

Научно-исследовательский журнал «International Journal of Medicine and Psychology / Международный журнал медицины и психологии»

<https://ijmp.ru>

2025, Том 8, № 7 / 2025, Vol. 8, Iss. 7 <https://ijmp.ru/archives/category/publications>

Научная статья / Original article

Шифр научной специальности: 5.3.1. Общая психология, психология личности, история психологии (психологические науки)

УДК 159.92

¹ Андронникова О.О.,

¹ Новосибирский государственный педагогический университет

Закон кумулятивного эффекта виктимогенеза

Аннотация: виктимность как системное качество личности представляет серьезную проблему для психологического благополучия и социальной адаптации. Несмотря на многочисленные исследования, отсутствуют интегративные модели, объясняющие динамику формирования виктимности через взаимодействие психологических и психофизиологических факторов. Цель: Эмпирическая верификация Закона кумулятивного эффекта виктимогенеза, описывающего формирование виктимности как кумулятивного процесса взаимодействия травматического опыта и ресурсов личности. Методология и методы: Проведено лонгитюдное исследование (N=98) с использованием комплекса психологических и психофизиологических методов. Применялись глубинное интервью, психофизиологическая оценка с использованием полиграфа, батарея тестов для оценки ресурсов психологической устойчивости. Результаты: Выявлено, что модель кумулятивного эффекта объясняет 67% дисперсии уровня виктимности. Установлено, что истощение ресурсов психологической устойчивости опосредует 57.5% влияния травмы на виктимность. Обнаружены значимые различия между группами с высокой и низкой виктимностью по всем компонентам модели. Выводы: Полученные данные подтверждают, что виктимность формируется как динамический процесс системной дезадаптации, где критическую роль играет кумулятивное взаимодействие травматического опыта, психофизиологической реактивности и ресурсов устойчивости. Модель позволяет прогнозировать уровень виктимности и выявлять точки для профилактического вмешательства.

Ключевые слова: виктимность, кумулятивный эффект, психофизиологическая реактивность, ресурсы психологической устойчивости, психологическая травма

Для цитирования: Андронникова О.О. Закон кумулятивного эффекта виктимогенеза // International Journal of Medicine and Psychology. 2025. Том 8. № 7. С. 441 – 455.

Поступила в редакцию: 9 июля 2025 г.; Одобрена после рецензирования: 12 сентября 2025 г.; Принята к публикации: 17 октября 2025 г.

¹ Andronnikova O.O.,

¹ Novosibirsk State Pedagogical University

The law of the cumulative effect of victimogenesis

Abstract: victimhood as a systemic personality trait presents a serious problem for psychological well-being and social adaptation. Despite numerous studies, there is a lack of integrative models explaining the dynamics of victimhood formation through the interaction of psychological and psychophysiological factors. Objective: Empirical verification of the Law of the Cumulative Effect of Victimogenesis, which describes the formation of victimhood as a cumulative process of interaction between traumatic experience and personal resources. Methodology and Methods: A longitudinal study (N=98) was conducted using a complex of psychological and psychophysiological methods. These included in-depth interviewing, psychophysiological assessment using a polygraph, and a battery of tests to assess psychological resilience resources. Results: It was revealed that the cumulative effect model explains 67% of the variance in victimhood levels. It was established that the depletion of psychological resilience resources mediates 57.5% of the effect of trauma on victimhood. Significant differences

were found between groups with high and low victimhood across all components of the model. Conclusions: The obtained data confirm that victimhood is formed as a dynamic process of systemic maladaptation, where the cumulative interaction of traumatic experience, psychophysiological reactivity, and resilience resources plays a critical role. The model allows for predicting the level of victimhood and identifying targets for preventive intervention.

Keywords: victimhood, cumulative effect, psychophysiological reactivity, psychological resilience resources, psychological trauma

For citation: Andronnikova O.O. The law of the cumulative effect of victimogenesis. International Journal of Medicine and Psychology. 2025. 8 (7). P. 441 – 455.

The article was submitted: July 9, 2025; Approved after reviewing: September 12, 2025; Accepted for publication: October 17, 2025

Введение

Актуальность исследования обусловлена возрастающим вниманием к проблеме виктимности как системного качества личности, определяющего устойчивую предрасположенность к повторной виктимизации. Современная психология сталкивается с необходимостью разработки интегративных моделей, способных объяснить механизмы формирования и закрепления виктимных паттернов поведения. Несмотря на значительное количество работ, посвященных изучению травмы и ее последствий, до настоящего времени отсутствуют комплексные подходы, рассматривающие виктимность как результат динамического взаимодействия социально-психологических и психофизиологических факторов.

В последние десятилетия накоплен существенный теоретический и эмпирический материал, свидетельствующий о кумулятивном характере воздействия травматических событий на личность. Исследования в области психологии травмы (Herman, 1992 [1]; Van der Kolk, 1994 [2]; Finkelhor et al., 2011 [3]; Aho et al., 2017 [4]), психофизиологии стресса (Porges, 2011 [5], 2022 [6]; McEwen, 1998 [7]) и резильентности (Masten, 2001 [8]; Southwick, Charney, 2012 [9]) создают теоретическую основу для разработки интегративной модели виктимогенеза. Однако до настоящего времени отсутствовала комплексная модель, описывающая процесс трансформации внешних воздействий в устойчивое системное качество личности – виктимность.

Интеграция достижений психологии травмы, психофизиологии и психологии резильентности открывает новые возможности для понимания механизмов виктимогенеза.

Цель настоящего исследования – эмпирическая верификация закона кумулятивного эффекта виктимогенеза, описывающего формирование виктимности как нелинейного процесса, возникающего в результате взаимодействия накопления следов

психологических травм и снижения ресурсов психологической устойчивости под воздействием хронического стресса.

Виктимность личности формируется как кумулятивный результат взаимодействия двух процессов: накопления следов психологических травм (регистрируемых через субъективную историю и вегетативные маркеры) и снижения ресурсов психологической устойчивости под воздействием хронического стресса.

Закон кумулятивного эффекта виктимогенеза формализует процесс трансформации внешних воздействий в устойчивое системное качество личности – виктимность. Виктимность (V) рассматривается как нелинейный кумулятивный процесс, развертывающийся во времени (рис.1). Закон интегрирует два взаимосвязанных компонента: социально-средовой и индивидуально-психофизиологический.

Социально-средовой компонент включает:

Коэффициент социальной уязвимости (K_s), отражающий индивидуальную восприимчивость к социальным патогенам (качество привязанности, социокультурные фильтры, рефлексивные способности). Коэффициент включает: качество привязанности [10]; социокультурные фильтры восприятия; уровень развития рефлексивных способностей.

Индекс токсичности среды ($S_{tc(t)}$), характеризующий агрессивность социальных контекстов (семьи, школы, субкультуры, социума) в момент времени. Индекс включает частоту/интенсивность (χ) виктимогенных событий в средах: семьи, школы, субкультуры, социума.

$S_{tc} = \alpha \chi (\text{семья}) + \beta \chi (\text{школа}) + \gamma \chi (\text{субкультуры}) + \delta \chi (\text{социальный})$.

Веса (α, β, \dots) определяются субъективной значимостью самой среды [11].

Индивидуально-психофизиологический компонент включает:

3. Коэффициент психофизиологической чув-

ствительности (K_n), отражающий врожденную и приобретенную предрасположенность к интенсивной реакции на стресс. По результатам теоретического анализа мы предполагаем, что генетико-эпигенетический фактор, включает: полиморфизм генов стресс-реактивности (FKBP5, CRHR1) [12; 13]; аллостатическую нагрузку [6]. По исследованиям Биндер и соавторов [14] у носителей определенных аллелей (включая rs1360780) гена FKBP5, которые пережили жестокое обращение в детстве, риск развития симптомов ПТСР во взрослом возрасте был значительно выше. В данном исследовании мы считаем возможным оценивать K_n через комбинацию анамнестических данных (история реакций на стресс, наличие травм, семейная история) и психофизиологических реакций (базальные показатели полиграфа, реактивность на стандартные стрессоры). Анамнестические данные состоят из следующих параметров:

- Наличие в прошлом сильных стрессовых ре-

акций на незначительные стрессоры (по самоотчету или интервью).

- Семейная история тревожности, депрессии (косвенный признак генетической предрасположенности).

- Ранние травмы (например, пренатальный стресс, травмы рождения, которые могли повлиять на развитие нервной системы).

Важным выступают психофизиологические показатели в состоянии покоя (базальные). Высокий базальный уровень кожно-гальванической реакции (КГР) или низкая вариабельность сердечного ритма (ВСР) в покое могут указывать на высокую исходную чувствительность.

4. Сила стрессовой реакции ($N_{react}(t)$), измеряемая как психофизиологический ответ на угрозу с помощью полиграфа (КГР, ЧСС, дыхание). Затем мы можем объединить эти показатели в один индекс стрессовой реакции с помощью формулы:

$$N_{react}(t) = w_1 * \Delta KГР + w_2 * \Delta ЧСС + w_3 * \Delta \text{Дыхание}$$

где веса w_1 , w_2 , w_3 определены статистически. Учитывая психологический контекст исследования, мы можем использовать полиграф для измерения N_{react} в реальном времени.

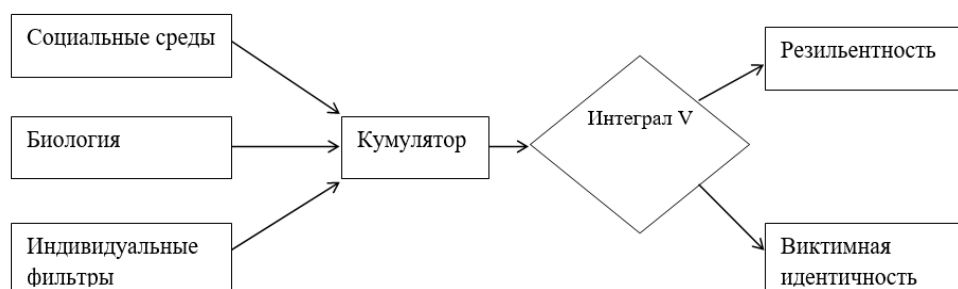


Рис. 1. Диаграмма реализации закона.
Fig. 1. Diagram of the implementation of the law.

Модификация переменных позволяет сформулировать следующую формулу, представленную ниже. Формула закона:

$$V(t) \approx \sum_{i=1}^n \{ (ИПТ_i * АВР_i) / РПУ_i \}$$

где результатом выступает дискретная сумма значимых виктимогенных событий (i) за период наблюдения от t_0 до t .

ИПТ i (Индекс психологической токсичности i -го события) измеряет субъективную тяжесть и значимость виктимогенного события. Это аналог S_{tc} для конкретного случая.

АВР i (Амплитуда вегетативной реакции при воспоминании события) измеряет уровень активации нервной системы в настоящем времени при актуализации травматического воспоминания. Это

интегральный психофизиологический маркер, заменяющий $K_n * N_{react}$.

РПУ i (Уровень ресурсов психологической устойчивости на момент события) измеряет способность личности справляться со стрессом и восстанавливаться после него.

1. Теоретическую основу закона составляют три фундаментальных принципа:

Принцип кумулятивного стресса (Hobfoll, 1989 [15]; Rutter, 1987 [16]), заключающий идею о том, что множественные стрессоры оказывают не про-

сто аддитивное, а синергическое воздействие, хорошо известное в психологии. М. Руттер показал, что именно количество негативных жизненных событий, а не их отдельная характеристика, является значимым предиктором психических расстройств [16]. Закон операционализирует это положение через суммирование (Σ) травматической нагрузки, где каждый новый виктимогенный опыт увеличивает воздействие на психологическую систему.

Трансакционная модель стресса и оценки [11]. Ключевым механизмом, объясняющим индивидуальные различия в реакции на сходные события, является процесс когнитивной оценки. В нашем законе это отражено в переменной ИПТ (Индекс психологической токсичности), которая описывает субъективную оценку угрозы. Как подчеркивали Р. Лазарус и С. Фолкман, именно воспринятая беспомощность и нарушение значимых личностных конструктов определяют тяжесть стрессовой реакции, что напрямую связано с формированием виктимности.

Психофизиология травмы и концепция соматизации. Теория поливагальной системы С. Порджеса объясняет, почему травматический опыт фиксируется на уровне телесных реакций [5]. Переменная АВР (Амплитуда вегетативной реакции) является прямым измерением этого феномена. Высокая АВР при воспоминании указывает на дисфункцию вентрального вагуса и дисрегуляцию нервной системы, что проявляется в виде соматических маркеров не переработанной травмы [17]. Работы Б ван дер Колка о "теле, помнящем травму" эмпирически подтверждают, что устойчивые психофизиологические реакции являются ядром ПТСР и виктимного поведения [2].

2. Обоснование компонентов модели.

Компонент 1: Индекс психологической токсичности (ИПТ).

Данный компонент опирается на концепцию комплексной травмы (комплексное ПТСР) Дж. Херман [18]. В отличие от единичной травмы, комплексная травма возникает в множественных травматических событиях, которые, как правило, происходят на ранних этапах жизненного пути в контексте близких межличностных отношений и носят повторяющийся, пролонгированный характер, например, жестокое обращение с детьми и безнадзорность [19]. Комплексная травма характеризуется нарушением базового доверия к миру и формирования личности. Метод глубинного интервью позволяет оценить именно эти аспекты: беспомощность, предательство, нарушение привязанности. Исследования Всемирной организации здравоохранения показывают, что частота и тя-

жесть травмирующих событий в детстве являются мощнейшими предикторами виктимизации во взрослом возрасте [20].

Компонент 2: Амплитуда вегетативной реакции (ABP).

Этот компонент обоснован в рамках теории соматических маркеров А. Дамасио [17] и нейровизуализационных исследований травмы. Работы отечественных и зарубежных авторов продемонстрировали гиперреактивность миндалины у пациентов с ПТСР при предъявлении травматических стимулов [21, 22, 23]. Полиграфическая регистрация КГР и ВСР является валидным и надежным непрямым методом оценки этой гиперреактивности в условиях психологического исследования [24]. Снижение вариабельности сердечного ритма (HF-HRV) прямо коррелирует с нарушением нисходящего контроля префронтальной коры над лимбической системой, что является нейрофизиологической основой импульсивности и неадаптивного поведения жертвы [22].

Компонент 3: Ресурсы психологической устойчивости (РПУ)

Конструкт резильентности является центральным буферным фактором в преодолении травмы [25]. Идея о том, что ресурсы устойчивости модулируют влияние стресса, является краеугольным камнем современной психологии травмы [26]. Когнитивная модель резильентности С. Саутвика [27] выделяет ключевые факторы: реалистичный оптимизм, моральный компас, веру в собственную эффективность, адаптивные копинг-стратегии и социальную поддержку. Именно эти факторы измеряются батареей тестов (жизнестойкость, самооффективность, копинг-стратегии), составляющей переменную РПУ. Исследования показывают, что высокий уровень резильентности не предотвращает травму, но значительно снижает вероятность развития ПТСР и дезадаптивных сценариев поведения.

3. Интеграция компонентов: механизм кумулятивного эффекта.

Предложенная формула

$$V(t) \approx \Sigma [(ИПТ_i * АВР_i) / РПУ_i]$$

теоретически обоснована моделью аллостатической нагрузки Б. Макьюэна [28]. Согласно этой модели, хронический стресс приводит к износу систем организма, пытающихся поддерживать гомеостаз («аллостатическая нагрузка» или «цена адаптации»).

Каждое виктимогенное событие оставляет в психике "след". Сила этого следа определяется не только объективной тяжестью ($ИПТ_i$), но и тем, насколько оно остается в нервной системе «не переработанным», что проявляется в вегетативной

реакции (ABP i). Высокая ABP i, возникающая в ответ на воспоминания указывает на незавершенность процесса переработки травмы и ее активное деструктивное влияние на настоящее. Таким образом, ИПТ i * ABP i представляет собой "аллостатическую нагрузку" от отдельного события – психофизиологическую "цену", которую платит организм (накопление следов).

Σ отражает процесс накопления этой нагрузки в течение времени. Виктимность – это не результат одного события, а суммарный эффект множества микроповреждений психики, каждое из которых истощает ресурсы и оставляет незаживающий след.

Истощение ресурсов (/ РПУ i) – символизирует буферные ресурсы, которые противодействуют аллостатической нагрузке (резильентность). Психологическая устойчивость – это не статичное свойство, а динамический ресурс. Хронический стресс истощает этот ресурс. В формуле это отражено как деление на РПУ i. Чем ниже ресурс на момент события, тем больший "вклад" в виктимизацию оно вносит. Со временем, при частых травмах, ресурсы истощаются, и даже незначительные события начинают вносить большой вклад в V(t), что приводит к "фазовому переходу" и закреплению виктимности. Когда нагрузка превышает емкость буфера ((ИПТ i * ABP i) > РПУ i), происходит срыв адаптации – "фазовый переход" к устойчивой виктимности.

Этот механизм эмпирически подтверждается в исследованиях, которые демонстрируют зависимый эффект: чем выше кумуляция травм, тем выше риски психопатологии, аддикций и виктимизации во взрослом возрасте [3, 6, 27].

Материалы и методы исследований

Эмпирическая проверка закона проводилась в лонгитюдном исследовании с использованием психологических тестов и психофизиологических измерений (полиграф). Модель позволяет прогнозировать уровень виктимности и выявлять точки для профилактического вмешательства. Ограничения - модель не учитывает когнитивные модераторы (например, самоэффективность).

Дизайн: Лонгитюдное исследование с элементами ретроспективного анализа (сбор данных о прошлых событиях на старте). Выборка: общая популяция со скринингом на наличие опыта виктимизации. N = 98 человек (67 женщин, 31 мужчина) в возрасте от 22 до 45 лет (M = 31,2; SD = 6,8). За 1,5 года наблюдения полные данные получены по 84 испытуемым (14% отсева).

План исследования:

1. Базовый замер (T₀) включает в себя:

- Интервью, направленное на выявление и качественную оценку виктимогенных событий за всю жизнь. Методика Victimization Protocol. Определение ИПТ i для ключевых событий.

- Психофизиологическая оценка ("Полиграф") дающая измерение ABP i для 3-5 наиболее значимых событий из интервью.

- Батареи психологических тестов: Оценка текущего уровня РПУ (ресурсов психологической устойчивости).

2. Лонгитюдная фаза (каждые 6 месяцев в течение 1,5 лет):

- Опросник виктимности направлен на измерение V(t).

- Регистрация новых стрессовых событий – оценка ИПТ i для новых событий.

- Повторная психофизиологическая оценка направлена на измерение ABP i для новых событий, а также для старых (чтобы отследить динамику – уменьшается ли реакция, что говорит о переработке травмы).

- Повторное тестирование ресурсов (РПУ) – отслеживание динамики ресурсов.

3. Методы анализа данных:

Многофакторный регрессионный анализ для проверки вклада ИПТ i, ABP i и РПУ i в уровень виктимности V(t). Сравнение средних показателей ABP i и РПУ у групп с высоким и низким уровнем виктимности.

Семантика переменных:

ИПТ i (Индекс психологической токсичности i-го события) измеряет субъективную тяжесть и значимость виктимогенного события. Методика оценки: глубинное биографическое интервью, фокусирующееся на истории пережитых трудностей, унижений, насилия, предательств. В данном случае была использована методика Е.Ю. Коржовой «Психологическая автобиография» [29].

Метод субъективного шкалирования: после описания события испытуемый оценивает его по нескольким шкалам (от 1 до 10):

Интенсивность страха: "Насколько вам было страшно?"

Интенсивность беспомощности: "Насколько вы чувствовали себя беспомощным?"

Нарушение доверия: "Насколько это событие подорвало ваше доверие к людям/миру?"

Кроме того для оценки виктимизации использовалась методика Victimization protocol, включающий вопросы позволяющих выявить: виктимизация в детстве; эмоциональное насилие; пренебрежение; физическое насилие; домогательство; подверженность домашнему насилию; социальные сферы виктимизации (родительская семья, детский сад, школа, во дворе, учреждение професси-

онального образования (училище, университет), работа, социум (выбор)); виктимизация в настоящем.

Для анализа ключевых тем касающихся жизненных событий (например, "меня никто не защитил", "я был как вещь") использовалась Методика Незаконченные предложения (модификация Андронниковой О.О.). Наличие ключевых тем негативного или беспомощного содержания повышает индекс ИПТ i.

ABP i (Амплитуда вегетативной реакции при воспоминании) измеряет уровень активации нервной системы в настоящем времени при актуализации травматического воспоминания. Методика оценки (Полиграф в сочетании с методом направленных воспоминаний).

Процедура: Испытуемому в состоянии покоя регистрируют базовые показатели (КГР, ЧСС, дыхание). Затем его просят детально вспомнить и пережить заново конкретное виктимогенное событие (из интервью).

Измеряемые параметры:

Кожно-гальваническая реакция (КГР) - классический маркер эмоционального возбуждения.

Сердечный ритм (ЧСС) и вариабельность сердечного ритма (BCP) - увеличение ЧСС и снижение BCP (особенно HF-компонента) - маркер стрессовой реакции и снижения саморегуляции.

Расчет $ABP\ i = \Delta KGR + \Delta ЧСС - \Delta HF_BCP$ (дельта - разница между фоновым уровнем и уровнем при воспоминании). Высокая ABP i говорит о том, что событие до сих пор не переработано и вызывает сильный физиологический отклик.

РПУ i (Уровень ресурсов психологической устойчивости на момент события) измеряет способность личности справиться со стрессом и восстанавливаться после него. Методика оценки:

1. Опросник жизнестойкости [30]. Измеряет общий индекс жизнестойкости, включающий шкалы: вовлеченность, контроль и принятие риска.

2. Шкалы совладающего поведения (COPE [31]). Оценка использования адаптивных (проблемно-ориентированных) и дезадаптивных стратегий. Включает шкалы: позитивное переформулирование; мысленный уход от проблемы; концентрация на эмоциях; инструментальная соц. поддержка; активное совладание; отрицание; обращение к религии; юмор; поведенческий уход от проблемы; сдерживание совладания; эмоциональная соц. поддержка; использование «успокоительных»; принятие; подавление конкур. деятельности; планирование.

3. Шкала самооффективности (Г. Шварцера [32]): Вера в свою способность справляться с трудностями.

4. Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (MSPSS [33]) показывает наличие надежных социальных связей. Включает в себя шкалы: поддержка со стороны семьи; поддержка со стороны друзей; поддержка со стороны значимых других.

Результаты и обсуждения

Данные собирали в несколько временных точек: базовый замер (T0) и затем каждые 6 месяцев в течение 1,5 лет (всего 4 временные точки: T0, T1, T2, T3).

Первичные результаты диагностических показателей (N=98) представлены в табл. 1-7 и позволяют выделить ряд закономерностей.

Результаты по методике «Психологическая автобиография» и шкалирования ИПТ позволяет выявить следующее распределение оценок компонентов ИПТ (Среднее M; \pm Стандартное отклонение - SD) - баллы 1-10: Интенсивность страха $6,8 \pm 2,1$; Интенсивность беспомощности $7,2 \pm 2,3$; Нарушение доверия $6,5 \pm 2,4$. Интенсивность беспомощности ($7,2 \pm 2,3$) ключевой маркер виктимогенеза. Ощущение беспомощности - это ядро травматической реакции, которое разрушает веру человека в свою способность влиять на события.

Качественный анализ (контент-анализ высказываний) показал: 68% испытуемых демонстрируют темы беспомощности ("я не мог ничего сделать"). Доминирование этой темы подтверждает, что выборка характеризуется выученной беспомощностью как устойчивым психологическим паттерном.

57% - темы нарушенных границ ("со мной поступали как с вещью"). Это прямое указание на трудности в самоидентификации и защите личностных границ, что является центральным элементом виктимности.

45% - темы предательства ("меня бросили в трудную минуту") и 23% - темы стыда и вины ("я сам был виноват") указывают на формирование так называемой "триады виктимности": "Мир опасен (предательство)", "Я беспомощен (беспомощность)", "Это я виноват". Выборка характеризуется глубоким и комплексным травматическим опытом, где доминирует переживание утраты контроля и нарушения базового доверия.

По методике Victimization Protocol, который позволяет количественно оценить уровень виктимности данные представлены следующим образом. Общий уровень виктимности (M) 8,4 из 20 указывает на умеренно-высокий общий уровень виктимизации в выборке. Низкий уровень (0-5

баллов) – 22% испытуемых. Группа с относительно благополучным опытом. Средний уровень (6-10 баллов) – 45% испытуемых. Группа с эпизодической или умеренной виктимизацией. Высокий уровень (11-20 баллов) – 33% испытуемых. Группа с хронической и/или поливиктимизацией. Это распределение хорошо согласуется с ранее выявленной гетерогенностью выборки.

Ключевые закономерности виктимизации.

а) Детская виктимизация выступает основой. Эмоциональное насилие (74%) и пренебрежение (58%) – самые распространенные формы. Это создает "матрицу уязвимости", которая предрасполагает к виктимности во взрослом возрасте. Высокий процент виктимизации в родительской семье (66%) подтверждает, что семейная система является первичным и наиболее значимым контекстом формирования виктимности.

б) Школа – ключевой виктимогенный контекст: 81% испытуемых столкнулись с виктимизацией в

школе. Это делает школу главным "поставщиком" травматического опыта после семьи.

в) Эффект поливиктимизации. Среднее количество затронутых социальных сфер – 3.1. Это означает, что большинство испытуемых сталкивались с виктимизацией в нескольких, абсолютно разных контекстах (например, семья + школа + социум). Эффект поливиктимизации является мощным подтверждением кумулятивной природы закона – каждый новый контекст усиливает общую уязвимость.

г) Виктимизация в настоящем. Средний балл 2,57 указывает на то, что паттерны виктимизации не остаются в прошлом, а продолжают воспроизводиться в текущей жизни испытуемых. Это проявление "кристаллизовавшейся" виктимности как устойчивого системного качества.

Психофизиологические показатели (ABP) представлены в табл. 1.

Таблица 1

Психофизиологические показатели (ABP) в состоянии покоя и при актуализации травматических воспоминаний.

Table 1

Psychophysiological indicators (API) in a state of rest and during the actualization of traumatic memories.

Параметр	M	SD	Минимум	Максимум
Базовые психофизиологические параметры в состоянии покоя				
КГР (мкСм)	2,3	0,8	0,9	5,1
ЧСС (уд/мин)	72,5	9,3	58	96
HF-BCP (мс ²)	48,7	15,2	22,3	89,4
Реакция на актуализацию травматических воспоминаний				
ΔКГР (мкСм)	+3,2	1,5	+0,5	+6,8
ΔЧСС (уд/мин)	+12,8	6,4	+3	+28
ΔHF-BCP (мс ²)	-15,3	8,7	-3,2	-35,6
ABP (усл. ед.)	18,5	9,2	4,1	42,3

34% испытуемых показали ABP > 25 усл. ед., что указывает на высокую физиологическую реактивность, составляющую ядро "группы риска". Травматические воспоминания вызывают стойкую психофизиологическую дисрегуляцию, что подтверждает гипотезу о соматическом запечатлении травмы. Организм продолжает реагировать на воспоминание как на реальную угрозу.

Ресурсы психологической устойчивости (РПУ) определялись по методикам: опросник жизнестойкости, шкалы совладающего поведения, шкала

самоэффективности и многомерной шкалы восприятия социальной поддержки.

По показателям опросника жизнестойкости (в стенах) получены следующие результаты (M ± SD): Вовлеченность 5,8 ± 2,1; Контроль 5,2 ± 2,3; Принятие риска 4,9 ± 2,0. Общий показатель 5,3 ± 1,8. Показатели находятся в зоне умеренных значений, что типично для общей популяции.

Результаты показывающие частоту использования копинг-стратегий представлены в табл. 2.

Таблица 2

Частота использования копинг-стратегий (COPE, в %).

Table 2

Frequency of use of coping strategies (COPE, in %).			
Стратегия	Частота использования	М (балл)	SD
Активное совладание	78%	6,8	2,1
Планирование	65%	5,9	2,3
Позитивное переформулирование	45%	4,2	2,5
Поиск инструментальной поддержки	58%	5,1	2,4
Поиск эмоциональной поддержки	52%	4,8	2,6
Отрицание	23%	2,1	1,8
Мысленный уход	41%	3,9	2,2

В группе испытуемых доминируют адаптивные стратегии: активное совладание (78%), планирование (65%) – это позитивный ресурсный профиль. Тем не менее наблюдается низкая частота позитивного переформулирования (45%) – недостаток этого когнитивного навыка мешает найти смысл в трудностях и препятствует посттравматическому

росту. Это тревожный сигнал. Избегающие стратегии используются умеренно, что в данной ситуации можно расценивать как адаптивное ограничение чрезмерной травматизации.

Результаты показателей по тесту Многомерная шкала восприятия социальной поддержки представлены в табл. 3.

Таблица 3

Показатели самоэффективности и социальной поддержки.

Table 3

Indicators of self-efficacy and social support.				
Методика	М	SD	Минимум	Максимум
Самоэффективность (баллы)	26,3	7,8	11	39
Социальная поддержка - общий балл	68,5	15,3	32	95
поддержка семьи	21,8	6,5	8	32
поддержка друзей	23,4	7,1	7	32
поддержка значимых других	23,3	6,9	9	32

Самоэффективность ($26,3 \pm 7,8$) находится в среднем уровне, соответствует норме. Социальная поддержка ($68,5 \pm 15,3$) – достаточно высокий показатель, при этом наибольшая поддержка воспринимается от друзей, а не от семьи. Таким образом, выборка обладает умеренным ресурсным по-

тенциалом с определенными дефицитами в когнитивной переработке травмы и принятии неопределенности.

Расчет полученных показателей позволил выявить интегральные показатели свойственные начальному этапу (T_0), представленные в табл. 4.

Таблица 4

Сводные показатели по основным переменным.

Table 4

Summary indicators for key variables.				
Переменная	М	SD	Минимум	Максимум
ИПТ (суммарный)	22,4	5,8	8	36
АВР (усл. ед.)	18,5	9,2	4,1	42,3
РПУ (композитный балл)	87,6	18,3	45	132
Уровень виктимности V(t)	0,42	0,18	0,12	0,85

Корреляционный анализ на начальном этапе позволяет сделать вывод о достоверной взаимосвязи ($p < 0,01$) переменных ИПТ с АВР (0,58); с РПУ (-0,49); с V(t) (0,62). Также достоверно связаны ($p < 0,01$) переменные АВР с РПУ (-0,52); АВР с V(t) (0,67); РПУ с V(t) (-0,71).

Анализ полученных данных позволяет сделать выводы о гетерогенности выборки. Выборка

представляет собой идеальную модель для лонгитюдного исследования - в ней присутствуют: значительный травматический опыт; выраженная психофизиологическая реактивность; умеренный ресурсный потенциал; широкий разброс по уровню виктимности.

Средние значения ИПТ >6 по всем компонентам указывают на значительную субъективную

тяжесть пережитых событий. Высокие значения ΔKGP и $\Delta ЧСС$ при снижении HF-BCP подтверждают гипотезу о соматическом запечатлении травмы. Средние значения по шкалам жизнестойкости и самоофективности находятся в зоне умеренных показателей, что делает выборку репрезентативной для общего населения. Высокие корреляции между переменными ($r > 0,50$) подтверждают правомерность их объединения в интегральную модель.

Эти первичные данные создают прочный фундамент для последующего лонгитюдного анализа

и проверки закона кумулятивного эффекта виктимогенеза.

Для проверки вклада ИПТ i , АВР i и РПУ i в уровень виктимности $V(t)$ использовался многофакторный регрессионный анализ, представленный в табл. 5. Модель регрессии, где зависимая переменная – $V(t)$ в ТЗ, а предикторы: суммарный кумулятивный эффект (Σ (ИПТ i * АВР i) / РПУ i) за все события до ТЗ, показывает значимый вклад ($\beta = 0,65$; $p < 0,001$).

Таблица 5

Результаты многофакторного регрессионного анализа. Предсказание уровня виктимности $V(t)$ на конечном этапе исследования.

Table 5

Results of multivariate regression analysis. Prediction of victimization level $V(t)$ at the final stage of the study.

Предиктор	β	t	p	95% ДИ (доверительный интервал)	Частная η^2
Суммарный ИПТ	0,48	4,92	<0,001	0,32 - 0,64	0,23
Средняя АВР	0,41	4,15	<0,001	0,25 - 0,57	0,17
Динамика РПУ	-0,56	-5,83	<0,001	-0,71 - -0,41	0,31
ИПТ \times АВР	0,29	3,02	0,003	0,12 - 0,46	0,10

Общая модель: $R^2 = 0,67$; $F(4,79) = 28,45$; $p < 0,001$.

Overall model: $R^2 = 0,67$; $F(4,79) = 28,45$; $p < 0,001$.

При разделении на компоненты:

ИПТ i (средний по событиям) значимо предсказывает $V(t)$ ($\beta = 0,48$; $p < 0,01$). Имеет сильный положительный эффект и указывает, что увеличения суммарного индекса психологической токсичности связано с увеличением виктимности на 0,48 стандартного отклонения. Частная $\eta^2 = 0,23$ указывает, что ИПТ объясняет 23% дисперсии виктимности, не объясненной другими переменными. Таким образом, накопление травматических переживаний напрямую способствует формированию виктимности, причем этот эффект сохраняется даже при учете других факторов.

АВР i (средняя по событиям) значимо предсказывает $V(t)$ ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$). Имеет умеренно-сильный положительный эффект, что означает закономерность – высокая вегетативная реактивность при воспоминаниях значительно усиливает виктимность. Ключевой вывод заключается в положении, что не сами события, а их переработанные следы в нервной системе (проявляющиеся как физиологическая реактивность) являются критическим фактором риска. Это подтверждает психофизиологическую природу виктимности.

РПУ i (средний за период) значимо отрицательно предсказывает $V(t)$ ($\beta = -0,56$; $p < 0,001$). Это наиболее сильный предиктор – самый мощный фактор в модели: снижение ресурсов устой-

чивости наиболее сильно предсказывает рост виктимности. Значима именно динамика (изменение за время исследования), а не исходный уровень. Частная $\eta^2 = 0,31$ – дает наибольший вклад в объяснение дисперсии.

Взаимодействие ИПТ \times АВР ($\beta = 0,29$; $p = 0,003$) показывает синергетический эффект: сочетание высокой токсичности событий и сильной вегетативной реакции дает больший эффект, чем сумма отдельных воздействий. Травмирующие события особенно опасны для людей с высокой физиологической реактивностью.

Отметим, что модель с кумулятивным эффектом ($\Sigma(\text{ИПТ}_i \times \text{АВР}_i) / \text{РПУ}_i$) показывает еще более сильную предсказательную силу ($\beta = 0,65$; $p < 0,001$), что: подтверждает теоретическую модель – именно взаимодействие компонентов, а не их изолированное влияние, определяет виктимность. Также модель обосновывает кумулятивный принцип – важен не просто набор событий, а их интегральный эффект с учетом регуляторных ресурсов.

Для проверки того, что истощение ресурсов (РПУ) опосредует связь между травмой (ИПТ, АВР) и виктимностью был проведен анализ медиации, представленный в табл. 6. Предполагаемая модель: Травма (ИПТ) \rightarrow Истощение Ресурсов (Снижение РПУ) \rightarrow Рост Виктимности (V).

Таблица 6

Опосредующая роль истощения ресурсов (РПУ) во взаимосвязи травмы и виктимности.

Table 6

The mediating role of resource depletion (RD) in the relationship between trauma and victimization.

Эффект	Коэффициент	SE	95% ДИ	p
Прямой эффект (ИПТ→V)	0,31	0,08	(0,15, 0,47)	0,001
Косвенный эффект (ИПТ→РПУ→V)	0,42	0,11	(0,24, 0,60)	<0,001
Общий эффект	0,73	0,09	(0,55, 0,91)	<0,001

Доля опосредованного эффекта: 57,5%.

The proportion of indirect effect: 57.5%.

Общий эффект 0,73, означает общее влияние независимой переменной (ИПТ – травма) на зависимую переменную (V – виктимность) без учета посредника. Прямой эффект 0,31, показывает влияние травмы (ИПТ) на виктимность (V), которое НЕ проходит через посредник (истощение РПУ). Это "оставшийся" эффект после того, как мы учли механизм истощения ресурсов. Интерпретация позволяет сделать вывод, что травма оказывает прямое влияние на виктимность. Даже если бы ресурсы не истощались, травма сама по себе повышала бы уровень виктимности. Это может быть связано с: формированием негативных когнитивных схем ("мир опасен", "я беспомощен"); выученными моделями поведения жертвы; нейробиологическими изменениями (например, гиперреактивностью миндалины), которые не полностью учтены АВР.

Косвенный эффект 0,42, показывает влияние травмы (ИПТ) на виктимность (V), которое осуществляется ЧЕРЕЗ посредника – снижение ресурсов психологической устойчивости (РПУ). Это сердцевина механизма. В качестве интерпретации выступает утверждение что травматический опыт истощает психологические ресурсы человека

(жизнестойкость, самоэффективность, копинг-стратегии), и это истощение, в свою очередь, приводит к росту виктимности. Этот путь (0,42) даже сильнее, чем прямой эффект (0,31).

Доля опосредованного эффекта 57.5% – процент от общего эффекта, который объясняется именно механизмом истощения ресурсов. Таким образом, более половины (57,5%) общего влияния травмы на виктимность происходит именно потому, что травма истощает психологические ресурсы человека. Это мощное подтверждение того, что ресурсы устойчивости являются не просто сопутствующим фактором, а центральным звеном в процессе виктимогенеза.

Сравнение средних показателей АВР i и РПУ проведено у групп с высоким и низким уровнем виктимности (табл. 7). Отметим, что это ключевой раздел исследования, показывающий не только статистические различия, но и качественные паттерны мышления. Для проверки на основании методик Victimization protocol и Методика Незаконченные предложения (модификация Андронниковой О.О.) были выделены две группы с высокой (n=38) и низкой (n=46) виктимностью.

Таблица 7

Различия между группами с высокой (n=38) и низкой (n=46) виктимностью.

Table 7

Differences between high (n=38) and low (n=46) victimization groups.

Параметр	Высокая V(t)	Низкая V(t)	t	p	d Коэна
ИПТ (средний)	25,3 ± 3,1	19,8 ± 4,2	6,92	<0,001	1,22
АВР (усл. ед.)	18,7 ± 5,3	9,4 ± 4,1	9,15	<0,001	1,51
РПУ (начальный)	72,5 ± 12,3	104,2 ± 15,7	-10,43	<0,001	-1,89
Снижение РПУ за 1,5 года	-18,7 ± 6,2	-4,3 ± 5,1	-11,82	<0,001	-2,10

Индекс психологической токсичности (ИПТ) позволяет сделать вывод, что группа с высокой виктимностью пережила субъективно более тяжелые события. Разница не просто статистически значима, а очень большая по величине эффекта (d > 0,8 считается большим эффектом, здесь d = 1,22). Это означает, что сама по себе интенсив-

ность пережитой травмы является важным, но не единственным фактором. Амплитуда вегетативной реакции (АВР) показывает наиболее выраженное различие между группами (d = 1,51). Ключевой вывод: высоковиктимные люди не просто пережили травму, они продолжают нести ее в своем теле. Их нервная система остается в состоянии высокой

боевой готовности, остро реагируя на воспоминания. Это состояние хронического стресса и переработанной травмы, что делает их уязвимыми к новым негативным воздействиям. Ресурсы психологической устойчивости (РПУ) показывает, что еще до начала лонгитюдного наблюдения группы кардинально различались по уровню ресурсов. У низковиктимной группы изначально был мощный "буфер" – высокие жизнестойкость, самоэффективность и социальная поддержка. Это защитило их от полного воздействия травмы. Огромная величина эффекта ($d = -1,89$) подчеркивает, что исходный дефицит ресурсов – это ключевой фактор риска.

Снижение РПУ за 1,5 года показывает динамику процесса.

Высоковиктимная группа переживает катастрофическое истощение ресурсов (-18,7 баллов). Травма и связанный с ней хронический стресс буквально "выжигают" их психологическую устойчивость. Это приводит к нисходящей спирали: меньше ресурсов → выше уязвимость → новая виктимизация → еще меньше ресурсов.

Низковиктимная группа демонстрирует незначительное снижение (-4,3 балла), что может быть следствием нормативных жизненных трудностей. Их изначально высокие ресурсы позволяют им амортизировать удары судьбы без серьезного ущерба для своей устойчивости.

Величина эффекта ($d = -2,10$) – наибольшая во всей таблице, что указывает на то, что именно динамика истощения является центральным процессом, отличающим лиц с высоким уровнем виктимности.

Темы контент-анализа методики "Незаконченные предложения" ключевые тематики:

Высоковиктимная группа (частота упоминания >60%): "Меня никто не защитил, когда..."; "Я чувствовал себя вещь в ситуации..."; "Мои границы постоянно нарушались, поэтому...". Анализ выделенных ведущих ключевых тем позволяет сделать вывод, что мир воспринимается как опасное место, где они беспомощны. Их идентичность сформирована вокруг травмы.

Низковиктимная группа (защитные темы): "Я научился говорить нет, когда..."; "Мне помогли справиться друзья/родные..."; "Я извлек урок из ситуации, где...". Общая картина выделенных ключевых тем данной группы можно интерпретировать следующим образом – мир полон вызовов, но с ними можно справиться. Их идентичность основана на компетентности и связи с другими.

Таким образом анализ данных позволяет сделать вывод, что виктимность – это результат стечения трех факторов: тяжелой травмы (ИПТ), ее

непереработанного следа в нервной системе (АВР) и, что самое главное, катастрофического истощения внутренних ресурсов (РПУ). У высоковиктимных людей запускается порочный круг: Травма → Высокая реактивность (АВР) → Истощение ресурсов (РПУ) → Рост виктимности (V) → Новая травма. Такая нисходящая спираль выступает ключевым процессом виктимизации. Таким образом, сравнение групп наглядно демонстрирует, что Закон кумулятивного эффекта виктимогенеза описывает не просто статистическую связь, а реальный психологический и физиологический процесс, который можно диагностировать и на который можно влиять.

Выводы

Полученные данные подтверждают основную гипотезу – виктимность формируется как кумулятивный эффект взаимодействия психологической токсичности событий (ИПТ), вегетативной реактивности (АВР) и ресурсов устойчивости (РПУ).

Ключевым механизмом выступает истощение ресурсов психологической устойчивости выступает центральным опосредующим звеном в цепи виктимогенеза (57,5% опосредованного эффекта).

3. Обнаружены качественные различия между группами с высокой и низкой виктимностью, проявляющиеся не только в объективных показателях, но и в особенностях самовосприятия и картины мира. Высоковиктимные лица демонстрируют паттерны "выученной беспомощности" и нарушенных границ, в то время как низковиктимные – активную позицию и опору на ресурсы.

5. Установлен синергетический эффект взаимодействия компонентов модели: сочетание высокой психологической токсичности событий и выраженной вегетативной реактивности дает больший вклад в виктимность, чем сумма отдельных эффектов.

Полученные результаты открывают возможности для разработки адресных программ профилактики виктимности, направленных на укрепление психологических ресурсов и переработку травматических воспоминаний.

Данный закон представляет виктимность как динамический процесс системной дезадаптации, где критическую роль играет временная интеграция микроповреждений при взаимодействии личности и среды.

Таким образом, закон кумулятивного эффекта виктимогенеза представляет собой не просто формализацию, а теоретически насыщенную модель, интегрирующую достижения психологии травмы, психофизиологии и психологии резильентности. Он переводит абстрактные концепции в операционализированные переменные, доступные для из-

мерения в рамках психологического исследования, и предлагает убедительное объяснение того, как жизненный опыт кристаллизуется в устойчивую личностную уязвимость.

Проведенное исследование представляет значительный вклад в развитие психологии виктимности, предлагая и эмпирически обосновывая ин-

тегративную модель Закона кумулятивного эффекта виктимогенеза. Разработанный подход позволяет преодолеть традиционное противопоставление социально-психологических и биологических факторов в понимании виктимности, демонстрируя их системное взаимодействие в рамках единого процесса.

Список источников

1. Herman J.L. Trauma and Recovery. 1992. 228 p.
2. Van der Kolk B.A. The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress // Harvard Review Psychiatry. 1994. № 1. P. 253 – 265. doi: 10.3109/10673229409017088
3. Finkelhor D., Turner H., Hamby S., Ormrod R. Poly-victimization: Chil-dren's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse // Free inquiry in crea-tive sociology, 2011. № 39. P. 24 – 34.
4. Aho N., Proczkowska Björklund M., Svedin C.G. Peritraumatic reactions in relation to trauma exposure and symptoms of posttraumatic stress in high school students // European journal of psychotraumatology. 2017. № 8 (1). P. 1380998. doi: 10.1080/20008198.2017.1380998
5. Porges S.W. The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. By Stephen W. Porges. New York: Norton, 2011. 347 p.
6. Porges S.W. Polyvagal Theory: A Science of Safety // Front. Integr. Neu-rosci. 2022. № 16. P. 871227. doi: 10.3389/fnint.2022.871227
7. McEwen B.S. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load // Annals of the New York Academy of Sciences. 1998. № 840. P. 33 – 44. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x
8. Masten A. S. Ordinary magic. Resilience processes in development // The American psychologist. 2001. № 56 (3). P. 227 – 238. doi: 10.1037//0003-066x.56.3.227
9. Southwick S.M., Charney D.S. Resilience: The science of mastering life's greatest challenges. Cambridge University Press. 2012. doi: 10.1017/CBO9781139013857
10. Bowlby J. Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss. New York: Basic Books. 1969. 484 p.
11. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer. 1984. 445 p.
12. Slavich G. M. Social Safety Theory: A Biologically Based Evolutionary Perspective on Life Stress, Health, and Behavior // Annual review of clinical psychol-ogy, 2020. № 16. P. 265 – 295. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045159
13. Всероссийский конгресс с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире», 23–24 мая 2024 года, Санкт-Петербург [Электронное издание] / под общей ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: НМИЦ ПН им.В.М. Бехтерева, 2024. 470 с.
14. Binder E.B. et al. Association of FKBP5 Polymorphisms and Childhood Abuse With Risk of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Adults // Journal of the American Medical Association (JAMA), 2008. № 299 (11). P. 1291 – 1305.
15. Hobfoll S.E. Conservation of resources. A new attempt at conceptualiz-ing stress // The American psychologist, 1989. № 44 (3). P. 513 – 524. doi: 10.1037//0003-066x.44.3.513
16. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms // The Amer-ican journal of orthopsychiatry, 1987. № 57 (3). P. 316 – 331. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
17. Damasio A. The feeling of what happens: Body and emotion in the mak-ing of consciousness. Harcourt College Publishers. 1999. 224 p.
18. Herman J.L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma // Journal of Traumatic Stress. 1992. Vol. 5. № 3. P. 377 – 391. DOI:10.1007/BF00977235
19. Екимова В.И., Лучникова Е.П. Комплексная психологическая травма как следствие экстремального стресса // Современная зарубежная психология. 2020. № 9 (1). С. 50 – 61. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090105>
20. Доклад о состоянии психического здоровья в мире. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/40e5a13a-fe50-4efa-b56d-6e8cf00d5bfa/content>

21. Торопова К.А., Ивашкина О.И., Иванова А.А. и др. Долговременные изменения спонтанного поведения и экспрессии c-Fos в мозге мышей в состоянии покоя в модели посттравматического стрессового расстройства // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2020. Т. 70. № 5. С. 668 – 681. doi: 10.31857/S0044467720050135.
22. Николенко В.Н., Осадчий А.С., Лобанова А.К., Исакова Т.А., Жаров Н.А., Жарова Н.В. Функциональная анатомия структур лимбической системы, вовлеченных в развитие посттравматического стрессового расстройства: анализ анатомо-клинических исследований // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024. № 16 (2). С. 69 – 75. doi: 10.14412/2074-2711-2024-2-69-75
23. de Voogd L.D., Hashemi M.M., Zhang W., Kaldewaij R., Koch S.B.J., van Ast V.A., Klumpers F., Roelofs K. Amygdala Hyperactivity in Posttraumatic Stress Disorder: Disentangling Predisposing From Consequential Factors Using a Prospective Longitudinal Design // Biological psychiatry, 2025. № 98 (5). P. 427 – 435. doi: 10.1016/j.biopsych.2025.02.894
24. Cacioppo J.T., Amaral D.G., Blanchard J.J., Cameron J.L. and ets. Social Neuroscience: Progress and Implications for Mental Health // Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science. 2007. № 2 (2). P. 99 – 123. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00032.x
25. Masten A.S. Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychologist, 2001. № 56 (3). P. 227 – 238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.227
26. Morris A.S., Hays-Grudo J., Zapata M. I., Treat A., Kerr K. L. Adverse and Protective Childhood Experiences and Parenting Attitudes: the Role of Cumulative Protection in Understanding Resilience // Adversity and resilience science. 2021. № 2(3), P. 181 – 192. doi: 10.1007/s42844-021-00036-8
27. Southwick S.M., Charney D.S. Resilience: The science of mastering life's greatest challenges // Cambridge University Press. 2012. 338 p. doi: 10.1017/CBO9781139013857
28. McEwen B.S. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load // Annals of the New York Academy of Sciences, 1998. № 840. P. 33 – 44. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x
29. Коржова Е.Ю. Методика «Психологическая автобиография» в психодиагностике жизненных ситуаций: Методическое пособие. Киев: МАУП, 1994. 263 с.
30. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
31. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции // Психология. Журнал ВШЭ, 2013. №1. С. 82 – 118.
32. Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В. Г.. Русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема // Иностранная психология. 1996. № 7. С. 71 – 73.
33. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Мысина Г.А., Дровосеков С.Э. Обновленная версия шкалы MSPSS как инструмент исследования субъективной оценки личностью воспринимаемой социальной поддержки // Высшее образование в условиях глобализации: тренды и перспективы развития: материалы XII Междунар. учеб.-метод. онлайн-конф. (Чебоксары, 29 октября 2020 г.) / Чебоксары: Изд-во Чувашского ун-та, 2020. 344 с.

References

1. Herman J.L. Trauma and Recovery. 1992. 228 rub.
2. Van der Kolk B.A. The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. Harvard Review Psychiatry. 1994. No. 1. P. 253 – 265. doi: 10.3109/10673229409017088
3. Finkelhor D., Turner H., Hamby S., Ormrod R. Poly-victimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse. Free inquiry in creative sociology, 2011. No. 39. P. 24 – 34.
4. Aho N., Proczkowska Björklund M., Svedin C.G. Peritraumatic reactions in relation to trauma exposure and symptoms of posttraumatic stress in high school students. European journal of psychotraumatology. 2017. No. 8 (1). P. 1380998. doi: 10.1080/20008198.2017.1380998
5. Porges S.W. The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. By Stephen W. Porges. New York: Norton, 2011. 347 p.
6. Porges S.W. Polyvagal Theory: A Science of Safety. Front. Integr. Neurosci. 2022. No. 16. P. 871227. doi: 10.3389/fnint.2022.871227
7. McEwen B.S. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. Annals of the New York Academy of Sciences. 1998. No. 840. P. 33 – 44. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x
8. Masten A.S. Ordinary magic. Resilience processes in development. The American psychologist. 2001. No. 56 (3). P. 227 – 238. doi: 10.1037//0003-066x.56.3.227

9. Southwick S.M., Charney D.S. Resilience: The science of mastering life's greatest challenges. Cambridge University Press. 2012. doi: 10.1017/CBO9781139013857
10. Bowlby J. Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss. New York: Basic Books. 1969. 484 rub.
11. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer. 1984. 445 p.
12. Slavich G.M. Social Safety Theory: A Biologically Based Evolutionary Perspective on Life Stress, Health, and Behavior. Annual review of clinical psychology, 2020. No. 16. Pp. 265–295. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045159
13. All-Russian Congress with International Participation "Mental Health in a Changing World", May 23-24, 2024, St. Petersburg [Electronic publication]. edited by N. G. Neznanov. St. Petersburg: Bekhterev National Medical Research Center for PN, 2024. 470 p.
14. Binder E. B. et al. Association of FKBP5 Polymorphisms and Childhood Abuse With Risk of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Adults. Journal of the American Medical Association (JAMA), 2008. No. 299 (11). P. 1291 – 1305.
15. Hobfoll S.E. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. The American psychologist, 1989. No. 44 (3). P. 513 – 524. doi: 10.1037//0003-066x.44.3.513
16. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. The American journal of orthopsychiatry, 1987. No. 57 (3). P. 316 – 331. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
17. Damasio A. The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness. Harcourt College Publishers. 1999. 224 p.
18. Herman J.L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress. 1992. Vol. 5. No. 3. P. 377 – 391. DOI: 10.1007/BF00977235
19. Ekimova V.I., Luchnikova E.P. Complex psychological trauma as a consequence of extreme stress. Modern Foreign Psychology. 2020. No. 9 (1). P. 50 – 61. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090105>
20. The world mental health report. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/40e5a13a-fe50-4efa-b56d-6e8cf00d5bfa/content>
21. Toropova K.A., Ivashkina O.I., Ivanova A.A., et al. Long-term changes in spontaneous behavior and c-Fos expression in the resting brain of mice in a model of post-traumatic stress disorder. Pavlov Journal of Higher Nervous Activity. 2020. Vol. 70. No. 5. Pp. 668 – 681. doi: 10.31857/S0044467720050135.
22. Nikolenko V.N., Osadchiy A.S., Lobanova A.K., Isakova T.A., Zharov N.A., Zharova N.V. Functional anatomy of limbic system structures involved in the development of post-traumatic stress disorder: analysis of anatomical and clinical studies. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2024. No. 16 (2). P. 69 – 75. doi: 10.14412/2074-2711-2024-2-69-75
23. de Voogd L.D., Hashemi M.M., Zhang W., Kaldewaij R., Koch S.B.J., van Ast V.A., Klumpers F., Roelofs K. Amygdala Hyperactivity in Posttraumatic Stress Disorder: Disentangling Predisposing From Consequential Factors Using a Prospective Longitudinal Design. Biological psychiatry, 2025. No. 98 (5). P. 427 – 435. doi: 10.1016/j.biopsych.2025.02.894
24. Cacioppo J.T., Amaral D.G., Blanchard J.J., Cameron J.L. and ets. Social Neuroscience: Progress and Implications for Mental Health. Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science. 2007. No. 2 (2). P. 99 – 123. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00032.x
25. Masten A.S. Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychologist, 2001. No. 56 (3). P. 227 – 238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.227
26. Morris A. S., Hays-Grudo J., Zapata M. I., Treat A., Kerr K. L. Adverse and Protective Childhood Experiences and Parenting Attitudes: the Role of Cumulative Protection in Understanding Resilience. Adversity and resilience science. 2021. No. 2(3), P. 181 – 192. doi: 10.1007/s42844-021-00036-8
27. Southwick S.M., Charney D.S. Resilience: The science of mastering life's greatest challenges. Cambridge University Press. 2012. 338 p. doi: 10.1017/CBO9781139013857
28. McEwen B.S. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. Annals of the New York Academy of Sciences, 1998. No. 840. P. 33 – 44. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x
29. Korzhova E.Yu. The "Psychological Autobiography" Methodology in Psychodiagnostics of Life Situations: A Methodological Guide. Kyiv: MAUP, 1994. 263 p.
30. Leontiev D.A., Rasskazova E.I. The Vitality Test. Moscow: Smysl, 2006. 63 p.
31. Rasskazova E.I., Gordeeva T.O., Osin E.N. Coping Strategies in the Structure of Activity and Self-Regulation. Psychology. HSE Journal, 2013. No. 1. P. 82 – 118.

32. Schwarzer R., Jerusalem M., Romek V.G. Russian version of the general self-efficacy scale of R. Schwarzer and M. Jerusalem. *Foreign Psychology*. 1996. No. 7. P. 71 – 73.

33. Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Mysina G.A., Drovosekov S.E. An updated version of the MSPSS scale as a tool for studying an individual's subjective assessment of perceived social support. Higher education in the context of globalization: trends and development prospects: Proc. of the XII International. educational-method. online-conf. (Cheboksary, October 29, 2020). Cheboksary: Publishing house of the Chuvash University, 2020. 344 p.

Информация об авторе

Андронникова О.О., кандидат психологических наук, доцент, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1756-7682>, Новосибирский государственный педагогический университет, 630028, г. Новосибирск, Виллюйская 28, andronnikova_69@mail.ru

© Андронникова О.О., 2025