

© Зенцова Н.И., 2025; © Киселева М.Г., 2025;  
 © Гедевани Е.В., 2025; © Сорин А.В., 2025;  
 © Тройнева П.Г., 2025; © Шалина О.С., 2025

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК/UDC 616.89; 616.895.8;  
 616.891.6; 159.9.072.59; 616.89-008.48; 364.272;  
 159.9.072

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-6-46-59>

## Факторы ресурсности и устойчивости как составляющие комплаенса пациентов юношеского возраста, проходящих лечение в психиатрическом стационаре

Зенцова Н.И.<sup>1</sup>, Киселева М.Г.<sup>1</sup>, Гедевани Е.В.<sup>2</sup>, Сорин А.В.<sup>1</sup>, Тройнева П.Г.<sup>1</sup>, Шалина О.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт психолого-социальной работы, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

<sup>2</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Екатерина Владимировна Гедевани, [gedevani@hotmail.com](mailto:gedevani@hotmail.com)

### Резюме

**Обоснование:** несмотря на значительное количество исследований, посвященных изучению комплаенса и его роли в процессе выздоровления, существующие методики оценки зачастую демонстрируют ограниченный прогностический потенциал. **Цель исследования:** изучение специфики и различий уровня ресурсности (*resourcefulness*) и устойчивости (*resilience*) как факторов комплаенса у стационарных пациентов юношеского возраста с различными психическими расстройствами. **Пациенты и методы:** при помощи Шкалы управления ресурсами для выздоровления (*Resourcefulness for Recovery Inventory*) Опросника эмоционального интеллекта (ЭМИн), разработанного Д.В. Люсиным, и Торонтской алекситимической шкалы (TAS-20) обследованы 120 пациентов в возрасте 18–25 лет (средний возраст  $22 \pm 3,5$  года). Выборка разделена на четыре равные диагностические группы: пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40–F48), с эмоционально неустойчивым расстройством личности пограничного типа (F60.31), с шизофренией (F20), с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ (F10–F19). Статистический анализ проводился с использованием критерия Уэлча и корреляционного анализа (Спирмена). **Результаты:** установлены значимые различия между группами по уровню ресурсности и устойчивости (RRI), эмоционального интеллекта (ЭМИн) и алекситимии (TAS-20). Корреляционный анализ показал наличие значимых двусторонних связей между эмоциональным интеллектом (ЭМИн) и факторами, способствующими выздоровлению (RRI), а также двусторонние положительные корреляции между уровнем алекситимии (TAS-20) и способностью к выздоровлению (RRI). **Заключение:** установлено, что пациенты с невротическими расстройствами и пограничным расстройством личности обладают более высокой способностью к комплаентности и восстановлению по сравнению с пациентами, зависимыми от психоактивных веществ, и с шизофренией. Данные результаты могут использоваться в разработке психотерапевтических стратегий, направленных на повышение комплаенса и эффективности лечения за счет развития ресурсности и эмоциональной регуляции.

**Ключевые слова:** ресурсность, устойчивость, эмоциональный интеллект, комплаенс, пограничное расстройство личности, шизофрения, юношеский возраст

**Для цитирования:** Зенцова Н.И., Киселева М.Г., Гедевани Е.В., Сорин А.В., Тройнева П.Г., Шалина О.С. Факторы ресурсности и устойчивости как составляющие комплаенса пациентов юношеского возраста, проходящих лечение в психиатрическом стационаре. *Психиатрия*. 2025;23(6):46–59. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-6-46-59>

### RESEARCH

UDC 616.89; 616.895.8; 616.891.6; 159.9.072.59; 616.89-008.48; 364.272; 159.9.072

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-6-46-59>

## Resourcefulness and Resilience Factors as Components of Compliance of Adolescent Psychiatric Inpatients

Natalia I. Zentsova<sup>1</sup>, Maria G. Kiseleva<sup>1</sup>, Ekaterina V. Gedevean<sup>2</sup>, Anton V. Sorin<sup>1</sup>, Polina G. Troineva<sup>1</sup>, Olga S. Shalina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Psychological and Social Work, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia

(Sechenov University), Moscow, Russia

<sup>2</sup>FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Corresponding author: Ekaterina V. Gedevean, [gedevani@hotmail.com](mailto:gedevani@hotmail.com)

### Summary

**Background:** despite the significant number of studies devoted to the study of compliance and its role in the recovery process, existing assessment methods often demonstrate limited prognostic potential. **The aim of study:** to investigate the specificity and differences of resourcefulness and resilience as factors of compliance in patients with qualitatively different mental disorders. **Patients and Methods:** using the Resourcefulness for Recovery Inventory Scale, the Emotional Intelligence (EmIn) Questionnaire developed by D.V. Lyusin, and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), 120 patients aged 18–25 years (mean

age  $22 \pm 3.5$  years) were examined. The sample was divided into four equal diagnostic groups: patients with neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40–F48), with emotionally unstable borderline personality disorder (F60.31), with schizophrenia (F20), with mental disorders and behavioral disorders associated with the use of psychoactive substances (F10–F19). Statistical analysis was performed using the Welch criterion and correlation analysis (Spearman). **Results:** significant differences were found between the groups in the level of resourcefulness and stability (RRI), emotional intelligence (EmIn) and alexithymia (TAS-20). Correlation analysis showed the presence of significant two-way relationships between emotional intelligence (EmIn) and factors contributing to recovery (RRI), as well as two-way positive correlations between the level of alexithymia (TAS-20) and the ability to recover (RRI). **Conclusion:** it has been established that patients with neurotic disorders and borderline personality disorder have a higher ability for compliance and recovery compared to patients dependent on psychoactive substances and patients with schizophrenia. These results can be used in the elaboration of psychotherapeutic strategies aimed at increasing compliance and treatment effectiveness through the development of resourcefulness and emotional regulation.

**Keywords:** resourcefulness, resilience, emotional intelligence, medication compliance, borderline personality disorder, schizophrenia, adolescence

**For citation:** Zentsova N.I., Kiseleva M.G., Gedevari E.V., Sorin A.V., Troyneva P.G., Shalina O.S. Resourcefulness and Resilience Factors as Components of Compliance of Adolescent Psychiatric Inpatients. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(6):46–59. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-6-46-59>

## ВВЕДЕНИЕ

Известно, что комплаенс пациентов с психическими расстройствами существенно ниже комплаенса пациентов с соматической патологией, что способствует более тяжелому течению заболевания и оказывает негативное влияние на качество жизни больного [1]. Возможной причиной этого обстоятельства является то, что некоторые психические расстройства не воспринимаются пациентами как нежелательные состояния, нуждающиеся в лечении. В зависимости от характера психической патологии и личностных особенностей, лечение в психиатрическом стационаре может по-разному воздействовать: как источник острого стресса, либо как желанное освобождение от необходимости адаптироваться к социальной жизни, что в обоих случаях затрудняет терапевтический процесс [2].

Предприняты многократные попытки изучения комплаенса и его взаимосвязи с динамикой выздоровления. Однако прогностический потенциал большинства получивших широкое распространение методик по-прежнему остается ограниченным, так как не позволяет сделать обоснованное предположение о приверженности пациента к лечению и оценить его способность наиболее эффективно совладать со своим болезненным состоянием [3].

К настоящему времени отсутствует единство мнений исследователей относительно наиболее значимых составляющих успешного комплаенса. Авторы указывают на связь с медикаментозным лечением, преобладанием определенной симптоматики в структуре актуального состояния, социальными условиями жизни пациента, профессионализмом лечащего врача, его личностными особенностями и способностью поддерживать оптимальный психологический контакт с пациентом [1–7].

Исследователи рассматривают альянс врач–психиатр как основное звено лечебно-реабилитационной системы в немалой степени за счет его способности к обеспечению комплаентности [8]. В то же время некоторые важные личностные свойства пациентов, такие как ресурсность и устойчивость, не связывают

с комплаенсом, хотя они играют немаловажную роль в процессе его формирования, а также дальнейшего становления этапа реконвалесценции [9–13].

Поскольку замысел нашего исследования продиктован необходимостью изучения прогностически значимых для комплаентности показателей, именно ресурсность и устойчивость стали предметом настоящего исследования. Ресурсность в данном исследовании определяется как способность индивида к достижению желаемых целей — в частности, преодоления симптомов тяжелого заболевания и возвращения к активной социальной жизни. Под устойчивостью понимается способность психики человека выдерживать напряжение (позитивное или негативное) и противостоять новым и потенциально вызывающим стресс ситуациям — связанным в том числе с лечением [9–11].

Одним из важнейших факторов, влияющих на ресурсность и устойчивость, является эмоциональный интеллект (ЭИ), который отражает способность человека осознавать, понимать и регулировать собственные эмоции, а также дифференцировать и комплиментарно отвечать на эмоции других [14–17]. У пациентов с психическими расстройствами, особенно с пограничными расстройствами личности (ПРЛ) и шизофренией, часто наблюдается низкий уровень эмоционального интеллекта, что затрудняет их способность к саморегуляции и снижает готовность следовать терапевтическим рекомендациям [18].

На противоположном полюсе эмоционального интеллекта находится алекситимия — нарушение способности идентификации, дифференциации и вербализации эмоциональных состояний, снижение уровня символизации, фокусировка на внешних событиях и склонность к конкретному, утилитарному, логическому мышлению. Этот феномен широко распространен среди пациентов с психическими расстройствами и может быть одной из причин низкого уровня комплаенса, поскольку такие пациенты часто не понимают своих эмоциональных потребностей, не способны к реалистичной оценке тяжести собственного состояния и, как следствие, не способны эффективно устанавливать контакт с врачом [19].

Проблема низкого комплаенса в лечении психических расстройств остается одной из центральных в клинической практике и определяет потребность в изучении качества комплаенса госпитальных пациентов с различными психическими заболеваниями. Особенно значимым это становится в условиях современных вызовов здравоохранения, где акцент делается на персонализированное лечение, направленное на адаптацию терапевтических стратегий под индивидуальные особенности пациента.

**Цель исследования:** изучение специфики и различий уровня ресурсности (*resourcefulness*) и устойчивости (*resilience*) как факторов комплаенса у пациентов с диагностически различными психическими нарушениями.

#### Гипотезы исследования

*Гипотеза 1.* Существуют различия по уровню выраженности таких компонентов комплаентности как ресурсность и устойчивость между пациентами юношеского возраста различных нозологических групп.

Наиболее высокие результаты ожидаются у пациентов с невротическими расстройствами, а наиболее низкие — у пациентов с шизофренией:

- наиболее низкие показатели ресурсности и устойчивости — у пациентов с шизофренией,
- более высокие показатели ресурсности и устойчивости — у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ,
- еще более высокие показатели ресурсности и устойчивости — у пациентов с эмоционально неустойчивым расстройством личности пограничного типа,
- максимально высокие показатели ресурсности и устойчивости — у пациентов с невротическими расстройствами.

*Гипотеза 2.* Уровень таких компонентов комплаентности как ресурсность и устойчивость положительно взаимосвязан с уровнем эмоционального интеллекта у пациентов юношеского возраста с психическими расстройствами. Наиболее низкие показатели эмоционального интеллекта — у пациентов с шизофренией. Наиболее высокие показатели эмоционального интеллекта — у пациентов с невротическими расстройствами.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Психометрическое исследование имело корреляционный дизайн и было выполнено на базе ФГБНУ Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ) и «ПКБ №13 ДЗМ». В исследование включали больных, находившихся на стационарном лечении.

*Критерии включения:*

- юношеский возраст (18–25 лет);
- диагноз по МКБ 10:
  - невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48),

- эмоционально неустойчивое расстройство личности пограничного типа (F60.31),
- шизофрения (F20),
- психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10–F19).

*Критерии невключения:* наличие признаков соматической, неврологической или психической патологии в стадии декомпенсации, затрудняющих обследование.

Пациенты юношеского возраста (18–25 лет) были выбраны в связи с тем, что эффективная терапия имеет критическое социальное значение для этого возраста. Выбор нозологических категорий определялся, во-первых, различиями генеза психопатологической симптоматики; во-вторых, значительными различиями социальных и поведенческих проявлений; в-третьих, наибольшим процентом госпитализированных. В работе с пациентами этого возраста всех нозологических категорий необходимо, в первую очередь, выделить прогностически важные факторы комплаенса для преодоления как патологического состояния, так и связанного с лечением стресса.

В соответствии с критериями в исследование были включены 120 пациентов (возраст чаще всего 20–22 года),

Пациенты были разделены на четыре равные по численности независимые диагностические группы сравнения:

*Группа I* — с диагнозом «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40–F48); N = 30 (12 мужчин, 18 женщин, средний возраст  $22 \pm 3,5$  года).

*Группа II* — с диагнозом «эмоционально неустойчивое расстройство личности пограничного типа» (F60.31); N = 30 (6 мужчин, 24 женщины, средний возраст  $22 \pm 3,5$  года).

*Группа III* — с диагнозом «психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» (F10–F19); N = 30 (22 мужчины, 8 женщин, средний возраст  $22 \pm 3,5$  года).

*Группа IV* — с диагнозом «шизофрения» (F20); N = 30 (12 мужчин, 18 женщин, средний возраст  $22 \pm 3,5$  года).

Пациенты первой, второй и третьей групп были госпитализированы впервые. Среди респондентов четвертой группы 12 человек были госпитализированы впервые, 18 уже имели опыт лечения в психиатрическом стационаре.

#### Этические аспекты

Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании после разъяснения потенциальных рисков и преимуществ, а также характера предстоящего исследования. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г. (с пересмотрами 1975–2024 г.) и было одобрено локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 913 от 04.08.2022).

### Ethical aspects

All examined patients signed the informed consent to take part in a study. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of Mental Health Research Centre (protocol No 913 from 04.08.2022). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2024.

В исследовании использовали психометрический и статистический методы. Научно-методологическую основу исследования составили работы М.Ж. Celinski [9–11], который в череде предпринятых исследований показал, что эффективность преодоления стресса (связанного в том числе с пребыванием в стационаре) определяется такими параметрами как ресурсность (*resourcefulness*) и устойчивость (*resilience*).

Для определения уровня ресурсности и устойчивости испытуемых использовали опросник *Resourcefulness for Recovery Inventory* (Управление ресурсами для выздоровления) в адаптации Р.Д. Тукаева и В.Е. Кузнецова [20, 21]. Данный опросник предназначен для оценки эффективности различных способов терапевтического вмешательства и анализа структурных психических изменений пациентов. Считается, что дифференциация способов психического ответа субъекта на лечение, направленность «к выздоровлению» и «от выздоровления» может быть информативной для реалистичной оценки динамики лечения и учета тех позитивных аспектов, на которые можно опираться в рамках психотерапевтической работы. В настоящем исследовании терапевтическое вмешательство состояло в фармакологическом лечении в условиях стационара.

Опросник *Resourcefulness for Recovery Inventory* (Управление ресурсами для выздоровления) построен по принципу самоотчета, состоит из 239 вопросов и оценивает следующие 18 факторов выздоровления (каждому соответствует двухполярная шкала): чувство контроля/чувство отсутствия контроля; позитивные/негативные когниции и взгляды; интенциональность (наличие цели)/отсутствие цели; информированность/отсутствие знаний; внимание к собственному состоянию/отсутствие внимания или отрицание; позитивные/негативные отношения с медперсоналом; успешное/неуспешное управление эмоциями; позитивные/негативные ожидания и надежды (образ будущего); осознание широких возможностей выбора/осознания малого количества опций; фокусировка на прошлом/фокусировка на настоящем или будущем; принятие ответственности/зависимость; адекватные/неадекватные способы справиться со стрессом; принятие/отрицание или непринятие; коммуникация/алекситимия; социальная изоляция/социальная интеграция и поиск поддержки; интеграция/дизинтеграция; принижение потерь (вследствие травмы)/преувеличение потерь; положительные/негативные фундаментальные ценности.

Для оценки уровня эмоциональной регуляции был использован опросник ЭИИ, разработанный

Д.В. Люсиным [18, 22]. Внутреннюю структуру методики организуют два основных фактора — понимание эмоций и управление эмоциями, а также их направленность — внутриличностный эмоциональный интеллект и межличностный эмоциональный интеллект. Таким образом, автор выделяет 4 шкалы, измеряющие способность личности к пониманию и управлению своими и чужими эмоциями.

Опросник построен по принципу самоотчета, включающего 46 утверждений, в котором испытуемому необходимо выразить степень своего согласия по четырехбалльной шкале.

Торонтская шкала алекситимии TAS [19] была выбрана для выявления степени нарушения способности идентификации, дифференциации и выражения эмоциональных и телесных переживаний, поскольку выборка состояла из респондентов с различными клиническими диагнозами, т.е. людей, заведомо обладающих различными особенностями аффективного реагирования.

Данная методика является «золотым стандартом» оценки проявлений алекситимии и широко используется в отечественных и зарубежных исследованиях. Измерения по трем субшкалам формируют общий показатель алекситимии. Шкалы позволяют выявить: трудности в определении (идентификации) и описании собственных чувств; трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижение способности к символизации и фокусировка на внешних событиях по сравнению с внутренними переживаниями.

Шкала состоит из 26 утверждений, позволяющих респонденту охарактеризовать себя при помощи *Likert scale* (от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен»).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью статистического пакета SPSS 16.0. Для проверки предположений о статистических различиях между группами по уровню ресурсности и устойчивости, алекситимии и эмоциональному интеллекту был использован *t*-критерий Уэлча, так как он в наибольшей степени подходит для сравнения относительно небольших независимых выборок с неодинаковыми параметрами дисперсии — тест, основанный на распределении Стьюдента и предназначенный для проверки статистической гипотезы о равенстве математических ожиданий случайных величин, имеющих необязательно равные известные дисперсии.

Предпосылки: для применения двухвыборочного *t*-критерия Стьюдента необходимо, чтобы истинные дисперсии были равны. В случае *t*-критерия Уэлча истинные дисперсии уже могут быть не равны, но предпосылка о нормальном распределении средних сохраняется. При превышении значения наблюдаемой статистики по абсолютной величине критического значения данного распределения (при заданном уровне значимости) нулевая гипотеза отвергается.

Для исследования связи между уровнями ресурсности и устойчивости, эмоционального интеллекта и алекситимии был проведен корреляционный анализ на всей выборке с использованием *Spearman's rank correlation coefficient*, так как предварительная проверка с использованием критерия Колмогорова–Смирнова продемонстрировала отличие распределения данных от нормального.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

**Сравнительный анализ групп по уровню ресурсности и устойчивости**

Статистически значимых различий по уровню ресурсности и устойчивости между пациентами с невротическими расстройствами (F40–F48) и с пограничным расстройством личности (F60.31) обнаружено не было. Группы пациентов, зависимых от психоактивных веществ (F10–F19), и пациенты с шизофренией (F20)

показали значимо меньшую способность к выздоровлению, хотя и со статистически значимым отличием между этими группами.

Таким образом, максимально высокие показатели ресурсности и устойчивости определены у пациентов с невротическими расстройствами и с ПРЛ, более низкие — у пациентов с шизофренией и минимальные — у пациентов, зависимых от ПАВ (рис. 1).

Несколько иные результаты получены по факторам, препятствующим выздоровлению. Значимых различий по этим показателям между группами пациентов с невротическими расстройствами (F40–F48), с ПРЛ (F60.31) и с шизофренией (F20) не выявлено (рис. 2). Но результаты группы пациентов, зависимых от ПАВ (F10–F19), значимо отличаются по большинству показателей у остальных респондентов и обращают на себя внимание двумя «пиками». При более низких остальных показателях у пациентов, зависимых от ПАВ, показатели дезинтеграции близки к остальным трем

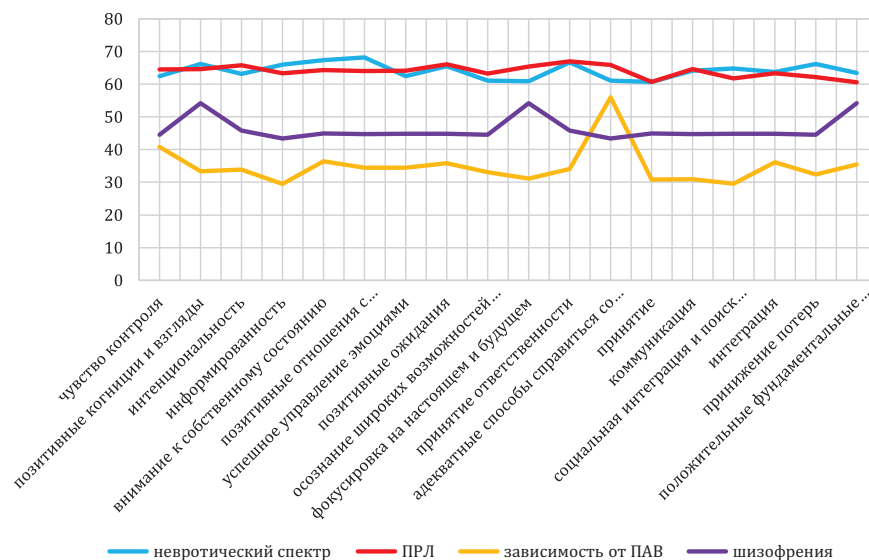


Рис. 1. Показатели ресурсности (RRI) при различной психической патологии

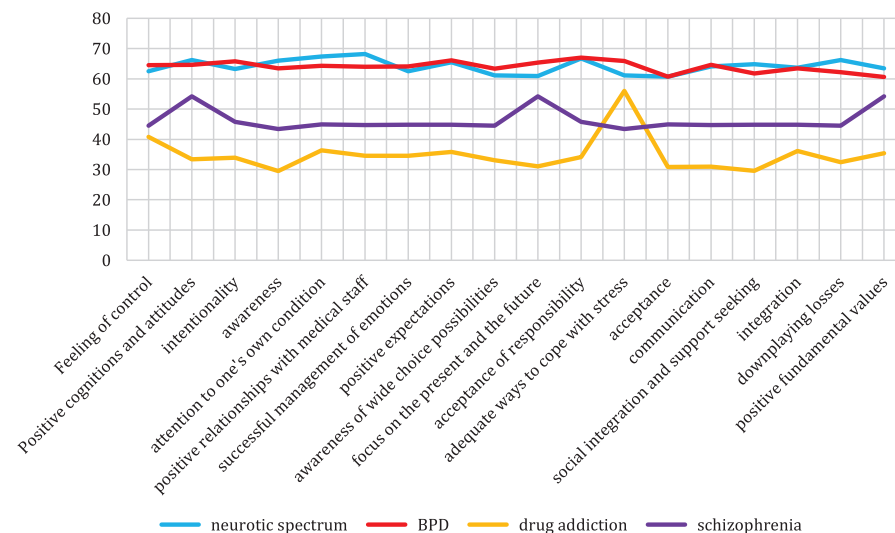


Fig. 1 RRI: factors promoting recovery in different mental disorders

группам пациентов, а показатели «отсутствие внимания или отрицание болезни» значимо превышают таковые у всех остальных респондентов. Пациенты, зависимые от ПАВ, менее других пациентов «препятствуют» лечению, но при этом дезинтегрированы, как и все остальные группы, и более склонны отрицать сам факт своего болезненного состояния и необходимости лечения. Вероятно, они менее других пациентов склонны препятствовать лечению и содействовать выздоровлению, так как не ощущают себя больными и отрицают факт заболевания.

**Сравнительный анализ групп по уровню выраженности алекситимии**

Результаты обследования пациентов всех групп по уровню выраженности алекситимии показали значимые различия между группами по общему баллу и отдельным шкалам методики TAS-20. Наибольшая выраженность алекситимии наблюдается у пациентов с диагнозом шизофрении.

Группа пациентов с эмоционально неустойчивым расстройством личности пограничного типа обнаруживает значимо меньшую выраженность алекситимических тенденций. Тем не менее общий балл свидетельствует о наличии алекситимии у данной группы на нижней границе нормы. Несмотря на статистически

значимые отличия по общему баллу, группа с ПРЛ значимо не отличается от группы пациентов с шизофренией по частным шкалам методики. Пациенты обеих групп демонстрируют трудности с идентификацией и описанием чувств, склонны к экстернальному способу мышления.

В группе пациентов с невротическими расстройствами алекситимия регистрируется на уровне нормы, но по общему баллу установлены значимые отличия от остальных групп.

Отсутствие алекситимии (не более 62 баллов) выявлено в группе с зависимостью от ПАВ. Она так же значимо отлична от остальных групп как по общему баллу, так и по всем субшкалам (табл. 1).

**Сравнительный анализ групп по показателям эмоционального интеллекта**

Установлено, что наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта обладает группа пациентов с невротическими расстройствами. Значимо более низким уровнем эмоционального интеллекта обладают пациенты с ПРЛ, хотя их результаты все-таки остаются в пределах средних значений уровня эмоционального интеллекта. Между группой с ПРЛ и группой пациентов с зависимостью от ПАВ значимых отличий по этому показателю обнаружено не было, для данной

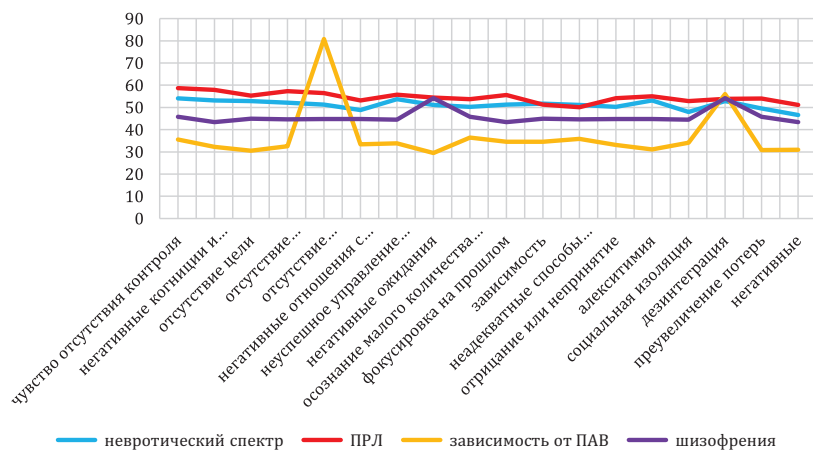


Рис. 2. RRI: факторы, препятствующие выздоровлению, при различной психической патологии

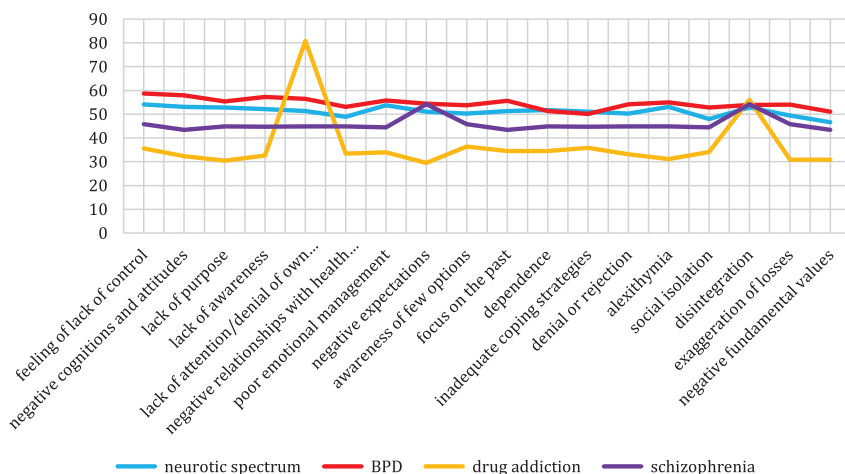


Fig. 2 RRI: factors that impede recovery in different mental disorders

**Таблица 1.** Различия между группами сравнения по уровню выраженности алекситимии ( $p$  меньше или равно 0,001)  
**Table 1** Differences between compared groups in the level of severity of alexithymia ( $p$  less than or equal to 0.001)

Шкалы/Scales	Диагноз /Diagnosis	Среднее значение/ Average value	Стандартное отклонение/ Standard Deviation	Критерий Уэлча/ Welch's t-test	Сравнение/ Compared
Трудности идентификации чувств/ Difficulty identifying feelings	Невротический спектр (F40–48)	23,27	5,464	12,939	I = II = IV > III
	ПРЛ (F60.31)	25,07	5,675		
	Зависимость от ПАВ (F10–19)	18,07	5,675		
	Шизофрения (F20)	26,70	5,566		
Трудности описания чувств/ Difficulties describing feelings	Невротический спектр (F40–48)	19,20	3,818	31,853	IV = II, II = I, IV > I > III
	ПРЛ (F60.31)	20,67	3,708		
	Зависимость от ПАВ (F10–19)	13,67	3,708		
	Шизофрения (F20)	22,67	3,708		
Экстернальность мышления/ Externality of thinking	Невротический спектр (F40–48)	18,07	3,342	46,330	IV = II, II = I, IV > I > III
	ПРЛ (F60.31)	20,10	3,078		
	Зависимость от ПАВ (F10–19)	12,90	3,100		
	Шизофрения (F20)	21,90	3,100		
Общий балл/Total score	Невротический спектр (F40–48)	60,53	6,756	89,965	IV > II > I > III
	ПРЛ (F60.31)	65,83	6,660		
	Зависимость от ПАВ (F10–19)	44,63	6,636		
	Шизофрения (F20)	71,27	6,400		

**Таблица 2.** Различия между группами сравнения по показателям эмоционального интеллекта ( $p$  меньше или равно 0,001)  
**Table 2** Differences between compared groups on indicators of emotional intelligence ( $p$  less than or equal to 0.001)

Шкалы/Scales	Диагноз /Diagnosis	Среднее значение/ Average value	Стандартное отклонение/ Standard Deviation	Критерий Уэлча/ Welch's t-test	Сравнение/ Compared
Межличностный эмоциональный интеллект/Interpersonal emotional intelligence	Невротический спектр (F40–48)	9,00	0,788	73,518	I > II = III > IV
	ПРЛ (F60.31)	7,97	1,159		
	Зависимость от ПАВ (F10–19)	7,50	1,635		
	Шизофрения (F20)	4,43	1,478		
Внутренний эмоциональный интеллект/Intrapersonal emotional intelligence	Невротический спектр (F40–48)	9,07	1,048	65,402	I > III = II > IV
	ПРЛ (F60.31)	7,67	1,184		
	Зависимость от ПАВ (F10–19)	7,77	1,406		
	Шизофрения (F20)	4,77	1,305		
Понимание эмоций/Understanding emotions	Невротический спектр (F40–48)	9,13	1,074	53,802	I > III = II > IV
	ПРЛ (F60.31)	6,93	1,660		
	Зависимость от ПАВ (F10–19)	7,40	1,404		
	Шизофрения (F20)	4,57	1,675		
Управление эмоциями/Emotion regulation	Невротический спектр (F40–48)	9,27	0,980	71,643	I > II = III > IV
	ПРЛ (F60.31)	7,37	1,608		
	Зависимость от ПАВ (F10–19)	7,27	1,388		
	Шизофрения (F20)	4,47	1,502		

**Таблица 3.** Связь факторов ресурсности и устойчивости, позитивно влияющих на выздоровление, с компонентами эмоционального интеллекта ( $p$  меньше или равно 0,001)

**Table 3** Relationship between factors of resourcefulness and resilience, which positively influence recovery, with components of emotional intelligence ( $p$  less than or equal to 0.001)

	МЭИ/Interpersonal EI	ВЭИ/Intrapersonal EI	ПЭ/UE	УЭ/ME
Чувство контроля/Feeling in control	0,401**	0,318**	0,357**	0,407**
Интенциональность/Intentionality	0,361**	0,229*	0,280**	0,368**
Информированность/Awareness	0,364**	0,296**	0,315**	0,347**
Внимание к собственному состоянию/ Attention to your own condition	0,368**	0,314**	0,343**	0,395**
Позитивные отношения с медперсоналом/Positive relationships with medical staff	0,385**	0,263**	0,390**	0,352**
Успешное управление эмоциями/ Successful management of emotions	0,355**	0,251**	0,282**	0,324**
Позитивный образ будущего/Positive image of the future	0,376**	0,307**	0,306**	0,362**
Осознание широких возможностей выбора	0,359**	0,265**	0,260**	0,309**
Принятие ответственности	0,399**	0,298**	0,313**	0,394**
Адекватные способы преодоления стресса	0,344**	0,353**	0,297**	0,30**
Принятие	0,324**	0,247**	0,284**	0,272**
Коммуникация	0,375**	0,332**	0,308**	0,351**
Поиск поддержки	0,397**	0,307**	0,327**	0,407**
Интеграция	0,401**	0,328**	0,307**	0,412**
Принижение потерь	0,394**	0,293**	0,375**	0,40**

Примечания: МЭИ — Межличностный эмоциональный интеллект; ВЭИ — Внутриличностный эмоциональный интеллект; ПЭ — Понимание эмоций; УЭ — Управление эмоциями.

Notes: Interpersonal EI — Interpersonal Emotional Intelligence; Intrapersonal EI — Intrapersonal Emotional Intelligence; UE — Understanding Emotions; ME — Managing Emotions.

группы характерен средний уровень эмоционального интеллекта в пределах нормы. Снижение уровня эмоционального интеллекта обнаружено у респондентов с шизофренией, данная группа значимо отличается от описанных выше групп. Полученные результаты приведены в табл. 2.

### Корреляционный анализ

В табл. 3 представлены значимые корреляции между шкалами RRI, относящимися к факторам, позитивно влияющим на выздоровление, и эмоциональным интеллектом. Установлена значимая положительная двусторонняя связь между компонентами эмоционального интеллекта и факторами ресурсности и устойчивости, способствующими выздоровлению. Значимых корреляций между эмоциональным интеллектом и шкалами, отражающими факторы, препятствующие выздоровлению, обнаружено не было.

Обнаружены двусторонние положительные корреляции между уровнем ресурсности и устойчивости (RRI) и алекситимией (TAS) (табл. 4).

## ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнении групп по уровню ресурсности и устойчивости как компонентов комплаентности значимых различий между респондентами с невротическими

расстройствами и респондентами с ПРЛ обнаружено не было. Обе группы демонстрируют высокую ориентацию на выздоровление. Результаты представляются интересными с точки зрения интерпретации, так как известно о низких способностях респондентов с пограничным расстройством личности к выздоровлению в отличие от лиц с расстройствами невротической группы. Полученные результаты могут быть связаны с гетерогенностью группы с ПРЛ, поскольку, несмотря на существующий список диагностических критериев в МКБ-10, дефицит методов диагностики для данного расстройства позволяет включать в эту группу людей с другими различными расстройствами личности и аддиктивным поведением. Поскольку методика RRI во многом отсылает к ценностной сфере личности, полученные результаты не противоречат конституциональным особенностям ПРЛ. Ценностная сфера у людей с пограничным расстройством личности может быть сохранна на уровне знаний и представлений, то есть они могут логически стремиться к выздоровлению, но не иметь возможности подкреплять эти знания соответствующими действиями в силу эмоциональной дисрегуляции, ведущей к трудно контролируемым деструктивным срывам и прерыванию лечения [23].

В пользу этого свидетельствуют теоретические данные о значительной степени расогласованности

**Таблица 4.** Связь алекситимии с показателями ресурсности и устойчивости  
**Table 4** Relationship between alexithymia and indicators of resourcefulness and resilience

		Трудности идентификации чувств/Difficulty Identifying Feelings	Трудности описания чувств/Difficulty Describing Feelings	Экстернальность мышления/Externality Of Thinking
Позитивные когниции/ Positive Cognitions	Коэффициент корреляции	0,201*	0,282**	,268**
	Значимость (двусторонняя)	0,027	0,02	0,003
Информированность/ Awareness	Коэффициент корреляции	0,101	0,282**	,251**
	Значимость (двусторонняя)	0,273	0,02	0,006
Позитивные ожидания/ Positive Expectations	Коэффициент корреляции	0,247**	0,234*	,241**
	Значимость (двусторонняя)	0,07	0,01	0,008
Фокус на настоящем и будущем/Focus on the present and future	Коэффициент корреляции	0,239**	0,430**	,476**
	Значимость (двусторонняя)	0,09	0	0
Принятие ответственности/ Taking Responsibility	Коэффициент корреляции	0,154	0,308**	,330**
	Значимость (двусторонняя)	0,092	0,01	0
Принятие/Acceptance	Коэффициент корреляции	0,189*	0,282**	,336**
	Значимость (двусторонняя)	0,038	0,02	0
Коммуникация/Communication	Коэффициент корреляции	0,256**	0,241**	,316**
	Значимость (двусторонняя)	0,05	0,08	0
Поиск поддержки/Finding Support	Коэффициент корреляции	0,180*	0,285**	,254**
	Значимость (двусторонняя)	0,05	0,02	0,005
Принижение потерь/ Downplaying Losses	Коэффициент корреляции	0,194*	0,245**	,263**
	Значимость (двусторонняя)	0,034	0,07	0,004
Положительные фундаментальные ценности/ Positive fundamental values	Коэффициент корреляции	0,218*	0,243**	,233*
	Значимость (двусторонняя)	0,017	0,08	0,01

ментальной, эмоциональной и поведенческой сфер у людей с данным расстройством, что, в частности, приводит к отчетливо полярному стилю отношений с врачом. Продуктивная включенность в процесс лечения чередуется у этих лиц с резким его прерыванием, сопровождающимся негативным отношением к личности лечащего врача [24]. Данное предположение подтверждается результатами, полученными в ходе сравнения группы с ПРЛ с группой пациентов с невротическими расстройствами по уровню эмоционального интеллекта. Как было показано, группы значимо различаются по всем шкалам методики ЭМИн. Последующий анализ средних значений показал, что группа респондентов с ПРЛ обладает более низкими способностями к пониманию и управлению своими и чужими эмоциями. Кроме того, у данной группы выражены алекситимические черты. Нарушения регуляции, возможности выдерживать и концептуализировать собственные переживания, опосредующие волевые и поведенческие функции, у людей с эмоционально неустойчивым расстройством личности пограничного типа являются симптомообразующим ядром, во многом определяющим остальную симптоматику.

При сравнении пациентов, зависимых от психоактивных веществ, и пациентов с шизофренией были обнаружены статистически значимые отличия в обоих случаях от группы с невротическими расстройствами.

Изначальное предположение о наиболее низком уровне ресурсности и устойчивости у людей с шизофренией не подтвердилось. По результатам исследования, группа с зависимостью от ПАВ демонстрирует наиболее низкие показатели по всем шкалам. Полученные результаты могут быть связаны с анозогнозической установкой, характерной для пациентов с зависимостью от ПАВ, что мы наблюдаем на материале результатов методики RRI: снижение по большинству шкал у данной группы сочетается с высокими результатами по шкале «отсутствие внимания или отрицание болезни». Вероятно, такой внешне противоречивый результат объясняется тем, что пациенты, зависимые от ПАВ, не идентифицируют себя больными и отрицают необходимость лечения.

В случае с больными шизофренией снижение уровня ресурсности и устойчивости психики связано с развитием эндогенного процесса, в силу чего продуктивный контакт с реальностью затруднен, включая возможность устанавливать способствующие выздоровлению отношения с лечащим врачом. Сама структура заболевания в данном случае подразумевает субъективное переживание стресса как избыточного воздействия со стороны реальности. Однако пациенты данной группы демонстрировали относительно сохраненные показатели по шкале фундаментальных ценностей. Это может свидетельствовать о том, что

глубинные убеждения и жизненные смыслы сохраняются у части пациентов даже при общем снижении адаптивных способностей. Данный аспект может быть использован в психотерапевтической работе для повышения мотивации к лечению. Стоит отметить, что выборку составили респонденты от 18 до 25 лет, то есть на этапе манифестации заболевания, при котором выраженных негативных расстройств могло еще не наблюдаться.

Результаты дисперсионного анализа с применением *t*-критерия Уэлча показывают, что наиболее высоким уровнем эмоционального интеллекта обладает группа с невротическими расстройствами, что представлялось ожидаемым, так как невротические нарушения являются формой адаптационной реакции, вызванной локальным или хроническим стрессом, протекающей на фоне нормально развитых психических процессов. Вместе с тем по результатам выявления алекситимии данная группа набрала относительно высокие баллы по шкалам TAS, выраженность алекситимии в данном случае на нижней границе нормы. Такая картина вполне соответствует конверсионному процессу, который является центральным в случае с невротическими нарушениями, включая соматоформные расстройства, реактивную депрессию, тревожные нарушения и прочие расстройства.

Значимо более низким уровнем эмоционального интеллекта (но в пределах средних показателей) обладают пациенты с ПРЛ. Анализ результатов, полученных по методике TAS, говорит о наличии алекситимических тенденций у лиц с ПРЛ: эта группа занимает второе место по степени выраженности алекситимии, но в пределах низких нормативных значений.

Схожие результаты по уровню эмоционального интеллекта продемонстрировала группа с зависимостью от ПАВ, значимых отличий по методике ЭМИн от группы с ПРЛ не установлено. Вместе с тем респонденты с зависимостью от ПАВ показывают полное отсутствие алекситимических тенденций. Соотнося этот результат с полученными данными по методике RRI, можно предположить, что у пациентов сохраняются поверхностные коммуникативные способности, что может быть связано с необходимостью осуществления дальнейшего употребления ПАВ. Также можно предположить, что данные результаты обусловлены спецификой самой группы, поскольку люди с зависимостью от ПАВ часто проходят психологические программы в рамках реабилитационных центров и психиатрических больниц, что может повышать их эмоциональную компетентность на уровне поверхностного знания.

Наиболее низким уровнем эмоционального интеллекта и наиболее высоким уровнем выраженности алекситимии обладает группа пациентов с шизофренией. Данные результаты вполне отражают особенности психотической организации личности, в частности — значительные нарушения в области эмоциональной регуляции. В совокупности с низким профилем, полученным по методике RRI, наблюдается картина

психической дезорганизации, характерной для шизофрении.

Для исследования связей между способностью к выздоровлению, эмоциональным интеллектом и алекситимией был проведен корреляционный анализ с применением критерия Спирмена на всей выборке.

Обнаружена значимая положительная двусторонняя связь между шкалами методики ЭМИн и шкалами RRI, относящимися к факторам, позитивно влияющим на выздоровление. Каких-либо значимых корреляций со шкалами, отражающими факторы, препятствующие выздоровлению, обнаружено не было. Можно предположить, что способность к пониманию и управлению эмоциями увеличивает вероятность адекватного психического ответа на психотравмирующую ситуацию и способствует актуализации способов совладания, направленных на коммуникацию и поиск дополнительных источников информации и поддержки, что в свою очередь положительно влияет на возможности и темп выздоровления.

Установлена положительная связь алекситимии со способностью к ресурсности и устойчивости, таким образом, частная гипотеза об отрицательной связи алекситимии с ресурсностью и устойчивостью не подтвердилась. Полученная связь на первый взгляд может казаться парадоксальной. Однако можно предположить, что низкая способность к осознанию и дифференциации своих эмоций может облегчать субъективный уровень тревоги в отношении собственного состояния. Одним из характерных аспектов алекситимии является экстернальность мышления. При низкой способности к эмоциональной рефлексии эта особенность может побуждать пациентов находить альтернативные способы совладания с проблемными ситуациями, больше обращаться к внешним источникам помощи или деятельности. Например, пациенты с ПРЛ могут избегать разрушительных эмоциональных реакций за счет перехода к более структурированным формам поведения (учебная или профессиональная деятельность, самопомощь, дисциплина), что будет временно улучшать общее состояние и адаптационные возможности. Таким образом, полученная положительная связь может быть рассмотрена как компенсаторный механизм, позволяющий сохранять способность к адаптации, вопреки переживанию сложных психоэмоциональных состояний.

Полученные результаты могут быть связаны с влиянием не учитываемых в исследовании переменных и нуждаются в дальнейшем анализе.

#### **К ограничениям исследования следует отнести:**

*Размер и репрезентативность выборки.* Исследование включало 120 пациентов в возрасте 18–25 лет, что ограничивает возможность обобщения результатов на более широкие возрастные группы.

*Фактор медикаментозного лечения.* В исследовании не учитывались различия в фармакотерапии и возможное влияние медикаментов на уровень эмоционального интеллекта, алекситимии, ресурсности и устойчивости.

**Перекрестный дизайн исследования.** Дизайн исследования был корреляционным, что не позволяет делать однозначные выводы о причинно-следственных связях между изучаемыми переменными.

**Использование метода самоотчета.** Исследование основано на данных опросников, таких как *Resourcefulness for Recovery Inventory (RRI)*, ЭМИИ и TAS-20, что предполагает субъективность восприятия респондентами своего психического состояния. Это может приводить к социально желаемым ответам, особенно у пациентов с зависимостью от ПАВ, у которых выражена тенденция к отрицанию проблемы.

**Гетерогенность групп.** Несмотря на разделение пациентов по нозологическим категориям (невротические расстройства, ПРЛ, шизофрения, зависимость от ПАВ), внутри каждой группы возможна значительная вариативность клинических проявлений.

**Неучтенные факторы.** В исследовании не анализировались социальные и семейные факторы, такие как уровень поддержки со стороны близких, финансовое положение, наличие хронических заболеваний, уровень образования и профессиональный статус, которые также могут оказывать влияние на комплаентность пациентов. Также, в исследовании не были рассмотрены такие значимые для комплаентности факторы как гибкость и ригидность пациентов, что планируется учитывать в дальнейших исследованиях.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования комплаентности и ее компонентов у пациентов с психическими нарушениями различных регистров была частично подтверждена первая гипотеза о наличии различий между группами. Было установлено, что группы с установленными диагнозами невротических, вызванных стрессом и соматоформных расстройств (F40–F48) и с эмоционально неустойчивым расстройством личности пограничного типа (F60.31) обладают достаточно высокой степенью психической устойчивости и способностями к выздоровлению, между данными группами различий обнаружено не было.

Значимо более низкие результаты были обнаружены у пациентов с шизофренией (F20), что, по нашему мнению, является следствием развития эндогенного процесса. В настоящем исследовании в пользу последнего предположения свидетельствуют высокие баллы, полученные по Торонтской алекситимической шкале.

Наиболее низкие показатели ресурсности и устойчивости были обнаружены у пациентов с психическими и поведенческими нарушениями, вызванными употреблением психоактивных веществ (F10–F19). Низкая статистика выздоровления у людей с зависимостью от ПАВ, в частности, может быть сопряжена со слабой способностью выдерживать стресс, ограниченными стратегиями совладания. Психологическая ресурсность у зависимых пациентов часто ограничена употреблением вещества как единственного доступного механизма регуляции эмоционально состояния,

а также выраженной анозогнозией, что подтверждается сниженным профилем по шкале «отсутствие внимания к собственному состоянию». Глобальное снижение способностей к аффективной и когнитивной переработке психического напряжения усугубляется экзогенно-органическими изменениями, приобретенными в ходе употребления ПАВ.

Результаты корреляционного анализа на общей выборке частично подтверждают гипотезу о связи ресурсности и устойчивости с эмоциональной саморегуляцией. Была установлена положительная связь эмоционального интеллекта с ресурсностью и устойчивостью.

Различия в уровне комплаентности между исследуемыми группами позволяют утверждать, что комплаенс является сложной конструкцией, в значительной степени опосредованной не только когнитивными и эмоциональными процессами, но и личностными ресурсами пациента, увеличивая вероятность приверженности лечению и взаимодействию с медицинским персоналом.

Полученные результаты могут быть использованы для разработки комплексных психотерапевтических стратегий, направленных на улучшение комплаентности. Развитие эмоционального интеллекта и снижение уровня алекситимии могут стать ключевыми направлениями в повышении комплаенса, а работа с ресурсностью и устойчивостью — основой для долгосрочной стабилизации состояния пациента. Данная тема открыта для дальнейшего изучения с увеличением возрастного диапазона выборки, сравнением групп, получающих и не получающих медикаментозное лечение, а также для проведения формирующего эксперимента, исследующего вклад эмоциональной регуляции в развитие психической устойчивости.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

- Незнанов НГ, Вид ВД. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. *Психиатрия и психофармакотерапия. журнал имени П.Б. Ганнушкина.* 2004;4:159–162.  
Neznanov NG, Vid VD. The problem of compliance in clinical psychiatry. *Psychiatry and psychopharmacotherapy Gannushkin Journal.* 2004;4:159–162. (In Russ.).
- Lobban F, Barrowclough C, Jones SA review of the role of illness models in severe mental illness. *Clin Psychol Rev.* 2003 Mar;23(2):171–96. doi: 10.1016/s0272-7358(02)00230-1 PMID: 12573669.
- Тукаев РД, Кузнецов ВЕ, Москаленко ДА, Петраш НМ. Оценка эффективности психотерапии при расстройствах невротического регистра: проблемы, ограничения, возможности. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2013;23(3):92–98.  
Tukaev RD, Kuznetsov VE, Moskalenko DA, Petrash NM. Evaluation of psychotherapy efficacy in neurotic level disorders; problems, restrictions, opportunities.

- Social and clinical psychiatry*. 2013;23(3):92–98. (In Russ.)
4. Stentzel U, van den Berg N, Schulze LN, Schwaneberg T, Radicke F, Langosch JM, Freyberger HJ, Hoffmann W, Grabe HJ. Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla). *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):155. doi: 10.1186/s12888-018-1737-4 PMID: 29843676; PMCID: PMC5975380.
  5. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:449–468. doi: 10.2147/PPA.S124658 PMID: 28424542; PMCID: PMC5344423.
  6. Perkins DO, Gu H, Weiden PJ, McEvoy JP, Hamer RM, Lieberman JA; Comparison of Atypicals in First Episode study group. Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, flexible-dose, multicenter study. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(1):106–13. doi: 10.4088/jcp.v69n0114 PMID: 18312044.
  7. Сорокин МЮ, Лутова НБ, Вид ВД. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;116(4):32–36. doi: 10.17116/jnevro20161164132-36  
Sorokin MIu, Lutova NB, Wied VD. A role of motivation for treatment in the structure of compliance in psychopharmacologically treated patients. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2016;116(4):32–36. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20161164132-36
  8. Бабин СМ, Васильева АВ, Шлафер АМ. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией. *Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал имени П.Б. Ганнушкина*, 2012;1:9–16.  
Babin SM, Vasil'eva AV, Shlafer AM. Compliance therapy (short-term cognitive-behavioral method) and treatment adherence in patients with schizophrenia. *Psychiatry and psychopharmacotherapy Gannushkin Journal*, 2012;1:9–16 (In Russ.).
  9. Celinski MJ. The Dialectic Relationship between Resilience and Resourcefulness. In: Celinski MJ, Gow KM, eds. Continuity versus creative response to challenge. The primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy. New York: Nova Science Publishers. 2011:105–120.
  10. Celinski MJ. Framing Resilience as Transcendence & Resourcefulness as Transformation. In: Celinski MJ, Gow KM, eds. Continuity versus creative response to challenge. The primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy. New York: Nova Science Publishers. 2011:11–30.
  11. Celinski M, Gow K, Allen L. Resourcefulness in various psychopathological condition In: 19th Annual Conference of the European Health Psychology Society «Psychology & Health. Enhancing Individual, Family & Community Health»; August 30 — September 3, 2005; Galway — Ireland. doi: 10.1080/14768320500221275
  12. Verdolini N, Vieta E. Resilience, prevention and positive psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*. 2021 Apr;143(4):281–283. doi: 10.1111/acps.13288 PMID: 33720387.
  13. Angeler DG, Allen CR, Persson ML. Resilience concepts in psychiatry demonstrated with bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. 2018;6(1):2. doi: 10.1186/s40345-017-0112-6 PMID: 29423550; PMCID: PMC6161999.
  14. Корнилова ТВ, Шестова МА, Корнилов СА. Эмоциональный интеллект, черты Большой пятерки и эмоциональная креативность в латентных личностных профилях. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*. 2021;11(2):123–136. doi: 10.21638/spbu16.2021.201  
Kornilova TV, Shestova MA, Kornilov SA. Emotional intelligence, big five traits and emotional creativity in latent personality profiles. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*. 2021;11(2):123–136. (In Russ.). doi: 10.21638/spbu16.2021.201
  15. Karle KN, Ethofer T, Jacob H, Brück C, Erb M, Lotze M, Nizielski S, Schütz A, Wildgruber D, Kreifelts B. Neurobiological correlates of emotional intelligence in voice and face perception networks. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2018;13(2):233–244. doi: 10.1093/scan/ny001 PMID: 29365199; PMCID: PMC5827352.
  16. Elipe P, Mora-Merchán JA, Ortega-Ruiz R, Casas JA. Perceived emotional intelligence as a moderator variable between cybervictimization and its emotional impact. *Front Psychol*. 2015;23(6):486. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00486 PMID: 25954237; PMCID: PMC4407507.
  17. Pekaar KA, Bakker AB, van der Linden D, Born MPH. Self- and other-focused emotional intelligence: development and validation of the Rotterdam Emotional Intelligence Scale (REIS). *Personality and individual differences*. 2018;120:222–223. doi: 10.1016/j.paid.2017.08.045
  18. Люсин ДВ. Современные представления об эмоциональном интеллекте. В кн.: Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования. Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М. Институт психологии РАН. 2004.  
Lusin DV. Current views on emotional intelligence. In: Social intelligence: Theory, measurement, research. Eds. Lyusin DV, Ushakov DV. M. Institute of Psychology RAS. 2004. (In Russ.).
  19. Ерьсько ДБ, Исурина ГЛ, Кайдановская ЕВ, Карварский БД, Карпова ЭБ, Корепанова ТГ, Крылова ГС, Тархан АУ, Чехлатый ЕИ, Шифрин ВБ. Алекситимия и методы ее определения при пограничных

- психосоматических расстройств. СПб. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2005:25.
- Eresko DB, Isurina GL, Kaidanovskaya EV, Karvasarsky BD, Karpova EB, Korepanova TG, Krylova GS, Tarkhan AU, Chekhlaty EI, Shifrin VB. Alexithymia and methods for its determination in borderline psychosomatic disorders. SPb. SPb NIPNI im. V.M. Bekhterev. 2005:25. (In Russ.).
20. Тукаев РД, Срывкова КА. Предикторы эффективности позитивно-диалоговой психотерапии при тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах невротического уровня. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2024;34(1):52–67. doi: 10.34757/0869-4893.2024.34.1.005
- Tukaev RD, Sryvkova KA. Predictors of positive-dialogue psychotherapy outcome in patients with anxiety and depression. *Social and Clinical Psychiatry*. 2024;34(1):52–67. (In Russ.). doi: 10.34757/0869-4893.2024.34.1.005
21. Тукаев РД, Кузнецов ВЕ. Когнитивно-ориентированная психотерапия при тревожных расстройствах: оценка в контролируемом исследовании *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015;25(2):56–65.
- Tukaev RD, Kuznetsov VE. Cognitive-oriented psychotherapy in anxiety disorders: assessment in controlled trial. *Social and Clinical Psychiatry* 2015;25(2):56–65. (In Russ.).
22. Люсин ДВ. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: Опросник ЭМИН. *Психологическая диагностика*. 2006;(4):3–22.
- Lusin DV. New method for measuring emotional intelligence: EmIN Questionnaire. *Psychological diagnostics*. 2006;(4):3–22. (In Russ.).
23. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2006;188:1–3. doi: 10.1192/bjp.bp.105.012088
24. Сорин АВ. Пограничное расстройство личности подростка: опыт психологического консультирования. [б. м.]: Издательские решения. 2017:178. ISBN 978-5-4490-0213-6
- Sorin AV. Borderline personality disorder in an adolescent: experience in psychological counseling. [b. m.]: Publishing solutions. 2017:178. (In Russ.). ISBN 978-5-4490-0213-6

#### Сведения об авторах

*Наталья Игоревна Зенцова*, доктор психологических наук, профессор, кафедра педагогики и медицинской психологии, Институт психолого-социальной работы, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

zentsova\_n\_i@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4097-8885>

*Мария Георгиевна Киселева*, доктор психологических наук, профессор, кафедра педагогики и медицинской психологии, Институт психолого-социальной работы, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

kiseleva\_m\_g@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9984-1090>

*Екатерина Владимировна Гедевани*, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел транскультуральной психиатрии, ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

gedevani@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8829-3191>

*Антон Валентинович Сорин*, кандидат психологических наук, доцент, кафедра педагогики и медицинской психологии, Институт психолого-социальной работы, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

sorin\_a\_v@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0009-0003-1671-0832>

*Полина Глебовна Тройнева*, клинический психолог, лаборант, кафедра педагогики и медицинской психологии, Институт психолого-социальной работы, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

trojneva1998@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0008-2468-6760>

*Ольга Сергеевна Шалина*, кандидат психологических наук, доцент, кафедра педагогики и медицинской психологии, Институт психолого-социальной работы, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

shalina\_o\_s\_1@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6800-5743>

#### Information about the authors

*Natalia I. Zentsova*, Dr. Sci. (Psychol.), Professor, Department of Pedagogy and Medical Psychology, Institute of Psychological and Social Work, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia (Sechenov University), Moscow, Russia

zentsova\_n\_i@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4097-8885>

*Maria G. Kiseleva*, Dr. Sci. (Psychol.), Professor, Department of Pedagogy and Medical Psychology, Institute of Psychological and Social Work, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia (Sechenov University), Moscow, Russia

kiseleva\_m\_g@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9984-1090>

*Ekaterina V. Gedevani*, Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher, Department of Transcultural Psychiatry, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

gedevani@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8829-3191>

*Anton V. Sorin*, Cand. Sci. (Psychol.), Associate Professor, Department of Pedagogy and Medical Psychology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia (Sechenov University), Moscow, Russia

sorin\_a\_v@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0009-0003-1671-0832>

*Polina G. Troynyeva*, Clinical Psychologist, laboratory assistant, Department of Pedagogy and Medical Psychology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia (Sechenov University), Moscow, Russia

troynyeva1998@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0008-2468-6760>

*Olga S. Shalina*, Cand. Sci. (Psychol.), Associate Professor, Department of Pedagogy and Medical Psychology, Institute of Psychological and Social Work, (Sechenov University), Moscow, Russia

shalina\_o\_s\_1@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6800-5743>

#### **Вклад авторов**

*Зенцова Н.И.* — администрирование проекта, руководство исследованием;

*Киселева М.Г.* — администрирование проекта, руководство исследованием;

*Гедевани Е.В.* — проведение исследовательского процесса, создание рукописи и ее редактирование, администрирование данных;

*Сорин А.В.* — концептуализация, методология, ресурсы, руководство исследованием, создание рукописи и ее редактирование;

*Тройнева П.Г.* — концептуализация, методология, формальный анализ, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование, визуализация;

*Шалина О.С.* — создание рукописи и ее редактирование.

#### **Authors' contribution**

*Natalia I. Zentsova* — project administration, research leadership;

*Maria G. Kiseleva* — project administration, research leadership;

*Ekaterina V. Gedevani* — conducting the research process, manuscript creation and editing, data administration;

*Anton V. Sorin* — conceptualization, methodology, resources, research leadership, manuscript creation and editing;

*Polina G. Troineva* — conceptualization, methodology, formal analysis, draft manuscript creation, manuscript creation and editing, visualization;

*Olga S. Shalina* — manuscript creation and editing.

#### **Конфликт интересов/Conflict of interests**

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflict of interests.*

Дата поступления 18.02.2025 Received 18.02.2025	Дата рецензирования 20.08.2025 Revised 20.08.2025	Дата принятия к публикации 16.09.2025 Accepted for publication 16.09.2025
--	--	--