TIBBIYOT
TA'LIMI & INNOVATSIYALARI

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
19 20

Google scholar

PubMed MEDLINE
NIH U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health
Advancing Health Through Knowledge



- 14.00.00 - Tibbiyot fanlari;
- 14.00.01 - Akusherlik va ginekologiya;
- 14.00.02 - Morfologiya;
- 14.00.03 - Endokrinologiya;
- 14.00.04 - Otorinolaringologiya;
- 14.00.05 - Ichki kasalliklar;
- 14.00.06 - Kardiologiya;
- 14.00.07 - Gigiena;
- 14.00.08 - Oftal'mologiya;
- 14.00.09 - Pediatriya;
- 14.00.10 - Yuqumli kasalliklar;
- 14.00.11 - Dermatologiya va venerologiya;
- 14.00.12 - Tibbiy reabilitologiya;
- 14.00.13 - Nevrologiya;
- 14.00.14 - Onkologiya;
- 14.00.15 - Patologik anatomiya;
- 14.00.16 - Normal va patologik fiziologiya;
- 14.00.17 - Farmakologiya va klinik farmakologiya;
- 14.00.18 - Psixiatriya va narkologiya;
- 14.00.19 - Klinik radiologiya;
- 14.00.20 - Tibbiy genetika;
- 14.00.21 - Stomatologiya;
- 14.00.22 - Travmatologiya va ortopediya;
- 14.00.23 - Hamshiralik ishini tashkil etish;
- 14.00.24 - Sud tibbiyoti;
- 14.00.27 - Xirurgiya;
- 14.00.28 - Neyroxirurgiya;
- 14.00.41 - Xalq tabobati;
- 14.00.35 - Bolalar xirurgiyasi;
- 14.00.34 - Yurak-qon tomir xirurgiyasi

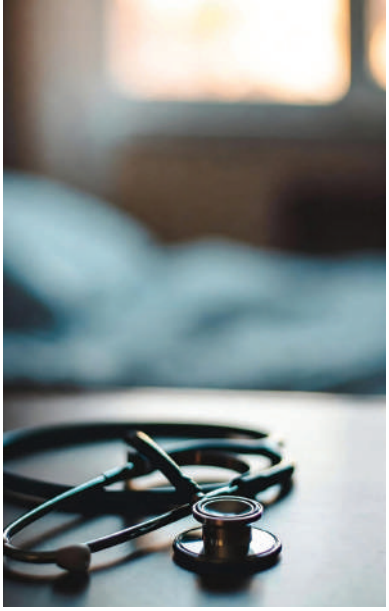
№10-SON

2026-yil, oktabr

tibbiyot-talimi-va-innovatsiyalari.uz

https://t.me/tibbbiyot_2100

Litsenziya raqami: №745444













Tahrir hay’ati a’zolari:



BOSH MUHARRIR:
Shuhrat Baymuradov Abdujalilovich
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



BOSH MUHARRIR O‘RINBOSARI:
Iminov Komiljon Odiljonovich
tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori

“Tibbiyot ta'limi va innovasiyalari” ilmi elektron jurnali 29.04.2025-yildan O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti Adminstratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan C-5669801 reyestr raqami tartibi bo‘yicha ro‘yxatdan o‘tkazilgan. Litsenziya raqami: №745444.

Tahrir hay’ati a’zolari:



Sharipov Kongratbay Avezimbetovich
Texnika fanlari doktori (DSc), professor



Ishanqulov Artiqboy Eshboyevich
Biologiya fanlari doktori (DSc), professor



Otamuradov Furqat Abdukarimovich
tibbiyot fanlari doktori (DSc), dotsent.



Shuxrat Jumayevich Teshayev
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



Oral Aminovna Ataniyazova
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



Jalolova Feruza Maxamatjanovna
Tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori (DSc), dotsent



Uraqov Shokir Ulashovich
tibbiyot fanlari doktori doktori (DSc)

Aripkhodjaeva Shakhzoda
resident doctor in national medical center

"TIBBIYOT TA’LIMI VA INNOVATSIYALARI"
ilmiy elektron jurnali O‘zbekiston Respublikasi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi (AOKA) tomonidan 2024-yil 9-oktabrdan boshlab c-5669651 raqami ostida rasmiy ro‘yxatdan o‘tkazilgan.

Murojaat uchun telefon:
+998 97 748 70 03
Email: @munis_sm

MUNDARIJA

KARDIORENAL SAMARADORLIK NUQTAI NAZARIDAN FINERENON VA EPLERENONNING CHAP QORINCHA OTISH FRAKSIYASI SAQLANGAN YURAK YETISHMOVCHILIGI BEMORLARIDAGI QIYOSIY BAHOLANISHI 21
Qodirova Guljahon Ramozonovna, Tursunova Laylo Dilshatovna

GIPERSPEKTRAL TASVIRLARNI TASNIFLASHDA FAZOVIY SIZIB CHIQISH NIMANI O‘LCHAYDI? YAQINLIK, KO‘RILMAGAN SINFLAR VA SINFLAR TARKIBIGA AJRATISH 27
Tuxtamurodov Nozir Ulmas o‘g‘li

DIABETIK PANJA SINDROMINING JARROHLIK ASORATLARINI DAVOLASHDA YANGI YONDASHUVLAR 34
Akmaljon Olimov

FARG‘ONA VODIYSI SHAROITIDA GERIATRIK YOSHDAGI BEMORLARDA O‘PKA VA EKSTRAPULMONAL SILNING KLINIK-EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARI (2020–2025) 40
Maxsumova Dinora Kamolovna, Zuhriddin Salohiddinovich Salohiddinov

ANTIBIOTIKLARGA CHIDAMLI BAKTERIYALAR: ZAMONAVIY TIBBIYOT MUAMMOSI 46
Abdisamatova Sarviniso Adisamatovna

EFFECTIVENESS OF TREATMENTS FOR CORONARY ARTERY DISEASE 50
Alfiya S. Shamsiddinova, Xursandbek A. Ergashaliyev, O‘g‘iloy M. Umaraliyeva, Ibrokhimjon M. Xursanov

KARDIORENAL SINDROMDA GENETIK VA EPIGENETIK DETERMINANTLAR HAMDA OQSIL BIOMARKERLAR PANELI: INTEGRATSION DIAGNOSTIK YONDASHUV 55
Korakulova Zilola Tilovmurodovna, Tursunkulov Ortikali, Ahmedova Umida Maxmudovna

ANDIJON VILOYATI AYOLLAR POPULYATSIYADA QALQONSIMON BEZ PATOLOGIYALARI FONIDA SUT BEZI SARATON VA SARATON OLDI HOLATLARINI UCHRASH CHASTOTASI 65
Mahmudjonova Sayyoraxon Shavkatbek qizi

SURUNKALI TROMBOEMBOLIK O‘PKA GIPERTENZIYASI: PATOGENEZDAN DAVOLASH STRATEGIYASINI TANLASHGACHA 70
Sunnatova Gulbahor Ismatovna, Tashinova Laylo Xolmurodovna, Ergasheva Nigora Utkurovna, Xolmirzayev Baxtiyor Turgunovich

TISH OLINGANDAN KEYIN PRP QO‘LLASHNING KLINIK SAMARADORLIGINI BAHOLASH 77
Muqimov Odiljon Axmadjonovich, Urinova Gulnoza Shuxrat qizi

TISH PROTEZLARI, JAG‘ MODELLARI VA JARROHLIK SHABLONLARINI YARATISHDA 3D-BOSMADAN FOYDALANISH 84
Abduganiyeva Shaxista Xodjiyevna, Axmedov Lutfullo

SPORTCHILARDA KORONAR ARTERIYA KASALLIGINI YENGIL SUN’IY INTELLEKT YORDAMIDA ERTA ANIQLASH 89
Muksimova Shahnoza Shamuhitovna, Umirzakova Sabina Totlibayevna, Isxakova Nargiza Patxillayevna

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОТОКОВОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 103
Меджидов Меджид Нисрединович, Кафаров Ризван Тельманович, Тешабоев Мухаммадяхё Гуломкодирович, Рахматуллаев Азизбек Ахмадулло угли

ОТДАЛЁННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЁННЫХ ПРИ ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАЦИИ УЧАСТКА ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 122
Хамраев Абдурашид Журакулович, Акмалова Юлдуз Илхомовна, Каримов Итиёр Музаффарович

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И УСЛОВИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ 132
Шухратова Мафтуна Мухаммад-Али кизи
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА 139
Файзиматов Музаффар Азамович
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 144
Шухратова Мафтуна Мухаммад-Али кизи
ZRR VA AUTIZMLI BOLALARDA KOGNITIV-FUNKSIONAL REABILITATSIYADA MONTESSORI METODIKASINING O‘RNI 152
Odilbekova Hurliqo, Kimsanboyeva Odina, Jahonboyeva Dilorom, Majidova Yoqutxon Nabievna
ОТ ВАЛИДИРОВАННОЙ ЦИФРОВОЙ ПЛАТФОРМЫ ДЛЯ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ К БИОМЕХАНИЧЕСКОМУ МОДЕЛИРОВАНИЮ В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ПЕРСПЕКТИВЫ ГИБРИДНОГО РАСШИРЕНИЯ PINN И FEA ДЛЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ 158
Шухратова Мафтуна Мухаммад-Али кизи
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АСПЕКТЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА И ДИАГНОСТИКИ 164
Набиева Шохсанам Кахрамон кизи
SUBATROFIK RINITDA BURUN SHILLIQ QAVATINING KLINIK-FUNKSIONAL VA MIKROBIOLOGIK HOLATINI KOMPLEKS BAHOLASH ASOSIDA MAHALLIY TERAPIYANI TAKOMILLASHTIRISH 169
Yashnarova Lobar Eldor qizi
BOLALARDA NUTQ RIVOJLANISHI BUZILISHLARINI KORREKSIYALASHDA FORBRAIN QURILMASINING O‘RNI: ADABIYOTLAR SHARHI 173
Kimsanboyeva Odina Kozimovna, Odilbekova Hurliqo Ilhomovna, Jahonboyeva Dilorom Vohidjonovna, Huseynova Nadira Turgunovna
SURUNKALI BUYRAK KASALLIGINING DIALIZ BOSQICHIDAGI BEMORLARDA NOS3 GENI T786C POLIMORFIZMINING YURAK-QON TOMIR ASORATLARI BILAN BOG‘LIQLIGI 178
Eshmetova Sabohat Ilxomovna
Jabbarov Ozimboy Otaxonovich
Tursunova Laylo Dilshatovna
BOLALARDA YUQORI NAFAS YO‘LLARI TORAYISHI BILAN BOG‘LIQ DISTAL OKKLYUZIYANI DAVOLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH 185
Tosheva Orzigul Karim qizi
НЕЙРОМЫШЕЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ: ОЦЕНКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ 189
Хаитбоева Мохирабону Уткир кизи
Мухамедсаидова Ирода Абдувахоб кизи
Хусанбаева Феруза Акмаловна
BOSH MIYA QON AYLANISHINING O‘TKIR BUZILISHIDA BRONX - O‘PKA TIZIMI ASORATLARI RIVOJLANISHINING KLINIK–PATOGENETIK XUSUSIYATLARI 197
Ikromova Mufazzal Abdurashidovna
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВАХ И МЕХАНИЗМАХ ДЕЙСТВИЯ АДАПТОГЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ 201
Ганиева Динара Шарофидиновна

CHAYNOV TISHLARI OKKLYUZION YUZASINING RAQAMLI 3D-MORFOMETRIK XUSUSIYATLARI VA ULARNING OKKLYUZION BALANSI HAMDA CHAYNASH FUNKSIYASI BILAN BOG‘LIQLIGI 209
Abdumutalipova Muborak Abdurashid qizi
Rizayeva Sevara Mirgulyamovna

DEVELOPMENT OF A SET OF INNOVATIVE PREVENTIVE MEASURES AIMED AT PREVENTING DISEASES OF HARD DENTAL TISSUES IN CHILDREN, TAKING INTO ACCOUNT THEIR AGE-RELATED CHARACTERISTICS BASED ON CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA 215
Buriyeva N. A.

BOLALARDA GIPERTROFIK GINGIVITNI DAVOLASH SAMARADORLIGINI KLINIK VA PERIODONTAL INDEKSLAR ASOSIDA BAHOLASH 219
Eshimova Sayyora Tursunovna

RAS BO‘LGAN BOLALARDA KOGNITIV BUZILISHLARNI KORREKSIYALASHDA MIKROTOKLI REFLEKSOTERAPIYANING O‘RNI: ADABIYOTLAR SHARHI 226
Jahonboyeva D.V
Odilbekova H.I
Kimsanboyeva O.K

BARIATRIK JARROHLIK AMALIYOTI O‘TKAZGAN BEMORLARDA PSIXOLOGIK REGRESS SHAKLLANISHINING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI 232
Kuchkarov Humoyun Nurali o‘g‘li
Yadgarova Nargiza Fahriddinovna

COMORBIDITY PATTERNS AND THEIR ASSOCIATION WITH GALLSTONE DISEASE IN THE ELDERLY POPULATION: (A POPULATION-BASED STUDY IN THE FERGANA VALLEY, UZBEKISTAN) 239
Usmonov Xusniddin Qutbidinovich
Salakhidinov Sarvarjon Zaynabidinovich

ВЛИЯНИЕ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КАРЬЕРЫ ФУТБОЛИСТОВ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 250
Анваров Абдуманнон Абдурахмонович
Бурханова Гулноза Лутфиллоевна
Исакулов Элдор Кулдошович
Бобобекова Умида Кувондиковна
Ким Вероника Александровна
Анварова Малика Абдурахмоновна

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИНАНСИРУЕМЫХ ИЗ ВНЕШНИХ ИСТОЧНИКОВ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОГРАММ 257
Рустамов Уктам Мардонкулович

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ, НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ, НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ С ДЦП В ПОЗДНЕЙ РЕЗИДУАЛЬНОЙ СТАДИИ 262
Эргашева Мафтуна Озодовна

КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДОЛИХОСИГМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАПОРЕ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 266
Тошпўлатов Бехзод Бахтиёржон угли
Мирзакаримов Бахромжон Халимжонович
Тошпулатова Нигора Комолиддин кизи

AYOLLARDA O‘Z JONIGA QASD QILISH HOLATLARINING SUD-TIBBIY AHAMIYATI 274
Eliyeva M.F.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ВЫБОРА КОНСТРУКЦИИ, МАТЕРИАЛА И ПРОТОКОЛА ФИКСАЦИИ ВКЛАДОК 280
Азимджанова Феруза Абдурашидовна

УРОВНИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ И ОКРУЖАЮЩИХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ 286
Азимов Мухаммаджон Исмоилович
Кулматов Тимур Мухидди угли
Азимов Азиз Мухаммаджанович

ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП РИСКА 292
Деворова Марифат Бакиевна

АЛГОРИТМ УСТАНОВКИ ПОРИСТЫХ ИНДИВИДУАЛЬНО ИЗГОТОВЛЕННЫХ ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ 296
Каримов Шохрух Илхом угли

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ОРТОПЕДИ-ЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕ-ТАННЫМИ ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 300
Каршиев Ш. Г.
Муратбаев А. Б
Базаров Б. Б
Гофуров А.Ш.

АНАЛИЗ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ КОРРЕЛЯЦИЕЙ РЕЗУЛЬТАТОВ КОГНИТИВНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА И КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 304
М. М. Мамурова
А. Т. Джурабекова

РОЛЬ ВИТАМИНА D В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИИМПЛАНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ 309
Мирзаев Абдукодир Рустамович
Пулатов Ашраф Илхомович
Мирзаева Ольга Александровна

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КАК НОРМАТИВНАЯ ОСНОВА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМ 314
Назарова Нигина Асрол кизи

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА НА ФОНЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ 320
Шомуродов Кахрамон Эркинович
Нормаматов Алишер Рузи угли

ОСОБЕННОСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА: РЕЗУЛЬТАТЫ 24-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ 324
Тилляшайхова Ирода Мирзагалеб кизи

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 330
Тургунбаев Анвар Узакбаевич
Очилов Улугбека Усманович

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ РИНОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ 335
Бекмурадова Чарос Юсуфовна
Кодиров Элбек Мияссарович
Пулатов Ашраф Илхомович
Хасанов Шухрат Махмудович

GEMORRAGIK INSULTDAN VAFOT ETGAN BEMORLAR BUYRAK USTI BEZI PO‘STLOQ QAVATI ZONALARINING MORFOMETRIK TAHLILI 340
Ergashev Obidjon Odilovich
Mo‘ydinov Javlon Ibrohimovich

TAJRIBAVIY GIPERXOLESTERINEMIYADA BOSH MIYADAGI MORFOLOGIK O‘ZGARISHLARNI O‘RGANISH 346
Vohidov Bekzod Rafiq o‘g‘li

ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЁГКИХ 350
Бабамурадова Заррина Бахтияровна
Касимова Бахора Саидовна
Ашурова Мафтуна Ойбековна

КЛИНИЧЕСКОЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ 361
Наргиза Бахтиёровна Хайдарова

МЕТОДИКА КЛИНИЧЕСКОГО И ЦИФРОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ ЗУБОВ 367
Хаитбоева Мохирабону Уткир кизи
Хусанбаева Феруза Акмаловна

BACHADON BO‘YNI SARATONINI ERTA TASHXISLASHDA HPV TESTI VA SITOLOGIK TEKSHIRUVNING DIAGNOSTIK SAMARADORLIGI 374
Akbarova Maftuna Adhamjon qizi

YO‘LDOSHDA QON AYLANISHI PATOLOGIYASINING GEMATOLOGIK VA PATOMORFOLOGIK JIHATLARI VA ULARNING PERINATAL ASORATLARNI OLDINI OLISHDAGI AHAMIYATI 379
Ergasheva Dilyoraxon Islomjon qizi

ANDIJON VILOYATI MISOLIDA OIV INFEKSIYASI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA ANTIRETROVIRUS TERAPIYANING UZOQ MUDDATLI NATIJALARI 383
G‘afforov Husanboy Abdulmutallibovich
Fayzullayeva Dilfuza Baxodirovna

ENDOKRIN-METABOLIK PATOLOGIYALARDA KLINIK-BIOKIMYOVIY BIOMARKERLAR ASOSIDA INDIVIDUAL XAVFNI STRATIFIKATSIYA QILISH MODELINI ISHLAB CHIQISH 389
G‘afforova Aziza Kamol qizi

SULFOPARINNING O‘TKIR VA 90 KUNLIK PERORAL TOKSIKOLOGIK KO‘RSATKICHLARINI EKSPERIMENTAL BAHOLASH 393
Go‘zalxon Qutlikova Maxammadjonovna
Minavarov Rasuljon Anvarovich
Muxtorov Boburbek Otabek o‘g‘li
Mamajanov Taxirjon Gapirjonovich
Vahobov Hikmatillo Bahodirjon o‘g‘li

CHANGES IN ANXIETY, EATING BEHAVIOR, AND BODY IMAGE AFTER BARIATRIC SURGERY....403
Kuchkarov Humoyun Nuralievich
Yadgarova Nargiza Fahritdinovna

FERTIL YOSHDAGI AYOLLAR POPULYATSIYASIDA SUT BEZI SARATONI VA SARATON OLDI KASALLIKLARINI ERTA TASHXISLASH, OLDINI OLISH VA DAVOLASHDA ZAMONAVIY KOMPLEKS TEKSHIRUVLAR....409
Rasulova Dilfuzaxon Komiljon qizi

YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARIDA ANTIKOAGULYANT PREPARATLARNING SAMARADORLIGI VA GEMORRAGIK ASORATLAR XAVFI....415
Raximova Dilorom Orifjonovna
Rustamov Ibrahim Xudoyberdiyevich
Nurmatov Shavkat Ubaydullayevich

ТРЕНИРУЕМОСТЬ РЕГУЛЯТОРНОГО КОМПОНЕНТА ЭМПАТИИ: МЕТААНАЛИТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ГИПОТЕЗЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОВЕРКИ....419
Ягудин Дмитрий Рустамович
Айдарова Диана Сматуллаевна
Фозилбеков Рузикул Анаркулович

ОПОРНЫЕ ТОЧКИ РЕАБИЛИТАЦИИ МЕХАНИЗМОВ ЭМПАТИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПОЗИТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ....427
Ягудин Дмитрий Рустамович
Айдарова Диана Сматуллаевна

ОПОРНЫЕ ТОЧКИ РЕАБИЛИТАЦИИ МЕХАНИЗМОВ ЭМПАТИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПОЗИТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Ягудин Дмитрий Рустамович
Доктор психологических наук, генеральный директор ООО «Международный НейроУниверситет им. Д.Р. Ягудина», председатель правления НКО «Единство»
E-mail: dr.yagudin@mail.ru
ORCID: 0009-0002-5421-9596

Айдарова Диана Сматуллаевна
Международный НейроУниверситет им. Д.Р. Ягудина (ООО «МНУ»), заведующая кафедрой интегративной гуманистической психологии Востока; аспирант ICFT (социальная психология)
E-mail: diana.aidarova@gmail.com
ORCID: 0009-0001-1935-1826

Аннотация: В клинической психологии эмпатия традиционно рассматривается как фоновое условие терапевтического контакта, тогда как её нарушения после поражений мозга, острой психической травмы и хронического стресса требуют целенаправленного восстановления. Цель статьи — теоретически обосновать концепцию опорных точек реабилитации механизмов эмпатии и показать её позитивное значение для нейропсихологии. Методологической основой выступает интеграция культурно-исторической нейропсихологии Л. С. Выготского — А. Р. Лурии (системная динамическая локализация высших психических функций, восстановление через перестройку функциональных систем с опорой на сохранные звенья), социальной нейронауки эмпатии, поливагальной теории и модели нейровисцеральной интеграции, а также данных Научной школы Международного НейроУниверситета им. Д. Р. Ягудина. Опорная точка определяется как звено функциональной системы эмпатии, которое имеет описанный нейрофункциональный субстрат, доступно объективной регистрации и служит одновременно мишенью воздействия и опорой для восстановления следующих звеньев. Выделены пять опорных точек: безопасность и вегетативная регуляция; телесно-сенсомоторный резонанс; различение «Я — Другой» и принятие перспективы; саморегуляция эмпатического отклика (переход от эмпатического дистресса к состраданию); нарративная и реляционная связность («Мы»). Обоснован порядок восстановления «снизу вверх»: регуляторная обратная связь специалиста, завершающая его эмпатический акт, становится первой внешней опорой реабилитанта и затем интериоризируется. Показаны позитивные следствия для нейропсихологии: распространение синдромного анализа на социально-эмоциональную сферу, объективизация реабилитационных эффектов (электромиография, ЭЭГ, вариабельность сердечного ритма), создание нейробиологических предпосылок для когнитивной реабилитации, включение диады и семьи в единицу восстановительного воздействия, профилактика эмпатического дистресса специалистов. Для каждого положения указан уровень доказательности; сформулированы три проверяемые гипотезы.

Ключевые слова: клиническая психология, нейропсихология, психология реабилитации механизма эмпатии, опорные точки, функциональная система, эмпатия, со-регуляция, сострадание, нейропластичность, вариабельность сердечного ритма.

Abstract: In clinical psychology, empathy is traditionally treated as a background condition of therapeutic contact, whereas its impairments following brain lesions, acute psychological trauma, and chronic stress call for targeted restoration. The aim of the article is to substantiate the concept of anchor points in the rehabilitation of empathy mechanisms and to demonstrate its positive significance for neuropsychology.

The methodological basis integrates the cultural-historical neuropsychology of L. S. Vygotsky and A. R. Luria (systemic dynamic localization of higher mental functions; restoration through the reorganization of functional systems relying on preserved links), the social neuroscience of empathy, polyvagal theory, the neurovisceral integration model, and the findings of the Scientific School of the International Neuro University named after D. R. Yagudin. An anchor point is defined as a link in the functional system of empathy that has a described neurofunctional substrate, is accessible to objective measurement, and serves both as a target of intervention and as support for restoring subsequent links. Five anchor points are identified: safety and autonomic regulation; bodily sensorimotor resonance; self–other distinction and perspective-taking; self-regulation of the empathic response (a shift from empathic distress to compassion); and narrative and relational coherence («We»). A bottom-up order of restoration is substantiated: the specialist's regulatory feedback, which completes the specialist's empathic act, becomes the rehabilitant's first external support and is subsequently internalized. Positive implications for neuropsychology are outlined: extending syndrome analysis to the socio-emotional domain; objectifying rehabilitation outcomes through electromyography, EEG, and heart rate variability; establishing neurobiological preconditions for cognitive rehabilitation; including the dyad and family in the unit of restorative intervention; and preventing empathic distress among specialists. The level of evidence is indicated for each statement, and three testable hypotheses are formulated.

Keywords: clinical psychology, neuropsychology, psychology of empathy mechanism rehabilitation, anchor points, functional system, empathy, co-regulation, compassion, neuroplasticity, heart rate variability.

Annotatsiya: Klinik psixologiyada empatiya an'anaviy ravishda terapevtik aloqaning asosiy sharti sifatida qaraladi. Biroq, miya shikastlanishlari, o'tkir psixologik travma va surunkali stressdan keyin uning buzilishlari maqsadli tiklashni talab qiladi. Maqolaning maqsadi empatiya mexanizmlarini reabilitatsiya qilishda tayanch nuqtalar konsepsiyasini asoslash va uning neyropsixologiya uchun ijobiy ahamiyatini ko'rsatishdan iborat. Metodologik asos L. S. Vigotskiy va A. R. Luriyaning madaniy-tarixiy neyropsixologiyasi (oliy psixik funksiyalarning tizimli-dinamik lokalizatsiyasi; saqlanib qolgan bo'g'inlarga tayangan holda funksional tizimlarni qayta tashkil etish orqali tiklash), empatiyaning ijtimoiy nevrologiyasi, polivagal nazariya, neyrovistseral integratsiya modeli hamda D. R. Yagudin nomidagi Xalqaro Neyro universiteti ilmiy maktabining tadqiqot natijalarini birlashtirishga asoslanadi. Tayanch nuqta empatiyaning funksional tizimidagi, neyrofunksional substrati tavsiflangan, obyektiv o'lchash imkoniyati mavjud bo'lgan hamda bir vaqtning o'zida aralashuv nishoni va keyingi bo'g'inlarni tiklash uchun tayanch vazifasini bajaradigan bo'g'in sifatida ta'riflanadi. Empatiyaning beshta tayanch nuqtasi ajratib ko'rsatilgan: xavfsizlik va vegetativ regulyatsiya; tana-sensorimotor rezonansi; «Men — Boshqa»ni farqlash va nuqtayi nazarni qabul qilish; empatik javobni o'zini o'zi boshqarish (empatik distressdan rahm-shafqatga o'tish); narrativ va munosabatlarga oid yaxlitlik («Biz»). Tiklashning «quyidan yuqoriga» tamoyiliga asoslangan ketma-ketligi asoslanadi: mutaxassisning empatik aktini yakunlovchi regulyator qayta aloqasi reabilitatsiya oluvchisi uchun dastlabki tashqi tayanchga aylanadi va keyinchalik ichkilashtiriladi.

Kalit so'zlar: klinik psixologiya, neyropsixologiya, empatiya mexanizmini reabilitatsiya qilish psixologiyasi, tayanch nuqtalar, funksional tizim, empatiya, ko-regulyatsiya, rahm-shafqat, neyroplastiklik, yurak urish tezligi o'zgaruvchanligi.

ВВЕДЕНИЕ

Эмпатию называют фундаментом доверия и точкой опоры терапевтического контакта, а систематические обзоры исследований в здравоохранении фиксируют её связь с исходами помощи [1]. В классической модели Э. Бордина эмоциональная связь входит в терапевтический альянс наряду с согласием о целях и задачах [2], а метаанализ подтверждает устойчивую связь альянса с результатами психотерапии [3]. Однако в реабилитационных протоколах эмпатия обычно остаётся в разделе «общих условий»: она описывается как атмосфера взаимодействия, но не как механизм с собственными мишенями, этапами и критериями эффективности. Между тем качество социальных отношений относится к наиболее устойчиво подтверждённым психосоциальным детерминантам здоровья: по данным метаанализа 148 проспективных исследований, при наличии прочных социальных связей шансы на выживание за период наблюдения примерно в полтора раза выше [4].

Эмпатия — один из психологических механизмов, переводящих отношения из социального факта в фактор регуляции состояния. Для нейропсихологии проблема имеет прямое клиническое измерение. Эмпатия нарушается при локальных поражениях мозга, причём избирательно: поражение нижней лобной извилины снижает эмоциональную эмпатию, а поражение вентромедиальной префронтальной коры — когнитивную [5]. После тяжёлой черепно-мозговой травмы снижение эмоциональной эмпатии связано с ослаблением мимической (электромиографической) и кожно-гальванической реакции

на гневные лица [6]. При остром правополушарном инсульте нарушение аффективной эмпатии ассоциировано с поражением полюса верхней височной извилины и передней островковой коры [7]. Острый стресс по-разному изменяет аффективный и когнитивный компоненты эмпатии [8], а после тяжёлого психотравмирующего события в практике экстренной помощи наблюдается состояние, условно обозначаемое как «шоковое зависание»: человек утрачивает способность принимать эмпатическую поддержку извне, его мимика обедняется, а физиологическая готовность к угрозе сохраняется.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ

Отечественная нейропсихология располагает развитой методологией восстановления нарушенных функций. А. Р. Лурия показал, что после разрушения корковых структур функция восстанавливается не путём регенерации, а путём перестройки функциональной системы силами сохранных корковых зон [9]; Л. С. Цветкова развила этот принцип в систему восстановительного обучения, в которой реабилитация строится на сохранных звеньях функциональной системы [10]. Однако эта методология разрабатывалась преимущественно для речи, гнозиса, праксиса и мышления; социально-эмоциональные функции, и эмпатия в первую очередь, остаются на её периферии. В Научной школе Международного НейроУниверситета им. Д. Р. Ягудина (далее — МНУ) сложилось направление, изучающее формирование и реабилитацию механизмов эмпатии через функциональную и волевую саморегуляцию с регистрацией психофизиологических показателей [11, 12].

В предшествующих работах авторов предложены трёхкомпонентная модель реабилитационной эмпатии (резонанс, принятие перспективы, регуляторная обратная связь), понятие «психология реабилитации механизма эмпатии» и эмпатико-регуляторная модель реляционного самосознания. Настоящая статья связывает эти линии с луриевской методологией восстановления функций через понятие опорных точек. Цель статьи — теоретически обосновать концепцию опорных точек реабилитации механизмов эмпатии и раскрыть её позитивное значение для нейропсихологии. Задачи: 1) рассмотреть эмпатию как высшую психическую функцию с системной динамической организацией; 2) определить понятие опорной точки и выделить опорные точки функциональной системы эмпатии; 3) описать механизмы и последовательность реабилитации эмпатии; 4) показать позитивные следствия подхода для нейропсихологической теории, диагностики и реабилитации; 5) сформулировать проверяемые гипотезы.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена в форме интегративного нарративного обзора с элементами теоретического моделирования. Источниковую базу составили: классические работы культурно-исторической психологии и нейропсихологии (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, Л. С. Цветкова); метаанализы, систематические обзоры и экспериментальные исследования социальной нейронауки эмпатии, нейропсихологии локальных поражений мозга и психофизиологии стресса; публикации Научной школы МНУ 2024–2026 гг. о психофизиологических механизмах эмпатии. Поиск проводился в базах PubMed, Google Scholar, eLibrary.ru и КиберЛенинка; дополнительно использовался метод «снежного кома» по спискам литературы ключевых работ.

Для каждого ключевого положения указывается характер доказательной базы: метаанализ или систематический обзор (МА), экспериментальное или клиническое исследование (ЭИ), пилотное исследование без контрольной группы (ПИ), теоретическое допущение (ТД). Такое разграничение необходимо, поскольку концепция опорных точек объединяет данные разной степени надёжности.

АНАЛИЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Эмпатия как высшая психическая функция: нейропсихологическое прочтение. В социальной нейронауке эмпатия описывается как многокомпонентный процесс, объединяющий аффективное разделение состояния другого, понимание его перспективы и регуляцию собственного отклика [13]. Её быстрые, преимущественно неосознаваемые компоненты модулируются контекстом, оценкой ситуации и отношением к другому [14]. Принципиально феноменологическое различение сопереживания и эмоционального заражения: в первом случае чужое чувство переживается как чувство другого, во втором граница между собой и другим утрачивается [15]. Одно и то же восприятие чужого страдания может вести к ориентированной на другого эмпатической заботе или к самоориентированному личному дистрессу, и исход определяется саморегуляцией [16]. Метаанализ нейровизуализационных данных показывает, что эмпатия и модель психического опираются на различные, но иерархически взаимодействующие сети [17] (МА). Такое описание совпадает с тем, как культурно-историческая психология характеризует высшие психические функции: они социальны по происхождению, опосредствованы по строению и произвольны

по способу функционирования. Эмпатия отвечает всем трём признакам (ТД). По происхождению она вырастает из изначальной общности младенца со взрослым, которую Л. С. Выготский называл «прамы», и из диадической со-регуляции, которая затем интериоризируется [18].

По строению она опосредствована языком, нормой и ритуалом. В культурах Центральной Азии, где семья, род и община входят в самоопределение личности [19], формулы соболезнования, традиционный плач и поминальные сроки задают внешние формы, позволяющие разделить чужое горе, не растворяясь в нём. Ритуал в этом смысле представляет собой культурную память о способах регуляции эмпатии. По способу функционирования её регуляторный компонент может становиться произвольным и поддаётся тренировке. Если эмпатия — высшая психическая функция, к ней применим принцип системной динамической локализации А. Р. Лурии: функция обеспечивается не отдельным «центром», а функциональной системой совместно работающих зон, каждая из которых вносит свой специфический вклад, и поражение разных звеньев нарушает функцию по-разному [20]. Нейропсихологические данные подтверждают это для эмпатии. Двойная диссоциация эмоциональной и когнитивной эмпатии при поражениях нижней лобной извилины и вентромедиальной префронтальной коры [5], избирательное нарушение аффективной эмпатии при поражении передней островковой коры и височного полюса [7] и связь эмпатического дефицита после ЧМТ с ослаблением телесного резонанса [6] (ЭИ) показывают, что «дефицит эмпатии» не является единым симптомом. Это синдром, требующий квалификации: какое звено выпало и какие сохранны. Телесное звено эмпатии традиционно связывают с механизмами зеркального отражения.

В. Галлезе описал частичное воспроизведение состояния другого в нервной системе наблюдателя как дорефлексивную основу интерсубъективности [21]; метаанализ указывает на связь предполагаемой системы зеркальных нейронов преимущественно с эмоциональным компонентом эмпатии, хотя вопрос остаётся дискуссионным [22] (МА). В работах Д. Р. Ягудина и И. В. Павловой зеркальное отражение рассматривается как внутреннее моделирование действий и намерений другого [23]. Отсюда следует исходное положение статьи: если эмпатия — функциональная система, то её реабилитация может строиться по той же логике, что и восстановление речи или праксиса, — через перестройку системы с опорой на сохранные звенья и внешние средства, которые постепенно интериоризируются [9, 10, 18] (ТД). Опорные точки функциональной системы эмпатии. Понятие опорной точки соединяет два значения слова «опора», укоренённых в отечественной традиции. Первое — нейропсихологическое: восстановительное обучение строится на сохранных звеньях функциональной системы, через которые прокладывается обходной путь к нарушенной функции [9, 10]. Второе — культурно-историческое: внешнее средство (знак, действие, другой человек) поддерживает функцию, пока она не сложилась внутри, и затем интериоризируется [18]. Определение. Опорная точка реабилитации механизма эмпатии — это звено функциональной системы эмпатии, которое: а) имеет описанный психологический и нейрофункциональный субстрат; б) доступно объективной регистрации; в) может быть восстановлено раньше других или поддержано извне; г) служит одновременно мишенью воздействия и опорой для восстановления следующих звеньев. На основе анализа литературы выделены пять опорных точек (ОТ-1 — ОТ-5); их содержание, субстрат и маркеры обобщены в таблице 1.

ОТ-1. Безопасность и вегетативная регуляция. Согласно поливагальной теории, мимика, просодия и темп речи другого человека считываются нервной системой как сигналы безопасности или угрозы; сигнал безопасности поддерживает вентральный вагальный контур социального взаимодействия и помогает выйти из состояния замирания [24] (ТД: эмпирическая база теории остаётся предметом дискуссии). Модель нейровисцеральной интеграции связывает префронтальный контроль, эмоциональную регуляцию и вегетативные показатели и рассматривает вариабельность сердечного ритма (ВСР) как маркер регуляторной гибкости [25]; метаанализ подтвердил связь ВСР с активностью структур мозга, участвующих в оценке угрозы и безопасности [26] (МА). Присутствие и поддержка значимых других снижают кортизоловый ответ на стресс (социальная буферизация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси) [27], а прикосновение близкого человека снижает нейронный ответ на угрозу, причём этот эффект тем сильнее, чем выше качество отношений [28] (ЭИ). Эта точка первична: пока нервная система остаётся в режиме угрозы, звенья более высокого уровня недоступны.

ОТ-2. Телесно-сенсомоторный резонанс. Частичное воспроизведение в теле наблюдателя состояния другого — быстрый канал настройки [21, 22]. Для его объективной регистрации в Научной школе МНУ предложено комбинированное применение электромиографии и электроэнцефалографии [29] (ПИ). Однако резонанс без различения и регуляции переходит в эмпатический дистресс [30], а кортизоловый ответ наблюдателя на стресс другого человека выше, когда наблюдаемый — близкий партнёр [31] (ЭИ). Поэтому реабилитационная задача состоит не в том, чтобы «усилить» резонанс, а в том, чтобы восстановить его дозированно, под защитой ОТ-1. ОТ-3. Различение «Я — Другой» и принятие перспективы. Способность встать на точку зрения другого, сохраняя собственную, удерживает

границу между сопереживанием и заражением [13, 15]. В реабилитационном контексте значим не только интеллектуальный акт понимания, но и признание легитимности чужого опыта: «твоя боль имеет место, твой способ чувствовать имеет смысл». Для человека после инсульта, ампутации или психотравмы именно эта легитимность чаще всего оказывается дефицитарной: окружение либо обесценивает переживание («не переживай»), либо отвечает жалостью. В работах Д. Р. Ягудина механизмы эмпатии связываются с децентрацией; показано, что при нарушении механизма сонастройки человек начинает продуцировать состояние, созависимое от воспринимаемой эмоции [12]. Нейрофункционально это звено связано с вентромедиальной префронтальной корой и сетью модели психического [5, 17]; для измерения пригодны шкалы принятия перспективы и личного дистресса опросника М. Дэвиса в русскоязычной адаптации [32].

ОТ-4. Саморегуляция эмпатического отклика. Эмпатический дистресс и сострадание опираются на различные нейронные сети, и соотношение между ними изменяется в результате тренировки [33]. В контролируемом исследовании тренировка эмпатии повышала негативный аффект и активность передней островковой и передней средней поясной коры при просмотре сцен страдания, а последующая тренировка сострадания снимала прирост негативного аффекта, повышала позитивный аффект и активность вентрального стриатума, прегенуальной поясной и медиальной орбитофронтальной коры [34] (ЭИ). В терапии, сфокусированной на сострадании, тот же переход описан как формирование системы переживания безопасности и регуляции аффекта [35]. В исследованиях Научной школы МНУ эмпатия описывается как консолидация работы нейронной зеркальной сети и физиологического состояния организма, в которой центральная нервная система обеспечивает эмоционально-когнитивную регуляцию, а вегетативная — физиологические реакции; формирование навыков функциональной и волевой саморегуляции рассматривается как условие управляемости эмпатического отклика [11, 36] (ПИ). ОТ-5. Нарративная и реляционная связность. Травма и тяжёлое заболевание разрушают связность жизненной истории, а восстановление смысла выступает одним из ключевых механизмов адаптации к стрессовым событиям [37] (обзор). Во взаимозависимых культурах значимой опорой выступает включённость в «Мы»: эмоциональные и физиологические состояния близких взаимно стабилизируют друг друга [38], а психоэмоциональный фон социальной среды выступает эмотивным климатом, который способствует развитию эмпатии или искажает его [39] (ПИ). Самостоятельность и связанность являются независимыми измерениями личности [40], поэтому цель реабилитации — не отделение от семьи, а самостоятельность внутри сохраняемых связей. Симптом проявляется во взаимодействии и может встраиваться в гомеостаз семейной группы [41]; это делает семью одновременно ресурсом и мишенью реабилитации.

Таблица 1.
Опорные точки реабилитации механизмов эмпатии

Опорная точка	Психологическое содержание	Нейрофункциональный субстрат	Объективные маркеры	Уровень доказательности
ОТ-1. Безопасность и вегетативная регуляция	Переживание безопасного контакта, выход из реакции замирания	Префронтально-вагальный контур, ГГН-ось [25–28]	HF-компонент ВСР, RMSSD, ЧСС, частота дыхания, кортизол	МА, ЭИ; поливагальная модель - ТД
ОТ-2. Телесно-сенсомоторный резонанс	Дозированная телесная настройка на состояние другого	Сенсомоторные сети, передняя островковая кора, нижняя лобная извилина [5, 7, 21, 22]	Лицевая ЭМГ, ЭЭГ, кожно-гальваническая реакция [6, 29]	МА, ЭИ; протокол МНУ - ПИ
ОТ-3. Различение «Я - Другой»	Принятие перспективы, признание легитимности опыта	Вентромедиальная префронтальная кора, сеть модели психического [5, 17]	Шкалы принятия перспективы и личного дистресса [32], задачи на модель психического	ЭИ, МА
ОТ-4. Саморегуляция эмпатического отклика	Переход от эмпатического дистресса к состраданию	От сети дистресса (островковая, средняя поясная кора) к сети сострадания (вентральный стриатум, медиальная орбитофронтальная кора) [33, 34]	Соотношение эмпатической заботы и личного дистресса [32], ВСР в покое	ЭИ; данные МНУ - ПИ
ОТ-5. Нарративная и реляционная связность	Связность истории жизни, со-регуляция в «Мы»	Распределённая регуляция в диаде и семье [27, 38]	Показатели связности нарратива, оценка качества отношений и парной со-регуляции	МА, ЭИ; культурная специфика - ТД

Порядок «снизу вверх»: действие специалиста и восстановление реабилитанта. Реагирование специалиста на болезненное переживание пациента может быть структурировано схемой «Три круга» [11, 35]: Аффективный резонанс («Я слышу твою боль») — краткое подтверждение вербальной и невербальной настройки. Принятие перспективы («Твой способ чувствовать имеет для меня смысл») — легитимизация опыта без потери собственной позиции. Регуляторная обратная связь («Я здесь и остаюсь здесь») — трансляция устойчивости и безопасности: ровное дыхание, спокойная речь, сохранение присутствия без перехода в панику или жалость. В акте специалиста регуляция завершает последовательность. В траектории восстановления реабилитанта порядок обратный: именно регуляторная обратная связь специалиста становится его первой внешней опорой (ОТ-1), на которой затем выстраиваются остальные звенья (рис. 1). При «шоковом зависании» методы, требующие активного когнитивного участия (когнитивная реструктуризация, EMDR и др.), ограничены преобладанием реакций выживания [8, 24]; первоочередной задачей становится восстановление безопасного эмпатического контакта и физиологической регуляции. Это положение согласуется с практическими наблюдениями авторов за работой специалистов экстренных служб: эффективность первичного контакта с пострадавшим определялась не выраженностью сопереживания, а способностью сохранять устойчивость при полном включении в переживания другого; и эмоциональное заражение, и чрезмерная дистанция снижали эффективность взаимодействия (ТД, несистематизированные наблюдения).

Со-регуляция и интериоризация. Регуляторная обратная связь работает как внешний синхронизатор: если специалист или близкий человек дышит ровно, говорит спокойно и не «заражается» хаотичным ритмом реабилитанта, физиологические параметры последнего постепенно сдвигаются к более устойчивому режиму [24, 26, 38]. С позиций культурно-исторической нейропсихологии это первый из четырёх шагов формирования функции: а) синхронизация с внешним регулятором; б) совместная регуляция с постепенным ослаблением внешней поддержки; в) самостоятельная регуляция в присутствии другого; г) интериоризированная саморегуляция. Такая последовательность воспроизводит логику восстановительного обучения, в котором развёрнутые внешние опоры постепенно свёртываются и переходят во внутренний план [9, 10, 18] (ТД). Тренировка регуляторного компонента. Эмпатия как способность имеет сложную структуру и изменяется в ходе профессионального обучения [42], а соотношение эмпатического дистресса и сострадания сдвигается под влиянием тренировки [33, 34]. В пилотном исследовании Научной школы МНУ (n = 25, дизайн «до — после» без контрольной группы) после тренировки саморегуляции в контексте продуцирования эмпатических состояний отмечено снижение частоты сердечных сокращений, частоты дыхания и показателей личностной и ситуативной тревожности [11, 36].

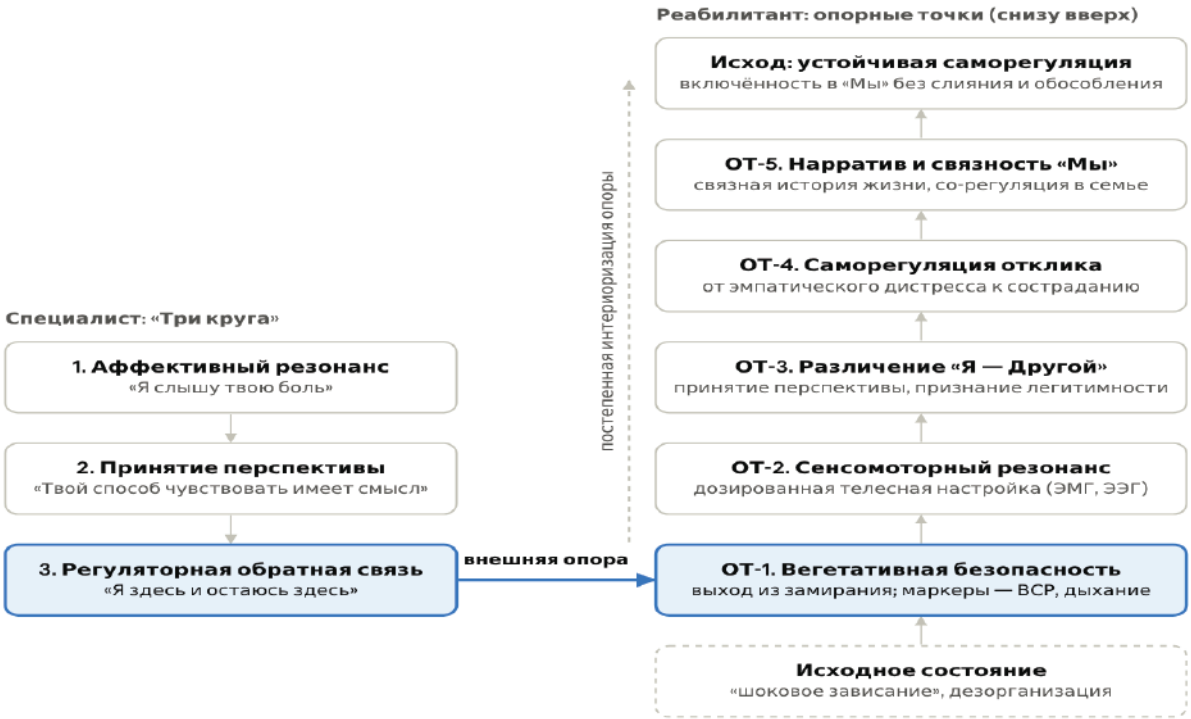


Рисунок 1. Регуляторная обратная связь специалиста - первая опорная точка реабилитанта

Как видно из рисунка 1, регуляторная обратная связь, завершающая эмпатический акт специалиста, становится первой опорной точкой реабилитанта; далее звенья восстанавливаются снизу вверх, а внешняя опора постепенно интериоризируется. Нейропластический путь. Социальные влияния, как неблагоприятные, так и поддерживающие, формируют нейропластические изменения в системах мозга, участвующих в регуляции эмоций и стресса (миндалевидное тело, гиппокамп, префронтальная кора), а вмешательства, направленные на благополучие, способны запускать пластические изменения в обратном направлении [43] (обзор). В сочетании с данными о снижении нейронного ответа на угрозу в присутствии близкого человека [28] и функциональной пластичности после тренировки сострадания [34] это позволяет рассматривать регулярный безопасный эмпатический контакт не как «поддержку», а как биологическую предпосылку, подготавливающую нервную систему к другим видам воздействия (ТД с частичной опорой на ЭИ).

Два пути риска. Опорные точки позволяют точнее описать неблагоприятные варианты. Слияние — резонанс (ОТ-2) при дефиците различения и саморегуляции (ОТ-3, ОТ-4): место сопереживания занимает эмоциональное заражение, ведущее к эмпатическому дистрессу и созависимости [15, 30]. С феноменологической точки зрения это не избыток эмпатии, а её дефицит. Обособление — утрата ОТ-5: отказ от связанности как регуляторного ресурса при сохранении потребности в нём [40]. Для реабилитации важна культурная специфика со-регуляции: имплицитная поддержка (ощущение включённости в близкую группу без прямой просьбы о помощи) снижала психологический и кортизоловый ответ на стресс у американцев азиатского происхождения, тогда как эксплицитная была эффективнее у американцев европейского происхождения [44] (ЭИ). Во взаимозависимом контексте опора нередко даётся «без слов» — через присутствие и совместную деятельность, а не через вербальный запрос. Позитивное влияние концепции на нейропсихологию mКонцепция опорных точек даёт нейропсихологии пять следствий: теоретическое, диагностическое, реабилитационное, методическое и профилактическое.

Синдромный анализ эмпатии (теоретическое следствие). Луриевский принцип системной динамической локализации распространяется на социально-эмоциональную сферу. Вместо альтернативы «эмпатия есть — эмпатии нет» появляется квалификация дефекта по опорным точкам [5, 7, 20]. Так, при ослаблении телесного резонанса после ЧМТ [6] нарушена ОТ-2, тогда как ОТ-3 может быть сохранной: обходным путём становится произвольное принятие перспективы с опорой на вербальные и контекстуальные подсказки. При поражении вентромедиальной префронтальной коры [5] резонанс может сохраняться, но без различения он чреват заражением; в этом случае восстановление опирается на внешнее структурирование ситуации и тренировку ОТ-4 (ТД). Тем самым эмпатия получает тот же статус объекта нейропсихологического синдромного анализа, какой давно имеют речь, праксис и память. Объективизация эффектов (диагностическое следствие). Инструменты измерения эмпатии существенно различаются по психометрическому качеству и по тому, какие компоненты конструкта они охватывают [45] (МА). Концепция опорных точек сопоставляет каждое звено с конкретными маркерами (табл. 1): лицевой ЭМГ и ЭЭГ для резонанса [6, 29], ВСР для вегетативной регуляции [25, 26], субшкалами опросника Дэвиса для различения и саморегуляции [32]. Это переводит «эмпатическую атмосферу» в измеряемый реабилитационный исход и позволяет отслеживать динамику восстановления по звеньям, а не только по интегральному баллу. Нейробиологическое «окно» для когнитивной реабилитации (реабилитационное следствие). Хронический стресс изменяет структуру и функцию префронтальной коры и гиппокампа — структур, обеспечивающих внимание, память и управляющие функции [43]. Если восстановление ОТ-1 и ОТ-4 снижает нагрузку угрозы [27, 28, 34], то эмпатически-регуляторный блок можно рассматривать как условие, при котором когнитивная реабилитация после инсульта или ЧМТ получает более благоприятный нейробиологический фон. Это положение пока носит характер гипотезы (ТД) и вынесено в программу проверки (раздел 5).

Диада и семья как единица восстановительного воздействия (методическое следствие). Данные о социальной буферизации и со-регуляции [27, 28, 38] расширяют единицу нейропсихологической реабилитации от индивидуального мозга до регуляторной системы «пациент — специалист — семья». Это продолжает культурно-историческую линию отечественной нейропсихологии: экспедиция А. Р. Лурии в Узбекистан (1931–1932) показала зависимость познавательных процессов и форм самоанализа от социально-исторических условий жизни [46]. Для региона Центральной Азии, где семья и община входят в самоопределение личности [19], это означает культурно-конгруэнтную нейропсихологическую реабилитацию: включение близких в занятия, опору на имплицитную поддержку [44] и использование традиционных форм распределённой регуляции как внешних опор (ТД). Профилактика эмпатического дистресса специалистов (профилактическое следствие). В хосписной паллиативной помощи, экстренных службах и работе с тяжело травмированными детьми резонанс без регуляции становится одной из причин профессионального выгорания. Собственный травматический опыт психотерапевта может вовлекать его в собственные переживания вместо понимания клиента (феномен «эмпатической

затронутости») [47]. Поскольку устойчивость специалиста сама по себе является ОТ-1 для реабилитанта, тренировка его регуляторного компонента — переход от дистресса к состраданию [33, 34] — входит в реабилитационный процесс пациента, а не только в психогигиену персонала. Концепция не вводит новой нозологии: «шоковое зависание», «слияние» и «обособление» — описательные клинико-психологические понятия, а не диагностические категории. Во избежание тавтологического прочтения («восстановление — это сохранная регуляция») каждая опорная точка должна операционализироваться независимо от показателей исхода, а сама модель — сопоставляться с альтернативными объяснениями: теорией привязанности и неспецифическими факторами терапевтического альянса [2, 3]. Выдвигаются три проверяемые гипотезы.

Гипотеза 1 (синдромная). У пациентов с приобретёнными поражениями мозга нарушения эмпатии распределяются по опорным точкам неравномерно и связаны с локализацией поражения. Операционализация: субшкалы опросника М. Дэвиса [32]; реактивность лицевой ЭМГ на эмоциональные лица [6, 29]; HF-компонент ВСР и RMSSD в покое при контроле частоты дыхания [26]; задачи на модель психического. Дизайн: сравнение групп с преимущественно лобными и височно-инсулярными поражениями и здоровой контрольной группы. Гипотеза 2 (реабилитационная). Включение блока восстановления ОТ-1 и ОТ-4 перед когнитивной реабилитацией и параллельно с ней повышает её эффективность по сравнению со стандартной программой той же продолжительности. Дизайн: рандомизированное контролируемое исследование с активным контролем, единственной первичной конечной точкой (прирост показателей целевой когнитивной функции), ослеплением оценщиков, предварительной регистрацией протокола и отчётностью по CONSORT. Гипотеза 3 (реляционная). Тренировка регуляторного компонента эмпатии в парном (семейном) формате снижает личный дистресс сильнее, чем в индивидуальном, и этот эффект сильнее у лиц с выраженной взаимозависимой ориентацией. Первичная конечная точка: шкала личного дистресса опросника М. Дэвиса [32]; вторичные: стратегии эмоциональной регуляции по опроснику ERQ [48] в русскоязычной адаптации [49], показатели ВСР, ЭМГ и ЭЭГ по протоколу МНУ [29]. При ожидаемом размере эффекта d = 0,5 (α = 0,05, мощность 0,80) необходимо около 64 участников в группе без учёта выбывания. Во всех исследованиях необходимо учитывать переменные социализации (городская или сельская среда, язык социализации, миграционный опыт, семейный статус) и получать одобрение этического комитета.

Ограничения. Работа носит теоретический характер, и её центральные положения пока не проверены напрямую. Перенос луриевской методологии, разработанной для когнитивных функций, на эмпатию осуществлён по аналогии; порядок восстановления опорных точек является гипотезой. Эмпирическая база поливагальной теории и вклад системы зеркальных нейронов в эмпатию остаются дискуссионными [22, 24]. Данные о культурной специфике поддержки получены не на центральноазиатских выборках и используются по аналогии [44]. Исследования Научной школы МНУ имеют пилотный характер: небольшие, частично пересекающиеся выборки, дизайн «до — после» без контроля, оценка эмпатии по психофизиологическим коррелятам без стандартизированных шкал [11, 29, 36]. Практические наблюдения авторов в экстренной и паллиативной помощи не систематизированы и служат источником гипотез, а не доказательств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эмпатия может рассматриваться как высшая психическая функция: она социальна по происхождению, опосредствована по строению и способна становиться произвольной в своём регуляторном звене. К ней применимы принципы системной динамической локализации и восстановления через перестройку функциональных систем. Нарушения эмпатии при поражениях мозга, острой травме и хроническом стрессе носят избирательный характер и требуют синдромной квалификации: какое звено функциональной системы нарушено и какие сохранны. Опорная точка — звено функциональной системы эмпатии с описанным субстратом и объективными маркерами, которое служит одновременно мишенью и опорой реабилитации. Выделены пять опорных точек: безопасность и вегетативная регуляция, телесно-сенсомоторный резонанс, различение «Я — Другой», саморегуляция эмпатического отклика, нарративная и реляционная связность.\

Реабилитация идёт «снизу вверх»: регуляторная обратная связь, завершающая эмпатический акт специалиста, становится первой внешней опорой реабилитанта и через со-регуляцию постепенно интериоризируется. Ключевой мишенью вмешательства выступает не «повышение эмпатии», а её регуляторный компонент — переход от эмпатического дистресса к состраданию; слияние и обособление описываются как дефициты конкретных опорных точек. Позитивное значение концепции для нейропсихологии состоит в распространении синдромного анализа на социально-эмоциональную сферу, объективизации реабилитационных эффектов (ЭМГ, ЭЭГ, ВСР), создании нейробиологических

предпосылок для когнитивной реабилитации, включении диады и семьи в единицу восстановительного воздействия и профилактике эмпатического дистресса специалистов. Предложенные гипотезы и требования к дизайну задают программу эмпирической проверки концепции; до её завершения практические рекомендации носят предварительный характер.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Nembhard, I. M., David, G., Ezzeddine, I., Betts, D., & Radin, J. (2023). A systematic review of research on empathy in health care. Health Services Research, 58(2), 250–263. https://doi.org/10.1111/1475-6773.14016
2. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16(3), 252–260. https://doi.org/10.1037/h0085885
3. Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy, 48(1), 9–16. https://doi.org/10.1037/a0022186
4. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. PLoS Medicine, 7(7), e1000316. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316
5. Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. Brain, 132(3), 617–627. https://doi.org/10.1093/brain/awn279
6. de Sousa, A., McDonald, S., Rushby, J., Li, S., Dimoska, A., & James, C. (2011). Understanding deficits in empathy after traumatic brain injury: The role of affective responsivity. Cortex, 47(5), 526–535. https://doi.org/10.1016/j.cortex.2010.02.004
7. Leigh, R., Oishi, K., Hsu, J., Lindquist, M., Gottesman, R. F., Jarso, S., Crainiceanu, C., Mori, S., & Hillis, A. E. (2013). Acute lesions that impair affective empathy. Brain, 136(8), 2539–2549. https://doi.org/10.1093/brain/awt177
8. Nitschke, J. P., & Bartz, J. A. (2023). The association between acute stress & empathy: A systematic literature review. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 144, 105003. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.105003
9. Лурия, А. Р. (1948). Восстановление функций мозга после военной травмы. Изд-во АМН СССР.
10. Цветкова, Л. С. (2004). Нейропсихологическая реабилитация больных: Речь и интеллектуальная деятельность (2-е изд.). МПСИ; МОДЭК.
11. Рыжова, Е. Г., Кюршева, Е. А., Вавилова, В. А., Забиров, С. Ш., & Ягудин, Д. Р. (2025). Нейропотенциал функциональной и волевой саморегуляции в формировании (реабилитации) механизмов эмпатии. Научные исследования и разработки. Социально-гуманитарные исследования и технологии, 14(4), 67–72. https://doi.org/10.12737/2306-1731-2025-14-4-67-72
12. Ягудин, Д. Р. (2026). Изучение изменений полярного переключения негативных и позитивных эмоций средового воздействия в процессе развития/реабилитации механизмов эмпатии. Maktabgacha va maktab ta'limi, 3(2), 413–420. https://doi.org/10.5281/zenodo.19292334
13. Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3(2), 71–100. https://doi.org/10.1177/1534582304267187
14. Hein, G., & Singer, T. (2008). I feel how you feel but not always: The empathic brain and its modulation. Current Opinion in Neurobiology, 18(2), 153–158. https://doi.org/10.1016/j.conb.2008.07.012
15. Шелер, М. (2017). Сущность и формы симпатии (часть A, I–II) (Д. Ю. Дорофеев, А. Н. Шапкина, пер.). HORIZON. Феноменологические исследования, 6(2), 303–319. https://doi.org/10.21638/2226-5260-2017-6-2-303-319
16. Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. Motivation and Emotion, 14(2), 131–149. https://doi.org/10.1007/BF00991640
17. Schurz, M., Radua, J., Tholen, M. G., Maliske, L., Margulies, D. S., Mars, R. B., Sallet, J., & Kanske, P. (2021). Toward a hierarchical model of social cognition: A neuroimaging meta-analysis and integrative review of empathy and theory of mind. Psychological Bulletin, 147(3), 293–327. https://doi.org/10.1037/bul0000303
18. Выготский, Л. С. (1984). Младенческий возраст. В Д. Б. Эльконин (ред.), Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4. Детская психология (с. 269–317). Педагогика.
19. Айдарова, Д. С. (2025). Этнопсихологические особенности казахов и узбеков. Maktabgacha va maktab ta'limi, (10), 136–137.
20. Лурия, А. Р. (1969). Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга (2-е изд.). Изд-во МГУ.

21. Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. Psychopathology, 36(4), 171–180. https://doi.org/10.1159/000072786
22. Bekkali, S., Youssef, G. J., Donaldson, P. H., Albein-Urios, N., Hyde, C., & Enticott, P. G. (2021). Is the putative mirror neuron system associated with empathy? A systematic review and meta-analysis. Neuropsychology Review, 31(1), 14–57. https://doi.org/10.1007/s11065-020-09452-6
23. Ягудин, Д. Р., & Павлова, И. В. (2025). Роль зеркальных нейронов в интерпретации феномена нейроинтуиции. International Journal of Medicine and Psychology, 8(2), 63–68.
24. Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. Biological Psychology, 74(2), 116–143. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
25. Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. Journal of Affective Disorders, 61(3), 201–216. https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00338-4
26. Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers, J. J., III, & Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 36(2), 747–756. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.11.009
27. Hostinar, C. E., Sullivan, R. M., & Gunnar, M. R. (2014). Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis: A review of animal models and human studies across development. Psychological Bulletin, 140(1), 256–282. https://doi.org/10.1037/a0032671
28. Coan, J. A., Schaefer, H. S., & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat. Psychological Science, 17(12), 1032–1039. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01832.x
29. Рыжова, Е. Г., Кюршева, Е. А., Вавилова, В. А., Забиров, С. Ш., & Ягудин, Д. Р. (2025). Объективная оценка эмпатического резонанса: комбинированное применение миографии и ЭЭГ-метода в исследовании нейрообаяния. Общество: социология, психология, педагогика, (10), 67–76. https://doi.org/10.24158/spp.2025.10.7
30. Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. Annals of the New York Academy of Sciences, 1156, 81–96. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x
31. Engert, V., Plessow, F., Miller, R., Kirschbaum, C., & Singer, T. (2014). Cortisol increase in empathic stress is modulated by emotional closeness and observation modality. Psychoneuroendocrinology, 45, 192–201. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.04.005
32. Карягина, Т. Д., Будаговская, Н. А., & Дубровская, С. В. (2013). Адаптация многофакторного опросника эмпатии М. Дэвиса. Консультативная психология и психотерапия, 21(1), 202–227.
33. Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. Current Biology, 24(18), R875–R878. https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054
34. Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. Social Cognitive and Affective Neuroscience, 9(6), 873–879. https://doi.org/10.1093/scan/nst060
35. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology, 53(1), 6–41. https://doi.org/10.1111/bjc.12043
36. Кюршева, Е. А., Вавилова, В. А., Рыжова, Е. Г., Забиров, С. Ш., & Ягудин, Д. Р. (2026). Взаимосвязь функционирования вегетативной и центральной нервной системы в продуцировании эмпатических состояний при опосредующей роли лидерского статуса. Национальное здоровье, (1). https://doi.org/10.34853/NH.2026.10.87.008
37. Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. Psychological Bulletin, 136(2), 257–301. https://doi.org/10.1037/a0018301
38. Butler, E. A., & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. Emotion Review, 5(2), 202–210. https://doi.org/10.1177/1754073912451630
39. Рыжова, Е. Г., Кюршева, Е. А., Отто, О. В., & Ягудин, Д. Р. (2026). Психоэмоциональный фон социальной среды и его восприятие как фактор совершенствования процесса развития эмпатических состояний. Национальное здоровье, (2). https://doi.org/10.34853/NZ.2026.18.33.016
40. Kağıtçıbaşı, Ç. (2005). Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. Journal of Cross-Cultural Psychology, 36(4), 403–422. https://doi.org/10.1177/0022022105275959
41. Вавилова, В. А., & Ягудин, Д. Р. (2025). Типичные и атипичные реакции человека на эмоционально значимые стимулы. Особенности и роль психомоторных процессов, диагностика и способы коррекции. International Journal of Medicine and Psychology, 8(2), 169–175.

42. Карягина, Т. Д., & Иванова, А. В. (2013). Эмпатия как способность: структура и развитие в ходе обучения психологическому консультированию. Консультативная психология и психотерапия, 21(4), 182–207.
43. Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: Stress and interventions to promote well-being. Nature Neuroscience, 15(5), 689–695. https://doi.org/10.1038/nn.3093
44. Taylor, S. E., Welch, W. T., Kim, H. S., & Sherman, D. K. (2007). Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. Psychological Science, 18(9), 831–837. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01987.x
45. Lima, F. F., & Osório, F. L. (2021). Empathy: Assessment instruments and psychometric quality – A systematic literature review with a meta-analysis of the past ten years. Frontiers in Psychology, 12, 781346. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.781346
46. Лурия, А. Р. (1974). Об историческом развитии познавательных процессов: экспериментально-психологическое исследование. Наука.
47. Беляева, В. Н., & Карягина, Т. Д. (2019). Собственный травматический опыт психотерапевта в поле его профессиональной эмпатии: феномен «эмпатической затронутости». Консультативная психология и психотерапия, 27(4), 117–135. https://doi.org/10.17759/cpp.2019270408
48. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 85(2), 348–362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348
49. Панкратова, А. А., & Корниенко, Д. С. (2017). Русскоязычная адаптация опросника ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) Дж. Гросса. Вопросы психологии, (5), 139–149.

TIBBIYOT
TA'LIMI & INNOVATSIYALARI

2026. № 10

Muharrir: Sherzod Qurbonov

Mas’ul kotib: Surmaniso Mirzaliyeva

Dizayner: Oloviddin Sobir o‘g‘li

© Materiallar ko‘chirib bosilganda “Tibbiyot ta'limi va innovasiyalari” ilmi elektron jurnali manba sifatida ko‘rsatilishi shart. Jurnalda bosilgan material va reklamalardagi dalillarning aniqligiga mualliflar ma’sul. Tahririyat fikri har vaqt ham mualliflar fikriga mos kelamasligi mumkin. Tahririyatga yuborilgan materiallar qaytarilmaydi.

Jurnalga istalgan payt quyidagi rekvizitlar orqali obuna bo‘lishingiz mumkin. Obuna bo‘lgach, @iqtisodiyot_77 telegram sahifamizga to‘lov haqidagi ma’lumotni skrinshot yoki foto shaklida jo‘natishingizni so‘raymiz. Shu asosda har oygi jurnal yangi sonini manzilingizga jo‘natamiz.

Mazkur jurnalda maqolalar chop etish uchun quyidagi havolalarga
maqola, reklama, hikoya va boshqa ijodiy materiallar yuborishingiz mumkin.
Materiallar va reklamalar pullik asosda chop etiladi.
El.Pochta: sq143235@gmail.com
Bot: @munis_sm
Tel.: 97 748 70 03





tibbiyot-talimi-va-innovatsiyalari.uz https://t.me/tibbiyot_2100 Litsenziya raqami: №745444