высокого уровня гнева и низкого субъективного стресса, тогда как статистически значимого межгруппового различия в психологическом дистрессе по K6 обнаружено не было. Этот результат позволяет предположить, что более низкий субъективный стресс, наблюдавшийся в группе осужденных за насильственные/тяжкие преступления, может быть связан не со снижением генерализованной тревоги или самого депрессивного дистресса, а с различиями в субъективной оценке и смыслообразовании в отношении конкретных жизненных ситуаций, таких как работа, семья и отношения в сообществе.

В целом сохранение гнева связано с усилением стрессовых реакций и психологической нагрузки. Однако в настоящем исследовании в группе осужденных за насильственные/тяжкие преступления высокий уровень гнева сочетался с низким субъективным стрессом. Учитывая, что гипотеза катарсиса — согласно которой реализация агрессивного поведения уменьшает стресс и негативный аффект — не получила последовательной эмпирической поддержки [15], сочетание когнитивной переоценки и гнева в полученных результатах трудно понимать просто как «неудачу» когнитивной переоценки.

Традиционно когнитивная переоценка понимается как стратегия, изменяющая когнитивное смыслообразование для адаптации к ситуациям и уменьшения негативных эмоций [6, 7]. Однако полученные результаты указывают на необходимость учитывать дополнительные функции когнитивной переоценки помимо традиционно предполагаемых. Современные теоретические исследования также указывают на необходимость уточнения представлений о когнитивной переоценке, которую традиционно рассматривают как однозначно адаптивную стратегию [16].

ERQ оценивает тенденцию к использованию когнитивной переоценки, но не дает информации о содержании, объекте или мотивационной направленности такой реинтерпретации. Поэтому в рамках настоящего дизайна невозможно различить адаптивную реинтерпретацию, самооправдывающую реинтерпретацию, рационализацию и другие формы реконструкции смысла.

Одна из возможных гипотез, позволяющих объяснить эти, на первый взгляд, противоречивые результаты, состоит в том, что когнитивная переоценка может быть направлена не столько на снижение гнева, сколько на уменьшение внутреннего конфликта и субъективного дискомфорта за счет такой интерпретации собственного гнева и агрессивных тенденций, которая согласуется с представлением человека о самом себе. Настоящее исследование не приравнивает самооправдывающую реинтерпретацию как таковую к когнитивной переоценке. Скорее оно предполагает возможность того, что когнитивные процессы смыслообразования, измеряемые как «когнитивная переоценка», могут включать подобные направления функционирования.

Гросс определял когнитивную переоценку как «изменение способа мышления о ситуации с целью уменьшить ее эмоциональное воздействие» [5]. Это определение не ограничивает уменьшаемую эмоцию именно самим гневом и теоретически может включать формы когнитивной переоценки, служащие уменьшению конфликта или несогласованности, возникающих вследствие угроз самоценности или потребности в самооправдании. Кроме того, использованный в настоящем исследовании ERQ измеряет тенденцию к применению когнитивной переоценки, но не различает направление, в котором функционирует такая когнитивная реконструкция. Поэтому тенденции к когнитивной переоценке, наблюдавшиеся в настоящем исследовании, могут также включать самооправдывающие формы реинтерпретации.

Такая интерпретация в широком смысле согласуется и с несколькими ранее предложенными теоретическими подходами. Во-первых, техники нейтрализации, предложенные в исследованиях правонарушителей, описывают процессы когнитивного оправдания, уменьшающие чувство вины и конфликт, связанные с девиантным поведением, и могут частично пересекаться с предполагаемой в настоящем исследовании самооправдывающей реконструкцией смысла [17]. Кроме того, полученные результаты можно интерпретировать с позиций теории мотивированного рассуждения [18], согласно которому люди не обязательно конструируют

смыслы на основании объективных фактов, а реконструируют их в соответствии с мотивацией поддерживать Я-концепцию и эмоциональную согласованность.

С точки зрения психодинамической теории тенденции к когнитивной переоценке, наблюдавшиеся в настоящей выборке правонарушителей, также можно предварительно интерпретировать как процессы, имеющие определенные общие черты с рационализацией и функционирующие не только как адаптивные стратегии регуляции эмоций, но и как способы избегания непосредственного столкновения с собственной агрессией и внутренним конфликтом [19, 20]. Рационализация концептуализировалась как процесс, который может временно снижать субъективный дистресс, одновременно ослабляя саморефлексию в отношении ответственности и внутреннего конфликта [19, 20]. Однако поскольку в настоящем исследовании непосредственно не оценивались рационализация, нейтрализация, мотивированное рассуждение или самооправдывающие когнитивные процессы, эти интерпретации следует рассматривать как теоретические гипотезы, предназначенные для объяснения наблюдавшегося сочетания высокого уровня гнева, повышенной когнитивной переоценки и низкого субъективного стресса, а не как прямые эмпирические выводы из полученных данных.

Недавние лонгитюдные исследования показали, что эффективность когнитивной переоценки может зависеть от индивидуальных особенностей и конкретной ситуации. Это ставит вопрос о том, для каких людей и при каких обстоятельствах когнитивная переоценка действительно способствует психологической адаптации [21].

В совокупности полученные результаты показывают, что повышенные показатели когнитивной переоценки не следует автоматически считать свидетельством адаптивной регуляции эмоций. Напротив, одна из возможных гипотез состоит в том, что некоторые формы когнитивной реконструкции, измеряемые как когнитивная переоценка, могут служить снижению субъективного дискомфорта при сохранении психологически согласующихся с представлением о себе интерпретаций гнева и тенденций, связанных с агрессией.

Хотя результаты недавнего метаанализа в целом подтверждают связь когнитивной переоценки с психологической устойчивостью [22], настоящее исследование показывает, что высокие показатели когнитивной переоценки не всегда свидетельствуют об адаптивном психологическом функционировании, особенно у правонарушителей.

Клинические следствия

С клинической точки зрения полученные результаты показывают, что повышенные показатели когнитивной переоценки в исправительных учреждениях следует интерпретировать с осторожностью. В более широком смысле они также указывают на то, что теория регуляции эмоций, теория нейтрализации и теория мотивированного рассуждения могут быть поняты в рамках более широкой интегративной модели реконструкции смысла. У некоторых правонарушителей усиление когнитивной переоценки может снижать субъективный дискомфорт, одновременно укрепляя самооправдывающие интерпретации и защитные паттерны мышления, вместо того чтобы способствовать подлинным психологическим изменениям.

Эти результаты также показывают, что когнитивную переоценку не следует рассматривать как самостоятельную терапевтическую цель. Скорее, это один из когнитивных навыков, развитие которого может способствовать реабилитации правонарушителей. Поэтому работу с когнитивной переоценкой следует включать в комплексную программу терапии, а не использовать как самостоятельное направление вмешательства.

Современная реабилитация правонарушителей обычно подчеркивает такие терапевтические мишени, как признание ответственности за совершенное преступление, эмпатия по отношению к жертвам и мотивация к изменению. Поэтому улучшение навыков когнитивной переоценки следует оценивать не как конечную цель само по себе, а с точки зрения того, способствует ли оно продвижению к этим более широким реабилитационным целям. В противном случае усиление когнитивной переоценки может лишь укреплять самооправдывающую реконструкцию смысла, создавая видимость психологического улучшения без содействия содержательной реабилитации.

Количественная оценка остается незаменимой в доказательной практике. В то же время психометрические показатели всегда следует интерпретировать в более широком контексте комплексной клинической оценки и продолжающегося терапевтического наблюдения. С этой точки зрения высокие показатели когнитивной переоценки не следует автоматически считать признаком адаптивного психологического функционирования или терапевтического прогресса. Их необходимо оценивать с учетом общего психологического состояния правонарушителя и того, насколько достигнутые изменения способствуют решению более широких задач реабилитации.

Ограничения и направления дальнейших исследований

Настоящее исследование имело поперечный дизайн и поэтому не позволяет непосредственно устанавливать причинно-следственные связи в процессах регуляции эмоций. Кроме того, использованный в настоящем исследовании ERQ измеряет тенденцию к когнитивной реинтерпретации, но непосредственно не различает, функционирует ли такая реконструкция смысла в адаптивном или самооправдывающем направлении. Также в настоящем исследовании непосредственно не оценивались процессы нейтрализации или мотивированного рассуждения. Поэтому предложенные в настоящем исследовании интерпретации следует рассматривать как теоретические выводы, основанные на наблюдавшихся паттернах связей.

Кроме того, настоящее исследование полностью основывалось на самоотчетных методиках, применявшихся в исправительных учреждениях. Хотя социально желательное реагирование частично контролировалось с помощью BIDR, включая его компонент управления впечатлением, самоотчетные данные, полученные в исправительных учреждениях, все же могут находиться под влиянием дополнительных факторов, не полностью учитываемых BIDR, таких как институциональные нормы, опасения по поводу возможных последствий раскрытия информации, недоверие к исследовательским процедурам и стили ответов, сформировавшиеся в условиях длительного лишения свободы.

В связи с этим следует учитывать, что в настоящем исследовании категория преступления использовалась как косвенный показатель наличия в прошлом межличностной агрессии у японских мужчин, находящихся в местах лишения свободы. Однако характер совершенного преступления не обязательно отражает индивидуальную склонность к агрессии. На выявленные межгрупповые различия могли также повлиять не учитывавшиеся в исследовании факторы, в частности криминальный опыт (например, количество предыдущих судимостей или рецидивов) и условия содержания в исправительном учреждении (например, режим содержания, срок лишения свободы или участие в реабилитационных программах). Хотя дополнительные анализы показали, что эти различия оставались статистически значимыми после контроля возраста, используемый дизайн не позволяет исключить влияние таких неизмеренных переменных.

Кроме того, поскольку настоящая выборка была ограничена японскими мужчинами, находящимися в местах лишения свободы, обобщаемость результатов остается ограниченной. Процессы регуляции эмоций также могут, по крайней мере частично, формироваться под влиянием культурных норм, касающихся переживания, выражения эмоций и управления ими. Японскую культуру часто характеризуют как придающую относительно большое значение межличностной гармонии, эмоциональной сдержанности и чувствительности к социальной оценке. Такие культурные факторы могут влиять на наблюдавшиеся в настоящем исследовании связи между гневом, субъективным стрессом и когнитивной переоценкой. Поэтому возможность обобщения полученных результатов на правонарушителей из других культур требует осторожной оценки.

В дальнейших исследованиях следует более подробно изучить связи между эмоциями, смыслообразованием и поведением с помощью экспериментальных и лонгитюдных методов. Кроме того, необходимо разработать подходы, позволяющие непосредственно оценивать, каким образом когнитивная переоценка изменяет процессы смыслообразования.

Литература

1. Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. Annu Rev Psychol. 2002;53:27–51. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231
2. Berkowitz L. Aggression: its causes, consequences, and control. New York: McGraw-Hill; 1993.
3. Lipsey MW, Landenberger NA, Wilson SJ. Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. Campbell Syst Rev. 2007;3(6):1–27. https://doi.org/10.4073/csr.2007.6
4. Henwood KS, Chou S, Browne KD. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of CBT informed anger management. Aggress Violent Behav. 2015;25:280–292. https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.09.011
5. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Rev Gen Psychol. 1998;2(3):271–299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271
6. Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. Psychol Inq. 2015;26(1):1–26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781
7. Troy AS, Shallcross AJ, Mauss IB. A person-by-situation approach to emotion regulation: cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. Psychol Sci. 2013;24(12):2505–2514. https://doi.org/10.1177/0956797613496434
8. McRae K, Ciesielski B, Gross JJ. Unpacking cognitive reappraisal: Goals, tactics, and outcomes. Emotion. 2012;12(2):250–255. https://doi.org/10.1037/a0026351
9. Ford BQ, Mauss IB, Troy AS. Emotion regulation flexibility. Curr Opin Psychol. 2019;26:14–19.
10. Riepenhausen A, Wackerhagen C, Reppmann ZC, Deter HC, Kalisch R, Veer IM, et al. Positive cognitive reappraisal in stress resilience, mental health, and well-being: A comprehensive systematic review. Emot Rev. 2022;14(4):310–331. https://doi.org/10.1177/17540739221114642
11. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992;63(3):452–459.
12. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes. J Pers Soc Psychol. 2003;85(2):348–362.
13. Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, et al. The performance of the Japanese version of

the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. Int. J. Methods Psychiatr. Res., 17: 152-158. https://doi.org/10.1002/mpr.257
14. Paulhus DL. Measurement and control of response bias. В: Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS, ред. Measures of personality and social psychological attitudes. San Diego: Academic Press; 1991. p. 17–59.
15. Bushman BJ. Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, anger, and agressive responding. Pers Soc Psychol Bull. 2002;28(6):724–731. https://doi.org/10.1177/0146167202289002
16. Wang YX, Yin B. A new understanding of the cognitive reappraisal technique: an extension based on the schema theory. Front Behav Neurosci. 2023;17:1174585. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1174585
17. Sykes GM, Matza D. Techniques of neutralization: a theory of delinquency. Am Sociol Rev. 1957;22(6):664–670. https://doi.org/10.2307/2089195
18. Kunda Z. The case for motivated reasoning. Psychol Bull. 1990;108(3):480–498. https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.480
19. Cramer P. Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. Am Psychol. 2000;55(6):637–646. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.637
20. Perry JC, Metzger JA. Introduction to dynamic concepts of personality and defense mechanisms. В: Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Gray SH, Beutler LE, ред. Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence. Washington: American Psychological Association; 2014. p. 43–62.
21. Dawel A, Mewton P, Gulliver A, Farrer LM, Calear AL, Newman E, et al. For whom and what does cognitive reappraisal help? A prospective study. Cogn Ther Res. 2024;48(4):687–703. https://doi.org/10.1007/s10608-023-10407-3
22. Stover AD, Shulkin J, Lac A, Rapp T. A meta-analysis of cognitive reappraisal and personal resilience. Clin Psychol Rev. 2024;110:102428. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102428

Пластичность личностных структур: исследование изменений самооценки после краткосрочной психотерапии

Русина Н.А.[1], Кривобоков А.С.[2], Швецова С.В.[3]*

[1] Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия
[2] Нейропсихологический центр «Вектор развития», Ярославль, Россия
[3] Кафедра медицинской кибернетики с курсом медицинской информатики, Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Получено: 28 апреля 2026 г.
Принято: 13 июня 2026 г.
Опубликовано: 30 сентября 2026 г.

Для цитирования:
Русина НА, Кривобоков АС, Швецова СВ. Пластичность личностных структур: исследование изменений самооценки после краткосрочной психотерапии. *Psychotherapy Science Today.* 2026;2(3):22–28. https://doi.org/10.64435/LPFO4916

OPEN ACCESS

© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

Цель Целью данного исследования было изучить возможность изменения самооценки как одной из центральных личностных структур в условиях таргетированной краткосрочной психотерапии.

Методы В исследовании приняли участие 58 человек (53 женщины и 5 мужчин), обратившихся за психологической помощью в связи с субъективными трудностями, связанными с самооценкой и самоотношением. Использовался дизайн повторных измерений «до–после». Все участники прошли 10 индивидуальных психотерапевтических сессий, направленных на коррекцию дисфункциональных аспектов самооценки и связанных с ними паттернов самовосприятия и межличностного взаимодействия. Для оценки изменений использовались тест самооценки М. Соренсен *(Sorensen Self-Esteem Test)*, опросник самооценки Дж. Уайнхолд *(Self-Esteem Matrix)* и шкала психологического благополучия К. Рифф *(Psychological Well-Being Scale)*. Статистический анализ включал критерий Шапиро-Уилка, критерий Вилкоксона и корреляционный анализ Спирмена.

Результаты После завершения психотерапевтического вмешательства были выявлены статистически значимые изменения по всем исследуемым показателям. Показатели самооценки по тесту М. Соренсен улучшились с 23,46 до 14,21 балла ($Z = 5{,}40$; $p < 0{,}001$), показатели самооценки по опроснику Дж. Уайнхолд возросли с 61,80 до 70,00 баллов ($Z = 4{,}38$; $p < 0{,}001$), показатели психологического благополучия по шкале К. Рифф — с 348,75 до 374,89 баллов ($Z = 5{,}06$; $p < 0{,}001$). После вмешательства также наблюдалось усиление взаимосвязей между показателями самооценки и психологического благополучия.

Выводы Результаты исследования указывают на возможность выраженных изменений самооценки в условиях краткосрочной психотерапии. Наблюдаемые изменения позволяют рассматривать самооценку как одну из ключевых клинических мишеней психотерапии и свидетельствуют о возможности статистически значимых изменений личностных структур даже в условиях краткосрочного психотерапевтического воздействия, что ставит под сомнение представления о преимущественно фиксированном характере личностных образований. Для подтверждения полученных результатов необходимы дальнейшие исследования с включением контрольной группы.

Ключевые слова: самооценка; психологическое благополучие; пластичность личностных структур; краткосрочная психотерапия; интегральная каузальная психотерапия.

Введение

Традиционные личностные теории длительное время рассматривали личность преимущественно как относительно стабильную систему черт, формирующуюся в раннем онтогенезе и характеризующуюся высокой степенью структурной устойчивости на протяжении жизни [1]. В ранней психоаналитической традиции устойчивость личности связывалась с ранними объектными отношениями, структурой Эго и особенностями

* Автор для корреспонденции, e-mail: narusina@mail.ru.

формирования Супер-Эго [2, 3]. Классики психоанализа подчеркивали, что ключевые конфигурации личности складываются преимущественно в раннем детстве и в дальнейшем воспроизводятся в форме устойчивых автоматизированных паттернов восприятия, эмоционального реагирования и межличностного взаимодействия [2]. Аналогичные представления о стабильности личности присутствуют и в диспозиционных теориях личности, в частности в пятифакторной модели личности («Большая пятерка»), где личностные характеристики рассматриваются как относительно устойчивые структуры [4].

Эмпирические исследования также долгое время поддерживали представление о высокой стабильности личности. Так, Коста и Маккрей указывали на значительную временную устойчивость личностных черт во взрослом возрасте [4], а Робертс и Дель Веккио показали, что стабильность личностных характеристик увеличивается с возрастом и достигает максимума в зрелом периоде жизни [5]. Согласно этим подходам, психотерапия способна в большей степени влиять на симптоматику, копинг-стратегии и уровень адаптации, чем на глубинные личностные структуры.

В то же время в последние десятилетия накапливается все больше данных, ставящих под сомнение представление о личности как о преимущественно фиксированной системе. Современные исследования в области нейропластичности, аффективной регуляции и реконсолидации памяти указывают на возможность изменений личностных образований, традиционно рассматриваемых как устойчивые, включая самооценку, способы эмоциональной регуляции и базовые представления о себе и других [6, 7].

Одно из возможных объяснений относительно быстрых личностных изменений связано с современными представлениями о механизмах эмоционального научения и реконсолидации памяти. Согласно этим моделям, актуализация эмоционально значимого опыта в сочетании с новым корректирующим переживанием может приводить к модификации ранее сформированных схем восприятия себя и других. В результате изменения затрагивают не только текущие эмоциональные реакции, но и более устойчивые когнитивно-аффективные структуры, лежащие в основе самоотношения и межличностного функционирования.

Дополнительное объяснение предлагают современные модели психики, рассматривающие личность как систему внутренних моделей, непрерывно обновляющихся под влиянием нового опыта. С этой точки зрения психотерапия может выступать в качестве особого контекста, в котором происходит пересмотр и уточнение устойчивых представлений человека о себе, других людях и собственных возможностях. Такой подход позволяет объяснить, каким образом значимые изменения отдельных компонентов личностной организации могут происходить не только в течение многих лет, но и в рамках относительно краткосрочных психотерапевтических вмешательств.

Все большее распространение получает подход, рассматривающий личность как динамическую систему взаимосвязанных психологических структур, чувствительных к эмоциональному опыту, межличностному контексту и психотерапевтическому воздействию [8, 9]. Современные метааналитические исследования дополнительно подтверждают возможность изменения личностных характеристик под влиянием психотерапии. Так, Робертс и соавт. показали, что психотерапевтические вмешательства способны приводить к статистически значимым изменениям личностных черт, причем наиболее выраженные изменения наблюдаются в течение первых месяцев терапии [9]. Эти данные ставят под сомнение представление о личностных характеристиках как исключительно стабильных образованиях и поддерживают концепцию их относительной пластичности.

Особенно активно идея пластичности личностных структур развивается в современных психодинамических и гуманистических подходах. Так, Отто Кернберг связывал личностные изменения с трансформацией внутренних объектных отношений и интеграцией аффективного опыта [3]. Хайнц Кохут рассматривал возможность структурных изменений личности через коррекцию нарушений Селф в терапевтических отношениях [10]. В когнитивно-поведенческой и схема-терапии центральное место занимает изменение глубинных убеждений и дезадаптивных схем, формирующих устойчивые способы восприятия себя и мира [11].

Одним из подходов, развивающих представление о высокой пластичности личностных структур, является интегральная каузальная психотерапия (ИКП)*. С точки зрения данного подхода, личность представляет собой динамическую систему психических структур

* Интегральная каузальная психотерапия — психотерапевтический подход, основанный Ю. Тором и фокусирующийся на выявлении ключевых патогенетических механизмов психических расстройств и разработке психотерапевтических протоколов, направленных на их устранение.

и автоматизированных паттернов реагирования, значительная часть которых формируется некритически в процессе взаимодействия индивида с социальной средой [12]. В рамках ИКП личностные структуры рассматриваются как более пластичные, чем в традиционных теориях стабильности личности. Психотерапевтическое воздействие, направленное на личностные структуры, может изменять системы структур, связанных с представлением человека о себе, способами эмоционального реагирования и характером взаимодействия с окружающей средой [12]. Существенное место в данном подходе занимает работа с самоотношением, Я-образом, внутренними объектами, ограничивающими убеждениями о себе и социокультурными предписаниями, влияющими на уровень психологического благополучия личности.

Одной из наиболее значимых личностных структур в этом контексте является самооценка. Самооценка тесно связана с процессами саморегуляции, устойчивостью к стрессу, качеством межличностных отношений, субъективным ощущением жизненной эффективности и психологическим благополучием [13, 14].

В современной литературе самооценка рассматривается не только как показатель отношения к себе, но и как один из центральных элементов системы личностных структур, обеспечивающих организацию самовосприятия, эмоциональной регуляции и межличностного функционирования. В этой связи изменение самооценки может рассматриваться как индикатор более широких процессов трансформации личностной организации. При этом вопрос о степени ее пластичности остается дискуссионным. С одной стороны, самооценка рассматривается как относительно устойчивая характеристика личности, формирующаяся под влиянием раннего опыта и социальных взаимодействий [15]. С другой стороны, современные психотерапевтические исследования все чаще указывают на возможность ее клинически значимых изменений при целенаправленной работе с аффективным опытом, внутренними репрезентациями себя и дезадаптивными когнитивно-эмоциональными паттернами [16, 17].

Самооценка все чаще рассматривается не как изолированная личностная черта, а как компонент более широкой системы представлений о себе, включающей самопринятие, самоэффективность и ясность Я-концепции [18]. Исследования показывают, что самооценка тесно связана с психологическим благополучием, качеством межличностных отношений, психическим здоровьем и успешностью адаптации в различных сферах жизни [19].

Несмотря на растущий интерес к проблеме личностной пластичности, эмпирические исследования изменений личностных структур в условиях краткосрочной психотерапии остаются ограниченными. Большинство работ фокусируются либо на симптоматических изменениях, либо на долгосрочных психотерапевтических процессах. Вопрос о возможности относительно быстрой модификации личностных образований, связанных с представлением человека о себе, в рамках структурированного краткосрочного вмешательства изучен недостаточно. В связи с этим представляется актуальным изучение возможности изменений самооценки в условиях краткосрочной психотерапии.

Гипотезы исследования

- Самооценка как личностная структура может статистически значимо изменяться в процессе краткосрочной психотерапии.
- Изменения самооценки сопровождаются улучшением показателей психологического благополучия.

Методы и процедура исследования

Выборка

В исследовании приняли участие 58 человек (53 женщины и 5 мужчин), обратившихся за психологической помощью. Возраст участников составил от 18 до 45 лет. Критериями включения являлись наличие субъективных жалоб, связанных с нарушениями самооценки и отношения к себе и согласие на прохождение психотерапии согласно протоколу. Критериями исключения являлись диагностированные психические расстройства и тяжелые соматические заболевания. Выборка носила неклинический характер.

Дизайн исследования

Исследование проводилось в дизайне повторных измерений «до–после». До начала психотерапевтического вмешательства участники проходили первичное психодиагностическое обследование; после завершения терапии проводилось повторное тестирование с использованием тех же методик.

Все участники дали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось с соблюдением принципов конфиденциальности и профессиональной этики.

Психодиагностические методики

Для оценки исследуемых показателей использовались следующие методики:

- Тест самооценки М. Соренсен, направленный на оценку уровня самоуважения, самостоятельности и независимости.

- Опросник самооценки Дж. Уайнхолд, оценивающий способность к контакту, самопринятию, принятию других и сохранению позитивного образа себя в межличностном взаимодействии.
- Шкала психологического благополучия К. Рифф, измеряющая ключевые аспекты психологического благополучия: самопринятие, автономию, личностный рост, управление средой, наличие жизненных целей и позитивные отношения с окружающими.

Психотерапевтическое вмешательство

Все участники прошли курс таргетированной* краткосрочной психотерапии, включавший 10 индивидуальных сессий. Психотерапевтическое вмешательство осуществлялось в рамках интегральной каузальной психотерапии в формате индивидуальных 50-минутных сессий по видеосвязи, проводившихся один раз в неделю.

Психотерапевтический протокол был ориентирован преимущественно на работу с самооценкой и связанными с ней личностными структурами: самоотношением, Я-образом, ограничивающими убеждениями о себе и паттернами межличностного взаимодействия.

В ходе психотерапии основное внимание уделялось:

- переработке эмоционально значимого негативного опыта, влияющего на образ Я;
- коррекции негативных и ограничивающих представлений о себе;
- формированию более устойчивого и автономного переживания собственной ценности и принятию себя вне зависимости от внешних оценок и достижений;
- уменьшению расхождения между актуальным и идеализированным образом Я;
- развитию более адаптивных механизмов эмоционального реагирования и межличностного взаимодействия.

Работа велась преимущественно с бессознательными компонентами когнитивных, эмоциональных и поведенческих паттернов посредством переработки лежащего в их основе аффективного опыта с использованием психотерапевтических техник ИКП, а также мотивов кататимно-имагинативной психотерапии (символдрамы).

Исследование проводилось в 2024 году на базе Академии интегральной психодинамической психотерапии. Психотерапевтическая работа осуществлялась 25 обучающимися психотерапевтами, прошедшими предварительную подготовку по протоколу и работавшими под регулярной супервизией, что обеспечивало стандартизацию психотерапевтического вмешательства и соблюдение единой логики работы. Общая продолжительность исследования составила 20 недель.

Статистический анализ

Применялись критерий Шапиро–Уилка, критерий знаковых рангов Вилкоксона и коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для оценки выраженности различий дополнительно рассчитывался размер эффекта (r) по формуле $r = Z/\sqrt{N}$. Согласно общепринятым критериям, значения r = 0,1 интерпретировались как малый эффект, r = 0,3 — как средний, r ≥ 0,5 — как большой эффект.

Результаты

Данные по тесту самооценки Соренсен были проанализированы на соответствие нормальному распределению до и после психотерапии.

Поскольку один из показателей статистически значимо отклонялся от нормального распределения ($p < 0,01$), для дальнейшего анализа использовались непараметрические критерии.

		W	p
До	Соренсен	0,984	0,634152
	Уайнхолд	0,988	0,815028
	Рифф	0,980	0,440009
После	**Соренсен**	**0,941**	**0,007308**
	Уайнхолд	0,980	0,440795
	Рифф	0,983	0,576381

Таблица 1. **Значимость отклонения распределений от нормальной формы по критерию Шапиро-Уилка**

* Под таргетированной психотерапией понимается психотерапевтическое воздействие, направленное на конкретные механизмы формирования и поддержания психопатологической симптоматики.

Так, для оценки эффективности проведенной работы применялся критерий знаковых рангов Вилкоксона (Табл. 2).

По тесту Соренсен наблюдалось статистически значимое снижение баллов — с 23,46 балла до 14,21 балла (T = 146,5; Z = 5,40; p < 0,001), — что соответствует повышению уровня самооценки.

Возросла с 61,80 балла до 70,00 баллов и оценка способности к контакту, принятию себя и других (Уайнхолд): T = 275; Z = 4,38; p < 0,001.

Значения психологического благополучия (Рифф) также возросли с 348,75 до 374,89 баллов (T = 189,5; Z = 5,06; p < 0,001), что отражает улучшение психологического благополучия, включая самопринятие, автономию, компетентность в управлении средой, наличие целей в жизни, позитивные отношения с другими и личностный рост [20].

Для анализа изменения характера взаимосвязей между показателями до и после проведенной работы был проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (Табл. 3).

Корреляционный анализ выявил статистически значимые взаимосвязи между показателями самооценки, психологического благополучия и принятия себя и других как до, так и после психотерапевтического вмешательства (p < 0,001). После завершения психотерапии коэффициенты корреляции между исследуемыми показателями несколько увеличились по модулю: связь самооценки с показателями принятия себя и других изменилась с –0,58 до –0,75, связь самооценки с психологическим благополучием — с –0,66 до –0,72, а связь между показателями принятия себя и других и психологического благополучия — с 0,67 до 0,73.

Таким образом, оказанное психотерапевтическое вмешательство не только сопровождалось повышением самооценки и психологического благополучия, но и усилением взаимосвязей между исследуемыми показателями, что может указывать на повышение согласованности между различными аспектами самоотношения и субъективного психологического функционирования. Усиление взаимосвязей между показателями может свидетельствовать не только об улучшении отдельных аспектов психологического функционирования, но и о возрастании их внутренней интеграции. Это позволяет предположить, что психотерапевтические изменения затрагивали не изолированные характеристики, а систему взаимосвязанных представлений о себе.

Обсуждение

Полученные результаты говорят в пользу представления о самооценке как о пластичной личностной структуре, чувствительной к краткосрочному психотерапевтическому воздействию.

	Средние значения					
	До	После	T	Z	p	r
Самооценка (Соренсен)*	23,46	14,21	146,50	5,40	< 0,001	0,71
Принятие себя и других (Уайнхолд)	61,80	70,00	275,00	4,38	< 0,001	0,58
Психологическое благополучие (Рифф)	348,75	374,89	189,50	5,06	< 0,001	0,66

** По тесту Соренсен более низкие баллы соответствуют более высокому уровню самооценки.*

Таблица 2. **Значимость различий между результатами до и после психотерапии по критерию знаковых рангов Вилкоксона**

	До			После		
	Соренсен	Уайнхолд	Рифф	Соренсен	Уайнхолд	Рифф
Соренсен		–0,58	–0,66		–0,75	–0,72
Уайнхолд			0,67			0,73
Рифф						

Примечание. Критические значения коэффициентов корреляции для n = 58: для p = 0,05 — 0,26, для p = 0,01 — 0,37, для p = 0,001 — 0,42.

Таблица 3. **Коэффициенты ранговой корреляции Спирмена до и после психотерапии**

Выявленные размеры эффекта соответствовали большим эффектам (r = 0,58–0,71), что может указывать на выраженность наблюдаемых изменений. Наблюдаемые изменения имеют не только статистическое, но и потенциальное клиническое значение. В частности, показатели самооценки по тесту Соренсен снизились с 23,46 до 14,21 балла, что отражает существенное уменьшение выраженности негативного самоотношения и формирование более адаптивного отношения к себе. Аналогичным образом улучшение показателей по шкалам Уайнхолд и Рифф свидетельствует о позитивных изменениях в сфере самопринятия, межличностного функционирования и субъективного психологического благополучия.

Полученные результаты согласуются с данными исследований различных психотерапевтических подходов, демонстрирующих возможность статистически значимого повышения самооценки в ходе психотерапии. В частности, аналогичные эффекты были описаны в исследованиях когнитивно-поведенческой терапии низкой самооценки [17], а также в метааналитических исследованиях, показавших, что психотерапевтические вмешательства способны приводить к изменениям устойчивых личностных характеристик и представлений о себе [9]. Таким образом, наблюдаемые изменения соответствуют общей тенденции, выявляемой в современной психотерапевтической литературе.

Полученные данные также соответствуют современным представлениям о личности как о динамической системе взаимосвязанных психологических структур, способных к относительно быстрым изменениям под влиянием эмоционального опыта и психотерапевтического воздействия. В отличие от классических моделей, рассматривавших личностные структуры преимущественно как устойчивые образования, современные психотерапевтические подходы допускают возможность относительно быстрых изменений структур, связанных с представлением о себе, в ходе психотерапии.

Полученные результаты могут быть рассмотрены в контексте современных представлений о психотерапевтических изменениях как процессе модификации устойчивых когнитивно-аффективных моделей, определяющих восприятие себя и взаимодействие с окружающим миром. С точки зрения интегральной каузальной психотерапии, подобные изменения могут быть ассоциированы с целенаправленной переработкой аффективного опыта, коррекцией устойчивых негативных представлений о себе и изменением автоматизированных когнитивно-эмоциональных паттернов. В рамках терапевтического протокола основное внимание уделялось работе с самоотношением, ограничивающими убеждениями о себе и эмоционально значимым опытом, связанным с формированием самооценки.

Наблюдаемое улучшение показателей психологического благополучия может указывать на системный характер изменений, затрагивающих различные аспекты субъективного психологического функционирования даже в рамках краткосрочных вмешательств. Эти результаты указывают на возможность психотерапевтической модификации самооценки в условиях краткосрочного вмешательства.

Особый интерес представляет усиление взаимосвязей между самооценкой, самопринятием и психологическим благополучием. Данный результат может отражать не только улучшение отдельных показателей, но и повышение интегрированности системы представлений о себе. С этой точки зрения изменения могут интерпретироваться как увеличение согласованности различных компонентов Я-концепции и формирование более целостного самоотношения.

Следует отметить, что выявленные размеры эффекта (r = 0,58–0,71) находятся в диапазоне, сопоставимом либо превышающем показатели, описанные в ряде исследований психотерапевтических вмешательств, направленных на коррекцию самооценки [9, 17]. Вместе с тем отсутствие контрольной группы не позволяет однозначно интерпретировать наблюдаемые различия как результат исключительно психотерапевтического воздействия. Для подтверждения устойчивости выявленных изменений и однозначных выводов о причинно-следственном характере выявленных взаимосвязей необходимы дальнейшие исследования с использованием контрольной группы и катамнестических измерений. Использованный дизайн не позволяет исключить влияние неспецифических факторов психотерапии, эффекта ожиданий или естественной динамики психологического состояния участников. Ограничением является и относительно небольшой объем выборки и гендерный дисбаланс, что ограничивает возможность широкой генерализации результатов.

Перспективным вопросом для будущих исследований представляется сравнительное изучение возможностей изменения личностных структур в условиях психотерапии у лиц с нормативным и пограничным уровнями организации личности. Последние характеризуются выраженными дефицитами структурной интеграции личности, нарушениями интеграции Я-репрезентаций и нестабильностью самоотношения. Можно предположить, что механизмы и пределы изменений

личностных структур у таких пациентов могут носить качественно иной характер по сравнению с изменениями, наблюдаемыми у лиц с нормативным уровнем личностного функционирования.

Выводы

Результаты исследования демонстрируют статистически значимую модификацию самооценки в условиях краткосрочной психотерапии. Обнаруженные изменения сопровождались выраженным улучшением показателей психологического благополучия, самопринятия и принятия других, а также усилением взаимосвязей между исследуемыми аспектами самоотношения и благополучия.

Полученные данные подтверждают представление о самооценке как о динамической и пластичной личностной структуре, чувствительной к целенаправленному психотерапевтическому воздействию. Наблюдаемые изменения согласуются с современными представлениями о возможности модификации личностных структур даже в рамках ограниченного по длительности психотерапевтического вмешательства.

Результаты исследования позволяют рассматривать самооценку как одну из ключевых клинически значимых мишеней краткосрочной психотерапии и подтверждают перспективность дальнейшего изучения пластичности личностных структур в контексте психотерапевтического воздействия.

Заявление об интересах

Исследование проводилось на базе организации, участвующей в развитии и обучении подходу интегральная каузальная психотерапия.

Литература

1. Costa PT, McCrae RR. Personality in adulthood. New York: Guilford Press; 1994.
2. Freud S. The ego and the id. London: Hogarth Press; 1923.
3. Kernberg O. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
4. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
5. Roberts BW, DelVecchio WF. The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. Psychological Bulletin. 2000;126(1):3–25. https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.3
6. Lane RD, Ryan L, Nadel L, Greenberg L. Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: new insights from brain science. Behavioral and Brain Sciences. 2015;38:e1. https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041
7. Hayes SC, Hofmann SG. Process-based CBT: the science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Oakland: New Harbinger Publications; 2018.
8. DeYoung CG. Cybernetic Big Five theory. Journal of Research in Personality. 2015;56:33–58. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.07.004
9. Roberts BW, Luo J, Briley DA, Chow PI, Su R, Hill PL. A systematic review of personality trait change through intervention. Psychological Bulletin. 2017;143(2):117–141. https://doi.org/10.1037/bul0000088
10. Kohut H. The Analysis of the Self. New York: International Universities Press; 1971.
11. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
12. Top ЮН. Интегральная каузальная психотерапия. Грани психотерапии. 2023;2(4):5–18. Дата обращения: 28.07.2026. Доступно по: https://aipp.education/wp-content/uploads/2023/07/GP-24-2023.pdf
13. Mruk CJ. Self-esteem research, theory, and practice: toward a positive psychology of self-esteem. New York: Springer Publishing Company; 2006.
14. Orth U, Robins RW. The development of self-esteem. Current directions in psychological science. 2014;23(5):381–387. https://doi.org/10.1177/0963721414547414
15. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
16. Fennell MJV. Low self-esteem: a cognitive perspective. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 1997;25(1):1–26. https://doi.org/10.1017/S1352465800015368
17. Kolubinski DC, Frings D, Nikčević AV, Lawrence JA, Spada MM. A Systematic Review and Meta-analysis of CBT Interventions Based on the Fennell Model of Low Self-Esteem. Psychiatry Research. 2018;267:296–305. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.025
18. Campbell JD, Trapnell PD, Heine SJ, Katz IM, Lavallee LF, Lehman DR. Self-concept clarity: measurement, personality correlates, and cultural boundaries. Journal of Personality and Social Psychology. 1996;70(1):141–156. https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.1.141
19. Orth U, Robins RW.Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question American Psychologist. 2022;77(1):5–17. https://doi.org/10.1037/amp0000922
20. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 1989;57(6):1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Рискованное сексуальное поведение у пациентки с комплексным ПТСР вследствие детского сексуального насилия

*Фомичева Н. С.**

Центр прикладных исследований «Русское общество психосоматики», Москва, Россия

Аннотация

Рискованное сексуальное поведение у женщин с историей детского сексуального насилия часто связано с перенесенным насилием и нередко сопровождается комплексным посттравматическим стрессовым расстройством (кПТСР). Несмотря на клиническую значимость этой связи, подробные описания психотерапии таких пациентов немногочисленны. В статье представлен клинический случай психотерапии 32-летней женщины с симптоматикой, соответствующей диагностическим критериям комплексного ПТСР по МКБ-11, и рискованным сексуальным поведением на фоне детского сексуального насилия. Терапия проводилась поэтапно, с использованием стабилизирующих, травма-ориентированных и телесно-ориентированных техник, на протяжении 96 сессий. Динамика оценивалась с помощью опросника *International Trauma Questionnaire* (ITQ) и самоотчетных шкал. Суммарный балл ITQ снизился на 42%, выраженность стыда и самообвинения — с 8–9 до 2–3 баллов, частота рискованных сексуальных контактов — до нуля; результат сохранялся в течение 6 месяцев катамнеза. Представленный случай показывает, что при диссоциативной симптоматике устойчивое улучшение может быть связано не только с переработкой травматического опыта, но и с последовательным формированием навыков саморегуляции и межличностных границ.

Ключевые слова: рискованное сексуальное поведение; детское сексуальное насилие; комплексное посттравматическое стрессовое расстройство; травма-ориентированная психотерапия; диссоциация; клинический случай.

Получено: 17 июля 2026 г.
Принято: 14 августа 2026 г.
Опубликовано: 30 сентября 2026 г.

Для цитирования:
Фомичева НС. Рискованное сексуальное поведение у пациентки с комплексным ПТСР вследствие детского сексуального насилия. *Psychotherapy Science Today*. 2026;2(3):29–33. https://doi.org/10.64435/BKWE4483

OPEN ACCESS

© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Введение

Рискованное сексуальное поведение (РСП) у женщин с опытом детского сексуального насилия рассматривается как одно из возможных долгосрочных последствий психической травмы. У женщин, переживших сексуализированное насилие в детстве, риск формирования РСП в 2–3 раза выше, чем в общей популяции, а выраженность и устойчивость паттернов РСП коррелируют с тяжестью и длительностью травмы, а также с ранним возрастом ее начала [1, 2]. Современные исследования связывают рискованное сексуальное поведение с нарушениями эмоциональной регуляции, самообвинением, диссоциацией, искажением восприятия собственного тела и личных границ, а также использованием сексуального поведения в качестве способа совладания с последствиями психотравмы [3]. Вместе с тем в литературе по-прежнему преобладают эпидемиологические исследования и работы, посвященные отдельным механизмам формирования РСП, тогда как описания структурированной психотерапевтической работы, последовательности терапевтических решений и факторов устойчивых изменений представлены значительно реже.

Клинические рекомендации подробно регламентируют психотерапию ПТСР и кПТСР [4, 5]. Вместе с тем психотерапия рискованного сексуального поведения как самостоятельной терапевтической мишени разработана значительно менее подробно: существующие протоколы не всегда учитывают последствия психотравмы для сексуальной сферы, в частности механизмы поддержания РСП и трудности формирования интимных отношений. Особенно мало публикаций, подробно описывающих последовательность клинических решений, критерии перехода между этапами терапии и факторы, связанные с достижением устойчивых изменений.

* E-mail: natalya.fomicheva.psy@gmail.com.

Цель настоящей статьи — представить поэтапно и через измеримые показатели динамику психотерапии рискованного сексуального поведения при комплексном ПТСР после детского сексуального насилия, выделить терапевтические факторы, потенциально связанные с устойчивым снижением симптоматики, а также описать ключевые терапевтические мишени и их последовательность в ходе психотерапии подобных случаев.

Клинический случай

Данные представлены с информированного согласия пациентки. Все персональные характеристики деперсонализированы, имена и детали, позволяющие идентифицировать личность, изменены. Обзорная временная шкала ключевых событий представлена в таблице 1.

Пациентка — женщина 32 лет, обратилась с запросом на формирование устойчивых близких отношений. На момент обращения отмечался паттерн многочисленных сексуальных контактов с малознакомыми партнерами, сопровождавшийся выраженным чувством неудовлетворенности и субъективной утратой контроля над собственным поведением.

Анамнез

Единственный ребенок в семье, воспитывалась обоими родителями. Летние периоды проводила в деревне у бабушки и дедушки, где с семи до тринадцати лет неоднократно подвергалась сексуализированному насилию со стороны более старших подростков, включавшему генитальные контакты без пенетрации и оральные контакты. После 13 лет поездки в деревню прекратились, однако сексуальные контакты продолжались с друзьями и подругами в городе.

В возрасте 18 лет пациентка поступила в институт, после чего сексуальное поведение стало более рискованным: значительно увеличилось число сексуальных партнеров, появились групповые сексуальные контакты, нередко в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. При описании своего опыта пациентка настаивала на том, что все происходило по «взаимному согласию», ссылаясь на усвоенную установку: «С детства была распутной». После окончания института пациентка начала работать по специальности, отмечает карьерный рост и удовлетворенность своим профессиональным развитием.

Концептуализация

Диагностическая оценка проводилась автором настоящей публикации и включала клиническое интервью, структурированное по диагностическим критериям МКБ-11, а также опросник ITQ для количественной оценки симптомов ПТСР и комплексного ПТСР.

На основании критериев МКБ-11 была установлена диагностическая картина комплексного посттравматического стрессового расстройства (6B41) [6], которая включала: хроническое чувство угрозы, выраженные трудности эмоциональной регуляции, негативные представления о себе («я виновата», «я недостойна»), нарушения межличностных отношений, избегание триггерных тем, а также диссоциативные феномены (эпизоды отстраненности во время сексуальных контактов, ощущение «наблюдения со стороны», фрагментарность воспоминаний о травматическом периоде).

Время	Событие
7–13 лет	Сексуализированное насилие со стороны более старших подростков
18 лет	Резкое расширение сексуальных контактов; формирование устойчивого паттерна РСП
32 года	Обращение за психотерапией
Сессия 3	Острый эпизод стыда после спонтанного сексуального контакта с малознакомым мужчиной
Сессия 12	Завершение этапа безопасности и стабилизации
Сессия 20	Ключевой инсайт: признание факта насилия
Сессия 22	Диссоциативный эпизод при работе с травматическим воспоминанием
Сессия 45	Первый устойчивый отказ партнеру
Сессия 96	Завершение терапии; частота РСП снижена до нуля
+ 6 месяцев	Катамнестическое наблюдение: результат сохранен

Таблица 1. **Хронология клинического случая**

Предположение о значимой роли диссоциации в поддержании рискованного сексуального поведения в представленном случае согласуется с данными современных систематических обзоров [7]. В них диссоциация рассматривается как один из факторов, снижающих психологические барьеры к проявлению импульсивного и рискованного поведения, а также способствующих эмоциональной дисрегуляции и нарушениям межличностных границ.

У пациентки диссоциативные реакции проявлялись преимущественно в форме эмоциональной отстраненности во время сексуального контакта («ощущение, что это происходит не со мной»), фрагментарности воспоминаний о травматическом периоде и эпизодической дереализации в триггерных ситуациях. Такая картина согласуется с данными о специфике травматической памяти при сексуальном насилии: воспоминания сохраняют яркую сенсорную и эмоциональную насыщенность, остаются фрагментарными и плохо поддаются вербализации, что затрудняет их осмысление и интеграцию в автобиографическую память [8].

Важным фактором, усиливающим устойчивость диссоциативных паттернов, являлась социальная реакция на травму: у пациентки не было опыта безопасного раскрытия переживания насилия и получения поддерживающей обратной связи, что, по данным систематических обзоров о влиянии социального окружения на течение ПТСР, повышает риск хронификации диссоциативной симптоматики [9].

Таким образом, диссоциация у пациентки выполняла двойную функцию: в остром периоде — адаптивную (снижение непереносимого аффекта), а в последующем — дезадаптивную, поддерживая рискованное сексуальное поведение как паттерн совладания с внутренним напряжением и стыдом. Эта логика определила выбор поэтапного подхода к терапии: приоритет стабилизации и навыков саморегуляции до начала работы с травматическими воспоминаниями, а также интеграцию телесно-ориентированных техник для восстановления связи с телесным опытом и границ.

При дифференциальной диагностике были исключены биполярное аффективное расстройство и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ; для этого использовалось структурированное интервью Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Признаки пограничного расстройства личности оценивались отдельно, в ходе клинического интервью на основании критериев личностного функционирования по МКБ-11 (см. раздел «Личностное функционирование»), и не достигли диагностического порога. Употребление алкоголя и каннабиноидов носило ситуативный характер и не соответствовало критериям зависимости; импульсивные паттерны сексуальности рассматривались как следствие травмы, а не как самостоятельное расстройство компульсивного сексуального поведения.

Личностное функционирование

- *Эмоциональная регуляция:* преобладали избегание травматических переживаний и диссоциативные реакции; высокий уровень стыда и самообвинения, склонность к самонаказанию.
- *Межличностные отношения:* чередование поиска близости и резкого дистанцирования; трудности в установлении и удержании границ, склонность к повторению травматических сценариев в отношениях.
- *Профессиональная жизнь:* стабильная занятость, высокая продуктивность как способ компенсации внутренней нестабильности.
- *Сексуальность вне РСП:* отсутствие способности к эмоциональной близости; секс воспринимался как подтверждение значимости или как способ снятия напряжения, а не как источник удовольствия или интимности.

Механизмы поддержания РСП

Поддержанию рискованного сексуального поведения способствовал комплекс взаимосвязанных механизмов:

- Когнитивный — интернализованное чувство вины и установка «я виновата», способствовавшие сохранению паттерна рискованных контактов. Устойчивость самообвинения и стыда после детского сексуального насилия описана как одно из ключевых препятствий для переработки травмы [10].
- Аффективный — использование секса для регуляции тревоги и стыда.
- Поведенческий — автоматизированные реакции на триггеры, отсутствие навыков отказа и распознавания собственных желаний.
- Диссоциативный — эмоциональная отстраненность, снижавшая субъективную интенсивность стыда.

Эти механизмы легли в основу выбора терапевтических мишеней: обеспечение безопасности и стабилизация, переработка травматического опыта, уменьшение самообвинения, развитие навыков эмоциональной регуляции и установления личных границ, а также формирование более безопасных моделей интимных отношений.

Терапевтический процесс и динамика изменений

Психотерапия проводилась в течение двух лет в формате еженедельных 50-минутных сессий и строилась поэтапно в соответствии с динамикой клинического состояния пациентки. Эффективность терапии оценивалась с помощью опросника ITQ и самоотчетных шкал частоты рискованного сексуального поведения, стыда и самообвинения. Измерения проводились каждые восемь недель; катамнестическое наблюдение выполнено через шесть месяцев после завершения терапии.

Этап 1. Безопасность и стабилизация (сессии 1–12)

Основные задачи: стабилизация, снижение тревоги, обучение саморегуляции. Показатели ITQ снижались медленно; наиболее заметным было снижение частоты импульсивных контактов (с 3–4 раз в месяц до 0–1) уже к сессии № 8. Уровень стыда оставался высоким, однако пациентка стала чаще обсуждать на сессиях ситуации, предшествовавшие эпизодам рискованного поведения.

Клиническая иллюстрация 1 (сессия 3). Пациентка пришла в состоянии острого стыда после спонтанного сексуального контакта с малознакомым мужчиной. Терапевт использовал стабилизирующую стратегию: нормализовал переживания, помог выделить триггер (усталость + алкоголь), сформировать навык паузы перед импульсивными действиями и разработать план поведения в аналогичных ситуациях.

Этап 2. Работа с травматическим опытом (сессии 13–30)

Коррекция дисфункциональных убеждений; по мере появления травматических воспоминаний — элементы EMDR. К сессии №20 пациентка впервые сформулировала: «То, что происходило в деревне, было насилием, а не моей виной». Это стало переломным моментом терапии: уровень самообвинения снизился, а способность выдерживать воспоминания повысилась.

Клиническая иллюстрация 2 (сессия 22). При попытке работы с воспоминанием о первом эпизоде насилия пациентка испытала сильную диссоциацию. Терапевту пришлось отказаться от дальнейшей экспозиции и вернуться к работе с телесными ощущениями, использованию ресурсирующих техник и метафор. Это позволило избежать ретравматизации и сохранить мотивацию к психотерапии.

Этап 3. Работа с убеждениями (сессии 31–50)

Фокус на трансформации убеждений («я недостойна», «мое тело — инструмент») с использованием EMDR и когнитивно-поведенческих техник как методов с доказанной эффективностью при работе с последствиями детского сексуального насилия [11], наряду с нарративными методами. Самооценка и способность к эмоциональной регуляции росли постепенно; пациентка начала замечать собственные желания и формулировать отказы.

Клиническая иллюстрация 3 (сессия 45). Пациентка рассказала о ситуации, когда она смогла сказать «нет» настойчивому партнеру. Эмоционально это было для нее тяжело, но она не вернулась к привычному сценарию.

Этап 4. Саморегуляция сексуального поведения (сессии 51–96)

Обучение распознаванию импульсов, коммуникации с партнерами, формированию позитивного отношения к телу. Частота РСП снизилась до нуля; пациентка сформировала устойчивые партнерские отношения, в которых могла открыто обозначать личные границы и обсуждать собственные потребности.

К концу терапии суммарный балл ITQ снизился на 42%, частота эпизодов РСП сократилась с 3–4 в месяц до нуля, а уровень стыда и самообвинения — с 8–9 до 2–3 баллов по самоотчетной шкале. Через 6 месяцев катамнестического наблюдения пациентка сохраняла устойчивые отношения, отсутствие рискованного сексуального поведения и навыки саморегуляции.

Выбор терапевтических интервенций определялся текущим состоянием пациентки, уровнем диссоциации и готовностью к работе с травматическими воспоминаниями. На этапе стабилизации применялись преимущественно стабилизирующие и телесно-ориентированные техники; на этапе переработки травматического опыта — EMDR и когнитивные техники коррекции убеждений; на этапе интеграции — интервенции, направленные на развитие навыков установления личных границ и построения безопасных партнерских отношений.

Обсуждение

Успешность терапии в данном случае, вероятно, связана не столько с последовательной переработкой травматического опыта, сколько со своевременным распознаванием диссоциации и систематическим формированием поведенческих навыков саморегуляции (пауза, отказ, поддерживающее обсуждение с терапевтом) — вопреки ожиданию, что устойчивые изменения потребуют прежде всего интеграции травматических воспоминаний. Такая динамика

согласуется с данными систематических обзоров о диссоциации как медиаторе между травматическим опытом и дезадаптивными поведенческими стратегиями [7] и указывает на то, что при выраженной диссоциативной симптоматике, где форсированная экспозиция повышает риск ретравматизации [12], поведенческая стабилизация может вносить терапевтический вклад, сопоставимый с переработкой травматического опыта, а не выступать только подготовительным этапом к ней.

Анализ данного случая позволяет предположить, что риск неудачи мог возрастать при форсировании переработки травматического опыта без достаточной эмоциональной стабилизации пациентки, при игнорировании диссоциативных реакций и недостаточном внимании к формированию навыков отстаивания личностных границ в коммуникации.

Анализ представленного случая позволяет выделить последовательность основных задач психотерапии. На первом этапе приоритетом была стабилизация состояния. По мере уменьшения эмоциональной дезорганизации работа последовательно смещалась к снижению самообвинения, осмыслению травматического опыта, осторожной работе с травматическими воспоминаниями, развитию способности устанавливать личные границы и построению более устойчивых и безопасных партнерских отношений. Именно такая последовательность, по-видимому, позволила избежать ретравматизации и обеспечить устойчивость достигнутых изменений.

Выводы и ограничения

Представленный случай иллюстрирует возможности поэтапной психотерапии рискованного сексуального поведения при комплексном ПТСР. Применение стандартизированных методов оценки позволило проследить клиническую динамику в ходе терапии, а катамнестическое наблюдение — оценить устойчивость достигнутых изменений.

При интерпретации полученных результатов следует учитывать ряд ограничений. Единичное наблюдение не позволяет делать обобщающие выводы. Отсутствие стандартизированной оценки на каждом этапе терапии ограничивает полноту описания клинической динамики. Катамнестическое наблюдение ограничено шестью месяцами, поэтому долгосрочная устойчивость изменений требует дальнейшего изучения. Полученные результаты нуждаются в подтверждении в исследованиях с участием большего числа пациентов.

Литература

1. Nvo-Fernández M, Miño-Reyes V, González-Cabeza G, Gálvez-Cienfuegos S, Ignacia MCC. Childhood sexual abuse as a predictor of Complex Posttraumatic Stress Disorder: A meta-analysis. J Ment Health Clin Psychol. 2024;8(3):1–6. https://doi.org/10.29245/2578-2959/2024/3.1324
2. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. Lancet Psychiatry. 2019;6(10):830–839. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X
3. Chaliawala K, King K, Vidourek R. Childhood sexual abuse: a narrative review. BCPHR. 2026;June 2026(96). https://doi.org/10.54111/001c.163448
4. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. APA; 2025. Дата обращения: 25.07.2026. Доступно по: https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf
5. ISTSS Guidelines Committee. Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines: methodology and recommendations. International Society for Traumatic Stress Studies; 2024. Дата обращения: 25.07.2026. Доступно по: https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/Posttraumatic-Stress-Disorder-Prevention-and-Treatment-Guidelines-Methodology-and-Recommendations.pdf
6. World Health Organization. МКБ-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO; 2022. Дата обращения: 04.08.2026. Доступно по: https://МКБ.who.int/en
7. Krause-Utz A, Černáková R, Hoogenboom W, Schulze A, Büttner S, Demirelli Z, Mouthaan J, van Schie CC, Garnefski N, Kraaij V. Psychological factors linked to intimate partner violence and childhood maltreatment: on dissociation as a possible bridge symptom. J Interpers Violence. 2023;38(21–22):11400–11428. https://doi.org/10.1177/08862605231181377
8. Salmona M. Sexual violence, dissociation, and inequality: a guide to understanding traumatic memory. London: Routledge; 2024.
9. Stockman D, Haney L, Uzieblo K, Littleton H, Keygnaert I, Lemmens G, Verhofstadt L. An ecological approach to understanding the impact of sexual violence: a systematic meta-review. Front Psychol. 2023;14:1032408. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1032408
10. Lateef R, Collin-Vézina D, Alaggia R, MacIntosh H. A scoping review of shame among child sexual abuse survivors across the lifespan: findings and trends over three decades (1994–2024) and clinical implications. Traumatology. 2025. https://doi.org/10.1037/trm0000613
11. Molero-Zafra M, Fernández-García O, Mitjans-Lafont MT, Pérez-Marín M, Hernández-Jiménez MJ. Psychological intervention in women victims of childhood sexual abuse: a randomized controlled clinical trial comparing EMDR psychotherapy and trauma-focused cognitive behavioral therapy. Front Psychiatry. 2024;15:1360388. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1360388
12. Katalan C, Unterrainer H-F, Gelo OCG. Psychotherapy for complex post-traumatic stress disorder: efficacy and therapeutic factors. Front Psychol. 2026;17:1684921. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1684921

Групповое психическое убежище: адаптивная защита или патологическая фиксация?

*Зоран Младенович**

Специализированная психиатрическая практика «Синтеза», Белград, Сербия

Получено: 9 мая 2026 г.
Принято: 29 июля 2026 г.
Опубликовано: 30 сентября 2026 г.

Для цитирования:
Младенович З. Групповое психическое убежище: адаптивная защита или патологическая фиксация? *Psychotherapy Science Today*. 2026;2(3):34–44. https://doi.org/10.64435/CFUT3379

OPEN ACCESS

© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Аннотация

Введение Концепция психического убежища традиционно рассматривается в психоаналитической литературе как патологическая защитная организация, препятствующая развитию личности и аналитического процесса. В настоящей работе предлагается пересмотреть это положение применительно к групповому анализу. Выдвигается гипотеза, согласно которой групповое психическое убежище после тяжелой психической травмы может выполнять не только защитную, но и временную адаптивную функцию, сохраняя аналитический потенциал группы до восстановления ее способности к совместной переработке травматического опыта.

Метод Теоретический анализ концепции психического убежища Джона Стайнера и ее развития в групповом анализе сопоставляется с анализом двух клинических случаев, проведенных в рамках групп-аналитической психотерапии. На основе клинического материала исследуются механизмы формирования группового психического убежища, его клинические признаки, условия перехода к хроническому функционированию и особенности терапевтических интервенций.

Результаты Анализ клинических наблюдений позволил выделить психодинамический механизм формирования группового психического убежища, предложить его клинические критерии и описать два различных пути его возникновения: как реакцию группы на внешнюю травматическую ситуацию и как следствие распространения индивидуального психического убежища одного из участников на динамическую матрицу группы. Показано, что при сохранении способности группы к восстановлению аналитической функции групповое психическое убежище может носить переходный характер и выполнять адаптивную роль, тогда как его хронизация приводит к нарушению аналитического процесса и препятствует развитию группы.

Выводы Групповое психическое убежище представляет собой самостоятельный феномен групповой динамики, который не может быть полностью сведен к индивидуальным психическим убежищам участников. Его клиническое значение определяется не самим фактом возникновения, а выполняемой функцией и продолжительностью существования. Предлагаемая модель позволяет рассматривать групповое психическое убежище как динамический процесс, возникающий в условиях психической перегрузки и имеющий различные варианты развития. Практическое значение работы заключается в обосновании терапевтической стратегии, ориентированной не на немедленное разрушение защитной организации группы, а на своевременное восстановление ее аналитической функции.

Ключевые слова: психическое убежище; групповое психическое убежище; групповой анализ; психическая травма; динамическая матрица; аналитическая функция группы; символизация; защитные механизмы.

Введение

Концепция психического убежища, предложенная Джоном Стайнером, занимает важное место в современной психоаналитической теории как описание особой защитной организации психики, возникающей в ответ на непереносимые аффекты и угрозу психической дезинтеграции.

* E-mail: zoran.mladenovic.11@gmail.com.

Психическое убежище рассматривается как форма ухода из отношений, при которой человек временно избегает контакта с внешней и внутренней реальностью, однако ценой такого ухода становится ограничение эмоционального развития, способности к символизации и построению подлинных отношений [1].

В групповом анализе данная концепция получила дальнейшее развитие. Наблюдения за динамикой аналитических групп показали, что аналогичные процессы могут возникать не только на уровне отдельного участника, но и на уровне группы как целого. В определенные периоды группа начинает функционировать как единая защитная система: снижается эмоциональная вовлеченность, исчезают свободные ассоциации, обсуждение смещается к поверхностным темам, а болезненные переживания оказываются исключенными из совместного психического пространства. Такое состояние было описано как групповое психическое убежище.

Большинство авторов рассматривают психическое убежище преимущественно как патологический феномен, препятствующий развитию аналитического процесса. Вместе с тем клинические наблюдения позволяют предположить, что при работе с психической травмой эта точка зрения не всегда оказывается достаточной. В условиях чрезмерной эмоциональной перегрузки непосредственное столкновение с травматическим материалом может превосходить способность как отдельного человека, так и группы к его переработке. В подобных ситуациях временный уход в психическое убежище может выполнять не только защитную, но и адаптивную функцию, создавая условия для сохранения целостности группы до восстановления ее способности к дальнейшему развитию.

Настоящая статья посвящена анализу именно этой функции группового психического убежища. На основании данных клинических наблюдений рассматривается гипотеза о том, что кратковременное существование группового психического убежища после травматических событий не всегда свидетельствует о патологической фиксации группового процесса. При определенных условиях оно может представлять собой переходную фазу групповой динамики, позволяющую группе сохранить способность к последующей переработке травматического опыта. Особое внимание уделяется условиям, при которых защитная функция убежища способствует развитию группы, а также роли терапевта в распознавании этого состояния, выборе момента интервенции и сопровождении группы при выходе из него.

Теоретические основания концепции группового психического убежища

Концепция психического убежища была разработана Джоном Стайнером для описания особой формы патологической психической организации, возникающей как защита от невыносимой тревоги и болезненных переживаний. В отличие от отдельных механизмов психологической защиты, представляющих собой способы снижения психической тревоги, психическое убежище — это относительно устойчивая патологическая организация внутреннего мира, объединяющая комплекс защитных процессов и обеспечивающая уход от эмоциональной реальности и психического развития посредством создания субъективно безопасного внутреннего пространства.

Оно обеспечивает ощущение безопасности и контроля, однако достигается это ценой отказа от развития, ограничения способности к символизации и разрушения подлинных объектных отношений. Именно поэтому Стайнер рассматривал психическое убежище прежде всего как препятствие аналитическому процессу: терапевтическая задача состоит в его распознавании и постепенном преодолении.

Однако концепция Стайнера была сформулирована применительно к индивидуальному психоанализу, где основным объектом анализа являются отношения пациента и аналитика. В групповом анализе психическая жизнь рассматривается иначе. Согласно З.Г. Фулксу, группа представляет собой не сумму отдельных участников, а целостную систему взаимосвязанных отношений, обладающую собственной динамикой [2]. Бессознательные процессы возникают и развиваются не только внутри личности, но и в общем коммуникативном пространстве группы — ее динамической матрице. Вследствие этого защитные процессы также могут приобретать групповой характер и становиться свойствами самой группы, а не отдельных ее участников [3].

Такое понимание открыло возможность распространить концепцию психического убежища на уровень групповой динамики. Если индивидуальное психическое убежище представляет собой уход личности из отношений с аналитиком и реальностью, то групповое психическое убежище можно рассматривать как коллективную форму ухода группы из отношений — с терапевтом, между ее участниками или с более широкими социальными системами, частью которых она является. В подобных состояниях изменения затрагивают не только отдельных членов группы, но и саму динамическую матрицу: снижается эмоциональная вовлеченность, исчезают свободные ассоциации, коммуникация становится

поверхностной, а наиболее болезненные переживания оказываются исключенными из общего пространства мышления.

В этом направлении концепцию Стайнера развивает М. Мойович. Сохраняя представление о групповом психическом убежище как коллективной защитной организации, она выдвигает принципиально новую гипотезу: в определенных условиях, прежде всего после психической травмы, временное формирование такого убежища может выполнять адаптивную функцию. Если интенсивность переживаний превосходит способность группы к их переработке, временный уход в психическое убежище может предотвратить более глубокую дезорганизацию группового процесса, сохранив возможность последующего развития [4].

Такое понимание существенно меняет традиционный взгляд на психическое убежище. В этом случае определяющим становится не сам факт его возникновения, а его функция и продолжительность существования. Кратковременное психическое убежище может создавать временный период, необходимый для восстановления способности группы к переработке травматического опыта. Напротив, длительная фиксация группы в этом состоянии приводит к утрате аналитической функции, хроническому избеганию эмоционального опыта и превращению защитного механизма в фактор, препятствующий развитию.

Таким образом, возникает принципиальный теоретический вопрос: следует ли рассматривать групповое психическое убежище исключительно как патологический феномен или при определенных условиях оно представляет собой закономерную переходную фазу восстановления группы после травмы? Именно анализ этого вопроса и составляет предмет настоящей статьи.

Модель формирования и развития группового психического убежища

Предлагаемая модель исходит из предположения, что групповое психическое убежище представляет собой не самостоятельное патологическое образование, а один из возможных способов функционирования динамической матрицы группы в условиях психической перегрузки. Его возникновение определяется не столько самим фактом травмы, сколько соотношением между интенсивностью травматического воздействия и способностью группы к совместной переработке возникающих переживаний.

При обычном функционировании аналитической группы эмоциональные переживания участников становятся материалом совместного мышления. Аналитическая группа выполняет контейнирующую функцию, позволяющую удерживать интенсивные аффекты, преобразовывать их в психически переработанный опыт и возвращать участникам в форме, доступной для осмысления. Благодаря свободным ассоциациям, символизации и интерпретациям становится возможной совместная переработка эмоционального опыта, обеспечивающая развитие как отдельных участников, так и группы в целом [5].

Однако травматическое событие может временно превысить возможности группы по переработке эмоционального опыта. Если интенсивность тревоги, страха, горя, чувства вины или бессилия оказывается выше способности группы удерживать эти переживания в аналитическом пространстве, происходит временный коллапс функции совместного мышления [6, 7]. В этом состоянии динамическая матрица перестает выполнять свою основную аналитическую функцию [8].

Ответом на такой коллапс становится бессознательная коллективная защитная перестройка группового процесса. Вместо совместного исследования эмоциональной реальности группа бессознательно организует пространство, минимизирующее контакт с наиболее болезненными переживаниями. Коммуникация становится более поверхностной, свободные ассоциации постепенно исчезают, снижается эмоциональная насыщенность обсуждения, возрастает количество интеллектуализации, идеализации, бытовых разговоров или других способов избегания травматического материала. Именно это состояние мы рассматриваем как групповое психическое убежище.

Согласно предлагаемой модели, дальнейшее развитие процесса может происходить по трем различным сценариям.

Первый сценарий заключается в том, что даже после травматического события аналитическая способность группы оказывается достаточной для переработки переживаний. В этом случае временное усиление защит не приводит к формированию психического убежища, а группа сохраняет рабочую динамическую матрицу и постепенно интегрирует травматический опыт.

Второй сценарий предполагает формирование переходного группового психического убежища. Временное ограничение контакта с травматическим материалом позволяет группе избежать более глубокой дезорганизации и сохранить собственную целостность. По мере восстановления способности к совместному мышлению, своевременных интерпретаций и возобновления эмоциональной коммуникации группа постепенно выходит из убежища. В этом случае психическое убежище выполняет функцию своеобразного

психологического моратория, создавая условия для последующей переработки травматического опыта.

Третий сценарий развивается тогда, когда убежище становится устойчивой формой существования группы. Защитная организация перестает быть временной и начинает определять функционирование всей динамической матрицы. Избегание эмоциональной реальности приобретает хронический характер, снижается способность к символизации и аналитическому мышлению, а сама группа постепенно утрачивает свой терапевтический потенциал. В этих условиях психическое убежище превращается из адаптивной защиты в патологическую организацию, препятствующую дальнейшему развитию.

Таким образом, предлагается рассматривать групповое психическое убежище не как статическое образование, а как динамический процесс. Его клиническое значение определяется не только особенностями защитной организации, но прежде всего ее функцией, продолжительностью существования и способностью группы восстановить аналитическое мышление. Именно фактор времени в сочетании с эффективностью терапевтических интервенций определяет, станет ли психическое убежище переходным этапом восстановления или хронической формой патологического функционирования группы.

Предлагаемая модель позволяет по-новому интерпретировать роль терапевта. Его задача состоит не в немедленном разрушении защитной организации группы, а в распознавании момента, когда временно необходимая защита начинает препятствовать развитию. Следовательно, терапевтическое вмешательство направлено не столько против существования психического убежища как такового, сколько против его хронизации.

Клинические признаки группового психического убежища

Если рассматривать групповое психическое убежище как самостоятельный феномен групповой динамики, возникает практический вопрос: каким образом терапевт может распознать его формирование? Наши клинические наблюдения позволяют предположить, что переход группы в психическое убежище сопровождается не отдельным симптомом, а характерным изменением функционирования всей динамической матрицы. Ни один из описанных ниже признаков не является специфичным сам по себе. Однако их одновременное появление и постепенное нарастание позволяют говорить о формировании группового психического убежища.

Первым и наиболее заметным признаком становится **снижение способности группы к свободному ассоциированию.** Вместо естественного развития ассоциативного процесса обсуждение приобретает линейный, заранее предсказуемый характер. Возникают длительные монологи, повторение уже известных тем, исчезает способность группы совместно развивать возникающий материал.

Одновременно происходит **заметное обеднение эмоциональной жизни группы**. Несмотря на наличие объективно значимых или травматических событий, эмоциональные реакции становятся слабыми, однообразными или полностью отсутствуют. Создается впечатление, что наиболее болезненные переживания перестают существовать в общем психическом пространстве группы.

Следующим характерным феноменом становится **замещение аналитической работы обсуждением бытовых, интеллектуальных или отвлеченных тем**. Коммуникация продолжается, однако ее функция изменяется. Разговор поддерживает контакт между участниками, но перестает выполнять аналитическую задачу исследования бессознательных процессов. Формируется своеобразная иллюзия активной групповой работы при фактическом избегании эмоционально значимого материала.

Характерным признаком является также **избегание травматического содержания**. Группа может обходить молчанием события, которые объективно определяют ее эмоциональное состояние, либо упоминать их исключительно в описательной форме без исследования возникающих чувств, фантазий и переносных реакций. В результате травматический опыт оказывается изолированным от аналитического процесса.

По мере развития психического убежища **снижается способность группы к символизации**. Сновидения становятся реже или обсуждаются поверхностно, уменьшается количество метафорических образов и спонтанных ассоциаций, ослабевает способность связывать внешние события с внутренней психической реальностью. Коммуникация становится преимущественно конкретной и описательной.

Во многих случаях наблюдается **усиление идеализации терапевта, отдельных участников или самой группы**. Подобная идеализация нередко сопровождается переживанием особой безопасности внутри группы, исключающей необходимость исследования возникающих напряжений и конфликтов. Парадоксально, но именно чрезмерное ощущение спокойствия и отсутствия конфликтов может свидетельствовать

не о зрелости группы, а о формировании коллективной защитной организации.

Еще одной особенностью становится **изменение субъективного переживания времени**. Группа словно перестает двигаться вперед. Одни и те же темы повторяются на протяжении многих встреч без появления нового понимания, а ощущение развития аналитического процесса постепенно исчезает. Возникает своеобразная временная стагнация, напоминающая описанную Джоном Стайнером вневременность индивидуального психического убежища.

Наконец, существенным диагностическим признаком является **изменение характера переноса и контрпереноса**. Терапевт может испытывать желание отказаться от интерпретаций, поддерживать поверхностную коммуникацию или бессознательно присоединяться к коллективному избеганию болезненных переживаний. Именно поэтому осознание собственного контрпереноса и регулярная супервизия приобретают особое значение при работе с подобными группами.

Представленные признаки следует рассматривать не как формальные диагностические критерии, а как клинические ориентиры. Их значение определяется не отдельными проявлениями, а общей организацией группового процесса. Чем больше признаков одновременно присутствует в динамической матрице и чем устойчивее они сохраняются во времени, тем выше вероятность того, что группа функционирует в режиме психического убежища.

Клинические иллюстрации

Для проверки предложенной модели были проанализированы два клинических случая, в которых наблюдалось формирование группового психического убежища. Несмотря на существенные различия в условиях работы и характере травматического события, анализ проводился по единой схеме. Такой подход позволяет рассматривать клинические наблюдения не как самостоятельные описания, а как материал для сопоставления с предложенной теоретической моделью.

Каждый случай анализировался по следующим параметрам:

- **Контекст группы.** Рассматриваются особенности группы, имеющие значение для понимания дальнейшей динамики: состав участников, этап развития группы, условия проведения терапии и характер отношений с более широкими социальными системами.
- **Травматическое событие.** Определяется событие или совокупность обстоятельств, приведших к резкому возрастанию эмоциональной нагрузки и нарушению способности группы к совместной переработке переживаний.
- **Формирование группового психического убежища.** Анализируется последовательность изменений групповой динамики, приведших к возникновению коллективной защитной организации.
- **Клинические признаки убежища.** Описываются наблюдаемые проявления, соответствующие предложенным диагностическим критериям: изменение характера свободных ассоциаций, эмоциональной жизни группы, символизации, коммуникации, переносных процессов и отношения к травматическому материалу.
- **Терапевтические интервенции.** Рассматриваются вмешательства терапевта, направленные на распознавание группового психического убежища, повышение осознавания происходящих процессов и восстановление аналитической функции группы.
- **Выход из группового психического убежища.** Анализируется динамика восстановления аналитического процесса, изменения эмоциональной коммуникации, возвращение способности к символизации и совместному осмыслению травматического опыта.
- **Исход.** Оценивается влияние пережитого опыта на дальнейшее развитие группы и определяется, соответствовал ли наблюдаемый процесс переходному или хроническому варианту группового психического убежища.

Использование единой схемы анализа позволяет сопоставить оба случая между собой и определить, насколько они соответствуют предложенной модели формирования и развития группового психического убежища. Особое внимание уделяется не самим травматическим событиям, а изменениям динамической матрицы группы, возникающим в ответ на них, а также условиям, определяющим переход защитной организации от временной адаптивной функции к патологической фиксации.

Случай 1. Переходное групповое психическое убежище как ответ на внешнюю угрозу

Контекст

Группа проводилась в отделении лечения зависимостей Специальной психиатрической больницы в Ковине. Все участники одновременно являлись пациентами отделения, поэтому аналитическая группа функционировала в постоянном взаимодействии с больничной системой и жизнью отделения. Сессии проходили два раза в неделю,

период наблюдения длился с июня 2022 года по сентябрь 2023 года.

На протяжении наблюдаемого периода группа демонстрировала устойчивое аналитическое функционирование. Участники свободно ассоциировали, исследовали возникающие чувства и связывали актуальные события своей жизни с личной историей и бессознательными конфликтами. Группа в целом выполняла контейнирующую функцию, позволяя перерабатывать интенсивные переживания.

Травматическое событие

Ситуация изменилась после поступления в отделение пациента, активно вовлекавшего других больных в деструктивные формы поведения. Он систематически обесценивал лечение, склонял пациентов к прекращению терапии и предпринимал попытки распространения наркотиков внутри отделения. Хотя впоследствии его действия были выявлены администрацией больницы и он был исключен из терапевтического сообщества, уже само появление подобной угрозы существенно нарушило чувство безопасности группы.

Для участников группы эта ситуация оказалась не просто внешним событием, а фактором, резко повысившим уровень тревоги и разрушившим ощущение защищенности, необходимое для аналитической работы.

Формирование группового психического убежища

После возникновения угрозы динамика группы заметно изменилась. Если ранее участники свободно обсуждали собственные переживания и связывали происходящие события с внутренним опытом, то теперь аналитический процесс практически остановился.

Свободные ассоциации постепенно исчезли. Вместо исследования эмоционального опыта группа все чаще погружалась в продолжительное молчание или обсуждение нейтральных бытовых тем. Переживания, связанные с происходящими событиями в отделении, практически не затрагивались, несмотря на их очевидную значимость для всех участников.

С точки зрения предложенной модели эти изменения свидетельствовали о формировании группового психического убежища. Группа ограничила контакт с наиболее болезненными переживаниями, временно отказавшись от аналитической переработки травматического опыта.

Клинические признаки

В рассматриваемом случае наблюдалось большинство описанных ранее признаков группового психического убежища:

- исчезновение свободных ассоциаций;
- выраженное эмоциональное обеднение;
- замещение аналитической работы бытовыми разговорами;
- избегание обсуждения травматической ситуации;
- временная остановка развития группового процесса.

Совокупность этих изменений свидетельствовала не о снижении активности отдельных участников, а об изменении функционирования всей динамической матрицы.

Терапевтические интервенции

Решающим моментом стало появление первого открытого высказывания о страхе. Один из участников предположил, что некоторые члены группы могут быть связаны с пациентом, распространявшим наркотики. Это высказывание стало точкой восстановления аналитического процесса.

В дальнейшем терапевтические интервенции были направлены не на обсуждение внешних обстоятельств как таковых, а на исследование возникающих чувств. Постепенно в группе появились переживания страха, гнева, бессилия и разочарования. Значительная часть агрессии была адресована терапевту, которому участники бессознательно приписывали ответственность за неспособность защитить группу. Благодаря интерпретациям переносных процессов эмоциональные переживания постепенно стали предметом совместного анализа.

Выход из психического убежища

По мере восстановления эмоциональной коммуникации группа постепенно вышла из состояния психического убежища. Возобновились свободные ассоциации, участники вновь начали связывать происходящие события со своим внутренним опытом, усилилась способность группы совместно исследовать возникающие чувства.

Пережитая ситуация перестала быть исключительно внешней угрозой и превратилась в материал для аналитической работы. Для многих участников она позволила обнаружить характерную для них тенденцию уходить из отношений в ситуации переживания опасности или недоверия.

Исход

Данный случай соответствует модели переходного группового психического убежища. Возникшая защитная организация носила временный характер и не привела к разрушению аналитической функции группы. Своевременная интерпретация позволила восстановить способность группы к совместной переработке травматического

опыта. После выхода из психического убежища наблюдалось усиление групповой сплоченности, повышение уровня доверия и расширение способности участников выдерживать интенсивные эмоциональные переживания без необходимости коллективного ухода в защитное образование.

Случай 2. Формирование группового психического убежища под влиянием индивидуального психического убежища одного из участников

Контекст

Второй случай относится к аналитической группе, проводившейся в частной практике в Белграде. Период наблюдения составил около трех лет. Группа начала работу вскоре после двух массовых убийств, произошедших в Сербии в мае 2023 года. Эти события оказали глубокое влияние на все общество и стали частью эмоционального контекста, в котором формировалась динамическая матрица группы.

Один из участников (далее — пациент С.) потерял близкого человека во время трагедии. Остальные участники не были затронуты столь непосредственно, однако переживали последствия коллективной травмы. Таким образом, группа одновременно существовала в пространстве общего травматического опыта и различной степени индивидуальной вовлеченности в него.

Травматическое событие

Для пациента С. массовое убийство стало тяжелой психической травмой, сопровождавшейся утратой значимого объекта. В ходе аналитической работы стало очевидно, что переживание утраты периодически сменялось состоянием эмоциональной недоступности, в котором практически отсутствовал контакт как с собственными чувствами, так и с реальностью произошедшего.

Постепенно стало очевидно, что речь идет не только об индивидуальном психическом убежище пациента, но и о его влиянии на функционирование всей группы.

Формирование группового психического убежища

Первоначально изменения наблюдались преимущественно у пациента С. Он избегал обсуждения утраты, постоянно переводил разговор на общие темы, отвергал любые попытки исследования собственных переживаний и поддерживал поверхностную коммуникацию. Однако со временем аналогичные изменения начали проявляться и в работе всей группы.

Участники все реже возвращались к травматическому материалу, предпочитая обсуждать нейтральные темы. Вместо совместного исследования переживаний возникала своеобразная коллективная договоренность не приближаться к эмоционально наиболее болезненным аспектам опыта пациента С. Постепенно индивидуальное психическое убежище стало организующим фактором всей динамической матрицы.

Клинические признаки

В период формирования группового психического убежища наблюдались следующие признаки:

- избегание обсуждения травматического опыта;
- преобладание поверхностной коммуникации;
- эмоциональное обеднение группового процесса;
- усиление идеализации терапевта и группы;
- снижение способности к символизации;
- постепенное вовлечение остальных участников в коллективное избегание болезненных переживаний.

Особенно показательным было то, что сама группа воспринимала подобное состояние как спокойное и безопасное, хотя аналитический процесс практически остановился.

Терапевтические интервенции

Постепенное осознавание группового психического убежища происходило не только благодаря интерпретациям терапевта, но и через символический материал, возникавший в группе.

Одним из наиболее значимых эпизодов стал сон пациента С., увиденный в начале терапии. Во сне он плыл к тонущему «Титанику», неся на спине погибшего близкого человека. Поднимаясь на борт по канатам, он видел терапевта, который стоял неподвижно и не помогал ему. Несмотря на предупреждения окружающих о том, что корабль тонет, пациент продолжал подъем, испытывая чувство собственной правоты и убежденность, что опасность преувеличена. Лишь оказавшись на палубе, он понял, что корабль действительно идет ко дну.

При последующем обсуждении сна пациент рассказал, что с детства восхищался героем фильма «Титаник», погибшим ради спасения любимой женщины, и неоднократно фантазировал о подобной героической смерти. Это позволило увидеть двойственную природу его психического убежища. С одной стороны, оно сохраняло внутреннюю связь с утраченным объектом и защищало от невыносимой боли утраты. С другой — оно представляло собой саморазрушительное образование, поддерживавшее суицидальные фантазии и препятствовавшее переживанию горя. Для группы этот сон оказался первым символическим изображением природы того

пространства, в которое постепенно втягивались все участники.

Не менее важным оказался эпизод, возникший значительно позже. Во время обсуждения физических явлений разговор зашел о черных дырах. Используя эту тему как возможность для интерпретации происходящего в группе, терапевт задал вопрос: «Интересно, есть ли сейчас в нашей группе черная дыра?» После короткого периода молчания пациент С. сказал, что чувствует себя черной дырой в группе и что затягивает в свою черную дыру и других участников группы.

Эта метафора стала переломным моментом терапии. Впервые пациент смог осознать, что его индивидуальное психическое убежище перестало быть исключительно внутренним процессом и стало организующим фактором групповой динамики. Одновременно и сама группа получила возможность увидеть происходящее не как совокупность индивидуальных трудностей, а как коллективный процесс, в котором все участники бессознательно поддерживали существование группового психического убежища.

Выход из психического убежища

По мере восстановления способности группы выдерживать интенсивные переживания начали возвращаться свободные ассоциации и эмоциональная коммуникация. Вместо коллективного избегания участники стали постепенно исследовать переживания утраты, вины, страха, бессилия и горя. Это позволило группе вновь выполнять контейнирующую функцию, необходимую для процесса проживания утраты.

Исход

В отличие от первого случая, групповое психическое убежище в данном примере оказалось значительно более устойчивым. Его существование поддерживалось не внешней угрозой, а постоянным воздействием индивидуального психического убежища одного из участников на динамическую матрицу группы. Вместе с тем постепенное восстановление аналитической функции подтвердило, что даже в подобных условиях групповое психическое убежище может быть преодолено при условии сохранения способности группы к совместному мышлению и своевременных терапевтических интервенций.

Данный случай демонстрирует иной механизм формирования группового психического убежища. Если в первом наблюдении определяющим фактором стала внешняя угроза, то здесь коллективная защитная организация возникла вследствие распространения индивидуального психического убежища на групповую динамику. Это позволяет предположить существование различных путей формирования одного и того же группового феномена.

Механизм формирования группового психического убежища

На основании представленных клинических наблюдений можно предположить, что формирование группового психического убежища представляет собой последовательный психодинамический процесс, возникающий в ответ на перегрузку аналитической функции группы.

Исходным условием является появление травматического события, интенсивность которого превышает способность группы к совместной переработке эмоционального опыта. При обычном функционировании аналитическая группа выполняет контейнирующую функцию: возникающие аффекты становятся предметом свободных ассоциаций, символизации и совместного осмысления. Именно этот процесс позволяет постепенно интегрировать эмоциональный опыт в психическую жизнь группы.

После тяжелой травмы интенсивность переживаний может оказаться настолько высокой, что возможности динамической матрицы по их переработке временно исчерпываются. В результате нарушается способность группы удерживать эмоциональное напряжение, не прибегая к массивным коллективным защитам. Можно говорить о своеобразном коллапсе аналитической функции группы.

Одним из первых проявлений этого процесса становится снижение способности к символизации, которое сопровождается нарушением процессов ментализации и превращения аффективного опыта в осмысленные психические представления [9]. Исчезают свободные ассоциации, уменьшается количество сновидений, образов и метафор, эмоционально насыщенные переживания перестают превращаться в материал совместного мышления. Коммуникация становится преимущественно конкретной, описательной или интеллектуализированной.

Параллельно происходит постепенное изменение характера групповых отношений. Вместо исследования эмоциональной реальности группа начинает организовывать взаимодействие таким образом, чтобы минимизировать контакт с наиболее болезненными переживаниями. Возникает коллективное избегание травматического материала. Эмоциональная жизнь группы становится беднее, обсуждение смещается к нейтральным темам, усиливаются различные формы психологической дистанции.

По мере усиления коллективного избегания происходит перестройка всей динамической матрицы. Защитная организация начинает определять функционирование группы в целом. Одним из механизмов стабилизации такого состояния становится идеализация терапевта, отдельных участников или самой группы. Переживание безопасности начинает поддерживаться не способностью группы перерабатывать переживания, а отсутствием соприкосновения с ними.

Таким образом формируется групповое психическое убежище — коллективное защитное образование, временно ограничивающее контакт группы с психической реальностью. В этот период эмоциональное напряжение уменьшается, однако одновременно снижается способность группы к развитию. Аналитическая функция временно уступает место защитной.

Дальнейшее развитие процесса определяется продолжительностью существования этого защитного образования и возможностью восстановления аналитической функции группы. Если по мере снижения интенсивности травматических переживаний и благодаря терапевтическим интервенциям группа вновь начинает выдерживать эмоциональное напряжение, восстанавливаются свободные ассоциации, символизация и совместное мышление. В этом случае групповое психическое убежище выполняет переходную адаптивную функцию.

Если же защитная организация становится устойчивым способом функционирования группы, избегание постепенно превращается в хронический принцип организации динамической матрицы. Аналитический процесс утрачивает способность к развитию, а психическое убежище становится патологической формой существования группы.

Предлагаемый механизм позволяет объяснить, почему возникновение группового психического убежища не следует рассматривать исключительно как негативное явление. Само по себе оно представляет собой закономерную защитную реакцию группы на перегрузку ее аналитической функции. Патологическим становится не возникновение убежища, а невозможность выхода из него после восстановления способности группы к совместной переработке эмоционального опыта.

Обсуждение

Представленные клинические наблюдения позволяют по-новому взглянуть на концепцию психического убежища применительно к групповому анализу. Хотя исходной теоретической основой настоящей работы послужила концепция Джона Стайнера, результаты анализа позволяют предположить, что при рассмотрении групповых процессов она нуждается в определенном расширении [10].

Стайнер рассматривал психическое убежище как патологическую защитную организацию, препятствующую развитию личности и аналитического процесса. В этой модели убежище представляет собой пространство, в котором пациент избегает контакта с психической реальностью, а основной терапевтической задачей становится распознавание и постепенное преодоление этой защитной организации. Представленные в настоящей работе наблюдения не противоречат данной концепции, однако позволяют предположить, что при работе с травмой подобная оценка оказывается недостаточной. В условиях экстремальной психической перегрузки временное ограничение контакта с наиболее болезненными переживаниями может выполнять функцию сохранения способности группы к дальнейшему развитию.

Такое понимание согласуется с основными положениями группового анализа З.Г. Фулкса. Если рассматривать группу как самостоятельную систему отношений, обладающую собственной динамической матрицей, то и защитные процессы следует понимать не только как индивидуальные, но и как групповые феномены. В этом случае групповое психическое убежище представляет собой не простую сумму индивидуальных защит участников, а особое состояние самой динамической матрицы, при котором коллективная защитная организация временно заменяет аналитическую функцию группы.

Предлагаемая интерпретация также развивает идеи М. Мойович о возможности существования позитивного группового психического убежища [4, 11]. Представленный материал позволяет уточнить эту концепцию. На наш взгляд, решающее значение имеет не оценка убежища как позитивного или негативного, а анализ его функции и динамики. Именно поэтому более продуктивным представляется различение переходного и хронического группового психического убежища. В первом случае защитная организация носит временный характер и завершается восстановлением аналитической функции группы. Во втором она становится устойчивым способом функционирования динамической матрицы, препятствуя дальнейшему развитию.

Полученные наблюдения во многом согласуются и с современными представлениями о психической травме. Последние исследования груп-

повой психотерапии травмы также показывают, что первоначальное ограничение контакта с травматическим материалом может выполнять временную регулирующую функцию, создавая условия для постепенного восстановления способности группы к совместной переработке переживаний [12, 13]. Большинство современных моделей рассматривают первоначальное избегание травматического опыта как закономерную реакцию психики на чрезмерную эмоциональную перегрузку. Терапевтическая задача заключается не в немедленном разрушении защит, а в постепенном восстановлении способности человека или группы выдерживать и символизировать травматические переживания. С этой точки зрения групповое психическое убежище может рассматриваться как одна из форм коллективной регуляции аффекта, возникающая при временной утрате аналитической функции группы.

Особый интерес представляет механизм формирования группового психического убежища. Представленные случаи позволяют предположить существование по меньшей мере двух различных путей его возникновения. В первом случае коллективная защитная организация сформировалась вследствие внешней угрозы, превысившей возможности группы по переработке эмоционального опыта. Во втором случае определяющим фактором стало распространение индивидуального психического убежища одного из участников на динамическую матрицу всей группы посредством процессов переноса, проективной идентификации и феномена эквивалентности. Несмотря на различие исходных механизмов, оба процесса завершились формированием сходной защитной организации, обладавшей общими клиническими признаками.

Практическое значение предлагаемой модели заключается в изменении терапевтической стратегии. Если рассматривать любое групповое психическое убежище исключительно как патологический феномен, естественным становится стремление как можно быстрее вывести группу из этого состояния. Однако представленные наблюдения позволяют предположить, что конфронтация с коллективной защитой может оказаться преждевременной, если группа еще не восстановила способность выдерживать интенсивные аффекты. В подобных ситуациях задачей терапевта становится не разрушение психического убежища как такового, а постоянная оценка того, сохраняет ли оно адаптивную функцию или уже превратилось в хроническую форму избегания психической реальности.

Таким образом, предложенная концепция не отвергает классическое понимание психического убежища, а расширяет его применительно к групповому анализу и работе с психической травмой. Современное развитие группового анализа характеризуется переходом от понимания отдельных феноменов групповой динамики как статических образований к их рассмотрению как непрерывных процессов, разворачивающихся в изменяющейся динамической матрице группы [14]. В этом контексте групповое психическое убежище представляется возможным рассматривать не как фиксированное патологическое образование, а как процесс, клиническое значение которого определяется его функцией, продолжительностью существования и влиянием на восстановление аналитической функции группы.

Заключение

Представленные клинические наблюдения и их теоретический анализ позволяют сформулировать следующие выводы.

Во-первых, групповое психическое убежище следует рассматривать как самостоятельный феномен групповой динамики, возникающий на уровне динамической матрицы группы и не сводимый к простой совокупности индивидуальных защит ее участников.

Во-вторых, формирование группового психического убежища представляет собой закономерную реакцию на ситуацию, в которой интенсивность травматического опыта временно превышает способность группы к его совместной переработке. В основе этого процесса лежит нарушение аналитической функции группы, сопровождающееся снижением символизации, коллективным избеганием травматического материала и формированием общей защитной организации.

В-третьих, групповое психическое убежище не следует рассматривать исключительно как патологическое явление. В условиях тяжелой психической травмы оно может выполнять переходную адаптивную функцию, временно защищая группу от более глубокой дезорганизации и сохраняя возможность последующего восстановления аналитического процесса.

В-четвертых, клиническое значение группового психического убежища определяется не фактом его возникновения, а его функцией, продолжительностью существования и влиянием на дальнейшее развитие группы. В этой связи представляется целесообразным различать переходное и хроническое групповое психическое убежище как две различные формы организации групповой динамики.

В-пятых, предложенная модель имеет практическое значение для групповой психотерапии. Задача терапевта состоит не в немедленном разрушении коллективной защитной организации, а в распознавании ее функции и выборе такого момента интервенции, когда группа вновь приобретает способность выдерживать интенсивные аффекты, символизировать переживания и восстанавливать аналитическое мышление.

Предлагаемая концепция не противоречит классической модели психического убежища Джона Стайнера, а развивает ее применительно к групповому анализу и работе с психической травмой. Она позволяет рассматривать групповое психическое убежище как динамический процесс, клиническое значение которого определяется не самим существованием защитной организации, а ее ролью в сохранении или утрате способности группы к развитию.

Представленная модель основана на анализе двух клинических наблюдений и носит характер теоретического обобщения. Ее дальнейшая разработка требует накопления нового клинического материала, уточнения диагностических критериев группового психического убежища и изучения факторов, определяющих переход защитной организации от временной адаптивной функции к хронической патологической форме.

Литература

1. Steiner J. Psychic retreats: pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients. London: Routledge; 1993.
2. Foulkes SH, Anthony EJ. Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach. London: Karnac Books; 1965.
3. Foulkes SH. Problems of the large group. B: Foulkes SH. Selected Papers of S.H. Foulkes: Psychoanalysis and Group Analysis. London: Karnac Books; 1990. p. 249–269.
4. Mojović M. Group psychic retreats. Belgrade: Group Analytic Society Belgrade; 2007.
5. Bion WR. Learning from experience. London: Heinemann; 1962.
6. Herman JL. Trauma and recovery: the aftermath of violence — from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books; 1997.
7. Bion WR. Experiences in groups and other papers. London: Routledge; 2004.
8. Hopper E. Traumatic experiences in the unconscious life of groups. London: Jessica Kingsley Publishers; 2003.
9. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press; 2002.
10. Tamas N. Some thoughts on psychic retreats. British Journal of Psychotherapy. 2016;32(1):65–78. https://doi.org/10.1111/bjp.12196
11. Mojović M. Manifestations of psychic retreats in social systems. B: Hopper E, Weinberg H, ред. The Social Unconscious in Persons, Groups and Societies. London: Karnac Books; 2011. p. 209–234.
12. Weinberg H, Nuttman-Shwartz O, Gilmore M. Trauma groups: an overview. Group Analysis. 2005;38(2):187–202. https://doi.org/10.1177/0533316405052378
13. Weinberg H. Social trauma and the social unconscious — using the large group for healing. B: Leiderman LM, Buchele BJ, ред. Advances in Group Therapy Trauma Treatment. Routledge; 2025. p. 145–157.
14. Hopper E. The tripartite matrix in the developing theory and expanding practice of group analysis. London: Routledge; 2024.

Первичная психогенная депрессия: модель патогенеза, основанная на нарушении реализации мобилизационного импульса

Тор Ю.Н.[1, 2]*, *Обрадович Д.И.*[3]

[1] Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия.
[2] Институт «Исида», Нови Сланкамен, Сербия.
[3] Кафедра фармакологии, медицинский факультет, Белградский университет, Белград, Сербия.

Аннотация

Цель Целью данной работы является разработка теоретико-клинической психобиологической модели патогенеза первичной психогенной депрессии и обоснование этиотропного подхода к психотерапии.

Методы В работе применен теоретический анализ психодинамических, нейробиологических и клинических исследований депрессии, а также анализ клинических наблюдений, полученных в ходе применения интегральной каузальной психотерапии при лечении депрессивных расстройств.

Результаты Предложена модель, согласно которой центральным патогенетическим механизмом первичной психогенной депрессии является хроническая невозможность завершения мобилизационного импульса, возникающего при попытке удовлетворения экзистенциально значимых потребностей. В ситуациях такого рода хроническая блокировка действия ассоциируется с формированием фронто-лимбического конфликта и мезолимбической дофаминергической гипоактивности, способствующих развитию выученной беспомощности, снижению агентности и формированию устойчивого депрессивного синдрома. На основе модели сформулированы ключевые терапевтические мишени и предложен этиотропный подход к психотерапии, направленный на восстановление доступа к мобилизационному импульсу и способности к реализации действия.

Выводы Предлагаемая модель позволяет интегрировать психодинамические и нейробиологические представления о депрессии в рамках единого патогенетического механизма и может рассматриваться как теоретическая основа для разработки этиотропных психотерапевтических вмешательств при первичной психогенной депрессии.

Ключевые слова: депрессия; патогенез; психотерапия; агрессия; мобилизационный импульс; дофамин.

Получено: 10 мая 2026 г.
Принято: 1 августа 2026 г.
Опубликовано: 30 сентября 2026 г.

Для цитирования:
Тор ЮН, Обрадович ДИ. Первичная психогенная депрессия: модель патогенеза, основанная на нарушении реализации мобилизационного импульса. *Psychotherapy Science Today*. 2026;2(3):45–54. https://doi.org/10.64435/MTDP2961

OPEN ACCESS

© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Введение

Депрессивные расстройства относятся к наиболее распространенным психическим заболеваниям и являются одной из ведущих причин снижения качества жизни, социальной дезадаптации и утраты трудоспособности во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессией страдают около 280 миллионов человек, что составляет приблизительно 3,8% населения мира [1]. При этом у значительной части пациентов наблюдается не единичный депрессивный эпизод, а рецидивирующее течение заболевания. Риск рецидива возрастает с каждым новым эпизодом, а основная часть бремени депрессии связана именно с хроническим и рекуррентным течением заболевания [2, 3].

Несмотря на значительный прогресс в области психофармакологии и психотерапии, проблема рецидивов депрессии остается в значительной степени нерешенной. Мета-анализы

* Автор для корреспонденции, e-mail: yuri.tor@aipp.education.

показывают, что даже после успешного лечения риск повторного эпизода остается высоким. Так, после когнитивно-поведенческой терапии повторный эпизод униполярной депрессии развивается примерно у 29% пациентов в течение первого года и более чем у 54% — в течение двух лет после завершения лечения [4]. После прекращения терапии антидепрессантами рецидив в течение последующего года развивается примерно у 56% пациентов [5]. Современные подходы к профилактике рецидивов депрессии демонстрируют ограниченную эффективность и не устраняют проблему повторных эпизодов заболевания [6].

Подобная ситуация указывает на фундаментальную проблему современной терапии депрессий: несмотря на большое количество терапевтических подходов и теоретических попыток объяснить причины возникновения депрессии, в науке отсутствует патогенетическая модель депрессии, способная объяснить ключевой механизм возникновения симптомов и обеспечить разработку этиотропного лечения, исключающего или сводящего к минимуму рецидивы.

Дополнительную сложность представляет гетерогенность самих депрессивных расстройств. В современных классификаторах психических расстройств к депрессивному спектру относятся различные нозологические единицы, включая рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод, дистимию, биполярное аффективное расстройство, смешанные тревожно-депрессивные состояния, расстройства адаптации с депрессивной симптоматикой и ряд других состояний. Это указывает на вероятную неоднородность патогенетических механизмов депрессии и маловероятность создания универсальной модели, одинаково применимой ко всем вариантам депрессивной патологии.

Целью данной статьи является представление теоретико-клинической модели патогенеза одного из видов депрессивных расстройств — первичной психогенной депрессии — и обоснование этиотропного подхода к психотерапии, направленного на устранение предполагаемого ключевого звена патогенетического механизма данного типа депрессии. Предлагаемая модель сформулирована в рамках интегральной каузальной психотерапии* и интегрирует психодинамические, нейробиологические и клинические представления о патогенезе депрессивных расстройств в рамках единого механизма.

Ключевые понятия и определения

Модель исходит из предположения, что депрессивные расстройства представляют собой патогенетически неоднородные состояния, которые можно разделить на две группы и четыре типа в соответствии с причинным механизмом:

Группа I. Соматогенные — депрессии, обусловленные патологическими процессами в организме.

- **Первичные соматогенные (эндогенные) депрессии** связаны с нейромедиаторными дисфункциями.
- **Вторичные соматогенные депрессии** связаны с патологиями органов и систем, которые опосредуют нарушения в работе нейромедиаторов — это сосудистые, метаболические, связанные с хронической болью, приемом психоактивных веществ и другие патологические процессы.

Группа II. Психогенные — депрессии, вызванные реакцией субъекта на жизненные обстоятельства и не обусловленные соматическими патологиями.

- **Первичные психогенные депрессии** развиваются непосредственно в ответ на жизненные обстоятельства.
- **Вторичные психогенные депрессии** развиваются как коморбидные состояния при других психических заболеваниях (личностных расстройствах, посттравматических расстройствах и др.).

В рамках данной статьи рассматривается патогенез первичной психогенной депрессии (далее — ППД), которая в данной модели понимается как самостоятельное расстройство, возникающее как реакция личности на жизненные обстоятельства и не обусловленное соматическими патологическими процессами или имеющимися психическими расстройствами.

Таким образом, предлагаемая модель не претендует на объяснение патогенеза депрессии в целом, а описывает только один из ее типов. Выделение первичной психогенной депрессии как отдельного патогенетического типа депрессии необходимо для разработки дифференцированных этиотропных психотерапевтических вмешательств.

Теоретические основания

Модель первичной психогенной депрессии опирается на психодинамическую традицию понима-

* Интегральная каузальная психотерапия — психотерапевтический подход, основанный Ю. Тором и фокусирующийся на выявлении ключевых патогенетических механизмов психических расстройств и разработке психотерапевтических протоколов, направленных на их устранение.

ния депрессии и современные данные нейробиологии депрессивных расстройств, исследования мотивации и психофизиологической регуляции в условиях хронического стресса.

Одними из ранних теоретических оснований модели являются работы З. Фрейда и К. Абрахама, рассматривавших депрессию как состояние, связанное с нарушением переработки агрессии и ее направленностью внутрь психического аппарата [7, 8]. В работе «Печаль и меланхолия» Фрейд описывал меланхолию как процесс, при котором агрессивные импульсы, первоначально направленные на объект, обращаются против собственного Я [7]. К. Абрахам развивал данную концепцию, связывая депрессивные состояния с амбивалентностью, утратой объекта и аутоагрессивной динамикой [8]. В отличие от классических психоаналитических моделей, в данной статье понятие агрессии используется не как деструктивное влечение, а как естественный адаптивный механизм — аффективный компонент мобилизационного импульса, обеспечивающий переход от мотивации к действию, преодоление препятствий, защиту границ и реализацию значимых потребностей.

Важным теоретическим основанием модели являются современные представления о роли мезолимбической дофаминергической системы в формировании мотивации, агентности и ангедонии. Исследования показывают, что прилежащее ядро, вентральный стриатум и связанные с ними фронтальные структуры участвуют не только в переживании удовольствия, но прежде всего в механизмах инициирования действия, оценки значимости цели и ожидания вознаграждения [9, 10]. Нарушение функционирования данных систем рассматривается как один из ключевых механизмов ангедонии, психомоторной заторможенности и снижения мотивации при депрессии [11].

Значимы для формирования модели оказались и исследования мотивации и выученной беспомощности. Работы М. Селигмана показали, что повторяющийся опыт невозможности повлиять на ситуацию приводит к формированию устойчивого состояния беспомощности, сопровождающегося снижением инициативы, мотивации и способности к активному действию [12]. Дальнейшие исследования продемонстрировали связь выученной беспомощности с нарушениями дофаминергического подкрепления, мотивационного поведения и ожидания вознаграждения [13].

Важным источником модели являются современные исследования нейробиологии хронического стресса и эмоциональной регуляции. Показано, что длительное подавление эмоциональных реакций сопровождается дисрегуляцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (далее — HPA), гиперактивацией амигдалы, нарушением фронто-лимбических взаимодействий и снижением нейропластичности [14, 15]. Хронический стресс также связан со снижением нейротрофического фактора мозга (далее — BDNF) и нарушением дофаминергической передачи, лежащими в основе мотивационного и эмоционального дефицита при депрессии [16].

Психологический механизм патогенеза ППД

Первичная психогенная депрессия рассматривается как динамический патологический процесс, возникающий вследствие хронической блокировки мобилизационного импульса и систематического подавления его аффективного компонента — агрессии. Под мобилизационным импульсом понимается возникающее в ответ на фрустрацию экзистенциально значимых потребностей внутреннее побуждение к действию, которое сопровождается психофизиологической мобилизацией и направлено на преодоление препятствия и восстановление возможности реализации действия.

В отличие от моделей, рассматривающих депрессию преимущественно как нарушение мышления или мотивации, предлагаемая модель исходит из того, что **центральным механизмом формирования ППД является нарушение перехода от внутреннего импульса к действиям, направленным на разрешение хронической ситуации фрустрации экзистенциально значимых потребностей.**

1. Блокировка реализации экзистенциально значимых потребностей и действий

Исходным звеном патогенеза выступает хроническая фрустрация базовых потребностей в ситуациях субъективно переживаемой невозможности предпринять действия, необходимые для сохранения автономии, психологической целостности и контроля над значимыми жизненными обстоятельствами.

В отличие от неудовлетворенности ситуативных или второстепенных желаний, блокировка экзистенциально значимых потребностей воспринимается как угроза базовому психологическому существованию и сопровождается активацией агрессии как мобилизационного аффекта, направленного на преодоление препятствия.

Патогенное значение имеет не сама по себе стрессовая или неблагоприятная жизненная ситуация, а ее субъективное переживание как состояния хронической невозможности удовлетворить

критически важные потребности, сохранить автономию или изменить жизненные обстоятельства. В качестве подобных ситуаций могут выступать длительные контролирующие или зависимые отношения, хроническое психологическое давление, эмоциональное подавление, социальная несвобода и иные формы устойчивого ограничения активности субъекта.

Маркерами данного этапа являются:

- хроническая фрустрация потребностей, значимых для идентичности, автономии и психологической целостности;
- устойчивое ощущение ограничения автономии и способности влиять на жизненные обстоятельства;
- субъективное переживание угрозы базовым аспектам психологического существования.

2. Активация агрессии как аффекта мобилизации

Ключевым условием перехода к следующему этапу является сохранение экзистенциальной потребности при хронической невозможности ее реализации. Именно данное состояние запускает агрессию как мобилизационный механизм, направленный на преодоление препятствия.

На клиническом уровне этап мобилизации может проявляться:

- возникновением побуждения к изменению субъективно непереносимой ситуации;
- переживанием внутренней мобилизации;
- появлением психофизиологического напряжения.

3. Вытеснение агрессии и блокировка мобилизационного импульса

Однако при наличии устойчивых запретов на осознавание и выражение агрессии мобилизационный импульс и его аффективный компонент подвергаются систематическому подавлению или вытеснению. Источником данных запретов могут выступать ранние интроекты, страх утраты отношений, опыт наказания за проявление агрессии, выраженная зависимость от внешнего одобрения либо сформированные установки о недопустимости конфликта.

Клиническими маркерами этапа подавления мобилизационного импульса являются:

- подавление конфронтационного поведения и избегание открытого конфликта;
- рационализирующие объяснения, почему ситуация не может быть разрешена;
- снижение жизненного тонуса и настроения как биологическая реакция на кортикальное подавление симпатической активности.

4. Формирование выученной беспомощности

Переход к следующему этапу опосредован повторяющимся переживанием невозможности реализовать мобилизационный импульс. Субъект многократно сталкивается с ситуацией, в которой внутренний импульс к действию возникает, однако его реализация оказывается блокированной. Постепенно это формирует устойчивый опыт неэффективности действия и приводит к развитию выученной беспомощности [13, 16].

На данном этапе наблюдаются:

- формирование убежденности в неэффективности собственных действий по изменению глубоко фрустрирующей ситуации;
- отказ от попыток изменения ситуации или их быстрое прекращение;
- переживание утраты способности влиять на происходящее.

5. Формирование депрессивного синдрома

Хроническое блокирование перехода от мобилизационного импульса к действию приводит к невозможности завершения адаптивного поведенческого цикла. В результате возбуждение, не находящее поведенческой реализации и последующей аффективной переработки, фиксируется в форме устойчивого внутреннего напряжения и прогрессирующего истощения регуляторных и мотивационных ресурсов.

На психологическом уровне формируется устойчивое переживание внутренней мобилизации без возможности разрядки, сопровождающееся снижением агентности, утратой поведенческой инициативы и закреплением феномена беспомощности. Длительное отсутствие успешного действия и подтверждения эффективности поведенческих стратегий приводит к генерализации ожидания неэффективности собственных усилий.

На нейробиологическом уровне наблюдаются признаки дисфункции мотивационно-вознаградительных и стресс-регуляторных систем, включая мезолимбическую дофаминовую гипоактивность, снижение чувствительности системы вознаграждения и хроническую дисрегуляцию стресс-ответа, связанную с гиперактивацией HPA-оси. Формируется функциональный дисбаланс префронтально-лимбической регуляции, характеризующийся хронической гиперактивацией кортикальных механизмов ингибирования мобилизационного импульса и устойчивой блокировкой его поведенческой реализации.

Клинически данный этап проявляется:

- хронизацией диффузного психофизиологического напряжения;
- переживанием истощения при невозможности полноценного восстановления;

- ангедонией, снижением мотивационно-энергетического тонуса и самооценки.

Формируется самоподдерживающийся патологический цикл, в котором хроническая невозможность реализации мобилизационного импульса снижает агентность и усиливает феномен беспомощности, что, в свою очередь, дополнительно ограничивает способность к активному изменению ситуации и закрепляет депрессивный синдром как устойчивое психопатологическое состояние.

Нейробиологический механизм патогенеза ППД

В рамках предлагаемой модели психологические и нейробиологические процессы рассматриваются как взаимосвязанные уровни единого патогенетического механизма, которые образуют целостную динамическую систему. Их раздельное описание в рамках данной статьи носит условный характер и используется исключительно для удобства анализа отдельных аспектов патогенеза. Хроническая блокировка реализации экзистенциально значимых потребностей и систематическое подавление мобилизационного импульса сопровождаются одновременными изменениями в системах мотивационного подкрепления, эмоциональной регуляции и стрессовой адаптации.

Ключевой нейробиологический механизм: фронто-лимбический конфликт и подавление мобилизационного импульса

Центральным нейробиологическим механизмом ППД является хронический фронто-лимбический конфликт, связанный с систематическим подавлением эмоциональных и поведенческих компонентов мобилизационного импульса. Предполагается, что при наличии устойчивых запретов на переживание и выражение агрессии усиливается кортикальное ингибирование эмоциональной активации и механизмов реализации действия, что приводит к хроническому фронто-лимбическому конфликту между сохраняющейся мобилизацией и невозможностью ее завершения в действии [15].

В норме эмоциональная и физиологическая мобилизация завершается реализацией действия, направленного на преодоление препятствия или восстановление нарушенного равновесия. Однако при наличии запрещающих агрессию установок мобилизационный импульс в ситуации конфликта подвергается кортикальному торможению и не получает психической или поведенческой разрядки. В результате формируется состояние хронически незавершенной мобилизации, при котором системы эмоциональной активации сохраняют напряжение, однако реализация импульса оказывается заблокированной.

Длительное сохранение подобного режима торможения постепенно приводит к закреплению нейронных паттернов пассивного реагирования, при которых активация, связанная с потребностью в действии, автоматически подавляется еще до поведенческой реализации. В результате усиливается разрыв между субъективным переживанием необходимости изменить ситуацию и способностью инициировать соответствующее действие. Клинически это может проявляться хроническим внутренним напряжением, трудностями в осознании своих потребностей, избеганием конфликта, психомоторным торможением, переживанием бессилия и субъективной неспособностью активно влиять на происходящее.

Дополнительную роль в поддержании данного состояния предположительно играют базальные ганглии и связанные с ними механизмы торможения действия. Хроническое подавление мобилизационного импульса может сопровождаться усилением активности непрямого тормозящего пути базальных ганглиев, что приводит к усилению торможения таламокортикальной передачи [18, 19]. В результате импульс к действию не получает полноценной моторной реализации и остается «запертым» в субкортикально-стриарных кругах, поддерживая состояние хронического внутреннего напряжения и психомоторной заторможенности.

Косвенным подтверждением предлагаемой модели могут служить данные экспериментальных исследований выученной беспомощности и хронического стресса у животных. Показано, что повторяющаяся невозможность реализовать избегающее или защитное поведение сопровождается формированием поведенческой пассивности, снижением мотивационной активности и развитием состояний, сходных с депрессивным поведением [12, 17]. Данные наблюдения согласуются с предположением о том, что хроническая блокировка мобилизационного импульса может приводить к постепенному нарушению систем действия и мотивационного подкрепления.

Мезолимбическая дофаминовая гипоактивность и нарушение системы действия–вознаграждения

Одним из ключевых последствий хронической блокировки мобилизационного импульса предположительно является формирование мезолимбической дофаминовой гипоактивности. В современной нейронауке дофамин рассматривается не только как нейромедиатор удовольствия, но и как ключевой компонент системы

мотивационного прогнозирования и инициации действия. Дофаминергические нейроны вентральной тегментальной области (VTA) реагируют преимущественно на различие между ожидаемым и фактическим результатом действия — так называемую ошибку предсказания вознаграждения. В норме мобилизационный импульс проходит последовательный цикл: возникновение экзистенциально значимой потребности, мотивационная мобилизация, реализация действия и дофаминергическое подкрепление результата.

В преморбидном периоде ППД данный цикл систематически прерывается: импульс к действию возникает, однако его реализация оказывается невозможной вследствие хронического подавления и блокировки действия. В результате мобилизационный цикл остается незавершенным, а дофаминергическое подкрепление действия не происходит. Повторяющийся опыт невозможности реализовать субъективно значимое действие постепенно приводит к изменению предиктивной динамики дофаминергической системы. Мозг начинает прогнозировать неуспех действия еще до попытки его реализации. Вследствие этого снижается базальная дофаминергическая активность, ослабевает мотивационная значимость целей и нарушается способность инициировать действие даже при сохранении понимания его необходимости [20].

С данной точки зрения ангедония при ППД рассматривается не просто как утрата способности испытывать удовольствие, а как нарушение системы действие–вознаграждение, при котором субъект перестает переживать действие как потенциально эффективное [21]. Это приводит к снижению инициативы, психомоторной заторможенности, переживанию бессилия и субъективной невозможности начать деятельность.

Мезолимбическая дофаминовая гипоактивность в модели ППД рассматривается не как первичный биохимический дефицит, а как результат хронически незавершенного цикла мобилизации, при котором повторяющаяся невозможность реализовать экзистенциально значимое действие постепенно приводит к прогрессирующему нарушению процессов мотивационного подкрепления и формированию устойчивого депрессивного состояния.

Хроническая стрессовая активация и дисрегуляция HPA-оси

Третьим ключевым компонентом нейробиологического механизма ППД является хроническая стрессовая активация, связанная с длительным сохранением незавершенной мобилизации. Хроническая невозможность реализовать значимое действие при сохраняющемся внутреннем напряжении сопровождается устойчивой активацией симпатической нервной системы и HPA-оси [14].

Длительное повышение уровня кортизола и продолжительная активация стресс-реализующих систем постепенно приводят к формированию хронического перенапряжения адаптационных систем организма, сопровождающегося нарушением нейропластичности, снижением BDNF-опосредованных процессов и истощением адаптационных ресурсов [16]. Одновременно постоянная стрессовая активация поддерживает фоновую тревогу, внутреннее напряжение и переживание невозможности полноценного восстановления.

Предполагается, что сочетание фронто-лимбического торможения, мезолимбической дофаминовой гипоактивности и хронической стрессовой активации формирует устойчивый симптомокомплекс, характерный для депрессии.

С нейробиологической точки зрения ППД может рассматриваться как состояние хронического подавления мобилизационного импульса, при котором системы, обеспечивающие эмоциональную активацию, инициацию действия и стрессовую мобилизацию, остаются функционально активированными при одновременной блокировке поведенческой реализации. Длительное существование подобного состояния постепенно приводит к формированию фронто-лимбического конфликта, мезолимбической дофаминовой гипоактивности и хронической стрессовой дисрегуляции, лежащих в основе ангедонии, психомоторной заторможенности, снижения агентности и субъективной неспособности инициировать действие. По мере хронизации процесса эта патологическая система приобретает самоподдерживающийся характер.

Этиотропная психотерапия ППД

Патогенетическая модель первичной психогенной депрессии позволяет выделить ключевое патологическое ядро расстройства и определить терапевтические мишени, воздействие на которые потенциально способно разрывать патологический круг, поддерживающий этот тип депрессии. Ядро ППД связано с хроническим подавлением мобилизационного импульса, возникающего в ответ на невозможность реализации экзистенциально значимых потребностей и действий. Соответственно, этиотропное психотерапевтическое вмешательство должно быть направлено на устранение механизмов, поддерживающих хроническую блокировку действия.



Рисунок 1. **Схема патогенеза первичной психогенной депрессии**

С позиций предлагаемой модели этиотропное вмешательство предполагает легитимизацию агрессии и устранение запретов на ее переживание и выражение как центральный механизм восстановления агентности. Возобновление доступа к мобилизационному импульсу создает условия для получения опыта успешной реализации действия, субъективного переживания собственной эффективности и восстановления способности активно влиять на жизненную ситуацию.

Подобное вмешательство позволяет воздействовать одновременно на психологические и нейробиологические механизмы ППД. На психологическом уровне это сопровождается снижением внутреннего конфликта между потребностью в действии и невозможностью его реализации. На нейробиологическом уровне восстановление реализации мобилизационного импульса потенциально способствует уменьшению хронического фронто-лимбического торможения, снижению стрессовой гиперактивации и восстановлению дофаминергического подкрепления действия.

Второй значимой терапевтической мишенью является переработка хронически подавляемых негативных аффектов, связанных с вытеснением агрессивных импульсов и переживанием состояний выученной беспомощности.

Дополнительным направлением психотерапии являются интервенции, направленные на реконструкцию адаптивных паттернов мышления и поведения, которые становятся доступными

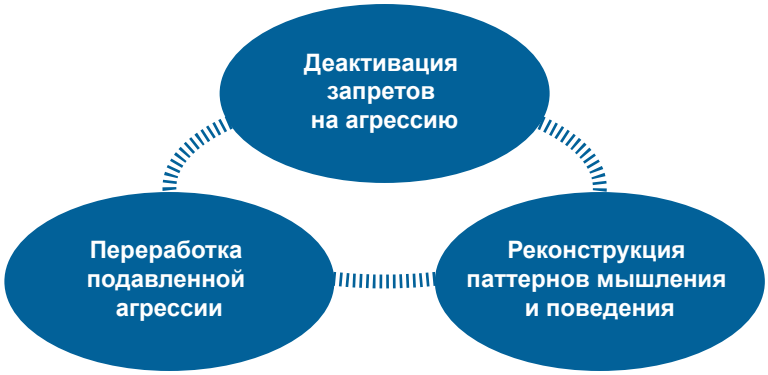


Рисунок 2. **Ключевые терапевтические мишени при первичной психогенной депрессии, согласно патогенетической модели**

после устранения центрального звена патогенеза — блокировки мобилизационного импульса. Таким образом, терапевтический эффект напрямую связан с восстановлением способности субъекта к реализации экзистенциально значимых действий и выходом из патологического круга хронически подавленной мобилизации. Схематически его можно изобразить следующим образом:

ЛЕГИТИМИЗАЦИЯ АГРЕССИИ → ОБУЧЕНИЕ НАВЫКАМ РЕАЛИЗАЦИИ МОБИЛИЗАЦИОННОГО ИМПУЛЬСА → ВОССТАНОВЛЕНИЕ АГЕНТНОСТИ → УСТОЙЧИВАЯ РЕМИССИЯ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ

Данная последовательность отражает разрыв патологического круга: нормализация агрессии восстанавливает доступ к мобилизационному импульсу, что создает условия для реализации действия и восстановления дофаминергического подкрепления, лежащего в основе мотивации, переживания собственной эффективности и способности испытывать удовлетворение.

Клинические наблюдения в контексте модели

Клинические наблюдения, полученные в ходе применения 20-сессионного протокола интегральной каузальной психотерапии при лечении депрессивных расстройств, в целом согласуются с предлагаемой моделью ППД [22].

У пациентов депрессивная симптоматика сочеталась с выраженными запретами на переживание и выражение агрессии, страхом конфликта, хроническим подавлением протеста, субъективной невозможностью отстаивать собственные границы и переживанием внутренней беспомощности. При этом наблюдаемая в ходе терапии динамика соответствовала патогенетической модели ППД: ослабление запретов на агрессию сопровождалось постепенным восстановлением мобилизации, агентности и способности к реализации значимых действий.

На начальных этапах терапии у пациентов преобладали ангедония, снижение инициативности, психомоторная заторможенность, чувство бессилия и трудности в осознании собственных агрессивных переживаний. Существенная часть терапевтической работы была направлена на легитимизацию мобилизационного аффекта путем устранения установок, запрещающих переживание и выражение агрессивных импульсов.

По мере ослабления запретов на агрессию у пациентов в ходе терапии отмечалось сначала временное повышение жизненного тонуса, эмоциональной вовлеченности, способности к переживанию мотивации и стремления активно влиять на жизненную ситуацию. На последующих этапах терапии наблюдалось постепенное восстановление агентности: пациенты сообщали об усилении уверенности в себе, повышении способности принимать решения, отстаивать собственные границы, реализовывать значимые действия и активнее влиять на жизненные обстоятельства. Одновременно снижалась выраженность ангедонии, чувства бессилия и депрессивной симптоматики. Подобная динамика может рассматриваться как восстановление ранее подавленного мобилизационного импульса.

Итогом психотерапии помимо излечения депрессии были статистически значимые положительные изменения показателей уверенности в себе, профессиональной деятельности, удовольствия от жизни и управления средой*, что согласуется с предположением о восстановлении способности к мобилизационной активности [23].

Дополнительным косвенным подтверждением объяснительной и клинической состоятельности предлагаемой модели может рассматриваться отсутствие рецидивов депрессивных эпизодов у пациентов, достигших ремиссии, в течение года наблюдения [22]. С позиций предлагаемой концепции это может объясняться тем, что терапевтическое вмешательство, направленное на устранение запретов на агрессию, воздействует на центральное звено предполагаемого патогенетического механизма ППД — подавление мобилизационного импульса. После осознания и нейтрализации подобных запретов их повторное формирование во взрослом возрасте становится маловероятным вследствие формирования устойчивого восприятия мобилизационной агрессии как необходимого механизма самозащиты, автономии и реализации значимых потребностей. Патогенетически ориентированная психотерапия потенциально может не только обеспечивать редукцию симптомов, но и снижать вероятность повторного формирования ключевого патогенетического механизма ППД.

* Управление средой — один из компонентов психологического благополучия в модели Рифф, обозначающий субъективно воспринимаемую способность эффективно управлять жизненными обстоятельствами.

Обсуждение

Предлагаемая модель рассматривает первичную психогенную депрессию как расстройство, связанное с хроническим подавлением мобилизационного импульса, возникающего в ответ на невозможность реализации экзистенциально значимых потребностей и действий. В отличие от подходов, рассматривающих депрессию преимущественно как состояние дефицита мотивации, негативного аффекта или когнитивных искажений, данная концепция предполагает, что ключевым патогенетическим механизмом ППД является хроническое нарушение перехода от внутренней мобилизации к действию.

С этих позиций ангедония, психомоторная заторможенность, беспомощность и снижение агентности рассматриваются не как первичный дефицит мотивации, а как последствия хронического нарушения реализации действия, возникающего вследствие подавления мобилизационного импульса. Предлагаемая модель также позволяет интегрировать психодинамические представления о роли подавленной агрессии в депрессии с современными данными о фронто-лимбическом конфликте, дофаминергической дисрегуляции и хронической стрессовой активации. Модель ППД не исключает участия когнитивных, личностных, социальных и биологических факторов в формировании депрессивного состояния, однако рассматривает их преимущественно как параметры, влияющие на степень блокировки мобилизационного импульса и реализации действия.

Клинические наблюдения, полученные в ходе применения интегральной каузальной психотерапии, в целом согласуются с данной концепцией. Особенно значимым представляется отсутствие рецидивов у пациентов, достигших ремиссии, в течение года наблюдения [22]. В рамках модели это может объясняться тем, что терапевтическое вмешательство направлено не только на редукцию симптомов, но и на устранение центрального патогенетического механизма — хронического подавления мобилизационного импульса.

Вместе с тем представленная модель носит гипотетический характер и требует дальнейшей эмпирической проверки. Малый размер выборки, отсутствие контрольной группы и ограниченность доступных нейробиологических данных не позволяют делать окончательные выводы о валидности предложенного механизма. Кроме того, модель применима преимущественно к первичной психогенной депрессии и не претендует на объяснение всех форм депрессивных расстройств.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на верификацию предложенной модели на более крупных выборках и изучение нейробиологических коррелятов восстановления агентности.

Заключение

Предлагаемая модель первичной психогенной депрессии рассматривает депрессивное состояние как результат хронического подавления мобилизационного импульса, возникающего в ответ на невозможность реализации экзистенциально значимых потребностей и действий. Предполагается, что центральным патогенетическим механизмом ППД является хроническая блокировка действия, сопровождающаяся нарушением дофаминергического подкрепления, снижением агентности, формированием беспомощности и развитием устойчивого депрессивного синдрома. Таким образом, первичная психогенная депрессия рассматривается не только как расстройство аффекта, но и как состояние хронически нарушенной реализации действия.

Модель позволяет интегрировать психодинамические представления о роли подавленной агрессии в депрессии с современными данными о фронто-лимбическом конфликте, дофаминергической дисрегуляции и хронической стрессовой активации. С этих позиций агрессия рассматривается прежде всего как мобилизационный аффект, обеспечивающий преодоление препятствия и реализацию действия.

На основе предложенной патогенетической модели был сформулирован этиотропный подход к психотерапии ППД, направленный на устранение запретов на переживание мобилизационного импульса и реализацию действия. Клинические наблюдения, полученные при применении протокола интегральной каузальной психотерапии, основанного на представленной модели, в целом согласуются с данной концепцией и демонстрируют перспективность патогенетически ориентированного подхода к лечению первичных психогенных депрессивных расстройств.

Таким образом, первичная психогенная депрессия рассматривается как состояние хронически незавершенной мобилизации и нарушенной реализации действия в ситуациях, которые субъект воспринимает как угрожающие экзистенциально значимым потребностям. Это позволяет рассматривать восстановление способности к активному воздействию на жизненную ситуацию не только как один из факторов симптоматического улучшения, но и как возможный центральный

механизм этиотропной психотерапии первичной психогенной депрессии. Предложенная модель требует дальнейшей эмпирической проверки, однако уже на данном этапе она позволяет сформулировать патогенетически ориентированное представление о механизмах развития и психотерапии ППД.

Литература

1. World Health Organization. Depression. WHO; 2023. Дата обращения: 25.07.2026. Доступно по: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
2. Boland RJ, Keller MB. Course and outcome of depression. В: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, ред. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. 1698–1711.
3. Monroe SM, Harkness KL. Recurrence in major depression: a conceptual analysis. Psychol Rev. 2011;118(4):655–674. https://doi.org/10.1037/a0025190
4. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. J Consult Clin Psychol. 2007;75(3):475–488. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.475
5. Lewis G, Marston L, Duffy L, et al. Maintenance or discontinuation of antidepressants in primary care. N Engl J Med. 2021;385(14):1257–1267. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2106356
6. Beshai S, Dobson KS, Bockting CLH, Quigley L. Relapse and recurrence prevention in depression: current research and future prospects. Clin Psychol Rev. 2011;31(8):1349–1360. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.003
7. Фрейд З. Печаль и меланхолия. В: Фрейд З. Собрание сочинений. Т. 14. Москва: Восточно-Европейский Институт Психоанализа; 2008. С. 205–231.
8. Абрахам К. Заметки о психоаналитическом исследовании и лечении маниакально-депрессивного помешательства и родственных состояний. В: Абрахам К. Избранные труды по психоанализу. Москва: Когито-Центр; 2009. С. 137–156.
9. Berridge KC, Robinson TE. What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? Brain Res Rev. 1998;28(3):309–369. https://doi.org/10.1016/S0165-0173(98)00019-8
10. Nestler EJ, Carlezon WA Jr. The mesolimbic dopamine reward circuit in depression. Biol Psychiatry. 2006;59(12):1151–1159. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.09.018
11. Treadway MT, Zald DH. Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. Neurosci Biobehav Rev. 2011;35(3):537–555. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.06.006
12. Seligman MEP. Helplessness: on depression, development, and death. San Francisco: Freeman; 1975.
13. Maier SF, Seligman MEP. Learned helplessness at fifty: insights from neuroscience. Psychol Rev. 2016;123(4):349–367. https://doi.org/10.1037/rev0000033
14. McEwen BS. Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. Ann N Y Acad Sci. 2004;1032:1–7. https://doi.org/10.1196/annals.1314.001
15. Drevets WC, Price JL, Furey ML. Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: implications for neurocircuitry models of depression. Brain Struct Funct. 2008;213(1–2):93–118. https://doi.org/10.1007/s00429-008-0189-x
16. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. Nature. 2008;455(7215):894–902. https://doi.org/10.1038/nature07455
17. Seligman MEP, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. J Exp Psychol. 1967;74(1):1–9. https://doi.org/10.1037/h0024514
18. Mink JW. The basal ganglia: focused selection and inhibition of competing motor programs. Prog Neurobiol. 1996;50(4):381–425. https://doi.org/10.1016/S0301-0082(96)00042-1
19. Frank MJ. Dynamic dopamine modulation in the basal ganglia: a neurocomputational account of cognitive deficits in medicated and nonmedicated Parkinsonism. J Cogn Neurosci. 2005;17(1):51–72. https://doi.org/10.1162/0898929052880093
20. Grahek I, Shenhav A, Musslick S, Krebs RM, Koster EHW. Motivation and cognitive control in depression. Neurosci Biobehav Rev. 2019;102:371–381. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.04.011
21. Husain M, Roiser JP. Neuroscience of apathy and anhedonia: a transdiagnostic approach. Nat Rev Neurosci. 2018;19(8):470–484. https://doi.org/10.1038/s41583-018-0029-9
22. Тор ЮН, Русина НА, Маковеева ПС, Швецова СВ. Этиотропная психотерапия депрессии через переработку неинтегрированной агрессии: подход в рамках интегральной каузальной психотерапии. Psychotherapy Science Today. 2025;1(1):13–21. https://doi.org/10.64435/spes8434
23. Тор Ю. Краткосрочное лечение клинической депрессии и хронических субдепрессивных состояний. Материалы III Международной конференции «Кейс-стади в психотерапии и психологическом консультировании»; 2024. https://doi.org/10.12731/Case_Study2024

Метаморфозы патриархата в цифровую эпоху: проявления социального бессознательного и групп-аналитическое понимание

*Лиолиос Константинос**

Специализированная психиатрическая практика, Ханья, Греция.

Аннотация

Постепенное, но несомненное ослабление патриархальных метаструктур стало одной из определяющих характеристик современного глобального общества. Этот процесс не ограничивается институциональными или политическими структурами, но затрагивает символические, психологические и межличностные основания социальной жизни. В данной статье исследуются причины, последствия и трансформации, связанные с упадком патриархальной власти, с интеграцией теорий социального бессознательного, символической медиации, мифологических и психоаналитических концепций, групп-аналитических процессов, а также влияния цифровой эпохи.

Эрозия патриархата дестабилизирует традиционные социальные связи, порождая фрагментацию, агрегацию и омассовление, поляризацию подгрупп и кризис символической власти. Эти процессы существенно усиливаются цифровыми технологиями, которые ослабляют вертикальные механизмы передачи норм и опыта, ускоряют аффективное заражение и реорганизуют власть, делая ее зависимой от публичной видимости. Несмотря на ослабление явных патриархальных структур, их остатки сохраняются в социальном бессознательном через защитные процессы, символические смещения и трансгенерационную передачу.

В терапевтических группах эти трансформации проявляются как вызовы лидерству, размывание границ, усиление расщепления и бессознательный поиск компенсаторных фигур власти. Групп-аналитическая психотерапия рассматривается как особое пространство для наблюдения, символизации и проработки психосоциальных последствий распада патриархата и цифрового опосредования. В статье утверждается, что современное общество находится на перепутье: между регрессией к авторитарным заместителям и формированием диалогических, этически ориентированных постпатриархальных форм социального взаимодействия, способных выдерживать сложность без доминирования.

Ключевые слова: патриархальная трансформация; социальное бессознательное; групп-аналитические процессы; кризис символической власти; постпатриархальный субъект.

Получено: 23 марта 2026 г.
Принято: 8 мая 2026 г.
Опубликовано: 30 сентября 2026 г.

Для цитирования:
Лиолиос К. Метаморфозы патриархата в цифровую эпоху: проявления социального бессознательного и групп-аналитическое понимание. *Psychotherapy Science Today.* 2026;2(3):55–67. https://doi.org/10.64435/SQDM2274

OPEN ACCESS

© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Введение

Во многих современных обществах длительно существовавшие патриархальные структуры претерпевают глубокие изменения. На протяжении веков патриархат функционировал не только как политическая и экономическая система, но и как символическая рамка, организующая власть, гендерные роли, родственные отношения и формирование субъективности. Поэтому его эрозия затрагивает не только институциональные устройства, но и более глубокие символические координаты, через которые исторически структурировались социальный порядок, легитимность и идентичность.

Основополагающее положение Симоны де Бовуар о том, что гендерная иерархия является социально сконструированной, а не естественно заданной, подчеркнуло историческую обусловленность патриархальных порядков [1]. Антропологические исследования также показали, что патриархальная власть встроена в системы

* E-mail: lioliosk.2@gmail.com.

родства, союзов и символического обмена, регулирующие социальную организацию [2]. Однако в современных обществах эти структуры все более дестабилизируются. С точки зрения Корнелиуса Касториадиса патриархат можно понимать как часть доминирующего социального воображаемого — системы коллективных представлений, через которую общество конституирует смысл и легитимность [3]. По мере того как это воображаемое утрачивает целостность, принципы, ранее структурировавшие власть, принадлежность и межпоколенческую преемственность, становятся менее устойчивыми, что ставит общества перед новыми формами неопределенности и институциональной нестабильности.

Эта трансформация разворачивается параллельно с другим крупным историческим сдвигом — расширением цифровой эпохи. Цифровые коммуникационные технологии изменяют условия социального взаимодействия, ослабляя иерархические способы передачи и заменяя их горизонтальными, мгновенными и алгоритмически опосредованными обменами. Власть все чаще зависит не от устойчивой позиции, а от формы публичной демонстрации, тогда как символически опосредованные формы регуляции и временная дистанция, ранее структурировавшие сферу желаний и отношения власти, ослабляются под влиянием культуры мгновенного удовлетворения, публичности и эмоциональной интенсивности [4, 5]. Эти технологические условия не просто сопровождают более широкие культурные трансформации; они также ускоряют процессы, дестабилизирующие унаследованные символические структуры.

В этом контексте современные общества демонстрируют нарастающие признаки символической дезорганизации. Эти процессы включают слабо интегрированные формы социальной организации и омассовление, распространение антагонистических подгрупп и повторяющуюся поляризацию между противоположными идентичностями. Посреднические институты часто ослабевают, тогда как фигуры лидерства выглядят либо хрупкими и ориентированными преимущественно на самоподтверждение, либо наделяются завышенными ожиданиями восстановления и спасения. На символическом уровне опосредующая функция, исторически связанная с отцовской властью — сдерживание конфликта, структурирование границ и введение паузы между импульсом и действием — становится все более нестабильной. При этом общепринятая альтернативная модель власти пока не сформировалась в полной мере.

Данная статья представляет теоретико-аналитическое исследование этих процессов. Опираясь на психоаналитическую антропологию, мифологию, групп-аналитическую теорию и современную социальную мысль, она рассматривает, каким образом трансформации патриархальных символических структур в условиях цифровой эпохи изменяют власть и социальные связи. При этом утверждается, что групп-аналитическая практика предоставляет особенно ценный наблюдательный и интерпретативный инструмент для понимания психических последствий этих исторических сдвигов. Прослеживая, как более широкие культурные трансформации разыгрываются в групповых процессах, статья стремится прояснить как дестабилизирующие эффекты текущего перехода, так и возможное возникновение постпатриархальных форм власти, основанных на диалоге, разделенной ответственности и этичных межличностных связях.

Патриархат как организующая символическая система

Понимание последствий современной трансформации патриархата требует уточнения того, что он исторически представлял в социальной жизни. В устоявшемся смысле патриархат обозначает форму социальной организации, при которой власть сосредоточена в руках мужчин, особенно в семейных или общественных структурах, доминируемых мужчинами [6]. Хотя такие определения описательно точны, они отражают лишь институциональную поверхность значительно более глубокого явления.

В более фундаментальном смысле патриархат можно понимать как **символическую метаструктуру:** надындивидуальную рамку, укорененную в культурных значениях и организующую власть, гендерные роли и межличностные ожидания [3]. Он действует через язык, миф, право и социальные практики, формируя не только распределение власти, но и способы, посредством которых индивиды формируют идентичность, мораль, принадлежность и границы социальной жизни [2, 7]. В этом смысле патриархат исторически функционировал одновременно как политическое устройство и как символический порядок, структурирующий саму субъективность [8].

Помимо своей видимой институциональной формы, патриархат выполнял важные символические функции в социальной организации. Он обеспечивал иерархические структуры власти, стабилизирующие ответственность и принятие решений между поколениями [9]. Через

культурно закрепленное разделение труда и межличностные ожидания он структурировал роли в семьях и сообществах, формируя относительно устойчивые паттерны защиты, обеспечения, заботы и принадлежности [1, 2].

Патриархальные системы также регулировали социальные границы, определяя допустимые роли, формы поведения и пространства. Эти границы укреплялись посредством культурных нарративов и мифологических представлений, в которых власть, жертва, защита и подчинение вписывались в более широкие системы смыслов [10, 11]. На уровне общества различие между публичной и частной сферами дополнительно институционализировало эти символические порядки, закрепляя политическую власть и экономическую деятельность за публичной сферой, а эмоциональный труд и заботу — преимущественно за частной [12].

С психоаналитической точки зрения эти социальные структуры соотносятся с тем, что в лакановской теории описывается как **отцовская метафора.** Концепт **«Имя-Отца»** обозначает символическую функцию, вводящую закон, запрет и опосредование желания [13]. Хотя этот концепт нельзя напрямую отождествлять с социальным патриархатом, исторические патриархальные системы часто воплощали сходные медиирующие функции, организуя власть, формирование границ и межпоколенческую преемственность. Соответственно, трансформации патриархальных структур могут дестабилизировать и символические рамки, через которые общества регулируют власть, идентичность и межличностные связи.

Социальное бессознательное: интернализация и передача патриархата

Чтобы понять, почему патриархат продолжает влиять на социальную жизнь даже при ослаблении его формальных институтов, необходимо рассмотреть функционирование **социального бессознательного** — разделяемых, неосознаваемых структур, формирующих восприятие, эмоции и поведение в обществе. Хоппер определяет социальное бессознательное как скрытую матрицу норм, нарративов, тревог и воплощенных практик, посредством которой общества воспроизводят себя из поколения в поколение [14]. Поскольку патриархат исторически структурировал многие из этих элементов, его предпосылки остаются глубоко встроенными в эту матрицу и сохраняются даже при ослаблении явной идеологической поддержки.

Патриархат действует не только как совокупность явных убеждений или институциональных политик, но и как система имплицитных межличностных паттернов, аффективных ожиданий и привычных интерпретаций социальной реальности [15, 16]. Эти бессознательные паттерны создают основы власти, формируют гендерную идентичность и определяют иерархические отношения в повседневной жизни, зачастую без осознанного рефлексирования.

Развивая групп-аналитическое осмысление социального бессознательного, Карла Пенна подчеркивает, что коллективная психическая жизнь определяется не только видимыми социальными структурами, но и фоновым эмоциональным климатом в группах и институтах. С этой точки зрения ослабление патриархальной власти можно понимать как нарушение контейнирующей функции группы, приводящее к усилению тревоги, фрагментации и защитной реорганизации. По мере разрушения традиционных символических координат власти бессознательная групповая динамика может колебаться между стремлением к всемогущему лидерству и полным отрицанием власти. Эти напряжения часто проявляются в поляризации подгрупп и примитивных зависимых отношениях. Пенна подчеркивает, что такие процессы не сводимы к индивидуальной патологии, а возникают в общем социальном поле, в которое включены субъекты. Групп-аналитические пространства, таким образом, становятся важными местами, где эти бессознательные динамики могут быть символизированы, позволяя группам перерабатывать утрату привычных структур власти и постепенно исследовать новые формы межличностной ответственности, основанные на взаимном признании, а не на доминировании [17].

Патриархат в социальном бессознательном

Патриархат закрепляется посредством устойчивых культурных механизмов, действующих преимущественно вне осознания. Практики воспитания часто акцентируют послушание, гендерную дифференциацию и подчинение авторитету, формируя ранние модели переживания власти и зависимости [18]. Языковые структуры кодируют гендерные иерархии через грамматику, метафоры и идиомы, отдающие предпочтение мужскому и закрепляющие мужское как нормативное [7].

Религиозные традиции часто центрируются вокруг отцовских фигур, представляя власть, порядок и творение через мужскую символику [11]. Мифологические нарративы идеализируют мужской героизм и женскую пассивность, закрепляя гендерные символические роли в коллективном воображении [10]. Образовательные каноны исторически возвышают мужские достижения как фундаментальные, закрепляя представления

о том, кто является центральным, а кто — периферийным в культурной памяти [8]. Даже повседневные ритуалы — кто говорит первым, кто занимает публичное пространство, кто выполняет обслуживающую роль и кто ею пользуется — завуалированно нормализуют мужское лидерство.

Через эти процессы патриархат действует не только как политическая система, но и как глубинная психологическая среда. Как подчеркивает психоаналитическая теория, от таких структур невозможно избавиться лишь посредством их интеллектуального отрицания; бессознательные остатки продолжают формировать желания, тревоги и ожидания [14, 19–22].

Механизмы трансгенерационной передачи

Патриархальные нормы сохраняются между поколениями через тонкие процессы, связывающие индивидуальный опыт с коллективной преемственностью. Центральную роль играет **идентификация,** поскольку дети интернализируют модели власти, гендерных ролей и межличностных ожиданий, демонстрируемые значимыми взрослыми [20–22]. Одновременно эмоциональные остатки — включая неразрешенные конфликты, молчание и исторические травмы — остаются встроенными в семейные системы, влияя на паттерны привязанности и межличностные границы между поколениями [23].

Семейные нарративы и культурные мифы дополнительно закрепляют эти паттерны, передавая имплицитные представления о власти, гендере и принадлежности [14]. Индивиды также могут переживать бессознательную лояльность унаследованным ролям, поддерживая устаревшие межличностные паттерны для сохранения связи с семейной или культурной идентичностью [24]. Через эти взаимосвязанные процессы патриархальные предпосылки часто сохраняются даже тогда, когда правовые рамки и явные социальные нормы начинают меняться.

Защитные механизмы, поддерживающие патриархат

Социальное бессознательное также поддерживает патриархальные структуры через коллективные защитные процессы. Отрицание может представлять патриархальную власть как естественную или неизбежную, тогда как отщепление позволяет признавать неравенство в абстрактной форме, не осознавая его конкретных проявлений [14]. Расщепление усиливает бинарные гендерные категории, идеализируя один полюс и обесценивая другой [25].

Идеализация защитных лидеров или отцовской власти может дополнительно маскировать принудительные структуры под нарративами стабильности, заботы или традиции [26]. В то же время вытеснение может подавлять конфликты или травмы, связанные с патриархальными структурами, ограничивая возможности для критического осмысления. Эти защиты способствуют стабилизации унаследованных структур даже в контекстах, которые на уровне сознания стремятся к большему равенству.

В совокупности эти процессы показывают, что патриархат сохраняется как психическая и культурная сила даже при ослаблении его институциональных форм. Социальное бессознательное передает нормативные ожидания, эмоциональные остатки и защитные стратегии, стабилизируя патриархальные паттерны на глубинных уровнях социальной жизни, что делает их трансформацию одновременно психологически дестабилизирующей и исторически значимой.

Мифологические и психоаналитические основания патриархального порядка

Патриархальная власть исторически поддерживалась не только через институты, но и через символические нарративы, укорененные в мифе, религии и коллективном воображении. Задолго до появления современных политических структур культурные истории и архетипические фигуры формировали ожидания относительно маскулинности, власти и социальной иерархии [10, 11]. Эти символические формы продолжают влиять на коллективные фантазии о лидерстве, морали и межличностных отношениях даже в обществах, которые явно оспаривают патриархальные нормы [27]. По мере ослабления патриархальных структур эти мифологические рамки не исчезают, а дестабилизируются и преобразуются, способствуя эмоциональной и символической турбулентности, сопровождающей современные социальные изменения [3, 18].

Архетип Зевса

Среди наиболее устойчивых мифологических фигур — Зевс, образ которого воплощает сущность патриархального господства. В греческой мифологии Зевс обладает абсолютной властью, управляя посредством сочетания порядка, страха и избирательной благосклонности [28]. Его неограниченное сексуальное право — выраженное в многочисленных завоеваниях и превращениях — воплощает фантазии о мужской привилегии, освобожденной от ответственности. Зевс защищает избранных потомков и союзников,

одновременно наказывая тех, кто бросает ему вызов, тем самым закрепляя иерархическую логику, вознаграждающую лояльность и подавляющую несогласие. Он не допускает посягательств на свое превосходство, занимая позицию одновременно суверена и арбитра справедливости [29].

Этот архетип пронизывает западное культурное и политическое воображение, формируя представления о сильных лидерах, харизматических авторитетах и мужском доминировании [8, 30]. Даже в светских и демократических контекстах ослабленные формы фигуры Зевса продолжают присутствовать в политической риторике, корпоративных моделях лидерства и культурных репрезентациях влиятельных мужчин [9]. Сохранение этого архетипа демонстрирует, что мифологические образы продолжают организовывать ожидания относительно власти даже после того, как их мифологические источники перестают осознаваться.

Праотец у Фрейда

Концепция праотца в работе Фрейда «Тотем и табу» предлагает психоаналитическую модель амбивалентных оснований патриархальной власти. В этом мифологическом реконструировании праотец монополизирует власть и вызывает у сыновей враждебность, приводящую к его убийству и последующей символической идеализации [19]. Интернализация убитого отца формирует моральные запреты и символический закон, регулирующие социальную жизнь.

Этот нарратив подчеркивает фундаментальное напряжение внутри патриархальной власти: она одновременно вызывает страх, сопротивление и идеализацию. В периоды ослабления традиционных структур власти эти амбивалентности могут вновь проявляться на коллективном уровне, вызывая колебания между отвержением авторитарного лидерства и потребностью в защитной отцовской фигуре [26, 31].

В совокупности эти мифологические и психоаналитические перспективы показывают, что трансформация патриархальной власти представляет собой не просто институциональное изменение, но более глубокое нарушение символических и бессознательных структур, которые длительное время организовывали социальную жизнь.

Системные проявления патриархата в социальных институтах

По мере ослабления патриархальной власти в современных обществах ее трансформация разворачивается неравномерно в различных социальных системах. Институциональные структуры редко исчезают с той же скоростью, что и культурные идеалы; напротив, они демонстрируют инерцию и символические остатки, продолжающие формировать повседневную жизнь [7, 8]. В результате упадок патриархата формирует переходную ситуацию, характеризующуюся не только расширением эгалитарных устремлений, но и сохранением структурной асимметрии и амбивалентных форм власти.

Гендерные роли и структурное неравенство

Несмотря на значительный социальный прогресс, гендерные иерархии остаются встроенными во многие институциональные среды. Экономические и организационные структуры продолжают отражать исторические представления о различной ценности форм труда, что приводит к устойчивым различиям в представленности на руководящих позициях и в экономическом признании [32, 33]. Одновременно распределение заботы и домашних обязанностей по-прежнему отражает устоявшиеся гендерные ожидания, влияя на профессиональные траектории и эмоциональную нагрузку внутри семей [34].

Эти паттерны показывают, что патриархальные структуры часто сохраняются не через явную идеологию, а через институциональные практики и культурные ожидания, которые остаются частично неизменными даже при формальном расширении принципов равенства.

Институциональные и культурные предвзятости

Аналогичные процессы наблюдаются в образовательных, политических и медицинских системах. Образовательные традиции и культурные каноны исторически отдавали приоритет мужским перспективам и достижениям, тем самым косвенно закрепляя представления о власти и культурной центральности [8]. Политические институты во многих обществах продолжают демонстрировать неравномерное гендерное представительство, а нормативные рамки иногда сохраняют патерналистские предпосылки в отношении управления и социального порядка [35].

Системы здравоохранения также демонстрируют унаследованные предвзятости, включая исследовательские традиции, в которых мужское тело рассматривалось как норма, а гендерно-специфические медицинские потребности недооценивались [36]. Эти институциональные паттерны показывают, что символические иерархии могут сохраняться даже там, где формальные структуры власти уже начали изменяться.

Символические остатки в социальных системах

Помимо институциональных структур, патриархальные предпосылки продолжают воспроизводиться через правовые системы, семейную организацию, религиозные традиции и языковые практики. Представления о происхождении и наследовании, исторически связанные с передачей по мужской линии, продолжают формировать культурные представления о принадлежности и властных отношениях [2]. Религиозные нарративы и ритуальные традиции часто сохраняют символические репрезентации мужского лидерства, тогда как повседневные языковые выражения воспроизводят гендерные иерархии, закрепленные в культурной памяти [7, 11].

Такие остатки показывают, что патриархат сохраняется не только как политическая система, но и как символическая рамка, встроенная в социальные институты и культурные практики. Поэтому его трансформация представляет собой сложный и неравномерный процесс, в котором унаследованные структуры сосуществуют с возникающими формами межличностных и институциональных отношений.

Кризис патриархата: фрагментация и регрессия

Упадок патриархата не разворачивается как линейный переход от иерархического доминирования к эгалитарной свободе. Напротив, ослабление устойчивой символической метаструктуры порождает нестабильность и культурную турбулентность. Патриархат исторически обеспечивал — пусть и проблематично — рамку ролей, границ и легитимирующих нарративов, структурирующих власть и межличностные ожидания [3, 8]. По мере разрушения этих координат общества сталкиваются с трудностью формирования альтернативных символических рамок, способных опосредовать желание, власть и коллективную ответственность.

Периоды таких трансформаций часто сопровождаются регрессией, поляризацией и возобновлением апелляций к отцовской власти. Вместо немедленной эмансипации упадок патриархата обнажает неразрешенные культурные тревоги, создавая социальную ситуацию, характеризующуюся амбивалентностью: движения к равенству сосуществуют с защитными реакциями, стремящимися к стабильности, определенности и восстановлению иерархии [4, 18, 26].

Кризис символической власти

Одним из проявлений этой трансформации является кризис символической власти, выражающийся в появлении «слабых, ориентированных преимущественно на самоподтверждение и лишенных видения лидеров» [37]. Такие фигуры могут обладать формальной властью, но часто лишены символической легитимности, необходимой для посредничества между индивидуальными интересами и коллективным порядком. Исторически патриархальные системы обеспечивали «отцовскую метафору», закрепляющую закон, преемственность и ответственность в социальном порядке [9, 13]. По мере ослабления этой символической опоры общества нередко колеблются между недоверием к власти и стремлением к ее стабилизирующему возвращению.

В отсутствие связной символической рамки лидеры одновременно воспринимаются как самозванцы и идеализируются как потенциальные спасители. Эта амбивалентность отражает более глубокую тревогу, связанную с размыванием границ и неопределенностью относительно того, как должна осуществляться власть после утраты традиционных патернальных норм [3]. По мере эрозии символической власти политическая и культурная сферы становятся все более уязвимыми к популизму, харизматической манипуляции и распространению пустых лозунгов, за которыми не стоит реального содержания [38].

Реакционные движения

В символическом вакууме, возникающем вследствие ослабления патриархата, реакционные движения проявляются с особой силой и остротой. Правый популизм, авторитарный национализм, мизогинные цифровые субкультуры, антигендерные идеологии и гипермаскулинные реваншистские нарративы обещают возвращение к стабильным иерархиям и четко определенным социальным ролям [8, 30]. Эти движения представляют себя как источники защиты, моральной ясности и идентичности в мире, воспринимаемом как фрагментированный и лишенный устойчивых опор.

Их привлекательность основана не только на идеологии или политических программах, но прежде всего на аффективном отклике: они мобилизуют страх утраты места, потери привилегий и тревогу, связанную с размыванием привычных символических опор [31, 34]. Например, мизогинные онлайн-сообщества функционируют как аффективные убежища, где вновь утверждаются патриархальные фантазии о праве на доминирование. Цифровая анонимность усиливает агрессию и чувство обиды, позволяя им распространяться вне межличностной ответственности и моральных рамок [5, 39].

Аналогично антигендерные движения позиционируют себя как защитники природы, традиции и морального порядка, представляя равенство, множественность и текучесть как экзистенциальные угрозы [40]. Эти формирования не являются историческими аномалиями, а представляют собой предсказуемые защитные реакции на дестабилизацию патриархальной власти. Они демонстрируют, насколько глубоко патриархат укоренен в эмоциональной и символической жизни общества и как его эрозия часто вызывает консолидацию и регрессию, а не немедленную трансформацию [14].

Агрегация как переходная защитная форма

Между переходом к массовым формам и возможностью подлинной групповой жизни, основанной на отношениях, находится феномен механического объединения — **агрегации**. Агрегация обозначает форму социальной организации, при которой индивиды объединяются вокруг общих аффектов, идентичностей или обид, не достигая при этом символической интеграции или устойчивых межличностных связей. В отличие от омассовления, которое растворяет индивидуальность в слитой коллективной идентичности, агрегация сохраняет видимость индивидуальности, но лишена символического опосредования, необходимого для взаимного признания и ответственности.

Агрегированные группы объединяются не столько вокруг общего смысла, сколько вокруг аффектов — таких как гнев, страх или ностальгия — которые остаются в значительной степени неосмысленными и не переработанными. В условиях дестабилизации патриархата агрегация функционирует как защитная реакция на символическую неопределенность. Индивиды собираются в рыхлые конфигурации, уменьшающие изоляцию, но не требующие взаимодействия с различием или сложностью [14].

Современные цифровые платформы усиливают эти процессы, позволяя быстрые формы мобилизации, организованные вокруг лозунгов, хэштегов или идентичностных сигналов, а не устойчивых отношений [4]. Таким образом, агрегация создает связь без ответственности и принадлежность без диалога. Хотя она может казаться формой коллективности, на практике она часто блокирует возможность подлинной трансформации. Без символических структур, способных перерабатывать конфликт, агрегированные образования остаются уязвимыми к поляризации и переходу к омассовлению или авторитарным формам [14].

Агрегация, таким образом, представляет собой хрупкое переходное состояние: объединяющую форму, которая может либо закрепиться в защитных коллективностях, либо — при наличии достаточной рефлексии и условий для контейнирования — эволюционировать в более интегрированные формы социальной организации.

Переход к омассовлению

Когда символическая власть ослабевает еще сильнее или полностью разрушается, агрегация может перейти в **омассовление**. В таких формациях индивидуальность постепенно утрачивается, а личная субъектность растворяется в больших, безличных коллективах, обещающих определенность, целостность и принадлежность. При отсутствии символического опосредования люди становятся особенно восприимчивыми к упрощенным нарративам, теориям заговора и пропагандистским дискурсам, которые заменяют неопределенность уверенностью, а сложность — моральным абсолютизмом [41].

Массовые движения — политические, религиозные или культурные — таким образом предоставляют психологическое убежище от тревог, вызванных распадом отцовской и символической власти. Однако это убежище имеет высокую цену. Идентификация с массовым сообществом часто требует приостановки критического мышления, отказа от сложных отношений и жесткой приверженности. Коллектив становится объектом идентификации, подменяющим содержательные межличностные связи, что приводит к поляризации убеждений и усилению враждебности к тем, кто воспринимается как чужой [31].

Омассовление, таким образом, является одновременно симптомом символического распада и фактором, усиливающим дальнейшую фрагментацию.

Расщепление общества

Ослабление посредничающих символических структур также приводит к широкому **расщеплению общества** на взаимно враждебные фракции. Морально поляризованные группы, политические сообщества, культурные информационные пузыри и конспирологические сообщества множатся; каждое из них поддерживается упрощенными нарративами, разделяющими социальный мир на жесткие противопоставления — добро и зло, чистое и порочное, свое и чужое.

Такие динамики отражают примитивные формы групповой психологии, в которых различие переживается не как множественность, а как угроза [19, 20]. При отсутствии символических рамок, способных контейнировать конфликт

и интегрировать сложность, общества могут регрессировать к защитным формам — описываемым как социальные формы изоляции [42], психические убежища [43] или групповые бастионы [44] — которые служат ответом на острую потребность в защите от переживаний нарушенной зависимости и небезопасности в отношениях.

В совокупности реакционные движения, агрегация, омассовление и социальное расщепление показывают, что трансформация патриархальной власти часто сначала приводит к фрагментации, прежде чем возникают новые символические формы. Задача состоит не только в демонтаже патриархальных структур, но и в создании альтернативных рамок, способных поддерживать власть, сложность и межличностную ответственность в подлинно постпатриархальном социальном порядке.

Формирующийся постпатриархальный субъект

Субъект, формирующийся после патриархата, представляет собой гибридную фигуру, одновременно сформированную остатками иерархической традиции и новыми межличностными и символическими возможностями [8, 18]. Больше не ограниченный жесткими гендерными бинарностями, этот субъект сталкивается с расширенным спектром идентичностных позиций и эмоциональных выражений. Однако ослабление унаследованных структур также порождает повышенную тревогу, поскольку ранее стабильные роли и ожидания больше не обеспечивают надежной ориентации [45].

Освободившись от многих традиционных предписаний, индивиды получают большую автономию в формировании своей жизни, но эта автономия сопровождается неопределенностью в отношении принадлежности, преемственности и целостности [46]. Глобальная взаимосвязанность расширяет культурный обмен, одновременно подвергая индивидов воздействию множественных и часто противоречивых символических рамок, усиливая переживания фрагментации [47]. В результате постпатриархальный субъект относится к власти с недоверием, обусловленным историческим опытом злоупотреблений, но при этом продолжает испытывать потребность в опоре, руководстве и символической целостности.

Эти напряжения указывают на переходный исторический момент, в котором психологическая «подпорка», ранее обеспечиваемая патриархальными структурами, ослабла, не будучи полностью замененной. Поэтому субъект постпатриархальной эпохи нуждается в новых формах символической поддержки — в рамках, способных выдерживать неоднозначность, способствовать взаимному признанию и поддерживать принадлежность в условиях сложности современной жизни [48].

Цифровая эпоха и постпатриархальный субъект

Цифровая эпоха ускоряет формирование постпатриархального субъекта, преобразуя условия, в которых конституируются идентичность, власть и межличностные связи. Цифровые среды ослабляют традиционные ролевые ограничения, позволяя индивидам осваивать подвижные и множественные позиции «я» в социальных и виртуальных пространствах [49]. В то же время это расширение возможностей порождает новые уязвимости: люди все в большей степени подвергаются наблюдению, немедленной оценке и постоянному сравнению с другими, задаваемым цифровыми алгоритмами [5].

Онлайн-среды усиливают фрагментацию: конкурирующие идентичности и символические требования сталкиваются при ограниченных возможностях для осмысления и диалога [4]. Власть в этих пространствах часто зависит преимущественно от публичной видимости, будучи отделенной от ответственности и институциональной укорененности. Вместе с тем цифровые сети способствуют возникновению новых форм солидарности, символического экспериментирования и коллективного воображения, поддерживающих формирующиеся постпатриархальные формы принадлежности [47]. Человек в цифровой среде, таким образом, обретает больше свободы, но одновременно испытывает дезориентацию, сталкиваясь как с беспрецедентными возможностями, так и с усиливающимся психологическим давлением и напряжением в отношениях.

Цифровая эпоха: цифровое опосредование и перестройка социальных связей

Цифровая эпоха представляет собой определяющее структурное условие, формирующее современный этап после патриархата. Цифровые технологии не просто отражают социальные изменения; они реорганизуют способы, посредством которых формируются власть, субъективность и социальные связи [5]. Если патриархальные системы опирались на вертикальную передачу, временную дистанцию и персонифицированную власть, то цифровая среда, напротив, делает акцент на горизонтальных связях, непосредственности и постоянной смене связей и позиций. Этот сдвиг ослабляет традиционные механизмы символического опосредования

и усиливает кризис власти, сопровождающий упадок патриархата [4].

С групп-аналитической точки зрения цифровые среды могут усиливать примитивные групповые динамики. Базовые предпосылки Биона — зависимость, «борьба–бегство» и мессианское спаривание — проявляются с особой интенсивностью в онлайн-коллективах, где символическое удержание ограничено [14, 50]. Цифровые алгоритмы поощряют эмоциональную интенсивность, поляризацию и быстрые идентификации, часто подрывая рефлексивное мышление и устойчивый диалог [4]. Власть становится все более зависимой от форм проявления и нестабильной, создавая видимость участия без ответственности.

В клиническом плане эти динамики усиливают нарциссическую уязвимость. Как отмечает Теркл, цифровые взаимодействия часто создают видимость связи без требований взаимности, амбивалентности или способности выдерживать фрустрацию [49]. Субъективность все больше зависит от внешнего подтверждения — показателей видимости, внимания и алгоритмической валидации — что приводит к колебаниям между грандиозностью и пустотой [51]. В этой среде отцовская функция — введение паузы и установление границ — уступает место непосредственности и перенасыщению, что усиливает тревогу и затрудняет регуляцию аффекта [13].

В то же время цифровая эпоха создает новые формы власти, действующие без явной иерархии. Концепция «надзорного капитализма», предложенная Зубофф, показывает, как власть смещается от видимых отцовских фигур к непрозрачным технологическим системам, которые формируют поведение и желания через сбор данных и предиктивные алгоритмы [5]. Возникающее состояние носит парадоксальный характер: видимое освобождение от патриархальной власти сочетается со все более тонкими формами контроля, которые остаются в значительной степени незаметными и трудно поддаются оспариванию.

Тем не менее цифровые среды также содержат постпатриархальный потенциал. Горизонтальные сети, множественные идентификации и возникающие формы коллективной субъектности могут противостоять вертикальному доминированию и жестко закрепленным структурам идентичности [47]. Поэтому ключевая задача заключается не в отказе от технологий, а в их символической реинтеграции: в разработке культурных, институциональных и терапевтических рамок, способных восстановить опосредование, ответственность и этические границы в условиях цифровой социальной среды.

Групп-аналитические процессы в условиях постпатриархата

Групповой анализ — это область, в которой индивидуальное, межличностное и социальное понимаются как неразрывно взаимосвязанные. Эта интегративная перспектива сформулирована в разработанной Эрлом Хоппером **трехчастной матрице**, выделяющей **базовую, динамическую** и **личную матрицы** [52]. В совокупности эти матрицы предоставляют рамку для понимания того, как исторические, культурные и институциональные силы пересекаются с групповыми процессами и индивидуальной субъективностью. В контексте упадка патриархата эта модель предоставляет особенно продуктивную теоретическую перспективу для отслеживания того, как изменения в структурах власти и системе символических норм и представлений одновременно проявляются на общественном, групповом и личном уровнях.

Поскольку аналитическая группа функционирует как микрокосм своего социального и институционального контекста, эрозия патриархальной власти становится видимой во всех трех матрицах. В базовой матрице патриархат сохраняется как исторически закрепившаяся символическая структура, организующая власть, гендерные роли и ожидания в отношениях. В динамической матрице эти унаследованные паттерны активируются, оспариваются и трансформируются в ходе текущих групповых взаимодействий. В личной матрице участники привносят в группу собственные интернализации патриархального опыта — сформированные семейной историей, гендерной позицией и культурным контекстом [16].

Таким образом, аналитическая группа становится живой лабораторией, в которой остатки и переорганизации патриархата могут наблюдаться с особой отчетливостью. По мере ослабления гравитационного притяжения патриархальных структур в современных обществах группы испытывают трудности в формировании новых форм символической организации. Власть больше не функционирует как стабильный, само собой разумеющийся принцип организации, однако ее отсутствие порождает тревогу и дезориентацию во всех трех матрицах. Аналитическая группа делает эти напряжения доступными для осмысления, вместо того чтобы они оставались рассеянными в социальном бессознательном.

Власть и лидерство в группе

Амбивалентность по отношению к власти, характерная для постпатриархального состояния, часто непосредственно проявляется в динамической матрице группы. Участники могут оспаривать легитимность ведущего, ставя под сомнение

его власть, намерения или компетентность. Хотя такие реакции выглядят межличностными, они часто отражают более глубокую нестабильность символических структур власти, укорененных в базовой матрице [16]. По мере культурного ослабления отцовской метафоры сохраняется ожидание, что лидеры должны обеспечивать ясность, контейнировать ситуацию и задавать направление, тогда как доверие к легитимности такой власти при этом снижается [53].

В группе это напряжение часто приводит к колебаниям между идеализацией и агрессией. Ведущий может переживаться то как стабилизирующая отцовская фигура, то как недостаточный, навязчивый или нелегитимный. Возникает путаница в отношении правил и границ, отражающая более широкие нарушения социальных структур, ранее закрепленных патриархальной властью. На уровне личной матрицы участники реагируют в соответствии со своей историей отношений с властью: одни ищут сильное удержание, другие реагируют защитно на воспринимаемое доминирование. Эти многослойные реакции разыгрывают современную дилемму: стремление к лидерству без доминирования, к структуре без иерархии и к власти без авторитаризма. В этом смысле ведущий становится узловой точкой, в которой сходятся конфликты базовой, динамической и личной матриц.

Краткий пример иллюстрирует, как эти динамики проявляются на практике. В одной аналитической группе участники начали выражать недовольство тем, что ведущий не вмешивается более решительно в эмоционально напряженные обсуждения. Некоторые требовали более четких указаний, настаивая, что группе необходимо более сильное руководство. Другие, напротив, ценили нежелание ведущего прибегать к скрытому использованию власти, что выражалось в воздержании от интервенций. Обсуждение быстро поляризовало группу на два лагеря — тех, кто стремился к жесткому удержанию, и тех, кто сопротивлялся воспринимаемому доминированию. Рассматриваемый через призму трехчастной матрицы, этот эпизод отражал не только внутриличностные конфликты или межличностные напряжения в группе, но и более широкие тревоги, связанные с легитимностью власти в постпатриархальном контексте.

Такие напряжения редко остаются ограниченными отношением «ведущий — участник». По мере того как неопределенность в отношении власти распространяется в группе, она часто реорганизует все поле межличностных связей, приводя к формированию подгрупп и поляризованных коалиций.

Формирование подгрупп и поляризация

Фрагментацию на подгруппы можно понимать как ответ динамической матрицы на нестабильность базовой матрицы. В отсутствие общих символических опор группа стремится к временным формам сплоченности через выравнивание и противопоставление. Более активные участники могут объединяться друг с другом, тогда как менее вовлеченные тяготеют к отстраненной позиции. Могут возникать гендерные альянсы, иногда воспроизводящие традиционные патриархальные роли, а иногда их оспаривающие или инвертирующие. Прогрессивные и консервативные позиции могут поляризоваться, отражая неразрешенные напряжения, циркулирующие в более широкой социальной матрице [14].

Эти образования подгрупп являются не только защитными механизмами, но и выражением конфликтов, связывающих базовую и личную матрицы. Участники тяготеют к позициям, резонирующим с их личным опытом власти, принадлежности и маргинализации, одновременно участвуя в коллективных разыгрываниях, обусловленных более широкими социальными конфигурациями. Патриархальная логика может вновь проявляться в этих динамиках, позиционируя одни подгруппы как доминирующие, а другие — как подчиненные, даже в группах, сознательно ориентированных на равенство. Во многих случаях ведущий становится предметом спора как символическая фигура, воплощающая неразрешенные конфликты вокруг власти, укорененные в базовой матрице.

По мере усиления напряжений между подгруппами в групповой матрице часто проявляются скрытые гендерные ожидания, связанные с властью, заботой и агрессией.

Гендерные динамики

Гендерные динамики возникают на пересечении всех трех матриц. В базовой матрице патриархальные культуры формируют устойчивые символические связи между гендером, властью, заботой и агрессией. В личной матрице индивиды интернализируют эти связи в индивидуальных формах, обусловленных семейным опытом, культурой и жизненной историей. В динамической матрице эти интернализации разыгрываются через способы говорения, замалчивания, заботы и конфронтации.

Женщины могут неявно позиционироваться — или сами себя позиционировать — как эмоциональные контейнеры или посредники, ответственные за стабилизацию аффективного климата группы. Мужчины могут бессознательно наделяться функциями носителей агрессии,

власти или вызова. Участники, воспринимаемые как феминные, независимо от гендерной идентичности, часто становятся контейнерами для уязвимости или зависимости, тогда как маскулинные участники могут позиционироваться как носители силы или конфронтации. Эти разыгрывания сохраняются даже в группах, явно ориентированных на равенство, что демонстрирует глубину укорененности патриархальных структур в базовой матрице и их влияние на межличностные ожидания на бессознательном уровне [54].

Эти гендерные динамики часто сходятся вокруг еще одного повторяющегося феномена — бессознательного поиска стабилизирующей отцовской фигуры.

Поиск нового отца

Повторяющийся поиск «нового отца» в аналитических группах можно понимать как реакцию на дестабилизацию патриархальной власти в базовой матрице. По мере утраты легитимности традиционных отцовских структур группы могут бессознательно искать альтернативные фигуры, способные обеспечить символическое удержание и моральную ориентацию [55]. Это стремление может концентрироваться на ведущем или переноситься на харизматичного участника, которому неявно приписывается лидерская роль.

На уровне личной матрицы участники привносят в этот поиск собственные неразрешенные отношения с отцовскими фигурами, усиливая процессы соперничества, идеализации и обиды. Амбивалентность группы — одновременное стремление, сопротивление и страх по отношению к отцовской власти — отражает трудность отказа от патриархального удержания при отсутствии устойчивых альтернативных символических форм. Эти процессы следует понимать не как простую регрессию, а как выражение переходного психического и социального состояния, в котором унаследованные структуры ослабевают, а новые рамки межличностных отношений еще не сформированы [54].

Групповой анализ как пространство трансформации

Несмотря на эти напряжения, групповой анализ обладает значительным трансформационным потенциалом именно потому, что он одновременно функционирует во всех трех матрицах. В динамической матрице группа предоставляет структурированное пространство, в котором конфликты могут быть символизированы, а не разыгрываться деструктивно. В личной матрице участники могут распознавать и прорабатывать травмы, связанные с властью, укорененные в опыте доминирования, пренебрежения или оставления. В базовой матрице новые символические конфигурации могут постепенно формироваться через совместную рефлексию и межличностный опыт [52].

Развитие концепции трехчастной матрицы Эрлом Хоппером, в сотрудничестве с зарубежными коллегами, сыграло ключевую роль в формулировании этого трансформационного потенциала. Подчеркивая, что каждая группа является микрокосмом своего социального и институционального контекста, Хоппер помещает аналитическую работу в более широкие социальные конфигурации. Его подход позволяет отслеживать, как тревоги, возникающие в социальной матрице — особенно связанные с легитимностью, властью и принадлежностью — перерабатываются в групповых процессах, а не остаются неосмысленными или разыгрываются деструктивно.

В этом смысле аналитическая группа может функционировать как прототип постпатриархальных межличностных связей. Лидерство может становиться распределенным, а не централизованным; власть — обсуждаемой, а не навязываемой; различия — выдерживаемыми, а не расщепляемыми. Символический смысл возникает через диалог внутри групповой матрицы, а не задается унаследованными иерархиями.

Посредством этой работы групповой анализ способствует не только индивидуальной и групповой трансформации, но и постепенному формированию новых социальных конфигураций, способных поддерживать психическую жизнь за пределами патриархата. В динамике между Эросом и Танатосом группа противостоит как маниакальному отрицанию, так и парализующему отчаянию, сохраняя контакт с реальностью. Таким образом, аналитическая группа поддерживает продолжающийся индивидуальный и коллективный эволюционный процесс, в котором развитие возникает через совместную рефлексию и межличностное взаимодействие.

Заключение

Трансформация патриархата представляет собой один из наиболее значимых символических сдвигов, формирующих современную социальную жизнь. На протяжении веков патриархальные системы функционировали не только как институциональные устройства, но и как организующие метаструктуры, посредством которых общества структурировали власть, гендерные отношения, принадлежность и моральный порядок. По мере ослабления этих структур их влияние продолжает резонировать на различных

уровнях социального поля — в символических рамках смыслообразования, в социальном бессознательном, передающем межличностные паттерны между поколениями, и в институтах и культурных нарративах, формирующих повседневную жизнь.

В то же время ослабление патриархальной власти открывает новые возможности для межличностной и символической реорганизации. Расширенные представления о гендере, идентичности и принадлежности создают пространство для форм социальной жизни, менее ограниченных жесткими иерархиями. Однако этот переход также поднимает важные вопросы о том, каким образом могут поддерживаться власть, ответственность и коллективная связность в условиях, когда традиционные символические опоры утрачивают свою самоочевидную легитимность.

В этом изменяющемся контексте групповой анализ предлагает особенно ценную перспективу. Рассматривая группу как микрокосм более широкой социальной матрицы, групп-аналитическая теория позволяет клиницистам наблюдать, как более широкие культурные трансформации разыгрываются в межличностной динамике. Разработка Эрлом Хоппером трехчастной матрицы — различающей базовую, динамическую и личную матрицы — предоставляет рамку, в которой эти процессы могут одновременно прослеживаться на социальном, групповом и индивидуальном уровнях.

В аналитических группах трансформация патриархальной власти проявляется в оспаривании лидерства, формировании подгрупп, гендерно обусловленных реакциях и поиске новых форм символического контейнирования. Вместо того чтобы рассматривать эти динамики как простые нарушения, групповой анализ понимает их как выражение более широкого социального перехода. Аналитическая группа предоставляет структурированное пространство, в котором эти напряжения могут исследоваться, символизироваться и постепенно интегрироваться.

В этом смысле аналитические группы функционируют не только как терапевтические среды, но и как пространства социального обучения. Внутри групповой матрицы власть может рассматриваться как межличностный процесс, а не как фиксированная иерархия. Лидерство может становиться распределенным, а не централизованным, а различия могут быть проработаны без необходимости жесткой поляризации. Посредством диалога и совместной рефлексии участники экспериментируют с новыми способами согласования власти, ответственности и принадлежности.

Эта способность выдерживать неоднозначность является одним из ключевых вкладов группового анализа. Работая одновременно в базовой, динамической и личной матрицах, аналитические группы позволяют участникам распознавать, каким образом унаследованные структуры продолжают формировать межличностные ожидания и представления о власти. В то же время они создают возможности для формирования альтернативных форм символической организации, основанных на взаимном признании и разделенной ответственности.

Работа группы, таким образом, выходит за пределы разрешения индивидуальных конфликтов. Она способствует постепенному формированию межличностных рамок, способных поддерживать психическую жизнь в изменяющихся социальных условиях. В аналитической группе участники могут рефлексировать опыт власти, зависимости и ответственности таким образом, который способствует как личному пониманию, так и коллективному осмыслению.

Посредством этого процесса групповой анализ способствует развитию того, что Эрл Хоппер обозначает как **зрелую надежду** — форму надежды, основанную не на восстановлении прежних структур, а на способности групп мыслить, взаимодействовать и совместно создавать смысл. В этом смысле аналитическая группа становится пространством, в котором могут исследоваться возможности постпатриархальной власти: власти, которая согласуется, а не навязывается, носит межличностный, а не иерархический характер и поддерживается посредством диалога, ответственности и совместной символической работы.

Литература

1. Beauvoir S de. The second sex. New York: Vintage Books; 2011.
2. Lévi-Strauss C. The elementary structures of kinship. Boston: Beacon Press; 1969.
3. Castoriadis C. The imaginary institution of society. Cambridge: MIT Press; 1997.
4. Han B-C. In the swarm. Cambridge: MIT Press; 2017.
5. Zuboff S. The age of surveillance capitalism. New York: PublicAffairs; 2019.
6. Cambridge University Press. Patriarchy. Cambridge Dictionary. Дата обращения: 30.06.2026. Доступно по: https://dictionary.cambridge.org
7. Bourdieu P. Masculine domination. Stanford: Stanford University Press; 2001. https://doi.org/10.1086/344857
8. Connell RW. Masculinities. Berkeley: University of California Press; 2005.
9. Weber M. Economy and society. Berkeley: University of California Press; 1978.
10. Campbell J. The hero with a thousand faces. Princeton: Princeton University Press; 1949.
11. Eliade M. The sacred and the profane. New York: Harcourt; 1959.

12. Fraser N. Rethinking the public sphere: a contribution to the critique of actually existing democracy. Social Text. 1990;(25–26):56–80. https://doi.org/10.2307/466240
13. Lacan J. Écrits. New York: Norton; 2006.
14. Hopper E, Weinberg H. The social unconscious in persons, groups and societies. London: Karnac; 2011.
15. Dalal F. Race, colour and the processes of racialization. London: Brunner-Routledge; 2001.
16. Foulkes SH. Therapeutic group analysis. London: Allen & Unwin; 1964.
17. Penna C. From crowd psychology to the dynamics of large groups: The social unconscious and social trauma. London: Routledge; 2023.
18. Benjamin J. The bonds of love: Psychoanalysis, feminism, and the problem of domination. New York: Pantheon Books; 1988.
19. Freud S. Totem and taboo. London: Routledge; 1950.
20. Freud S. Group psychology and the analysis of the ego. New York: Norton; 1955.
21. Freud S. Civilization and its discontents. New York: Norton; 1961.
22. Freud S. The ego and the id. New York: Norton; 1961.
23. Volkan VD. Transgenerational transmissions and chosen traumas. Int J Group Psychother. 2001;51(1):79–97. https://doi.org/10.1521/ijgp.51.1.79.49884
24. Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy. New York: Harper & Row; 1973.
25. Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. Int J Psychoanal. 1946;27:99–110.
26. Fromm E. Escape from freedom. New York: Farrar & Rinehart; 1941.
27. Jung CG. Man and his symbols. New York: Doubleday; 1964.
28. Hesiod. Theogony. Oxford: Oxford University Press; 2006.
29. Kerényi K. The gods of the Greeks. London: Thames & Hudson; 1966.
30. Kimmel M. Angry white men. New York: Bold Type Books; 2017.
31. Volkan VD. Blind trust. Charlottesville: Pitchstone; 2004.
32. World Economic Forum. Global gender gap report. Geneva: World Economic Forum; 2023. Дата обращения: 30.06.2026. Доступно по: https://www.weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2023
33. Eagly AH, Carli LL. Through the labyrinth. Boston: Harvard Business School Press; 2007.
34. Hochschild AR, Machung A. The second shift. New York: Penguin; 2012.
35. Phillips A. The politics of presence. Oxford: Oxford University Press; 1995.
36. Criado Perez C. Invisible women: data bias in a world designed for men. New York: Abrams Press; 2019.
37. Liolios K. Exploring social unconscious clues upon generational gap across the Mediterranean: when group analysis meets psychodrama. Paper presented at: 6th IAGP Regional Conference in Africa; Cairo; 2023.
38. Laclau E. On populist reason. London: Verso; 2005.
39. Ging D. Alphas, betas, and incels: theorizing the masculinities of the manosphere. Men and Masculinities. 2019;22(4):638–657. https://doi.org/10.1177/1097184X17706401
40. Butler J. Undoing gender. New York: Routledge; 2004. https://doi.org/10.4324/9780203499627
41. Arendt H. The origins of totalitarianism. New York: Harcourt, Brace & Company; 1951.
42. Hopper E. Encapsulation as a defence against the fear of annihilation. Int J Psychoanal. 1991;72(4):607–624.
43. Mojović M. Manifestations of psychic retreats in social systems. В: Hopper E, Weinberg H, ред. The social unconscious in persons, groups and societies. London: Karnac; 2011. https://doi.org/10.4324/9780429483233-12
44. Penna C. Transference, countertransference, and the social unconscious. В: Hopper E, ред. The tripartite matrix. London: Routledge; 2024. 103–115.
45. Giddens A. Modernity and self-identity. Cambridge: Polity Press; 1991.
46. Bauman Z. Liquid modernity. Cambridge: Polity Press; 2000.
47. Castells M. The rise of the network society. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. https://doi.org/10.1002/9781444319514
48. Benjamin J. Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity, and the third. London: Routledge; 2017. https://doi.org/10.4324/9781315533292
49. Turkle S. Alone together. New York: Basic Books; 2011.
50. Bion WR. Experiences in groups. London: Tavistock; 1961.
51. Kohut H. The restoration of the self. New York: International Universities Press; 1977.
52. Hopper E. The tripartite matrix. London: Routledge; 2024.
53. Foulkes SH. Group-analytic psychotherapy: Method and principles. London: Gordon & Breach; 1975.
54. Nitzgen D. The concepts of the social unconscious and of the matrix in the work of SH Foulkes. В: Hopper E, Weinberg H, ред. The social unconscious in persons, groups and societies. London: Karnac; 2017.
55. Kaës R. Les alliances inconscientes. Paris: Dunod; 2007.

АКАДЕМИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЧНОСТНЫХ СТРУКТУР

сентябрь 2026 г. – июнь 2027 г.



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА

с доктором Ириной Зедгенизовой

www.aipp.education

АИПП
АКАДЕМИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

АКАДЕМИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ — это русско-сербская школа психотерапии с представительством в России и Сербии, которая предоставляет глубокие и структурированные знания, а также все необходимые практические навыки для успешной работы в области психотерапии и психологического консультирования.

Мы являемся лицензированным российским учреждением дополнительного профессионального образования. Образовательная лицензия № Л035-01298-77/00624104.

В нашей Академии вы можете освоить:

- ☑ современные методы психотерапии;
- ☑ интегральную каузальную психотерапию (ИКП) — наш инновационный подход.

С нами начинающие психотерапевты быстро переходят к практике и становятся компетентными специалистами, а опытные психотерапевты открывают новые горизонты в профессии.

ПРЕИМУЩЕСТВА НАШЕЙ ШКОЛЫ

- ☑ Преподаватели — ведущие эксперты в своей области.
- ☑ Практическое обучение на клинических кейсах и с демонстрацией техник.
- ☑ Доступность всех лекций в записи.
- ☑ Структурированные материалы с ясными алгоритмами.
- ☑ Профессиональное развитие в международном сообществе.

Наш подход — интегральная каузальная психотерапия (ИКП) — это современный психодинамический метод, который в краткосрочной перспективе помогает устранить причины многих психологических дисфункций, а в долгосрочной — способствует формированию здорового и стабильного Эго. ИКП сочетает и синергически использует нейромоделирование, психодинамику и символдраму. Теория личности и программа обучения ИКП высоко оценены профессиональным сообществом в России и Сербии.

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА

- ☑ Мультимодальная психотерапия с интеграцией различных подходов.
- ☑ Четкая структура работы с заданными мишенями психотерапии.
- ☑ Разнообразные точки входа для работы с материалом клиента.
- ☑ Разработанные методики для работы с агрессией и самооценкой.
- ☑ Структурированные протоколы для работы с ключевыми запросами клиентов.

Приглашаем вас узнать больше о нашей школе на сайте

https://aipp.education

Для получения дополнительной информации свяжитесь с нами
по электронной почте mail@aipp.education.

АИПП
АКАДЕМИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (СИМВОЛДРАМА)

сентябрь 2026 г. – июнь 2027 г.

■ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА