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

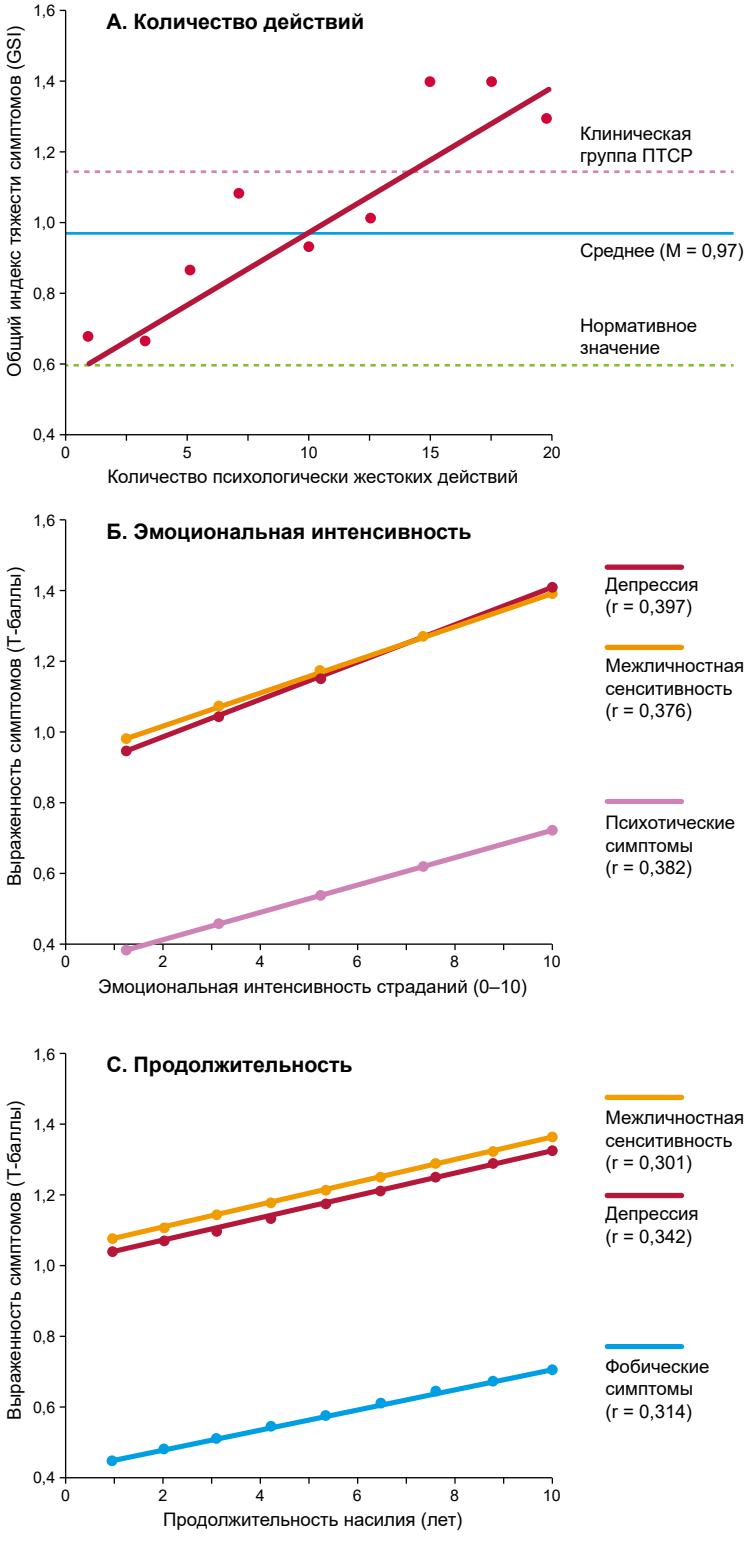


Рисунок 1. **Дозозависимый характер психотравмирующего воздействия психологического насилия**

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

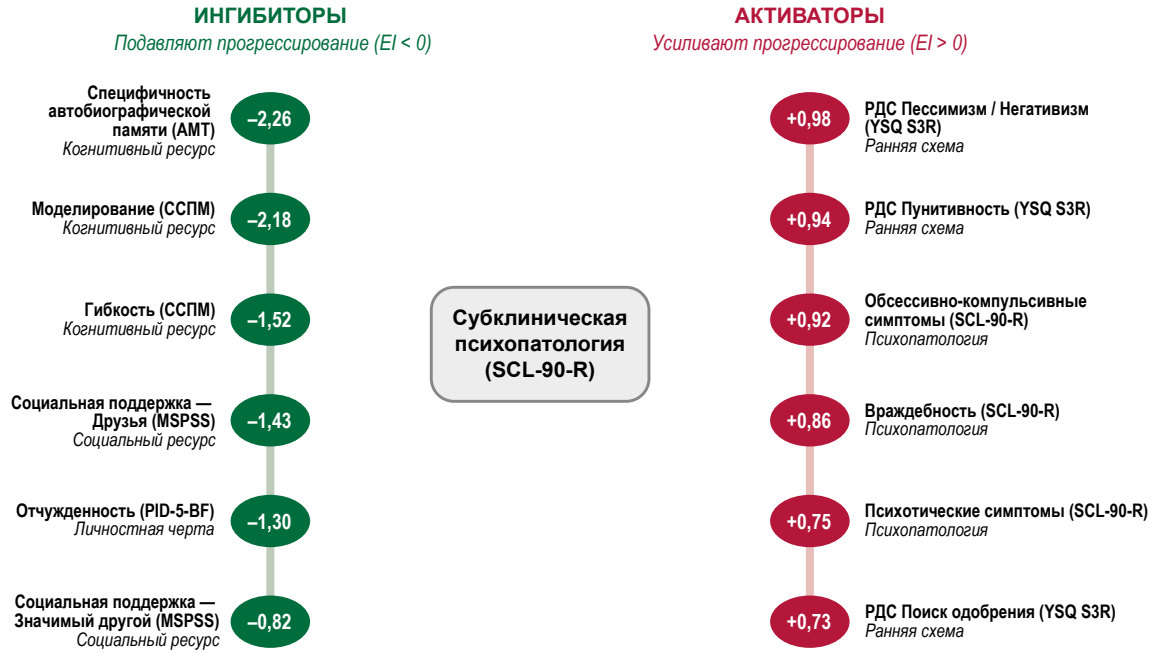


Рисунок 2. **Структура активаторов и ингибиторов прогрессирования субклинической психопатологии**

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