

ISSN 2782-3806

ISSN 2782-3814 (Online)

УДК 159.9:616.89008

<https://doi.org/10.18705/2782-3806-2026-6-4-222-229>

Параллельная медиация связи аффективных расстройств с воспринимаемым стрессом: роль антиципационной состоятельности и социальной поддержки

А. В. Боровиков^{1, 2}, О. Ю. Щелкова¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психиатрическая больница № 1 имени П. П. Кашенко», Санкт-Петербург, Россия

Контактная информация:

Боровиков Андрей Владиславович,
СПбГУ,

Университетская наб., д. 7/9, Санкт-Петербург, 199034.

E-mail: st078242@student.spbu.ru

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Стресс является ключевым фактором патогенеза аффективных расстройств, однако механизмы, через которые клинический статус усиливает переживание дистресса, изучены недостаточно. Антиципационная состоятельность и воспринимаемая социальная поддержка – важнейшие ресурсы адаптации, но их параллельный вклад во взаимосвязь между расстройством и стрессом остается малоизученным. **Цель.** Проверка модели параллельной медиации, в которой антиципационная состоятельность и социальная поддержка выступают посредниками между клиническим статусом и уровнем воспринимаемого стресса. **Материалы и методы.** В исследование включены 148 человек (74 пациента с аффективными расстройствами и 74 здоровых добровольца), сопоставимых по полу и возрасту. Использовались Шкала воспринимаемого стресса-10, краткая версия Теста антиципационной состоятельности и Опросник социальной поддержки F-SOZU-22. Медиационный анализ выполнен в модуле SEM (JASP) с робастными ошибками (HC3) и бутстреп-процедурой. **Результаты.** Оба непрямых эффекта были значимы. Однако паттерны связей различались: у здоровых антиципационная состоятельность отрицательно связана со стрессом, у пациентов эта связь отсутствовала. Для социальной поддержки отрицательная связь сохранялась в обеих группах. **Заключение.** Социальная поддержка является устойчивым медиатором: снижение поддержки при расстройстве ведет к усилению дистресса. Антиципационная состоятельность выполняет опосредующую роль лишь частично: ее протективная функция выражена в норме, но утрачивается при аффективных расстройствах.

Ключевые слова: аффективные расстройства, стресс, воспринимаемый стресс, социальная поддержка, воспринимаемая социальная поддержка, антиципация

Для цитирования: Боровиков А. В., Щелкова О. Ю. Параллельная медиация связи аффективных расстройств с воспринимаемым стрессом: роль антиципационной состоятельности и социальной поддержки. *Российский журнал персонализированной медицины*. 2026;6(4):222–229. <https://doi.org/10.18705/2782-3806-2026-6-4-222-229>; <https://elibrary.ru/nxqqha>

Parallel mediation of the association between affective disorders and perceived stress: the role of anticipatory consistency and social support

Andrey V. Borovikov^{1, 2}, Olga Yu. Shchelkova¹

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Saint Petersburg State University”, St. Petersburg, Russia

² Saint Petersburg State Budgetary Healthcare Institution “Psychiatric Hospital No. 1 named after P. P. Kashchenko”, St. Petersburg, Russia

Corresponding author:

Andrey V. Borovikov,
Saint Petersburg State University,
7/9 Universitetskaya Embankment, St. Petersburg, 199034.
E-mail: st078242@student.spbu.ru

ABSTRACT

Background. Stress is a key pathogenetic factor in affective disorders, yet the mechanisms by which clinical status exacerbates distress remain insufficiently understood. Anticipatory capacity and perceived social support are major resources for psychological adaptation. Although their individual roles are well-documented, their joint, parallel contribution to the relationship between affective disorder and stress is still underexplored. **Objective.** To test a parallel mediation model in which anticipatory capacity and perceived social support mediate the association between clinical status (presence of an affective disorder) and the level of perceived stress. **Design and methods.** The study included 148 participants (74 patients with affective disorders and 74 healthy volunteers), matched by sex and age. The Perceived Stress Scale-10, a short version of the Anticipatory Consistency Test, and the Social Support Questionnaire F-SOZU-22 were used. Mediation analysis was performed with the SEM module of JASP using robust standard errors (HC3) and bootstrapping. **Results.** Both indirect effects were significant. However, the patterns of associations differed: in healthy individuals, anticipatory consistency was negatively associated with stress, whereas in patients this association was absent. Perceived social support remained negatively associated with stress in both groups. **Conclusion.** Perceived social support is a stable mediator: decreased support in an affective disorder leads to increased distress. Anticipatory consistency plays only a partial mediating role: its protective function is evident in healthy individuals but is lost in patients with affective disorders.

Keywords: affective disorders, stress, perceived stress, social support, perceived social support, anticipation

For citation: Borovikov AV, Shchelkova OYu. Parallel mediation of the association between affective disorders and perceived stress: the role of anticipatory consistency and social support. *Russian Journal for Personalized Medicine*. 2026;6(4):222–229. <https://doi.org/10.18705/2782-3806-2026-6-4-222-229>; <https://elibrary.ru/nxqqha>

ВВЕДЕНИЕ

Проблема адаптации и роли стресса в этиопатогенезе аффективных расстройств является одной из центральных. Высокий уровень воспринимаемого стресса не только способствует манифестации аффективных состояний, но и поддерживает их хроническое течение, существенно снижая качество жизни пациентов [1–3]. В этой связи понимание механизмов, через которые аффективное расстройство усиливает переживание дистресса, необходимо для определения приоритетных мишеней клинко-психологических вмешательств.

Среди психологических ресурсов, потенциально опосредующих связь между клиническим статусом и уровнем стресса, особое место занимает антиципация и воспринимаемая социальная поддержка. Антиципация в широком смысле определяется как способность действовать с временно-пространственным упреждением в отношении будущих событий [4]. В контексте адаптации антиципация выполняет различные функции, в том числе подготовку к будущим стрессорам [5–7]. Воспринимаемая социальная поддержка, в свою очередь, выполняет защитную функцию: субъективное ощущение доступности помощи смягчает оценку угрозы и снижает интенсивность стрессовой реакции [8–10].

Эмпирические данные свидетельствуют, что при аффективных расстройствах оба ресурса находятся в дефиците: у пациентов фиксируется снижение как антиципации или связанных с ней феноменов [11], так и воспринимаемой социальной поддержки [8, 12]. Несмотря на теоретическую и эмпирическую обоснованность роли каждого из этих ресурсов по отдельности, вопрос об их совместном, параллельном вкладе в объяснение различий по уровню стресса между здоровыми лицами и пациентами с аффективными расстройствами остается малоизученным.

Цель настоящего исследования заключалась в проверке модели параллельной медиации, согласно которой антиципационная состоятельность и воспринимаемая социальная поддержка опосредуют связь между клиническим статусом (наличие аффективного расстройства или его отсутствие) и уровнем воспринимаемого стресса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выборка исследования. В исследование включены 148 человек в возрасте от 18 до 45 лет ($M=25,50$; $SD=5,69$). Сформированы две группы, сопоставимые по полу и возрасту: клиническая ($n=74$) и контрольная ($n=74$). Клиническая группа состояла из пациентов, проходивших стационарное или амбулаторное лечение на базе СПб ГБУЗ «Больница им. П. П. Кашенко». Критериями включения служили: наличие верифицированного врачом-психиатром диагноза из рубрики F30–F39 «Расстройства настроения (аффективные расстройства)» по МКБ-10. Критерии исключения: острая психотическая симптоматика, выраженное когнитивное снижение, препятствующее пониманию инструкций, тяжелая соматическая или неврологическая патология. Контрольная группа включала психически здоровых добровольцев, не обращавшихся ранее за психиатрической или психологической помощью. Критерии отбора: отсутствие психиатрического диагноза, хронических соматических заболеваний, а также клинически значимых симптомов депрессии на момент обследования (суммарный балл по Шкале депрессии Бека не превышал 9). В обеих группах было по 18 мужчин и 56 женщин. Средний возраст составил 26,04 года ($SD=5,79$) в клинической группе и 24,97 года ($SD=5,57$) в контрольной. Группы не различались по возрасту (U Манна-Уитни=2389, $p=0,180$) и полу ($\chi^2=0$, $df=1$; $p=1,00$).

Методики. Для оценки исследуемых показателей использовался следующий комплекс психодиагностических методик:

1. «Шкала воспринимаемого стресса-10» (ШВС-10) (адаптация Абабкова и др. [13]). Шкала направлена на оценку степени, в которой жизненные ситуации за последний месяц воспринимаются как непредсказуемые, неконтролируемые и перегружающие. В анализ включался общий показатель воспринимаемого стресса.

2. Краткая версия «Теста антиципационной состоятельности» (Агафонова и др. [14]). Методика измеряет общую способность к вероятностному прогнозированию, предвосхищению событий и собственных действий с пространственно-временным упреждением. В анализ включался суммарный балл общей антиципационной состоятельности (ОАС).

3. «Опросник социальной поддержки» F-SOZU-22 (адаптация Холмогоровой, Петровой [15]). Опросник направлен на оценку субъективного восприятия доступности и качества социальной поддержки. Использовался общий показатель воспринимаемой социальной поддержки.

Статистический анализ. Обработка данных выполнена в программе JASP (версия 0.95.4.0). Распределение показателей проверялось критерием Шапиро-Уилка. Поскольку распределение переменной «Воспринимаемая социальная поддержка (F-SOZU-22)» отклонилось от нормального ($p=0,004$), межгрупповые сравнения проводились с помощью U-критерия Манна-Уитни. Предварительный анализ структуры взаимосвязей в контрольной и клинической группах выполнялся с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Основная гипотеза о параллельной медиации проверялась в модуле SEM (Mediation Analysis). Специфицировалась модель с предиктором – групповая принадлежность (X : 0 – контроль, 1 – клиническая группа), медиаторами – общая антиципационная состоятельность (M_1) и воспринимаемая социальная поддержка (M_2), зависимой переменной – уровень воспринимаемого стресса (Y). В модель включалась свободная ковариация остатков медиаторов. Для оценки значимости прямых путей применялись робастные стандартные ошибки Хубера-Уайта (HC3). Непрямые эффекты оценивались с помощью бутстреп-процедуры ($n=10000$, bias-corrected percentiles). Мультиколлинеарность предикторов проверялась через факторы инфляции дисперсии (VIF).

Статистическая значимость устанавливалась на уровне $p<0,05$; для непрямых эффектов – по непаданию нуля в 95 % доверительный интервал. Размер непрямых эффектов выражался в нестандартизированных коэффициентах (B).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ клинической и контрольной групп

Пациенты с аффективными расстройствами отличались от здоровых лиц значимо более высоким уровнем воспринимаемого стресса, а также сниженными показателями антиципационной состоятельности и воспринимаемой социальной поддержки (табл. 1).

Корреляционный анализ взаимосвязей в контрольной и клинической группах

В контрольной группе все три взаимосвязи были статистически значимы ($p<0,001$): воспринимаемый стресс отрицательно коррелировал как с антиципационной состоятельностью ($r=-0,419$), так и с социальной поддержкой ($r=-0,462$), а сами ресурсные переменные – положительно связаны между собой ($r=0,431$).

В клинической группе связь стресса с антиципационной состоятельностью оказалась незначимой ($r=-0,132$; $p=0,263$), тогда как отрицательная корреляция стресса с социальной поддержкой сохранилась ($r=-0,363$; $p<0,001$). Связь между антиципационной состоятельностью и поддержкой снизилась до уровня статистической тенденции ($r=0,213$; $p=0,068$).

Анализ параллельной медиации

Модель параллельной медиации объяснила 62,6 % дисперсии воспринимаемого стресса ($R^2=0,626$), 23,9 % дисперсии антиципационной состоятельности и 22,8 % дисперсии социальной поддержки. Прямые эффекты оценивались с робастными стандартными ошибками (HC3), непрямые – бутстреп-процедурой ($n=10000$). Значения VIF (все $\leq 1,51$) исключили мультиколлинеарность предикторов.

Прямые эффекты представлены в таблице 2. Клинический статус отрицательно предсказывал

Таблица 1. Сравнительный анализ

Table 1. Comparative analysis

Показатель	Контрольная группа	Клиническая группа	U Манна-Уитни	p
Воспринимаемый стресс	23,38 (5,260)	34,78 (4,983)	317,0	<0,001
Антиципационная состоятельность	59,00 (8,926)	49,04 (8,986)	4324,5	<0,001
Социальная поддержка	86,15 (13,925)	68,95 (17,710)	4290,0	<0,001

Примечание: в ячейках указаны средние значения (M) и стандартные отклонения (SD) в формате M (SD).

Notes: values are presented as mean (M) and standard deviation (SD), reported as M (SD).

антиципационную состоятельность ($B=-9,96$; $p<0,001$) и социальную поддержку ($B=-17,20$; $p<0,001$). Оба медиатора отрицательно влияли на стресс: ОАС ($B=-0,102$; $p=0,031$) и поддержка ($B=-0,095$; $p<0,001$). Прямой эффект группы остался значимым ($B=8,75$; $p<0,001$), подтверждая частичную медиацию.

Непрямые эффекты (табл. 3). Общий не прямой эффект составил 2,66 (95 % ДИ [1,56; 4,01]), то есть 23,3 % от общего ($B=11,41$). Оба специфических пути были значимы: через социальную поддержку ($B=1,64$; 95 % ДИ [0,81; 2,80]) и через антиципационную состоятельность ($B=1,02$; 95 % ДИ [0,10; 2,15]).

Таблица 2. Коэффициенты путей модели параллельной медиации (робастные стандартные ошибки)

Table 2. Path coefficients of the parallel mediation model (robust standard errors)

Путь	B	SE	z	p	95 % ДИ
Группа – стресс	8,748	0,876	9,990	< 0,001	7,032; 10,464
Группа – ОАС	-9,959	1,462	-6,810	< 0,001	-12,826; -7,093
Группа – социальная поддержка	-17,203	2,601	-6,613	< 0,001	-22,301; -12,104
ОАС – стресс	-0,102	0,047	-2,153	0,031	-0,195; -0,009
Социальная поддержка – стресс	-0,095	0,025	-3,872	< 0,001	-0,144; -0,047

Примечание: B – нестандартизованный коэффициент; SE – робастная стандартная ошибка (HC3); ДИ – робастный доверительный интервал. Оценка не прямых эффектов выполнена бутстрепом (см. табл. 3). Ковариация остатков медиаторов значима (Estimate=49,90; $p<0,001$), что указывает на наличие общих неучтенных факторов, связывающих ОАС и поддержку.

Notes: B – unstandardized coefficient; SE – robust standard error (HC3); CI – robust confidence interval. Indirect effects were estimated using bootstrapping (Table 3). The covariance of the mediator residuals is significant (Estimate=49.90, $p<0,001$), indicating the presence of common unmeasured factors linking general anticipatory consistency and support.

Таблица 3. Общий, прямой и не прямые эффекты клинического статуса на воспринимаемый стресс

Table 3. Overall, direct, and indirect effects of clinical status on perceived stress

Эффект	B	SE (robust)	SE (bootstrap)	p	95 % ДИ
Общий эффект	11,41	0,837	–	<0,001	9,766; 13,04 ^a
Прямой эффект	8,748	0,876	–	<0,001	7,032; 10,464 ^a
Общий не прямой эффект	2,657	–	0,613	<0,001	1,561; 4,006 ^b
Группа – ОАС – стресс	1,016	–	0,483	0,036	0,101; 2,153 ^b
Группа – социальная поддержка – стресс	1,641	–	0,511	0,001	0,807; 2,801 ^b

Примечание: B – нестандартизованный коэффициент; ^a95 % ДИ на основе робастных стандартных ошибок (HC3); ^b95 % ДИ на основе бутстреп-процедуры (10000 выборок, bias-corrected percentiles). Для не прямых эффектов приведены бутстреп-оценки SE.

Notes: B – unstandardized coefficient; ^a95 % CI based on robust standard errors (HC3); ^b95 % CI based on bootstrapping (10000 resamples, bias-corrected percentiles). Bootstrap estimates of standard errors (SE) are reported for the indirect effects.

ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование подтвердило модель параллельной медиации, однако выявило асимметрию вклада антиципационной состоятельности и социальной поддержки.

Социальная поддержка. Воспринимаемая социальная поддержка выступает значимым посредником: наличие аффективного расстройства предсказывает ее снижение, что, в свою очередь, ведет к усилению стресса. Этот результат согласуется с данными о том, что пациенты с аффективными расстройствами, особенно с депрессией, воспринимают более низкий уровень поддержки по сравнению со здоровыми [8, 12], а также с выводами недавнего исследования 60 метаанализов, демонстрирующих устойчивую связь поддержки с показателями психической адаптации, включая дистресс [16].

В рамках предполагаемой причинности «клинический статус – стресс» полученные результаты концептуализируются в русле гипотезы генерации стресса [2, 17, 18]. Согласно этой гипотезе, аффективные расстройства не только возникают под влиянием стресса, но и сами активно участвуют в его порождении через психосоциальные механизмы. Депрессивный аффект и сопутствующие поведенческие паттерны (например, снижение коммуникативной активности) истощают сеть социальной поддержки, превращая ее дефицит в самостоятельный источник хронического дистресса. Таким образом, выявленный медиационный путь можно рассматривать как эмпирическую иллюстрацию процесса генерации стресса на межличностном уровне.

Антиципационная состоятельность. Результаты относительно антиципационной состоятельности требуют более осторожной интерпретации. Хотя в общей модели непрямого эффекта через антиципацию был значим, корреляционный анализ по группам выявил качественное различие, которое не позволяет считать этот механизм универсальным. У здоровых лиц антиципационная состоятельность отрицательно связана со стрессом, тогда как у пациентов с аффективными расстройствами эта связь отсутствует. Иными словами, способность к прогнозированию выполняет протективную функцию в норме, но перестает работать в условиях болезни.

Это согласуется с представлениями о роли антиципации как адаптивного механизма, обеспечивающего подготовку к стрессорам, регуляцию эмоций, принятие решений и планирование [5–7]. В норме эти функции вносят вклад в стрессоустойчивость. При аффективных же расстройствах дефицит и качественные изменения антиципации, в частности смещение в сторону негативных будущих событий [11, 19–21],

по-видимому, приводят к утрате ее протективной роли и отсутствию связи со стрессом в клинической группе. Таким образом, значимый не прямой эффект антиципации в общей модели, вероятно, обеспечен вкладом здоровых лиц, и этот механизм не может рассматриваться как универсальный, не зависящий от контекста заболевания.

Практическая значимость. Полученные результаты указывают на то, что одной из приоритетных мишеней клинко-психологических интервенций при аффективных расстройствах является восстановление межличностных ресурсов для снижения воспринимаемого дистресса. Изолированное развитие общей способности к прогнозированию у пациентов вряд ли приведет к снижению стресса, поскольку в клинической группе связь между антиципационной состоятельностью и дистрессом отсутствует. Причина, по-видимому, заключается в качественном содержании антиципации: при аффективных расстройствах она смещается в сторону систематической обработки негативных будущих событий [19, 21], поэтому практическая работа должна фокусироваться на коррекции этого негативного содержательного смещения, а не на тренировке прогностической способности как таковой. Вместе с тем, в настоящем исследовании данный аспект не измерялся. В профилактической практике со здоровыми лицами развитие общей антиципационной состоятельности, напротив, может быть оправданным с учетом ее протективной функции в норме.

Ограничения и перспективы. Настоящее исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, кросс-секционный дизайн не позволяет делать строгих каузальных выводов. Во-вторых, антиципационная состоятельность измерялась как общая способность без оценки содержательных характеристик (например, негативного смещения). Перспективными направлениями дальнейших исследований являются: использование лонгитюдных планов; включение «содержательных» показателей антиципации (диапазон прогнозирования, эмоциональная валентность прогнозов и др.); расширение модели за счет дополнительных психосоциальных переменных – копинг-стратегий, защитных механизмов, личностных особенностей, что позволит получить более полное представление о механизмах дезадаптации при аффективных расстройствах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило верифицировать модель параллельной медиации влияния аффективного расстройства на уровень воспринимаемого стресса через антиципационную состоятельность и воспринимаемую социальную поддержку.

1. Социальная поддержка выступает устойчивым медиатором: наличие аффективного расстройства предсказывает снижение воспринимаемой поддержки, что, в свою очередь, ведет к усилению дистресса.

2. Антиципационная состоятельность выполняет опосредующую роль лишь частично: в норме она способствует снижению стресса, тогда как при аффективных расстройствах ее протективная функция утрачивается.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики / Compliance with ethical principles

Исследование проведено с соблюдением этических принципов Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Все участники получили устные и письменные разъяснения о целях, процедуре и добровольном характере участия, после чего предоставили добровольное информированное согласие. Конфиденциальность и анонимность полученных персональных данных были полностью обеспечены. / The study was conducted in accordance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki of the World Medical Association. All participants received oral and written information regarding the purposes, procedures, and voluntary nature of participation, and provided their voluntary informed consent. The confidentiality and anonymity of all collected personal data were fully ensured.

Авторы заявляют об отсутствии использования генеративного искусственного интеллекта. / The authors declare no use of Generative AI in the preparation of this manuscript.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

- Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., Мазо Г. Э. Биопсихосоциальная психиатрия: руководство для врачей. М.: СИМК; 2020. 904 с.
- Neznanov NG, Kotsyubinskiy AP, Mazo GE. Biopsychosocial psychiatry: a guide for physicians. M.: SIMK; 2020. 904 p. (In Russ.)
- Hammen CL. Stress and depression: old questions, new approaches. *Curr Opin Psychol.* 2015;4:80–85. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.024>
- McEwen BS, Akil H. Revisiting the stress concept: implications for affective disorders. *J Neurosci.* 2020;40(1):12–21. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>
- Ломов Б. Ф. Психическая регуляция деятельности: Избранные труды. М.: Институт психологии РАН; 2006. 624 с.
- Lomov BF. Mental regulation of activity: selected works. M.: Institute of Psychology of the RAS; 2006. 624 p. (In Russ.)
- Менделевич В. Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза. М.: Городец; 2018. 448 с.
- Mendelevich VD. Anticipatory mechanisms of neurosis genesis. M.: Gorodets; 2018. 448 p. (In Russ.)
- Schacter DL, Benoit RG, Szpunar KK. Episodic future thinking: Mechanisms and functions. *Curr Opin Behav Sci.* 2017;17:41–50. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.06.002>
- Suddendorf T, Addis DR, Corballis MC. Mental time travel and the shaping of the human mind. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2009;364(1521):1317–1324. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0301>
- Lakey B, Cronin A. Low social support and major depression: Research, theory and methodological issues. In: Risk factors in depression. San Diego: Academic Press; 2008. p. 385–408.
- Ditzen B, Heinrichs M. Psychobiology of social support: the social dimension of stress buffering. *Restor Neurol Neurosci.* 2014;32(1):149–162. <https://doi.org/10.3233/RNN-139008>
- Taylor SE. Social support: A review. In: Friedman HS, ed. The Oxford handbook of health psychology. New York: Oxford University Press; 2011. p. 189–214.
- Hallford DJ, Austin DW, Takano K, et al. Psychopathology and episodic future thinking: A systematic review and meta-analysis of specificity and episodic detail. *Behav Res Ther.* 2018;102:42–51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.01.003>
- Studart PM, Bezerra Filho S, Studart ABD, et al. Social support and bipolar disorder. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo).* 2015;42(4):95–99.
- Абабков В. А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О. В. и др. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10». *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология.* 2016;2:6–15.
- Ababkov VA, Baryshnikova K, Vorontsova-Venger OV, et al. Validation of the Russian-language version of the Perceived Stress Scale-10 questionnaire. *Bulletin of St. Petersburg University. Psychology.* 2016;2:6–15. (In Russ.)
- Агафонова Е. В., Граница А. С., Макаричева Э. В. Разработка краткой версии теста антиципационной состоятельности. *Неврологический вестник.* 2023;55(3):21–30.
- Agafonova EV, Granitsa AS, Makaricheva EV. Development of a short version of the test of anticipatory solvency. *Neurology Bulletin.* 2023;55(3):21–30. (In Russ.)
- Холмогорова А. Б., Петрова Г. А. Диагностика уровня социальной поддержки при психических расстройствах. Медицинская технология. М.: МНИИ психиатрии; 2007.
- Kholmogorova AB, Petrova GA. Diagnostics of social support level in mental disorders. Medical technology. M.: Moscow Research Institute of Psychiatry; 2007. (In Russ.)
- Zell E, Stockus CA. Social support and psychological adjustment: A quantitative synthesis of 60 meta-analyses. *Am Psychol.* 2025;80(1):33. <https://doi.org/10.1037/amp0001323>

17. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:293–319.
18. Liu RT, Hamilton JL, Boyd SI, et al. A systematic review and Bayesian meta-analysis of 30 years of stress generation research: Clinical, psychological, and sociodemographic risk and protective factors for prospective negative life events. *Psychol Bull.* 2024;150(9):1021–1069. <https://doi.org/10.1037/bul0000431>
19. Miloyan B, Pachana NA, Suddendorf T. The future is here: A review of foresight systems in anxiety and depression. *Cogn Emot.* 2014;28(5):795–810. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.863179>
20. Nam RJ, Lowry NJ, Lawrence OC, et al. Episodic future thinking and psychopathology: A focus on depression and suicide risk. *Curr Opin Psychol.* 2024;59:101853. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2024.101853>
21. Roeske AM, Seligman MEP. Depression and prospection. *Br J Clin Psychol.* 2016;55(1):23–48. <https://doi.org/10.1111/bjc.12087>

Информация об авторах:

Боровиков Андрей Владиславович – аспирант кафедры медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ; медицинский психолог СПб ГБУЗ «Больница им. П. П. Кашенко», Санкт-Петербург, Россия, st078242@student.spbu.ru, ORCID 0009-0000-6329-1966;

Щелкова Ольга Юрьевна – д-р психол. наук, проф., заведующая кафедрой медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия, olga.psy.pu@mail.ru, ORCID 0000-0001-9444-4742.

Вклад авторов:

Боровиков А. В. – концептуализация исследования, сбор данных, статистический анализ, написание исходного текста рукописи; Щелкова О. Ю. – научное руководство, критическая рецензия и финальная редакция текста, утверждение окончательного варианта рукописи. Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Authors information:

Andrey V. Borovikov, Graduate student, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University; medical psychologist, SPb GBUZ “Kashchenko Hospital”, St. Petersburg, Russia, st078242@student.spbu.ru, ORCID 0009-0000-6329-1966;

Olga Yu. Shchelkova, DSc in Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University, St. Petersburg, Russia, olga.psy.pu@mail.ru, ORCID 0000-0001-9444-4742.

Contribution of the authors:

Borovikov A. V. – conceptualization of the study, data collection, statistical analysis, writing – original draft; Shchelkova O. Yu. – scientific supervision, critical revision and final editing of the manuscript, approval of the final version. All authors participated in the discussion of the results and approved the final version of the manuscript.

Поступила в редакцию / Received: 26.05.2026

Принята к публикации / Accepted: 23.07.2026
