XII Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии CBTFORUM

Сборник научных статей

Санкт-Петербург

16–17 мая 2026 года

Санкт-Петербург
2026

УДК 159.9
ББК 88.1
К57

XII Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии CBTFORUM: сборник научных статей. — СПб.: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, 2026. — 260 с.

ISBN 978-5-6051899-2-3

Сборник научных статей посвящён актуальным проблемам и современным направлениям развития когнитивно-поведенческой терапии в клинической психологии, психотерапии, коучинга и смежных областях. В представленных работах рассматриваются теоретические основы, методологические подходы и практические аспекты применения когнитивно-поведенческой терапии при широком спектре психических расстройств.

Особое внимание уделено анализу когнитивных, поведенческих и метакогнитивных механизмов, лежащих в основе эмоциональных нарушений, расстройств пищевого поведения, зависимого поведения, тревожных и депрессивных состояний, а также проблем адаптации при соматических заболеваниях. В ряде исследований когнитивная гибкость, руминации, избегающее поведение и резильентность рассматриваются как трансдиагностические мишени психотерапевтического воздействия.

В сборнике представлены результаты разработки и апробации психотерапевтических программ, включая индивидуальные и групповые формы работы, профилактические интервенции. Рассматриваются вопросы адаптации КПТ к различным социальным, культурным, гендерным и возрастным группам, а также особенности её применения в медицинской, образовательной и социальной практике. В ряде работ отражены междисциплинарные подходы, включая анализ взаимосвязей психологических, клинических и соматических показателей.

Существенный вклад заключается в развитии отечественной школы когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности. Представленные исследования демонстрируют процессы адаптации международных моделей КПТ, их интеграции с отечественными психологическими традициями, а также разработку оригинальных протоколов и практик, учитывающих актуальные запросы клинической и консультативной практики в России.

Материалы сборника отражают современные тенденции развития когнитивно-поведенческой терапии как научно обоснованного метода психотерапевтической помощи и представляют интерес для исследователей, клинических психологов, психотерапевтов и специалистов смежных областей.

© Авторы статей, 2026

Редакционная коллегия

Ковпак Алиса Игоревна, кандидат психологических наук, директор по развитию Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, клинический психолог Центров Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии BeCBT, руководитель онлайн-платформы BeCBT.online, председатель редакционной коллегии.

Зрютин Максим Александрович, медицинский психолог, аккредитованный супервизор и руководитель Поволжского отделения Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, сертифицированный клиницист Института Бека (Beck Institute CBT Certified Clinician, BICBT-CC), сертифицированный схема-терапевт по стандартам ISST.

Карголь Ирина Викторовна, психолог, сертифицированный клиницист Института Бека (Beck Institute CBT Certified Clinician, BICBT-CC), директор образовательных программ, аккредитованный супервизор и руководитель Центрально-Черноземного отделения Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии.

Ковпак Дмитрий Викторович, президент Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации, член Координационного совета Санкт-Петербургского психологического общества, член Исполнительного совета Международной Ассоциации когнитивно-поведенческой терапии (IACBT board member), член Международного консультативного комитета Института Бека (Member of the Beck Institute International Advisory Committee), официальный амбассадор города Санкт-Петербурга.

Комиссарова Генриетта Игоревна, клинический психолог Центров Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии BeCBT.

Корягина Ксения Юрьевна, клинический психолог, операционный директор Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии.

Лебедева Ольга Викторовна, директор Центров Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии BeCBT, сертифицированный бизнес-тренер.

СОДЕРЖАНИЕ

Приветственное слово президента ассоциации когнитивно-поведенческой Психотерапии.....7

Акопян С.А.
Гендерно-адаптированные когнитивно-поведенческие интервенции при расстройствах пищевого поведения у подростков мужского пола.....9

Акопян С.А.
Гендерно-специфические клинические особенности и проблемы ранней диагностики расстройств пищевого поведения у юношей 15

Амброджий А.В., Антонова Н.В.,
Когнитивно-поведенческий коучинг как инструмент развития самостоятельности и саморегуляции в учебной деятельности.....21

Борисова А.С.
Влияние музыкальной импровизации на совладание со стрессом у женщин в период ранней взрослости.....30

Ботнарь А.Г.
Фрустрация и одиночество как предикторы снижения качества жизни и субъективного благополучия при алкогольной зависимости: мишени для КПТ-интервенций.....42

Бузина Т.С., Кубекова А.С., Чумакова В.А.
Когнитивно-поведенческая терапия при работе с больными кардиологического профиля 57

Галигабаров П.В.
Основные идеи Л.С. Выготского в повышении стрессоустойчивости посредством когнитивно-поведенческой арт-терапии 60

Горбенкова О.А.
Образ жизни как медиатор эффективности КПТ 66

Граница А.С.
Как измерить «глубину психотерапии»?.....75

Граница А.С., Ковпак Д.В.
Когнитивная концептуализация: за пределами я-концепции.....83

Гриценко Е.В.
Когнитивно-поведенческая терапия симптомов менопаузы: теоретическая модель, эмпирическое обоснование и клиническое применение 95

Громыко М.В.
Методика комбинированного воздействия оксигенации, цветоимпульсной терапии и перкуссионного массажа и ее интеграция в когнитивно-поведенческую психотерапию 105

Денисова В.Г.
Контекстуальная вариативность когнитивных искажений: применение теории релевантности в клиническом диалоге 110

Егоренкова Ю.Н., Зрютин М.А., Ковпак Д.В., Муртазин А.И.
Открытость будущему и удовлетворение потребностей у женщин разных возрастов 117

Кашуба Т.В., Ковпак Д.В.
Использование функций автобиографической памяти при работе с релевантными данными жизни в терапии, ориентированной на потребности (КПТОП) 130

Кащеева А.И.
Дезадаптация при расстройствах пищевого поведения: когнитивно-поведенческие механизмы контроля, избегания и нарушенной резильентности 147

Ковпак А.И.
Биопсихосоциальная модель в психиатрии, психотерапии и клинической психологии 157

Ковпак Д.В., Корягина К.Ю.
Обзор значимости вклада фрустрированных потребностей в этиопатогенез депрессии 165

Ковпак Д.В., Муртазин А.И.
Развитие компетенций для работы с потребностями клиентов в когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности 172

Ковпак Д.В., Муртазин А.И.
Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление: теоретико-методологические основы, клиническая модель и перспективы применения в практике когнитивно-поведенческого терапевта 183

Ли Е.Р.
Групповой когнитивно-поведенческий тренинг педагогов в фасилитационном формате: творческая активность педагога как медиатор когнитивных изменений 206

Малахов И.Н.
Межуровневая динамика клинических, психологических и иммуновоспалительных показателей как маркер адаптационных изменений при КПТ у пациентов с депрессией...211

Моисеева Э.И.
Когнитивно-поведенческая терапия одиночества: теоретические основы, мишени и стратегии вмешательства 218

Муртазин А.И., Тимченко Д.Д.
Оценка питания в структуре диагностики потребностей 228

Проворова А.Н.
Особенности метакогнитивной регуляции у лиц с различной выраженностью тревожных и обсессивно-фобических нарушений 238

Толкачева А.С.
Современные формы проявления тревоги о здоровье и психотерапевтическая работа с ней в рамках когнитивно-поведенческой терапии.....250

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ПРЕЗИДЕНТА АССОЦИАЦИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Уважаемые коллеги и дорогие друзья! Мы искренне рады новой встрече с вами. Последние несколько лет наглядно продемонстрировали: неопределенность — это то состояние, в котором необходимо научиться жить, строить планы и достигать целей. Когнитивно-поведенческая терапия предлагает нам широкие ресурсы для активного решения этих задач. Она помогает формировать функциональную гибкость, жизнестойкость и антихрупкость — способность не только восстанавливаться, но и становиться сильнее после воздействия стресса. Эти навыки становятся реальной альтернативой застреванию, регрессу и внутреннему опустошению.

Наш CBTFORUM 2026 посвящен резильентности и адаптации. Сама действительность подчеркивает: человеку необходимо более активно и гибко использовать свой потенциал, развивать проактивную позицию, опираться как на внутренние ресурсы, так и на внешние возможности — и в терапии, и в жизни. Формирование адаптивности, гибкости и жизнестойкости — традиционная сильная сторона КПТ. Этот подход базируется на теориях научения, является обучающей технологией и последовательно развивает навыки самопомощи. КПТ реализует на практике главный слоган практической психологии: клиент и пациент учатся становиться психологом и психотерапевтом для самих себя. Ясность когнитивной модели, структурность и прозрачность технологии активно способствуют реализации этой стратегии. Она помогает человеку обретать устойчивость благодаря внутренним ресурсам и меньше зависеть от внешних опор. Многочисленные клинические исследования и большой объем эмпирических данных подтверждают научную обоснованность современных моделей КПТ для решения подобных задач.

С особым удовольствием мы отмечаем растущее число исследований и научных работ, выполненных в последнее время членами Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии. Их результаты нашли отражение в докладах КПТ Форума и в статьях, представленных в этом сборнике.

Мы знаем от вас, что наше ежегодное мероприятие — это не только обучение и получение новой информации. Не менее важна и живая

встреча коллег. Здесь мы обмениваемся опытом, создаем коллаборации и совместные проекты, получаем эмоциональную поддержку, радуемся теплу встреч с коллегами, давними друзьями и товарищами. Это помогает сохранять душевное равновесие и погружаться в творческую атмосферу КПТ Форума, которая заряжает оптимизмом, уверенностью и энергией от взаимодействия с отечественными и зарубежными специалистами.

Я и все мои коллеги, кто принимает участие в организации и проведении Форума, желаем вам активного участия в работе CBTFORUM 2026, увлеченного обсуждения актуальных научных и практических проблем, вызовов и их решений, обмена опытом, совместного поиска новых возможностей, оптимальных планов действий, дружеского кулуарного общения, новых интересных знакомств и профессиональных связей и всего того, что может помочь вам в нелегком, но очень важном деле — помощи людям.

Традиционно мы представляем вашему вниманию сборник научных трудов членов Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии. Статьи, вошедшие в него, наглядно иллюстрируют активное развитие КПТ в различных областях научного знания, а также в практических и прикладных дисциплинах.

Дмитрий Викторович Ковпак
президент Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии,
доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии
и сексологии Северо-Западного государственного медицинского
университета им. И. И. Мечникова, профессор кафедры психотерапии
качества жизни Московского института психоанализа,
вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации,
член Координационного совета Санкт-Петербургского
психологического общества,
член Исполнительного совета Международной Ассоциации
когнитивно-поведенческой терапии (IACBT board member),
член Международного консультативного комитета Института
Когнитивно-Поведенческой Терапии Бека (Member of the Beck Institute
International Advisory Committee),
официальный амбассадор города Санкт-Петербурга

Акопян Сюзанна Айковна
ГБУЗ НПЦПЗ детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой

ГЕНДЕРНО-АДАПТИРОВАННЫЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ МУЖСКОГО ПОЛА

Аннотация. Расстройства пищевого поведения (РПП) традиционно рассматривались как преимущественно женская психопатология, однако в последние годы наблюдается рост их распространенности среди подростков мужского пола. Несмотря на это, диагностика у юношей остается затрудненной, а терапевтические подходы недостаточно учитывают особенности мужской клинической картины. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) признана методом первой линии лечения РПП, однако её классические модели преимущественно ориентированы на стремление к худобе и страх набора веса. Целью работы является анализ гендерно-специфических особенностей РПП у подростков мужского пола и обоснование необходимости адаптации когнитивно-поведенческих интервенций. Показано, что у юношей ведущими факторами выступают ориентация на мускулатуру, компульсивная физическая активность и высокая обсессивно-компульсивная симптоматика. Адаптация КПТ, включающая изменение когнитивной концептуализации, работу с убеждениями о телесной эффективности и интеграцию техник экспозиции, повышает клиническую релевантность терапии.

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения, подростки, юноши, когнитивно-поведенческая терапия, гендерные различия.*

Введение

Расстройства пищевого поведения относятся к числу наиболее значимых психических нарушений подросткового возраста, оказывающих выраженное влияние как на психическое, так и на соматическое здоровье [1]. В последние годы всё больше исследований указывает на рост распространенности РПП среди юношей, что ставит под сомнение прежнее представление о данных расстройствах как преимущественно женских [2]. Тем не менее клиническая практика показывает, что подростки мужского пола значительно реже получают своевременную диагностику. Одной из причин является исторически сложившаяся диагностическая модель, основанная на исследованиях женских выборок [3]. Поведенческие проявления у мальчиков — интенсивные тренировки, строгий режим питания или стремление к изменению телосложения — часто воспринимаются как нормативные и социально одобряемые [4].

Когнитивно-поведенческая терапия рассматривается как наиболее доказательный метод лечения РПП [5]. Однако возникает вопрос, в какой степени существующие протоколы отражают опыт подростков мужского пола и способны учитывать особенности их психопатологии.

Цель настоящей работы — проанализировать клинические особенности РПП у юношей и определить направления гендерной адаптации когнитивно-поведенческих интервенций.

Материалы и методы

Проведен аналитический обзор международных исследований, опубликованных в базах PubMed, Scopus и eLibrary, посвящённых РПП у подростков и когнитивно-поведенческой терапии. В анализ включены работы, рассматривающие клинические, психосоциальные и терапевтические аспекты расстройств у мужской популяции. Отбор источников осуществлялся с учетом их клинической релевантности и применимости к подростковой практике. Основное внимание уделялось исследованиям, описывающим особенности образа тела, коморбидности и эффективности CBT-интервенций.

Гендерно-специфические особенности клинической картины

В отличие от классических описаний РПП, у подростков мужского пола ведущим симптомом чаще становится не стремление к снижению веса, а неудовлетворенность уровнем мускулистости [6]. Идеал тела воспринимается через категории силы, функциональности и физической эффективности [7]. Подобная ориентация формирует специфические когнитивные установки, при которых самооценка напрямую зависит от тренировок и контроля питания. Поведение, направленное на изменение тела, постепенно приобретает ритуализированный характер [8].

Компульсивная физическая активность становится ключевым поддерживающим фактором расстройства. Пациенты описывают тренировки как способ снижения тревоги и восстановления ощущения контроля, что сближает их функции с компульсивным поведением [9].

Коморбидность и когнитивные механизмы

Исследования показывают более высокую распространенность обсессивно-компульсивных черт у юношей с РПП по сравнению с женской популяцией [10]. Ригидность мышления, перфекционизм и потребность в контроле усиливают фиксацию на телесных параметрах [11].

С точки зрения когнитивной модели ключевым оказывается не сам образ тела, а его роль как инструмента регулирования самооценки и эмоционального состояния. Ограничение питания или тренировки выполняют функцию снижения внутреннего напряжения [12]. Такой механизм объясняет устойчивость симптомов и частое сопротивление изменениям на ранних этапах терапии.

Ограничения стандартных диагностических и CBT-подходов

Стандартные скрининговые инструменты (SCOFF, EDE-Q) демонстрируют ограниченную чувствительность к мужским проявлениям РПП [13]. Симптомы, связанные со стремлением к мускулатуре, часто остаются вне оценки [14]. Аналогичная проблема возникает и в терапии. Классические CBT-протоколы предполагают работу со страхом полноты, что не всегда соответствует субъективному опыту подростков-мальчиков [5]. В результате пациенты могут воспринимать терапевтическую модель как нерелевантную.

Гендерно-адаптированные CBT-интервенции

Анализ литературы позволяет выделить несколько направлений адаптации КПТ:

1. Модификация когнитивной концептуализации, где фокус терапии смещается с контроля веса на убеждения о силе, эффективности и телесной ценности [15].

2. Поведенческие эксперименты, в целях проверки убеждений о последствиях пропуска тренировок помогает снижать тревожные ожидания и когнитивную ригидность [16].

3. Работа с компульсивным поведением. Интеграция техник экспозиции и предотвращения реакций способствует постепенному уменьшению ритуализированной физической активности [17].

4. Гендерно-чувствительное психообразование. Обсуждение социальных ожиданий маскулинности снижает стигматизацию обращения за помощью и улучшает терапевтический альянс [18].

5. Развитие эмоциональной регуляции.Обучение альтернативным стратегиям совладания уменьшает зависимость поведения от тревоги и внутреннего напряжения [19].

Обсуждение

Полученные данные показывают, что ключевая проблема терапии РПП у подростков мужского пола заключается не столько в отсутствии эффективных методов, сколько в несоответствии клинического языка терапии субъективному опыту пациентов. Во многих случаях подростки длительное время не воспринимают своё состояние как расстройство. Компульсивные тренировки и строгий контроль питания поддерживаются социальной средой и воспринимаются как проявления силы характера. Это приводит к позднему обращению за помощью и формированию устойчивых когнитивных схем.

Практические наблюдения показывают, что терапевтические изменения начинаются тогда, когда пациент узнаёт себя в предлагаемой модели объяснения. Переформулирование проблемы через категории контроля, тревоги и самооценки делает когнитивно-поведенческую модель более понятной и принимаемой.

Высокая коморбидность с обсессивно-компульсивной симптоматикой объясняет эффективность интеграции ERP-техник. В этом контексте компульсивные тренировки можно рассматривать как поведенческий эквивалент ритуалов, поддерживающих тревогу.

Гендерный контекст также играет значимую роль. Многие подростки испытывают трудности в признании психологических проблем из-за представлений о необходимости эмоциональной автономии. Психообразование в таких случаях становится важным инструментом нормализации переживаний и формирования мотивации к лечению.

Таким образом, гендерная адаптация КПТ представляет собой не создание новой терапии, а уточнение её клинической настройки. Изменение акцентов позволяет сохранить доказательную основу метода и одновременно повысить его применимость к мужской подростковой популяции.

Заключение

Расстройства пищевого поведения у подростков мужского пола характеризуются специфической клинической структурой, включающей ориентацию на мускулатуру, компульсивный контроль тела и выраженные обсессивно-компульсивные черты.

Когнитивно-поведенческая терапия сохраняет ведущую роль в лечении РПП, однако её эффективность повышается при гендерной адаптации, включающей изменение когнитивной концептуализации, работу с компульсивным поведением и гендерно-чувствительное психообразование.

Развитие подобных подходов может способствовать более ранней диагностике и улучшению терапевтических исходов у подростков мужского пола.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Fairburn C.G. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press; 2008.

2. Agostino H., Burstein B., Moubayed D., Taddeo D., Grady R., Vyver E., et al. Trends in the incidence of new-onset anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa among youth during the COVID-19 pandemic in Canada. JAMA Network Open. 2021; 4(12): e2137395.

3. Campbell K., Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. Pediatrics. 2014; 134(3): 582–592.

4. Andersen A.E., Holman J.E. Males with eating disorders: Challenges for treatment and research. Psychopharmacology Bulletin. 1997; 33(3): 391–397.

5. National Institute for Health and Care Excellence. Eating Disorders: Recognition and Treatment (NG69). London: NICE; 2017.

6. Cafri G., van den Berg P., Thompson J.K. Pursuit of muscularity in adolescent boys: Relations among biopsychosocial variables and clinical outcomes. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2006; 35(2): 283–291.

7. Rodgers R.F., Ganchou C., Franko D.L., Chabrol H. Drive for muscularity and disordered eating among adolescents. Body Image. 2012; 9(3): 318–323.

8. Arellano-Pérez O.G., Martínez-González M.A., Martínez-Vizcaíno V., et al. Drive for muscularity and disordered eating behaviors in male adolescents. Eating and Weight Disorders. 2019; 24(4): 661–670.

9. Mitchison D., Mond J., Slewa-Younan S., Hay P. The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. International Journal of Eating Disorders. 2017; 50(2): 118–126.

10. Riva A., Cimino S., Cerniglia L., et al. Psychological features in male and female adolescents with eating disorders: A comparative study. Eating and Weight Disorders. 2023; 28(1): 56.

11. Coelho J.S., Suen J., Clark B.A., Marshall S.K., Geller J. Eating disorder symptom presentation across gender identities. Journal of Eating Disorders. 2021; 9(1): 113.

12. Waller G., Mountford V., Tatham M., Turner H., Gabriel C., Webber R. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide. Cambridge: Cambridge University Press; 2016.

13. Kutz A.M., Marsh A.G., Gunderson C.G., Maguen S., Masheb R.M. Eating disorder screening: A systematic review and meta-analysis of the SCOFF questionnaire. Journal of General Internal Medicine. 2020; 35(3): 885–893.

14. Compte E.J., Sepúlveda A.R., Torrente F., et al. Validation of the Muscularity-Oriented Eating Test (MOET) in male populations. Eating Behaviors. 2021; 43: 101542.

15. Murray S.B., Griffiths S., Mond J.M. Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualizing muscularity-oriented disordered eating. Psychological Medicine. 2017; 47(7): 1125–1134.

16. Waller G., Mountford V. Cognitive behavioral therapy for eating disorders: Evidence, mechanisms and challenges. Behaviour Research and Therapy. 2015; 70: 1–12.

17. Abramowitz J.S., Deacon B.J., Whiteside S.P.H. Exposure Therapy for Anxiety: Principles and Practice. New York: Guilford Press; 2013.

18. Hatmaker G. Boys with eating disorders: Implications for school health professionals. Journal of School Nursing. 2005; 21(6): 329–332.

19. Cella S., Cipriano A., Aprea C., Cotrufo P. Risk factors associated with binge eating severity in adolescents. Appetite. 2022; 169: 105825.

20. Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. Behaviour Research and Therapy. 2003; 41(5): 509–528.

Акопян Сюзанна Айковна
ГБУЗ НПЦПЗ детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой

ГЕНДЕРНО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЮНОШЕЙ

Аннотация. В последние десятилетия наблюдается устойчивый рост распространенности расстройств пищевого поведения (РПП) среди подростков мужского пола, что сопровождается сохраняющейся недостаточной диагностируемостью данной патологии. Исторически РПП рассматривались преимущественно как заболевания женской популяции, что привело к формированию диагностических подходов, недостаточно учитывающих клинические особенности юношей. Целью настоящего аналитического обзора является систематизация современных данных о биологических, клинических и психосоциальных факторах формирования РПП у юношей, а также анализ ограничений существующих диагностических инструментов. Показано, что клиническая картина РПП у мальчиков характеризуется ориентацией на мускулатуру, компульсивной физической активностью, высокой коморбидностью тревожно-депрессивных и обсессивно-компульсивных расстройств, а также большей частотой аддиктивного поведения. Обоснована необходимость разработки гендерно-адаптированных диагностических протоколов.

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения, юноши, клинические особенности, диагностика, гендерные различия.*

Введение

Расстройства пищевого поведения (РПП) в настоящее время рассматриваются как группа психических расстройств с выраженными медицинскими и социальными последствиями, формирующимися преимущественно в подростковом возрасте. По данным последних эпидемиологических наблюдений, в последние годы отмечается увеличение числа впервые диагностированных случаев РПП среди подростков, включая лиц мужского пола [1].

Несмотря на это, клинические представления о данных расстройствах исторически формировались преимущественно на основании исследований женских выборок, что в определённой степени обусловило существующие диагностические стереотипы [2]. В результате симптомы у юношей нередко интерпретируются как поведенческие или адаптационные особенности, а не как проявления психической патологии.

Ряд исследований показывает связь раннего пубертатного развития с формированием нарушенных пищевых установок и аффективной симптоматики [3,4]. Представляется, что именно подростковый период является критическим этапом, на котором взаимодействуют биологические и психосоциальные факторы риска [5].

Биологические и гормональные механизмы

Накопленные данные свидетельствуют о существенном вкладе генетических факторов в развитие РПП, однако их влияние реализуется не изолированно, а в контексте гормональных изменений пубертата [6,7]. В этот период отмечается перестройка механизмов регуляции пищевого поведения и телесной идентичности, что может сопровождаться формированием экстремальных стратегий изменения внешности [8].

Следует отметить, что продромальные проявления РПП нередко предшествуют клинической манифестации на несколько лет, оставаясь вне поля зрения специалистов [9].

Особое внимание уделяется лептину как регулятору энергетического гомеостаза и пубертатных процессов [10]. Исследования демонстрируют изменение его концентрации у пациентов с нервной анорексией в динамике лечения [11, 12], что позволяет рассматривать данный показатель как возможный биологический маркер тяжести состояния. Отдельные работы также связывают уровень лептина с поддержанием патологических пищевых стратегий и энергетического дефицита [13, 14].

Нейровизуализационные исследования последних лет указывают на структурные изменения лимбических областей мозга у пациентов с анорексией, что подтверждает биологическую основу расстройства [15].

Помимо лептина, значимый интерес представляет грелин — гормон, регулирующий чувство голода и мотивационные аспекты пищевого поведения [16]. Его повышение при анорексии трактуется как компенсаторный механизм, однако, по-видимому, одновременно может поддерживать патологический цикл заболевания [17–20]. В подростковой популяции дополнительным фактором риска рассматривается эпизодическая потеря контроля над приёмом пищи [21].

Психосоциальные факторы

Неудовлетворённость образом тела остаётся одним из наиболее устойчивых предикторов формирования РПП у подростков [22]. В последние годы всё большее внимание уделяется влиянию социальных факторов, включая стигматизацию внешности и феномен body-shaming [23].

Семейная среда, по данным ряда исследований, также оказывает значимое влияние на клиническое формирование расстройства. Отмечается связь между гиперконтролем, снижением автономии подростка и развитием нарушений пищевого поведения у мальчиков [24, 25].

Биопсихосоциальная модель позволяет рассматривать РПП как результат взаимодействия уязвимости личности и внешних стрессоров [26]. При этом выраженность эпизодов переедания ассоциируется с эмоциональной дисрегуляцией и особенностями внутрисемейных отношений [27].

Гендерно-специфические особенности клинической картины

Клинические наблюдения показывают, что у юношей ведущим симптомообразующим фактором чаще становится стремление к увеличению мышечной массы, а не снижение веса как таковое [28–30]. Данное обстоятельство принципиально меняет феноменологию расстройства и может затруднять его своевременное распознавание.

Исторически мужские формы РПП описывались значительно реже, что способствовало формированию представления о них как о редкой патологии [31]. Однако современные популяционные исследования демонстрируют значительно более высокую распространённость неупорядоченного пищевого поведения среди молодых мужчин, чем предполагалось ранее [32].

Обращает на себя внимание более выраженная обсессивно-компульсивная симптоматика и аффективные нарушения у юношей с РПП [33]. Дополнительно описывается связь с нарушениями образа тела и рискованными поведенческими паттернами [34], а также повышенными показателями смертности при психических расстройствах в целом [35].

Ограничения существующих диагностических инструментов

Применяемые в клинической практике скрининговые инструменты (SCOFF, EDE-Q) демонстрируют удовлетворительные показатели чувствительности [36–38], однако их разработка преимущественно основывалась на женских выборках.

В связи с этим предложены специализированные методики, учитывающие ориентацию на мускулатуру, включая Muscularity-Oriented Eating Test [39] и опросники, валидизированные для мужской популяции [40]. Дополнительные исследования подчёркивают необходимость учёта гендерного разнообразия при диагностике РПП [41, 42].

Междисциплинарные аспекты диагностики

Ранняя диагностика РПП представляется невозможной без междисциплинарного взаимодействия. Показано, что педиатры нередко становятся первыми специалистами, сталкивающимися с начальными проявлениями заболевания [43, 44].

Определённую роль могут играть школьные медицинские службы, позволяющие выявлять изменения поведения на доклиническом этапе [45]. Кроме того, соматические проявления, выявляемые стоматологами, иногда становятся первым объективным признаком расстройства [46].

Заключение

Таким образом, РПП у подростков мужского пола следует рассматривать не как вариацию «классических» женских форм заболевания, а как клинически специфический вариант расстройства, характеризующийся особенностями психопатологической структуры и диагностическими трудностями. Представляется обоснованным дальнейшее развитие гендерно-адаптированных диагностических подходов, а также проведение клинических исследований, направленных на уточнение ранних маркеров заболевания у юношей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Agostino H., Burstein B., Moubayed D., Taddeo D., Grady R., Vyver E. et al. Trends in the incidence of new-onset anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa among youth during the COVID-19 pandemic in Canada. JAMA Network Open. 2021; 4.

2. Campbell K., Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. Pediatrics. 2014; 134(3): 582–592. doi: 10.1542/peds.2014-0194.

3. Kaltiala-Heino R., Rimpelä M., Rissanen A., Rantanen P. Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence. Journal of Adolescent Health. 2001; 28(4): 346–352.

4. Zehr J.L., Culbert K.M., Sisk C.L., Klump K.L. Association of early puberty with disordered eating and anxiety. Hormones and Behavior. 2007; 52(4): 427–435.

5. Mikhail M.E., Culbert K.M., Sisk C.L., Klump K.L. Gonadal hormone contributions to individual differences in eating disorder risk. Current Opinion in Psychiatry. 2019; 32(6): 484–490.

6. Baker J.H., Maes H.H., Lissner L., Aggen S.H., Lichtenstein P., Kendler K.S. Genetic risk factors for disordered eating. Journal of Abnormal Psychology. 2009; 118(3): 576–586.

7. Klump K.L., Culbert K.M., Slane J.D., Burt S.A., Sisk C.L., Nigg J.T. Effects of puberty on genetic risk for disordered eating. Psychological Medicine. 2012; 42(3): 627–637.

8. McCabe M.P., Ricciardelli L.A. Pubertal timing and extreme body change behaviors. Adolescence. 2004; 39(153): 145–166.

9. Le Grange D., O'Connor M., Hughes E.K. Developmental antecedents of abnormal eating attitudes. International Journal of Eating Disorders. 2014; 47(7): 813–824.

10. Kiess W., Reich A., Meyer K. et al. A role for leptin in sexual maturation and puberty? Hormone Research. 1999; 51(Suppl 3): 55–63.

11. Stroe-Kunold E., Buckert M., Friederich H.C. et al. Time course of leptin in anorexia nervosa during inpatient treatment. PLoS One. 2016; 11(12): e0166843.

12. Haas V., Onur S., Paul T. et al. Leptin and body weight regulation in anorexia nervosa. American Journal of Clinical Nutrition. 2005; 81(4): 889–896.

13. Keel P.K., Bodell L.P., Haedt-Matt A.A. et al. Weight suppression and bulimic syndrome maintenance. International Journal of Eating Disorders. 2017; 50(12): 1432–1436.

14. Jimerson D.C., Wolfe B.E., Carroll D.P., Keel P.K. Reduction in circulating leptin levels in purging disorder. International Journal of Eating Disorders. 2010; 43(7): 584–588.

15. Wronski M.L., Geisler D., Bernardoni F. et al. Alterations of amygdala nuclei volumes in anorexia nervosa. Psychological Medicine. 2023; 53(13): 6288–6303.

16. Müller T.D., Perez-Tilve D., Tong J. et al. Ghrelin and treatment of eating/wasting disorders. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle. 2010; 1(2): 159–167.

17. Hotta M., Ohwada R., Akamizu T. et al. Ghrelin increases hunger in anorexia nervosa. Endocrine Journal. 2009; 56(9): 1119–1128.

18. Kim Y.R., Lauze M.S., Slattery M. et al. Association between ghrelin and body weight trajectory. JAMA Network Open. 2023; 6(3): e234625.

19. Rossi E., Cassioli E., Gironi V. et al. Ghrelin as biomarker in eating disorders. European Eating Disorders Review. 2021; 29(4): 588–599.

20. Atalayer D., Gibson C., Konopacka A., Geliebter A. Ghrelin and eating disorders. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2013; 40: 70–82.

21. Vannucci A., Tanofsky-Kraff M., Ranzenhofer L.M. et al. Puberty and loss of control eating. International Journal of Eating Disorders. 2014; 47(7): 738–747.

22. Mäkinen M., Puukko-Viertomies L.R., Lindberg N. et al. Body dissatisfaction in adolescents. BMC Psychiatry. 2012; 12: 35.

23. Cerolini S., Vacca M., Zegretti A. et al. Body shaming as precursor of eating disorders. Frontiers in Psychology. 2024; 15: 1356647.

24. Akgül S., Akdemir D., Kara M. et al. Risk factors for eating disorders in male adolescents. International Journal of Adolescent Medicine and Health. 2016; 28(1): 97–105.

25. Kanbur N., Akgül S., Akdemir D. Cultural parenting factors in male eating disorders. Turkish Journal of Pediatrics. 2021; 63(3): 533–537.

26. Ricciardelli L.A., McCabe M.P. Biopsychosocial model of disordered eating in boys. Psychological Bulletin. 2004; 130(2): 179–205.

27. Cella S., Cipriano A., Aprea C., Cotrufo P. Risk factors for binge eating severity. Appetite. 2022; 169: 105825.

28. Cafri G., van den Berg P., Thompson J.K. Pursuit of muscularity in adolescent boys. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2006; 35(2): 283–291.

29. Arellano-Pérez O.G. et al. Drive for muscularity and disordered eating behaviors. Eating and Weight Disorders. 2019; 24(4): 661–670.

30. Rodgers R.F., Ganchou C., Franko D.L., Chabrol H. Sociocultural model of muscularity pursuit. Body Image. 2012; 9(3): 318–323.

31. Andersen A.E., Holman J.E. Males with eating disorders. Psychopharmacology Bulletin. 1997; 33(3): 391–397.

32. Nurkkala M. et al. Disordered eating behavior in young men: MOPO study. BMC Public Health. 2016; 16: 483.

33. Riva A. et al. Psychological features in male and female adolescents with eating disorders. Eating and Weight Disorders. 2023; 28(1): 56.

34. Mitchison D. et al. Body image and eating disorder behaviors. International Journal of Eating Disorders. 2017; 50(2): 118–126.

35. Chesney E., Goodwin G.M., Fazel S. Mortality risks in mental disorders. World Psychiatry. 2014; 13(2): 153–160.

36. Kutz A.M., Marsh A.G., Gunderson C.G., Maguen S., Masheb R.M. Eating disorder screening: SCOFF meta-analysis. Journal of General Internal Medicine. 2020; 35(3): 885–893.

37. Mantilla E.F., Birgegård A. EDE-Q norms in adolescents. Psychiatry Research. 2016; 239: 156–162.

38. Forsén Mantilla E., Birgegård A., Clinton D. Factor analysis of adolescent EDE-Q. Journal of Eating Disorders. 2017; 5: 19.

39. Compte E.J. et al. Validation of the Muscularity-Oriented Eating Test (MOET). Eating Behaviors. 2021; 43: 101542.

40. Díaz de León Vázquez C. et al. Validation of screening questionnaire for disordered eating behaviors in men. Eating and Weight Disorders. 2022; 27(8): 3379–3387.

41. Hartman-Munick S.M. et al. Eating disorder screening in transgender youth. Eating Behaviors. 2021; 41: 101517.

42. Coelho J.S. et al. Gender differences in eating disorder presentation. Journal of Eating Disorders. 2021; 9(1): 113.

43. Robatto A.P., Cunha C.M., Moreira L.A.C. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. Jornal de Pediatria. 2024; 100(Suppl 1): S88–S96.

44. Gaete P.V., López C.C. Eating disorders in adolescents: role of the pediatrician. Revista Chilena de Pediatría. 2020; 91(5): 800–808.

45. Hatmaker G. Boys with eating disorders. Journal of School Nursing. 2005; 21(6): 329–332.

46. Mairs R., Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in youth. Archives of Disease in Childhood. 2016; 101(12): 1168–1175.

Амброджий Александра Вячеславовна
Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»

Антонова Наталья Викторовна
Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КОУЧИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ И САМОРЕГУЛЯЦИИ В УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Аннотация. В условиях цифровизации высшего образования возрастает значимость самостоятельности студентов в учебной деятельности. Онлайн-форматы обучения усиливают требования к саморегуляции, метакогнитивным навыкам и внутренней мотивации обучающихся (Köse, 2016; Sorokin, 2022). Цель исследования — разработка и эмпирическая апробация программы конитивно-поведенческого коучинга, основанной на модели саморегулируемого обучения (SRL), направленной на повышение самостоятельности и саморегуляции студентов. В исследовании приняли участие 36 студентов бакалавриата. Использован формирующий эксперимент с пред- и посттестированием. Для оценки применён опросник OSLQ (Online.., 2017). Экспериментальная группа прошла шестисессионную программу группового коучинга. Результаты продемонстрировали статистически значимый рост показателей самостоятельности в экспериментальной группе по сравнению с контрольной. Полученные данные подтверждают эффективность коучинга как инструмента развития саморегуляции в образовательной деятельности.

Ключевые слова: *самостоятельность, саморегулируемое обучение, SRL, когнитивно-поведенческий коучинг, академическая успешность, студенты, онлайн-обучение.*

Самостоятельность в учебной деятельности: концептуальные основания

Современная образовательная среда характеризуется высокой степенью автономизации обучения. Онлайн-форматы, гибридные программы и доступность цифровых ресурсов усиливают требования к саморегуляции студентов. Параллельно с цифровизацией, в высших учебных заведениях уменьшилось количество очных лекционных и практических занятий с 2020 года из-за событий, связанных с пандемией, что также влияет на необходимость повышения самостоятельности у студентов для поддержания успеваемости в академической деятельности.

Самостоятельность — приобретенное качество, которое формируется по мере личностного взросления, расширяющее спектр деятель-

ности и сфер, где человек может справиться с поставленными задачами, опираясь исключительно на имеющийся индивидуальный опыт (Golubchikova, 2022).

В психологических работах определение понятия «учебная самостоятельность» по отношению к школьникам формулируется как «способность человека обнаруживать, каких знаний и умений ему не хватает для решаемой задачи, а также находить недостающие знания и осваивать недостающие навыки» (Цукерман & Венгер, 2010).

Благодаря самостоятельности студент становится активным субъектом в своей деятельности. Конечной целью учебно-профессиональной деятельности, направленной на развитие самостоятельности, является достижение такого уровня развития студентов, когда они способны самостоятельно ставить цель деятельности, выбирать методы обучения и имеющиеся средства, приводящие к цели. Успешная академическая деятельность подразумевает способность актуализировать необходимые знания и имеющиеся навыки в подходящий момент времени, а также планировать собственные действия и операции, контролировать их, оценивать и корректировать при необходимости.

Таким образом, самостоятельность в учебной деятельности рассматривается в данной статье как интегративная характеристика личности, отражающая способность субъекта самостоятельно ставить цели, планировать действия, контролировать их выполнение и оценивать результаты.

В научной литературе различаются понятия самонаправленное обучение (self-directed learning, SDL) и саморегулируемое обучение (self-regulated learning, SRL). SDL чаще применяется к обучению вне формальных образовательных структур, тогда как SRL — к процессу обучения в академическом контексте. Для целей данного исследования в качестве теоретической основы выбрана модель SRL (саморегулируемого обучения) Б. Циммермана (Zimmerman, 2002), включающая три взаимосвязанных компонента: когнитивный, метакогнитивный и мотивационный.

Компоненты модели саморегулируемого обучения

Когнитивный компонент включает стратегии переработки информации: повторение, структурирование, создание конспектов, использование мнемотехник. Он обеспечивает усвоение и воспроизведение учебного материала.

Метакогнитивный компонент связан с планированием, мониторингом и оценкой собственной учебной деятельности. Он позволяет

студенту управлять процессом обучения, корректировать стратегии и адаптироваться к изменяющимся условиям.

Мотивационный компонент отражает внутренние побуждения к обучению, целеполагание, устойчивость к фрустрации и способность поддерживать усилия в долгосрочной перспективе.

Исследования показывают, что развитие всех трёх компонентов повышает академическую успешность и способствует формированию автономной учебной позиции.

Измерение саморегулируемого обучения

К.А.Вилкова (Вилкова, 2020) описывает несколько шкал для оценки саморегулируемого обучения. Чаще всего для этих целей используются самоотчеты и опросники, например, описана методика «Мыслить вслух» (Roth, 2016). В настоящий момент разработаны несколько опросников для оценки SRL, однако только один имеет русскоязычную адаптацию — это опросник OSLQ (Саморегулируемое обучение в онлайн — среде) (Measuring…, 2009). OSLQ состоит из шести шкал: организация рабочего пространства, постановка целей, планирование рабочего времени, обращение за помощью, стратегии выполнения задания, самооценка. В опроснике используется 5-балльная шкала Ликерта (1 — полностью не согласен, 5 — полностью согласен).

Так как это единственный опросник, адаптированный на русскоязычных респондентах (Online…, 2017), мы использовали его в нашем исследовании для оценки сдвигов после проведенного коучинга.

Когнитивно-поведенческий коучинг как инструмент развития самостоятельности и саморегуляции

Коучинг исторически сформировался как метод сопровождения достижения целей и развития потенциала личности. В образовательной среде он выступает как инструмент фасилитации рефлексии, целеполагания и формирования ответственности за результаты.

Д.В. Ковпак и А.Ю. Ежиков определяют коучинг как «… вид коммуникативной деятельности, в которой человек (актор) стремится к смене одного благополучного жизненного состояния на другое, имеющее индивидуально значимые позитивные различия с первым, за счёт направленной совместной рефлексии (с коучем или группой) и постепенного изменения своего поведения» (Ковпак, Ежиков, 2021, с. 126).

В отличие от тренинга, коучинг не предполагает директивной передачи знаний, а ориентирован на активизацию внутренних ресурсов обучающегося. Эмпирические исследования демонстрируют влияние

академического коучинга на метакогнитивные навыки, мотивацию и удержание студентов в образовательных программах.

Таким образом, коучинг может рассматриваться как эффективный способ операционализации модели SRL в образовательной практике.

Эффективность применения коучинга для развития навыков саморегуляции у студентов подтверждается рядом исследований. Так, в исследовании влияния коучинга на студентов были предложены бесплатные коуч-сессии студентам США. Были вовлечены более 250 000 учащихся США. Было выявлено, что вероятность того, что обучаемые будут продолжать обучение, была примерно на 5 процентных пунктов выше, чем для тех, кто не прошел программу, что означает увеличение удержания студентов на 9–12 процентов при помощи коуч-сессий (Bettinger, Baker, 2011).

Исследователи также обнаружили, что влияние коучинга на упорство в обучении не исчезает после окончания сессий. Вероятность того, что студенты, прошедшие обучение, сохранят упорство через 18 и 24 месяцев после последней коучинговой сессии плана, была на 3–4 процентных пункта выше по сравнению с теми, кто не являлся участников коучинговых сессий, что примерно на 15 процентов увеличило количество студентов, оставшихся в колледже в данной выборке. Все эффекты были статистически значимыми. Кроме того, приводится наблюдение о том, что в трех кампусах, по которым у авторов есть данные о получении степени, было обнаружено, что у студентов, прошедших коуч-сессии, показатели оценок по окончании учебы были на 4 процентных пункта выше, чем у студентов, не прошедших обучение.

Когнитивно-поведенческий коучинг является интегративным подходом, сочетающим в себе использование когнитивных, поведенческих, имагинативных и ориентированных на решение техник и стратегий в рамках когнитивно-поведенческого подхода для того, чтобы клиенты могли достичь своих реалистичных целей (Palmer, Szymanska, 2007). Этот подход также опирается на методы когнитивно-поведенческой терапии и внедряет их в структуру коуч-сессий. Постулатом когнитивно-поведенческого подхода является идея о том, что реакции на события определяется их интерпретацией, а не самими событиями (Karas. Spada, 2009).

Н.В.Антонова (Антонова, 2025, с. 90) выделила модели когнитивно-поведенческого коучинга, которые могут быть использованы в качестве протоколов для достижения различных результатов процессе сессии:

1) общая когнитивная модель, описывающая общую когнитивную концептуализацию (модель ABC и ее расширенный вариант в КПК — модель SPACE)

2) базовая модель G-ABCDEF, описывающая последовательность действий коуча в процессе проведения сессии (включает концептуализацию и проработку);

3) специальные модели, предназначенные для работы с запросами определенного типа (PRACTICE, CBSM и др.).

Мы пришли к выводу, что когнитивно-поведенческий коучинг является наилучшим инструментом работы с саморегуляцией в обучении, так как позволяет работать со всеми его компонентами: когнитивным, метакогнитивным и мотивационным.

Методология исследования

Цель и гипотеза

Цель исследования — разработать и эмпирически проверить эффективность программы когнитивно-поведенческого коучинга, направленной на повышение самостоятельности студентов.

Гипотеза: студенты, прошедшие коучинговую программу, продемонстрируют статистически значимый рост показателей самостоятельности по сравнению с контрольной группой.

Выборка

В исследовании участвовали 36 студентов бакалавриата (18–22 года).

Экспериментальная группа — 18 человек.

Контрольная группа — 18 человек.

Группы были сопоставимы по возрасту и образовательному статусу.

Дизайн исследования

Применялся формирующий межгрупповой эксперимент с реализованными планом для двух рандомизированных групп с тестированием до и после воздействия: студенты из экспериментальной группы приняли участие в коучинговой программе, студенты из контрольной группы влиянию коучинговой программы не подвергались.

Коучинг проводился в групповом формате.

Каждая из групп была поделена на 3 подгруппы во время воздействия коучинговой программы из-за ограничения на количество участников в групповом коучинге.

Было проведено 6 встреч, посвященных 3 компонентам модели SRL, с каждой из 3 групп: когнитивному, метакогнитивному и мотивационному. Каждому компоненту посвящено 2 сессии. Было осуществлено

по 2 замера для каждой подгруппы: для экспериментальной группы до начала коучинга, для контрольной группы до начала коучинга и для тех же двух групп после окончания коучинговой программы.

Переменные в исследовании:

1) Зависимая переменная: Уровень самостоятельности и саморегуляции в учебной деятельности.

2) Независимая переменная: Коучинговая программа, основанная на модели SRL (Self-Regulated Learning).

3) Дополнительные переменные:

— Демографические характеристики студентов (возраст, пол, социальный статус).

— Уровень академической подготовки студентов до участия в программе.

— Длительность программы и интенсивность участия.

— Возможные внешние факторы, такие как изменения в учебной среде, вовлеченность или методика преподавания.

Инструменты

Материалы сбора данных включают в себя онлайн-опросник для выявления уровня саморегулируемого обучения OSLQ (Online…, 2017) для экспериментальной и контрольной групп, а также гайд-интервью с открытыми вопросами для участников экспериментальной группы. В качестве метода сбора данных был выбран OSLQ, поскольку на данный момент это единственный опросник по SRL, переведенный на русский язык.

Опросник OSLQ, включает 6 шкал:

— постановка целей;

— организация рабочего пространства;

— планирование времени;

— стратегии выполнения задания;

— обращение за помощью;

— самооценивание.

Оценка проводилась по 5-балльной шкале Ликерта.

Дополнительно применялись гайд-интервью для качественного анализа.

Замеры производились до начала коучинговой программы и после окончания коучинговой программы по переменной для каждой из 6 групп (3 контрольных и 3 экспериментальных), что в итоге составляет 12 измерений.

Структура коучинговой программы

Программа включала 6 сессий, структурированных в соответствие с моделью саморегулируемого обучения:

— 2 сессии были направлены на работу с метакогнитивным компонентом;

— 2 сессии были направлены на работу с мотивационный компонент;

— 2 сессии были направлены на работу с когнитивным компонентом.

Использовались техники: SMART-целеполагания, декомпозиции целей, планирования дедлайнов, рефлексивные упражнения, анализ прокрастинации, практики работы с информацией.

Результаты

Количественный анализ

Результаты показали значительный сдвиг практически по всем шкалам OSLQ после проведения коучинга в экспериментальной группе (табл. 1)

Таблица 1. Средние показатели OSLQ в контрольной и экспериментальной группах

Группа	До	После
Контрольная	3.33	3.34
Экспериментальная	2.75	3.65*

$p \leq 0{,}01$

В контрольной группе значимых изменений не выявлено. В экспериментальной группе наблюдается выраженный положительный сдвиг.

Рост зафиксирован по всем шкалам OSLQ, особенно по показателям:

— постановка целей;

— планирование времени;

— самооценивание.

Стандартные отклонения остаются сопоставимыми, что свидетельствует о равномерности изменений.

Качественный анализ результатов интервью

Участники экспериментальной группы отмечали:

— снижение прокрастинации;

— повышение ясности целей;

— улучшение планирования;

— формирование привычки к регулярной рефлексии.

Наиболее значимыми элементами программы названы упражнения по декомпозиции целей и временные шкалы планирования.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают гипотезу исследования. Коучинговая программа, основанная на модели SRL (саморегулируемого обучения) и использующая методологию когнитивно-поведенческого подхода, способствует развитию самостоятельности студентов.

Рост показателей в экспериментальной группе при стабильности контрольной позволяет говорить о влиянии именно коучингового воздействия.

Особенно значимым является рост метакогнитивных показателей, что согласуется с теоретическими представлениями о ключевой роли метакогниции в саморегуляции обучения.

Ограничениями исследования являются относительно небольшая выборка и краткосрочность замеров. Перспективным направлением является отслеживание долгосрочных эффектов проведения коучинговой программы.

Выводы

1. Самостоятельность студентов в учебной деятельности является многокомпонентным конструктом, эффективно описываемым моделью SRL.

2. Когнитивно-поведенческий коучинг представляет собой продуктивный инструмент развития когнитивных, метакогнитивных и мотивационных компонентов саморегуляции.

3. Разработанная шестисессионная программа показала статистически значимый положительный эффект.

4. Коучинговый подход способствует формированию устойчивых учебных стратегий и повышению ответственности студентов за образовательные результаты.

5. Программа может быть масштабирована для внедрения в университетскую практику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонова Н. В. Когнитивно-поведенческий коучинг: методология, модели, протоколы: сборник трудов конференции. // Психология коучинга: методология, теория, практика : материалы I Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участ. (Москва, 11 апр. 2025 г.) / редкол.: Н. В. Антонова [и др.] — Чебоксары: ИД «Среда», 2025. — С. 88–92. — ISBN 978–5–907965–52–2. — DOI 10.31483/r–138097.

2. Вилкова К. А. Измерение саморегулируемого обучения: обзор инструментов // Современная зарубежная психология. — 2020. — Т. 9, № 2. — С. 123–133. — DOI: 10.17759/jmfp.2020090211

3. Ковпак Д. В., Ежиков А. Ю. Системный когнитивно-поведенческий коучинг: понятие и основы методологии // VII Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии CBTFORUM: Сборник научных статей, Санкт-Петербург, 21 мая 2021 года. СПб: СИНЭЛ, 2021. С. 117–148.

4. Цукерман Г. А., Венгер А. Л. Развитие учебной самостоятельности. — М.: ОИРО, 2010. — С. 77–90. — URL: https://psyjournals.ru/journals/pse/archive/2010_n4/34119

5. Bettinger E., Baker R. The effects of student coaching in college: an evaluation of a randomized experiment in student mentoring. — Stanford University, Palo Alto, CA, 2011. — P. 1–34. — URL: https://ed.stanford.edu/sites/default/files/bettinger_baker_030711.pdf

6. Golubchikova M. Development of educational independence of transport universities students // Transportation Research Procedia. — 2022. — Vol. 63. — P. 360–366. — DOI: 10.1016/j.trpro.2022.06.023

7. Karas, D., & Spada, M. M. (2009). Brief cognitive-behavioural coaching for procrastination: a case series. Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice, 2(1), 44–53.

8. Köse U. An innovative approach for teaching of research methodology: life-long spiral of research (2LSR). — 2016. — URL: https://www.researchgate.net/publication/305770425

9. Measuring Self-Regulation in Online and Blended Learning Environments / L. Barnard [et al.]// Internet and Higher Education. 2009. Vol. 12. № 1. P. 1–6. DOI:10.1016/j.iheduc.2008.10.005

10. Online Self-Regulated Learning Questionnaire in a Russian MOOC / R. Martinez-Lopez [et al.] // Computers in Human Behavior. 2017. Vol. 75. P. 966–974. DOI:10.1016/j.chb.2017.06.015

11. Palmer S., Szymanska K. Cognitive behavioural coaching. Handbook of coaching psychology, 2007, 86–117.

12. Roth A., Ogrin S., Schmitz B. Assessing Self-Regulated Learning in Higher Education: a Systematic Literature Review of Self-Report Instruments // Educational Assessment, Evaluation and Accountability. 2016. Vol. 28. № 3. P. 225–250. DOI:10.1007/s11092–015–9229–2

13. Zimmerman B. Becoming a self-regulated learner: an overview // Theory Into Practice. — 2002. — Vol. 41. — P. 64–70. — DOI: 10.1207/s15430421tip4102

Борисова Анна Сергеевна
Белорусский государственный университет

ВЛИЯНИЕ МУЗЫКАЛЬНОЙ ИМПРОВИЗАЦИИ НА СОВЛАДАНИЕ СО СТРЕССОМ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Аннотация. Статья посвящена проблеме влияния музыкальной импровизации как метода, применимого в когнитивно-поведенческой арт-терапии, на совладание со стрессом у женщин в период ранней взрослости. В рамках проведенного исследования была разработана и применена психокоррекционная программа «Музыкальная импровизация в совладании со стрессом», основанная на методах релаксации, когнитивной реструктуризации и рефрейминга. В статье представлены описание программы, которая включает ряд музыкально-терапевтических методик («Пентатоника», «Разрешение диссонанса», «Минор-мажор», «Монолог» и др.), а также результаты проведенного исследования, которые подтвердили исследовательскую гипотезу о влиянии метода музыкальной импровизации на повышение уровня адаптивности к стрессу у женщин в период ранней взрослости.

Ключевые слова: *музыкальная импровизация в совладании со стрессом, методики музыкальной терапии в психокоррекции стресса, когнитивно-поведенческая арт-терапия.*

Проблема возникновения патологических стрессовых состояний, таких как хронический стресс, стрессовые расстройства различного генезиса, в психологическом консультировании и психотерапии занимает одно из центральных мест. Актуальность проблемы отмечают М. Одинцова и Н. Захарова: «на смену века неврозов пришел век стрессов, которые стали еще более многоликими, разнообразными и противоречивыми» [1, с. 5]. Клинически доказано, что под воздействием хронического стресса возрастает риск развития ряда заболеваний, в том числе расстройств психосоматического характера, которые негативно влияют на физическое состояние организма и в значительной степени снижают качество жизни.

В рамках психологической науки сформировано несколько ведущих теоретических подходов к изучению данной проблемы. Биологическая теория Г. Селье демонстрирует понимание явления как общего адаптационного синдрома на уровне физиологических процессов. В когнитивной теории Р. Лазаруса разделены понятия физиологического (вегетативного, первосигнального) и психологического (эмоционального, второсигнального) стресса. Психологический (эмоциональный) стресс

понимается как состояние, обусловленное когнитивными процессами, такими как первичная оценка угрозы, вторичная оценка ресурсов к преодолению, а также копинг-стратегиями совладания, которые могут быть направлены на решение проблемы или минимизацию влияния стрессора (эмоциональную редукцию). Исходя из этих положений, в основе стрессового реагирования лежит идея психического отражения явлений действительности и их индивидуальных различий в субъективной оценке степени угрозы внешних стимулов.

Одной из новых и активно развиваемых в современной психологии теорий стресса является интегративная модель, в которой центральное место занимает проблема, требующая от человека принятия решения. В русле интегративного подхода отечественный исследователь и психолог Татьяна Геннадьевна Бохан (род. 1960) впервые обозначила стресс как *сверхадаптивный синдром*, который обеспечивает процесс саморазвития человека [2]. Практическая значимость подхода Бохан заключается в актуализации потребности самоидентификации и личностного роста, в связи с чем данная концепция может быть реализована внутри широкого спектра практикоориентированных интермодальностей. Одним из них является направление когнитивно-поведенческой арт-терапии (КПАТ), которое основывается на интеграции творческой деятельности в когнитивную терапию с целью раскрытия творческого потенциала людей и использования его в качестве дополнительного мотиватора личностного роста, осознанности, повышения уровня самоэффективности людей в социуме. Среди адептов направления КПАТ стоит отметить вклад М.Л. Росал [3], которая произвела анализ взаимосвязей когнитивно-поведенческого подхода и арт-терапии и доказала, что КПТ и КПАТ объединены общими целями и задачами, направленными на повышение уровня регуляторных процессов, снижение уровня тревожности и негативных эмоциональных реакций на воздействия тех или иных стресс-факторов.

Одним из наиболее распространенных арт-терапевтических направлений является музыкальная терапия. Данное направление, начиная с 1980-ых годов, активно развивается в странах Западной Европы и США, и в настоящее время постепенно набирает популярность на территориях Беларуси и России. Среди ведущих западных исследований, посвященных теории, методологии и практике музыкальной терапии, выделяются работы немецких ученых Г.-Г. Декер-Фойгта, Т. Тиммермана, Д. Оберэгельсбахер [4]. Стоит отметить, что направление музыкальной терапии еще не получило достаточного внимания в научных сообществах психологов и арт-терапевтов, находящихся на территориях русскоязычного про-

странства: существующие работы, как правило, сосредоточены на общих вопросах арт-терапии как метода, объединяющего изобразительные, музыкальные, танцевальные и прочие техники, или на отдельных аспектах профессиональной деятельности музыкальных педагогов-психологов.

Влияние музыкальной импровизации как одной из основных форм музыкальной терапии на совладание со стрессом в современной отечественной психологии является актуальной и еще малоизученной темой. В связи с этим целью данного исследования стал анализ влияния музыкальной импровизации как метода психокоррекции на совладание со стрессом.

В качестве гипотезы выступило предположение о том, что применение метода музыкальной импровизации повышает уровень адаптивности к стрессу у женщин в период ранней взрослости.

В исследовании приняли участие 60 женщин в возрасте 20–40 лет (средний возраст составил 32,3 года), которые были разделены на две группы:

— экспериментальная группа из 30 респондентов, которые приняли участие в психокоррекционной программе;

— контрольная группа из 30 респондентов (без участия в психокоррекционной программе).

Для определения уровня адаптивности к стрессу использовался Симптоматический опросник «Самочувствие в экстремальных условиях» А.Волкова и Н.Водопьяновой [5]. Для оценки влияния метода музыкальной импровизации на совладание со стрессом использовалась Психокоррекционная программа «Музыкальная импровизация в совладании со стрессом» — программа, разработанная автором исследования, основана на ведущих методах и методиках когнитивно-поведенческой и КПАТ терапии и специфических музыкальных методиках (композиции, музыкальной формы и импровизации), сроки проведения — 4 недели; формат — 8 очных или онлайн сессий. Основной целью программы является применение новых стратегий музыкально-терапевтической деятельности, способных сформировать адаптивные модели реагирования и поведения в стрессовых ситуациях и в процессе совладания со стрессом.

Для оценки статистической значимости результатов проведенного исследования применялись:

1) Т-критерий Вилкоксона для оценки эффективности действия психокоррекционной программы;

2) U-критерий Манна-Уитни для оценки различия показателей уровней стресса в двух группах.

В ходе проведенного нами исследования были получены следующие результаты: до начала проведения эксперимента среднее значение уровня стресса составляло:

а) экспериментальная группа — 24,1 балла (из 42 баллов),

б) контрольная группа — 23,3 балла (из 42 баллов);

что по опроснику СОС интерпретируется как «средний уровень стресса и психологической устойчивости к экстремальным условиям»; отсутствие различий между группами подтверждается тестом Манна-Уитни (U=406, p=0.51). Психокоррекционная программа «Музыкальная импровизация в совладании со стрессом» была применена в экспериментальной группе с целью проверки исследовательской гипотезы:

1. Применение метода музыкальной импровизации повышает уровень адаптивности к стрессу у женщин в период ранней взрослости.

Особенности прохождения программы: экспериментальная группа была разделена на две подгруппы: первая половина (15 человек) — участники, проходившие программу очно (в индивидуальном формате или в мини-группе), и вторая — те, кто проходил программу в онлайн формате, с использованием платформы Zoom и приложения Telegram. Члены группы, имеющие начальный уровень музыкальной подготовки, составили 50% от общего числа; вторая половина участников программы не имели опыта музицирования и игры на каком-либо музыкальном инструменте.

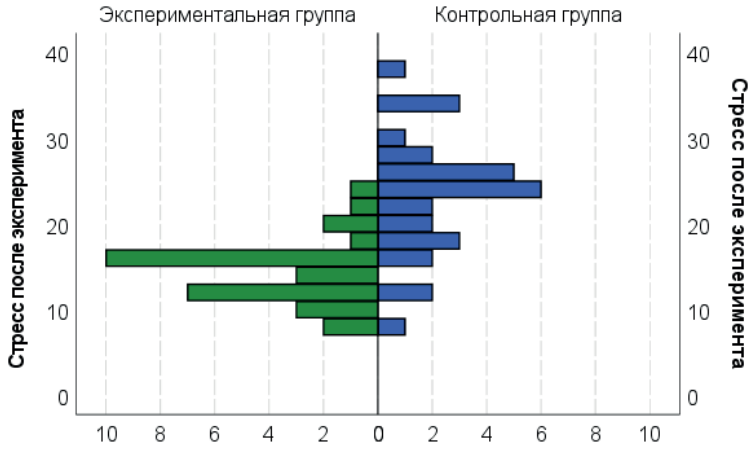


Рис. 1. Гистограмма распределения баллов по шкале стресса в контрольной и экспериментальной группах после эксперимента

В ходе эксперимента были выявлены статистически значимые различия между двумя группами: в контрольной группе уровень стресса сохранился на прежнем уровне ($М_к$=24.1), а в экспериментальной — снизился (($М_э$=14.0):

Таким образом, в экспериментальной группе при повторной диагностике было выявлено снижение текущего уровня стресса, варьирующееся в диапазоне снижения на 7,1–52,3% по шкале опросника СОС. Среднее значение уровня стресса после применения психокоррекционной программы составило 14 баллов, что интерпретируется как «высокий уровень адаптивности к стрессовым ситуациям».

По результатам ретестовой диагностики по опроснику СОС в контрольной группе были получены следующие результаты: у 46,6% участников было выявлено повышение текущего уровня стресса в пределах 2,3—14,2%; у 46,6% респондентов диагностировано снижение уровня стресса в пределах 2,3–23,8%; у 6,8% общей выборки — уровень стресса не подвергся изменениям. Среднее значение уровня стресса при повторных замерах составило 22,9 балла, что интерпретируется как «средний уровень адаптивности к стрессовым ситуациям».

Критерий ранговых сравнений двух независимых выборок Манна-Уитни показывает статистическую значимость обнаруженных различий в уровне стресса между контрольной и экспериментальной группами (U=108.5, p<0.001):

Таблица 1. Сравнение уровня стресса в контрольной и экспериментальной группах по критерию Манна-Уитни

Измерение стресса	**Средний ранг**		**U-критерий Манна-Уитни**	**Стат. значимость** *p*
	Контрольная группа (30 человек)	**Экспериментальная группа (30 человек)**		
До эксперимента	29.0	41.9	406.0	0.514
После эксперимента	32.0	19.1	108.5	<0.001***

В экспериментальной группе можно констатировать статистически значимую положительную динамику уровня стресса, что подтверждается критерием Вилкоксона (W=–4.79, p<0.001). В контрольной группе уровень стресса не изменился: тестирование по шкале стресса показало схожие, статистически неразличимые результаты (W=–0.28, p=0.78):

Таблица 2. Сравнение динамики уровня стресса в контрольной и экспериментальной группах по критерию Вилкоксона

	контрольная группа (30 человек)	**экспериментальная группа (30 человек)**
Отрицательные ранги	14	30
Положительные ранги	13	0
Совпадающие наблюдения	3	0
W Вилкоксона	–0.277	–4.792
Стат. значимость *p*	0.781	<0.001***

В соответствии с полученными данными гипотеза о влиянии музыкальной импровизации на повышение уровня адаптивности к стрессу у женщин в период ранней взрослости была подтверждена.

Результаты данного исследования могут быть использованы при составлении рекомендаций для психологов и арт-терапевтов, а также для разработки музыкально-терапевтических программ, направленных на работу со стрессом и повышение адаптивности к воздействию негативных стресс факторов.

Психокоррекционная программа «Музыкальная импровизация в совладании со стрессом»

Психокоррекционная программа рассчитана на 8 очных или онлайн сессий по 60 минут* (индивидуально или в мини-группе), с применением методик музыкальной импровизации на фортепиано или цифровом аналоге (приложения Virtual Piano, Simple Piano, Perfect Piano). Каждая из сессий включает домашнее задание и дополнительный музыкальный материал по теме.

* В соответствии с разработанными учебно-методическими программами российского и советского музыкального педагога Елены Гнесиной, основателя и руководителя комплекса музыкальных учебных заведений имени Гнесиных, музыкальные занятия проводятся два раза в неделю. При этом, образовательный процесс должен быть направлен не только на развитие технических навыков игры на музыкальном инструменте (фортепиано), но и развитие творческого потенциала личности в целом.

Содержание программы

Сессия 1. Фортепианная импровизация N.1 (а) «Пентатоника»

В основе техники лежит метод релаксации. Посредством практики решаются следующие задачи: установка доверительного контакта между арт-терапевтом и клиентом, создание безопасного пространства, нейтрализация действия стресс-факторов в состоянии «здесь и сейчас».

Пентатоника — пятиступенный музыкальный лад, в котором отсутствуют два полутона (острые диссонансы). По своей стилистике пентатоника напоминает звучание восточных медитативных мелодий. На фортепиано этот лад можно построить, если использовать только черные клавиши (до-диез — ре-диез — фа-диез — соль-диез — ля-диез).

Этап 1: подготовка к импровизации. Применение техники антистрессового дыхания. Знакомство с фортепианной клавиатурой.

Этап 2: практика импровизации. Игра отдельных элементов (мелодических линий, гармонических вертикалей) по черным клавишам.

Домашнее задание к сессии 1: играть короткие мелодии и гармонические вертикали пентатоники по клавиатуре в различных регистрах.

Аудио материал к сессии 1: К. Дебюсси. Прелюдия для фортепиано «Девушка с волосами цвета льна» (в пьесе используются элементы пентатоники, стиль — французский импрессионизм в музыке).

Сессия 2. Фортепианная импровизация N.1 (б) «Пентатоника: диалоговые формы»

Техника основывается на методах побуждения и подкрепления, а также методе релаксации. Диалоговые формы импровизации подразумевают, что клиент и терапевт играют в ансамбле, в 4 руки. Роль клиента — ведущая, он демонстрирует полученные и отработанные навыки первой сессии. Терапевт осуществляет «гармоническую поддержку» — добавляя мелодические линии и басы в звучание импровизации, организовывает ее форму, расширяет диапазон, таким образом гармонически обогащая музыкальный материал.

Домашнее задание к сессии 2: играть мелодии пентатоники в различных стилях — медитативном, песенно-танцевальном и др.

Аудио материал к сессии 2: К. Дебюсси. Прелюдия для фортепиано «Затонувший собор».

Сессия 3. Фортепианная импровизация N.2 (а) «Консонансы — диссонансы»

Основана на методах использования ментальных образов, интроспекции и рефлексии.

Все музыкальные созвучия (интервалы и аккорды) по своему звучанию делятся на два основных типа: консонансы (благозвучия) и диссонансы — острые неблагозвучия. Диссонанс в психотерапевтическом контексте — это метафора состояния антигармонии, дисбаланса, ассоциированного с тем или иным стрессором. Посредством музыкальной импровизации терапевт и клиент выявляют актуальный стрессор, соотносят его с подходящим музыкальным диссонансом и модифицируют его посредством разрешения (перевода) в выбранные консонансы.

Этап 1: подготовка к импровизации. Знакомство с интервалами (двузвучиями) в рамках одной октавы До мажора.

Этап 2: игра интервального ряда (от примы до октавы), выбор понравившегося консонанса, игра импровизации на этот консонанс. Пример: импровизация на терции.

Домашнее задание к сессии 3: играть импровизации на понравившиеся консонансы, в различных вариантах их сочетаний.

Музыкальный материал к сессии 3: К. Дебюсси. Прелюдия для фортепиано «Чередующиеся терции».

Сессия 4. Фортепианная импровизация N.2 (б) «Разрешение диссонанса»

Основана на методе использования ментальных образов, экстернализации проблемы.

Этап 1: практика импровизации. Клиенту предлагается сконцентрироваться на ситуации, в которой он испытывал максимальное напряжение и дискомфорт. Что явилось стресс-фактором, спровоцировавшим негативные эмоции? Необходимо подобрать на клавиатуре такое созвучие, которое максимально бы откликалось на этот стрессор. Пример: малые или большие секунды — диссонансы, с использованием двух соседних клавиш (до-до диез, до-ре и т.д.). Клиенту предлагается играть диссонанс в разных регистрах, использовать повторяющиеся ритмы (остинато), до тех пор, пока не актуализируется эмоциональный отклик. Важно соблюдать экологичность подхода, и вовремя остановить игру диссонанса (общая продолжительность 1–3 минуты). Далее клиенту предлагается перевести этот диссонанс плавно в любое благозвучное созвучие, построить тот или иной интервальный ряд или мелодическую линию, в которой диссонанс является лишь малой частью дальнейшего музыкального построения.

Домашнее задание к сессии 4: играть импровизацию на разрешение диссонанса по модели, отработанной на сессии (импровизации по своей логике формы не требуют точного повторения).

Аудио материал к сессии 4: К. Дебюсси. Прелюдия для фортепиано «Шаги на снегу».

Сессия 5. Фортепианная импровизация N.3 (а) «Миноро-мажор»

В рамках данной импровизации используются методы когнитивной реструктуризации и рефрейминга.

Базовым аккордом любой тональности является трезвучие — простой аккорд из трех звуков, взятых через одну клавишу (по терциям). Любое мажорное или минорное трезвучие легко модифицировать в аккорд противоположного лада, посредством изменения лишь одного звука на полтона — терции. Таким образом, клиент учится «перекрашивать» минорные созвучия, соотнося их с негативными эмоциями или чувствами, которые легко поддаются трансформированию в более адаптивные.

Этап 1: подготовка импровизации. Поиграть и послушать трезвучия, которые будут получаться, если использовать белые клавиши. Терапевт в процессе игры и прослушивания уточняет у клиента, какие ассоциации вызывает тот или иной аккорд, на какую эмоцию или чувство откликаются минорные трезвучия («какие они для Вас?»).

Этап 2: практика импровизации. Клиенту предлагается выбрать минорное трезвучие, которое получило у него наиболее яркий эмоциональный отклик. Этот аккорд исполняется в различных фактурных вариантах. После того, как аккорд был разработан фактурно, клиенту предлагается его трансформировать в мажорный вариант. Для этого средний звук необходимо повысить на полтона. В новой мажорной тональности продолжить играть модифицированный аккорд, его отдельные звуки в широком диапазоне.

Домашнее задание к сессии 5: клиент отрабатывает методику с возникающими новыми негативными эмоциями от воздействия повседневных стрессоров.

Аудио материал к сессии 5: К. Дебюсси. Бергамасская сюита, «Лунный свет».

Сессия 6. Фортепианная импровизация N.3 «Миноро-мажор» (продолжение)

В рамках шестой сессии терапевт отрабатывает модель созданной импровизации «Миноро-мажор» и записывает ее для клиента схематично нотами либо буквенно-цифровой записью звуков и аккордов.

Возможно использование новых тональностей. Терапевт по мере необходимости расширяет музыкально-теоретические знания клиента по используемым тональностям.

Домашнее задание к сессии 6: игра импровизации «Миноро-мажор» по нотной записи.

Аудио материал к сессии 6: А. Богатырев. Прелюдии для фортепиано ор.72 (выборочно).

Сессия 7. Цветные тональности А. Скрябина; фортепианная импровизация N.4 «Монолог»

Базируется на методах активного воображения и рефрейминга.

Техника основана на синтезе и совместном применении пройденных техник музыкальной импровизации: построения мелодий в выбранном ладу, подбора гармонической вертикали, игры тем в заданной тональности. Клиенту для ознакомления предлагается система цветных тональностей русского композитора, представителя позднего романтизма Александра Скрябина, который круг мажорных тональностей ассоциировал с определенными цветами. Терапевт играет фрагменты импровизаций в избранных тональностях и предлагает клиенту отрефлексировать, возникают ли у него какие либо цветовые ассоциации, есть ли совпадения со скрябинской «палитрой». Далее клиенту предлагается выбрать один из оттенков «палитры», который соотносится с его представлениями безопасного состояния/места или неким образом «Я», в котором человек находится в ресурсном состоянии.

Этап 1: подготовка импровизации. Игра отдельных гамм тональностей. Выбор одной из мажорных тональностей по цветовой системе А. Скрябина.

Этап 2: практика импровизации. Клиент играет гамму и затем строит импровизацию в монологической форме, которая является средством свободного самовыражения.

Домашнее задание к сессии 7: игра свободных импровизаций в избранной цветной тональности.

Аудио материал к сессии 7: А. Скрябин, прелюдии для фортепиано ор.11 (выборочно).

Сессия 8. Фортепианная импровизация N.5 «Модуляция»

Основывается на методах интроспекции, рефлексии и рефрейминга.

Модуляция в музыке — это гармонический переход из одной тональности в другую. В музыке тональности часто меняются, подобно тому,

как эмоциональное состояние человека переменчиво, одни эмоции сменяют другие, формируя спектр эмоциональных реакций. Для эффективной саморегуляции эмоций необходимо развивать самосознание и повышать уровень рефлексии. На примере музыкальной импровизации отрабатываются варианты гармонического перехода из одной тональности в другую, посредством одного связующего аккорда — трезвучия доминанты (пятой ступени гаммы новой тональности).

Этап 1: подготовка импровизации. Терапевт показывает клиенту простую гармоническую связь между двумя родственными тональностями. Например: переход из До мажора в Соль мажор, переход из До мажора в параллельный Ля минор и обратно и тд. Клиент при прослушивании отмечает, что эти переходы (отклонения и модуляции) звучат гармонично, слаженно, не имеют конфликтных звуковых противоречий.

Этап 2: практика импровизации. Клиент играет простые гармонические последовательности, в которых реализуются переходы между тональностями. В процессе рефлексии мы отмечаем, что музыкальная ткань окрашена различными красками тональностей и ладов, которые естественно сочетаются между собой. Метафорически такие переходы ассоциируется со сменой настроения и эмоций внутри одного спектра, при этом эти колебания находятся в рамках адаптивных изменений и не вызывают каких-либо негативных ощущений.

Аудио материал к сессии 8: Ф. Шопен, прелюдии для фортепиано ор.28 (выборочно).

Таким образом, музыкальная импровизация как активная форма музыкальной терапии посредством вовлечения в творческую деятельность с использованием техник релаксации, экстернализации эмоций через музыку, реструктуризации прошлого негативного опыта, ассоциированного со стрессором, применения техники рефрейминга при создании мелодий снижает текущий уровень стресса и повышает общую адаптивность к воздействию стрессоров, в связи с чем может быть использована в качестве интегративного метода в составе комплексной терапии стресса и стрессовых расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Одинцова, М.А., Захарова, Н.Л. Психология стресса: учебник и практикум для вузов / М.А. Одинцова, Н.Л. Захарова. — М.: Юрайт, 2018. — 299 с.

2. Бохан, Т.Г. Стресс и стрессоустойчивость: опыт культурно-исторического исследования / Т.Г. Бохан. — Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2008. — 267 с.

3. Росал, Марсия Л. Когнитивно-поведенческая арт-терапия. — Спб.: Питер, 2023. — 320 с.: ил. — (Серия «Когнитивно-поведенческая психотерапия»).

4. Декер-Фойгт, Г.-Г., Оберэгельсбахер, Д., Тиммерманн, Т. Учебник по музыкальной терапии. — М.: ИД «Городец», 2021. — 544 с.

5. Водопьянова, Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова — СПб.: Питер, 2009. — 283 с.

Ботнарь Анастасия Георгиевна
ООО "ПрофЭксперт-НН"

ФРУСТРАЦИЯ И ОДИНОЧЕСТВО КАК ПРЕДИКТОРЫ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: МИШЕНИ ДЛЯ КПТ-ИНТЕРВЕНЦИЙ

Аннотация. В статье представлены результаты исследования психологических предикторов снижения качества жизни (КЖ) и субъективного благополучия у пациентов с алкогольной зависимостью. Целью было оценить вклад фрустрации социальных потребностей в показатели КЖ и удовлетворенности жизнью (УЖ), а также проверить медиаторную роль эмоционального интеллекта (ЭИ) и модерационную роль партнерского статуса и социальной поддержки в связи фрустрации с УЖ. В исследовании участвовали 30 пациентов с диагнозом F10.2, проходивших стационарное лечение. Использовались WHOQOL–26, шкала удовлетворенности жизнью, ЭмИн Д.В. Люсина и шкала фрустрации опросника «Самооценка психических состояний». Применялись корреляции Спирмена, U-критерий Манна–Уитни, модели медиации и модерации. Выявлено, что фрустрация устойчиво отрицательно связана с УЖ и доменами КЖ, особенно с психическим здоровьем. УЖ положительно связана с компонентами ЭИ и показателями КЖ. Пациенты без партнера характеризуются более низкой УЖ и более низким межличностным ЭИ. Медиаторный анализ не подтвердил опосредующую роль общего ЭИ в связи фрустрации ни с общим КЖ, ни с УЖ; модерационные эффекты партнерского статуса и социальной поддержки также не выявлены. При этом фрустрация и партнерский статус выступают независимыми предикторами субъективного благополучия. Полученные результаты обосновывают КПТ-мишени при алкогольной зависимости: снижение фрустрационного напряжения, развитие толерантности к фрустрации, тренинг эмоциональной регуляции и укрепление качественных социальных ресурсов.

Ключевые слова: *алкогольная зависимость, качество жизни, удовлетворенность жизнью, субъективное благополучие, фрустрация социальных потребностей, эмоциональный интеллект, одиночество, партнерский статус, социальная поддержка, когнитивно-поведенческая терапия.*

Введение

Алкогольная зависимость (АЗ) остается одной из наиболее клинически и социально значимых форм аддиктивной патологии, сопровождающейся нарушениями личностного и межличностного функционирования, снижением социальной включенности и хроническим дистрессом. В современной биопсихосоциальной модели эффективность

терапии все чаще оценивается не только по клиническим показателям, но и по интегральным критериям адаптации, центральным из которых выступает качество жизни, а его субъективным ядром — удовлетворенность жизнью [1; 7].

При аддиктивной патологии решающую роль в снижении КЖ часто играют психосоциальные факторы, а не только соматические ограничения [3]. Одним из таких факторов может быть хроническая фрустрация базовых социальных потребностей — в поддержке, признании и стабильных отношениях. В условиях зависимости неудовлетворенность этих потребностей может усиливать внутреннее напряжение, снижать удовлетворенность жизнью и качество жизни [4; 7].

В качестве потенциального внутреннего ресурса рассматривался эмоциональный интеллект — способность к пониманию и регуляции собственных и чужих эмоций [2]. Теоретически ЭИ может снижать неблагоприятное влияние стресса на благополучие [5; 10], однако при АЗ, учитывая дефициты эмоциональной переработки и саморегуляции, остается открытым вопрос, выступает ли он посредником между фрустрацией и снижением благополучия [1].

Кроме внутренних ресурсов, для субъективного благополучия при АЗ важны внешние условия социальной включенности. В исследовании одиночество операционализировалось через отсутствие партнера, а социальная поддержка — через количество источников поддержки (семья, друзья, коллеги). Проверялись медиаторные модели (роль ЭИ) и модерационные модели (роль партнерского статуса и социальной поддержки).

Цель исследования — выявить связь фрустрации социальных потребностей с показателями качества жизни и удовлетворенности жизнью у пациентов с алкогольной зависимостью, а также проверить, выполняют ли партнерский статус и социальная поддержка модерационную роль, а эмоциональный интеллект — медиаторную роль в этой системе связей.

Основная гипотеза

Фрустрация социальных потребностей и социальный дефицит связаны со снижением УЖ/КЖ при АЗ.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 30 пациентов с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя» (F10.2 по МКБ–10), проходивших стационарное лечение в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Критерии включения:

возраст 18–60 лет, русскоязычие, добровольное согласие, 5–7 день после последнего употребления алкоголя.

Применялись следующие методики: опросник «Эмоциональный интеллект» Д.В. Люсина, ВОЗ КЖ–26, шкала удовлетворенности жизнью в адаптации Д.А. Леонтьева, шкала фрустрации опросника «Самооценка психических состояний», а также авторская анкета, включавшая показатели партнерского статуса и социальной поддержки.

Статистический анализ проводился в jamovi. С учетом небольшого объема выборки и особенностей распределения использовались U-критерий Манна–Уитни, коэффициент корреляции Спирмена, а также медиаторный и модерационный анализы с Bootstrap (5000 реплик).

Результаты исследования

Средний возраст участников составил 45 лет; 63% выборки — мужчины. Показатели качества жизни по всем доменам находились преимущественно в пределах средних значений, однако отличались высокой вариативностью (Таблица 1).

Таблица 1. Дескриптивные статистики показателей качества жизни (n=30)

Показатели	M ± SD	Min	Max
Физическое здоровье	67.27±14.67	31.0	69.0
Психическое здоровье	55.43±16.27	25.0	88.0
Социальные отношения	53.27±27.15	0.0	100.0
Окружающая среда	61.77±14.64	31.0	100.0
Оценка КЖ (общ.)	57.50±17.56	25.0	100.0
Оценка состояния здоровья	60.83±23.38	0.0	100.0

Установлено, что показатели качества жизни (КЖ) по всем доменам опросника ВОЗКЖ–26 находятся преимущественно в диапазоне средних значений, однако характеризуются значительной вариативностью. Наиболее выраженная неоднородность данных наблюдается в сфере «Социальные отношения» (M = 53.27, SD = 27.15, Min = 0; Max = 100). Столь значительный разброс данных (коэффициент вариации CV = 50,9%) свидетельствует о глубокой неоднородности выборки по уровню социальной интеграции.

Для глубокого анализа механизмов дезадаптации выборка была разделена на две подгруппы по критерию наличия партнерских отноше-

ний — переменная «Семейное положение»: группа 1 — одинокие, группа 2 — имеют партнера. По критерию партнерского статуса 53,3% пациентов находились в ситуации фактического одиночества, а 46,7% состояли в отношениях.

С целью уточнения качественных различий в ресурсной среде данных групп, была проанализирована переменная «Социальная поддержка». Она рассматривалась как кумулятивный показатель широты социальных связей в трех ключевых сферах: семья, друзья и коллеги. Категории поддержки определялись на основе количества указанных источников: 1 категория — наличие поддержки только в одной из сфер (только семья, только друзья или только коллеги); 2 категории — сочетание двух источников (семья + друзья, семья + коллеги или друзья + коллеги); 3 категории — наличие поддержки во всех трех сферах одновременно (семья + друзья + коллеги).

Анализ социальной поддержки показал, что большинство обследуемых обладали ограниченной ресурсной базой: даже среди пациентов с партнером половина имела поддержку лишь в одной сфере (Рис. 2).

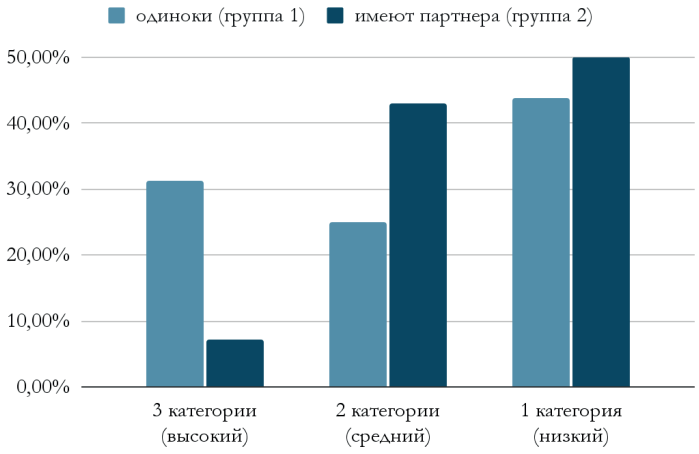


Рисунок 2. Распределение уровней социальной поддержки в группах пациентов с разным семейным статусом (%)

При этом статистически значимых различий по уровню социальной поддержки между группами не выявлено. Сравнительный анализ показал, что пациенты, имеющие партнера, значимо превосходят одиноких по уровню удовлетворенности жизнью (p = 0,012) и межличностному эмоциональному интеллекту (p = 0,024) (Табл. 2). Различий по уровню фрустрации и большинству доменов КЖ не обнаружено, хотя по шкале психического здоровья отмечалась тенденция к более высоким значениям у пациентов в отношениях. Это позволяет предположить, что влияние одиночества связано прежде всего с субъективным мироощущением и межличностной компетентностью, а не только с внешними условиями жизни.

Таблица 2. Описание результатов сравнительного анализа

Показатели	Группа 1 (n=16)	Группа 2 (n=14)	Критерий (U)	p-уровень
УЖ	15.50 [13.0; 19.3]	24.00 [20.0; 25.8]	51.0	**0.012***
Фрустрация	9.0 [6.0; 12.3]	8.0 [5.25; 10.0]	89.0	0.348
Физическое здоровье	62.5 [57.0; 75.0]	73.0 [68.0; 81.3]	76.5	0.144
Психическое здоровье	50.0 [42.0; 58.0]	62.0 [55.0; 71.8]	67.0	**0.063**
Социальные отношения	50.0 [33.0; 58.0]	62.5 [44.0; 81.0]	82.0	0.217
Окружающая среда	64.0 [52.3; 69.0]	64.0 [45.5; 78.0]	109.5	0.934
Оценка КЖ (общ.)	50.0 [50.0; 75.0]	75.0 [50.0; 75.0]	107.0	0.835
Оценка состояния здоровья	50.0 [50.0; 75.0]	75.0 [50.0; 75.0]	89.0	0.320
МЭИ	25.5 [24.0; 30.3]	32.0 [25.5; 35.3]	57.5	**0.024***
ВЭИ	28.0 [22.3; 33.3]	20.5 [16.3; 25.3]	66.0	**0.058**
ПЭ	26.5 [21.0; 29.0]	30.0 [24.8; 35.0]	69.0	0.075
УЭ	25.0 [21.8; 34.0]	20.0 [16.0; 24.8]	71.5	0.096
ОЭИ	53.0 [46.8; 59.0]	52.0 [43.3; 56.8]	105.5	0.803

Примечание. УЖ — удовлетворенность жизнью, МЭИ — межличностный эмоциональный интеллект, ВЭИ — внутриличностный эмоциональный интеллект, ПЭ — понимание эмоций, УЭ — управление эмоциями, ОЭИ — общий эмоциональный интеллект.

Также проведено сопоставление двух групп пациентов по семейному положению: одинокие (n = 16) и имеющие партнера (n = 14) (см. табл. 3). Анализ показал отсутствие статистически значимых различий по доменам КЖ «Социальные отношения» (p = 0,217), «Окружающая среда» (p = 0,771), а также по уровню фрустрации (p = 0,360), что указывает на относительную однородность групп по внешним условиям и базовому психоэмоциональному фону. Следовательно, основные межгрупповые различия локализуются не во внешнесредовых характеристиках, а в сфере субъективного благополучия и эмоциональной компетентности.

Показатели удовлетворенности жизнью у пациентов, состоящих в отношениях, оказались значимо выше, чем у одиноких респондентов (24,0 [20,0; 25,8] против 15,5 [13,0; 19,3]; p = 0,012). Это позволяет рассматривать отсутствие партнерской поддержки как фактор, усиливающий психологическую дезадаптацию при алкогольной зависимости. Значимые различия выявлены и по шкале «Межличностный ЭИ»: пациенты с партнером демонстрировали более высокие значения, чем одинокие (32,0 против 25,5; p = 0,024), что указывает на лучшую способность понимать и регулировать эмоции других людей.

Кроме статистически значимых различий были обнаружены и пограничные тенденции (0,05 < p < 0,10). У пациентов, состоящих в отношениях, отмечался тренд к более высоким значениям по домену КЖ «Психическое здоровье» (p = 0,063). У одиноких пациентов, напротив, зафиксирована тенденция к более высоким показателям внутриличностного ЭИ (p = 0,058), а также сходные пограничные различия по шкалам понимания и управления эмоциями (p < 0,10), что может отражать большую интрапсихическую направленность эмоциональной сферы. Эти тенденции требуют проверки на расширенной выборке.

Таким образом, семейный статус связан прежде всего с различиями в субъективном благополучии и межличностной эмоциональной компетентности. Для уточнения механизмов этих связей далее был применен корреляционный анализ Спирмена (rho), направленный на выявление взаимосвязей между ЭИ, фрустрацией, удовлетворенностью жизнью и показателями качества жизни. Категориальные переменные предварительно были перекодированы в порядковые шкалы: семейное положение (1 — одинокие, 2 — наличие партнера) и социальная поддержка (1–3 категории источников поддержки: друзья, семья, коллеги).

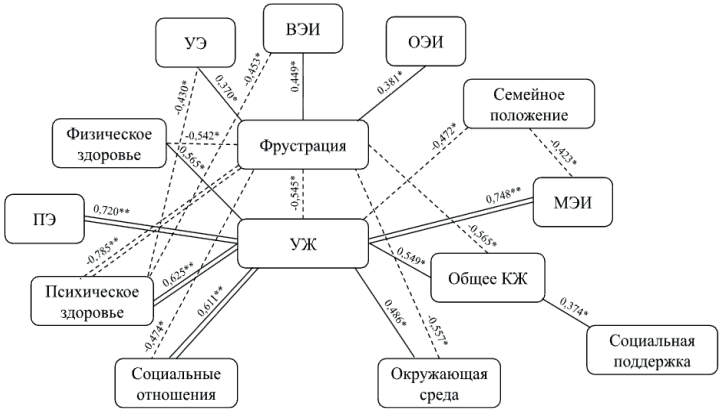


Рисунок 3. Плеяда значимых взаимосвязей пациентов с АЗ

Примечание. ====== прямая корреляция, p<,001

_____ прямая корреляция, p<0,05

= = = = обратная корреляция, p<,001

— - — - — - обратная корреляция, p<0,05

УЖ — удовлетворенность жизнью, МЭИ — межличностный эмоциональный интеллект, ВЭИ — внутриличностный эмоциональный интеллект, ПЭ — понимание эмоций, УЭ — управление эмоциями, ОЭИ — общий эмоциональный интеллект.

Анализ корреляционной плеяды (см. рис. 3) показал, что фрустрация имеет устойчивые отрицательные связи с ключевыми показателями субъективного благополучия. Она обратно коррелирует с удовлетворенностью жизнью (rho = −0,545; p = 0,002) и особенно тесно — с доменом КЖ «психическое здоровье» (rho = −0,785; p < 0,001). Также выявлены значимые отрицательные связи фрустрации с «физическим здоровьем» (rho = −0,542; p < 0,05), «социальными отношениями» (rho = −0,474; p < 0,05), «окружающей средой» (rho = −0,557; p < 0,05) и интегральным показателем «общее КЖ» (rho = −0,565; p < 0,05). Это указывает на то, что рост фрустрации сопровождается системным снижением качества жизни по большинству доменов.

Удовлетворенность жизнью, напротив, демонстрирует выраженные положительные связи как с эмоциональными ресурсами, так и с качеством жизни. Наиболее сильные корреляции зафиксированы с межличностным эмоциональным интеллектом (rho = 0,748; p < 0,001) и понима-

нием эмоций (rho = 0,720; p < 0,001). Кроме того, УЖ положительно связана с «психическим здоровьем» (rho = 0,625; p < 0,001), «социальными отношениями» (rho = 0,611; p < 0,001), «окружающей средой» (rho = 0,486; p < 0,05) и интегральным показателем «общее КЖ» (rho = 0,549; p < 0,05). Межличностный ЭИ также положительно коррелирует с общим качеством жизни (rho = 0,565; p < 0,05).

Дополнительно установлено, что фрустрация положительно связана с рядом показателей эмоционального интеллекта: внутриличностным ЭИ (rho = 0,449; p < 0,05), управлением эмоциями (rho = 0,370; p < 0,05) и общим эмоциональным интеллектом (rho = 0,381; p < 0,05). Среди социально-демографических факторов семейное положение оказалось связано с фрустрацией (rho = –0,472; p < 0,05), а также с компонентами ЭИ — управлением эмоциями (rho = –0,430; p < 0,05), внутриличностным ЭИ (rho = –0,453; p < 0,05) и межличностным ЭИ (rho = –0,423; p < 0,05). Социальная поддержка положительно коррелировала с интегральным показателем «общее КЖ» (rho = 0,374; p < 0,05).

Таким образом, корреляционный анализ подтвердил системную связь фрустрации социальных потребностей со снижением качества жизни и субъективного благополучия, а также значимость отдельных компонентов эмоционального интеллекта как ресурсных характеристик. Однако корреляционный подход не позволяет раскрыть механизм этих связей, поэтому на следующем этапе был проведен медиаторный анализ модели: фрустрация (X) → эмоциональный интеллект (M) → общее качество жизни (Y).

Таблица 3. Параметры медиаторной модели связи фрустрации и общего качества жизни (медиатор — эмоциональный интеллект)

Type	Effect	Estimate (B)	SE	β	z	p	95% CI (Lower-Upper)
Прямой	Фрустрация-> Общее КЖ	-2.451	0.585	–0.651	–4.19	**<0.001**	[–3.598; –1.303]
Непрямой	Фрустрация -> ОЭИ -> Общее КЖ	0.371	0.274	0.098	1.35	0.176	[–0.167; 0.909]
Общий	Фрустрация -> Общее КЖ	-2.080	0.583	–0.552	–3.57	**<0.001**	[-3.223; –0.937]

Примечание. CI — доверительный интервал, рассчитанный методом бутстреп-анализа (N=5000).

Согласно результатам медиаторного анализа, в модели связи фрустрации с общим качеством жизни у пациентов с алкогольной зависимостью выявлен статистически значимый прямой отрицательный эффект фрустрации на интегральный показатель КЖ (B = −2,451; p < 0,001; 95% ДИ [−3,598; −1,303]). Общий эффект также оказался значимым и отрицательным (B = −2,080; p < 0,001; 95% ДИ [−3,223; −0,937]). В то же время непрямой эффект через общий эмоциональный интеллект (ОЭИ) не достиг статистической значимости (B = 0,371; p = 0,176; 95% ДИ [−0,167; 0,909]), поскольку доверительный интервал включает ноль. Это не подтверждает медиаторную роль эмоционального интеллекта в связи фрустрации с общим качеством жизни: влияние фрустрации реализуется преимущественно напрямую.

Поскольку в корреляционном анализе удовлетворенность жизнью (УЖ) также была тесно связана и с фрустрацией, и с компонентами эмоционального интеллекта, далее была проверена аналогичная медиаторная модель с УЖ как зависимой переменной (см. Таблицу 4). Результаты показали статистически значимый прямой эффект фрустрации на УЖ (B = −1,086; p < 0,001; 95% ДИ [−1,485; −0,686]) и значимый общий эффект (B = −0,820; p < 0,001; 95% ДИ [−1,274; −0,367]). Однако непрямой эффект через ОЭИ также не достиг значимости (B = 0,265; p = 0,176; 95% ДИ [−0,019; 0,550]).

Таблица 4. Параметры медиаторной модели связи фрустрации и удовлетворенности жизнью (медиатор — эмоциональный интеллект)

Type	Effect	Estimate (B)	SE	β	z	p	95% CI (Lower-Upper)
Прямой	Фрустрация-> УЖ	−1.086	0.204	−0.728	−5.33	**<0.001**	[−1.485; −0.686]
Непрямой	Фрустрация -> ОЭИ -> УЖ	0.265	0.145	0.178	1.83	0.176	[−0.019; 0.550]
Общий	Фрустрация ->УЖ	−0.820	0.231	−0.550	-3.54	**<0.001**	[−1.274; −0.367]

Примечание. CI — доверительный интервал, рассчитанный методом бутстреп-анализа (N=5000).

Таким образом, обе медиаторные модели согласованно показывают, что общий эмоциональный интеллект не выступает медиатором связи

фрустрации ни с общим качеством жизни, ни с удовлетворенностью жизнью: при p > 0,05 и доверительных интервалах, включающих ноль, влияние фрустрации на показатели благополучия объясняется прежде всего ее прямым эффектом.

Для проверки предположения о том, что партнерский статус и уровень социальной поддержки могут изменять силу связи фрустрации с удовлетворенностью жизнью, был проведен модерационный анализ в рамках многофакторной регрессионной модели (см. Таблицу 5).

Таблица 5. Результаты модерационного анализа связи фрустрации с удовлетворенностью жизнью (модератор — семейное положение)

Предиктор	**Estimate (B)**	**SE**	**Z**	**p**	**95% CI (Lower-Upper)**
Фрустрация	–0.726	0.239	–3.040	**0.002**	[–1,151; –0,231]
Семейное положение	–4.861	2.224	–2.185	**0.029**	[–9,475; –1.168]
Фрустрация × Семейное положение	0.431	0.481	0.895	0.371	[–0,629; 1,249]

Примечание. Зависимая переменная: УЖ — удовлетворенность жизнью. Семейное положение закодировано как (1 — одинок, 2 — имеет партнера).

Результаты модели с семейным положением показали, что фрустрация является статистически значимым отрицательным предиктором УЖ (B = –0,726; p = 0,002), а семейное положение также вносит самостоятельный значимый вклад (B = –4,861; p = 0,029), указывая на различия в уровне удовлетворенности жизнью между одинокими пациентами и пациентами, имеющими партнера (см. Таблицу 6). Однако взаимодействие «фрустрация × семейное положение» оказалось статистически незначимым (B = 0,431; p = 0,371; 95% ДИ [–0,629; 1,249]). Следовательно, семейное положение не модифицирует силу связи между фрустрацией и удовлетворенностью жизнью, хотя само по себе связано с ее уровнем.

Таблица 6. Результаты модерационного анализа связи фрустрации с удовлетворенностью жизнью (модератор — социальная поддержка)

Предиктор	Estimate (B)	SE	Z	p	95% CI (Lower-Upper)
Социальная поддержка (модератор)	0,098	1,467	0,067	0,947	[–3,337; 2,664]
Фрустрация	–0,829	0,218	–3,801	**<,001**	[–1,298; –0,429]
Фрустрация × Социальная поддержка	0,239	0,304	0,787	0,431	[–0,364; 0,852]
Average	–0,829	0,218	–3,81	**<,001**	[–1,27; –0,407]
Low (–1SD)	–1,014	0,241	–4,21	**<,001**	[–1,48; –0,485]
High (+1SD)	–0,644	0,382	–1,69	0,091	[–1,40; 0,108]

Примечание. Зависимая переменная: УЖ — удовлетворенность жизнью. Социальная поддержка закодирована как (1 — одна из категорий семья/коллеги/друзья, 2 — две категории из семья/коллеги/друзья и 3 — все категории). Average/Low/High — условный эффект фрустрации на УЖ при среднем уровне социальной поддержки и при значениях –1SD/+1SD соответственно.

В модели с социальной поддержкой фрустрация также выступила значимым отрицательным предиктором УЖ (B = –0,829; p < 0,001), тогда как сама социальная поддержка не показала значимого самостоятельного эффекта (B = 0,098; p = 0,947). Взаимодействие «фрустрация × социальная поддержка» также оказалось статистически незначимым (B = 0,239; p = 0,431), что не подтверждает ее буферную роль в данной выборке.

Анализ простых наклонов показал, что отрицательная связь фрустрации с удовлетворенностью жизнью сохраняется при среднем уровне социальной поддержки (B = –0,829; p < 0,001) и при низком уровне поддержки (B = –1,014; p < 0,001). При высоком уровне поддержки эффект остается отрицательным, но уже не достигает статистической значимости (B = –0,644; p = 0,091; 95% ДИ [–1,40; 0,108]). Это позволяет предположить возможный смягчающий эффект высокой поддержки, однако статистически он в исследовании не подтвержден.

В целом результаты модерационного анализа показывают, что фрустрация вносит устойчивый негативный вклад в снижение удовлетворенности жизнью, тогда как семейное положение и социальная поддержка

выступают скорее как самостоятельные контекстные факторы, но не как подтвержденные модераторы этой связи.

Обсуждение результатов

Полученные данные подтверждают центральную роль фрустрации социальных потребностей как важного психологического фактора снижения качества жизни и удовлетворенности жизнью у пациентов с алкогольной зависимостью. Фрустрация устойчиво отрицательно связана с УЖ и доменами КЖ, особенно с психическим здоровьем. Это соответствует клинической картине АЗ: хроническая неудовлетворенность потребностей в принятии, поддержке и принадлежности усиливает дистресс, поддерживает дисфункциональные убеждения и повышает вероятность использования алкоголя как способа быстрого снижения внутреннего напряжения.

Важным результатом стало то, что эмоциональный интеллект действительно связан с субъективным благополучием, прежде всего через межличностную эмоциональную компетентность и понимание эмоций, однако не выступает медиатором связи фрустрации ни с общим качеством жизни, ни с удовлетворенностью жизнью. Это означает, что негативное влияние фрустрации на благополучие реализуется преимущественно напрямую. Клинически это может указывать на разрыв между субъективно оцениваемой эмоциональной компетентностью и реальной способностью применять эти навыки в стрессовых ситуациях и при тяге.

Сравнительный анализ по партнерскому статусу показал, что пациенты без партнера имеют более низкую удовлетворенность жизнью и более низкий межличностный эмоциональный интеллект. При отсутствии различий по домену «окружающая среда» это позволяет предположить, что эффект одиночества связан прежде всего не с внешне-бытовыми условиями, а с внутренними психологическими процессами — субъективным переживанием дефицита, межличностными ожиданиями и стилем взаимодействия.

Модерационный анализ не подтвердил, что партнерский статус или социальная поддержка изменяют силу связи фрустрации с удовлетворенностью жизнью. Это, однако, не снижает значения социальных факторов: вероятнее, в данной выборке они выступают как самостоятельные источники риска снижения благополучия. По социальной поддержке отмечена тенденция к ослаблению влияния фрустрации при ее высоком уровне, но статистически стресс-буферный эффект не доказан, что может

быть связано с малым объемом выборки, упрощенной оценкой поддержки и клинической спецификой алкогольной зависимости.

КПТ-интерпретация и мишени интервенций

С позиции КПТ результаты указывают на два взаимосвязанных контура вмешательства — фрустрационный и социально-межличностный, оба значимо связаны со снижением благополучия и потенциальным риском срыва.

1. Фрустрационная толерантность и работа с дефицитарными схемами. Фрустрация потребностей выступает не только эмоциональным состоянием, но и когнитивной рамкой, через которую пациент воспринимает себя, других и возможность удовлетворения значимых потребностей. В этой связи мишенями КПТ становятся выявление автоматических мыслей и базовых убеждений дефицита и отвержения, когнитивная реструктуризация катастрофизации, поведенческие эксперименты на переносимость фрустрации, а также развитие навыков выдерживания дискомфорта и поиска альтернатив употреблению.

2. Эмоциональная регуляция как конкретный навык. Отсутствие медиаторной роли общего эмоционального интеллекта показывает, что в терапии важнее не общая декларируемая осознанность эмоций, а формирование прикладных навыков регуляции в триггерных состояниях — при тяге, конфликте, одиночестве и стыде. Ключевыми мишенями здесь являются функциональный анализ поведенческих цепочек, навыки управления импульсом и «серфинга влечения», а также поведенческая активация с планированием альтернативных способов восстановления ресурса.

3. Межличностные компетенции и профилактика социальной изоляции. Более низкая удовлетворенность жизнью и межличностный ЭИ у пациентов без партнера указывают, что значима не столько формальная включенность в отношения, сколько способность выстраивать и поддерживать устойчивые связи. Поэтому в КПТ важны тренинг коммуникации, развитие ассертивности, навыков запроса поддержки и обозначения границ, работа со схемами недоверия и отвержения, а также планирование постепенного расширения поддерживающих контактов, включая участие в трезвых сообществах и группах взаимопомощи.

4. Поддержка как качественный, а не только количественный ресурс. Поскольку число источников поддержки не показало буферного эффекта, в терапии следует оценивать не только наличие контактов, но и качество поддержки — эмоциональную доступность, надежность и возмож-

ность обращения за помощью в кризисе. В этой связи полезны составление карты поддержки, развитие навыков обращения за помощью и удержания контакта, а также профилактика социальных триггеров употребления.

Заключение

Исследование, проведенное на выборке пациентов с алкогольной зависимостью (n = 30), показало, что фрустрация социальных потребностей является центральным психологическим фактором снижения субъективного благополучия и качества жизни. Она устойчиво связана со снижением удовлетворенности жизнью и большинства доменов качества жизни, особенно психического здоровья. Показатели эмоционального интеллекта и отдельные аспекты качества жизни связаны с удовлетворенностью жизнью как ресурсные характеристики, однако медиаторный анализ показал, что общий эмоциональный интеллект не опосредует связь фрустрации ни с общим качеством жизни, ни с удовлетворенностью жизнью: в обеих моделях сохраняются значимые прямые эффекты фрустрации при отсутствии значимого непрямого эффекта через ОЭИ.

Социальный контекст также значим: пациенты без партнёра характеризуются более низкой удовлетворенностью жизнью и более низким межличностным эмоциональным интеллектом. Однако модерационный анализ не подтвердил, что партнерский статус или уровень социальной поддержки изменяют силу связи фрустрации с удовлетворенностью жизнью. Это позволяет рассматривать фрустрацию и социальные дефициты как относительно независимые факторы риска снижения благополучия.

В прикладном плане результаты обосновывают основные мишени КПТ-интервенций при алкогольной зависимости: снижение фрустрационного напряжения и развитие толерантности к фрустрации; работу с дисфункциональными схемами дефицита и отвержения; формирование конкретных навыков эмоциональной регуляции в ситуациях тяги и межличностного стресса; развитие межличностных компетенций и стратегий расширения поддерживающей сети с акцентом на качество социальной поддержки.

Ограничениями исследования являются поперечный дизайн, небольшой объем выборки, самоотчетный характер измерений, а также упрощённая операционализация одиночества и социальной поддержки. Перспективы дальнейшей работы связаны с расширением выборки, использованием более точных показателей субъективного одиночества

и качества поддержки, а также с проверкой выявленных моделей на клинических исходах ремиссии, включая уровень тяги и риск рецидива.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ботнарь А. Г. Психологические предикторы качества жизни пациентов с соматической и аддиктивной патологией : выпускная квалификационная работа / А. Г. Ботнарь ; Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева. — г. Санкт-Петербург, 2026. — 79 с.

2. Люсин Д. В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭмИн // Психологическая диагностика. — 2006. — № 4. — С. 3–22.

3. Минко А. И. и др. Показатель качества жизни и поддерживающая терапия больных с алкогольной зависимостью //Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2023. — №. 4 (14). — С. 169–175.

4. Рейковский, Я. Экспериментальная психология эмоций : [Пер. с пол.] / Я. Рейковский ; общ. ред. и вступ. ст. О. В. Овчинниковой. — Москва : Прогресс, 1979. — 392 с.

5. Сергиенко Е. А., Козлова Н. В., Федоренко Н. А. Исследование качества жизни во взаимосвязи с субъективным возрастом на этапе позднего онтогенеза // Психологический журнал. — 2012. — Т. 33, № 2. — С. 15–29.

6. Angner E. The evolution of eupathics: the historical roots of subjective measures of wellbeing // International Journal of Wellbeing. — 2011. — Vol. 1, No. 1. — P. 4–41.

7. Zaorska J. et al. Distress tolerance and emotional regulation in individuals with alcohol use disorder //Frontiers in psychiatry. — 2023. — Т. 14. — С. 1175664.

Бузина Татьяна Сергеевна
Российский университет медицины

Кубекова Алия Салаватовна
Астраханский государственный медицинский университет

Чумакова Виолетта Аркадьевна
Астраханский государственный медицинский университет

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Аннотация. В статье представлен анализ возможностей когнитивно-поведенческой психотерапии при работе с больными кардиологического профиля. Авторы приводит эффективные методы психотерапии для психологической профилактики пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая терапия, болезни кардиологического профиля, психосоматические расстройства, психологическая профилактика, эмоциональное состояние.*

Заболевания сердечно-сосудистой системы на сегодняшний день являются одной из самых распространенных причин смертности населения в Российской Федерации. Они ведут к физиологическим и биохимическим изменениям в организме, тем самым оказывая негативное влияние на общее психологическое состояние пациента и внутреннюю картину болезни. Традиционный подход к лечению основан на использовании медикаментозной терапии, в то время как современный взгляд на хронические неинфекционные заболевания включает использование также и психологических методов для эффективного лечения и вторичной профилактики [1–2].

Одним из активно используемых и эмпирически доказательных направлений в работе с заболеваниями кардиологического профиля является когнитивно-поведенческий подход. Его эффективность продемонстрирована рядом научных исследований с достоверными методами получения и обработки данных. В основе когнитивно-поведенческой терапии лежит работа с негативными реакциями и эмоциональными состояниями, влияющими на мышление и поведение человека. Психолог достигает результата с помощью коррекции автоматических мыслей, когнитивных ошибок мышления, иррациональных установок, обращая их в более адаптивные [3].

Одной из первоочередных задач психолога является выбор наиболее приемлемых для конкретного пациента методов. В ходе же групповой работы, например, в рамках школ здоровья, специалисту необходимо уделить должное внимание как всей группе в целом, так и каждому ее члену в отдельности, используя индивидуальный подход для достижения эффективного результата в ходе занятий. Для подбора методик учитывается не только наличие конкретного заболевания, но и пол, возраст, психологические особенности пациента, наличие внутренних конфликтов и невротических черт личности, тип отношения к болезни, копинг-стратегии и уровень приверженности к лечению.

Краткосрочная КПТ позволяет эффективно реализовывать потребности практической медицины. Основными психологическими технологиями, применяемыми для работы с пациентами кардиологического профиля, являются:

1. Методы когнитивного переструктурирования;
2. Методы изменения окружающей среды или самоподкрепления;
3. Метод ведения дневника;
4. Способы развития позитивного поведения;
5. Сенсорная репродукция;
6. Реатрибуция;
7. Методы, направленные на снятие стресса, тревоги и напряжения [4–5].

Как известно, многие болезни кардиологического профиля приводят к нейровегетативным нарушениям, в конечном счете связанным с изменениями, ведущими к снижению толерантности к стрессовым ситуациям. Так как дистресс является фактором прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, возникает порочный круг, который пациенту разорвать без помощи специалиста представляется особой трудностью. В ходе работы в рамках когнитивно-поведенческой терапии психолог помогает клиенту снизить психосоциальные факторы риска, повысить стрессоустойчивость. Для обучения управлению стрессом активно применяется уже проверенный временем метод систематической сенсибилизации, разработанный Джозефом Вольпе. В основе — моделирование и контролируемое введение клиента в ситуации, вызывающие тревогу, для постепенного преодоления вызванных негативных реакций.

Стоит отметить, что для работы с пациентами сердечного профиля также применим метод СМЭР, заключающийся в анализе дестабилизирующей ситуации, автоматических мыслей, эмоций и реакций. Глубокая

работа квалифицированного КПТ-специалиста позволяет скорректировать компенсаторные стратегии, копинг-стратегии, глубинные убеждения и негативный эмоциональный ответ.

С каждым годом все больше растет ценность и значимость психологической работы в медицинских учреждениях. Современные методы терапии сердечно-сосудистых патологий демонстрируют целостный подход к пациенту в соматической практике и включают в себя комбинацию медикаментозных методов и психологической помощи [6]. Когнитивно-поведенческая терапия имеет большое количество преимуществ, в том числе возможность достижения психотерапевтического эффекта в краткосрочный период. Конечными целями в рамках работы с больными кардиологического профиля являются минимизация психосоциальных факторов риска прогрессирования заболевания, достижение гармоничного типа внутренней картины болезни и повышение качества жизни пациента. Кроме того, психологические реабилитационные мероприятия позволяют достичь комплаенса, повысить приверженность лечебной терапии и скорректировать неадекватные представления пациента о своем состоянии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Magán I., Casado L., Jurado-Barba R., et al. Efficacy of psychological interventions on psychological outcomes in coronary artery disease: systematic review and meta-analysis // Psychological Medicine. 2021. Vol. 51, No 11. P. 1846–1860.

2. Абдуллаева А.С. Методы коррекции и лечения психосоматических расстройств // Психолог. 2024. № 3. С. 70–78.

3. Абдуллаева А.С., Абдуллаев С.С., Гаджиев М.А. Иррациональные установки как фактор профессиональной дезадаптации врачей-ординаторов // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2023. Т. 12, № 2-1. С. 127–133. DOI 10.34670/AR.2023.99.93.012.

4. Великанов А.А., Левашкевич А.Л., Столярова А.А. и др. Когнитивные ошибки и психологические особенности пациентов с ишемической болезнью сердца перед коронарным шунтированием в зависимости от пола и возраста // СПЖ. 2022. № 83.

5. Дубинина Е.А. Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенёсших инфаркт миокарда // Медицинская психология в России. 2018. №2.

6. Кубекова А.С., Бисалиев Р.В Когнитивно-поведенческая терапия при расстройствах пищевого поведения // Медицинская психология в России. 2022. — Т. 14, № 2(73). — EDN COSWIP.

Галигабаров Пётр Валерьевич
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

ОСНОВНЫЕ ИДЕИ Л.С. ВЫГОТСКОГО В ПОВЫШЕНИИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ПОСРЕДСТВОМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АРТ-ТЕРАПИИ

Аннотация. Целью статьи является обоснование применения одного из интегративных методов психологической помощи с опорой на фундаментальные положения культурно-исторической концепции. В результате исследования выделены и детально рассмотрены пять ключевых теоретических положений, раскрывающих механизмы и условия формирования психологической устойчивости к воздействию негативных факторов. Показано, как взаимодействие с объектами искусства способствует объективации внутренних переживаний, развитию рефлексии и усвоению новых способов саморегуляции. Делается вывод о высокой ценности данного теоретического подхода для научного обоснования и структурирования терапевтического воздействия, направленного на укрепление психического здоровья и адаптивных ресурсов личности.

Ключевые слова: *культурно-историческая концепция, когнитивно-поведенческая арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия, переживание, зона ближайшего развития, традиционные духовно-нравственные ценности, рефлексия.*

Культурно-историческая концепция Л.С. Выготского является фундаментальной основой для ряда направлений, прежде всего отечественной педагогики [13] и психологии [1]. Опора на традиционные, передаваемые от поколения к поколению духовно-нравственные ценности, их деятельная трансляция в моделях поведения и коммуникации позволяет уберечь культурную идентичность, обеспечить преемственность духовных основ общества и устойчивость моральных ориентиров, содействует формированию способности к критическому выбору [10] жителей страны.

Таким образом, культурно-исторический подход, уделяющий ключевое внимание усвоению культурных средств, предоставляет мощный теоретический аппарат для обоснования современных психотерапевтических методов, в частности, когнитивно-поведенческой арт-терапии (далее — КПАТ).

Актуальность поиска теоретической базы повышения стрессоустойчивости посредством КПАТ в культурно-историческом подходе заключается в обеспечении научной достоверности инновационного для Рос-

сии направления помощи в улучшении и поддержании психического здоровья [8], в ориентации на традиционные духовно-нравственные ценности.

Стрессоустойчивость — это способность субъекта сохранять физическое и психическое равновесие, функциональную активность и адаптивность в условиях стрессоров (психологических и/или физических) [6]. Идеи Л.С. Выготского могут быть фундаментальным обоснованием применения КПАТ в формировании навыка противостояния психологическим дестабилизирующим влияниям.

Если КПАТ — это интеграция создания и/или использования объектов искусства с идеями когнитивно-поведенческой терапии (предполагающей, что восприятие человеком любых событий оказывает влияние на его эмоциональный фон, поведение и физиологию) для помощи клиентам в улучшении и поддержании их психического здоровья [7], то какие основные идеи Л.С. Выготского применимы в повышении стрессоустойчивости посредством названной модальности?

1. Важность овладения средствами социально-культурной деятельности.

Высшие психические функции, включая саморегуляцию в ситуациях стресса, формируются через овладение средствами социально-культурной деятельности (речь, символы, знаки) [11]. В КПАТ художественные материалы (краски, карандаши, фломастеры и др.) и символы выступают как «психологические орудия», помогая дистанцироваться от переживаний и развивать произвольную саморегуляцию. Овладение средствами культуры позволяет опосредовать внутренний конфликт клиента/пациента, превращая его во внешний, поддающийся осмыслению и трансформации объект. Интериоризация этого опыта в ходе диалога со специалистом по ментальному здоровью ведёт к развитию внутренних инструментов саморегуляции.

2. Переживание.

В оригинальных работах Л.С. Выготского «переживание» представлено двумя компонентами:

— как феноменологический процесс и содержание того, как клиент/пациент осознаёт, осмысливает и эмоционально относится к событию, который может быть эмпирически обнаружен и исследован (например, экзамен вызывает у студента паническую атаку);

— как теоретический инструмент для анализа процесса развития личности, помогающий понять, как индивидуум воспринимает внешнюю

среду [4] (например, почему экзамен вызывает у студента паническую атаку).

Базовая идея КПТ о том, что не событие как таковое, а его восприятие клиентом/пациентом определяет реакцию (физиологическую, поведенческую), — это и есть переживание как преломляющая «призма». В КПАТ взаимодействие с объектами искусства, их создание позволяет выявить и визуализировать когнитивные и аффективные схемы клиента/пациента в ситуации, воспринимаемой как стрессовая. То есть — выявить само переживание.

3. Рефлексия как цель и механизм повышения стрессоустойчивости.

Классическая КПТ изначально включала в себя технологии по формированию рефлексивной способности (дневники с фиксацией убеждений и эмоций, лежащих в основе различных шаблонов поведения, сократический диалог и т. д.) [11]. Стрессоустойчивость невозможна без навыка выносить свои автоматические мысли и эмоциональные реакции в поле осознания и работать с ними как с объектами.

КПАТ через создание и последующий анализ арт-объекта позволяет останавливаться, объективировать и отчуждать стрессовые переживания, рассматривая их как внешний предмет для изучения, а затем устанавливать новые отношения и смыслы. Этот процесс приводит к изменению эмоционального реагирования. Клиент получает материализованный, стабильный конструкт для осознания и переработки своих мыслей, чувств и значений. Это прямое воплощение идеи интериоризации: совместная с терапевтом работа по осмыслению образа ведет к формированию внутренней рефлексивной способности [3].

4. **Работа в зоне ближайшего развития (ЗБР).**

ЗБР подразумевает, что психологическая помощь эффективна, когда терапевт/педагог действует в области, где клиент/пациент может что-то сделать сам, а что-то — с помощью. КПАТ с её игровыми и творческими формами чаще подходит для такого сотрудничества: она позволяет мягко, в соответствии с ресурсами человека, проектировать новые способы преодоления стресса, избегая зоны невыполнимого и развивая субъектность [12].

5. **Важность учёта культурных особенностей.**

Культурно-исторические основы психотерапии предполагают, что клиент/пациент не изолирован, а является представителем той или иной культуры. Повышение стрессоустойчивости людей невозможно без учета особенностей той культуры, в которой живет или должен жить человек [9].

Четвёртым принципом лечения в КПТ является адаптация под культурные и индивидуальные особенности человека [2, с. 44]. Примерами такой адаптации в КПАТ могут служить: использование картонных фигурок с разнообразными обозначениями эмоций и облачками (как в комиксах) для фиксации мыслей; рисунки тела, чтобы отмечать те его части, в которых клиенты испытывают яркие эмоциональные ощущения; аппликация для визуализации жизненных ценностей и постановки конкретных целей; другие средства арт-терапии [5, с. 24–25], которые особенно важны в культурах, где вербальная экспрессия эмоций может быть затруднена. Подобная адаптация является и примером работы в ЗБР.

Таким образом, КПАТ, опираясь на идеи Л.С. Выготского, предоставляет клиенту/пациенту культурные средства (1) для объективации и рефлексии (3) своего стрессового переживания (2), что происходит в поддерживающем диалоге с терапевтом в ЗБР (4) с учетом культурного контекста клиента (5).

Выводы

Проведенный анализ демонстрирует, что культурно-историческая концепция Л.С. Выготского предоставляет глубокую и системную теоретическую основу для обоснования и применения КПАТ в целях повышения стрессоустойчивости.

Ключевые идеи Выготского находят своё прямое воплощение в терапевтическом процессе:

1. Художественные материалы и символы выступают в роли современных «психологических орудий», опосредующих внутренний конфликт и делающих его доступным для осмысления.

2. Фокус на переживание как индивидуальную «призму» восприятия стресса позволяет через создание и/или использование объектов искусства выявлять и визуализировать дезадаптивные когнитивно-аффективные схемы.

3. Процесс рефлексии над материализованным в творчестве опытом становится центральным механизмом развития навыка саморегуляции, что соответствует процессу интериоризации.

4. Гибкий и творческий формат КПАТ создаёт идеальные условия для работы в зоне ближайшего развития, где терапевт поддерживает клиента в освоении новых способов совладания со стрессом.

5. Принцип учёта культурных особенностей получает практическое выражение в адаптации арт-техник, что повышает их доступность и эффективность для представителей разных культур.

Таким образом, интеграция идей Выготского в методологию КПАТ не только обеспечивает ей научную релевантность и историческую преемственность в рамках отечественной психологической школы, но и усиливает её терапевтический потенциал. Такой синтез позволяет целостно работать со стрессоустойчивостью, рассматривая её не как изолированный навык, а как результат развития высших психических функций через культурно опосредованную, субъектную и рефлексивную деятельность. Это открывает перспективы для дальнейших исследований и практической адаптации КПАТ в соответствии с культурно-историческим подходом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тахир Ю. Б., Белинская Е. П., Тихомандрицкая О. А., Культурно-историческая теория и социальная психология: перекличка идей // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2024. №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kulturno-istoricheskaya-teoriya-i-sotsialnaya-psihologiya-pereklichka-idey (дата обращения: 06.02.2026).

2. Бек Джудит. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. 3-е издание. — СПб.: Питер, 2024. — 512 с.

3. Битюцкая Е. В., Когнитивное оценивание трудной жизненной ситуации с позиций деятельностного подхода А. Н. Леонтьева // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2013. №2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnoe-otsenivanie-trudnoy-zhiznennoy-situatsii-s-pozitsiy-deyatelnostnogo-podhoda-a-n-leontieva (дата обращения: 03.02.2026).

4. Вересов, Н. Н. (2016). Переживание как психологический феномен и теоретическое понятие: уточняющие вопросы и методологические медитации. Культурно-историческая психология, 12(3), 129–148. https://doi.org/10.17759/chp.2016120308

5. Галигабаров П. В., Когнитивно-поведенческая арт-терапия: Практики улучшения и поддержания ментального здоровья / Пётр Галигабаров. — [б.м.]: Издательские решения, 2025. — 198 с.

6. Галигабаров П. В. Психолого-педагогическое сопровождение повышения стрессоустойчивости студентов посредством арт-терапии, основанной на осознанности / Инновационные подходы и тенденции развития в физкультурном образовании, адаптивной физической культуре и безопасности жизнедеятельности: сборник статей к Международной научно-практической конференции (23–24 октября 2025 г.); ФГБОУВО «ОГПУ», Типография «Экспресс-печать», — Оренбург, 2025. —380 с.

7. Галигабаров П. В. Прояснение ценностей и их реализации в конкретных действиях в рамках когнитивно-поведенческой арт-терапии, интегрированной с коучингом // X Международный Форум Ассоциации когнитивно-поведенческой

психотерапии CBTFORUM: сборник научных статей. — СПб.: Международный институт развития когнитивно-поведенческой терапии, 2024. — 129 с.

8. Дворкина М. Я., Как долго длится инновация? // Библиосфера. 2009. №4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kak-dolgo-dlitsya-innovatsiya (дата обращения: 02.02.2026).

9. Кравцова Е. Е., Психотерапия с позиций культурно-исторического подхода // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2008. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/psihoterapiya-s-pozitsiy-kulturno-istoricheskogo-podhoda-1 (дата обращения: 03.02.2026).

10. Пак Л. Г., Шишковская И. П., Ведущие идеи аксиологической концепции социализации цифрового поколения студентов в противостоянии рискам социума // Вестник ШГПУ. 2025. №4 (68). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/veduschie-idei-aksiologicheskoy-kontseptsii-sotsializatsii-tsifrovogo-pokoleniya-studentov-v-protivostoyanii-riskam-sotsiuma (дата обращения: 06.02.2026).

11. Холмогорова, А. Б. Значение культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского для разработки современных моделей социального познания и методов психотерапии. Культурно-историческая психология, 12(3), 58–92. https://doi.org/10.17759/chp.2016120305

12. Холмогорова, А. Б., Зарецкий, В. К. Может ли культурно-историческая концепция Л. С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты?. *Культурно-историческая психология, 7*(1), 108–118. URL: https://psyjournals.ru/journals/chp/archive/2011_n1/39686 (дата обращения: 03.02.2026).

13. Хоминская В. В. Культурно-историческая теория Л.С. Выготского как философская методология современного образования // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2016. № 3. С. 32–41.

Горбенкова Ольга Алексеевна
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК МЕДИАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ КПТ

Аннотация. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) является одним из ведущих методов коррекции широкого спектра психических расстройств, однако клинические исходы КПТ остаются гетерогенными. В настоящем обзоре рассматривается, как биологические аспекты образа жизни (сон, физическая активность и питание) могут влиять на эффективность КПТ. Проанализированы рандомизированные исследования, метаанализы и вторичные медиаторные исследования, оценивающие влияние изменений образа жизни на эффективность КПТ. Выявлено, что нарушения сна, низкая физическая активность и нерегулярное питание могут ограничивать когнитивные и поведенческие навыки пациента, снижая терапевтический эффект. Коррекция этих факторов способствует улучшению эмоциональной регуляции, повышению когнитивной гибкости и развитию стрессоустойчивости. Результаты подчеркивают значимость интеграции биологических факторов в психотерапевтический процесс и открывают перспективы для персонализированной, более эффективной КПТ.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая психотерапия, медиаторы терапевтического эффекта, образ жизни, сон, физическая активность, питание, персонализированная психотерапия.*

Введение

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) на сегодняшний день является одним из наиболее эмпирически обоснованных подходов к коррекции широкого спектра психических расстройств. Метаанализы подтверждают ее эффективность при тревожных и депрессивных расстройствах, расстройствах личности, расстройствах пищевого поведения (РПП) и ряде соматоформных расстройств. Однако, несмотря на научную обоснованность, клинические исходы КПТ остаются гетерогенными: часть пациентов достигает устойчивой ремиссии, тогда как у других наблюдается частичный ответ, терапевтическая резистентность или рецидив симптоматики. Такое разнообразие исходов вызывает интерес исследователей к изучению механизмов, лежащих в основе психотерапевтических изменений.

Современные исследования смещают фокус с вопроса «Эффективна ли КПТ?» к вопросу «За счёт каких процессов реализуется её эффект?». В этом контексте особое значение приобретает изучение медиаторов

психотерапии — переменных, через которые терапевтическое воздействие приводит к снижению симптоматики. В отличие от модераторов, определяющих условия эффективности лечения, медиаторы отражают механизмы изменений и позволяют реконструировать причинную цепочку между интервенцией и клиническим результатом.

Традиционно в рамках КПТ в качестве ключевых медиаторов рассматриваются когнитивные и поведенческие изменения: модификация дисфункциональных убеждений, сокращение компенсаторных стратегий, развитие навыков эмоциональной регуляции и самоконтроля. Однако терапевтический процесс нередко сопровождается изменениями образа жизни, касающимися регуляции сна, уровня физической активности и особенностей питания. Эти факторы могут оказывать влияние на эмоциональную реактивность, когнитивные процессы и успешность применения копинг-стратегий, тем самым потенциально усиливая или ограничивая эффективность психотерапевтических интервенций.

В ряде исследований особенности образа жизни рассматриваются преимущественно как модераторы терапевтического ответа. Тем не менее их систематический анализ позволяет выдвинуть гипотезу о возможной медиаторной роли биологических аспектов образа жизни в структуре психотерапевтических изменений. Рассмотрение сна, физической активности и питания как потенциальных промежуточных механизмов расширяет традиционную когнитивную модель КПТ и позволяет интегрировать психологические и физиологические уровни регуляции.

Настоящий нарративный обзор направлен на анализ эмпирических данных о роли сна, физической активности и питания как потенциальных медиаторов эффективности КПТ. В работе рассматриваются рандомизированные контролируемые исследования, вторичные медиаторные анализы и метаанализы, оценивающие изменения указанных факторов в процессе психотерапии и их связь с клиническими исходами. При рассмотрении биологических аспектов образа жизни в качестве потенциальных медиаторов эффективности учитывались следующие критерии: изменение показателя в ходе терапии, временное предшествование клиническому улучшению, статистическая связь с исходом лечения и наличие данных о косвенном эффекте интервенции через соответствующую переменную.

Представленный анализ направлен на уточнение роли биологических факторов в механизмах действия КПТ и формирование теоретических оснований для более интегративного и персонализированного подхода к психотерапии.

Сон как медиатор эффективности КПТ

Сон является фундаментальным биологическим процессом, напрямую связанным с когнитивной регуляцией, эмоциональным контролем и физическим восстановлением. В контексте психотерапии он может рассматриваться не только как симптом, но и как фактор, влияющий на способность пациента обрабатывать терапевтический материал и применять освоенные навыки. Нарушения сна ассоциируются с усилением руминаций, увеличением эмоционального дистресса и снижением эффективности исполнительных функций, что потенциально затрудняет использование когнитивных и поведенческих стратегий в ходе КПТ.

КПТ-инсомнии (CBT-I) направлена на коррекцию поведенческих и когнитивных факторов, препятствующих восстановлению сна, включая дисфункциональные убеждения о сне и руминации перед засыпанием. Снижение выраженности данных факторов способствует нормализации дневной активности и улучшению эмоциональной регуляции, что создает более благоприятные условия для реализации терапевтических навыков (Головатюк и др., 2023).

Эмпирические данные подтверждают возможную медиаторную роль сна. В крупном рандомизированном исследовании цифровой КПТ-инсомнии (dCBT-I) улучшение показателей сна было связано с повышением функционального здоровья и психологического благополучия. При этом изменения сна медиировали почти половину общего психотерапевтического эффекта через 24 недели наблюдения (Vestergaard et al., 2021). Эти результаты позволяют рассматривать сон как промежуточную переменную между психотерапевтическим вмешательством и клиническими исходами.

Дополнительные данные получены в различных клинических выборках. В рандомизированном исследовании КПТ-инсомнии у пациентов с диабетом 2 типа улучшение сна сопровождалось не только снижением выраженности инсомнии, но и улучшением метаболических показателей (Groeneveld et al., 2024), что отражает связь поведенческих изменений и физиологической регуляции. В работе Santoft et al. (2019) при лечении диагностированного выгорания нормализация режима сна и распределение нагрузки частично опосредовали снижение симптомов.

Наконец, исследования показывают, что физиологические параметры могут влиять на выраженность терапевтического ответа. Эффективность КПТ при депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью варьировала в зависимости от соматических нарушений, включая параметры сна и циркадной регуляции (Smagula et al., 2019). Хотя данные результаты

преимущественно касаются модерации, они подчеркивают значимость биологических процессов в структуре психотерапевтических изменений.

Таким образом, сон может рассматриваться как потенциальный медиатор, создающий физиологические условия для более эффективной реализации когнитивных и поведенческих интервенций.

Физическая активность как биологический путь воздействия

Физическая активность является ключевым биологическим компонентом образа жизни и играет важную роль в регуляции настроения, снижении стресса и поддержании когнитивных функций. В рамках КПТ изменения в активности традиционно рассматриваются как элемент поведенческой активации, однако их влияние может выходить за пределы чисто поведенческого уровня, затрагивая как психологические, так и физиологические процессы.

Программы, сочетающие КПТ с мотивационным интервьюированием, демонстрируют статистически значимое увеличение уровня физической активности и положительные изменения антропометрических показателей у взрослых с избыточной массой тела (Barrett et al., 2018; Kurnik Mesarič et al., 2023). Эти эффекты сохраняются на протяжении нескольких месяцев после вмешательства. Ключевыми активными компонентами таких программ являются автономная мотивация, постановка целей и развитие навыков саморегуляции, которые запускают поведенческие изменения, усиливающие терапевтический эффект (Barrett et al., 2025).

Повышение физической активности сопровождается изменениями психологического функционирования, включая рост самоэффективности, улучшение самооценки и снижение руминаций (Dowd et al., 2004). В ряде исследований показано, что такие психологические изменения могут выступать промежуточными механизмами между психотерапией и улучшением психического состояния. Например, исследования показывают, что КПТ помогает пациентам менять привычные реакции на физические симптомы, такие как усталость или дискомфорт. Постепенное увеличение активности в сочетании с изменением когнитивных и поведенческих паттернов способствует снижению симптомов усталости и улучшению функционирования в повседневной жизни (van den Akker et al., 2018; De Gier et al., 2022). Данные отечественных исследований также подтверждают связь между уровнем физической активности и выраженностью тревожно-депрессивной симптоматики, что позволяет рассматривать активность как потенциальный биологический медиатор терапевтического ответа (Ветрова и др., 2025).

С биологической точки зрения физическая активность ассоциируется с изменениями в метаболизме нейромедиаторов, повышением уровня эндорфинов, улучшением сна и другими физиологическими процессами, способствующими эмоциональной регуляции и снижению стресса (Deslandes et al., 2009; Stathopoulou et al., 2006). Таким образом, интеграция физической активности в КПТ может создавать оптимальные условия для реализации когнитивных и поведенческих стратегий, усиливая общий терапевтический эффект и улучшая психическое и соматическое здоровье пациентов.

Питание и метаболическое регулирование психического состояния

Питание — необходимый компонент биологической саморегуляции, оказывающий системное влияние на уровень энергии, гликемическую стабильность, когнитивные функции и эмоциональное состояние. В контексте КПТ пищевое поведение традиционно рассматривается как непосредственная терапевтическая мишень при РПП и метаболических нарушениях. Однако с позиции медиаторного анализа питание может рассматриваться не только как целевой результат вмешательства, но и как промежуточный механизм, через который реализуется клинический эффект психотерапии.

Стабилизация питания способствует улучшению психофизиологического функционирования. Например, в рандомизированном исследовании Sivyer et al. (2020) у пациентов с РПП регулярные приёмы пищи и снижение ограничительного поведения опосредовали уменьшение симптоматики, что подтверждает роль пищевого поведения как механизма изменений в психотерапии. Метанализы демонстрируют, что снижение диетического ограничения и обеспокоенности весом и фигурой связано с уменьшением эпизодов переедания и очищения, дополнительно подтверждая клиническую значимость вмешательств, направленных на нормализацию пищевых привычек (Linardon, 2018; Linardon et al., 2017).

Помимо поведенческого уровня, питание оказывает влияние на физиологические параметры, потенциально значимые для психотерапевтического процесса. Нерегулярные приёмы пищи, выраженные колебания уровня глюкозы и дефицитарность рациона ассоциируются с повышенной утомляемостью, раздражительностью, снижением концентрации внимания и нарушениями исполнительных функций. Подобные состояния могут ограничивать способность пациента к когнитивной реструктуризации, планированию поведенческих экспериментов

и последовательному применению освоенных навыков. В этом контексте стабилизация питания может рассматриваться как фактор, создающий более благоприятные биологические условия для реализации терапевтических стратегий.

Данные соматической медицины дополнительно иллюстрируют значимость метаболической регуляции. В клинических исследованиях у пациентов с метаболическими нарушениями коррекция пищевого поведения сопровождалась нормализацией уровня сахара в крови и улучшением клинических исходов (Pan et al., 2024). В онкологической практике совмещение протоколов мотивационного интервьюирования и КПТ, реализуемых совместно с диетологами, способствовало улучшению нутритивного статуса и качества жизни пациентов с раком головы и шеи во время лучевой терапии (Britton et al., 2019). Отечественные исследования также подтверждают связь питания и психического состояния: нарушения рациона ассоциированы с более выраженной психопатологической симптоматикой (Бобык, 2022). Несмотря на то что данные работы не всегда ориентированы на анализ медиаторных эффектов в психотерапии, они демонстрируют устойчивую связь между поведенческой регуляцией питания, физиологической стабилизацией и клиническим улучшением

Таким образом, изменения пищевого поведения могут выступать посредником терапевтического эффекта КПТ, особенно при РПП, метаболических нарушениях и онкологических заболеваниях. Для других психических расстройств роль питания как биологического медиатора пока изучена ограниченно, что открывает перспективы для дальнейших исследований и разработки комплексных психотерапевтических подходов, учитывающих взаимодействие психологических и физиологических факторов.

Заключение

Гетерогенность клинических исходов КПТ остаётся одной из ключевых проблем современной психотерапии. Несмотря на высокий уровень доказательности, не все пациенты достигают полной ремиссии, что подчёркивает необходимость более глубокого понимания механизмов терапевтических изменений. Настоящий обзор демонстрирует, что биологические аспекты образа жизни (сон, физическая активность и пищевое поведение) могут выступать промежуточными механизмами, опосредующими эффективность КПТ.

Недостаток сна снижает когнитивную гибкость и способность к переоценке дисфункциональных убеждений, низкий уровень физической активности ограничивает эффект поведенческой активации, а метаболическая нестабильность повышает эмоциональную реактивность. Эти данные указывают на то, что биологические процессы напрямую влияют на способность пациента усваивать когнитивные и поведенческие навыки, формируемые в ходе психотерапии, и могут модифицировать её исходы.

Эмпирические исследования подтверждают, что интеграция мониторинга и коррекции образа жизни повышает эффективность стандартных протоколов КПТ, ускоряет терапевтический прогресс и снижает риск рецидива. Систематический учёт сна, уровня физической активности и особенностей питания при формулировании случая позволяет перейти от универсальных вмешательств к индивидуализированным стратегиям, учитывающим уникальные биологические и поведенческие особенности пациента.

Существующие исследования имеют ограничения: большинство не используют четко структурированные продольные медиаторные модели исследований, отсутствует проверка временной последовательности изменений, а гетерогенность выборок и методик снижает сопоставимость результатов. Кроме того, чрезмерная биологизация психотерапии может привести к редукционизму. Биологические факторы следует рассматривать как вероятные и контекстуально обусловленные механизмы, требующие дальнейшей эмпирической проверки.

Перспективы будущих исследований включают проведение экспериментальных работ, направленных на выявление влияния конкретных биологических факторов на исходы КПТ, а также разработку протоколов, включающих мониторинг и поддержку сна, активности и питания. Такой подход открывает возможности для более персонализированной и эффективной психотерапии, способной максимально учитывать индивидуальные особенности пациента и усиливать терапевтический эффект.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобык О.А. Сравнительная оценка влияния психологических стрессоров, связанных с пандемией новой коронавирусной инфекции, на психически здоровых лиц и пациентов с расстройствами психики и поведения. ПСИХИАТРИЯ. 2025; 23(1): 81–87.

2. Ветрова Т.В., Леонтьева М.О., Трохманенко С.В., Власов А.С., Дударенко С.В., Ветрова Е.Г. Взаимовлияние регулярной физической активности и уровня

тревожно-депрессивного состояния человека. Вестник психотерапии. 2024; 1(92): 25–33.

3. Головатюк А.О., Полуэктов М.Г. Эффективность дистанционных методов когнитивно-поведенческой терапии хронической инсомнии и возможности применения комбинированных подходов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023; 123(5-2): 58–62.

4. Van den Akker L.E., Beckerman H., Collette E.H., Knoop H., Bleijenberg G., Twisk J.W., Dekker J., de Groot V.; TREFAMS-ACE study group. Cognitive behavioural therapy for MS-related fatigue explained: A longitudinal mediation analysis. J Psychosom Res. 2018; 106: 13–24.

5. Barrett S., Begg S., O'Halloran P., Kingsley M. Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses. BMC Public Health. 2018; 18(1): 1160.

6. Barrett S., Begg S., Dunford A.R. et al. Effective components of integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for lifestyle behaviour change: a modified Delphi study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2025; 22: 135.

7. Britton B., Baker A.L., Wolfenden L., Wratten C., Bauer J., Beck A.K., McCarter K., Harrowfield J., Isenring E., Tang C., Oldmeadow C., and Carter G. Eating As Treatment (EAT): A Stepped-Wedge, Randomized Controlled Trial of a Health Behavior Change Intervention Provided by Dietitians to Improve Nutrition in Patients With Head and Neck Cancer Undergoing Radiation Therapy (TROG 12.03). Int J Radiat Oncol Biol Phys 2019; 107(3): 606.

8. Deslandes A., Moraes H., Ferreira C., Veiga H., Silveira H., Mouta R., Pompeu F.A., Coutinho E.S., Laks J. Exercise and mental health: many reasons to move. Neuropsychobiology. 2009; 59(4): 191–8.

9. Dowd S., Vickers K., & Krahn D. Exercise for depression: How to get patients moving. Current Psychiatry. 2004; 3(6): 10–20.

10. De Gier M., Picariello F., Slot M., Janse A., Keijmel S., Menting J., Worm-Smeitink M., Beckerman H., De Groot V., Moss-Morris R., & Knoop H. The relation between cognitive-behavioural responses to symptoms in patients with long term medical conditions and the outcome of cognitive behavioural therapy for fatigue — A secondary analysis of four RCTs. Behaviour research and therapy. 2022; 161: 104243.

11. Groeneveld L., Beulens J., Blom M., Van Straten,A., Van Der Zweerde T., Elders P., & Rutters F. The effect of cognitive behavioral therapy for insomnia on sleep and glycemic outcomes in people with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. Sleep medicine. 2024; 120: 44–52.

12. Linardon J. The relationship between dietary restraint and binge eating: Examining eating-related self-efficacy as a moderator. Appetite. 2018; 127: 126–129.

13. Linardon J., Wade T., De La Piedad Garcia X., & Brennan L. The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2017; 85: 1080–1094.

14. Kurnik Mesarič K., Pajek J., Logar Zakrajšek B., Bogataj Š., Kodrič J. Cognitive behavioral therapy for lifestyle changes in patients with obesity and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2023; 13(1): 22674.

15. Pan M.R., Dong M., Zhang S.Y., Liu L., Li H.M., Wang Y.F., Qian Q.J. One-year follow-up of the effectiveness and mediators of cognitive behavioural therapy among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: secondary outcomes of a randomised controlled trial. BMC Psychiatry. 2024; 24(1): 207.

16. Santoft F., Salomonsson S., Hesser H., Lindsäter E., Ljótsson B., Lekander M., Kecklund G., Öst L., & Hedman-Lagerlöf E. Mediators of Change in Cognitive Behavior Therapy for Clinical Burnout. Behavior therapy. 2019; 50(3): 475–488.

17. Sivyer K., Allen E., Cooper Z., Straebler S., O'Connor M., Fairburn C., & Murphy R. Mediators of change in cognitive behavior therapy and interpersonal psychotherapy for eating disorders: A secondary analysis of a transdiagnostic randomized controlled trial. The International Journal of Eating Disorders. 2020; 53: 1928–1940.

18. Smagula S.F., Freedland K.E., Steinmeyer B.C., Wallace M.J., Carney R.M., Rich M.W.. Moderators of Response to Cognitive Behavior Therapy for Major Depression in Patients With Heart Failure. Psychosom Med. 2019; 81(6): 506–512.

19. Stathopoulou G., Powers M., Berry A., Smits J., & Otto M. Exercise interventions for mental health: A quantitative and qualitative review. Clinical Psychology: Science and Practice. 2006; 13: 179–193.

20. Vestergaard C.L., Vedaa Ø., Simpson M.R., Faaland P., Vethe D., Kjørstad K., Langsrud K., Ritterband L.M., Sivertsen B., Stiles T.C., Scott J., Kallestad H. The effect of sleep-wake intraindividual variability in digital cognitive behavioral therapy for insomnia: a mediation analysis of a large-scale RCT. Sleep. 2021; 44(10): zsab118.

Граница Александр Станиславович
Казанский федеральный университет, институт фундаментальной медицины и биологии, кафедра неврологии с курсами психиатрии, клинической психологии и медицинской генетики

КАК ИЗМЕРИТЬ «ГЛУБИНУ ПСИХОТЕРАПИИ»?

Аннотация. В статье обсуждается вопрос о возможности применения критериев и подходов к измерению «глубины» психотерапии. Предлагаются три способа измерения: согласно временной перспективе, пространственно-иерархическое, по интенсивности эмоций. Демонстрируется неоднозначность таких взглядов и альтернативных оценок направлений психотерапии — высоту абстракции, направленность от проблемы клиента в сторону смыслов и ценность. Делается вывод о необходимости продолжения исследований в этой области с признанием как текущих ограничений, так и достижений.

Ключевые слова: *бессознательное, инсайт, когнитивно-поведенческая терапия, психодинамическая терапия, уровни воздействия.*

Дискуссии между разными методами психотерапии ведутся с момента ее становления как помогающей отрасли на стыке медицины и психологии [4–6]. Эти дискуссии касаются оценки эффективности, критериев успешной психотерапии, а также теоретических обоснований применяемых техник и мишеней для интервенций. Например, основатель нейропсихоанализа М. Солмс пишет: «Психоаналитическое лечение направлено не столько на симптоматическое облегчение, сколько на то, что можно назвать изменением личности. Поэтому неудивительно, что психоаналитическое лечение достигает гораздо лучших результатов по *этому* критерию, чем другие методы лечения. Этот момент объясняет хорошо известный «отложенный эффект», в связи с чем симптоматическая картина продолжает улучшаться и после завершения психоаналитической терапии» [16].

Стоит признать, что как в психологической науке, так и в психотерапии отсутствует консенсус относительно целого ряда феноменов: личности и ее структуры, эмоций и регуляции, сознания, его источника и соотношения с неосознаваемыми, бессознательными процессами и проч. Из этой неопределенности вытекают трудности в верификации и фальсификации положений, принятых за основу методов психотерапии. Одно из этих положений касается вопроса об уровне воздействия психотерапии, то, что соотносится с распространенным понятием «глубины». Характеристику «глубинность» можно встретить как минимум в нескольких распростра-

ненных терминах: глубинная психология — обобщенное наименование школ психотерапии, преимущественно психодинамического направления, заявляющих работу с бессознательными психическими процессами [7, 11, 15]. Глубинный (ядерный) конфликт — представления о том, что первоисточник проблемы скрыт за симптомом, и потому требует обнаружения и разрешения, как более важный, чем сам симптом [7]. Применяется скорее в психодинамически-ориентированных подходах. Глубинные убеждения — или центральные убеждения в рамках когнитивной модели школы А. Бека, как базовые представления о себе, других людях и мире [2]. Во всех этих значениях, подразумевается, что у слова глубинный имеется коннотация предпочтения перед более «поверхностной работой», поскольку приводит к более стойким личностным переменам и разрешению психологических проблем. Следовательно, это измерение будет касаться и оценки эффекта от психотерапии — были достигнуты более «глубокие» изменения, и мишени — коррекция личности или развитие навыков, снижение симптоматики и т.д. В данном сообщении мы хотим рассмотреть с нескольких сторон понятие «глубины» в психотерапии, а также аргументацию в поддержку необходимости ориентации на более «глубинные» процессы.

Исходя из обзора наиболее популярных направлений психотерапии — когнитивно-поведенческого, экзистенциально-гуманистического и психодинамического, «глубина» имеет три способа измерения. Первое — временная перспектива: чем отдаленнее во времени находятся мишени воздействия и факторы, играющие роль в формировании проблемы клиента, тем более глубокой будет работа психотерапевта. Наиболее «поверхностными» в таком случае будут симптом-центрированные техники. Например, техники эмоциональной регуляции и релаксации из арсенала когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и телесно-ориентированных практик, воздействуют на актуальные биологические и психологические механизмы, поддерживающие симптом [3]. Более отдаленный во времени подход может быть представлен в историческом поведенческом анализе, когда проясняются не только подкрепления, поддерживающие текущее проблемное поведение, но их исторический контекст. Это имеет особенное значение при объяснении, почему симптом сохраняется, несмотря на отсутствие подкреплений в настоящий момент — предшествующее длительное или интенсивное подкрепление может сформировать стойкое ожидание повторения опыта, несмотря не актуальные противоречия, и угасания реакции не происходит. Примером тому может быть психологическая травма, приводящая к фобии

или посттравматического стрессового расстройства. Существенная часть методов психотерапии сфокусирована на детском и подростковом периоде, и поиске там причин проблемы клиента, причем это область согласования когнитивной терапии и психодинамически-ориентированных подходов. Следовательно, в основном под «глубинной работой» имеется в виду прояснение связи между детским опытом и текущими жизненными трудностями, а так же изменения отношения к этому опыту: работа с переносом, рескриптинг, когнитивная реструктуризация воспоминаний и проч. Основание необходимости затронуть этот период видится в исследовании связи детского стресса и психических расстройств, представлений о закономерностях возрастного развития психики, теории привязанности, а также некоторых нейробиологических моделях (например, Дж. Леду и его исследований страха, роли памяти и научения). Однако, временная шкала может сдвигаться еще дальше: младенчество (теория объектных отношений М. Кляйн, телесно-ориентированная терапия и др.), перинатальный период (психоанализ О. Ранк, холотропное дыхание С. Гроф, бодинамика и др.). И даже в качестве источника проблемы указывается история семьи и предков: расстановки по Б. Хеллингеру, родовой сценарий Э. Берна и др.). Историческое обоснование через теорию эволюции осуществляется в терапии сфокусированной на сострадании П. Гилберта и нейропсихоанализе М. Солмса. В данном случае источником проблемы обозначается многомиллионный путь эволюционирования мозга, который создал предрасположенности к тревоге, чувствительности к стыду и отвержению и другим психологическим проблемам. Стоит отметить, что отсутствие четких рамок не позволяет надежно утверждать, на каком именно отрезке временной перспективы работы с клиентом нужно останавливаться. Что отчасти связано и неясности в разграничении понятий причина и фактор.

Второе, предлагаемое нами измерение — это пространственно-иерархическое. Во многих направлениях психотерапии структура психики (и личности) представлено в виде иерархической модели. Чаще всего это соотношение более близких и доступных осознанию процессов — более поверхностных — и менее доступных, а может быть и вовсе недоступных — бессознательных. Наиболее известная в данном случае, топологическая модель, зачинавшаяся З. Фрейдом с наполнением бессознательного содержанием ИД и Суперэго, и компонентов Эго на сознательном уровне [3, 7]. Последующее развитие этих идей привело к появлению понятий коллективного бессознательного, теории объектных отношений, психоанализе Ж. Лакана и вновь продолжено в нейропсихоанализе [15].

Подобную структуру, но восходящую к когнитивной психологии и теории схем Ж. Пиаже, можно отметить в когнитивной терапии А. Бека и схема-терапии Дж. Янга: более доступные осознанию копинг-стратегии, автоматические мысли и режимы, и практически неосознанные глубинные убеждения и схемы. Однако И. Ялом, предлагает дополнить эту модель еще более глубоким страхом смерти и другими экзистенциальными данностями. Во всех перечисленных подходах фундаментальный источник заявленной клиентом проблемы обнаруживается на более «глубоких» слоях психики, следовательно, и успешность терапии измеряется в способности обнаружить и провести интервенцию на этом уровне.

Третье измерение, это интенсивность эмоций — чем более интенсивные эмоции обнаружены, тем более «глубокие» процессы были затронуты. Это выражается, например, в иерархии эмоций — более интенсивные и труднопереносимые эмоции «прикрываются» переживаемыми с большей легкостью. Например, гнев, защищающий от страха или тревога, прикрывающая стыд. Более интенсивный инсайт, как эмоционально-окрашенный опыт озарения, сопровождает впечатление клиента о более основательной проработке проблемы на сессии. Более экспрессивные реакции во время групповой терапии или выраженного переноса в индивидуальной терапии свидетельствуют о важности данного материала для анализа, как связанного с более глубоким конфликтом. «Горячие когниции» — термин в КПТ, обозначающий связь более интенсивных эмоций либо с большей дисфункциональностью убеждений, либо с более иерархически-глубинными. Если эмоции были «недостаточно» интенсивными, то в некоторых случаях вводятся новые понятия для объяснения этому — психологические защиты, сопротивление, копинг-стратегии и проч. Сложность опоры на эмоции, как на способ измерения фундаментальности эффекта психотерапии состоит в том, что описаны явления ложных инсайтов, эмоционального обоснования, а также отсутствие жесткого детерминизма между эмоцией и последующими изменениями в поведении.

Стоит отменить, что помимо «погружения в глубину» в психотерапии распространены и подходы, связанные с подъемом в высоту или перенаправлению в другую сторону от проблемы. В рационально-эмотивно-поведенческой терапии А. Эллиса предлагается выход на более высокий уровень абстракции представлений об устройстве мира и себя, фактически смены личной жизненной философии: вместо требовательности — предпочтения, вместо оценки — принятие и самопринятие

и др. Третья волна КПТ ориентирована на метакогнитивный уровень — направление сознания на большую рефлексию и изменение отношения к собственным психическим процессам, без погружения в их источник: эмоциональные схемы Р. Лихи — убеждения об эмоциях, негативные и позитивные метаубеждения А. Уэллса — убеждения о мышлении, когнитивное разделение С. Хейса — процесс перехода на метапозицию по отношению к мыслям, практики осознанности, применяемые повсеместно в школах КПТ, способствующие дистанцированию от мыслей и переживаний. Нечто близкое находится в гештальт-терапии [13] и развитии наблюдающего Эго в психодинамических подходах [7]. Ряд современных и относительно молодых направлений психотерапии предлагают смотреть не в сторону проблемы, а наоборот в развитие позитивных аспектов личности: достижение целей и реализация ценностей, смыслов [2, 8] (лого-терапия, позитивная психология М. Селигман, работа с ценностями в АСТ, концептуализация сильных сторон в КПТ, терапия ориентированная на решение и др.), развитие адаптивного режима функционирования (когнитивная терапия, ориентированная на восстановление [1], жизнестойкость К. Падески), развитие сострадания и самосострадания (СФТ П. Гилберт [17], осознанное самосострадание К. Нефф). С метафорической точки зрения, такой подход отходит от «вертикальной оси» оценки психотерапии к «горизонтрольной» — смотреть в сторону ценностей, смыслов и стремиться к ним, вместо застревания в проблемной точки.

Таким образом, разграничение «глубинной» и «поверхностной» психотерапии связано с большой сложностью в обосновании точки, в которой необходимо остановить такое измерение. Сравнительные исследования разных методов психотерапии сходятся на том, что реальная разница статистически незначима в случае многих психических расстройств (известный эффект птицы Додо) [9–10]. Однако стоит этот факт ограничить теми методами, которые принимали в сравнении — это, прежде всего КПТ, которую сравнивают с близкими к ней подходами — поведенческая терапия, терапия принятия и ответственности и др. а также межличностная и психодинамическая терапия. Эффективность же большинства методов психотерапии не исследована в достаточной мере, а потому утверждать, что вся психотерапия работает на одинаковом уровне нельзя. Но даже это сравнение выглядит парадоксальным, поскольку обучение психотерапевтов теоретической парадигме и применение техник, ориентирована на разную «глубину». Разрешение парадокса видится в нескольких объяснениях.

Первый вариант — это наличие универсальных факторов психотерапии, которые реализованы во всех методах, невзирая на глубину [14]. Например, цитированный выше М. Солмс приводит следующие методы, важные для успеха психотерапии [16]:

— неструктурированный , открытый диалог между пациентом и терапевтом,

— выявление повторяющихся тем в опыте пациента,

— связывание чувств и восприятий пациента с прошлым опытом,

— привлечение внимания к чувствам, которые пациент считает неприемлемыми,

— указание способов, с помощью которых пациент избегает чувств,

— концентрируясь на терапевтических отношениях «здесь и сейчас»,

— установление связей между терапевтическими отношениями и другими отношениями.

Большинство из этих пунктов реализовано и в когнитивно-поведенческой терапии, с несколько иначе расставленными акцентами.

Второе объяснение — недостаточная длительность наблюдения за пациентами/клиентами. Действительно, лонгитюдные исследования крайне сложны и дороги при организации, поэтому значительная часть публикаций охватывает от 2 до 12 месяцев после курса психотерапии. Хотя некоторые работы касаются большего срока, и например, 3-летнее сравнение КПТ и психодинамической терапии не выявило разницы через несколько лет по шкале депрессии Бека [12].

Третий вариант — привязка эффекта психотерапии к приверженности ей. Это можно сравнить с тем, как успех настольной игры зависит от выполнения правил игроками. Если вы разыгрываете партию шахмат, то она будет успешно идти, пока игроки ходят в соответствии с ходами фигур, но правила шашек тут будут все портить. Каждая психотерапия содержит свой набор понятий и правил, задающих рамки взаимодействия. Следовательно, и эффект измеряется в этих рамках.

Четвертое, у проблемы может быть множество точек, которые одинаково могут повлиять на конечный результат, как например, разные мишени антидепрессантов в итоге приводят к схожему эффекту на симптом. Например, способствовать преодолению избегающего поведения можно через оспаривание катастрофических когниций, а можно через развития навыка принятия и ориентации на ценности.

На наш взгляд, несмотря на почти 150 лет существования психотерапии, фальсификация утверждений о необходимости именно «глубинной психотерапии» все еще требует экспериментальной проверки. Эта

проблема во многом исходит из-за несогласованности предмета психотерапии и парадигмальных теорий внутри каждого метода. И в то же время, это имеет значимые последствия для организации обучения будущих психологов/психотерапевтов и для оказания помощи пациентам и клиентам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек А., Грант П., Инверсо Э., Бринен А., Периволиотис Д. Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление. — Санкт-Петербург: Питер, 2024. — 416 с.: ил.

2. Бек Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. — 3-е изд. — Санкт-Петербург: Питер, 2024. — 512 с.: ил.

3. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко М.Е. Психотерапия: Учебник для вузов. — 2-е изд., стереотип. — Санкт-Петербург: Питер, 2007. — 480 с.: ил. — (Серия «Учебник для вузов»).

4. Граница А.С., Ковпак Д.В. Возможности психотерапии быть частью доказательной медицины —аргументы за и против // X Международный Форум Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии CBTFORUM: Сборник научных статей. — Санкт-Петербург: Международный институт развития когнитивно-поведенческой терапии, 2024. — С. 46–64. — EDN QIROWV

5. Крючков К.С. Неоконченные споры об эффективности психотерапии: «общие факторы» и «золотой» стандарт // Новые психологические исследования. — 2021. — № 2. — С. 100–114. — DOI: 10.51217/npsyresearch_2021_01_02_06

6. Менделевич В.Д. Доказательная психотерапия: между возможным и необходимым // Неврологический вестник. — 2019. — Т. LI, вып. 2. — С. 5–12.

7. Психоаналитические термины и понятия: Словарь / Под ред. Б.Э. Мура, Б.Д. Фаина; Пер. с англ. А.М. Боковикова, И.Б. Гриншпуна, А. Фильца. — Москва: Независимая фирма «Класс», 2000. — 304 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 79).

8. Ялом И. Я Экзистенциальная психотерапия/Пер. с англ. Т.С. Драб-киной. — М.: Независимая фирма «Класс», 1999 —576 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

9. Cuijpers P., Karyotaki E., de Wit L., Ebert D.D. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review // Psychother Res. — 2020. — Vol. 30, № 3. — P. 279–293. — DOI: 10.1080/10503307.2019.1649732

10. Cuijpers P., Miguel C., Harrer M., Plessen C.Y., Ciharova M., Ebert D., Karyotaki E. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients // World Psychiatry. — 2023. — Vol. 22, №1. — P. 105–115. — DOI: 10.1002/wps.21069

11. Henkel M., Huber D., Ratzek M., Benecke C., Klug G. Can we differentiate between psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy? — An empirical investiga-

tion of therapists' self-reports // Z Psychosom Med Psychother. — 2022. — Vol. 68, №4. — P. 362–377. — DOI: 10.13109/zptm.2022.68.4.362

12. Leuzinger-Bohleber M. et al. Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term therapy with chronically depressed patients: a controlled trial with preferential and randomized allocation // The Canadian Journal of Psychiatry. — 2019. — T. 64, №1. — C. 47–58.

13. Moretto E., Stanzione R., Scognamiglio C., Cioffi V., Mosca L.L., Marino F., Ragozzino O., Tortora E., Sperandeo R. Integration of Gestalt Therapy with Evidence-Based Interventions for Borderline Personality Disorder-Theoretical Framework and Clinical Model // Brain Sci. — 2025. — Vol. 15, № 10. — Art. 1109. — DOI: 10.3390/brainsci15101109

14. Norcross J.C., Lambert M.J. Psychotherapy relationships that work III // Psychotherapy. — 2018. — Vol. 55, №4. — P. 303–315.

15. Opland C., Torrico T.J. Psychodynamic Therapy // StatPearls [Internet]. — Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

16. Solms M.L. The Neurobiological Underpinnings of Psychoanalytic Theory and Therapy // Front Behav Neurosci. — 2018. — Vol. 12. — Art. 294. — DOI: 10.3389/fnbeh.2018.00294

17. Stock M., Beaman L., Moreton R., Holland-Borosh C., Hartland H., Hamadi L. The efficacy of compassion focused therapy in eating disorders: a systematic review of the literature // J Eat Disord. — 2025. — Vol. 13, №1. — Art. 235. — DOI: 10.1186/s40337-025-01418-4

18. Yilmaz M., Türkarslan K.K., Zanini L., Hasdemir D., Spitoni G.F., Lingiardi V. Transference interpretation and psychotherapy outcome: a systematic review of a no-consensus relationship // Res Psychother. — 2024. — Vol. 27, № 1. — Art. 744. — DOI: 10.4081/ripppo.2024.744

Граница Александр Станиславович
Казанский федеральный университет

Ковпак Дмитрий Викторович
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

КОГНИТИВНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ: ЗА ПРЕДЕЛАМИ Я-КОНЦЕПЦИИ

Аннотация. В статье рассматривается вопрос об интеграции и расширении понимания когнитивной концептуализации в когнитивно-поведенческой терапии. Показана проблема смещения фокуса внимания когнитивных терапевтов к концептуализации, выстроенной вокруг убеждений человека о самом себе. В связи с этим наблюдаются сложности с определением значения убеждений о мире, других людях и метакогниций. Выдвигается предложение рассматривать их как часть когнитивной концептуализации, имеющей связи с Я- концепцией. Также указаны взаимосвязи с когнитивно-поведенческой терапией, ориентированной на потребности, и роли потребностей в формировании объяснительной модели для центральных убеждений. В заключении делается вывод о практическом применении предлагаемых идей для проведения диагностики и концептуализации клиентского случая.

Ключевые слова: *интеграция, когнитивно-поведенческая терапия, концептуализация, метакогниции, потребности, убеждения.*

Когнитивная концептуализация — это важный диагностический инструмент в арсенале когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), помогающий выстроить стратегию работы с клиентоми обосновать план терапии. Она опирается на когнитивную модель, предложенную А. Беком и его последователями [1]. В настоящее время, она представляет собой иерархически организованную структуру, включающую когнитивные и поведенческие элементы: центральные (глубинные) убеждения (ЦУ), промежуточные убеждения (ПУ), автоматические мысли (АМ) и копинг-стратегии (КС). Также выделяют две формы когнитивной концептуализации — проблемно-ориентированную, включающую дисфункциональные (малоадаптивные) копинги и убеждения, и сильных сторон — с более функциональной (адаптивной) структурой. Также, в когнитивно-поведенческой терапии ориентированной на потребностиесть модификация, в которой предлагается включать в концептуализацию потребности, удовлетворенность которых имеет причинно-следственную связь с убеждениями.

По нашему опыту преподавания, начинающие специалисты в области КПТ испытывают затруднения с разделением автоматических мыслей и промежуточных убеждений, а также центральных убеждений, особенно, когда речь идет об убеждениях, не столько связанных с Я-концепцией, сколько с представлениями об устройстве мира и значимых других. Несмотря на то, что в тексте монографии Дж. Бек упоминаются убеждения не только о себе, но и других и мире[1; Рис. 3.8. Традиционная ДКК: Вопросы.], но, не находя для них места в стандартной диаграмме, начинающие специалисты могут испытывать сложности с их учетом и когнитивным картированием.Часто бывает трудно разместить в привычную диаграмму концептуализации устойчивые когниции клиентов, относящиеся к картине мира и образам значимых других. Классическая триада, которую использовал А. Бек (Я — Другие — Мир) часто на практике редуцируется до работы только с «Я». Являются ли убеждения о мире и других действительно автономными структурами, или же они всегда выполняют служебную функцию по отношению к Я-концепции? Мы полагаем важным возвращать в фокус внимания когнитивно-поведенческого терапевта два других важных домена, показывая, что они не просто фон, а активные элементы системы, которые могут вступать в интерактивное взаимодействиес Я-концепцией. Мы считаем важным для специалистов оттачивать навыкобнаружения у клиентов и регистрациив структуре концептуализации кейса когниций о других и миренаряду с мыслями о себе. В то же время, стоит учитывать, что на других и мир мы и наши клиенты смотрим тенденциозно, метафорически говоря — «через призму Я концепции» и выстраиваем свою «систему координат» с точки отсчета «Я». Порой мы просто не считаем нужным добавлять существенное словосочетание «для меня», «на мой взляд», «по моему мнению» и т.п. Например, «мир несправедлив (для меня)», «он негодяй (по моему мнению)» и т.п.

И также, мы предлагаем рассмотреть, каким образом аффективно-нейтральные когниции приобретают эмоциональную значимость при взаимодействии с дисфункциональной или функциональной когнитивной структурой. И следовательно, определим мишень когнитивной реструктуризации для таких случаев.

На ряду с когнитивной концептуализацией на основе когнитивной модели, предложенной А. Беком и и развитой Дж. Бек, известные теоретики третьей волны КПТ, в частности Р. Лихи [5] и А. Уэллс [8], уделяют отдельное внимание метакогнитивным процессам и стоящими за ними устойчивыми когнициями — эмоциональным схемам и метаубеждениям.

Первые включают в себя совокупность убеждений об эмоциях, а вторые — о когнитивных процессах. Такое разделение на метакогнитивный и когнитивный способы концептуалиазции случая, словно находятся в противоречии. Однако, в данной статьей мы предпримем попытку их согласования, сохраняя основную терминологию и идею когнитивной модели, поскольку мы рассматриваем метакогниции не как принципиально отдельный вид когниций, а как их подвид, то есть в качестве тех же мыслей, но со специфическим фокусом внимания — мыслях о мыслях, где объектом рассмотрения субъекта становиться не внешние предметы, а собственные мысли, часть собственной субъективной реальности. В тоже время мы готовы рассмотреть гипотезу, в которой метакогниции следует рассматривать в качестве когниций второго порядка, которые также имеют иерархию (мета-ЦУ, мета-ПУ), но их мишенью является не внешний мир, а внутренние процессы.

Базовая модель, принятая в когнитивной терапии, выделяет три группы центральных (глубинных) убеждений — о себе, о других людях и о мире. Согласно определению, это — обобщенные утверждения о характеристиках соответственно себя (какой я?), других людей (какие они?), мира в целом (каков он?). Производными от них будут промежуточные убеждения, отражающие либо отношение (быть ненужным просто ужасно), или предположения/допущения (если я буду угождать другим людям, они меня полюбят), либо правила (я должен делать все, чтобы понравиться). Обычно, большее внимание при составлении когнитивной концептуализации уделяется убеждениям о себе и производными от них промежуточным и копингам. Однако, помимо Я-концепций, представления о мире и других людях, также приводят к промежуточным убеждениям. Приведем примеры:

Центральное (глубинное) убеждение	**Промежуточное убеждение**	**Копинг-стратегия (поведение)**
Люди эгоистичны	Если я буду потакать их интересам, я смогу получить желаемое	Выяснять интересы других людей, чтобы их удовлетворить. Избегать других людей, когда не предвидится возможности потворствовать их интересам.
Люди добры	Если обратиться к ним за помощью, они не откажут	Обращаться за помощью

В мире много опасностей	Если я буду начеку, я смогу избежать опасности	Гиперконтроль Избегание, если не применим гиперконтроль
Мир стабилен	Если я доверюсь течению событий, они случатся в обычном порядке	Переключение внимания с контроля

Таким образом, схема взаимосвязи ЦУ-ПУ-Поведение остается схожей, если зайти не со стороны Я-концепции, а со стороны представлений о людях и мире. Но эти три структуры могут вступать во взаимодействия, усиливая, ослабляя друг друга, либо не вступать. Например, при ЦУ из категории беспомощности, обращение за помощью будет осуществляться, только при убеждении о людях как о добрых и помогающих, но такое поведение, скорее всего, не будет реализовано, если люди представляются эгоистичными. Также будет сохраняться гиперконтроль, пока есть представление об опасности мира, и представлении о себе, как о беззащитном человеке. Но гиперконтроля может не проявляться, если представление о себе будет, как о достаточно устойчивом перед опасностями, даже, если их много (вспомните, басню «Слон и моська», имея представление о себе, как большом и сильном, необходимости обращать внимание на угрозу в виде моськи у слона просто не возникло). Представление же о том, что мир стабилен, может никак не взаимодействовать с представлением об эгоистичности людей и не влиять на итоговое поведение. Таким образом в КПТ важно не просто выявить все три домена, но и понять их конфигурацию в конкретном случае. Убеждения могут быть конгруэнтны (вести к одному поведению) или конфликтовать (создавая внутриличностный конфликт и «раздирая» клиента между разными копингами). Пример конфликта: ЦУ «Я должен быть успешным» и ЦУ «Мир несправедлив (успеха добиваются только подлецы)» могут порождать конфликтное напряжение и приводить к выученной беспомощности или цинизму вместо активности.

А. Бек, разрабатывая свою когнитивную теорию, подразумевал, что Я-концепция отражает лишь часть когниций, которые сформировались у человека в процессе научения [1]. Действительно, если опираться на данные из области когнитивной психологии, семантическая память человека содержит колоссальный объем информации [7]. И даже центральные убеждения, лишь часть когниций о себе. Например, человек помнит свой пол, возраст, цвет глаз, имя и так далее. И далеко не вся эта

информация имеет личную эмоциональную значимость. То есть часть информации (скорее всего) аффективно нейтральная, а часть обусловливает эмоциональную реакцию. К примеру, убеждение о том, что капибара — самый крупный грызун весом до 80 кг, не имеет прямой связи с аффектом, за исключением, возможно, оценки этого факта, как «интересного». Однако эмоциональную окраску факты начинают приобретать при взаимодействии с центральными убеждениями:

«У меня голубые глаза темные волосы. Это редкое сочетание, следовательно, я более заметен и интересен. Следовательно, я достаточно привлекателен для других людей и могу рассчитывать на отношения с ними.» При наблюдении в зеркало за своей внешностью при этом могут возникнуть приятные эмоции.

«У меня рост ниже среднего. Девушкам нравятся высокие мужчины, следовательно, я недостаточно привлекателен для них. Мне нужно прилагать дополнительные усилия, чтобы понравиться девушкам». При наблюдении в зеркало за своей внешностью при этом могут возникнуть неприятные эмоции.

Согласно А. Беку, дисфункциональная автоматическая мысль по определению связана с эмоцией (дистрессом) в конкретной ситуации. Если мысль нейтральна (и не ведет к нежелательному изменению настроения), она обычно не является предметом терапии.Мы хотим подчеркнуть, что нейтральные знания (семантическая память) — это не автоматические мысли и не убеждения в терапевтическом смысле, пока они не «сцепились» с дисфункциональной схемой. Поэтому психотерапевтическая работа с фактами (психообразование) часто эффективна для редукции симптоматики без глубокой проработки Я-концепции.

Схожий принцип мы можем распространить на когниции о мире и других людях. И так же они могут быть аффективно-нейтральными (мы предполагаем, что таких когниций большинство). К примеру, «у людей голова находится сверху туловища, там же, где и начало рук». Лишь отклонения от этого убеждения порождает эмоциональную реакцию, когда артист надевает костюм, в котором кажется, что ноги находятся сверху, на месте рук. В таком случае может возникнуть оценивающая когниция — это странно.Другой пример: «солнце освещает землю». Сам по себе факт нейтральный, но становится таковым при оценке: «я не выспался, а солнце мешает мне спать дальше».

Таким образом, когниции, озвученные клиентом в процессе разбора проблемной ситуации могут быть автоматическими мыслями, связанными с аффектом, а могут отражать аффективно нейтральные знания или

промежуточные убеждения о мире и других людях, но не относиться напрямую к центральным убеждениям о себе. Например, клиент озвучивает проблемную ситуацию: «я опаздывал на работу и очень сильно разозлился на водителя, который остановил машину на узком проезде в неположенном месте, и всем приходилось его объезжать». В ходе обсуждения выявлено две эмоции: злость на водителя и тревога из-за возможного опоздания. Первая эмоция была связана с автоматической мыслью — «он думает только о себе». Эта АМ связана с ПУ о других людях: в формеотношения — «эгоизм — это плохо», правила — «люди не должны думать только о себе», и допущения «если люди будут эгоистами, это сделает мою жизнь неудобной и опасной». С одной стороны, это затрагивает личные интересы, но также и отражает убеждение о том, что «люди эгоистичны, но могут и не быть такими». То есть, при составлении концептуализации стоит выделять линейные структуры АМ-ПУ-ЦУ, которые относятся к категориям убеждений о себе, и тех, что к ним не относятся, но отражают убеждения о мире и других людях.

Чаще всего аффективно-нейтральные когниции не требуют переосмысления в рамках когнитивной реструктуризации. Действительно, наибольшую связь с проблемой клиента обычно имеют когниции, восходящие к центральным дисфункциональным убеждениям. Однако можно выделить множество ситуаций, когда оценка точности представлений о других людях и мире имеет практическое значение: убеждения о явлениях, которые оцениваются как угрожающие, убеждения о симптомах расстройства, убеждения об эмоциях, убеждения о когнитивных процессах и т.д. Для обсуждения этих тем с клиентом используются тактики психообразования, сбора информации и проведение поведенческих экспериментов. Рассмотрим несколько таких примеров.

1. Пациент с паническим расстройством. Впервые столкнувшись с симптомами панической атаки, и не имея достоверной информации о них, у него активирована когниция — это «симптомы инфаркта, а от инфаркта можно умереть, это опасно». Оценка — это опасно, исходит из неверного понимания симптомов панической атаки. Следовательно, предоставление информации о паническом расстройстве, его признаках и отличиях от инфаркта, меняет интерпретацию симптомов, как опасных, хотя и не меняет убеждения, что инфаркт — это опасно.

2. Пациент с авиафобией. Ему известно, что самолеты попадают в авиакатастрофы и, хотя вероятность небольшая, но она ненулевая. При этом клиент оценивает вероятность катастрофы в конкретном полете как 50 на 50. Осведомление клиента о разнице между возможностью событий

и их вероятностью изменяет когницию «я погибну, если полечу», на формулировку «скорее всего я не погибну, если полечу». В этом случае не затрагивается когнитивная структура, ведущая к представлениям о себе, но такой реструктуризации может быть достаточно для достижения цели клиента — решиться на полет.

Эмоциональные схемы по Р. Лихи [5] — это убеждения об эмоциях, их свойствах, последствиях и способах совладания с ними. Они структурированы в 14 типов эмоциональных схем, например убеждения о недопустимости некоторых эмоций, что «сильные люди не должны бояться». С одной стороны, это связано с центральным убеждением, например из категории непривлекательности: «я должен быть сильным человеком, иначе меня отвергнут за слабость». Но с другой, отражает убеждения, что переживание страха связано с индивидуальными свойствами человека, а не является универсальным общечеловеческим процессом. Соответственно, изменение этого мнения с доказательством того, что эмоции — это базовый, врожденный психический феномен, может уменьшить переживания стыда или вины за испытанный страх. В своей книге «Терапия эмоциональных схем» Р. Лихи подчеркивает, что работа с эмоциональными схемами не отвергает общей концептуализации А. Бека, а вносит дополнение в нее. С нашей точки зрения, это действительно так и мы бы поместили эмоциональные схемы в разновидности убеждений о себе, других людях и мироустройстве: у меня есть эмоции, у других людей есть эмоции, у эмоций есть фундаментальные свойства, одинаково проявленные у всех людей (и не только).

Похожий взгляд мы разделяем в отношении метакогниций — это убеждения о когнитивных процессах, о памяти, внимании, мышлении. Следует отметить, что о метакогнициях говорил и сам А. Бек, подразумевая, что человек может думать о разных вещах, в том числе и собственных мыслях, еще на заре развития когнитивной терапии. Бек говорил о способности пациента осознавать свое мышление и мыслить конструктивно относительно особенностей своего мышления (что, по сути, прообраз метакогниций, но без использования самого этого слова). К этому контексту наиболее близкой будет его концепция «дистанцирования» и обучения пациента проверке реалистичности своих мыслей, описанная во всех его основных трудах по терапии.Что особенно заинтересовало Д. М. Кларка и Э. Уэллса. В конце 1980-х годов Эдриан Уэллс, будучи когнитивным психологом, обучался когнитивной терапии у её основателя — профессора Аарона Т. Бека. Ключевым этапом появления Метакогнитивной терапии стало сотрудничество Э. Уэллса (профессора

Манчестерского университета и Норвежского университета естественных и технических наук) с профессором Дэвидом А. Кларком в Оксфордском университете. В этот период идеи о важности не только содержания мыслей, но и процессов их регуляции и контроля, начали обретать более четкие очертания.Поворотным моментом стала публикация книги и модели S-REF (Self-Regulatory Executive Function — Исполнительная функция саморегуляции), разработанной Эдрианом Уэллсом в соавторстве с Джеральдом Мэттьюсом. Эта теория описывает, как люди регулируют свои мысли и эмоции. Согласно модели, психологические расстройства поддерживаются не просто негативными мыслями, а дисфункциональным стилем мышления, который был назван Когнитивно-аттенционным синдромом (CAC). Интересно, что Роберт Лихи в свою очередь тоже активно поддерживает развитие идей Метакогнитивной терапии. Важно отметить, что наряду с «манчестерской школой» А. Уэллса существует и другое направление — метакогнитивная терапия при психозах (MERIT), разрабатываемая Полом Лисакером (Paul Lysaker) и его коллегами. Это подход фокусируется на восстановлении целостного чувства себя и понимания других у людей с тяжелыми психическими расстройствами и развивался независимо, хотя и имеет общие корни в понятии «метапознание».

В книге «Терапия пустых усилий» А.М. Бурно приводит примеры требований, которые предъявляются к собственной психике и которые порождают дополнительное эмоциональное напряжение [2]. Например, «я должен глубоко вникнуть в информацию из текста. Помимо требования к себе, так же есть и убеждение о возможности это требование исполнить: «я могу глубоко вникнуть в информацию из текста». При этом, кажется, что для этого достаточно только волевого усилия и не учитываются другие факторы — время, количество контактов с материалом, особенности мышления и т.д.

Другой пример метакогниций мы видим в метакогнитивной терапии А. Уэллса [8]. Автор группирует их в позитивные метаубеждения — о важности и пользе мыслей, размышлений, направления внимания, и негативные метаубеждения — об опасности, бесконечности и бесконтрольности мыслей или внимания. Например, «если я буду размышлять о причинах неудачи, я смогу все расставить по полочкам и это меня успокоит». Или «мысль о том, что я дурак нельзя игнорировать, так как она защищает меня от глупости». Или «если навязчивые мысли будут приходить в голову, они сведут меня с ума». Так же как и эмоциональными схемами, на наш взгляд, метакогниции — это разновидность пред-

ставлений о мире, в частности устройстве психики. Если применить к метакогнициям диагностический инструмент когнитивной терапии, то мы также сможем выйти к центральным убеждениям: «если я проигнорирую мысль, то я не защищу себя от глупости (ПУ), если я буду совершать глупости, я не достигну успеха (ПУ), без успеха я не буду никому нужным (ЦУ)».

Если же поместить метакогниции о мыслях или эмоциях в разновидность когниций о мире, то так же возможно проследить связь ЦУ-ПУ-Поведение. Например, ЦУ о мыслях:«мысли влияют на рассудок». ПУ:«если у меня будут эти мысли они сведёт меня с ума,поэтому я должен их убрать». Копинг из арсенала КАС, например отвлечение внимания. Или ЦУ: «эмоции могут нанести вред». ПУ: «я должен контролировать свои эмоции». Копинг-стратегия — подавление эмоций. Если мы сравним эту схему другим явлением из внешнего, а не внутреннего мира, то структура будет похожей. ЦУ: «собаки кусают», ПУ: «если собака укусит, это будет опасно», копинг-стратегия — избегание контакта с собаками.

В когнитивно-поведенческой терапии ориентированной на потребности мы можем обнаружить взаимосвязи потребностей и убеждений о себе, других и мире [4]. Например, дисфункциональные убеждения о «Других» («Люди эгоистичны») возникают как следствие фрустрированной потребности в принятии или безопасности. В классической диаграмме Дж. Бек вопросы о мире и других — это диагностические инструменты для вскрытия ЦУ о себе. То есть, если мы спрашиваем «Что такого страшного в том, что мир несправедлив?», мы почти всегда упираемся в последствия для «Я»: «Тогда я не получу то, что заслуживаю» (потребность в признании), «я не смогу защитить себя» (потребность в безопасности), «мои усилия обесценятся» (потребность в значимости).

Как связана концепция потребностей в КПТОП и, например, центральное убеждение «Другие»? Убеждения о людях — это по сути «карта вероятностей» удовлетворения социальных потребностей. Убеждение: «Люди эгоистичны». Стоящая за ним потребность: потребность в принятии или поддержке, которая, согласно этому убеждению, не может быть удовлетворена напрямую. Отсюда рождается компенсаторная стратегия: «Если я буду полезен (потакать их интересам), я смогу обменять это на принятие». Копинг-стратегия (быть полезным) становится попыткой удовлетворить потребность в мире, который воспринимается как «обменный пункт», а не как «безопасная гавань». Потребности в КПТОП и центральное убеждение «Мир»: убеждения об устройстве мира отражают наши представления о доступности ресурсов и характе-

ре среды для удовлетворения потребностей. Убеждение: «Мир полон опасностей».Стоящая за ним потребность: потребность в безопасности и предсказуемости. Такой мир требует гиперконтроля и гипербдительности (копинги), потому что он не предоставляет базовой безопасности априори.Контраст: «Мир стабилен». Это убеждение удовлетворяет ту же потребность в безопасности, но другим способом — оно позволяет расслабиться и довериться среде.

Позволим себе некоторое отступление, чтобы показать значимость потребностей для когнитивной концептуализации. Теория научения, на которую опирается когнитивно-поведенческая терапия предлагает универсальный механизм формирования убеждений через механизмы научения: ассоциативного (классического павловского), оперантного (по Ф. Скиннеру), социального (по А. Бандуре). Современные теоретики, например С. Деан [3], расширяют и дополняют этот список способов того, как мозг запоминает информацию и усваивает взаимодействие объектов в мире. Но как, справедливо отметил М. Солмс [6], эти закономерности не в полной мере отвечают на вопрос, почему одна информация представляется мозгу более значимой, чем другая. Потребности, которые можно считать врожденным и эволюционно-обусловленным психическим процессом, заполняют этот пробел. Запоминается информация, которая связана с удовлетворением/неудовлетворением потребностей.

Рассмотрим интеракции через прояснение потребностей. Результирующее поведение и эмоции — это продукт взаимодействия этих трех «карт». Пример из текста статьи выше (Слон и Моська):

Потребность(у слона): в безопасности. Убеждение о Мире: «В мире есть мелкие собаки (Моськи)».Убеждение о Себе: «Я большой и сильный (моя потребность в безопасности удовлетворена моими ресурсами)». Убеждение о Других (Моське): «Она лает, но не опасна».

Итог: дисфункциональное поведение отсутствует, так как потребность уже закрыта убеждением о себе. Мир и Другие не активируют угрозу.

Контрастный пример (человек с тревогой):

Потребность в безопасности (фрустрирована). Убеждение о Мире: «Мир полон скрытых угроз». Убеждение о Себе: «Я слаб и не справлюсь с угрозой». Убеждение о Других: «Люди не помогут (им всё равно)».

Итог: Паника и избегание. Убеждения о мире и других здесь не просто фон, они являются активаторами уязвимости Я-концепции.

Важно отметить, что удовлетворение потребности собственными ресурсами имеет определенные пределы. Например, Слон может думать:

«я достаточно силен, а Моська недостаточно опасная, поэтому я в безопасности». Но если бы он встретился с тиранозавром, то Слон мог бы испугаться, поскольку угроза перевешивает его способность себя защитить.

Эта же идея — иметь связь с потребностями — может быть применена и в случае метаубеждений. В представленном выше примере: «мысли влияют на рассудок, я могу сойти с ума из-за них», страх перед таким исходом обусловлен предположением о фрустрации потребностей: в принадлежности (меня отвергнут), в самореализации (не смогу добиться своих целей), безопасности (люди с психическими расстройствами живут в опасности) и проч.

В КПТОП изучается индивидуальная история, как потребности фрустрируются в детстве, и именно этот опыт фрустрации формирует «карты» (убеждения) о себе («я недостаточно хорош, чтобы меня любили»), о других («они не дадут любви просто так») и о мире («мир — это место, где нужно заслуживать любовь»), которые затем поддерживаются в последующих периодах жизникопинг поведением, обусловленным этими убеждениями.

Такой подход, во-первых, сохраняет стройность когнитивной модели, во-вторых, легализует три домена как равноправные, но при этом связанные единой целью (удовлетворение потребности), и в-третьих, дает терапевту четкую мишень: мы можем работать на любом из уровней (менять представление о мире, о других или о себе на уровне ЦУ, ПУ, АМ и ПМ) и будем четко видеть, как это изменение влияет на возможность удовлетворения базовых потребностей клиента. Что можно представить в виде цикла: Потребность → Активация убеждения (оценка возможности удовлетворения) → Эмоциональные реакции→ Физиологические реакции →Поведенческие реакции (копинг) → Результат (подтверждение убеждения или временное удовлетворение/фрустрация).

В заключении мы хотели бы обратить внимание на практическое применение изложенных в статье идей. Например, мы полагаем, что есть смысл при когнитивном анализе АМ задавать уточняющий вопрос: «Эта мысль больше о вас, о других людях или об устройстве мира в целом?». При использовании техники «падающей стрелы» идти не только до «Я плохой», но и до «Мир несправедлив», а затем искать связь: «Если мир несправедлив, что это значит для вас?». В нашей статье, мы сосредоточили внимание на когнициях, которые вызывают затруднения для внесения в диаграмму когнитивной концептуализации, поскольку имеют отношение не столько к Я-концепции, сколько к явлениям внешнего мира или психики. Мы надеемся, что предложенный нами подход поможет со-

хранить общую структуру когнитивной модели, но при этом найти место в ней и для таких разновидностей когниций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек, Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям / Д. Бек. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2024. — 512 с.

2. Бурно, А.М. Терапия пустого усилия. Когнитивно-ориентированный подход к быстрому облегчению душевной боли / А. М. Бурно. — М.: РУДН, 2015. — 285 с.

3. Деан, С. Как мы учимся. Почему мозг учится лучше, чем любая машина... пока / С. Деан; пер. с фр. А.А. Ильиной. — М.: Синдбад, 2021. — 352 с.

4. Ковпак, Д.В. Разработка и психометрическая оценка теста «Шкала удовлетворённости потребностей» / Д.В. Ковпак, А.С. Граница, М.А. Зрютин, А.И. Муртазин // Вестник психофизиологии : международный научный журнал. — 2025. — № 4. — С. 108–119.

5. Лихи, Р. Терапия эмоциональных схем / Р. Лихи. — СПб.: Питер, 2019. — 448 с.

6. Солмс, М. Скрытый источник сознания: В поисках природы субъективного опыта / М. Солмс; пер. с англ. — М.: Альпина нон-фикшн, 2025. — 500 с.

7. Солсо, Р. Когнитивная психология / Р. Солсо, О. Маклин, М. Маклин. — 8-е изд. — СПб.: Питер, 2024. — 640 с.

8. Уэллс, А. Метакогнитивная терапия тревоги и депрессии / А. Уэллс. — М.: Диалектика, 2021. — 432 с.

Гриценко Елена Вячеславовна
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИМПТОМОВ МЕНОПАУЗЫ: ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ, ЭМПИРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Аннотация. Менопауза представляет собой значимый биопсихосоциальный переход в жизни женщины, сопровождающийся широким спектром соматических (вазомоторные симптомы), психологических (тревога, депрессия, раздражительность) и поведенческих проявлений. В статье представлен обзор применения когнитивно-поведенческой терапии для работы с менопаузальными симптомами. Описана когнитивная модель, объясняющая, как интерпретация телесных ощущений и убеждения о старении усиливают дистресс. Приведены данные рандомизированных контролируемых исследований (MENOS 1–4, EVA, MENOS@Work), демонстрирующих эффективность КПТ в снижении проблемности приливов, улучшении сна и качества жизни. Детально разобран клинический случай, иллюстрирующий этапы терапии от концептуализации до поведенческих экспериментов. Обсуждаются преимущества подхода и направления будущих исследований.

Ключевые слова: *менопауза, климактерический синдром, когнитивно-поведенческая терапия, вазомоторные симптомы, когнитивная модель, психотерапия*.

Введение

Менопауза, определяемая ретроспективно после 12 месяцев отсутствия менструаций, является естественным этапом в жизни женщины. С медицинской точки зрения, это период угасания функции яичников и снижения уровня эстрогенов [1]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, средняя продолжительность жизни женщин в России составляет 78,5 лет, а средний возраст наступления менопаузы — 50 лет [2]. Таким образом, треть своей жизни женщина проводит в состоянии постменопаузы.

Однако менопауза — это не только медицинский, но и сложный психологический и социальный феномен. Помимо специфических вазомоторных симптомов (приливы, ночная потливость), до 25–30% женщин сообщают о психоэмоциональных нарушениях: тревоге, депрессивных эпизодах, раздражительности, снижении концентрации и нарушениях сна [3, 4]. Важно подчеркнуть, что именно субъективная оценка симпто-

мов как «проблемных» (их влияние на повседневную жизнь и качество жизни), а не их частота, является ключевым фактором обращения за помощью [5, 6].

Когнитивно-поведенческая терапия, с её акцентом на взаимосвязь мыслей, эмоций, телесных ощущений и поведения, представляет собой научно обоснованный и клинически эффективный подход к коррекции менопаузальных проявлений. В отличие от исключительно медицинской модели, КПТ позволяет работать с субъективным переживанием симптомов, дезадаптивными убеждениями о старении и стратегиями избегания, которые усиливают дистресс [7, 8].

Обзор литературы

Исследования последних десятилетий подтверждают многофакторную природу климактерического синдрома. Психопатологические расстройства в этот период связаны не только с эндокринными изменениями, играющими роль триггера, но и с преморбидными личностными особенностями и социально-культурологическими факторами [9]. Кросскультурные исследования демонстрируют значительные различия в переживании менопаузы: женщины в западных странах, где старение часто стигматизируется, сообщают о более тяжелых симптомах, чем женщины в азиатских культурах, где менопауза ассоциируется с обретением мудрости и нового социального статуса [10, 11].

Применение КПТ для облегчения симптомов менопаузы начало систематически изучаться с 1990-х годов. Пионерская работа М. Хантер (1996) показала, что четырехсессионное КПТ-вмешательство, включавшее релаксацию, было столь же эффективно в снижении вазомоторных симптомов, как и гормональная терапия, но при этом значимо снижало тревогу и проблемную оценку приливов [12].

В дальнейшем была разработана и валидирована серия исследований MENOS (Menopause — Non-hormonal Options). В исследовании MENOS 1 (Mann et al., 2012) у женщин с раком молочной железы групповая КПТ (6 сессий) привела к снижению проблемности приливов на 46% через 26 недель по сравнению с 15% в контрольной группе [13]. В MENOS 2 (Ayers et al., 2012) у здоровых женщин групповая и самопомощная КПТ показали равную эффективность (снижение проблемности приливов на 50% с сохранением эффекта через 26 недель), причем групповая терапия давала больше улучшений в качестве жизни [14].

Голландское исследование EVA (Duijts et al., 2012) подтвердило эффективность групповой КПТ у пациенток с раком груди, показав

значимое снижение проблемности приливов по сравнению с физическими упражнениями и стандартным лечением [15]. Исследование MENOS@Work (Hardy et al., 2018) продемонстрировало, что даже краткосрочная самопомощь в виде буклета с техниками КПТ эффективна для работающих женщин, улучшая не только симптомы, но и показатели продуктивности труда [16].

В исследовании MENOS 4 (Fenlon et al., 2020) было показано, что обученные онкологические медсестры могут эффективно проводить групповую КПТ, что открывает возможности для широкого внедрения метода в клиническую практику [17]. Наконец, мета-анализы и систематические обзоры последних лет подтверждают, что КПТ является рекомендованным немедикаментозным методом лечения вазомоторных симптомов [18, 19].

Когнитивная модель симптомов менопаузы

Теоретической основой для понимания психологических механизмов, лежащих в основе дистресса при менопаузе, является когнитивная модель, разработанная М. Хантер и Э. Манн (2010) [8].

Согласно этой модели (рис. 1), вазомоторные симптомы (приливы, потливость) являются первичными физиологическими событиями,



Рис. 1. Когнитивная модель симптомов менопаузы

вызванными гормональной перестройкой и сужением термонейтральной зоны. Однако интенсивность эмоционального дистресса и степень нарушения жизнедеятельности определяются не столько самими симптомами, сколько их когнитивной интерпретацией и поведенческими реакциями женщины.

Пояснения к модели:

1. Триггер и ощущения: Гормональные колебания приводят к объективным ощущениям жара и пота.

2. Когнитивная оценка (Ключевой элемент): Женщина интерпретирует эти ощущения. Типичные дисфункциональные мысли связаны с социальной оценкой («Меня сочтут старой и нелепой»), потерей контроля («Я не могу это остановить») и страхом будущего («Дальше будет только хуже»).

3. Эмоции: Эти мысли порождают стыд, тревогу и раздражение.

4. Поведение: Женщина начинает избегать ситуаций, где может случиться прилив (публичные выступления, встречи с друзьями), или прибегает к неэффективным ритуалам, что усиливает изоляцию и фиксацию на симптомах.

5. Обратная связь: Тревога и напряжение, вызванные мыслями и эмоциями, дополнительно сужают термонейтральную зону и могут провоцировать новые приливы, замыкая порочный круг [20].

Клинические приложения КПТ

Исходя из когнитивной модели, основными целями КПТ при менопаузе являются:

1. Нормализация и психообразование в отношении физиологии симптомов.

2. Обучение навыкам саморегуляции (диафрагмальное дыхание, релаксация).

3. Выявление и модификация дисфункциональных мыслей и убеждений.

4. Изменение неадаптивного поведения (снижение избегания, поведенческие эксперименты).

5. Работа с нарушениями сна.

Основные техники:

— Самомониторинг: Ведение дневника приливов (частота, контекст, мысли, эмоции). Это повышает осознанность и помогает выявить индивидуальные триггеры (например, стресс, горячие напитки) [21].

— Диафрагмальное дыхание: Медленное, глубокое брюшное дыхание при первых признаках прилива активирует парасимпатическую нервную систему и способствует расслаблению [22].

— Когнитивная реструктуризация: Работа с типичными ошибками (катастрофизация, чтение мыслей, долженствование). Используются вопросы: «Какой есть доказательства этой мысли?», «Что бы я сказала подруге в такой ситуации?», «Как можно думать по-другому?» [23].

— Поведенческие эксперименты: Планирование и осуществление действий для проверки пугающих прогнозов. Например, посещение людного места и наблюдение за реакцией окружающих.

— Гигиена сна: Корректировка поведения для улучшения сна (прохладная спальня, ограничение кофеина, ритуалы отхода ко сну) [24].

Клинический пример

Пациентка: Елена, 52 года, замужем, двое взрослых детей, работает бухгалтером.



Рис. 2. КПТ модель симптоматики клиентки Елены

Жалобы и запрос: Обратилась с жалобами на ежедневные приливы (до 8–10 раз в день), которые сопровождаются чувством жара, потливостью и сильным сердцебиением. Последние 3 месяца отмечает нарушение сна (частые ночные пробуждения с потливостью), раздражительность, снижение настроения и нарастающую тревогу, особенно на работе. Боится, что начнет задыхаться во время прилива в присутствии коллег. Стала избегать совещаний и кофе — брейков с коллегами (Рис. 2).

Клиническая оценка

Диагностическая беседа и использование шкалы Грина выявили высокий уровень соматических (приливы, потливость) и психологических (тревога, раздражительность) симптомов. Пациентка была направлена к гинекологу для исключения медицинских противопоказаний (ЗГТ не рекомендована из-за миомы).

Когнитивный анализ (на основе модели)

— Ситуация: Совещание в офисе. Начинается прилив.

— Автоматические мысли: «О Боже, только не это! Сейчас все увидят, какая я красная и потная. Они подумают, что я некомпетентна или больна. Я не могу это контролировать, сейчас я сорву совещание».

— Когнитивные ошибки: Катастрофизация («сорву совещание»), чтение мыслей («они подумают»), сверхобобщение.

— Эмоции: Паника (90%), стыд (80%).

— Поведение: Замирает, перестает слушать, пытается незаметно обмахиваться папкой. После совещания избегает общения с коллегами.

Терапевтический план (10 сессий)

1. Психообразование (Сессии 1–2): Объяснение физиологии приливов, представление когнитивной модели. Обоснование КПТ. Введение дневника самомониторинга.

2. Обучение навыкам (Сессии 2–3): Обучение диафрагмальному дыханию. Практика дыхания в спокойном состоянии, затем — при первых признаках прилива.

3. Когнитивная реструктуризация (Сессии 3–5): Работа с дневником, выявление и оспаривание автоматических мыслей. Поиск альтернативных, более реалистичных мыслей. Например, замена «Все на меня смотрят» на «Большинство людей заняты собой, они вряд ли заметят. А если и заметят, это не катастрофа».

4. Поведенческие эксперименты (Сессии 5–7): Планирование экспозиции. *Эксперимент 1:* Войти в кабинет к коллеге и, если начнется

прилив, спокойно применить дыхание, не убегая. *Эксперимент 2:* Во время прилива на совещании фокусироваться на выступлении коллег, не на симптомах. *Эксперимент 3:* Брать слово на совещаниях, вне зависимости от наличия приливов и высказывать сове мнение. Просить передать себе воды.

5. Работа со сном (Сессии 6–8): Анализ гигиены сна. Рекомендации по подготовке спальни (прохлада, хлопковое белье), ритуалам отхода ко сну. Использование дыхания при ночных пробуждениях вместо катастрофических мыслей о «бессонной ночи».

6. Профилактика рецидива (Сессии 9–10): Обзор достигнутых навыков. Планирование стратегий на будущее.

Ход терапии и результаты

Уже к 4-й сессии Елена отметила снижение интенсивности страха перед приливами. Она стала использовать диафрагмальное дыхание, что помогло уменьшить сердцебиение и субъективное ощущение «неконтролируемости». Поведенческие эксперименты позволили убедиться, что коллеги не реагируют на её состояние негативно, как она ожидала. К 8-й сессии частота приливов субъективно снизилась, но, что важнее, значительно снизилась оценка их проблемности (с 8 до 3 баллов по 10-балльной шкале). Улучшился сон, нормализовалось настроение. Пациентка отметила, что перестала жить в ожидании прилива и вернулась к полноценной социальной и профессиональной жизни.

Обсуждение

Представленный клинический случай и обзор литературы подтверждают, что КПТ является эффективным и безопасным методом помощи женщинам в период менопаузы. Ключевым механизмом изменений выступает модификация негативных когнитивных оценок и устранение поведенческого избегания [25, 26].

Преимущества подхода:

— Научная обоснованность: Базируется на большом количестве РКИ [13–17].

— Безопасность: Является немедикаментозным методом, что особенно актуально для женщин с противопоказаниями к ЗГТ.

— Универсальность: Может применяться в разных форматах (индивидуально, в группе, самопомощь) [14, 16].

— Долгосрочный эффект: Навыки, полученные в ходе терапии, остаются с пациенткой и помогают справляться с будущими стрессами.

Ограничения:

— Требуется мотивация пациентки и готовность к выполнению домашних заданий.

— Метод не отменяет необходимости медицинского обследования и наблюдения у гинеколога.

Направления будущих исследований: Дальнейшего изучения требует интеграция КПТ-протоколов в работу смежных специалистов (гинекологов, терапевтов) [17, 27].

Заключение

Когнитивно-поведенческая терапия представляет собой мощный и хорошо исследованный инструмент для оказания психологической помощи женщинам, переживающим менопаузальный переход. Работа в рамках КПТ позволяет сместить фокус с беспомощности перед телесными симптомами на активное совладание и принятие нового жизненного этапа. Понимание когнитивной модели и владение конкретными техниками (реструктуризация, дыхание, поведенческие эксперименты) должно стать неотъемлемой частью профессиональной компетенции психологов и психотерапевтов, работающих с женским здоровьем и возрастными кризисами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тювина Н.А. Депрессии у женщин, манифестирующие в период климактерия / Н.А. Тювина, В.В. Балабанова, Е.О. Воронина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2017. — Т. 117, № 4. — С. 144–150.

2. Федеральная служба государственной статистики. Демографический ежегодник России. 2021: статистический сборник / Росстат. — Москва: Росстат, 2021. — 538 с.

3. Almeida O.P. Depressive symptoms in midlife: the role of reproductive stage / O.P. Almeida, K. Marsh, L. Flicker, M. Hickey, M. Sim, A. Ford // Menopause. — 2016. — Vol. 23, № 6. — P. 669–675. — DOI 10.1097/GME.0000000000000598.

4. Atema V. Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy (iCBT) for Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial / V. Atema, M. van Leeuwen, J.M. Kieffer, H. Oldenburg, M. van Beurden, M.A. Gerritsma, N.K. Aaronson // Journal of Clinical Oncology. — 2019. — Vol. 37, № 10. — P. 809–822. — DOI 10.1200/JCO.18.00655.

5. Avis N.E. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups / N.E. Avis, R. Stellato, S. Crawford, J. Bromberger, P. Ganz, V. Cain, M. Kagawa-Singer // Social Science & Medicine. — 2001. — Vol. 52, № 3. — P. 345–356. — DOI 10.1016/s0277-9536(00)00147-7.

6. Ayers B. Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flushes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial / B. Ayers, M. Smith, J. Hellier, E. Mann, M.S. Hunter // Menopause. — 2012. — Vol. 19, № 7. — P. 749–759. — DOI 10.1097/gme.0b013e31823fe835.

7. Ayers B. Health-related quality of life of women with menopausal hot flushes and night sweats / B. Ayers, M.S. Hunter // Climacteric. — 2013. — Vol. 16, № 2. — P. 235–239. — DOI 10.3109/13697137.2012.688078.

8. Beck A.T. Cognitive Therapy of Depression / A.T. Beck, A.J. Rush, B.F. Shaw, G. Emery. — New York: Guilford Press, 1979. — 425 p.

9. Carpenter J.S. Cognitive-Behavioral Intervention for Hot Flashes / J.S. Carpenter, J. G. Neal, J. Payne, G. Kimmick, A.M. Storniolo // Oncology Nursing Forum. — 2007. — Vol. 34, № 1. — P. E1–E8. — DOI 10.1188/07.ONF.E1-E8.

10. Chilcot J. Cognitive behaviour therapy for menopausal symptoms following breast cancer treatment: who benefits and how does it work? / J. Chilcot, S. Norton, M.S. Hunter // Maturitas. — 2014. — Vol. 78, № 1. — P. 56–61. — DOI 10.1016/j.maturitas.2014.01.007.

11. Duijts S.F.A. Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial / S.F.A. Duijts, M. van Beurden, H.S.A. Oldenburg, M.S. Hunter, J.M. Kieffer, M.M. Stuiver, N.K. Aaronson // Journal of Clinical Oncology. — 2012. — Vol. 30, № 33. — P. 4124–4133. — DOI 10.1200/JCO.2012.41.8525.

12. Fenlon D. Effectiveness of nurse-led group CBT for hot flushes and night sweats in women with breast cancer: Results of the MENOS4 randomised controlled trial / D. Fenlon, T. Maishman, L. Day, J. Nuttall, C. May, M. Ellis, M.S. Hunter // Psycho-Oncology. — 2020. — Vol. 29, № 10. — P. 1514–1523. — DOI 10.1002/pon.5432.

13. Freedman R.R. Behavioral treatment of menopausal hot flushes: evaluation by ambulatory monitoring / R.R. Freedman, S. Woodward // American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 1992. — Vol. 167, № 2. — P. 436–439. — DOI 10.1016/s0002-9378(11)91425-5.

14. Freeman E.W. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review / E.W. Freeman, K. Sherif // Climacteric. — 2007. — Vol. 10, № 3. — P. 197–214. — DOI 10.1080/13697130601181486.

15. Green S.M. Cognitive behavior therapy for menopausal symptoms (CBT-Meno): a randomized controlled trial / S.M. Green, E. Donegan, B.N. Frey, D.M. Fedorkow, B.L. Key, D.L. Streiner, R.E. McCabe // Menopause. — 2019. — Vol. 26, № 9. — P. 972–980. — DOI 10.1097/GME.0000000000001363.

16. Hardy C. Self-help cognitive behavior therapy for working women with problematic hot flushes and night sweats (MENOS@Work): a multicenter randomized controlled trial / C. Hardy, A. Griffiths, S. Norton, M.S. Hunter // Menopause. — 2018. — Vol. 25, № 5. — P. 508–519. — DOI 10.1097/GME.0000000000001048.

17. Hickey M. Non-hormonal treatments for menopausal symptoms / M. Hickey, R.A. Szabo, M.S. Hunter // BMJ. — 2017. — Vol. 359. — P. j5101. — DOI 10.1136/bmj.j5101.

18. Hunter M.S. A comparison of three outcome measures of the impact of vasomotor symptoms on women's lives / M.S. Hunter, J. Nuttall, D. Fenlon // Climacteric. — 2019. — Vol. 22, № 4. — P. 419–423. — DOI 10.1080/13697137.2019.1580258.

19.Hunter M.S. A cognitive model of menopausal hot flushes and night sweats / M.S. Hunter, E. Mann // Journal of Psychosomatic Research. — 2010. — Vol. 69, № 5. — P. 491–501. — DOI 10.1016/j.jpsychores.2010.04.005.

20. Hunter M.S. Evaluation of a four-session cognitive-behavioural intervention for menopausal hot flushes / M.S. Hunter, K.L.M. Liao // British Journal of Health Psychology. — 1996. — Vol. 1, № 2. — P. 113–125.

21. Hunter M.S. Mid-aged health in women from the Indian subcontinent (MAHWIS): a quantitative and qualitative study of experience of menopause in UK Asian women, compared to UK Caucasian and women living in Delhi / M.S. Hunter, P. Gupta, A. Papitsch-Clarke, D. Sturdee // Climacteric. — 2009. — Vol. 12, № 1. — P. 26–37. — DOI 10.1080/13697130802556304.

22. Mann E. Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial / E. Mann, M.J. Smith, J. Hellier, J.A. Balabanovic, H. Hamed, E. Grunfeld, M.S. Hunter // The Lancet Oncology. — 2012. — Vol. 13, № 3. — P. 309–318. — DOI 10.1016/S1470–2045(11)70364–3.

23. McCurry S.M. Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Perimenopausal and Postmenopausal Women With Vasomotor Symptoms: A MsFLASH Randomized Clinical Trial / S.M. McCurry, K.A. Guthrie, C.M. Morin, N.F. Woods, C.A. Landis, K.E. Ensrud, A.Z. LaCroix // JAMA Internal Medicine. — 2016. — Vol. 176, № 7. — P. 913–920. — DOI 10.1001/jamainternmed.2016.1795.

24.National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: diagnosis and management: NICE guideline [NG23] / National Institute for Health and Care Excellence. — London: NICE, 2015. — 31 p. — URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng23 (дата обращения: 15.03.2025).

25. Norton S. Cognitive-behavior therapy for menopausal symptoms (hot flushes and night sweats): moderators and mediators of treatment effects / S. Norton, J. Chilcot, M.S. Hunter // Menopause. — 2014. — Vol. 21, № 6. — P. 574–578. — DOI 10.1097/GME.0000000000000095.

26. Rendall M.J. The Hot Flush Beliefs Scale: a tool for assessing thoughts and beliefs associated with experience of menopausal hot flushes and night sweats / M.J. Rendall, L.M. Simmons, M.S. Hunter // Maturitas. — 2008. — Vol. 60, № 2. — P. 158–169. — DOI 10.1016/j.maturitas.2008.05.001.

27. World Health Organization. Research on the Menopause in the 1990s: report of a WHO Scientific Group. — Geneva: WHO, 1996. — 107 p. — (WHO Technical Report Series; 866).

Громыко Михаил Васильевич
НИЦ спортивной науки, Южно-Уральский государственный университет

МЕТОДИКА КОМБИНИРОВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОКСИГЕНАЦИИ, ЦВЕТОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ И ПЕРКУССИОННОГО МАССАЖА И ЕЕ ИНТЕГРАЦИЯ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ

Аннотация. Интеграция физиологических методов воздействия в структуру когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) позволяет создать комплексный подход, работающий одновременно с когнитивными установками и их телесными проявлениями. Представленное комбинированное использование оксигенации, цветоимпульсной терапии и перкуссионного массажа направлено на оптимизацию психофизиологического состояния обследуемого, что повышает эффективность терапевтического процесса. Материалы и методы. В исследовании на основании добровольного информированного согласия приняло участие 44 практически здоровых человек систематически занимающихся спортом в рамках физической культуры, заранее ознакомленными с противопоказаниями и рисками. Процедура была представлена одновременным воздействием эффекта цветоимпульсного воздействия на зрительные анализаторы, ингаляции воздушной смеси с повышенным содержанием кислорода и перкуссионным массажем. Оценка функционального состояния осуществлялась при помощи аппаратно-программного комплекса «НС-Психотест». Результаты и обсуждение. Показатели уравновешенности процессов регуляции центральной нервной системы по показателям теста реакции на движущийся объект значимо улучшилось во всех группах ($p \leq 0,05$). Изменения показателей простой зрительно-моторной реакции выявлены лишь в отдельных группах, а не системно. Выводы. Исследование показало, что комбинированное воздействие оказывает модулирующее действие на нервную систему, но её эффекты неоднозначны, наилучшие результаты наблюдались у лиц с исходным преобладанием возбуждения. Для практического применения методика требует строго индивидуального подхода т. е предварительного изучения психофизиологического состояния, особенностей онтогенеза.

Ключевые слова: *оптимизация функционального состояния, цветоимпульсная терапия, оксигенотерапия, перкуссионный массаж, психофизиология, рекреация, конгнитивно-поведенческая психотерапия.*

Введение

Интеграция физиологических методов воздействия в структуру когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) позволяет создать комплексный подход, работающий одновременно с когнитивными установ-

ками и их телесными проявлениями. Комбинированное использование оксигенации, цветоимпульсной терапии и перкуссионного массажа направлено на оптимизацию психофизиологического состояния обследуемого, что повышает эффективность терапевтического процесса.

Актуальность проблемы обусловлена необходимостью управления психофизиологическим состоянием человека, являющаяся ключевой задачей в обеспечении здоровьясбережния и сохранения трудоспособности, а также растущей потребностью в эффективных немедикаментозных методах коррекции функционального состояния, способных повышать резервы организма без фармакологической нагрузки, значимость проблемы заключается в противоречии между широким распространением воздействий и отсутствием четкого понимания их избирательного влияния на психофизиологические характеристики лиц с разным уровнем тренированности.

Комбинирование данных методов позволяет одновременно охватить биохимический, нейродинамический и психосоматический уровни функционирования, что создает предпосылки для более выраженного и устойчивого улучшения психофизиологических показателей (эмоционального состояния, вариабельности сердечного ритма, мышечного тонуса и когнитивных функций) [2–5] по сравнению с изолированным применением каждого из них, что открывает перспективы для разработки интегративных программ реабилитации и коррекции функциональных состояний. Стоит отметить актуальность обоснованию к применению и валидацию протоколов применения таких методик [8].

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 44 практически здоровых добровольца, распределенных по четырем группам для оценки влияния исходного психофизиологического статуса на эффект комбинированного воздействия. В первую группу вошли 9 мужчин-скалолазов (возраст 21±3), во вторую — 8 мужчин, занимающихся общефизической подготовкой (27±2). Третью группу составили 10 женщин, занимающихся фитнесом (25±1), четвертую — 17 спортсменок (КМС,1 разряд) игровых видов спорта (мини-футбол, 23±3). Такое распределение позволило проследить, как исходный уровень когнитивной тренированности и адаптационных возможностей нервной системы модулирует ответ на интервенцию, исследование проводилось в утренние часы (9:00–12:00) в период с ноября 2025 по январь 2026 года, все участники подписали добровольное информированное согласие и были ознакомлены с противопоказаниями. Про-

цедуры выполнялись в положении сидя в помещении с приглушенным светом, что позволяло минимизировать отвлекающие факторы и стандартизировать условия для оценки когнитивных функций. Диагностика осуществлялась с использованием сертифицированного аппаратно-программного комплекса «НС-Психотест», применялись две методики: простая зрительно-моторная реакция (ПЗМР) и реакция на движущийся объект (РДО), позволяющие оценить скорость сенсомоторного реагирования и точность когнитивного контроля. Измерения проводились до и непосредственно после воздействия (по 50 предъявлений), дополнительно участники заполняли электронный опросник для субъективной оценки качества сна. Воздействие продолжительностью 12–13 минут включала три одновременно применяемых компонента: цветоимпульсную стимуляцию (красный, зеленый, синий спектры), перкуссионный массаж шейно-воротниковой зоны и ингаляцию кислородно-воздушной смесью (93±3% O_2). Статистическая обработка данных выполнена с использованием непараметрического критерия Вилкоксона для связанных выборок (пакеты Microsoft Excel 2016 и IBM SPSS Statistica v. 25).

Результаты и обсуждение

В группе 1 (скалолазы) воздействие не привело к изменению скорости реакции (Me 309→304 мс, различия незначимы), однако зафиксировано достоверное повышение уравновешенности нервных процессов: увеличение числа точных реакций ($p \leq 0,05$) и снижение преждевременных (импульсивных) нажатий ($p \leq 0,02$), что, с позиции КПТ , указывает на усиление когнитивного контроля и тормозных процессов при сохранении скоростных параметров. Высокий исходный уровень саморегуляции обеспечил эффект «тонкой настройки» без дисбаланса.

Оценивая результаты группы 2 (мужчины, ОФП) была выявлена отчетливая тенденция к повышению точности (снижение числа ошибок с 2 до 0,5 при $p \leq 0,07$) и значимое улучшение показателей точности и снижение опережений ($p \leq 0,05$), при этом наблюдалось не значимое замедление реакции (Me 289→295 мс). Такая динамика может интерпретироваться как усиление тормозных процессов и помехоустойчивости: когнитивная система переключается в режим более взвешенного, контролируемого принятия решений.

Результаты группы 3 (женщины, фитнес) свидетельствуют о сложной разнонаправленной динамике. Статистически значимое увеличение числа точных реакций ($p \leq 0,02$) сочеталось с ростом запаздываний

($p \leq 0,05$) и увеличением преждевременных нажатий ($p \leq 0,05$), данные можно интерпретировать как развитие охранительного торможения: нервная система, стремясь повысить точность, увеличивает тормозные процессы, что приводит к когнитивному дисбалансу. Интервенция вызвала нестабильность регуляторных процессов, что указывает на необходимость осторожного дозирования для лиц без специфической подготовки.

Результаты группы 4 (футболистки) показали, что скорость реакции осталась неизменной (Me 296 мс), при этом наблюдалась выраженная тенденция к улучшению точности (снижение числа ошибок и пропусков при $p \leq 0,07$) и значимое увеличение числа точных реакций ($p \leq 0,024$). Воздействие повысило пропускную способность сенсомоторной системы и устойчивость внимания без нарушения баланса между возбуждением и торможением, что отражает улучшение качества переработки информации.

Выводы

Эффективность интервенции определяется не столько самой процедурой, сколько исходным состоянием когнитивного контроля. У лиц с высоким уровнем тренированности произвольной регуляции (спортсмены) воздействие улучшает качество переработки информации и точность реагирования, не нарушая скоростных параметров. Для менее тренированной нервной системы та же интервенция может приводить к когнитивному дисбалансу (росту импульсивности либо охранительному торможению), что подтверждает необходимость предварительной оценки когнитивного профиля перед применением активирующих методик.

Отсроченный эффект в виде улучшения качества сна у 74,3% участников подтверждает потенциал методики для восстановления когнитивных ресурсов. Рекомендуется дифференцированное применение с учетом индивидуального профиля реагирования.

Наибольшую перспективу метод представляет в качестве препараторного этапа перед психотерапевтической сессией и как компонент программ тренинга когнитивных навыков и профилактики рецидивов. Ключевым условием остается индивидуализация применения с учетом исходного профиля пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Поликарпочкин А. Н. Гипербарическая оксигенация как способ улучшения адаптации спортсменов к физическим нагрузкам // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2010. № 1. С. 151–155.

2. Точилина О. В., Андреева И. Н. Визуальная импульсная цветотерапия и иглорефлексотерапия в комплексном лечении дисфункции гипоталамуса в подростковом возрасте // Вестник физиотерапии и курортологии. 2017. Т. 23, № 4. С. 119–123.

3. Точилина О. В., Андреева И. Н. Особенности действия цветотерапии, иглорефлексотерапии и их комбинированного применения на психоэмоциональное состояние больных с гипоталамическим синдромом пубертатного периода // Астраханский медицинский журнал. 2012. Т. 7, № 2. С. 146–150.

4. Фролов В. А., Акопян М. С. Мануальная терапия и визуальная цветоимпульсная терапия в реабилитации пациентов с синдромом грушевидной мышцы // Российский остеопатический журнал. 2020. Т. 3. С. 95–101.

5. Agrawal D. K., Sancheti D. V., Pandya D. R. Immediate Effectiveness of Percussor Massage Therapy on Pain, Cervical Range of Motion in Forward Head Posture among Janitors: Single Arm Clinical Trial // International Journal of Innovative Science and Research Technology. 2025. Vol. 10, No. 6. P. 752–766.

6. Areeudomwong P. [et al.] Short-Term Effect of Percussive Massage Therapy for Chronic Neck Pain Patients With Active Myofascial Trigger Points: A Randomized Trial // Journal of Chiropractic Medicine. 2025. Vol. 20, No. 1. P. 78–85. https://doi.org/10.1016/j.jcm.2024.12.001.

7. Cardinale D. A., Ekblom B. Hyperoxia for performance and training // Journal of sports sciences. 2018. Vol. 36, No. 13. P. 1515–1522.

8. Fan Zhang et al. Rhabdomyolysis after the use of percussion massage gun: a case report // Physical Therapy. 2021. Vol. 47, No. 1. P.1–5.

9. G. Qu, H. Wang, G. Zhou, H. Liu. Effects of two-week machine massage on muscle properties in adolescent wrestlers // Frontiers in Physiology. 2023. Vol. 1. No.1 ID art. 1129836. https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1129836.

10. Kon M., Nakagaki K., Ebi Y. Effects of all-out sprint interval training under hyperoxia on exercise performance // Physiological reports. 2019. Vol. 7, No. 14. P. 17–26.

11. Polívková J., Čížek J., Suchý J. Summary of present researches of hyperoxia in Sports training and outdoor activities // Journal of Outdoor Activities. 2017. Vol. 11, No. 2. P. 15–23.

12. Sperlich B., Zinner C., Hauser A., Holmberg H. C., Wegrzyk J. The impact of hyperoxia on human performance and recovery // Sports medicine. 2017. Vol. 47, No. 3. P. 429–438. https://doi.org/10.1007/s40279–016–0590–1.

Денисова Виктория Геннадьевна
Национальный Исследовательский Университет «Высшая Школа Экономики», Международная лаборатория логики, лингвистики и формальной философии

КОНТЕКСТУАЛЬНАЯ ВАРИАТИВНОСТЬ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ: ПРИМЕНЕНИЕ ТЕОРИИ РЕЛЕВАНТНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОМ ДИАЛОГЕ*

Аннотация. Когнитивные искажения, представляющие собой систематические ошибки мышления, приводящие к эмоциональному дистрессу, сложны для идентификации из-за их вариативности и контекстуальной зависимости. В данной статье рассматривается ограниченность традиционных подходов, основанных на категоризации искажений. В качестве альтернативы предлагается метод работы, использующий условные высказывания (конструкции «если…, то…») для переформулирования дисфункциональных мыслей. Данный подход опирается на теорию релевантности Д. Спербера и Д. Уилсон, которая фокусируется на роли контекста и балансе когнитивных усилий и эффектов в коммуникации. Анализ прагматических связей внутри условных высказываний позволяет терапевту и клиенту совместно исследовать скрытые допущения, лежащие в основе искажений, избегая ярлыков и укрепляя терапевтический альянс. Статья предлагает структурированную основу для когнитивной реструктуризации и иллюстрирует метод примерами из терапевтических диалогов.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая психотерапия, теория релевантности, когнитивные искажения, условные высказывания, прагматика, когнитивная реструктуризация, контекст, иррациональные убеждения.*

Введение

Одной из ключевых задач когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) является выявление и коррекция когнитивных ис кажений — систематических ошибок в мышлении, которые поддерживают эмоциональные расстройства. Такие искажения, как «черно-белое мышление» или «катастрофизация», широко описаны в литературе [1, 2]. Однако на практике их идентификация сталкивается с серьезным вызовом: эти шаблоны мышления крайне вариабельны и сильно зависят от контекста. Прямое обозначение искажения (например, «это катастрофизация») может быть воспринято клиентом как критика, что снижает эффективность коллаборативного сотрудничества.

---

* Статья основана на публикации на английском языке Denisova V. Towards a Cognitive Distortion Conditional // Manuscrito. 2025. Vol. 48. No. 1. Article e-2024-0086-R2. На русском языке результаты исследования публикуются впервые.

В данной статье предлагается метод, смещающий фокус с называния искажения на анализ его структуры. Основой метода является использование условных предложений («если…, то…») для экспликации скрытых убеждений клиента. Мы утверждаем, что анализ этих конструкций через призму теории релевантности позволяет глубже понять природу искажения и предлагает более гибкий и экологичный путь для реструктуризации. Цель статьи — познакомить специалистов КПТ с этим прагматическим подходом и продемонстрировать его практическую применимость.

Ограничения традиционного подхода к классификации искажений

Аарон Бек, основоположник КПТ, связывал когнитивные искажения с активацией дисфункциональных схем: «Растущая частота и степень когнитивных искажений по мере развития депрессии может быть объяснена прогрессирующим доминированием идиосинкразических схем» [3, p. 561]. Рационально-эмотивно-поведенческая терапия (РЭПТ) Альберта Эллиса фокусируется на выявлении жестких иррациональных убеждений («я должен», «мир обязан») [4]. Логико-ориентированная терапия (LBT) Эллиота Коэна предлагает анализировать логическую структуру убеждений с помощью практического силлогизма [5].

Несмотря на различия, все эти подходы сходятся в одном: прямое навешивание «диагностических ярлыков» (таких как «сверхобобщение») в диалоге с клиентом часто контрпродуктивно. Это может вызвать защитную реакцию, нарушить рабочий альянс и свести сложный мыслительный процесс к упрощенному клише. Терапевтическая задача состоит не в том, чтобы клиент выучил список искажений, а в том, чтобы он научился замечать процесс своего мышления. Использование условных предложений позволяет перевести разговор в плоскость анализа связей между событиями и выводами, что является более безопасной и продуктивной стратегией.

Условные предложения как инструмент концептуализации

Формулировка мысли в виде условного предложения делает неявные когнитивные связи явными. Структура «Если X, то Y» — это не просто логическая операция, а отражение субъективной модели мира клиента.

Пример 1. Клиент говорит: «Я переживаю из-за того, что не успею сдать отчет». Терапевт предлагает переформулировать это переживание в условную связь:

Клиент: «Если я не сдам отчет вовремя, то меня уволят».

В данном случае искажение (катастрофизация) не называется вслух. Вместо этого терапевт и клиент получают объект для совместного исследования — связку «несданный отчет — увольнение». Далее терапевт может спросить: «На чем основана эта связь? Были ли в вашем опыте примеры, когда просрочка отчета не приводила к увольнению?».

Таким образом, условная форма служит «когнитивным мостом», позволяя отделить наблюдение (задержка отчета) от интерпретации (увольнение) и приступить к их верификации.

Теория релевантности: баланс усилий и эффекта

Для анализа условных связей, содержащих искажения, мы предлагаем использовать теорию релевантности, разработанную Д. Спербером и Д. Уилсон [6]. Эта теория описывает, как люди обрабатывают информацию. Согласно ей, наш мозг устроен так, чтобы максимизировать «познавательный эффект» (новое знание, уточнение старых убеждений) при минимизации «познавательных усилий» (времени и ресурсов на обработку).

Коммуникативный принцип релевантности гласит: каждое высказывание автоматически сигнализирует о своей оптимальной релевантности. Слушающий ожидает, что сообщение стоит его усилий.

В контексте когнитивных искажений это работает следующим образом. Дисфункциональное убеждение «Если я ошибусь, то я неудачник» обрабатывается клиентом как высоко релевантное, так как оно быстро (с малыми усилиями) объясняет сложную реальность и соответствует его негативной схеме, давая хоть какой-то, пусть и болезненный, когнитивный эффект (подтверждение никчемности). Однако этот эффект является негативным и дезадаптивным.

Роль терапевта — помочь клиенту увидеть, что эта связь не является единственно возможной, и что существуют альтернативные, более адаптивные интерпретации, требующие пересмотра контекста.

Когнитивное усилие и когнитивный эффект в анализе условных конструкций

Согласно теории релевантности, релевантность высказывания определяется балансом между когнитивным усилием (mental effort) — затратами на обработку информации — и когнитивным эффектом (cognitive effect) — изменениями в когнитивной среде человека, такими как уточ-

нение знаний или корректировка убеждений. В контексте когнитивных искажений условные конструкции («если..., то...») часто кажутся релевантными, поскольку требуют минимального усилия для обработки, но производят негативный эффект: усиливают иррациональные убеждения, игнорируя контекстуальные предположения.

Например, клиент выражает мысль: «Если я ошибусь на работе, то меня уволят» (катастрофизация). Здесь когнитивное усилие низкое — конструкция простая и знакомая, но когнитивный эффект отрицательный: она игнорирует фон знаний (например, прошлый опыт коллег), фокусируясь на худшем сценарии и вызывая тревогу. Терапевт анализирует: «Какова релевантность посылки (ошибка) для следствия (увольнение)? Какие предположения вы используете?» Это выявляет несоответствие, требуя большего усилия для переработки, но давая позитивный эффект — балансированную перспективу: «Если я ошибусь, то смогу исправить и научиться».

Другой пример: «Если я провалюсь в экзамене, то я неудачник» (абсолютизация). Когнитивное усилие минимально (автоматическая генерализация), но эффект негативный —депрессия вместо локальной оценки. Переформулирование: «Если я провалюсь, то проанализирую ошибки и подготовлюсь лучше». Здесь усилие растет (нужно учесть контекст), но эффект позитивен — рост уверенности.

Применение теории релевантности к анализу условных искажений

Применение теории релевантности позволяет терапевту выйти за рамки семантического анализа (истинно/ложно утверждение) и перейти к прагматическому анализу:

— Релевантность антецедента и консеквента. Насколько оправдан вывод Y из посылки X в реальном контексте клиента?

— Контекстуальные допущения. Какие невысказанные предположения (пресуппозиции) делают эту связь «релевантной» для клиента?

– Когнитивный эффект. Какие эмоции и последующие мысли порождает это условное высказывание?

В отличие от теории импликатур Грайса [7], которая фокусируется на правилах кооперации, теория релевантности предлагает когнитивно обоснованную модель, объясняющую, почему одни выводы кажутся нам естественными, а другие — нет.

Техники терапевтической работы (Практические шаги)

На основе теории релевантности можно сформулировать конкретные техники для работы с условным умозаключением клиента:

— Оценка когнитивного эффекта. «Когда вы думаете “Если я не сдам отчет, меня уволят”, что вы чувствуете? К каким мыслям это вас подталкивает дальше?»

— Экспликация контекстуальных допущений. «Что должно быть правдой в отношении вас и вашей работы, чтобы эта связь (“отчет” -> “увольнение”) была неизбежной?» (Например, допущение: «Начальник ждет только идеального результата» или «Одна ошибка перечеркивает весь мой опыт»).

— Поиск альтернативных консеквентов. «Давайте подумаем, какие еще (более реалистичные) последствия могут быть у события X, помимо Y? Если отчет будет сдан с задержкой, что еще может произойти?»

— Анализ силы связи. «Оцените по шкале от 0 до 100, насколько вероятно, что из “А” последует именно “Б”, учитывая ваш прошлый опыт и опыт ваших коллег?»

— Учет когнитивной среды. Понимание жизненного контекста клиента (например, жесткие требования в семье в детстве) помогает объяснить, почему именно эта, казалось бы, слабая связь стала для него “сверхрелевантной”.

Иллюстрация метода: примеры диалогов

Ниже представлены два примера, демонстрирующие применение метода.

Пример 1: от формулировки к исследованию

Клиентка, 34 года, испытывает тревогу перед совещанием.

Клиентка: Я боюсь выступать на планерке. Вдруг я скажу какую-нибудь глупость.

Терапевт: Давайте попробуем поймать эту мысль и облечь её в форму «если…, то…». Если вы скажете то, что покажется вам глупым, то что?

Клиентка: Если я скажу глупость, то все поймут, что я ничего не смыслю в своей работе.

Терапевт: Зафиксируем это. У нас есть связка: [Сказать глупость] -> [Все поймут, что я некомпетентна]. Когда вы прокручиваете в голове эту связь, какой эффект она на вас оказывает?

Клиентка: Я немею, сердце колотится, хочется провалиться сквозь землю.

Комментарий: Терапевт не говорит «это чтение мыслей» или «катастрофизация». Он просто помог структурировать мысль и оценить её негативный когнитивный эффект, что является первым шагом к осознанию её дисфункциональности.

Пример 2: реструктуризация через анализ релевантности

Продолжение диалога.

Терапевт: Вы очень ярко описали эффект. Давайте теперь исследуем саму связь. На чем основано ваше убеждение, что любая глупость, сказанная на планерке, автоматически ведет к тому, что все сочтут вас некомпетентной? Какие скрытые допущения здесь работают?

Клиентка: (Пауза) Ну... наверное, я допускаю, что они ждут от меня только идеальных, экспертных высказываний. И что они очень внимательно следят за каждым моим словом, чтобы найти ошибку.

Терапевт: Это важное допущение. Теперь давайте посмотрим на контекст. Были ли в вашем опыте случаи, когда кто-то из коллег говорил на планерке нечто спорное или ошибочное? И какова была реакция?

Клиентка: Да, бывает. Обычно если идея сырая, кто-то просто уточняет или предлагает додумать. Никто не кричит, что человек дурак.

Терапевт: Значит, ваш прошлый опыт подсказывает другой сценарий. Учитывая это, можем ли мы сформулировать альтернативную, более сбалансированную связку «если…, то…», которая требовала бы меньше когнитивных усилий для успокоения и давала бы более позитивный эффект?

Клиентка: Если я скажу неидеальную вещь, коллеги могут просто не обратить на это внимания или зададут уточняющий вопрос, но мой профессиональный статус от этого не изменится.

Комментарий: Терапевт провел клиентку через все этапы: от экспликации скрытых допущений («они ждут идеала», «они ищут ошибки») до проверки их релевантности в реальном контексте и, наконец, к созданию нового, адаптивного условного убеждения. Этот процесс является примером совместного эмпирического исследования, а не директивного обучения.

Заключение

Предложенный в статье подход не заменяет существующие техники КПТ, а обогащает их инструментарий. Использование условных предложений в сочетании с анализом, вдохновленным теорией релевантности, позволяет терапевту решать сразу несколько задач:

— Избегать ярлыков, сохраняя коллаборативный и уважительный тон.

— Структурировать материал, превращая размытые переживания в четкий объект для анализа.

— Фокусироваться на контексте, что соответствует современным представлениям о функциональном анализе в КПТ.

Вовлекать клиента в активную исследовательскую позицию, помогая ему не просто заменить одну мысль на другую, а понять сам механизм возникновения искажения.

Данный прагматический подход открывает перспективы для дальнейшей интеграции достижений теории релевантности в повседневную практику когнитивно-поведенческой терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Beck, A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. — New York: International Universities Press, 1976. — 356 p.

2. Franceschi, P. Theory of Cognitive Distortions: Over-Generalization and Mislabeling // Journal de Thérapie Cognitive et Comportementale. — 2009. — Vol. 19, No. 4. — P. 136–140.

3. Beck, A.T. Thinking and depression: II. Theory and therapy // Archives of General Psychiatry. — 1964. — Vol. 10, No. 6. — P. 561–571.

4. Ellis, A. Reason and emotion in psychotherapy: Comprehensive method of treating human disturbances. — Revised ed. — New York: Citadel Press, 1994. — 480 p.

5. Cohen, E. D. Theory and Practice of Logic-Based Therapy: Integrating Critical Thinking and Philosophy into Psychotherapy. — Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, 2013. — 215 p.

6. Sperber, D., Wilson, D. Relevance: Communication and Cognition. — 2nd ed. — Oxford: Blackwell, 1995. — 338 p.

7. Grice, H. P. Logic and Conversation / P. Cole, J. L. Morgan (Eds.) // Syntax and Semantics, Vol. 3: Speech Acts. — New York: Academic Press, 1975. — P. 41–58.

Егоренкова Юлия Николаевна
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Зрютин Максим Александрович
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Ковпак Дмитрий Викторович
Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Муртазин Альберт Инзирович
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

ОТКРЫТОСТЬ БУДУЩЕМУ И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи открытости будущему и удовлетворения базовых потребностей у женщин разных возрастов (общее N=365). Показано, что открытость будущему значимо связана с удовлетворением биологических, психологических и социальных потребностей, однако сила и структура этих связей меняются с возрастом. Выделены критические периоды, в которых происходят значимые изменения. Обсуждаются практические рекомендации в рамках когнитивно-поведенческой терапии и когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности.

Ключевые слова: *биопсихосоциальная модель, когнитивно-поведенческая психотерапия, терапия, ориентированная на потребности, потребности, образ будущего, устремления.*

Введение

Современная когнитивно-поведенческая терапия [1] уделяет внимание не только редукции текущих симптомов, но и построению осмысленного, насыщенного будущего клиента. [1,2]. Психологические ресурсы, которые способствуют длительной активной жизни человека, активно изучаются на государственном уровне, т.к. потеря здоровья, снижение активности и социальная дезадаптация в зрелом возрасте создает социально-экономическую нагрузку на общество и семьи. Для данного исследования особый интерес представляет то, как позитивный образ будущего и открытость будущему связаны со способностью мобилизации психологического настоящего человека.

Понятие «открытость будущему» (Openness to the Future), введенное К. Ботелло с коллегами [15], описывает способность человека позитивно

воспринимать неопределенность, строить реалистичные планы и сохранять надежду и уверенность в себе в сложных жизненных обстоятельствах.

Терапия, ориентированная на потребности (далее КПТОП) [8] — это системный подход к лечению, изменениям и развитию человека на основе адаптивных, функциональных и конструктивных стратегий удовлетворения его ведущих потребностей (Ковпак Д.В., 2023). Сфокусирована на выявлении базовых и актуальных потребностей человека в биологической, психологической и социальной сферах его жизнедеятельности и удовлетворение их в полном объеме наиболее подходящим и функциональным для этого человека способом. Относится к когнитивно-поведенческому направлению психотерапии. [8] В КПТОП следующее определение потребностей: потребность — состояние, связанное с процессами адаптации в открытой сложной динамической системе. [10]

В жизни женщины есть разные возрастные периоды, когда изменения одновременно затрагивают биологическую, психологическую и социальную сферу. [7] Взаимосвязь между открытостью будущему и удовлетворением потребностей может быть рассмотрена как вспомогательная концепция в подходе КПТОП, которая опирается на биопсихосоциальную модель [16] и рассматривающий адаптивное удовлетворение потребностей человека как основу психологического благополучия.

На основании наблюдений в практическом консультировании и в жизни предположили, что у молодой женщины здоровье чаще на максимуме, однако самореализация еще на старте, биологические потребности менее значимы, психологические потребности (автономность и компетентность) и социальные цели требуют развития. Чем старше женщина, тем выше ее жизненный опыт, самореализация и уровень достижений, но при этом здоровье на фоне возрастных изменений может потребовать внимания, т.к. период менопаузы так или иначе касается всех женщин и редко проходит незаметно. Следовательно, биологические потребности могут выйти на первый план, также подвергается пересмотру социальная и профессиональная реализация, и востребованность в семье на фоне кризиса «пустого гнезда».

Гипотеза о связи открытости будущему и потребностями возникла при проведении групповых игровых тренингов, связанных с профессиональным выгоранием [6]. Заметили, что у женщин специалистов помогающих профессий, которые приходили на тренинг в состоянии эмоционального истощения и запросом «я выгораю, это не моя профессия», отсутствуют карьерная траектория и профессиональные цели даже на 3–5 лет.

Исследование на возрастной группе женщин 40–55 лет (N=211) показало прямые сильные связи между открытостью будущему и уровнем удовлетворения потребностей: чем выше открытость будущему, тем выше уровень удовлетворения потребностей и наоборот, если открытость будущему низкая, то и потребности удовлетворяются слабо. Результаты совпали по двум методикам измерения уровня удовлетворения потребностей (п. 2 и п.3 «Методики исследования» ниже). Подробнее материал представлен в выпускной квалификационной работе магистра психологии Ю.Н. Егоренковой. [5]

Повторное исследование в возрастной группе 18–39 лет (N=134) показало близкий результат: есть прямая связь между открытостью будущему и удовлетворением потребностей, прямая связь с индексом удовлетворенности жизнью и обратная связь с субъективным ощущением одиночества.

Однако остается открытым вопрос: одинаково ли работает эта связь на разных этапах жизни? Понимание возрастной специфики связи «будущее — потребности» позволило бы точнее выстраивать план психологической помощи в консультировании.

Цель исследования — изучить взаимосвязь открытости будущему и удовлетворения потребностей у женщин разных возрастов в диапазоне 18–55 лет.

Гипотеза: существует взаимосвязь между открытостью будущему и удовлетворением потребностей у женщин разных возрастов. Существуют значимые различия в структуре связей открытости будущему и уровнем удовлетворения потребностей у женщин в разных возрастных группах.

Общий портрет выборки. В исследовании приняли участие 365 женщин в возрасте от 18 до 55 лет (M = 39,2; SD = 10,1). Участницы исследования в основном успешные женщины, которые имеют в основном полное высшее образование — 25,1%, чаще в браке 76.4%. Проживают в крупных городах. Респонденты имеют детей 69,3%, дети живут с родителями и большей частью маленькие — от 6 до 13 лет. Работают на себя 36,2% или в найме 47,9%. Субъективно оценивают качество своей жизни как достаточно хорошее 72,3 и здоровье как достаточно хорошее 77,5%.

Выборка по возрастным категориям. Разделили участниц исследования на группы согласно теории психосоциального развития Э. Эриксона [17] и возрастной периодизации в медицине. [4] Сбор данных проводился онлайн в 2025–2026 гг. Респонденты принимали участие

на основе информированного согласия, результаты в обобщенном виде. Распределение респондентов в возрастных группах — в таблице 1.

Таблица 1. Распределение респондентов в возрастных группах

Возрастная группа	18–25	25–35	36–39	40–45	45–50	50–55
Анкет в группе N % в выборке	24 6,6%	72 19,7%	38 10,4%	98 26,8%	63 17,3%	70 19,2%
критерий Шапиро-Уилка p < 0,05	0,280	0,0448	0,072	0,305	0,586	0,136

Методики исследования

1. Шкала открытости будущему (Openness to the Future Scale, OFS) в адаптации А.С. Хегай, А.А. Золотаревой [15]. Методика включает 10 утверждений, оцениваемых по 5-балльной шкале. Показатель надежности в данной выборке: α Кронбаха = 0,84.

2. Шкала удовлетворения потребностей (ШУП) [9]. Оценивает удовлетворение биологических (6 пунктов), психологических (6 пунктов) и социальных (7 пунктов) потребностей, а также общий балл. Ответы даются по 4-балльной шкале. α = 0,89.

3. Шкала удовлетворения базовых психологических потребностей (Basic Psychological Needs Satisfaction Scale, BPNSS) Э. Деси и Р. Райана, адаптация И.Ю. Суворовой, А.А. Бабий, Н.В. Корзун [14]. Оценивает автономию, компетентность и принадлежность (21 пункт, 7-балльная шкала). α = 0,82.

4. Шкала субъективного ощущения одиночества (UCLA-R) в адаптации Н.Е. Водопьяновой [3]. 20 утверждений, оценка частоты по 4-балльной шкале. α = 0,91.

5. Индекс жизненной удовлетворенности (Life Satisfaction Index A, LSIA) в адаптации Н.В. Паниной [11]. 20 утверждений, бинарный выбор (согласен/не согласен), позволяет выделить 5 субшкал. α = 0,79.

Статистическая обработка. В рассмотренных группах респондентов распределение данных статистически значимо отличается от нормального (критерий Шапиро–Уилка, p < 0,05, см. таблица 2), далее использовался непараметрический коэффициент корреляции Спирмена. Для сравнения силы корреляций между независимыми группами применялся Z-тест с преобразованием Фишера и поправкой 1.06 для ранговых корреляций. Обработка выполнена в программе SPSS.

Результаты исследования

Во всех возрастных группах обнаружены положительные корреляции открытости будущему с параметрами других шкал.

Шкала удовлетворения потребностей ШУП:

— биологические потребности (ρ от 0,117 до 0,044, p < 0,001)

— психологические потребности (ρ от 0,417 до 0,733, p < 0,001);

— социальные потребности по (ρ от 0,324 до 0,669, p < 0,01);

— общий балл (ρ от 0,415 до 0,722, p < 0,001);

Шкала удовлетворения базовых психологических потребностей BPNSS:

— автономия (ρ от 0,459 до 0,732, p < 0,01);

— компетентность (ρ от 0,275 до 0,775, p < 0,05);

— принадлежность (ρ от 0,282 до 0,559, p < 0,05);

Шкала Индекс жизненной удовлетворенности (ρ от 0,394 до 0,820, p < 0,001).

Шкала субъективного ощущения одиночества: наблюдается значимая обратная связь (ρ от –0,574 до –0,272, p < 0,05) в пяти группах. В группе 36–39 лет связь также обратная, и тенденция сохраняется, хоть и не достигла значимости (ρ = –0,298, p = 0,069).

Корреляционный анализ взаимосвязей открытости будущему и удовлетворения потребностей у женщин разных возрастов (ρ Спирмена, таблица 2).

Таблица 2

Возрастная группа	**18–25**	**25–35**	**36–39**	**40–45**	**45–50**	**50–55**
Анкет в группе	24	72	38	98	63	70
критерий Шапиро-Уилка p < 0,05	0,280	0,0448	0,072	0,305	0,586	0,136
Шкалы методик	**Открытость будущему**					
Биологические потребности	0,044* 0,031	0,523** 0,000	0,478** 0,002	0,353** 0,000	0,330** 0,008	0,117 0,355
Психологические потребности	0,733** 0,000	0,727** 0,000	0,481** 0,002	0,650** 0,000	0,417** 0,001	0,606** 0,000
Социальные потребности	0,669** 0,000	0,473** 0,000	0,509** 0,001	0,476** 0,000	0,324** 0,010	0,371** 0,002
Общий балл по шкале ШУП	0,722** 0,000	0,713** 0,000	0,572** 0,000	0,564** 0,000	0,456** 0,000	0,415** 0,000

Автономия	0,732** 0,000	0,672** 0,000	0,459** 0,004	0,539** 0,000	0,533** 0,000	0,558** 0,000
Компетентность	0,775** 0,000	0,655** 0,000	0,654** 0,000	0,512** 0,000	0,275* 0,029	0,398** 0,001
Принадлежность	0,466** 0,022	0,538** 0,000	0,466** 0,003	0,472** 0,000	0,282* 0,025	0,559** 0,000
Субъективное ощущение одиночества	–0,574** 0,006	–0,494** 0,000	–0,298 0,069	–0,322** 0,001	–0,189 0,138	–0,272* 0,023
Индекс жизненной удовлетворенности	0,820** 0,000	0,753** 0,000	0,678** 0,000	0,482** 0,000	0,434** 0,000	0,394** 0,001
- интерес к жизни	0,467* 0,021	0,542** 0,000	0,603** 0,000	0,235* 0,020	0,270* 0,032	0,092 0,447
- последовательность	0,793** 0,000	0,527** 0,000	0,500** 0,001	0,456** 0,000	0,253* 0,045	0,298* 0,012
- согласованность	0,777** 0,000	0,592** 0,000	0,427** 0,007	0,359** 0,000	0,364** 0,003	0,398** 0,001
- положительная оценка	0,629** 0,001	0,529** 0,000	0,554** 0,000	0,453** 0,000	0,182 0,154	0,186 0,123
- общий фон настроения	0,670** 0,000	0,539** 0,000	0,600** 0,000	0,377** 0,000	0,459** 0,000	0,328** 0,006

Примечание: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Описание результатов

Биологические потребности по шкале ШУП: в юности биологические потребности практически не связаны с будущим ($\rho = 0,044$, $p > 0,05$). При переходе от 18–25 лет к 25–35 годам наблюдается резкий рост связи (ρ с 0,044 до 0,523, $p = 0,001$). Можно предположить, что в возрасте 25–35 лет женщина начинает самостоятельную жизнь, создает семью, появляются дети, а также сталкивается с вопросами финансовой стабильности, и эта связь становится значимой ($\rho = 0,523$, $p < 0,05$). Далее связь сохраняется на умеренном уровне и теряет значимость в периоде 50–55 лет, предположительно на фоне наступления менопаузы. Качество жизни и здоровье респонденты группы 50–55 лет описывают в основном как достаточно хорошее.

Психологические потребности по шкале ШУП проходят через три значимых изменения. Первый спад происходит при переходе от 25–35 к 36–39 годам (p = 0,02), что может отражать завершение активного этапа «строительства жизни» и переход к оценке результатов. Второе значимое снижение фиксируется в кризисном переходе от 40–45 к 45–50 годам (p = 0,01) — именно в этом возрасте самореализация перестает быть тесно связанной с планами на будущее. Однако при переходе к 50–55 годам наблюдается новый рост (p = 0,04), что можно рассматривать как этап, когда социальные программы выполнены, и пора создавать собственные цели и смыслы на вторую половину жизни.

Компетентность по шкале BPNSS — наблюдаем два последовательных значимых снижения: при переходе от 36–39 к 40–45 годам (p = 0,04) и от 40–45 к 45–50 годам (p = 0,02), после чего стабилизация. Ощущение собственной эффективности постепенно утрачивает связь с образом будущего на протяжении всего среднего возраста, достигая минимума в 45–50 лет (ρ = 0,275). К 50–55 годам связь частично восстанавливается, однако это изменение уже не достигает статистической значимости.

Социальные потребности по шкале ШУП, автономия по шкале BPNSS и субъективное ощущение одиночества по шкале UCLA-R: их связь с открытостью будущему остается относительно стабильной на всех этапах взрослости, что позволяет рассматривать эти конструкты как базовые, сквозные измерения.

Принадлежность по шкале BPNSS значимо меняется только однажды — при переходе от 45–50 к 50–55 годам наблюдается значимый рост (p = 0,02). После кризисного падения в 45–50 лет, когда связь будущего с близостью к другим была минимальной, к 50–55 годам она восстанавливается, что может быть связано с появлением новых социальных ролей (например, бабушки) и переосмыслением ценности отношений.

Полученные данные подтверждают основную гипотезу: связь открытости будущему с удовлетворением потребностей не является статичной, а закономерно меняется с возрастом.

В статье [9], в которой описаны этапы разработки Шкалы удовлетворения потребностей, были выявлены связи с возрастом испытуемых и указано: «…выявлены статистически значимые корреляции с возрастом у шкал психологических и социальных потребностей, кроме биологических потребностей. Корреляции были слабого уровня и носили обратный характер, что указывает на некоторое снижение с возрастом удовлетворения психологических и социальных потребностей. Это может быть связано с тем, что более молодой возраст связан с наибольшей

включенностью в социальные группы, а также в этом периоде продолжается активное познание мира и формирование собственного мировоззрения». Там же есть рекомендация провести дальнейшие исследования с учетом возрастных аспектов. Результаты данного исследования в целом подтверждают наблюдения разработчиков Шкалы удовлетворения потребностей ШУП.

Обсуждение результатов. Исследование подтвердило, что открытость будущему является значимым ресурсом удовлетворения потребностей у женщин разных возрастов, однако возрастная специфика требует дифференцированного подхода в психотерапии. Наблюдаем три значимых периода.

Период 1: Юность и ранняя зрелость (18–25 лет и 25–35 лет). В этом возрасте образ будущего максимально интегрирован в психологическое благополучие. Корреляции достигают пиковых значений (ρ до 0,82 с ИЖУ), что согласуется с теорией Э. Эриксона: главная задача этого возраста — построение идентичности через проекцию себя в будущее [17]. Интересно, что биологические потребности в 18–25 лет не связаны с будущим (ρ = 0,044). Однако уже к 25–35 годам с началом самостоятельной жизни, когда возникает потребность создания семьи и рождения детей, значимость связи биологических потребностей с открытостью будущему повышается (ρ = 0,523).

В консультировании этого возрастного периода важная работа с образом желаемого будущего в связи с биологическими потребностями (здоровье как ресурс в продолжении рода). Важно выстроить план как реализовать профессиональные, финансовые и жилищные потребности.

Период 2: Средний возраст (36–39 лет и 40–45 лет). Постепенное снижение силы связей. Особенно заметно падение значимости открытости будущего для психологических потребностей и компетентности. Это может отражать переход от «жизни-проекта» к «жизни-реальности»: человек уже состоялся в профессии и отношениях. Относительно стабильный период для тех женщин, которым удалось реализоваться в семье и материнстве, у которых есть образование и возможности самообеспечения. Акцент на работу со смыслами и психологическими потребностями.

Снижение связи открытости будущему и компетентности в 36–39 лет → 40–45 лет (p = 0,04) может говорить о принятии своего профессионального и социального уровня. Однако именно в период 36–39 лет наблюдается пик связи с интересом к жизни (ρ = 0,603) и общим фоном настроения (ρ = 0,600): даже при общем снижении «инструментальной» роли будущего, его эмоциональная значимость сохраняется.

Период 3: Зрелый возраст (45–50 лет и 50–55 лет) — этот период оказался наиболее динамичным. Это согласуется с возрастной периодизацией в медицине (биологический возраст), которая опирается на соответствующие возрасту анатомические и физиологические особенности организма. [4]

— 45–50 лет — зафиксированы самые низкие показатели связи открытости будущему с компетентностью ($\rho = 0{,}275$) и принадлежностью ($\rho = 0{,}282$). Сказывается уход детей («пустое гнездо») и переоценка достижений. Женщина может испытывать чувство, что «лучшее позади», а будущее негативно. Возрастные изменения сказываются на здоровье. Психологические и социальные потребности: поиск новых источников компетентности и принадлежности — «где я могу чувствовать себя умелой и нужной в моем будущем?» Для переосмысления жизненного пути подходит техника «Линия жизни». [10]

— 50–55 лет — связь будущего с психологическими потребностями и принадлежностью значимо растет ($p = 0{,}04$ и $p = 0{,}02$ соответственно). Компетентность частично восстанавливается (ρ с 0,275 до 0,398), автономия остается высокой. Можно сказать, что после проживания кризиса женщина находит новые смыслы в роли бабушки, в хобби, а может быть и в новой профессии, современное общество позволяет выбрать дело по душе в любом возрасте, если есть желание. Будущее снова обретает очертания, но теперь оно связано не с карьерными амбициями, а с автономией и принадлежностью.

В 45–50 лет полезна психологическая помощь в поиске новых источников компетентности и принадлежности. В 50–55 лет стоит закрепить новые связи.

Важно отметить, что наше исследование представляет собой срез текущего момента в обществе, и в возрастные группы старшего возраста входят женщины, которые получали первое образование в прошлом веке. Формально их образование полное высшее, но может быть уже не актуальным в современном обществе, которые стремительно меняется за последние годы. И возможности для самореализации и самообеспечения у женщин старше 50 лет могут быть не такими большими, если сами женщины не прикладывали усилий по расширению навыков и образования.

Автономия (чувство выбора и контроля) всегда связана с будущим — независимо от возраста. Социальные потребности (признание, уважение, включенность) также стабильно связаны с тем, как человек видит свое место в мире завтра.

Практический вывод по всем возрастным группам: в каждом возрастном периоде будет полезна работа с открытостью и образом будущего как с фундаментом идентичности через смыслы, ценности и устремления [1, 2]. Смыслы (прояснение атрибутов) — установленные взаимосвязи между отдельными ценностями, устремлениями и потребностями. Смысл по Леонтьеву А.Н. — индивидуализированное отражение действительности, выражающее отношение человека к тем объектам, ради которых развертывается человеческая деятельность и общение. [12]

Важно выстроить позитивный и при этом реалистичный образ будущего для клиента индивидуально с учетом возможностей и потребностей, затем помочь интегрировать его в жизненный план.

Работа с представлением о будущей жизни, с открытостью будущему в современной когнитивно-поведенческой терапии тесно связана с концепциями ценностей и устремлений. Согласно последнему изданию книги Джудит Бек «КПТ от основ к направлениям» [1], ценности — это произвольные убеждения о том, что важно в жизни. Ценности выявляются в терапии как убеждения, актуальные сейчас и в будущем. Эти убеждения (ценности) участвуют в системе мотивации клиента, а также, согласно когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности, являются инструментом для удовлетворения потребностей. [13]

Для создания устойчивых мотивов и для устойчивого удовлетворения потребностей необходимы в том числе устремления как долгосрочные желания. Устремление — это мост между ценностями и конкретными действиями, позволяющий реализовывать способность к построению позитивных интерпретаций будущего, построению планов и работе над их достижением.

Практические инструменты. Для работы с открытостью будущему и потребностями помимо классических инструментов КПТ буду полезны техники КПТОП: техника «Жалобы-проблемы-запрос-цель» с учетом потребностей, техника «Стрелка смыслов» [10], техника «Образ будущего» [6], техника анализа потребностей. [7]

Практическая значимость. Результаты исследования могут быть использованы кадровыми службами, центрами занятости населения, социальными центрами и женскими консультациями для работы с женщинами, переживающими возрастные изменения.

Ограничения исследования. Неравномерность возрастных групп (наименьшая группа 18–25 лет, N=24), что требует осторожности в выводах по самой младшей возрастной группе. В выборке преобладают респонденты с высоким уровнем образования, что следует учитывать

при использовании результатов исследования для лиц со средним специальным и средним образованием.

Поперечный дизайн исследования отражает межвозрастные различия, которые могут быть обусловлены как собственно возрастными изменениями, так и особенностями поколений (когортный эффект). Те, кому сейчас за 50, родились в обществе, в котором будущее было в целом предсказуемо и менее вариативно. Сегодняшние молодые люди выросли в обществе вариативного будущего и вынуждены с юного возраста учиться планировать свои возможности. Когда они достигнут возраста 50–55 лет, буду отличаться от тех, кому 50+ лет сейчас. Для разделения этих факторов необходимо лонгитюдное исследование.

Выборка включает только женщин. Интересно расширить исследование на мужчин разных возрастов. Рассмотреть период 40–55 лет, мужчины не менее остро переживают кризис возраста, вероятно, что распределение данных по потребностям будет другим.

Заключение

Проведенное эмпирическое исследование подтвердило исходную гипотезу о наличии устойчивой взаимосвязи между открытостью будущему и удовлетворением базовых потребностей у женщин на протяжении всей жизни. При этом главным результатом работы стало выявление возрастной динамики этой взаимосвязи: ее сила и структурные компоненты закономерно изменяются при переходе от одного возрастного этапа к другому.

Полученные данные позволяют рассматривать открытость будущему не как статичную черту, а как динамический ресурс, «работающий» на разные потребности в зависимости от актуальных задач того или иного возрастного периода.

Особого внимания заслуживает тот факт, что автономия и социальные потребности демонстрируют стабильную связь с открытостью будущему на всех этапах, что позволяет рассматривать их как сквозные, базовые измерения благополучия. Напротив, компетентность и биологические потребности оказались наиболее чувствительными к возрастным изменениям.

Результаты исследования обосновывают необходимость дифференцированного подхода в психотерапевтической практике. Использование концепции открытости будущему в рамках когнитивно-поведенческой терапии и терапии, ориентированной на потребности, позволяет вы-

страивать работу с учетом возрастных мишеней: от построения идентичности через будущее в молодом возрасте до поиска новых источников компетентности и принадлежности в кризисные периоды и формирования образа будущего, основанного на автономии, в зрелости.

Перспективой дальнейших исследований может стать лонгитюдное изучение выявленных закономерностей для разделения возрастных и когортных эффектов, а также расширение выборки за счет мужской аудитории для выявления возможных различий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. 3-е издание — СПб.: Питер, 2024 — 512 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»).

2. Бек А., Грант П., Инверсо Э., Бринен А., Периволиотис Д. Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление — СПб.: Питер, 2024. — 416 с.

3. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса — СПб.: Питер, 2009. — 172 с.

4. Возраст // Малая медицинская энциклопедия / под ред. В.И. Покровского — 1991. — Т. 1. — с. 358–359.

5. Егоренкова, Ю. Н. Взаимосвязь между открытостью будущему и удовлетворением потребностей в период возрастных изменений у женщин 40–55 лет : выпускная квалификационная работа / Ю. Н. Егоренкова. — Москва: Московский институт психоанализа, 2026. — 116 с.

6. Егоренкова Ю.Н., Муртазин А.И. Терапия, ориентированная на потребности, в игровом групповом формате: XI Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии CBTFORUM 2025: сборник научных статей. — СПб.: Международный институт развития когнитивно-поведенческой психотерапии, 2025 — 300 с. — с. 102–112.

7. Егоренкова Ю.Н., Муртазин А.И. Терапия, ориентированная на потребности как терапия для восстановления в кризисном периоде : XI Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии CBTFORUM 2025: сборник научных статей. — СПб.: Международный институт развития когнитивно-поведенческой психотерапии, 2025 — 300 с. — с. 89–101.

8. Ковпак Д.В. Терапия, ориентированная на потребности [Текст]: IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023. — 129 стр., с. 76–82.

9. Ковпак Д.В., Зрютин М.А., Муртазин А.И., Граница А.С. Разработка теста «Шкала удовлетворенности потребностей» : XI Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии CBT FORUM 2025: сборник научных статей. — СПб: Международный институт развития когнитивно-поведенческой терапии, 2025. — 300 с., с. 169–181.

10. Ковпак Д.В., Зрютин М.А., Муртазин А.И., Элементы технологии когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности: XI Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии CBT FORUM

2025: сборник научных статей. — СПб: Международный институт развития когнитивно-поведенческой терапии, 2025. — 300 с., с. 182–202.

11. Кроник А.А. Life-line и другие новые методы в психологии жизненного пути / сост., общ. ред А.А. Кроника. — Москва: Прогресс-Культура, 1993. — 229 с.

12. Леонтьев Д.А. Психология смысла / Д.А Леонтьев. — М.: Смысл, 1999.

13. Муртазин А.И., Ковпак Д.В. Концепция ценностей в терапии, ориентированной на потребности : IX Международный съезд Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии: сборник научных статей. СПб: Лема, 2023 — с. 226–236.

14. Суворова И.Ю., Бабий А. А., Корзун Н. В. Адаптация общей шкалы удовлетворения базовых психологических потребностей Э. Деси и Р. Райана — 2022.

15. Шкала открытости будущему: русскоязычная адаптация и валидизация // Консультативная психология и психотерапия — 2023. Том 31. № 2.

16. Энгел, Дж. Л. Потребность в новой медицинской модели: вызов для биомедицины / Дж. Л. Энгел // Международный журнал медицины и психологии. — 2018. — Т. 1, № 2. — С. 5–18.

17. Эриксон, Э. Детство и общество / Эрик Эриксон. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. — 592 с.

Кашуба Татьяна Вячеславовна
Московский институт психоанализа,
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии,

Ковпак Дмитрий Викторович
Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФУНКЦИЙ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ ПРИ РАБОТЕ С РЕЛЕВАНТНЫМИ ДАННЫМИ ЖИЗНИ В ТЕРАПИИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ПОТРЕБНОСТИ (КПТОП)

Аннотация. В статье раскрываются направления исследования релевантных данных жизни при диагностике в КПТОП и описываются особенности автобиографической памяти как инструмента для доступа к воспоминаниям. Когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на потребности (КПТОП) или Терапия, ориентированная на потребности (ТОП) — это системный подход к лечению, изменениям и развитию человека на основе адаптивных, функциональных и конструктивных удовлетворений его ведущих потребностей. Понимание и использование функций и характеристик автобиографической памяти может облегчить доступ к воспоминаниям, в которых содержится важная информация для психотерапевтического процесса. Это особо актуально при работе с травматичным опытом.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на потребности, КПТОП, релевантные данные жизни, автобиографическая память, значимые данные детства, контекст семьи, контекст социума, диагностика КПТОП, потребности, ТОП.*

Диагностика в когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности, имеет традиционную для КПТ цель — составить концептуализацию [6] для дальнейшего использования взаимосвязей при работе с проблематикой клиента. Концептуализация КПТОП имеет опору на биопсихосоциальную модель психологии [11], что позволяет показать генез, развитие и поддержку дисфункциональных убеждений во взаимосвязи с фрустрированными потребностями всех трех доменов — биологическими, психологическими и социальными. Поэтому исследуется более широкий временной спектр событий жизни клиента, релевантный проблематике. На рисунке 1 показано место релевантных данных жизни (РДЖ) в общей концептуализации проблем и целей клиента.

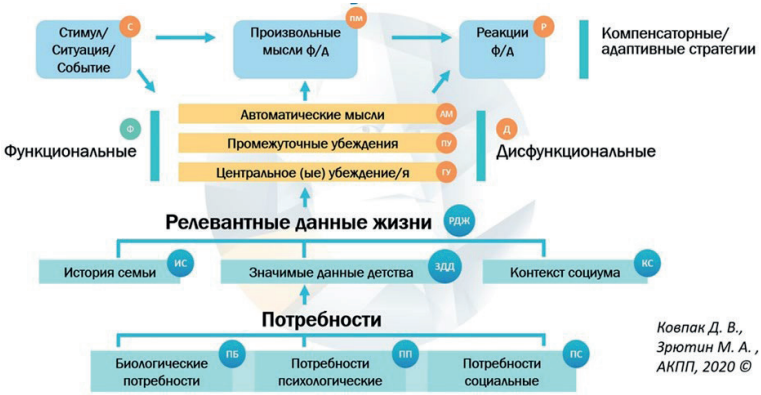


Рис. 1. Диаграмма концептуализации в когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности

Релевантные данные жизни (РДЖ) — это информация, оказавшая важное влияние на текущее мировоззрение клиента, чаще получаемая из личного опыта или заимствованная из семейной системы, существующая во взаимосвязи с макросоциальным контекстом клиента.

Во время диагностики изучаются данные из жизни клиента, актуальные в контексте его текущих проблем. Авторы метода структурировали [5] эту информацию по четырем направлениям:

— Значимый опыт детства;
— Значимый опыт жизни;
— История семьи;
— Контекст социума.

При работе со «значимым опытом детства» рассматриваются события детского периода, происходившие непосредственно с человеком, которые оказали влияние на формирование его внутренней картины мира [1].

Несомненно, сенситивный период для формирования представления о себе, о других людях и о мире — это детский, однако и в подростковом, и во взрослом возрасте продолжается познание себя, других людей и мира в целом. Найденные взаимосвязи находят отражение в виде промежуточных убеждений, связанных с центральным (глубинным) убеждением. События, в которых происходит коррекция мировоззрения через собственный опыт, относятся к «значимому опыту жизни».

Однако собственного опыта мало для быстрой и качественной адаптации в жизни, поэтому человек использует еще и опыт семьи, преобразованный в структуру семейных правил, традиций, верований и ценностей, которые, в соответствии с культурно-исторической теорией Л.С. Выготского [3], интериоризируются в процессе воспитания. «История семьи» описывается через события или периоды, которые происходили с участниками семейной системы. Чаще всего речь идет о представителях старших поколений, принимающих так или иначе участие в воспитании клиента. Важную роль могут играть трансгенерационные травмы, опыт родственников жертв геноцида, истории вынужденных переселенцев и пр. В семье могут быть особые проблемы и даже секреты, которые не обсуждаются явно, но которые раскрываются во внутрисемейных правилах: отношение к каким-то членам семьи, отношение к другим людям, правила, на основании которых семья строит планы на будущее, и пр. Не обязательно вербализировать эти установки, они чаще транслируются через ролевое поведение. Также исследуются известные данные о сиблингах, прямых и дальних родственниках. Микросоциальный уровень взаимодействия формирует содержание раздела «история семьи» в концептуализации проблем и целей клиента.

Последний тезис справедлив и в отношении макросоциума. Глобальные события в мире (пандемия, локдаун, конфликты и пр.), международные отношения, национальные культуры и традиции, культурные тренды, этические нормы, законодательства стран и многое другое также оказывает существенное влияние на любого человека. Эта информация участвует в общем фоне представления о себе, о других и о мире. В терапии, ориентированной на потребности, это называется «контекст социума». Рекомендуется рассматривать влияние социума не только как ригидной системы, но и как системы, подверженной влиянию модных социо-культурных и экономико-политических трендов.

Важно отметить, что сами события, в которые были вовлечены те или иные люди, не формируют внутреннее представление о реальности. Процесс восприятия многоступенчатый. Информация из внешнего мира, поступая через органы чувств, не просто копируется, а активно интерпретируется и реконструируется психикой. Данная интерпретация неразрывно связана с предшествующим опытом субъекта, его актуальным эмоциональным состоянием и контекстом; результатом становится формирование субъективного образа реальности, который и фиксируется в автобиографической памяти. Психика человека характеризуется субъективным отражением объективной реальности [7]. Образ события,

а также сделанные из него выводы, мысли, ощущения и эмоциональные реакции и данные о поведении других людей и прочие детали фиксируются в автобиографической памяти как целостный и относительно константный образ события. Актуализация данной информации впоследствии обеспечивается механизмами автобиографической памяти. Обозначая совокупность воспоминаний за определённый временной промежуток как «событие», необходимо учитывать, что подразумевается не объективно зафиксированные факты, но автобиографическое воспоминание конкретного субъекта. Данное разграничение позволяет целенаправленно опираться на функции и особенности автобиографической памяти [8].

Автобиографическая память (АП) — это субъективное отражение пройденного человеком отрезка жизненного пути, состоящее из фиксации, сохранения, интерпретации и актуализации автобиографически значимых событий и состояний, определяющих самоидентичность личности как уникального, тождественного самому себе психологического субъекта [8]. Биопсихосоциальная модель АП основывается на трех доменах: биологический — нейронные сети головного мозга участвуют в создании, хранении и воспроизведении автобиографических воспоминаний; психологический — в психике происходит обработка информации и ее последующая интеграция в системное понимание себя и мира; социальный — формирование, развитие автобиографической памяти и приобретение ее структурных элементов происходит в социальной среде [8, 10].

Рассмотрим функции автобиографической памяти. Личностная функция АП заключается в построении и поддержании непрерывной, целостной идентичности личности. Начиная с определённого возраста, человек через осмысление собственной деятельности и накопленного опыта взаимодействия с окружающим миром формирует представление о себе. Ключевыми механизмами реализации личностной функции выступают: сохранение относительного постоянства этого образа в условиях изменений, происходящих в процессе проживания текущих событий; устранение противоречий в Я-концепции; фиксация этапности личностного роста. В случаях нарушения согласованности между Я-концепцией и фактами биографии наблюдается феномен «прерванной идентичности» [2]. В контексте психотерапевтической работы особую значимость приобретают экзистенциальные аспекты личностной функции АП. Феномен прерванной идентичности может проявляться в высказываниях клиентов, например: «До этого момента всё было хорошо,

я жил, развивался. Но после периода работы в этой компании всё поменялось. Я потерял себя, я не знаю, какой смысл в работе»; «Жизнь разделилась на до и после отпуска. Там я жила понятную мне жизнь, я знала, куда стремлюсь, теперь не понимаю. Я не вижу смысла во всем этом».

Практическое применение в КПТОП: тренируя навыки осознанности к собственным потребностям, клиент может обновлять представление о себе. Это будет способствовать принятию изменений в образе себя через субъективное ощущение связанности и константности.

Практическое применение в КПТОП: С помощью техники «линия жизни» [6] представляется возможным исследовать значимый период жизненного пути клиента, выделяя в отношении каждого события ключевые когнитивные образования (мысли), эмоциональные реакции, а также степень удовлетворённости либо фрустрированности актуальных потребностей. В процессе анализа полученных данных могут быть выявлены отдельные элементы травматического опыта. В дальнейшем с данными эпизодами возможно работать как с травматическим опытом, осуществляя изучение и восстановление личностной идентичности сквозь призму потребностей — как удовлетворённых, так и фрустрированных в соответствующем временном периоде.

Пример из практики: клиентка 32 лет обратилась с чувством «потери себя» после развода. В ходе построения линии жизни она отметила три ключевых периода: до замужества (активная карьера, путешествия), во время брака (ориентация на семейную систему мужа, отказ от своих интересов) и после развода. Анализ потребностей показал, что в браке были фрустрированы потребности в автономии и признании. Работа с воспоминаниями о периоде до брака позволила восстановить образ «способной и успешной себя», что помогло сформулировать новые цели и начать их реализацию.

Отдельная подгруппа личностной функции — это регуляторная. В основном речь идет про регуляцию эмоционального и физического состояния. В ситуациях эмоциональной дисрегуляции есть возможность вспомнить аналогичные события, в которых был получен успешный опыт и восстановить образ успешного себя. На этом принципе основывается работа с концептуализацией сильных сторон в КПТ.

Социальная (коммуникативная) функция АП проявляется широко как внутри, так и за пределами психологической консультации. Люди в диалогах нередко вспоминают свои истории с целью развития межличностных отношений. В психотерапевтической работе эта функция используется и клиентом, и психологом. Самораскрытие специалиста часто

происходит через рассказы личных историй, которые имеют непосредственное отношение к текущей повестке на сессии с клиентом. Это позитивно влияет на укрепление терапевтического альянса, который играет важную роль в процессе консультирования клиента [4].

Автобиографическая память не врожденное явление, а приобретенное [8]. В детстве ребенку взрослые начинают прививать навык осознавать события прошлого и выстраивать взаимосвязи между воспоминаниями. Это одно из проявлений социальной функции АП. События, которые выбиваются из логичной цепи событий прошлого, вызывают сильные эмоциональные реакции. В терапии, ориентированной на потребности, клиент не только использует диагностические и терапевтические методики, но и обучается их применять самостоятельно. Это позволяет производить как анализ, так и синтез интерпретаций пережитых событий с целью интеграции частного опыта в общий континуум жизненного опыта.

Социальная функция АП реализуется через контекст социума, через усвоение правил, традиций в обществе. При работе с запросами социального характера (профессиональный успех, социальная тревожность и пр.) целесообразно использовать мишени терапии не только когнитивного уровня, такие как убеждения о себе, мире и других людях, но и поведенческие мишени. И в первую очередь это навык адаптивных действий, направленных на удовлетворение своих потребностей в условиях динамически меняющейся внешней среды. Во-вторых это прикладные навыки по регуляции эмоций в стрессовых ситуациях, коммуникативные навыки и пр. Навыки необходимы и для эффективной адаптации в социальной среде, и для сохранения целостного образа себя в условиях развития.

Практическое применение в КПТОП: если воспоминания содержат странные, выбивающиеся из контекста жизни события, то необходимо исследовать область контекста вокруг этих событий. При визуальном оформлении на временной шкале, используя уточняющие вопросы, удается прояснить причастность клиента к странным в его интерпретации событиям. Либо появляется возможность осознать форс-мажор, в результате которого у клиента произошло что-то неординарное в его жизни. Рассматривая одно воспоминание отдельно от контекста, не всегда очевидными являются причинно-следственные связи, приводящие клиента к дисфункциональным реакциям. Фрустрированные потребности могут являться проясняющим контекстом между на первый взгляд разрозненными событиями в сумбурном изложении клиента.

Прагматическая (регуляторная) функция АП используется в повседневной жизни для создания моделей и схем поведения. Анализируя полученный ранее опыт, выстраивается система правил, необходимых для эффективной жизни. Однако работа автобиографической памяти подвержена влиянию текущей мотивации. Если условия контекста значимого события были восприняты клиентом как небезопасные, то во время обработки данных и интерпретации полученного опыта будут выстраиваться правила дисфункциональных копингов. И чем больше угроз в жизни человека, тем более компенсаторными будут становиться алгоритмы и схемы реагирования на текущие события, ассоциированные с угрозами. В этих случаях прагматическая функция АП будет работать некорректно, внося ряд искажений не только в правила переработки информации, но и в характер воспоминаний.

Подвид прагматической функции — директивная функция — обеспечивает доступ к старому опыту для решения новых задач и конструирования прогнозов. Прошлый опыт позволяет сконструировать модель для понимания внутреннего мира других людей, выстраивать на основе этого предсказания их дальнейших действий. Важно, чтобы правила, на которые опираются люди, были не только гибкими, но и обновлялись по мере получения последующего опыта.

Однако нарушение процессов обработки информации АП под воздействием как органических изменений, так и психологических ограничений и социального давления создает факторы риска для возникновения психологических заболеваний. Феномен глобализации АП описывает затруднение в воспроизводстве конкретных воспоминаний и склонность обобщать целые жизненные периоды как описание одного события [9, 12]. В первую очередь это связано с проживанием травматичного опыта, в процессе которого не было возможности качественно провести анализ происходящего и интегрировать выводы, повышающие адаптационные характеристики человека. За счет сверхобобщения данных происходит потеря информации, которая может содержать факты, противоречащие гипотезе о негативной картине мира клиента и необходимые для выстраивания адаптивных схем удовлетворения базовых потребностей.

Глобализация АП (сверхобобщение воспоминаний о событиях) и другие искажения в системе воспоминаний АП способствуют созданию нереалистичных прогнозов поведения других людей и ошибок в расчетах вероятности тех или иных событий. Это усугубляет запутанность взаимосвязей, на которых основывается общее представление человека о себе, других людях и мире вообще.

Практическое применение в КПТОП: пример глобализации АП — описание события как:

— Развод;

— Отпуск на море;

— Все стало плохо;

— Беременность первым ребенком и т.д.

Необходимо разложить период на события, чтобы получить возможность зафиксировать и включить в анализ ранее пропущенные воспоминания, содержащие эффективные стратегии поведения клиента. Конкретизация через протокол № 1 КПТОП (СМЭР — ситуация, мысли, эмоции, реакции тела (физиологические) и поведенческие) помогает выявить ключевые фрустрированные потребности и другие факторы, влияющие на сохранение в памяти событий в один определенный период. Реструктуризация через протокол № 2 КПТОП открывает доступ к АП, хранящей воспоминания о своих успешных стратегиях поведения.

Пример из практики: клиент 45 лет с депрессией описывал период «всё рухнуло» после увольнения. При детальном разборе по протоколу СМЭР удалось выделить несколько конкретных событий: разговор с начальником, первые недели поиска работы, конфликт с супругой из-за финансов, посещение центра занятости. В одном из эпизодов (посещение центра занятости) клиент вспомнил, что смог структурировать свой день и составить план действий, что вызвало чувство контроля. Это воспоминание было использовано для построения нового поведенческого паттерна.

Рассмотрим некоторые характеристики автобиографической памяти [8]. Однократное эмоционально значимое событие способно оставить устойчивый энграмматический след, который сохраняется длительное время, однако его актуализация может варьироваться. В мнемической системе события кодируются в виде совокупности сенсорно-специфичных компонентов, образующих целостный перцептивный образ. Данное положение подтверждается результатами современных нейробиологических исследований [10], демонстрирующими, что предъявление стимула, связанного с воспоминанием, приводит к активации целостных нейронных ансамблей. В состав таких ансамблей входят нейроны, активирующиеся также при действии иных стимулов, включая эмоциональные и телесные.

Автобиографические воспоминания всегда характеризуются самореференцией: любое событие обретает качественную определённость

за счёт ценностной, мотивационной и эмоциональной насыщенности содержания. Даже если личность не являлась непосредственным участником события, его запоминание опосредовано референцией к себе.

Временная организация автобиографических воспоминаний отличается специфичностью. Она может представлять собой временную линию с опорой на ключевые события, изменившие привычный жизненный уклад; жизненный путь сегментируется на периоды, в рамках которых личность реализует особую социальную роль (школьник, родитель, сотрудник и т.д.). Отдельные периоды могут быть репрезентированы детально, тогда как другие содержат лишь несколько эпизодических следов. Прошлое реконструируется субъективно, и каждый человек вырабатывает индивидуальную стратегию темпоральной локализации событий.

Сформированные воспоминания сохраняются и воспроизводятся в культурно-историческом контексте. Автобиографическая память подвергается социально-конформной модуляции, адаптируя содержание воспоминаний к ожиданиям окружения. Данная характеристика находит выражение в таких феноменах, как автобиографический конформизм, автобиографическая амнезия и артефактные воспоминания. Особую значимость это приобретает при анализе влияния терапевтических отношений между психологом и клиентом.

Современные нейробиологические исследования существенно углубляют понимание того, как автобиографическая память кодируется, хранится и реконструируется. Эти данные имеют прямое значение для клинической практики КПТОП, так как объясняют механизмы, лежащие в основе феномена глобализации памяти, ретравматизации и возможностей терапевтического изменения.

Гиппокамп является ключевой структурой для формирования и извлечения эпизодических воспоминаний. Однако современные исследования показывают, что его функция не сводится к простому «воспроизведению» зафиксированных следов. В ходе автобиографического воспоминания гиппокамп участвует в активной реконструкции события, а не в его точном воспроизведении [10].

Важное открытие последних лет — функциональная гетерогенность гиппокампа вдоль его передне-задней оси. Исследования с использованием сверхвысокопольной функциональной МРТ (7 Тесла) показывают, что передняя часть гиппокампа, особенно пре-/парасубикулюм, вносит особый вклад в переживание насыщенных деталями автобиографических воспоминаний и демонстрирует наиболее сильную функциональную связь

с вентромедиальной префронтальной корой (vmPFC) и медиальными/латеральными теменными областями [17]. Эти данные согласуются с представлением о том, что передний гиппокамп участвует в извлечении целостного контекста и «чувства сцены» (scene-based cognition), тогда как задний гиппокамп в большей степени отвечает за пространственные и детализированные аспекты воспоминания [16].

Префронтальная кора (ПФК) играет критическую роль в целенаправленном извлечении воспоминаний и регуляции их эмоционального содержания. Вентромедиальная ПФК (vmPFC) обеспечивает доступ к контекстуальной информации и участвует в интеграции эмоциональных и семантических компонентов воспоминания [17]. При этом медиальная ПФК также участвует в подавлении нерелевантных или дистрессирующих воспоминаний, что особенно важно в терапии травмы.

Исследования показывают, что при извлечении автобиографических воспоминаний наблюдается согласованная активность между гиппокампом и сетью задней медиальной коры, включающей прекунеус и угловую извилину [15]. Угловая извилина (angular gyrus), особенно её задняя часть (PGp), участвует в подготовке к извлечению воспоминания (retrieval orientation) и в реконструкции пространственных и сенсорных деталей, тогда как прекунеус (precuneus) модулирует субъективные качества воспоминания, такие как яркость и эмоциональная интенсивность [15]. Эти данные подтверждают, что автобиографическое воспоминание — это не пассивное воспроизведение, а активный, целенаправленный конструктивный процесс.

Стресс является одним из наиболее значимых факторов, влияющих на автобиографическую память, и это имеет прямое отношение к работе с травматическим опытом в КПТОП. Стрессовые гормоны (кортизол) воздействуют на гиппокамп, который обладает высокой плотностью глюкокортикоидных рецепторов.

Экспериментальные исследования демонстрируют, что острый стресс, индуцированный непосредственно перед кодированием информации, по-разному влияет на различные типы памяти. В частности, стресс ухудшает долговременную память, опосредованную гиппокампом, что проявляется в снижении точности свободного воспроизведения [19]. При этом нейровизуализационные исследования показывают, что стресс нарушает соответствие между паттернами активности мозга при кодировании и последующем извлечении (encoding-retrieval similarity) именно в гиппокампе [20].

Особенно значимы для клинической практики данные о влиянии стресса на память об эмоциональном контексте. Стресс перед кодированием снижает активность угловой извилины и медиальной ПФК при извлечении контекстуальной неприятной информации, а также уменьшает восстановление нейронных репрезентаций эмоционального контекста в этих областях [21]. Это может объяснять, почему при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) травматические воспоминания часто извлекаются как фрагментарные, лишённые целостного контекста, и сопровождаются интенсивным эмоциональным дистрессом.

Кроме того, кортизол модулирует взаимодействие между эпизодической памятью и семантическим знанием. В условиях стресса активация гиппокампа при семантическом заполнении пробелов в эпизодической памяти усиливается, что может указывать на компенсаторные механизмы, но также создавать почву для ошибок памяти и формирования ложных воспоминаний [18].

Одно из наиболее важных открытий современной нейробиологии в контексте данной статьи касается того, что воспоминания не являются статичными. При извлечении воспоминание становится пластичным и может быть изменено — этот процесс называется реконсолидацией. Исследования на животных и нейровизуализационные данные показывают, что при извлечении отдалённых (системно консолидированных) воспоминаний гиппокамп вновь активируется. При этом формируется новая энграмма (след памяти) в гиппокампе, которая интегрирует новую информацию и поддерживает обновление воспоминания [22]. Этот процесс опосредован взрослым нейрогенезом в гиппокампе и координацией активности между гиппокампом и миндалевидным телом через проекции медиальной ПФК [22].

С клинической точки зрения это означает, что каждое обращение к травматическому воспоминанию в безопасных условиях терапии предоставляет возможность для его функциональной реорганизации. Техники КПТОП, такие как протокол № 2 (реструктуризация на основе потребностей), могут использовать этот нейробиологический механизм для формирования более адаптивных убеждений и поведенческих паттернов, не стирая само воспоминание, но изменяя его значение и эмоциональную окраску.

Нейробиологические данные о роли гиппокампа и префронтальной коры в реконструкции воспоминаний напрямую объясняют феномен глобализации автобиографической памяти, описанный в упомянутых статьях [9, 13, 23]. Нарушение функционального взаимодействия между

гиппокампом (обеспечивающим детализированное контекстуальное извлечение) и префронтальной корой (контролирующей целенаправленный поиск) приводит к тому, что человек не может получить доступ к конкретным эпизодическим деталям и вместо этого использует обобщённые, семантизированные репрезентации [20]. В КПТОП работа по детализации воспоминаний через протокол СМЭР и технику «линия жизни» может способствовать восстановлению функциональной связи между этими структурами и повышению специфичности воспоминаний.

Ниже приведем некоторые особенности АП, которые целесообразно использовать при работе с релевантными данными жизни.

Во-первых, одно и то же событие может вспоминаться для выполнения разных функций АП в зависимости от контекста текущих задач. Особенно при работе с высоко травматичным опытом важно понимать, что мотивационных причин его помнить может быть много и необходимо их исследовать. При обращении к воспоминаниям, содержащим высокий эмоциональный след, необходимо актуализировать воспоминания экологичным способом. В противном случае может происходить ретравматизация и усиление ригидности убеждений.

Практическое применение в КПТОП: логоэксевтика (работа со смыслами и значениями) позволяет охватить широкий спектр смыслов и значений определенных символов. Это эффективный инструмент для предварительной работы с воспоминаниями [6]. Например, если клиент боится говорить о будущем, то есть возможность исследовать те смыслы и значения, которые он вкладывает в само это слово, какие ожидания у клиента от «работы с будущим».

Во-вторых, состояние клиента на консультации влияет на вероятность и полноту воспроизведения воспоминаний. Это связано с изменением механизмов интерпретаций событий при разных эмоциях, что проявляется в некоторой динамике рассказов.

В-третьих, запоминание, удержание и воспроизведение воспоминаний — разные процессы. Так как составляющие части воспоминаний (потенциальные триггеры) не подлежат контролируемой систематизации, важно встроить в процесс воспроизводства многоуровневые ассоциативные входы. Нейронная сеть воспоминания о важном событии может быть разблокирована постепенно — по мере выстраивания ассоциативных связей. Так как доступ к мыслям бывает осложнен самоцензурой или ранней стадией развития терапевтического альянса, то раскрытие общего контекста события в протоколе № 1 (СМЭР) играет первостепенную роль для получения доступа к мыслям.

Практическое применение в КПТОП: Протокол № 1 Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (СМЭР) позволяет получить доступ к когнитивной части воспоминаний (мыслям) через погружение в контекст события. В протоколе не обязательно заполнять таблицу последовательно. В первую очередь выделяется конкретный триггерный момент в событии (начало) и поведенческая реакция на него (окончание); дальше подробно воспроизводятся эмоциональные переживания этого среза события, которые чаще всего содержат несколько эмоций разной интенсивности — их выписывают каждую отдельно с субъективной оценкой выраженности по 10-балльной шкале; после чего воспроизводятся воспоминания о телесных реакциях на стимул (триггер). И лишь после этого переходят к воспоминаниям о мыслях. Это позволяет проследить с клиентом всю цепочку мыслей от триггерной ситуации до поведенческой реакции, с учетом эмоциональных и телесных (физиологических) реакций. И уже из этого списка мыслей выделить ключевые, которые максимально предопределили реакцию на триггерное событие.

Еще одна важная особенность АП — это то, что воспоминания не воспроизводятся, а реконструируются. В отличие от компьютерных файлов, нейронные сети не имеют «времени создания». Отдельные элементы сети создаются в процессе получения жизненного опыта. В момент значимого события создаются новые фрагменты нейронной сети, включающие в себя уже имеющиеся элементы, дополненные новыми [10]. Когда мы вспоминаем, мы обусловливаем воспоминание через название события, вводя ограничения таким образом на границы воспоминания. Это не значит, что полное первичное воспоминание перестало существовать, но появилась новая ассоциация с названным событием, которая обладает максимально допустимым в данных условиях контекстом. И в следующий раз при обращении к событию через его название может вспоминаться скорее вторичное воспоминание, чем первичное.

Практическое применение в КПТОП: техника реструктуризации на основе протокола № 2 КПТОП позволяет сформировать функциональное поведение, убеждение и мысли на основе той же травматичной ситуации. Например, клиентка с социальной тревожностью вспоминала эпизод, когда на выступлении «забыла текст». В ходе работы по протоколу № 2 удалось реконструировать не сам факт ошибки, а её значение: «я должна быть идеальной, иначе меня отвергнут». Альтернативная реконструкция с опорой на другие воспоминания (где её слушали доброжелательно) позволила сформировать новое убеждение: «я могу ошибаться, и это не катастрофа».

Важно отметить, что актуализация воспоминания сохраняется до тех пор, пока оно остается значимым для субъекта. Существует распространённое заблуждение, согласно которому человек запоминает лишь необходимую информацию, а всё остальное безвозвратно утрачивается; при этом «запоминание» отождествляется с долговременным хранением, а «забывание» — с физическим удалением следа из памяти. Однако данные экспериментальных исследований, в том числе посвящённые восстановлению доступа к воспоминаниям в состоянии гипноза, а также спонтанной активации воспоминаний у респондентов [8], свидетельствуют о том, что процесс забывания носит сложный, многоступенчатый характер. В настоящее время в отношении автобиографических воспоминаний обоснованным представляется следующее положение: субъект воспроизводит те события, которые обладают для него личностной значимостью и смысловым наполнением; забывание же выступает не как утрата следа, а как реконструкция содержания, опосредованная вербальной переработкой. На сегодняшний день не существует достоверных научных данных, подтверждающих гипотезу о полном (тотальном) забывании информации.

Ограничения применения подхода. Несмотря на эффективность работы с автобиографической памятью в КПТОП, существуют ситуации, когда данный инструментарий требует особой осторожности или не может быть использован в полной мере. К ним относятся: острые психотические состояния, при которых нарушена способность к рефлексии и различению реальности и воспоминаний; выраженные органические поражения головного мозга, влияющие на процессы кодирования и извлечения информации; а также низкая мотивация клиента или его неготовность к погружению в травматический опыт без предварительного формирования стабилизирующих навыков. В таких случаях предпочтение отдается сначала работе с регуляцией эмоций, развитию навыков осознанности, когнитивной реструктуризации и формированию безопасного поддерживающего терапевтического пространства и доброжелательной психологической атмосферы.

Таким образом, обобщая основные положения статьи, следует отметить, что в релевантных событиях жизненного пути значимость приобретают не сами события как таковые, а воспоминания о них, содержащие переработку и интерпретацию воспринятых событий. Представляется возможным расширить арсенал психологических интервенций с учётом особенностей автобиографической памяти. Личностная, социальная и прагматическая функции автобиографической памяти

обеспечивают мультиперспективную интерпретацию событий и обусловливают вариативность в психотерапевтической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. — СПб. : Питер, 2021. — 416 с.

2. Василевская К.Н. Функции автобиографической памяти личности / К.Н. Василевская // Международный научно-исследовательский журнал. — 2016. — № 1 (43). — С. 103–106.

3. Выготский Л.С. Мышление и речь. — М. : Эксмо, 2022. — 544 с.

4. Ковпак Д.В., Мошкова О.А. Значение общих и специфических навыков психотерапевта в развитии терапевтических отношений и рабочего альянса в когнитивно-поведенческой терапии с учетом биопсихосоциальной модели / Д.В. Ковпак, О.А. Мошкова // IX Международный Форум Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии CBTFORUM : сборник научных статей, Санкт-Петербург, 20–21 мая 2023 года. — СПб. : Лема, 2023. — С. 158–174.

5. Ковпак Д.В. Когнитивная карта клиента в когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности / Д.В. Ковпак // X Международный Форум Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии CBTFORUM : сборник научных статей, Санкт-Петербург, 24–26 мая 2024 года. — СПб. : Международный институт развития когнитивно-поведенческой терапии, 2024. — С. 75–81.

6. Ковпак Д.В., Муртазин А.И., Зрютин М.А. Элементы технологии когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности / Д.В. Ковпак, А.И. Муртазин, М.А. Зрютин // XI Международный Форум Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии CBTFORUM : сборник научных статей, Санкт-Петербург, 23–25 мая 2025 года. — СПб.: Международный институт развития когнитивно-поведенческой терапии, 2025. — С. 182–202.

7. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии : учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности «Психология» / А.Н. Леонтьев ; под ред. Д.А. Леонтьева, Е.Е. Соколовой. — 4-е изд., стер. — М. : Смысл, 2007. — 511 с.

8. Нуркова В.В. Свершенное продолжается: психология автобиографической памяти личности. — М. : Издательство Университета Российской академии образования, 2000. — 320 с.

9. Пуговкина О.Д. Глобализация автобиографической памяти — когнитивный фактор риска возникновения и хронификации депрессивных расстройств / О.Д. Пуговкина // Современная терапия психических расстройств. — 2017. — № 4. — С. 30–35.

10. Сварник О.Е. Воспроизведение специфических последовательностей активности нейронов в мозге и его значение для когнитивных процессов / О.Е. Сварник // Экспериментальная психология. — 2022. — Т. 15, № 1. — С. 33–55.

11. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? / А.Б. Холмогорова, О.В. Рычкова // Социальная психология и общество. — 2017. — Т. 8, № 4. — С. 8–31.

12. Williams J.M.G., Broadbent K. Autobiographical memory in attempted suicide patients / J.M.G. Williams, K. Broadbent // Journal of Abnormal Psychology. — 1986. — Vol. 95, No. 2. — P. 144–149.

13. Williams J.M.G., Barnhofer T., Crane C., Hermans D., Raes F., Watkins E., Dalgleish T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder // Psychological Bulletin. — 2007. — Vol. 133, no. 1. — P. 122–148. — DOI: 10.1037/0033–2909.133.1.122.

14. Brunec I.K., Bellana B., Ozubko J.D., Man V., Robin J., Liu Z.X., Grady C.L., Rosenbaum R. S., Winocur G., Barense M. D., Moscovitch M. Multiple scales of representation along the hippocampal anteroposterior axis // Current Biology. — 2018. — Vol. 28, no. 13. — P. 2129–2135.e6. — DOI: 10.1016/j.cub.2018.05.007.

15. Dalgleish T., Williams J.M. G., Golden A.M., Perkins N., Barrett L. ., Barnard P.J., Au Yeung C., Murphy V., Elward R., Tchanturia K., Watkins E. Reduced specificity of autobiographical memory and depression: the role of executive control // Journal of Experimental Psychology: General. — 2007. — Vol. 136, no. 1. — P. 23–42. — DOI: 10.1037/0096–3445.136.1.23.

16. Dalton M.A., McCormick C., Maguire E.A. Differences in functional connectivity along the anterior-posterior axis of human hippocampus // NeuroImage. — 2019. — Vol. 192. — P. 111–122. — DOI: 10.1016/j.neuroimage.2019.02.066.

17. Euston D.R., Gruber A.J., McNaughton B.L. The role of medial prefrontal cortex in memory and decision making // Neuron. — 2012. — Vol. 76, no. 6. — P. 1057–1070. — DOI: 10.1016/j.neuron.2012.12.002.

18. Ranganath C., Ritchey M. Two cortical systems for memory-guided behaviour // Nature Reviews Neuroscience. — 2012. — Vol. 13, no. 10. — P. 713–726. — DOI: 10.1038/nrn3338.

19. Smeets T., van Ruitenbeek P., Hartogsveld B., Quaedflieg C.W.E.M. Stress-induced impairment of long-term memory retrieval is associated with reduced hippocampal activity // Neurobiology of Learning and Memory. — 2021. — Vol. 182. — P. 107453. — DOI: 10.1016/j.nlm.2021.107453.

20. Vogel S., Klumpers F., Schröder T.N., Oplaat K.T., Krugers H.J., Oitzl M.S., Joëls M., Fernández G. Stress impairs retrieval of emotionally neutral information // Biological Psychiatry. — 2017. — Vol. 81, no. 3. — P. 267–277. — DOI: 10.1016/j.biopsych.2016.08.032.

21. van Ast V.A., Cornelisse S., Meeter M., Joëls M., Kindt M. Time-dependent effects of cortisol on the contextualization of emotional memories // Biological Psychiatry. — 2013. — Vol. 74, no. 11. — P. 809–816. — DOI: 10.1016/j.biopsych.2013.05.022.

22. Kitamura T., Ogawa S. K., Roy D.S., Okuyama T., Morrissey M.D., Smith L.M., Redondo R.L., Tonegawa S. Engrams and circuits crucial for systems consolidation of

a memory // Science. — 2017. — Vol. 356, no. 6333. — P. 73–78. — DOI: 10.1126/science.aam6808.

23. Barry T.J., Hallford D.J., Takano K. Autobiographical memory impairments as a transdiagnostic feature of mental illness: a meta-analytic review of investigations into autobiographical memory specificity and overgenerality // Clinical Psychology Review. — 2021. — Vol. 88. — P. 102051. — DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102051.

Кащеева Анастасия Игоревна
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии
Центры Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии ВеСВТ

ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ КОНТРОЛЯ, ИЗБЕГАНИЯ И НАРУШЕННОЙ РЕЗИЛЬЕНТНОСТИ

Аннотация. Расстройства пищевого поведения традиционно рассматриваются как нарушения, связанные с патологическим пищевым поведением, образом тела и контролем веса. Однако современные эмпирические данные и клинические наблюдения указывают на более сложную природу данных расстройств, выходящую за рамки исключительно пищевых симптомов. В данной статье предлагается рассматривать расстройства пищевого поведения как формы дезадаптивной психологической адаптации, при которых симптоматическое пищевое поведение выполняет функцию совладания с эмоциональным дистрессом, неопределенностью и субъективным переживанием утраты контроля. В статье проанализированы ключевые когнитивно-поведенческие механизмы, лежащие в основе формирования и поддержания расстройств пищевого поведения, включая стремление к ригидному контролю, когнитивное и поведенческое избегание, а также дефициты резильентности. На основании данных современных исследований и клинических моделей показано, что достижение симптоматической ремиссии без восстановления адаптивного функционирования существенно повышает риск рецидивов. Подчеркивается значимость резильентностно- ориентированных интервенций в рамках когнитивно-поведенческой терапии как условие устойчивого восстановления. Статья носит теоретико-аналитический характер и основана на анализе данных метааналитических обзоров, лонгитюдных исследований и современных когнитивно-поведенческих моделей РПП.

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения, когнитивно-поведенческая терапия, дезадаптивная адаптация, резильентность, эмоциональная регуляция, избегание, контроль.*

Введение

Расстройства пищевого поведения относятся к числу наиболее тяжелых психических расстройств, характеризующихся высоким уровнем смертности, значительной коморбидностью с депрессивными и тревожными расстройствами, а также выраженным снижением качества жизни. Несмотря на существенный прогресс в разработке психотерапевтических протоколов, расстройства пищевого поведения по- прежнему демонстрируют высокую склонность к хронизации и рецидивированию, что ставит

под сомнение достаточность исключительно симптомоориентированных моделей лечения в качестве единственного терапевтического фокуса.

По данным эпидемиологических исследований, пожизненная распространенность расстройств пищевого поведения составляет порядка 1–4 % в общей популяции, при этом субклинические формы и расстройства, не достигающие диагностических критериев, встречаются значительно чаще и, по разным данным, могут выявляться у 8–10 % и более населения. Расстройства пищевого поведения характеризуются высоким риском хронизации: около 20–30 % пациентов демонстрируют хроническое течение. Частота рецидивов после достижения ремиссии остается высокой и, по данным эпидемиологических и лонгитюдных исследований, составляет порядка 30–50 % в течение первых двух лет после лечения.

Исторически клиническое внимание было сосредоточено на нормализации питания, веса и пищевого поведения как основных маркеров выздоровления. Однако по данным эпидемиологических и лонгитюдных исследований, даже при достижении поведенческой ремиссии у значительной части пациентов сохраняются выраженные когнитивные и эмоциональные дисфункции, включая перфекционизм, ригидность мышления, трудности эмоциональной регуляции, низкая толерантность к фрустрации (Fairburn et al.; Byrne et al.; Keel). Эти факторы существенно повышают уязвимость пациентов к стрессу и способствуют повторной актуализации симптомов.

В последние годы в научной литературе все чаще поднимается вопрос о необходимости расширенной концептуализации расстройств пищевого поведения, как нарушений психологической адаптации. С этой позиции пищевое поведение рассматривается не как первичная патология, а как вторичный, дезадаптивный способ совладания с внутренними и внешними стрессорами. Такой подход позволяет интегрировать данные когнитивно-поведенческих и трансдиагностических и моделей и по-новому взглянуть на задачи психотерапевтического вмешательства.

Цель настоящей статьи- рассмотреть расстройства пищевого поведения как формы дезадаптивной адаптации, проанализировать ключевые когнитивно-поведенческие механизмы контроля и избегания, а также раскрыть роль нарушенной резильентности в поддержании и хронизации симптомов.

Расстройства пищевого поведения как форма дезадаптивной адаптации

В когнитивно-поведенческой парадигме поведение человека рассматривается как функционально обусловленное и направленное на снижение субъективного дистресса или восстановление психологического равновесия. С этой точки зрения симптомы расстройств пищевого поведения могут быть интерпретированы как попытки адаптации к переживаемым эмоциональным и межличностным трудностям, несмотря на их деструктивные долгосрочные последствия.

Исследования показывают, что для многих пациентов расстройство пищевого поведения становится доступным и относительно управляемым способом регуляции аффекта. Ограничение питания, переедание или очищение позволяют временно снизить уровень тревоги, притупить эмоциональную боль или восстановить ощущение контроля в условиях неопределенности. Фэрберн (2008) подчеркивает, что центральным элементом расстройств пищевого поведения является не сама еда, а переоценка формы тела и веса и/или переоценка контроля над питанием, которые приводят к поддержанию дисфункционального поведения.

Дезадаптивный характер данной адаптации проявляется в том, что симптоматическое поведение со временем утрачивает гибкость и начинает поддерживаться за счет негативного подкрепления. Краткосрочное снижение дистресса усиливает вероятность повторного использования симптома, формируя устойчивый поведенческий паттерн. В результате пациент оказывается в замкнутом круге, где попытки адаптации парадоксальным образом усиливают уязвимость к стрессу и снижают способность к восстановлению.

Совокупность данных эпидемиологических и лонгитюдных исследований подтверждают, что расстройства пищевого поведения не могут быть адекватно поняты исключительно как нарушения пищевого поведения, скорее расстройства пищевого поведения представляют собой формы дезадаптивной психологической адаптации.

Теоретические основания рассмотрения расстройств пищевого поведения как нарушение адаптации

В классических психопатологических моделях расстройства пищевого поведения преимущественно описываются через призму симптомов, связанных с нарушением пищевого поведения, искажением образа тела и патологической фиксацией на весе. Такой подход, несмотря на его диа-

гностическую и практическую ценность, в значительной степени ограничивает понимание функциональной роли симптомов и механизмов их устойчивости. Современные направления клинической психологии и когнитивно-поведенческой терапии все чаще подчеркивают необходимость рассмотрения психических расстройств в контексте адаптации личности к внутренним и внешним стрессорам.

Психологическая адаптация определяется как динамический процесс взаимодействия индивида с окружающей средой, направленный на поддержание субъективного равновесия, функциональности и психологического благополучия. В этом контексте дезадаптация возникает тогда, когда используемые стратегии совладания утрачивают гибкость, перестают соответствовать требованиям среды и начинают приводить к стойкому нарушению функционирования. Расстройства пищевого поведения могут быть концептуализированы именно как формы дезадаптивной адаптации, при которых первоначально функциональные стратегии совладания трансформируются в ригидные и самоподдерживающиеся паттерны поведения.

С точки зрения когнитивно-поведенческой терапии, симптоматическое поведение при расстройствах пищевого поведения выполняет четко определенную функцию- регуляцию эмоционального состояния, снижение неопределенности и восстановление субъективного чувства контроля. Однако по мере хронизации данные стратегии начинают усиливать уязвимость личности к стрессу, снижая общую адаптационную способность.

Трансдиагностическая когнитивно-поведенческая модель расстройств пищевого поведения в контексте адаптации

Важным вкладом в переосмысление природы расстройств пищевого поведения стала трансдиагностическая модель, предложенная Фэрберном и соавторами, согласно которой различные формы РПП имеют общие поддерживающие механизмы, независимо от конкретного диагноза. Центральным элементом данной модели является сверхценная значимость веса, фигуры и формы тела, а также контроля, самооценки и соответствия внутренним стандартам, что делает симптоматическое пищевое поведение особенно устойчивым.

С позиций адаптационного подхода трансдиагностическая модель может быть дополнена рассмотрением РПП как универсального, но дезадаптивного ответа на переживание угрозы утраты контроля, значимости или предсказуемости среды. Эта угроза может быть связана с межличностными отношениями, требованиями среды, травматическим

опытом или внутренними конфликтами. Пищевое поведение становится способом структурирования опыта и редукции неопределенности, особенно в условиях, где другие адаптивные ресурсы оказываются недостаточно сформированными.

Таким образом, РПП можно рассматривать не только как расстройства, связанные с нарушением пищевого поведения, но и как проявления более общего дефицита психологической гибкости и адаптивности. Это объясняет высокую коморбидность РПП с тревожными и аффективными расстройствами, для которых также характерны ригидные стратегии совладания и избегания.

Стремление к контролю является одним из наиболее устойчивых и клинически значимых механизмов при РПП. Контроль в данном контексте выполняет не только поведенческую, но и экзистенциальную функцию, позволяя пациенту поддерживать ощущение предсказуемости и стабильности в условиях субъективного хаоса. Контроль питания и тела становится символическим эквивалентом контроля над собственной жизнью.

Данный механизм поддерживается убеждениями о том, что потеря контроля является опасной и недопустимой, а также о том, что ценность личности определяется способностью соответствовать жестким внутренним стандартам. Эти убеждения формируют ригидные когнитивные схемы, ограничивающие диапазон допустимых реакций на стресс. Любое отклонение от установленных правил воспринимается как угроза, что запускает каскад компенсаторных реакций.

Перфекционизм рассматривается как один из ключевых трансдиагностических факторов, влияющих на течение расстройств пищевого поведения. В метаанализе Egan et al. (2011) показано, что уровень перфекционизма у пациентов с РПП значительно выше по сравнению с контрольными группами, с размерами эффекта в среднем и высоком диапазоне ($d \approx 0{,}65–0{,}95$).

Лонгитюдные исследования свидетельствуют о том, что высокий уровень перфекционизма является значимым предиктором рецидива при расстройствах пищевого поведения. Так, Bardone-Cone et al. (2010) показали, что выраженный перфекционизм ассоциирован с существенно более высоким риском возврата симптомов в течение первого года после лечения. Когнитивная ригидность также эмпирически связана с нарушенной адаптацией. Систематический обзор Levinson et al. (2018) продемонстрировал, что пациенты с РПП характеризуются статистически значимо более низкими показателями когнитивной гибкости, а де-

фициты исполнительных функций коррелируют с тяжестью симптоматики и неблагоприятными клиническими исходами.

Избегание и эмоциональная регуляция в структуре РПП

Нарушения эмоциональной регуляции рассматриваются как один из ключевых трансдиагностических факторов при расстройствах пищевого поведения. В обзоре Lavender et al. (2015) показано, что пациенты с РПП характеризуются выраженными трудностями эмоциональной регуляции по сравнению с контрольными группами, что подтверждается результатами многочисленных эмпирических исследований.

Исследования с использованием экспериментальных и экологических парадигм показывают, что симптомы расстройств пищевого поведения могут приводить к краткосрочному снижению негативного аффекта. Так, Haynos & Fruzzetti (2011) показали, что у пациентов с булимией и приступообразным перееданием после эпизодов переедания или очищения наблюдается временное уменьшение субъективного дистресса, за которым следует повторное усиление негативных эмоций. Данный паттерн подтверждает роль симптоматического пищевого поведения как дезадаптивной стратегии эмоционального совладания, поддерживаемой механизмами негативного подкрепления.

Избегание является ключевым механизмом дезадаптивной адаптации при РПП. Оно проявляется как в поведенческой, так и в когнитивной форме и направлено на минимизацию контакта с эмоционально значимыми стимулами. Пищевое поведение становится способом ухода от переживания стыда, тревоги, вины и межличностной уязвимости.

С точки зрения эмоциональной регуляции, пациенты с РПП часто демонстрируют ограниченный репертуар стратегий совладания с аффектом. Недостаточная способность к идентификации, принятию и дифференциации эмоций делает избегание особенно привлекательным. Симптоматическое поведение позволяет временно подавить эмоциональный опыт, но одновременно препятствует его переработке и интеграции.

Когнитивное избегание, включая руминации и узкую фиксацию на пищевых правилах, выполняет функцию отвлечения внимания от более глобальных и трудноразрешимых проблем. Это приводит к сужению когнитивного поля и снижению способности к гибкому мышлению, что усугубляет дезадаптацию.

Резильентность как ключевой параметр адаптивного функционирования

Резильентность рассматривается в современной психологии как многоуровневая характеристика, включающая когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты. Она отражает способность личности выдерживать стресс, адаптироваться к изменениям и восстанавливаться после неблагоприятных событий. В контексте РПП дефициты резильентности проявляются в виде низкой толерантности к дистрессу, когнитивной ригидности и ограниченного репертуара совладающих стратегий.

Важно подчеркнуть, что резильентность не является врожденной характеристикой, а формируется в процессе развития и обучения. При РПП симптоматическое поведение фактически подменяет собой развитие резильентности, становясь основным способом адаптации. Это объясняет, почему отказ от симптомов без формирования альтернативных ресурсов часто воспринимается пациентами как угроза и сопровождается усилением тревоги.

Резильентность как психологическая конструкция в последние годы все чаще рассматривается в исследованиях расстройств пищевого поведения. Данные клинических исследований свидетельствуют о том, что пациенты с анорексией и булимией характеризуются более низкими показателями резильентности по сравнению с контрольными группами, однако величина этих различий варьирует в зависимости от используемых инструментов и характеристик выборки. Низкая толерантность к дистрессу также рассматривается как значимый поддерживающий фактор РПП: исследования показывают отрицательную связь между показателями дистресс-толерантности и тяжестью симптомов, а повышение способности выдерживать эмоциональный дискомфорт в ходе терапии ассоциируется с более благоприятной динамикой лечения.

С позиции когнитивно-поведенческой терапии формирование резильентности предполагает развитие навыков эмоциональной регуляции, когнитивной гибкости, принятия неопределенности и способности выдерживать дискомфорт без обращения к симптоматическому поведению. Резильентность может рассматриваться не только как побочный эффект терапии, но и как одна из ее ключевых терапевтических мишеней.

Рассмотрение РПП как нарушений адаптации требует пересмотра терапевтических приоритетов. Симптоматическое пищевое поведение в данной модели рассматривается как следствие, а не первопричина расстройства. Это предполагает необходимость более осторожного и по-

этапного отказа от симптомов с одновременным формированием альтернативных стратегий совладания.

Когнитивно-поведенческая терапия занимает центральное место в лечении РПП и рассматривается как метод с наибольшей доказательной базой для ряда диагностических категорий. Однако ее эффективность существенно возрастает при смещении фокуса с контроля симптомов на восстановление адаптивного функционирования и формирование резильентности.

Когнитивно-поведенческая терапия остается методом с наиболее обширной доказательной базой при лечении расстройств пищевого поведения, особенно булимии и приступообразного переедания. Метаанализ Linardon et al. (2017) показал, что КПТ ассоциируется с клинически значимым снижением симптоматики и более высокими показателями ремиссии по сравнению с контрольными условиями. Вместе с тем при нервной анорексии эффективность КПТ остается более ограниченной, а показатели устойчивой ремиссии ниже, чем при других формах РПП.

Важно отметить, что данные клинических и лонгитюдных исследований указывают на ограничения терапевтических подходов, фокусирующихся преимущественно на нормализации пищевого поведения. Отсутствие целенаправленной работы с эмоциональной регуляцией и когнитивными процессами ассоциируется с неполной ремиссией и повышенной уязвимостью к рецидиву. Это подчеркивает необходимость концептуального смещения от изолированного контроля симптомов к восстановлению адаптивного психологического функционирования.

Когнитивно-поведенческая терапия может быть рассмотрена не только как метод коррекции дисфункциональных убеждений, но и как пространство реконструкции адаптивного отношения субъекта к миру. Терапия становится процессом постепенного расширения горизонта опыта, в котором пациент учится выдерживать неопределенность и эмоциональный дискомфорт без обращения к симптомам.

Отказ от симптоматического пищевого поведения в данной модели рассматривается не как конечная цель, а как побочный эффект восстановления адаптивных и экзистенциальных ресурсов. Формирование резильентности предполагает переход от иллюзорного контроля к гибкому саморегулированию, от избегания к включенности в опыт, от ригидности к способности к изменению.

Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия выступает как метод не только лечения, но и переосмысления способов существования субъекта в условиях неопределенности. Рассмотрение расстройств пи-

щевого поведения через призму адаптации и резильентности позволяет выйти за рамки редукционистских моделей и сформировать более целостное понимание природы данных расстройств.

Несмотря на доказанную эффективность КПТ, терапия может сталкиваться с ограничениями при работе с пациентами с тяжелой соматической истощаемостью, низкой мотивацией или выраженной коморбидностью. В таких случаях необходим комплексный и поэтапный подход с участием медицинских и семейных интервенций.

Концептуализация РПП, как дезадаптивной адаптации, требует от терапевта отказа от преждевременного давления на отказ от симптомов без формирования альтернативных стратегий совладания. Клинически важно учитывать, что симптом выполняет для пациента адаптационную функцию, и его утрата без замещения может восприниматься негативно.

Вывод

Рассмотрение расстройств пищевого поведения как нарушений психологической адаптации позволяет существенно расширить клиническую концептуализацию данных расстройств. Когнитивно-поведенческий анализ механизмов контроля, избегания и нарушенной резильентности подчеркивает необходимость смещения терапевтического фокуса с исключительно симптоматической коррекции на восстановление адаптивного функционирования. Формирование резильентности в рамках когнитивно-поведенческой терапии является ключевым условием достижения устойчивых и долгосрочных терапевтических результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фэрберн К. Г. Когнитивно-поведенческая терапия и расстройства пищевого поведения / пер. с англ. М.: Guilford Press, 2008. 336 с.

2. Лок Дж., Ле Гранж Д. Семейно-ориентированное лечение анорексии у подростков. М. : Практика, 2019. 320 с.

3. Fairburn C. G. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York : Guilford Press, 2008. 336 p.

4. Treasure J., Schmidt U., Macdonald P. The clinician's guide to collaborative caring in eating disorders: The new Maudsley method. London: Routledge, 2010. 272 p.

5. Трежер Дж., Шмидт У. Нервная анорексия: когнитивно-интерперсональная модель и её клинические импликации // British Journal of Clinical Psychology. 2006. Т. 45, № 3. С. 343–366.

6. Аграс У. С. Когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения // Psychiatric Clinics of North America. 2014. Т. 37, № 1. С. 61–74.

7. Бонанно Дж. А. Психологическая резильентность: адаптация к утрате и травме // American Psychologist. 2004. Т. 59, № 1. С. 20–28.

8. Fairburn C. G., Cooper Z., Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment // Behaviour Research and Therapy. 2003. Vol. 41. P. 509–528.

9. Egan S. J., Wade T. D., Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review // Clinical Psychology Review. 2011. Vol. 31. P. 203–212.

10. Haynos A. F., Fruzzetti A. E. Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications // Clinical Psychology: Science and Practice. 2011. Vol. 18. P. 183–202.

11. Schmidt U., Treasure J. Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive–interpersonal maintenance model and its implications for research and practice // British Journal of Clinical Psychology. 2006. Vol. 45. P. 343–366.

12. Treasure J., Corfield F., Cardi V. A three-phase model of social emotional functioning in eating disorders // European Eating Disorders Review. 2012. Vol. 20. P. 431–438.

13. Levinson C. A., Vanzhula I. A., Brosof L. C. Cognitive rigidity in eating disorders: A systematic review // Journal of Eating Disorders. 2018. Vol. 6. P. 1–14.

14. Southward M. W., Cheavens J. S. Emotion regulation and cognitive flexibility in eating disorders: A meta-analysis // Clinical Psychology Review. 2018. Vol. 62. P. 22–35.

15. Southwick S. M., Bonanno G. A., Masten A. S., Panter-Brick C., Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges // European Journal of Psychotraumatology. 2014. Vol. 5. P. 1–14.

Ковпак Алиса Игоревна
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии,
Центры Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ В ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Аннотация. В статье рассматривается биопсихосоциальная модель как современная методологическая основа психиатрии, психотерапии и клинической психологии. Анализируются ее теоретические предпосылки, историческое развитие и значение в формировании клинического мышления специалистов в области психического здоровья. Особое внимание уделяется роли междисциплинарного взаимодействия и мультипрофессионального подхода в диагностике и лечении психических расстройств. Описываются возможности практического применения модели, включая использование когнитивно-поведенческой терапии, психофармакотерапии и социальных интервенций в рамках комплексного лечения. Отмечаются существующие проблемы подготовки специалистов и дефицит междисциплинарных знаний, а также обсуждаются современные критические взгляды на биопсихосоциальный подход. Подчеркивается, что применение биопсихосоциальной модели способствует более полному пониманию природы психических расстройств и повышению эффективности терапевтических вмешательств за счет интеграции различных уровней анализа и воздействия.

Ключевые слова: *биопсихосоциальная модель, психиатрия, психотерапия, клиническая психология, когнитивно-поведенческая терапия, этиопатогенез, психические расстройства, генетические факторы, личностные особенности, социальные факторы, мультидисциплинарный подход, метаподход, психосоматическая медицина, биомаркеры, клиническое мышление, психофармакотерапия, психообразование*.

На сегодняшний день биопсихосоциальный подход является основополагающим принципом практически во всех медицинских областях, но наиболее заметна его реализация в психиатрии, психотерапии и клинической психологии. Когнитивно-поведенческая терапия может рассматриваться как методологически согласованный с биопсихосоциальной моделью подход, обеспечивающий её практическую реализацию. В отличие от описательного характера биопсихосоциальной модели, КПТ предлагает структурированные принципы анализа и вмешательства, позволяющие интегрировать биологические, психологические и социальные факторы в рамках единой концептуализации случая и терапевтической стратегии.

Роль клинического мышления и междисциплинарного взаимодействия в реализации биопсихосоциального подхода

Для эффективного применения данной модели специалист в области охраны психического здоровья должен обладать специфическими компетенциями и умениями для всестороннего изучения личности пациента, глубины и структуры заболевания, прогноза его развития и выработки оптимальной стратегии терапии, которые проявляются в его клиническом мышлении [10].

Сталкиваясь в своей практике с клиентами, осознающими наличие психологических проблем на разных уровнях, от поверхностного понимания собственного состояния и неспособности описать его до глубокого самоощущения и владения психологической терминологией в описании своего состояния, тем не менее, каждый специалист должен уметь:

— заподозрить у пациентов при оценке психосоматического статуса сопутствующие заболевания внутренних органов;

— установить взаимосвязь между патологией внутренних органов и обнаруженными изменениями психосоматического статуса;

— определить тактику специализированной помощи с учетом обнаруженной патологии внутренних органов;

— принимать участие совместно с врачами соответствующих специальностей в комплексном лечении общесоматических заболеваний.

Совокупность медицинских, психологических, социальных проблем у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения определяет необходимость использования бригадного подхода в курации данной категории пациентов [4, 5]. Состав мультипрофессиональной бригады может быть определен следующими специальностями: 1) психиатры; 2) психотерапевты; 3) психологи; 4) социальные работники; 5) специалисты по социальной работе [1]. Также необходимо учитывать наличие соматической патологии или соматизации психических расстройств, которые могут потребовать привлечения врачей других специальностей для проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза. Необходимо отметить, что каждая специальность включает в себя специфические знания, навыки, умения и компетенции, которыми нельзя полноценно заменить работу других специалистов, но общий подход, понимание роли каждого специалиста в мультипрофессиональной бригаде и согласование стратегий вмешательства дают синергетическое влияние на результат.

Метаподход, биопсихосоциальная модель и другие междисциплинарные феномены необходимо учитывать в работе, но обучение их

использованию в практике осложнено большими объемами фундаментальных знаний, что является вызовом для системы образования специалистов в области охраны психического здоровья, в которой недостаточно внимания уделяется дополнительным инструментам и факторам, лишь упоминающимся и рекомендующимся к использованию в практической работе.

Вместе с тем, несмотря на потребность специалистов в усилении своих компетенций междисциплинарными знаниями, мы наблюдаем дефицит источников с развернутой информацией на русском языке, отсутствие справочников, интегрирующих медицинские сведения в психологическую практику, а также недостаточность освещения данных о значении биомаркеров в изучении психических расстройств в программах высшего образования специалистов в области охраны психического здоровья.

Историческое развитие и современные проблемы биопсихосоциальной модели

Комплексный биопсихосоциальный подход к пациентам реализуется в психосоматической медицине, которая учитывает взаимосвязи и взаимодействия психического и соматического в норме и при патологии [9]. На протяжении многих десятилетий мировая медицинская общественность ориентировалась на семь заболеваний, для которых ведущим фактором патогенеза был признан психологический. Это так называемая чикагская семерка психосоматических заболеваний. В нее вошли следующие болезни: артериальная гипертензия, бронхиальная астма, гиперфункция щитовидной железы, нейродермит, ревматоидный артрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит. Часть из них имеют связи с известными в общей медицине биомаркерами, что может быть полезно для уточнения психосоматического статуса и коррекции плана психотерапевтических интервенций [3].

Дифференциальная диагностика перед началом планирования интервенций и определение целей вмешательства диктуют тактику ведения пациента, выбор которой зависит от совокупности различных вводных данных. Метаподход как «надпредметная» деятельность предполагает не просто сочетание приемов и техник, что происходит при техническом эклектизме, а интеграцию знаний, компетенций и умений в практику на методологическом фундаменте научно обоснованного подхода, имеющего соответствующий высокий уровень проработки методологии и технологии на основе фундаментальных исследований.

Таким методологическим основанием, отвечающим как критериям научности, так и требованиям прикладной медицины, является когнитивно-поведенческий подход в психотерапии, распространивший свои принципы далеко за пределы психотерапии, дающий необходимые принципы работы и инструменты в рамках своих компетенций психиатрам, психотерапевтам, неврологам, клиническим психологам, специалистам по социальной работе и другим профессионалам в области охраны психического здоровья. Когнитивно-поведенческая терапия обладает описанным методологическим стержнем со своей стройной структурой и гибкими принципами, к которому логично присоединяются практические наработки из различных областей медицины, психологии, социальных и иных научных дисциплин.

Биопсихосоциальная модель является холистическим подходом в медицине, где важную роль в развитии болезни играют факторы из трех основных областей функционирования личности: биологической (генетические, анатомические, физиологические, биохимические и др. факторы), психологической (особенности мышления, эмоции, поведение пациента и др.) и социальной (факторы социального микроокружения, социально- экономические, культурные факторы и др.) [6, 18].

Важно отметить, что именно психиатрия стала первой медицинской дисциплиной, очень быстро воспринявшей биопсихосоциальную модель именно как смену парадигмы и реальную возможность для прогресса в научных исследованиях [17, 20], при этом в других областях медицины биопсихосоциальный подход остался поначалу практически не замеченным и даже активно критиковался.

С конца 70-х годов XX века новый подход, рассматривающий человека холистически, предложенный Джоржем Энгелем, стал противопоставляться доминирующей тогда биомедицинской модели, где ведущая роль в генезе заболевания отводится биологическим факторам несмотря на то, что его подход включал в себя и биологическую модель тоже.

Сегодня биопсихосоциальная модель не противопоставляется биомедицинской модели, а дополняет биологические основания, выходя за пределы простого описания функционирования органов и систем. Еще Дж. Энгель отмечал ее значение для применения в исследовательской деятельности, образовательном процессе для врачей и планировании лечения в каждом конкретном клиническом случае [15].

Современная критика биопсихосоциальной модели [7, 16] заключается в «отсутствии философской согласованности и нечувствительности к субъективному опыту пациента», что, по мнению критиков, приводит

к неконтролируемой эклектике и не дает гарантий против доминирования или, напротив, недостаточной оценки каждого из основных факторов модели [12]. Биопсихосоциальная модель была своего рода предвидением направления развития медицины, не имеющим на момент формирования каких-либо подтвержденных оснований, но к настоящему времени получила подходящий инструментарий и осмысление для формирования оснований в каждой из областей и описания их взаимодействия между собой. Подход дает возможность гармонично, непротиворечиво рассматривать сложные процессы формирования заболевания (этиопатогенез), формулировать оптимальные исследовательские и терапевтические стратегии, что подтверждают накопленные в последние десятилетия данные генетики и геномики, а также многочисленные «омиксные» технологии в медицине и в психиатрии, в частности.

Этиопатогенез психических расстройств в рамках биопсихосоциального подхода

Психические заболевания относят к обширному классу патологий, на развитие которых влияют многочисленные причинные факторы и триггеры, в том числе наследственные, психологические, средовые. Все виды областей функционирования личности важны для возникновения, развития и поддержания заболевания, тесно взаимосвязаны и не могут рассматриваться отдельно, а представляют собой единый этиопатогенетический комплекс. При этом каждая из этих областей имеет свой уровень генетического контроля и, вероятно, значительные общие генетические механизмы [2].

Биологические (генетические) факторы

Особенности генов, которые выделяются в качестве генетических факторов, контролирующие нейрохимические системы этиопатогенеза, непосредственно определяют биологическую основу заболевания на уровне нейромедиаторных систем головного мозга. Прямой вклад генетических факторов в развитие психических заболеваний очень высок и составляет, по разным оценкам, 30–85% [13]. Системы жизнедеятельности и их элементы, выделяемые в качестве биологических факторов, можно разделить на несколько уровней: молекулярный внутриклеточный; нейрохимический (нейромедиатор — нейрохимическая система — взаимодействие нейрохимических систем); нейронный (нейрон — нейронная сеть — система нейронов — ядра головного мозга — взаимодействие систем); системный (нейрохимические и нейрофизиологические

системы — взаимодействие систем — поведенческие акты — память и обучение — мышление — разумная деятельность). Биологические факторы существенно влияют на все области функционирования личности, и их эффекты имеют максимальный уровень генетического контроля — до 90%.

Психологические (личностные) факторы

Личностные факторы, к которым относятся особенности темперамента и характера, специфические черты личности, заметны уже в преморбиде будущего пациента как проявления предрасположенности. Они непосредственно связаны с биологическими факторами и имеют значительный уровень генетического контроля — 55–65% [11]. Показатели наследуемости для черт темперамента и личности составляют 30–60%, предполагается суммарное влияние и взаимодействие многих генов. Генетическое влияние на черты личности, характера и темперамента, вероятно, более существенно, чем на риск развития, например, наркологических заболеваний как таковых, при этом, скорее всего, многие генетические системы влияют на формирование личности, прямо и косвенно формируя индивидуальный уровень генетического риска развития зависимостей.

Социальные факторы

Влияние социальных факторов — особенностей микро- и макросоциального окружения — опосредуется биологическими и личностными факторами, через них осуществляется генетический контроль этого влияния (20–30%) на уровне типов социального функционирования и социальной адаптации. Имеется опосредованное и сложное, но значительное генетическое влияние на индивидуальный характер реакций на стресс [14] и процессы социализации [19], формирующее взаимосвязанные эффекты воздействия социальных факторов. С учетом многоуровневого генетического контроля всех факторов этиопатогенеза роль генетического влияния еще более возрастает и приобретает критическое значение для конкретного человека.

В современном понимании биопсихосоциальной модели комплексное терапевтическое воздействие оказывает действие на все факторы, выделяемые в модели, которое включает в себя научно обоснованные методы психотерапии, среди них выделяют когнитивно-поведенческую психотерапию, современную психофармакотерапию, а также социальную поддержку и психообразование [8].

Психофармакотерапия влияет на биологические факторы, оказывающие действие на функционирование личности. Когнитивно-поведенческая психотерапия активно, директивно, гибко и структурированно работает с личностью пациента, принимая во внимание все богатство внутреннего мира человека, адаптируя эмоциональную, когнитивную и поведенческую сферы жизни к актуальным потребностям, а также влияет на социальную жизнь пациента. В результате когнитивно-поведенческой психотерапии прямо и косвенно изменяется социальное функционирование личности, особенно при фокусировании терапии на социализации пациентов. Тесное взаимодействие всех факторов и их целостное «триединство» лежат в основе сравнительно высокой эффективности комплексного подхода. Практическое применение биопсихосоциальной модели в рамках консультирования и психообразования позволяет сделать весь процесс лечения более личностно-ориентированным [21].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э., Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю. Экологически ориентированный подход к реабилитации психически больных при оказании помощи полипрофессиональной бригадой (сообщение 1) // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 4. С. 5–9.

2. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Филиппов Д.С., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2020. № 2. С. 3–15.

3. Психосоматические заболевания. Полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. М.: Эксмо, 2003.

4. Сидоров П.И. Служба ментального здоровья // Экология человека. 2014. № 21 (8).

5. Скрипов В.С., Есина К.М., Антипина О. Ю., Семенова Н. В. Бригадные формы оказания психиатрической помощи населению Российской Федерации в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи. Анализ современного состояния // Национальное здравоохранение. 2021. Т. 2, № 4. С. 20–25.

6. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 12. № 3. С. 97–104.

7. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // Социальная психология и общество. 2017. № 8 (4). С. 8–31.

8. Чижова А.И. Изменение симптоматического статуса больных с соматоформными расстройствами в процессе психологической коррекции отношения к болезни // Медицина и образование в Сибири. Новосибирск, 2012. № 1.

9. Чижова А.И. Роль личностных особенностей пациента в терапии соматоформных расстройств // Профилактическая и клиническая медицина. 2011. Т. II. № 2 (39). С. 383–385.

10. Шлычков А.В. Клиническое мышление и врачевание // Международный журнал экспериментального образования. 2010. № 7. С. 143–144. URL: https://expeducation.ru/ru/article/view?id=542 (дата обращения 23.03.2026).

11. Balestri M., Calati R., Serretti A., De Ronchi D. Genetic modulation of personality traits // International Clinical Psychopharmacology. 2014. 29 (1): 1– 15.

12. Benning T.B. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry // Adv. Med. Educ. Pract. 2015 May 2; 6: 347–352.

13. Bienvenu O.J., Davydow D.S., Kendler K.S. Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence // Psychol. Med. 2011. 41 (1): 33–40.

14. Clarke T.K., Nymberg C., Schumann G. Genetic and environmental determinants of stress responding // Alcohol. Res. 2012; 34 (4): 484–494.

15. Engel G.L. Biopsychosocial model and medical education: who are to be the teacher? // N. Eng. Journ. Med. 1982; 306: 802–805.

16. Ghaemi S.N. The rise and fall of the biopsychosocial model // Br. J. Psychiatry. 2009 Jul; 195 (1): 3–4.

17. Lewis M., Lewis D.O. Depression in childhood: a biopsychosocial perspective // Am. J. Psychother. 1981 Jul; 35(3): 323–329.

18. Melchert T.P. Foundations of professional psychology: the end of theoretical orientations and the emergence of the biopsychosocial approach. London: Elsevier, 2011.

19. Pourcain B., Haworth C., Davis O. Heritability and genome-wide analyses of problematic peer relationships during childhood and adolescence // Hum. Genet. 2014; 134 (6): 539–551.

20. Reiser M.F. Implications of a biopsychosocial model for research in psychiatry // Psychosom. Med. 1980; 42 (1 Suppl): 141–151.

21. Smith R.C., Fortin A.H., Dwamena F., Frankel R.M. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific // Patient Educ. Couns. 2013 Jun; 91 (3): 265–270.

Ковпак Дмитрий Викторович
Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии им. И.И. Мечникова, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Корягина Ксения Юрьевна
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

ОБЗОР ЗНАЧИМОСТИ ВКЛАДА ФРУСТРИРОВАННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ДЕПРЕССИИ

Аннотация. В статье представлен теоретический обзор современных данных о роли фрустрированных базовых потребностей в этиопатогенезе депрессивных расстройств. Анализируются ключевые теоретические модели: когнитивная модель А. Бека, теория базовых эмоциональных потребностей Дж. Янга, теория самодетерминации Э. Деси и Р. Райана с акцентом на механизмы формирования дисфункциональных убеждений вследствие фрустрации потребностей.

Ключевые слова: *депрессия, фрустрированные потребности, дисфункциональные убеждения, теория самодетерминации, схема-терапия, биопсихосоциальная модель, терапия, ориентированная на потребности, этиопатогенез.*

Введение

Когнитивная модель депрессии А. Бека (1967, 1979) заложила фундамент для изучения роли дисфункциональных убеждений и автоматических мыслей в возникновении и поддержании депрессивного эпизода [1; 7]. Однако вопрос о том, что лежит в основе формирования самих этих убеждений, оставался открытым на протяжении нескольких десятилетий. Ответ на него стоит искать в той области, где теоретические представления объединяются общей идеей: дисфункциональные когнитивные структуры формируются там, где базовые человеческие потребности фрустрируются в разной степени [2; 12–16].

Настоящий обзор ставит целью систематизировать теоретические и эмпирические данные о роли фрустрированных потребностей в этиопатогенезе депрессии.

Концепция потребностей: теоретические основания

Понятие потребности является одним из ключевых в психологической науке, однако единого его определения не существует. Настоящий обзор опирается на несколько взаимодополняющих концептуальных традиций.

В отечественной психологии потребность традиционно рассматривается как состояние, выступающее источником активности субъекта (Рубинштейн, Леонтьев, Ломов). Б.Ф. Ломов определял потребности как мотивирующие факторы первого класса, задающие само «почему» активности организма. П.В. Симонов в рамках потребностно-информационной теории рассматривал потребности как отражение зависимости организма от внешних условий, необходимых для самосохранения и развития. Принципиально иную трактовку предложил Ж. Нюттен, описывавший потребности не как состояния дефицита, а как паттерны связей субъекта с окружающим миром: потребности возникают в процессе взаимодействия человека со средой и являются динамическим аспектом его существования, а не просто нуждой.

В зарубежной традиции известна иерархическая модель А. Маслоу (1943, 1954), разграничивающая базовые (физиологические, безопасность, принадлежность, уважение) и высшие (самоактуализация) потребности. К.П. Альдерфер (1972) показал, что неудовлетворение высших потребностей усиливает желание удовлетворить низшие. Д. Мак-Клелланд (1987) описал приобретённые потребности в достижении, власти и аффилиации, истоки которых он приписывал раннему детскому опыту подкрепления.

Для целей настоящего обзора принципиальное значение имеет классификация потребностей с опорой на биопсихосоциальную модель, предложенная в рамках когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности [2; 9]. В соответствии с биопсихосоциальной моделью Дж. Энгеля (1977), потребности разделяются на три домена: биологические (витальные, в безопасности, в ориентации), психологические (в познании, смыслах, ценностях, признании и принятии себя, аутентичности) и социальные (в связи с другими, в признании, в принятии и принадлежности) [2; 9]. Такое разграничение предполагает возможность рассматривать депрессию как нарушение сразу в нескольких взаимосвязанных доменах [9; 10].

Фрустрация потребностей как этиологический фактор депрессии

Обзор теории самодетерминации

Теория самодетерминации (Self-Determination Theory, SDT) Э. Деси и Р. Райана (1985, 2017) постулирует наличие трёх врождённых базовых психологических потребностей: в автономии (переживание своего поведения как волевого и самодетерминированного), в компетентности

(ощущение эффективности и способности влиять на результат) и в связанности (переживание значимых отношений с другими людьми) [8; 15]. Согласно теории базовых психологических потребностей (BPNT), удовлетворение этих потребностей необходимо для психологического благополучия, тогда как их систематическое фрустрирование ведёт к психологическому неблагополучию и патологии [15; 16].

Обзор схема-терапии

Схема-терапия Дж. Янга (2003) стала первым систематическим психотерапевтическим подходом, напрямую связавшим хроническую депрессию с неудовлетворёнными базовыми эмоциональными потребностями в детстве [6; 18]. Согласно концепции Янга, ранние дезадаптивные схемы (РДС) — устойчивые самодеструктивные паттерны когниций, эмоций и поведения — формируются именно тогда, когда пять групп базовых эмоциональных потребностей не удовлетворяются в сенситивные периоды развития: потребность в надёжной привязанности, в автономии и компетентности, в реалистичных границах, в свободном выражении потребностей и эмоций, в спонтанности и игре [6; 18]. Пять доменов РДС непосредственно отражают области фрустрации соответствующих потребностей [6; 17].

Обзор когнитивной модели депрессии

Когнитивная теория Бека традиционно описывает трёхуровневую структуру дисфункциональных когниций при депрессии: автоматические мысли, промежуточные убеждения (правила, допущения) и центральные (глубинные) убеждения о себе [1; 7]. Дж. Бек (1995) выделила три категории дисфункциональных центральных (глубинных) убеждений: беспомощность, непривлекательность и никчемность.

Обзор модели концептуализации в терапии, ориентированной на потребности

Модель концептуализации с опорой на потребности Ассоциации когнитивно-поведенческой терапии (Ковпак, Зрютин, АКПП, 2020) интегрирует в единую схему потребности (биологические, психологические, социальные), значимые данные детства, релевантные данные жизни, центральные (глубинные) убеждения, промежуточные убеждения, автоматические мысли, реакции. Данная модель впервые систематически связывает классическую когнитивную концептуализацию с биопсихосоциальным анализом профиля потребностей [2; 9].

Традиционные модели описывают взаимосвязь потребностей и убеждений как однонаправленную: фрустрация потребностей в прошлом → дисфункциональные убеждения → депрессия [1; 12; 13; 15; 16]. Однако, накопленные данные указывают на принципиально иной, циклический характер этих отношений в клинической картине депрессии [2; 10; 11; 16].

Сформировавшиеся дисфункциональные убеждения не просто отражают прошлую фрустрацию, а активно воспроизводят её в настоящем. Будущие исследования в области когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности, вероятно, установят корреляцию между фрустрированными потребностями и категориями центральных (глубинных) убеждений [2].

Понятие квазипотребностей К. Левина приобретает здесь особое значение. В условиях хронической фрустрации истинных потребностей психика формирует квазипотребности — динамические напряжённые системы, стремящиеся к разрядке через суррогатные объекты или поведение [14; 16]. Парадоксально, но именно квазипотребности поддерживают цикл: они дают частичное подкрепление, достаточное для того, чтобы дисфункциональный паттерн сохранялся, но недостаточное для реального удовлетворения базовой потребности [2; 14].

Концептуализация с опорой на потребности как подход к интеграции

Интеграция рассмотренных теоретических подходов возможна в рамках концептуализации с опорой на потребности, разработанной Ковпаком и Зрютиным (АКПП, 2019–2021) на основании биопсихосоциальной модели Энгеля (1977) [2; 9]. Данный подход рассматривает человека как открытую сложную динамическую систему, а потребность определяет как состояние, связанное с процессами адаптации в этой системе.

Ключевое достоинство данной концептуализации — это возможность системно отображать взаимодействие биологических, психологических и социальных доменов [2; 9]. При депрессии фрустрация нередко охватывает все три уровня одновременно: нарушаются биологические потребности (сон, режим, физическая безопасность); фрустрируются психологические потребности (в познании, компетентности, самопринятии); блокируются социальные потребности (в связи, принятии, принадлежности) [9; 10; 11; 16]. Именно полидоменный характер фрустрации

отличает клинически значимую депрессию от транзиторных снижений настроения [10; 11; 16].

Обсуждение

Проведённый обзор позволяет сделать ряд значимых теоретических выводов. Во-первых, фрустрация базовых потребностей выступает не просто фоновым условием, но специфическим патогенным фактором депрессии, причём именно активное фрустрирование обладает наибольшей предиктивной силой в отношении депрессивных симптомов, в отличии от просто низкого уровня удовлетворения потребностей [10; 11; 16].

Во-вторых, связь между потребностями и убеждениями носит не однонаправленный, а циклический характер: сформированные дисфункциональные убеждения активно воспроизводят фрустрацию потребностей в настоящем, замыкая патологический цикл [2; 15; 16]. В-третьих, различные категории дисфункциональных убеждений (беспомощность, непривлекательность, никчемность) связаны со специфическими паттернами фрустрации в биологическом, психологическом и социальном доменах [1; 2; 6; 9]. Следует отметить, что фрустрация потребностей может быть хронической (ранней), которая формирует уязвимость, отраженную в центральных (глубинных) и промежуточных убеждениях и острой (актуальной), выступающей как триггер эпизода [10; 11; 16].

Для клинической практики медицинской психологии это означает необходимость включения диагностики профиля потребностей в стандартное клинико-психологическое интервью пациентов с депрессией [2; 10; 11]. Оценка фрустрированных потребностей позволяет более точно сформулировать концептуализацию случая и определить терапевтические мишени, выходящие за рамки работы с автоматическими мыслями [1; 2; 6]. Кроме того, данные обзора ставят под сомнение достаточность исключительно симптомо-ориентированного подхода при хронической или рецидивирующей депрессии [1; 10; 11; 16].

Эмпирические исследования подтверждают значимость фрустрации базовых психологических потребностей для развития депрессивной симптоматики [10; 11]. В частности, взрослые с диагностированным большим депрессивным расстройством демонстрируют значительно более высокий уровень фрустрации и более низкий уровень удовлетворения потребностей в автономии, компетентности и связанности по сравнению с лицами без депрессии. Более того, лонгитюдные данные указывают на двунаправленный характер этой связи: фрустрация потребностей не только предшествует, но и сама усиливается под влиянием депрессивных

симптомов, формируя патологический поддерживающий цикл. В исследовании Pietrek A. и соавт. показано, что взрослые с депрессией сообщают о значительно более высоком уровне фрустрации и более низком уровне удовлетворения всех трёх базовых психологических потребностей (автономии, компетентности, связанности) по сравнению с группой без депрессии. В работе Vandenkerckhove B. и соавт. на подростковой выборке в ходе лонгитюдного исследования продемонстрировано, что фрустрация потребностей и депрессивные симптомы связаны на двух уровнях — и как устойчивые личностные характеристики и как внутриличностные изменения.

К ограничениям настоящего обзора следует отнести неоднородность используемых теоретических конструктов в разных источниках, различия в операционализации понятия «потребность» и недостаточное количество клинических исследований именно на выборках с депрессией [10; 11; 16]. Эти ограничения определяют направление будущих исследований, в частности изучение специфических паттернов взаимосвязи категорий убеждений и профилей фрустрированных потребностей непосредственно у пациентов с депрессивными расстройствами [10; 11].

Заключение

Современные исследования показывают, что именно фрустрация, а не просто низкий уровень удовлетворения потребностей, является более сильным предиктором депрессивных симптомов [10; 11; 16].

Фрустрация базовых потребностей является значимым этиопатогенетическим фактором депрессивных расстройств, действующим через формирование дисфункциональных центральных (глубинных) убеждений [1; 2; 10; 11; 16]. При этом взаимосвязь потребностей и убеждений носит циклический характер: убеждения, сформированные вследствие ранней фрустрации, воспроизводят её в настоящем, поддерживая депрессивный процесс [1; 2; 15; 16]. Концептуализация с опорой на потребности и с учетом биопсихосоциальной модели предоставляет возможность для интеграции, и позволяет системно описать этот механизм и использовать его в клинической практике [2; 9].

Перспективным направлением дальнейших исследований является эмпирическое изучение специфических паттернов соответствия между категориями дисфункциональных центральных (глубинных) убеждений и профилями фрустрированных потребностей у пациентов с клинически верифицированными депрессивными расстройствами, что позволит обо-

гатить как теоретическую модель, так и практику клинико-психологической диагностики и терапии депрессии [2; 10; 11].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. 3-е изд. — СПб.: Питер, 2024. — 512 с.

2. Ковпак Д.В., Зрютин М.А. Концепция потребностей в когнитивно-поведенческой психотерапии. — Сборник АКПП, 2023.

3. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. — М.: Наука, 1999. — 359 с.

4. Симонов П.В. Лекции о работе головного мозга. Потребностно-информационная теория высшей нервной деятельности. — М., 1998.

5. Alderfer C.P. Existence, Relatedness and Growth: Human Needs in Organizational Settings. — N.Y.: Free Press, 1972.

6. Arntz A., Jacob G. Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach. — Wiley, 2013.

7. Beck A.T. Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. — N.Y.: Harper & Row, 1967.

8. Deci E.L., Ryan R.M. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. — N.Y.: Plenum, 1985.

9. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. — 1977. — Vol. 196. — P. 129–136.

10. Pietrek A., Kangas M., Krämer M., Köster I., Ehring T. Basic psychological need satisfaction and frustration in major depressive disorder // Frontiers in Psychiatry. — 2022. — Vol. 13. — Art. 962501.

11. Vandenkerckhove B., Vansteenkiste M., Brenning K., Boncquet M., Flamant N., Luyten P., Soenens B. A longitudinal examination of the interplay between personality vulnerability and need-based experiences in adolescents' depressive symptoms // Journal of Personality. — 2020. — Vol. 88, № 6. — P. 1145–1161.

12. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. — СПб.: Питер, 2019. — 400 с.

13. Макклелланд Д. Мотивация человека — СПб.: Питер, 2025. — 672 с.

14. Nuttin J. Motivation, Planning and Action. — Leuven: Leuven University Press, 1984.

15. Ryan R.M., Deci E.L. Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness. — N.Y.: Guilford, 2017.

16. Vansteenkiste M., Ryan R.M. On psychological growth and vulnerability: basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle // Journal of Psychotherapy Integration. — 2013. — Vol. 23. — P. 263–280.

17. Янг, Дж., Клоско, Дж., Вайаар, М. Схема-терапия. Практическое руководство. — СПб.: Диалектика, 2020. — 464 с.

Ковпак Дмитрий Викторович
Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Муртазин Альберт Инзирович
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

РАЗВИТИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ДЛЯ РАБОТЫ С ПОТРЕБНОСТЯМИ КЛИЕНТОВ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ПОТРЕБНОСТИ

Аннотация. Статья посвящена систематизации компетенций когнитивно-поведенческого терапевта в рамках развивающегося подхода — когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности (КПТОП). На основе анализа современных исследований терапевтической компетентности (Kazantzis, 2003; Goldberg et al., 2020; Webb et al., 2010) и существующих компетентностных моделей авторы обосновывают необходимость расширения традиционного набора компетенций КПТ специальными навыками для работы с потребностями клиента. Предложена четырёхуровневая классификация компетенций: универсальные, общие когнитивно-поведенческие, специфические для КПТОП и метакомпетенции. Специфические компетенции КПТОП включают в себя дифференциацию потребностей, выявление и деконструкцию квазипотребностей, определении дисфункциональных способов удовлетворения базовых потребностей, формулирование концептуализации на основе потребностей, формирование плана терапии, применение неспецифических в КПТ и специфических техник (логоэксевтика, линия жизни и др.), мотивацию через формирование проактивной позиции клиента, адаптивное завершение терапии. Особое внимание уделено метакомпетенциям — функциональной гибкости, адаптивности и др. Модель интегрирует биопсихосоциальную парадигму (Engel, 1977), обеспечивая при этом переход от редукции симптома к восстановлению способности клиента адаптивно удовлетворять свои потребности. Отмечается необходимость эмпирической верификации предложенной модели.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая терапия, КПТОП, терапия ориентированная на потребности, компетенции терапевта, биопсихосоциальная модель, концептуализация случая, терапевтический альянс, профессиональное развитие, супервизия.*

Компетентность терапевта определяется степенью, в которой данное лечение проводится в соответствии с инструкциями или намерениями (Kazantzis, 2003). В некоторых работах компетентность терапевта включает в себя два связанных, но различающихся компонента:

приверженность модели (adherence) и компетентность (competence). Приверженность отражает, что делает специалист, тогда как компетентность — насколько качественно это выполняется. Авторы подчёркивают, что высокая приверженность протоколу не гарантирует высокой компетентности, и эти параметры демонстрируют лишь умеренную корреляцию (Rayson et al., 2021).

В ряде обзоров отмечается, что компетентность остаётся более сложным и менее стандартизированным конструктом по сравнению с приверженностью, что осложняет сопоставление результатов исследований (Alfonsson et al., 2022).

Указанные методологические сложности не снижают клинической значимости конструкта компетентности. Современные данные свидетельствуют о том, что уровень компетентности терапевта является значимым предиктором терапевтических исходов и модератором эффективности психотерапии (Webb, 2010). Мета-анализ Голдберга и коллег (Goldberg et al., 2020) подчеркивает связи компетентности с исходами в КПТ. Работа Вампольда и Имеля (Wampold & Imel, 2015) выявляет данные о роли терапевта как фактора исхода терапии, что поддерживает идею о необходимости развития компетенций. В этой связи особую актуальность приобретают вопросы не только измерения, но и целенаправленного развития компетенций в процессе профессиональной подготовки и практики. Необходимо выделять конкретные компетенции, подлежащие оценке и развитию, а также определять оптимальные механизмы их формирования — через супервизию, обратную связь, структурированное обучение и рефлексию клинического опыта.

Ограниченная стандартизация конструкта компетентности не должна служить основанием для отказа от систематической работы над профессиональным развитием терапевтов. Напротив, именно в условиях отсутствия универсальных протоколов особую роль приобретают компетенции, обеспечивающие гибкость терапевтического процесса и способность адаптироваться к индивидуальным потребностям клиента. Это предполагает переход от вопроса «как оценить общую компетентность» к вопросу «какие конкретные компетенции необходимы для эффективной работы с разнообразными запросами клиентов».

Сформулированные выше противоречия подчёркивают необходимость смены парадигмы: вместо оценки абстрактной «компетентности в КПТ» как единого конструкта продуктивнее рассматривать совокупность конкретных компетенций, необходимых для реализации того или иного терапевтического подхода.

В настоящее время развивается школа психотерапии и психологического консультирования — когнитивно-поведенческая психотерапия, ориентированная на потребности (КПТОП), под руководством основателя школы, Дмитрия Викторовича Ковпака. Постепенно школа приобретает черты отдельного подхода, что подтверждается, например, наличием концептуализации, дополняющей привычную для КПТ А. Т. Бека формулировку случая связью центральных убеждений с удовлетворенностью трех доменов потребностей, а также учетом двух уровней обработки информации, расширенным сбором анамнеза (Ковпак Д.В., 2023). Также на развитие КПТОП как отдельного подхода указывает формирование особенностей технологии работы (Ковпак Д.В., Муртазин А.И. Зрютин М.А., 2025), появление специфических диагностических инструментов (Ковпак Д.В., Зрютин М.А., Муртазин А.И., Граница А.С., 2025), и накопление базы научных исследований с использованием шкалы удовлетворенности потребностей и ключевых концепций КПТОП.

В статье «Компетенции когнитивно-поведенческого терапевта в практическом применении» авторы приводят целый ряд компетенций, применимый для психолога или психотерапевта, консультирующего в КПТ Аарона Бека (Ковпак Д.В., Муртазин А.И., Кувшинова В.А., 2022). Как сказано выше, в КПТОП рассматривается ряд дополнительных концепций и элементов технологического процесса на всех этапах психотерапевтической работы. По этой причине компетенции, требуемые для когнитивно-поведенческого терапевта, являются необходимыми, но недостаточными для активного применения этого подхода.

Супервизионная практика авторов показывает, что название школы и подхода может подтолкнуть практикующего специалиста к поверхностному пониманию сути необходимых компетенций. Так, ряд практикующих специалистов заимствуют концепции «потребности», «адаптация», «смыслообразование» и др., рассматривая их без связи с фактами психической жизни и клинической картины клиента, и без взаимосвязи с друг другом. Важно отметить, что в процессе терапии в КПТОП используются вмешательства, направленные на изменения 1) непосредственно связанные с удовлетворением потребностей, 2) связанные с изменением соответствующих убеждений, в том числе метакогниций о потребностях 3 связанные с тренировкой навыков, 4) изменение вследствие проактивного смыслообразования.

КПТОП предполагает широкий взгляд на человека с учетом холистической биопсихосоциальной модели Дж. Энгеля (Engel, 1977), но не ограничиваясь этим. Джордж Энгель в 70-е годы 20 века предложил альтер-

нативу преобладающей биомедицинской модели, которая доминировала в индустриальных обществах с середины 20 века (Engel, 1977). Он сформулировал свою модель в то время, когда сама наука эволюционировала от исключительно аналитического, редукционистского подхода к более контекстуальному и междисциплинарному. Энгель критиковал чрезмерно узкую направленность биомедицинского подхода за то, что она заставляла врачей рассматривать пациентов как объекты и игнорировала возможность того, что субъективный опыт пациента поддается научному изучению. Энгель отстаивал свои идеи как фундаментальную идеологию, направленную на преодоление дегуманизации медицины и лишения пациентов прав и возможностей, и в рамках биопсихосоциальной модели компетенции должны рассматриваться многогранно, и включать в себя 3 разных компонента: биологический, психологический, социальный.

КПТОП предлагает добавить к рассмотрению и использованию специалистом понимание и терапию функционирования человека с точки зрения различных потребностей. С одной стороны, это предполагает необходимость погружаться в биологические аспекты состояния клиента, с другой стороны, это оставляет возможность исследовать ценностные ориентации, культурные и духовные компоненты при наличии соответствующих компетенций специалиста.

Подсказки о необходимых специалисту универсальных и специфических компетенциях мы можем найти в справочных руководствах по соответствующим темам. Так, К.М. Байер и К.К. Левит в книге «Сексология в клинической практике» указывают следующие квалификации для сексологического консультирования: 1) гибкость речи, то есть способность адаптироваться к языку клиентов, 2) собственное личное убеждение в отношении огромной значимости сексуального удовлетворения для общего ощущения благополучия людей, 3) готовность не скрывать свои личные запреты и трудности (отступление от роли эксперта), 4) знание своего собственного отношения к сексуальности, 5) способность передавать аспект привязанности (как часть сексуальности) другим.

Данный перечень может быть адаптирован и расширен применительно к работе с потребностями клиентов. Отметим, что с практической точки зрения будет полезным разделять все компетенции на универсальные, общие когнитивно-поведенческие, специфические для КПТОП, метакомпетенции, согласно структуре, выделенной ранее в вышеупомянутой статье «Компетенции когнитивно-поведенческого терапевта в практическом применении». Подобная систематизация компетенций, основанная на британской программе Improving Access to Psychological

Therapies (IAPT) служит основой для создания эффективных обучающих треков, позволяя ставить конкретные цели развития для начинающих терапевтов.

А. Д. Рот и С. Пиллинг в отчете Министерства здравоохранения Великобритании 2007 года (Roth A. D., Pilling S., 2007) применив систематический подход к выделению компетенций, основанный на анализе клинических руководств NICE, рандомизированных контролируемых исследований и экспертной оценки, выделили 5 доменов компетенций:

— Универсальные (generic) компетенции — базовые терапевтические компетенций, общие для всех подходов.

— Компетенции, специфичные для КПТ (basic CBT competences) — владение теоретической моделью, концептуализацией случая.

— Компетенции, специфичные для конкретных проблем (problem-specific competences) — работа с депрессией, тревожными расстройствами и др.

— Метакомпетенции (metacompetences) — способность адаптировать технический репертуар к сложным клиническим случаям.

— Компетенции супервизии (supervision competences).

В последующей своей статье А. Д. Рот и С. Пиллинг (Roth A.D., Pilling S., 2008) описали основные характеристики, которые стоит использовать для оценки компетенций. В частности то, что компетенции должны быть напрямую связаны с эмпирически подтверждёнными компонентами терапии, они должны быть наблюдаемыми и поддающимися оценке. Уровень детализации должен быть достаточным для обучения и супервизии, но не избыточным. Была отмечена значимость терапевта как фактора исхода терапии: в работе были обобщены данные о том, что различия между терапевтами объясняют 5–10% вариативности исходов терапии, что сопоставимо с эффектом специфических техник.

За каждой компетенцией стоит определённое отношение к клиенту и к терапевтическому процессу. Компетенции в целом в рамках данной статьи понимаются как это комплекс, включающий знания, навыки и личные качества для достижения результата. Если классическая КПТ ориентирована в большей степени на переоценку дисфункциональных когниций и убеждений, то подход КПТОП ориентирован на поддержание и восстановление способности клиента удовлетворять свои потребности адаптивным образом, включая формирование системы адаптивных убеждений и мышления, способствующей, а не препятствующей функциональному и адаптивному удовлетворению потребностей и самому процессу адаптации. Это смещение фокуса — от переоценки к восста-

новлению — требует от терапевта не только технического мастерства, но и высокой рефлексивности: способности видеть в каждом клиенте не совокупность проблем, а человека, стремящегося к удовлетворению своих потребностей. Именно эта ориентация, наряду с владением конкретными техниками и стратегиями, составляет сущность компетентности в терапии, ориентированной на потребности.

Универсальные компетенции

— Формирование конструктивного контакта с клиентом

— Исследование, изучение языка описания клиента и адаптация терапевтического процесса к системе представлений субъективной реальности клиента

— Использование обратной связи

— Установление и поддержание терапевтического альянса, терапевтических отношений, продуктивного сотрудничества и эффективности межличностного взаимодействия

— Продуктивное использование темпа и эффективное распределение времени сессии и курса терапии

— Вовлечение клиента в терапию и формирования устойчивой мотивации

— Помощь в формировании проактивной позиции клиента в терапии

— Конструктивное самораскрытие и отступление от роли эксперта.

Разработанный ВОЗ и ЮНИСЕФ инструмент Ensuring Quality in Psychological Support (EQUIP) предназначен для оценки компетенций как специалистов, так и неспециалистов в области психологической помощи. Этот инструмент валидирован для использования в глобальных и гуманитарных контекстах (Уганда, Непал, Пакистан), психометрические характеристики демонстрирует высокую межэкспертную надежность (ICC ≈ 0.80–0.88). Поскольку КПТОП ориентирована на работу с потребностями в различных контекстах (включая клиентов с ограниченным доступом к специализированной помощи), EQUIP может служить релевантной рамкой для оценки базовых терапевтических навыков (Kohrt B. A. et al., 2024, Pedersen G. A. et al., 2023).

Как мы хорошо знаем из пересмотренной Алленом Миллером шкалы компетенций (рейтинговой шкалы когнитивной терапии) КПТ терапевта CTRS-R (2022), пришедшей на смену CTRS (предложенной сообществу А. Т. Беком и Дж. Янгом еще в далеком 1980 году), к специфическим компетенциям КПТ терапевта относятся умения использовать направ-

ляемое открытие (guided discovery), когнитивную концептуализацию, фокус на ключевых когнициях, эмоциях и поведении, понимание и использование стратегии КПТ, применение когнитивных техник, применение поведенческих техник, использование домашних заданий.

Компетенции общие когнитивно-поведенческие

— Активное и умелое использование теоретико-методологических моделей терапии в практике (обеих версий диаграмм когнитивной концептуализации по Дж. Бек, динамических концептуализаций в форме циклических (поддерживающих) моделей (расстройств и проблем) и сетевых моделей (множественных причинно-следственных связях между элементами системы).

— Выявление и концептуализация поддерживающего цикла расстройства, определение терапевтических целей и плана терапии в соответствие с ним

— Составление индивидуального (персонализированного) плана терапии на основе концептуализации, понятного для клиента и согласованного с ним, разработанного с учетом результатов анализа всей совокупности полученной на диагностическом этапе информации с обозначением целей, тактики, стратегии и этапов терапии

— Выявление и модификация центральных и промежуточных убеждений

— Проведение методик, направленных на фокусировку внимания клиента на ключевых когнициях, убеждениях, эмоциях, физиологии, поведении

— Своевременное, технологически точное, правильное использование когнитивных, экспериенциальных и поведенческих техник

— Планирование и эффективное осуществление имплементации во внетерапевтической жизни клиента знаний и умений, полученных в ходе терапии, формирование у клиента проактивной позиции «психотерапевта для самого себя»

Помимо этих необходимых навыков, мы предлагаем рассмотреть еще рад компетенций полезных для качественного применения КПТОП.

Специфические компетенции КПТОП терапевта

— Дифференциация потребностей: умение выявлять и различать базовые биологические, психологические и социальные потребности клиента.

— Выявление и деконструкция квазипотребностей (функциональных и дисфункциональных)

— Определение дисфункциональных способов удовлетворения базовых потребностей, которые связаны с дисфункциональным мышлением, убеждениями и поведением.

— Формулирование концептуализации на основе потребностей. Создание КПТОВ концептуализации случая, где фокусировка осуществляется не только на дисфункциональном мышлении и убеждениях, но и неудовлетворенных и удовлетворенных потребностях, адаптивных и дезадаптивных стратегиях их удовлетворения.

— Формирование плана терапии на основе концептуализации КПТОП, с выделением целей, задач, стратегии, тактики и этапов терапии.

— Применение когнитивных, поведенческих, экспириенциальных и специфических техник КПТОП (логоэксевтика, линия жизни и т.п.)

— Формирование проактивной позиции клиента в терапии

— Профилактика рецидивов и адаптивное завершение терапии — формирования «трансфера навыков» (из терапевтических сессий в реальную жизнь клиента») и умений клиента для того, чтобы становиться «психотерапевтом/психологом для самого себя»

Метакомпетенции

— Функциональная гибкость терапевта — Осознанное и персонализированное применение вмешательств и техник терапии в контексте зоны ближайшего развития клиента, его текущих ресурсов и умений, с темпом и глубиной работы, соответствующим этим факторам.

— Адаптивность: умение подбирать инструмент не исходя из «любимой» техники, а исходя из конкретной потребности и контекста клиента.

— Философская составляющая: развитие компетенции в формировании у клиента «новой персональной эффективной философии», различению того, что можно изменить, и того, что стоит принять.

— Целеполагание: способность управлять собственной активностью и удерживать фокус на терапевтических целях, а также обучать этому клиента.

— Навык «обучения навыкам» — от терапии к коучингу: компетенция в трансформации клиента из пассивного получателя помощи в активного субъекта, способного быть «психологом/психотерапевтом самому себе».

— Трансфер навыков: умение обеспечить перенос навыков, сформированных в кабинете, в реальную жизнь клиента.

— Профессиональное развитие: регулярная супервизия и интервизии: регулярное использование супервизии (групповой или индивидуальной) как базовой компетенции для предотвращения выгорания и повышения качества работы.

— Открытость к обучению: ориентация на непрерывное образование (включая обучение в Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, международных институтах — Beck Institute, Albert Ellis Institute, Международном Институте Развития Когнитивно-Поведенческой Терапии).

— Открытость профессиональной коллаборации: способность действовать и поддерживать открытые, конструктивные и взаимовыгодные отношения с коллегами в соответствии с профессиональными и этическими принципами. Умение устанавливать партнерские, конструктивные и долговременные отношения с дружественными специалистами и службами.

Заключение: компетентностная модель

Представленная система компетенций репрезентирует эволюционный вектор развития когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в сторону методологической гибкости и клиентоцентрированности. В рамках подхода КПТ, ориентированной на потребности (КПТОП), специфические компетенции интегрируются с универсальными и общепрофессиональными навыками терапевта, что позволяет выйти за пределы сугубо редукции симптома и коррекции поведения. Системообразующим вектором в данной модели выступает работа с ведущими потребностями клиента, неадаптивные способы удовлетворения которых во многом определяют устойчивость дисфункциональных паттернов открытой динамической системы, которую из себя представляет феномен человека.

Вместе с тем, представленная компетентностная модель требует эмпирической верификации. Перспективными направлениями дальнейших исследований являются установление предиктивной валидности отдельных компетенций и их совокупности в отношении терапевтических исходов, а также изучение корреляции между уровнем сформированности метакомпетенций терапевта и устойчивостью достигаемых клинических результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байер, К.М. Сексология в клинической практике / К.М. Байер, К.К. Левит. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 208 с. — ISBN 978–5–9704–6416–8.

2. Ковпак, Д.В. Терапия, ориентированная на потребности / Д.В. Ковпак // IX Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сборник научных статей. — Санкт-Петербург: Лема, 2023. — С. 76–82.

3. Ковпак, Д.В. Компетенции когнитивно-поведенческого терапевта в практическом применении — карта развития знаний, навыков, компетенций / Д.В. Ковпак, А.И. Муртазин, В.А. Кувшинова // VIII Международный форум Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии CBTFORUM: сборник научных статей. — Санкт-Петербург: Лема, 2022. — С. 161–182.

4. Ковпак, Д.В. Элементы технологии когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности / Д.В. Ковпак, М.А. Зрютин, А.И. Муртазин // XI Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии CBT FORUM 2025 : сборник научных статей. — Санкт-Петербург: Международный институт развития когнитивно-поведенческой терапии, 2025. — С. 182–202.

5. Ковпак, Д.В. Разработка теста «Шкала удовлетворенности потребностей» / Д.В. Ковпак, М.А. Зрютин, А.И. Муртазин, А.С. Граница // XI Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии CBT FORUM 2025: сборник научных статей. — Санкт-Петербург: Международный институт развития когнитивно-поведенческой терапии, 2025. — С. 169–181.

6. Alfonsson, S. A new short version of the Cognitive Therapy Scale Revised (CTSR–4): preliminary psychometric evaluation / S. Alfonsson, G. Karvelas, J. Linde, M. Beckman // Wellbeing, Space and Society. — 2022. — Vol. 3. — Art. 100088.

7. Borrell-Carrió, F. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry / F. Borrell-Carrió, A.L. Suchman, R.M. Epstein // Annals of Family Medicine. — 2004. — Vol. 2, No. 6. — P. 576–582.

8. Engel, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G.L. Engel // Science. — 1977. — Vol. 196, No. 4286. — P. 129–136.

9. Goldberg, S.B. Therapist competence and outcomes in CBT: a meta-analysis / S.B. Goldberg, et al. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2020. — Vol. 88, No. 6. — P. 519–532.

10. Kazantzis, N. Therapist competence in cognitive-behavioural therapies: review of the contemporary empirical evidence / N. Kazantzis // Behaviour Change. — 2003. — Vol. 20, No. 1. — P. 1–12.

11. Kohrt B.A., Schafer A., Haroz E.E., et al. Competency-based training and supervision: development of the WHO-UNICEF Ensuring Quality in Psychosocial and Mental Health Care (EQUIP) initiative // The Lancet Psychiatry. 2024. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00183-4.

12. Miller, A. What is the Cognitive Therapy Rating Scale—Revised and Why Did We Create It? [Электронный ресурс] / A. Miller // Beck Institute. — 2022. — 30 Sept. — Режим доступа: https://beckinstitute.org/blog/what-is-the-cognitive-therapy-rating-scale-revised-and-why-did-we-create-it/

13. Pedersen G.A., Gebrekristos F., Elnasseh A., et al. A mixed methods evaluation of a World Health Organization competency-based training package for foundational helping skills among pre-service and in-service health workers in Nepal, Peru and Uganda // Global Mental Health. 2023. DOI: 10.1017/gmh.2023.43.

14. Rayson, K. The quality of research exploring in-session measures of CBT competence: a systematic review / K. Rayson, L. Waddington, D. S. Hare // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. — 2021. — Vol. 49, No. 5. — P. 583–600.

15. Roth A.D., Pilling S. The competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for people with depression and with anxiety disorders. London : Department of Health, 2007.

16. Roth A.D., Pilling S. Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2008. Vol. 36, No. 2. P. 129–147.

17. Wampold, B.E. The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work / B. E. Wampold, Z. E. Imel. — 2nd ed. — New York: Routledge, 2015. — 323 p.

18. Webb, C.A. Therapist adherence/competence and treatment outcome: a meta-analytic review / C.A. Webb, R.J. DeRubeis, J.P. Barber // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2010. — Vol. 78, No. 2. — P. 200–211.

Ковпак Дмитрий Викторович
Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Муртазин Альберт Инзирович
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ, КЛИНИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРАКТИКЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ТЕРАПЕВТА

Аннотация. В контексте начала работы в Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии секции по когнитивной терапии, ориентированной на восстановление, составлен настоящий обзор. Статья представляет собой систематический обзор теоретических предпосылок, ключевых концепций, доказательной базы подхода для специалистов в области когнитивно-поведенческой терапии. Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление (КТОВ; Recovery-Oriented Cognitive Therapy, CT-R), представляет собой трансдиагностический подход, разработанный Аароном Т. Беком, Полом Грантом и коллективом авторов на пересечении когнитивной модели, теории режимов и концепции психосоциального восстановления. Изначально созданный для работы с лицами, страдающими серьезными психическими расстройствами (шизофрения, шизоаффективные расстройства, затяжные психотические состояния), подход впоследствии продемонстрировал клиническую эффективность в более широком спектре проблем, включая тревожные и депрессивные расстройства, аддиктивные расстройства, посттравматические состояния и агрессивное поведение.

Ключевые слова: *когнитивная терапия, ориентированная на восстановление, адаптивный режим, устремления, смыслы, расширение возможностей.*

Введение: исторический контекст и предпосылки разработки КТОВ

На протяжении почти шестидесяти лет когнитивная модель Бека (Beck, 1963) остается одной из наиболее влиятельных теоретических концепций в современной психотерапии. С момента формулирования основных положений классической когнитивно-поведенческой терапии подход неоднократно модифицировался и расширялся: были разработаны протоколы для работы с депрессивными расстройствами, генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством, обсессивно-компульсивным расстройством, посттравматическим стрес-

совым расстройством, расстройствами личности и рядом других нозологий. Подавляющее большинство этих разработок ориентировалось на амбулаторных клиентов с относительно сохранным социальным и профессиональным функционированием, способных к рефлексии, вербализации переживаний и активному участию в терапевтическом процессе. Потребность в эффективном и воспроизводимом подходе для лиц с серьезными психическими расстройствами — шизофренией, хроническими психотическими состояниями, длительной госпитализацией и выраженным функциональным снижением — оставалась одной из наиболее острых проблем в области психического здоровья.

Традиционные модели лечения серьезных психических расстройств строились преимущественно вокруг диагноза и симптоматики. Психиатрическая диагностика и медикаментозное лечение занимали центральное место в системе помощи, тогда как социальные связи, личные интересы, устремления и идентичность человека отходили на второй план. Такая иерархия приоритетов, по мнению авторов КТОВ, сама по себе становилась существенным барьером для обращения за помощью. Люди, неоднократно разочарованные в системе психиатрической помощи, утрачивали доверие к специалистам (Dixon, Holoshitz, & Nossal, 2016). Отказ от лечения, в свою очередь, вел к снижению качества жизни, помещению в интернатные учреждения, бездомности, нетрудоспособности (Kreyenbuhl, Nossal, & Dixon, 2009). В этих условиях формируется так называемый «режим пациента» (более поздний термин — дезадаптивный режим) — состояние пассивности, изоляции и идентификации с диагнозом, которое закрепляло негативные убеждения и препятствовало восстановлению. Клиент становился «пациентом» в этимологическом смысле слова — «терпящим», «вынужденным ждать».

КТОВ возник как ответ на эти системные и клинические вызовы. Подход был разработан в Институте когнитивной терапии Бека в Филадельфии и представляет собой синтез нескольких интеллектуальных традиций. В его теоретическом фундаменте — гуманистическая психология Роджерса (1951) и Маслоу (1954) с их акцентом на актуализации потенциала и самоактуализации, поведенческая традиция Скиннера и Вольпе (1990) с фокусом на действии и подкреплении, психодинамическая модель Ариети (1974) с вниманием к глубинным мотивационным структурам, концепция психиатрической реабилитации Уильяма Энтони (1980) с акцентом на функциональном восстановлении и социальной интеграции. Объединяющим теоретическим каркасом, связывающим эти элементы воедино, служит когнитивная модель Бека, дополненная

его теорией режимов (Beck, 1996). Ключевым дополнительным компонентом стала концепция «восстановления» (recovery) — осмысленной жизни по собственному выбору, определяемой личными устремлениями, а не диагнозом.

Авторы подчеркивают, что КТОВ не отменяет и не заменяет классическую когнитивно-поведенческую терапию, а развивает и дополняет ее, делая доступным для тех клиентов, для кого традиционные протоколы оказываются недостаточно эффективными. Ключевой принцип формулируется следующим образом: никто из клиентов не является «слишком сложным» или «слишком тяжелым» для терапии; каждый человек способен продвинуться по пути к жизни, которую он хочет проживать.

Доказательная база

Авторы подхода опираются на ряд исследований, подтверждающих роль позитивных убеждений в процессе восстановления. В работе, моделировавшей терапевтический процесс КТОВ, было показано, что прогнозировать клинический успех можно по наличию позитивных утверждений клиента о себе и других, а также по росту опыта позитивных переживаний (Grant, Perivoliotis, Luther, Bredemeier, & Beck, 2018). В еще одном исследовании было установлено, что лица с серьезными психическими расстройствами, демонстрирующие более высокий уровень позитивных убеждений, активнее участвуют в жизни сообщества и реже страдают от негативной симптоматики, галлюцинаций и бредовых идей (Grant & Best, 2019).

Одновременно с этим накоплены убедительные данные о деструктивной роли убеждений о бесполезности попыток изменений вида «Зачем пытаться? Все равно проиграю», «Нужно слишком много усилий», «Неудача на полпути — это то же самое, что полный провал». Исследование Гранта и Бека (Grant & Beck, 2009) продемонстрировало, что пораженческие настроения наблюдаются у людей с негативной симптоматикой и статистически значимо связаны с плохими результатами тестов на память, внимание и решение проблемы. Эти данные были воспроизведены в международных исследованиях (Campellone, Sanchez, & Kring, 2016). Пораженческие убеждения влияют на негативные симптомы и препятствуют движению к осмысленной жизни, причем их подрывная сила проявляется уже в подростковом возрасте (Clay et al., 2019; Perivoliotis, Morrison, Grant, French, & Beck, 2009), лишая человека возможности стать частью какой-либо социальной группы (Fuligni, 2019) и приводя к изоляции и инвалидизации.

Заслуживает отдельного внимания ревизия роли нейрокогнитивных дефицитов, предложенная в рамках КТОВ. Традиционно считалось, что низкие результаты нейропсихологического тестирования при шизофрении свидетельствуют о структурных нарушениях мозга (Andreasen, 1984). Обзорное исследование Бека и коллег (Beck, Himelstein, Bredemeier, Silverstein, & Grant, 2018) показало, что на результаты тестирования влияет множество факторов, не связанных напрямую с морфологией мозга: повышенный уровень стресса, дисфория, ожидание неудачи, недостаточные усилия и низкая мотивация. Все эти факторы влияют на результаты тестирования как у людей с шизофренией, так и у здоровых испытуемых, и все они могут быть устранены с помощью психосоциальной терапии. Это открытие имеет далеко идущие последствия: оно означает, что значительная часть функционального дефицита, приписываемого «необратимым» когнитивным нарушениям, на деле может быть обусловлена модифицируемыми психологическими факторами — убеждениями и мотивацией.

Центральное исследование эффективности КТОВ было проведено Полом Грантом с соавторами (Grant, Huh, Perivoliotis, Stolar, & Beck, 2012). В исследовании участвовали люди с выраженными негативными симптомами шизофрении, которые были случайным образом распределены в группу стандартного лечения и группу КТОВ. Активная терапия в группе КТОВ продолжалась до восемнадцати месяцев и включала еженедельные сессии.

На момент начала исследования клиническая картина была малообнадеживающей. Если бы каждый участник проекта фотографировал себя и свое окружение каждый час в течение всего дня, на этих снимках можно было бы увидеть сигаретный дым, телевизор, приемы пищи, визиты к психиатру — крайне ограниченную активность. По истечении восемнадцати месяцев в группе стандартного лечения значимых улучшений не произошло. Участники группы КТОВ, напротив, продемонстрировали статистически значимое улучшение функциональных результатов: повысилась мотивация, уменьшились галлюцинации и бредовые идеи, сократились нарушения в коммуникации. Человек, получавший КТОВ, уже не проводил недели перед телевизором с сигаретой; он находил друзей, начинал работать волонтером и ходить на свидания — двигаться к лучшей жизни, которую выбрал сам. По завершении 18-месячной терапии и через 6 месяцев после её окончания группа КТОВ демонстрировала статистически значимо более высокие показатели глобального функционирования (Cohen's d = 0.53), а также более низкие

показатели негативных (d = –0.66) и позитивных симптомов (d = –1.36) по сравнению с группой стандартного лечения. Эффекты сохранялись даже у пациентов с наиболее тяжелым течением расстройства.

Наиболее впечатляющим оказалось то, что преимущества группы КТОВ сохранились и после завершения активной терапии. Через шесть месяцев без лечения участники группы КТОВ по-прежнему демонстрировали лучшие функциональные результаты, большую мотивацию и меньшую выраженность галлюцинаций и бреда по сравнению с теми, кто ранее получал стандартную терапию. Эти данные свидетельствуют о том, что КТОВ формирует устойчивые изменения, а не просто ситуативное улучшение, исчезающее после прекращения контакта с терапевтом.

Серия исследований подтвердила центральную роль убеждений в процессе восстановления. В работе, моделировавшей терапевтический процесс КТОВ, было установлено, что прогнозировать клинический успех можно по наличию позитивных утверждений клиента о себе и других, а также по росту опыта позитивных переживаний (Grant, Perivoliotis, Luther, Bredemeier, & Beck, 2018). В смежном исследовании лица с серьезными психическими расстройствами, демонстрировавшие более высокий уровень позитивных убеждений, активнее участвовали в жизни сообщества и реже страдали от негативной симптоматики, галлюцинаций и бреда (Grant & Best, 2019).

Пораженческие убеждения были идентифицированы как ключевой фактор, опосредующий связь между нейрокогнитивным функционированием и негативной симптоматикой (Grant & Beck, 2009). Эти данные были воспроизведены в международных исследованиях (Campellone, Sanchez, & Kring, 2016). Асоциальные убеждения — установки, предпочитающие одиночество как форму защиты от социального неприятия, — были связаны с отсутствием постоянной деятельности и совместных занятий с другими людьми (Grant & Beck, 2010). Исследование Томаса и коллег (Thomas, Luther, Zullo, Beck, & Grant, 2017) продемонстрировало, что пораженческие и асоциальные убеждения опосредуют связь между нейрокогнитивным функционированием и участием в жизни общества. Иными словами, не когнитивные дефициты как таковые, а убеждения о них определяют уровень социального и профессионального функционирования.

Когнитивная модель как фундамент

КТОВ опирается на классическую когнитивную модель (Beck, 1963), согласно которой именно интерпретации событий, а не сами события

как таковые, определяют эмоциональные и поведенческие реакции человека. Центральное место в модели занимают когнитивные схемы — устойчивые структуры знаний о себе, других людях, будущем и мире, которые формируются на основе жизненного опыта и могут функционировать как адаптивно, так и дисфункционально.

В рамках классической когнитивно-поведенческой терапии основное внимание уделяется выявлению и модификации дисфункциональных убеждений — когнитивных искажений, негативных автоматических мыслей, промежуточных и центральных убеждений, которые лежат в основе психологических проблем. КТОВ существенно расширяет этот фокус, вводя систематическую, целенаправленную работу с позитивными убеждениями — адаптивными представлениями о себе («Я компетентен», «Я способный», «Я полезен», «Я ценен»), о других («Другие люди заботятся обо мне», «Другим интересно то, что я могу предложить», «Мне стоит взаимодействовать с другими») и о будущем («Я могу получать удовольствие и испытаю его снова», «Я могу контролировать свои переживания», «Если я могу помогать другим сейчас, я смогу сделать больше в будущем»). Позитивные (адаптивные) убеждения в КТОВ рассматриваются не как производное отсутствия негативных, а как самостоятельный, автономный ресурс, требующий специальных процедур для активизации и укрепления.

Теория режимов

Центральным теоретическим нововведением КТОВ является концепция режимов (modes), впервые сформулированная Беком в 1996 году и впоследствии развита в совместной работе с Финкель и Бек (Beck, Finkel, & Beck, 2020), а также в работе по представлению генеративной когнитивной модели (2014). Режим определяется как целостный, интегрированный паттерн функционирования, включающий в себя когнитивные убеждения, аффективные состояния, мотивационную направленность и поведенческие программы, которые активируются в определенных ситуациях или контекстах. Концепция режимов позволяет рассматривать человека не как совокупность отдельных симптомов и функций, а как динамическую самоорганизующуюся систему, переключающуюся между различными способами бытия в зависимости от внутренних и внешних обстоятельств.

Авторы КТОВ проводят аналогию с повседневным опытом: все мы говорим о «рабочем режиме», «режиме отпуска», «режиме выживания», интуитивно понимая, что за каждым из этих состояний стоит

не просто набор поведенческих паттернов, а целостный способ восприятия, оценки и взаимодействия с миром. В КТОВ выделяются два ключевых режима, имеющих непосредственное клиническое значение.

Адаптивный режим — это состояние, когда человек находится в своей лучшей форме, чувствует себя «максимально похожим на себя». В адаптивном режиме проявляются энергия, сосредоточенность, связанность с другими, доброта, общительность, компетентность. Именно в этом состоянии становятся доступными позитивные убеждения: «Я хороший человек», «Я компетентен», «Я могу приносить пользу», «Другие ценят меня», «Я принадлежу к группе», «У меня есть будущее». Адаптивный режим активизируется, когда человек вовлечен в значимую деятельность и находится в связи хотя бы с одним другим человеком. Терапевт может наблюдать его по внешним признакам: клиент становится оживленным, менее подавленным, его лицо расцветает, он улыбается, смеется, проявляет инициативу.

Дезадаптивный режим, или режим «пациента» — противоположность адаптивного режима. Это состояние, когда проблемы наиболее заметны: клиент пассивен, изолирован, демотивирован, его поведение определяется негативными убеждениями («Я бесполезен», «Никому до меня нет дела», «Будущее безнадежно», «Я не способен»). Термин «пациент» используется в КТОВ в кавычках — с одной стороны, для того чтобы избежать закрепления идентичности, связанной с болезнью и пассивным ожиданием помощи, а с другой стороны, для этимологического указания на проблему: «пациент» происходит от латинского «patiens» — «терпящий», что отражает суть режима — состояние терпеливого, вынужденного ожидания.

Важнейший постулат КТОВ заключается в том, что адаптивный режим не является чем-то специфическим для людей с психическими расстройствами; он свойственен всем людям. Все мы переживаем периоды, когда чувствуем себя на высоте — на концерте любимой группы, во время вечеринки по случаю дня рождения, в ходе спортивного мероприятия, при пересказе рецепта или обучении кого-то чему-то. Эти «лучшие моменты» случаются, когда человек находится во взаимосвязи с другим человеком и участвует в деятельности, полезной для обоих. Ключевая задача КТОВ — идентифицировать эти моменты, создать условия для их активизации и сделать их более частыми и продолжительными.

Часто в клинической картине у клиентов, страдающих психическими расстройствами, специалисты наблюдают доминирующий режим «пациента». Негативные убеждения, лежащие в основе режима «пациента»,

формировались в течение длительного времени и подкреплялись повторяющимся негативным опытом. Противостоять им единичным позитивным переживанием невозможно; необходимо систематическое, повторяющееся вмешательство, направленное на активизацию адаптивного режима и укрепление адаптивных убеждений.

Устремления, смыслы и базовые потребности

Еще одним центральным понятием КТОВ является категория устремлений — долгосрочных личных желаний человека относительно будущего, его видения жизни в ее лучшем варианте. Устремления связаны с базовыми человеческими потребностями, которые ведут к благополучию и возможности выразить свое лучшее «я». По данным исследований, на которые опираются авторы КТОВ, к числу таких базовых потребностей относятся наличие связей, доверие, надежда, цель и расширение возможностей (Harding, 2019). Исследование пятидесяти успешных людей, которым был поставлен диагноз «шизофрения», выявило общие факторы успеха: наличие ценных отношений, значимых действий каждый день и эффективных способов справляться со стрессом (Cohen et al., 2017).

Устремления могут принимать самые разные формы: от масштабных («стать врачом», «путешествовать по миру», «создать семью») до скромных и конкретных («наладить контакт с сестрой», «научиться готовить борщ», «встать утром с кровати»). Независимо от масштаба, каждое устремление несет в себе важные смыслы — позитивные убеждения, которые активизируются при движении к цели. Эти смыслы обычно группируются по четырем категориям: связь с другими людьми, контроль над своей жизнью, компетентность и способность приносить пользу, сопереживание и забота. Именно смыслы, а не конкретные цели как таковые, являются движущей силой терапевтического процесса в КТОВ. Сила устремлений строится на этих смыслах: они мобилизуют мотивацию, познание, внимание, память и решение проблем.

Авторы подчеркивают принципиально важный методологический момент: смысл устремления может быть извлечен независимо от того, насколько достижимо само устремление в текущих обстоятельствах. Даже если человек находится в закрытом стационаре и не может в обозримом будущем реализовать мечту о путешествии по миру, работа с яркими образами и эмоциями, связанными с этим устремлением, уже активизирует позитивные убеждения и создает энергию для маленьких, конкретных шагов. Каждое дело — например, ежедневная утренняя за-

рядка — может быть представлено как шаг к большой мечте, и это наполняет рутинное действие глубоким личным смыслом.

Устремления могут меняться в процессе терапии — и это рассматривается не как признак нестабильности, а как естественный элемент самоисследования. Когда человек исследует различные варианты, у него формируется более четкое представление о выбранном пути. Наличие нескольких устремлений одновременно даже предпочтительнее: они создают диверсифицированную мотивационную базу и формируют устойчивость. Если в одной жизненной области возникают трудности (например, не складываются романтические отношения), другие сферы (работа, хобби, дружба) компенсируют это, не давая человеку впасть в отчаяние.

Структура терапии КТОВ

Любое взаимодействие в КТОВ — будь то индивидуальная сессия, групповая встреча, контакт в терапевтической среде, работа с семьей — выстраивается по определенной структуре. Эта структура включает пять взаимосвязанных и взаимообусловливающих компонентов, которые применяются гибко, с учетом контекста, состояния клиента и конкретных клинических задач. Структура взаимодействия КТОВ может быть описана следующим образом.

Каждый контакт начинается с подключения к адаптивному режиму клиента. Терапевт ищет точки соприкосновения с интересами и увлечениями клиента, предлагает совместную деятельность или просит о помощи — все это создает ситуацию, в которой становятся доступны позитивные убеждения. Затем следует связующее звено, или «мост», — элемент, напоминающий традиционный КПТ-подход и позволяющий отслеживать прогресс с момента последнего взаимодействия: что делал клиент, что удалось, какие шаги были предприняты. Мост помогает восстановить контекст совместной работы и подготовить переход к следующему этапу.

Центральным звеном каждого взаимодействия является анализ устремлений и их смысла. Терапевт и клиент совместно исследуют желания клиента, выявляют стоящие за ними смыслы, создают яркие образы желаемого будущего. Этот этап проводится именно в моменты, когда клиент находится в адаптивном режиме, — только тогда позитивные убеждения наиболее доступны.

Проблемы рассматриваются не изолированно, а в контексте устремлений: они решаются тогда, когда мешают продвижению к целям. Такая рамка придает работе с проблемами дополнительный смысл и мотивацию —

клиент понимает, зачем он работает над трудностями. Наконец, каждый контакт завершается формулированием конкретного плана действий — шагов, которые клиент может предпринять самостоятельно в оставшуюся часть дня, на неделе, в перспективе. Планы действий в КТОВ заменяют традиционное понятие «домашнего задания» и принципиально связаны с устремлениями клиента.

Доступ к адаптивному режиму является первым и, возможно, наиболее важным этапом КТОВ. Именно здесь закладывается фундамент терапевтических отношений, создается энергия для дальнейшей работы и формируется пространство доверия. Процедуры доступа к адаптивному режиму разработаны с учетом того факта, что многие клиенты с серьезными психическими расстройствами не доверяют врачам, могут быть разочарованы медицинской помощью в прошлом и имеют множество причин не обращаться за помощью.

Начальным шагом является систематическое наблюдение за «лучшими моментами» клиента. Терапевт ищет ситуации, в которых клиент проявляет свои лучшие качества — доброту, юмор, компетентность, общительность, инициативность. Эти моменты могут возникать в самых неожиданных контекстах: во время разговора о любимой музыке, при обсуждении кулинарного рецепта, при помощи другому пациенту, при рассматривании журнала или просмотре видеоролика. Терапевт фиксирует эти моменты и использует их как точку входа в терапевтический процесс.

Одной из ключевых стратегий является организация кратких, частых и предсказуемых взаимодействий, что особенно актуально при стационарном лечении. Для клиентов, испытывающих выраженную тревогу, параноидальность или глубокое недоверие, длительные и интенсивные контакты могут быть стрессогенными и активизировать режим «пациента». КТОВ предлагает альтернативу: короткие визиты, предсказуемые по времени и содержанию, во время которых терапевт не требует глубокого самораскрытия, не задает личных вопросов и не фокусируется на проблемах. Вместо этого он просто присутствует, проявляет искренний интерес к клиенту как к личности, предлагает простые совместные действия — послушать музыку, посмотреть видео, поработать над поделкой. Каждый такой контакт работает на опровержение негативных убеждений клиента (Всем все равно», «Я не интересен») и укрепляет доверие. Со временем клиент убеждается: терапевт возвращается снова и снова, он искренне заинтересован, он не отвергает — и это создает основу для более глубокой работы.

Другой эффективной стратегией является предоставление клиенту роли эксперта. Просьба помочь, дать совет, научить чему-то — это мощ-

ный инструмент активизации позитивных убеждений. Когда человек выступает в роли эксперта, он получает непосредственный опыт компетентности и полезности. Терапевт может спросить совета по поводу поделки, попросить объяснить правила игры, научить готовить определенное блюдо или помочь разобраться в устройстве гаджета. Каждый такой эпизод укрепляет связь, доверие и обеспечивает доступ к адаптивному режиму. Более того, если совет действительно оказывается полезным и терапевт дает об этом обратную связь, позитивные убеждения клиента получают дополнительное подкрепление.

Отдельного внимания заслуживает работа с так называемыми «опасными» интересами. Иногда клиенты сообщают о занятиях, которые специалист может счесть нежелательными или деструктивными: употребление психоактивных веществ, агрессивное поведение, самоповреждение, проституция. КТОВ предлагает не осуждать и не избегать этих тем, а исследовать, что в этом занятии является лучшим для клиента. Терапевт задает вопрос: «Что в этом самого лучшего?» — и выявляет смысл или потребность, которую удовлетворяет это занятие: чувство связи с другими, контроль над ситуацией, облегчение от неприятных переживаний, удовольствие, предсказуемость. Затем совместно ищутся безопасные альтернативы, которые обеспечивают удовлетворение той же потребности. Например, человек, употреблявший наркотики ради чувства принадлежности к группе, может обнаружить интерес к моде, фитнесу или музыке — занятиям, которые также обеспечивают социальную включенность, но без разрушительных последствий.

Доступ к адаптивному режиму делает позитивные убеждения доступными, но не гарантирует, что клиент их заметит и осознает. Положительный опыт сам по себе не обеспечивает автоматической интеграции позитивных убеждений. Поэтому терапевт целенаправленно привлекает внимание клиента к позитивному опыту, задавая вопросы и делая утверждения. Эти вопросы формулируются с учетом текущего уровня энергии и доверия клиента. На начальном этапе, когда доверие еще непрочно и адаптивный режим нестабилен, предпочтительнее закрытые вопросы и конкретные наблюдения («Я заметил, что вы улыбались, когда помогали мне собирать бусинки. Вам нравится работать над этим проектом?»). По мере укрепления отношений и усиления адаптивного режима можно переходить к более широким, открытым вопросам о том, как клиент видит себя («Что это значит для вас?», «Что для вас значит общение с другими?»).

Критически важным является временно́й аспект рефлексии: делать выводы нужно тогда, когда человек еще находится в адаптивном режиме — «ковать железо, пока горячо». Чем больше времени проходит между пиком положительного опыта и рефлексией, тем труднее клиенту удержать полезные эмоции и убеждения. Особенно заметно это становится, если человек возвращается в режим «пациента». Поэтому терапевт внимательно наблюдает за поведением клиента и отмечает момент, когда активность достигает пика, — именно тогда задаются наводящие вопросы.

Когда доступ к адаптивному режиму установлен и позитивные убеждения начинают активизироваться, начинается работа с устремлениями. Этот этап представляет собой динамический процесс, включающий несколько взаимосвязанных шагов.

Открытие устремлений осуществляется совместно с клиентом. Терапевт исследует, чего клиент хочет от жизни — не в терминах «чего бы вам хотелось избежать» или «какие проблемы вы хотите решить», а в терминах «какой была бы ваша жизнь в ее лучшем варианте». Вопросы могут касаться работы, отношений, хобби, духовности, семьи, образования, социальной роли. Важно проявлять искренний интерес и не навязывать своих представлений о «правильных» или «реалистичных» целях. Даже кажущиеся нереалистичными устремления («стать знаменитым музыкантом», «путешествовать по всему миру») несут в себе важные смыслы, которые можно использовать в терапевтических целях.

Детализация смысла устремления — следующий шаг. За каждым устремлением скрываются глубинные смыслы, которые и делают его привлекательным и мотивирующим. Терапевт исследует: «Что в этом самом лучшем? Что в этом для вас самого важного?» — и выявляет позитивные убеждения, стоящие за желанием. Например, за устремлением «найти работу» могут стоять смыслы: «Я способный», «Я могу контролировать свою жизнь», «Я приношу пользу другим», «Я связан с людьми». За устремлением «создать семью» — «Я любим», «Я принадлежу к группе», «Я могу заботиться о других». Эти смыслы обычно группируются по четырем категориям: связь с другими людьми, контроль над своей жизнью, компетентность и сопереживание.

Визуализация устремления — еще один важный элемент. Клиенту предлагается подробно и ярко представить, как выглядит реализация устремления — не абстрактно, а конкретно, с деталями, эмоциями, образами, звуками, запахами. Терапевт задает вопросы, помогающие «увидеть» картину: «Где вы будете? Что будете делать? С кем? Что вы

почувствуете? Какие звуки вы услышите?» Визуализация активизирует позитивные эмоции, усиливает мотивацию и формирует устойчивый образ будущего, к которому можно стремиться.

Проживание удовлетворения «здесь и сейчас» — следующий элемент. Клиента приглашают испытать удовлетворение и гордость, как будто устремление уже реализовано. Это создает эмоциональный ресурс, укрепляет надежду и формирует позитивный опыт, который может конкурировать с негативными переживаниями.

Фокус на личных качествах завершает цикл работы с устремлением. Терапевт привлекает внимание к тем качествам клиента, которые необходимы для достижения цели и которые уже в нем присутствуют: «Какой человек может добиться этого?», «Какие качества вы для этого проявляете?», «Что это говорит о вас?». Наконец, терапевт спрашивает: «Какую деятельность, приближающую к этому, можно сделать прямо сейчас?» — и тем самым создает мост между мечтой и реальностью, между устремлением и конкретным действием.

Следующий этап — превращение устремлений в конкретные, достижимые шаги и встраивание их в повседневную жизнь клиента. Этот этап получил название «позитивное действие» и является мостом между мечтами и реальностью.

Разбивка устремлений на шаги — ключевая процедура этого этапа. Даже самые масштабные и, на первый взгляд, недостижимые устремления становятся реальными, если разбить их на достаточное количество маленьких, конкретных шагов. Клиент и терапевт совместно составляют «дорожную карту» от настоящего момента к цели. Ни один шаг не может быть слишком маленьким: «встать утром с кровати» — вполне легитимный и значимый шаг на пути к мечте о путешествии по миру, если клиент видит связь между этими двумя событиями. Визуализация этой связи — «каждое утро, когда я встаю, я приближаюсь к своей мечте» — делает рутинные действия значимыми и наполненными личным смыслом. Видение пути укрепляет решимость двигаться вперед и создает ощущение контроля над своей жизнью.

Планирование позитивных действий в повседневной жизни — следующий элемент. Терапевт и клиент составляют расписание приятных и полезных занятий на неделю. Этот график может включать как индивидуальные занятия (чтение, прогулки, медитация), так и совместные с другими (групповые мероприятия, волонтерство, посещение церкви). Регулярное выполнение запланированных действий обеспечивает постоянный доступ к адаптивному режиму, формирует предсказуемость

(что особенно важно для людей с тревогой и психотическими переживаниями) и создает регулярные возможности для укрепления позитивных убеждений.

Регулярный анализ устремлений при каждом взаимодействии поддерживает мотивацию и не дает ей угаснуть. Терапевт напоминает о связи между текущими действиями и большими целями, отмечает успехи, помогает увидеть прогресс. Иногда цели могут казаться настолько далекими, что люди не верят в возможность их достижения. Пораженческие утверждения («Зачем пытаться? Я все равно проиграю», «Нужно слишком много усилий») могут подрывать мотивацию. В такие моменты важно вернуться к смыслу устремления и напомнить, что даже маленькие шаги имеют значение.

Расширение возможностей и работа с проблемами

КТОВ не избегает проблем, но меняет рамку их рассмотрения. Проблемы решаются не сами по себе, а тогда, когда они мешают продвижению к устремлениям клиента. Такая контекстуализация придает работе с проблемами дополнительный смысл и мотивацию: клиент понимает, зачем он работает над трудностями, — ради достижения того, что для него по-настоящему важно.

Для каждого типа проблем в КТОВ разработаны специализированные карты убеждений, описывающие когнитивные структуры, которые лежат в основе тех или иных затруднений. В негативной симптоматике ключевыми являются пораженческие убеждения («К чему все это?», «Что-то пошло не так? Это полный крах!», «Надо подождать, пока у меня появится энергия», «Будущее остается безнадежным»), а также убеждения, препятствующие социализации («Я никому не нравлюсь», «Я никому не понравлюсь») и получению удовольствия («Я не могу наслаждаться этим», «Я не буду наслаждаться этим»). Эти убеждения ограничивают доступ к мотивации и энергии, мешают достигать успеха и предвкушать приятные впечатления. Важно подчеркнуть, что негативные симптомы в КТОВ понимаются не как полное отсутствие мотивации, энергии или способности получать удовольствие, а как трудности с доступом к этим ресурсам. В определенном контексте эти способности проявляются — и задача терапевта создать этот контекст.

При употреблении психоактивных веществ негативные убеждения включают: «Я слаб», «Я неспособен», «Я зависим», «Я неполноценный», «Будущее безнадежно», «Другие хотят причинить мне боль», «Не стоит находиться рядом с другими людьми». При самоповреждении: «Я ниче-

го не стою», «У меня нет контроля», «Я заслужил эту боль», «Никто обо мне не заботится», «Будущее безнадежно». Понимание этих убеждений позволяет разрабатывать целенаправленные вмешательства, адресованные не столько самому поведению, сколько когнитивным структурам, его определяющим.

Одной из ключевых процедур работы с расстроенными клиентами является методика STEER — акроним, обозначающий последовательность из пяти шагов: Summarize (резюмировать), Test (проверить), Empathize (проявить эмпатию), Empower (расширить возможности), Refocus (изменить фокус внимания). Когда клиент сильно расстроен, выражает параноидальные идеи или находится в состоянии аффекта, терапевт сначала резюмирует то, что сказал клиент («Я слышал, вы говорите, что все стараются достать вас и что никто из вас не заботится о вас»), затем проверяет правильность понимания («Я вас правильно понял?»), проявляет эмпатию («Представляю, каково вам должно быть — должно быть, вы одиноки и очень разочарованы. Я мог бы чувствовать то же самое в такой ситуации»), предлагает совместное действие для расширения возможностей («Не могли бы мы попробовать сделать что-нибудь вместе, чтобы почувствовать себя немного лучше?») и, наконец, переключает фокус на что-то позитивное — например, на устремление клиента. Процедура STEER особенно полезна в ситуациях, когда клиент выражает параноидальные идеи, находится в состоянии аффекта или агрессивного возбуждения, — она позволяет установить связь и понимание, не вступая в конфронтацию и не активизируя уязвимые убеждения клиента.

Анализ цепочки мышления — процедура, хорошо знакомая практикующим КПТ-терапевтам, — используется в КТОВ для понимания конкретных проблемных ситуаций. Она позволяет выявить автоматические мысли, промежуточные и базовые убеждения, а также поведенческие реакции, которые приводят к проблемам, и определить точки терапевтического вмешательства. Особенность КТОВ состоит в том, что анализ цепочки применяется не только к негативным, но и к позитивным событиям: это позволяет выявить и укрепить адаптивные когнитивные паттерны, которые активизировались в моменты успешного функционирования.

При работе с зависимостями используется так называемая «техника пирога» — визуализация, при которой клиент рисует круг и делит его на сегменты, отражающие различные сферы жизни: семью, друзей, хобби, работу, отдых, духовность. Затем клиент оценивает, сколько времени

и энергии вкладывает в каждую сферу. Отдельно рисуется «пирог употребления» — и клиент наглядно видит, как зависимость вытесняет значимые сферы жизни, занимая пространство, которое могло бы быть заполнено тем, что для него по-настоящему важно. Этот визуальный контраст создает мотивацию к изменениям, не прибегая к морализаторству или давлению.

Работа с резилиентностью (resilience) составляет еще один важный компонент КТОВ. Подход целенаправленно формирует убеждения в жизнестойкости — уверенность в способности преодолевать трудности и продолжать двигаться к целям, несмотря на проблемы и стресс. Неудачи преподносятся не как катастрофы, а как опыт, который помогает стать сильнее. Клиент учится формулировать: «Я могу ошибаться и при этом оставаться ценным, способным человеком», «Неудача — это не конец, а часть пути», «Мне не обязательно быть идеальным, чтобы жить осмысленной жизнью». Эти убеждения формируются постепенно, через повторяющийся успешный опыт и целенаправленную рефлексию.

Концептуализация — карта восстановления

Карта восстановления представляет собой центральный документ КТОВ, который систематизирует информацию о клиенте и служит основой для планирования терапевтического процесса. Она выполняет одновременно диагностическую, терапевтическую и коммуникативную функции: помогает понять клиента, определить направление работы и обеспечить преемственность между членами терапевтической команды. Карта восстановления является структурированным инструментом (обычно в виде таблицы), который заполняется совместно с клиентом и служит «дорожной картой» на протяжении всей терапии.

Карта восстановления включает четыре взаимосвязанных раздела (строки). Первый раздел — «Доступ и активизация адаптивного режима» — фиксирует интересы клиента, способы взаимодействия, последние успехи и убеждения, которые активизируются в адаптивном режиме. Второй раздел — «Устремления» — отражает цели клиента и смыслы, стоящие за ними. Третий раздел — «Проблемы» — описывает симптомы, текущее поведение и проблемы, мешающие восстановлению, а также убеждения, лежащие в их основе. Четвертый раздел — «Позитивные действия и расширение возможностей» — содержит текущие стратегии и конкретные шаги — вмешательства, а также соответствующие убеждения, устремления, смыслы и задачи, связанные с процессом восстановления.

Карта восстановления — это живой, динамический документ, который обновляется по мере поступления новой информации и продвижения терапии. Новые данные выделяются курсивом, что позволяет отслеживать динамику изменений. Карта используется на клинических совещаниях и «мозговых штурмах», при передаче информации между членами команды, а также как инструмент для оценки прогресса и планирования дальнейших шагов.

Клиническое применение

КТОВ успешно адаптирован для:

1. Индивидуальной работы — как для помощи при тяжелых расстройствах, так и в случаях высокого функционирования.

2. Групповой терапии: работа проводится в группах, ориентированных на восстановление, где участники совместно работают над своими устремлениями.

3. Работы с семьей: предполагается вовлечение близких как «фасилитаторов восстановления», чтобы они помогали активировать адаптивный режим клиента вне терапевтического кабинета.

4. Работы с подростками и молодыми людьми, например, для раннего вмешательства при первых эпизодах психоза.

Работа с серьезными психическими расстройствами

Изначально КТОВ создавался для работы с людьми с шизофренией и шизоаффективными расстройствами, в том числе длительно госпитализированными. В стационарных условиях подход реализуется через создание терапевтической среды, обеспечивающей регулярный доступ к адаптивному режиму: совместные занятия, клубы по интересам, выезды в общество, волонтерские проекты, арт-терапия, кулинарные мастерские, музыкальные занятия. Систематическая работа с устремлениями позволяет даже в условиях стационара поддерживать связь клиента с его ценностями и целями, не давая «режиму пациента» стать единственным способом существования.

При работе с негативной симптоматикой КТОВ предлагает принципиально иную рамку понимания: негативные симптомы рассматриваются не как полное отсутствие мотивации, энергии или способности получать удовольствие, а как трудности с доступом к этим ресурсам. В определенном контексте — при наличии интересной деятельности, доверительных отношений, ощущения смысла — эти способности проявляются, и задача терапевта состоит в том, чтобы создать этот контекст и сделать его более регулярным. Прогресс при работе с негативной

симптоматикой может быть медленным, поскольку терапевт имеет дело с глубоко укоренившимися убеждениями и длительно сформированными паттернами поведения. Однако исследования показывают, что даже люди, которые были ограничены в течение всей жизни из-за психиатрического диагноза, способны продемонстрировать быстрый прогресс, получив подходящий мотив (Grant et al., 2017).

При работе с бредовыми идеями КТОВ не стремится напрямую опровергать бредовое содержание. Вместо этого терапевт сосредоточивается на укреплении позитивных убеждений и усилении адаптивного режима, что приводит к естественному снижению интенсивности и значимости бредовых идей. Ключевой принцип: бред часто выполняет защитную функцию — он может формировать чувство контроля, безопасности или особого значения в ситуации, когда человек чувствует себя беспомощным и уязвимым. Укрепляя альтернативные источники контроля, безопасности и значимости через адаптивный режим и устремления, терапевт делает бред менее необходимым.

Ключевая стратегия при галлюцинациях в КТОВ — это не борьба с голосами, а переключение фокуса внимания на значимую деятельность и развитие «адаптивного режима». Когда человек увлечен интересным делом или взаимодействием, интенсивность голосов естественным образом снижается, что дает ему опыт контроля.

При работе с галлюцинациями КТОВ опирается на данные о том, что слуховые галлюцинации — явление значительно более распространенное, чем принято считать. Около 8–10% населения регулярно слышат голоса, причем значительная часть из них не имеет психиатрического диагноза и ведет полноценную жизнь (Beavan, Read, & Cartwright, 2011). Проблему составляют не сами галлюцинации, а убеждения, связанные с ними: вера в то, что голоса нельзя контролировать, что им следует доверять, что они приходят извне и обладают властью. Ключевая стратегия — «изменение фокуса внимания»: переключение внимания с голосов на личные устремления и значимую деятельность. Когда человек вовлечен в интересное занятие в обществе доверенного человека, голоса становятся менее заметными — и это дает опыт контроля, который затем закрепляется через рефлексию.

Работа с аддиктивными расстройствами

КТОВ предлагает принципиально иную рамку для понимания и лечения зависимостей. Вместо фокуса на «лечении зависимости» как таковой подход смещает акцент на восстановление жизни, наполненной

смыслом и значимыми связями. Исследуется функция употребления: алкоголь и наркотики могут обеспечивать временное облегчение, чувство связи с другими людьми (например, в контексте компании, где все употребляют), ощущение контроля или предсказуемости в иначе хаотичной жизни. Понимание этой функции позволяет искать альтернативные пути к удовлетворению тех же базовых потребностей.

Техника «пирога» визуализирует, как употребление вытесняет значимые сферы жизни. Ключевой принцип КТОВ в работе с зависимостями гласит: значимые устремления обладают собственной силой притяжения, которая может уравновесить тягу к веществам. Когда человек перефокусируется с тяги к алкоголю или наркотикам на позитивные ценности — создание музыкальной группы, налаживание отношений с семьей, волонтерство, — энергия направляется на действия, которые помогают чувствовать себя связанным с другими людьми, целеустремленным, полезным. Это не означает, что путь будет легким: по мере продвижения к целям тяга может усиливаться, и терапевт должен быть готов к рецидивам, которые рассматриваются не как провал, а как возможность для совместного анализа и дальнейшего укрепления резилиентности.

Работа с травматическим опытом, агрессией и самоповреждением

При работе с травматическим опытом КТОВ акцентирует укрепление безопасности, контроля и социальной связи через доступ к адаптивному режиму. Даже если клиент не готов говорить о травме (а многие пострадавшие избегают этой темы), совместная деятельность уже меняет убеждения: «Есть люди, которым не все равно», «Я могу контролировать, с кем и как я взаимодействую», «Мир не полностью опасен — иногда общение может быть приятным». Устремления дают надежду и формируют альтернативную идентичность, выходящую за рамки идентичности «жертвы». Работа с убеждениями, связанными с травмой, затрагивает четыре ключевых области: самооценку, безопасность, контроль и власть.

При самоповреждении КТОВ работает с убеждениями бесполезности, отсутствия контроля, заслуженности боли и отвержения со стороны других. Адаптивный режим обеспечивает безопасный опыт общения и формирует позитивные эмоции, которые снижают побуждения к самоповреждению. Планирование приятных занятий создает предсказуемость и усиливает ощущение контроля, которое является центральной потребностью для людей, склонных к самоповреждению.

При агрессивном поведении КТОВ использует анализ цепочки мышления для выявления триггеров и убеждений, которые приводят к агрес-

сивным инцидентам. Работа с убеждениями безопасности, связи и контроля позволяет сформировать альтернативные поведенческие паттерны. STEER-процедура применяется в моменты острого возбуждения для установления связи и переключения фокуса.

Работа с низкомотивированными клиентами

КТОВ не требует предварительной мотивации клиента. Действие предшествует мотивации: краткие, ненавязчивые, предсказуемые контакты дают клиенту ощущение контроля и постепенно строят доверие. Фокус на увлечениях и интересах клиента — даже «опасных», «странных» или «бесполезных» с точки зрения окружающих — является точкой входа в терапевтический процесс. Клиент не обязан «хотеть лечиться» или «признавать проблему» — достаточно, чтобы он согласился на совместную деятельность, пусть самую простую: послушать музыку, посмотреть видео, поговорить о собаках. Именно в ходе этой деятельности и происходит основная терапевтическая работа — активизация адаптивного режима, укрепление позитивных убеждений, выявление устремлений.

КТОВ в контексте современной когнитивно-поведенческой терапии

КТОВ занимает уникальное место в семействе когнитивно-поведенческих подходов. С одной стороны, он наследует когнитивную модель как теоретический фундамент, сохраняет фокус на убеждениях и их модификации, использует знакомые процедуры — анализ цепочки мышления, поведенческие эксперименты, когнитивную реструктуризацию. С другой стороны, КТОВ существенно отличается от классической КПТ по методологии и акцентам. Если классическая КПТ начинает с идентификации проблем и автоматических мыслей, то КТОВ — с активизации адаптивного режима. Если классическая КПТ изначально была ориентирована на редукцию симптомов, то КТОВ — на построение осмысленной жизни. Если классическая КПТ опирается преимущественно на дефицитарную модель, то КТОВ — на модель сильных сторон.

Для практикующего КПТ-терапевта КТОВ предлагает несколько ценных дополнений, которые могут обогатить клиническую практику. Инструменты для работы с «трудными» клиентами — концепция адаптивного режима и стратегии доступа к нему (краткие взаимодействия, роль эксперта, работа с «опасными» интересами) — предоставляют конкретные приемы для клиентов, которые не вовлекаются в традиционные

КПТ-протоколы. Систематическая работа с позитивными убеждениями дополняет классический фокус на модификации дисфункциональных установок, что особенно важно при хронических проблемах, когда негативные убеждения глубоко укоренены. Рамка устремлений как организующего принципа терапии придает работе дополнительную мотивацию и помогает клиенту увидеть прогресс в контексте его собственных ценностей. Трансдиагностический характер подхода позволяет применять его при самых разных клинических проблемах — от шизофрении до тревожных расстройств и зависимостей.

В то же время КТОВ не заменяет классическую КПТ, а дополняет и расширяет ее. Для многих клиентов оптимальным может оказаться сочетание обоих подходов: работа с автоматическими мыслями и когнитивными искажениями в рамках традиционной КПТ и систематическая активизация адаптивного режима и устремлений в рамках КТОВ.

Заключение

Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление, представляет собой научно обоснованный подход, построенный на фундаменте когнитивной модели Бека и обогащенный концепцией психосоциального восстановления. Подход доказал свою эффективность в работе с серьезными психическими расстройствами — шизофренией, хроническими психозами, — и демонстрирует многообещающие перспективы при расширении на другие клинические группы, включая тревожные и депрессивные расстройства, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, посттравматические состояния и агрессивное поведение.

Для практикующего когнитивно-поведенческого терапевта КТОВ предлагает ценные инструменты, способные обогатить клиническую практику: от систематической работы с адаптивными убеждениями и конкретных стратегий для «немотивированных» клиентов до структурированного подхода к работе с устремлениями и формированию жизнестойкости. КТОВ отвечает современным тенденциям в психотерапии — восстановительному подходу, акценту на значимость и социальное включение, трансдиагностической ориентации, персонализированному планированию лечения — и при этом остается глубоко укорененным в когнитивной традиции, с ее вниманием к убеждениям, их взаимосвязи с эмоциями и поведением и возможностям целенаправленной модификации.

Главный урок КТОВ, возможно, может быть сформулирован так: путь к восстановлению начинается не с решения проблем, а с обнаружения

и укрепления того лучшего, что уже есть в каждом человеке. Эта простая, но глубокая идея имеет серьезные теоретические и клинические последствия. Она требует от терапевта не только диагностической проницательности и технического мастерства, но и особого качества внимания — способности видеть за симптомами и проблемами живого человека с его устремлениями, смыслами и неиспользованным потенциалом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек А.Т., Грант П., Инверсо Э., Бринен А.П., Периволиотис Д. Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление / пер. с англ. — СПб.: Питер, 2024. — 420 с.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. — 5th ed. — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 947 p.

3. Beavan V., Read J., Cartwright C. The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review // Journal of Mental Health. — 2011. — Vol. 20, № 3. — P. 281–292.

4. Beck A.T. Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions // Archives of General Psychiatry. — 1963. — Vol. 9, № 4. — P. 324–333.

5. Beck A.T. Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology / A.T. Beck // Frontiers of cognitive therapy / ed. by P.M. Salkovskis. — New York: Guilford Press, 1996. — P. 1–25.

6. Beck A.T. A 60-year evolution of cognitive theory and therapy // Perspectives on Psychological Science. — 2019. — Vol. 14, № 1. — P. 16–20.

7. Beck A.T., Finkel M., Beck J.S. The theory of modes: Applications to schizophrenia and other psychological conditions // Cognitive Therapy and Research. — 2020. — Vol. 44. — P. 133–143.

8. Beck A.T., Himelstein R., Bredemeier K., Silverstein S.M., Grant P. What accounts for poor functioning in people with schizophrenia: A re-evaluation of the contributions of neurocognitive v. attitudinal and motivational factors // Psychological Medicine. — 2018. — Vol. 48, № 16. — P. 2776–2785.

9. Beck A.T., Himelstein R., Grant P.M. In and out of schizophrenia: Activation and deactivation of the negative and positive schemas // Schizophrenia Research. — 2019. — Vol. 203. — P. 55–61.

10. Beck A.T., Rector N.R., Stolar N.M., Grant P.M. Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy. — New York: Guilford Press, 2009. — 418 p.

11. Campellone T.R., Sanchez A.H., Kring A.M. Defeatist performance beliefs, negative symptoms, and functional outcome in schizophrenia: A meta-analytic review // Schizophrenia Bulletin. — 2016. — Vol. 42, № 6. — P. 1343–1351.

12. Cohen A. et al. Common factors across 50 successful schizophrenia recovery narratives // Psychiatric Services. — 2017. — Vol. 68, № 12. — P. 1287–1290.

13. Dixon L.B., Holoshitz Y., Nossal I. The treatment engagement of people with serious mental illness // Journal of Psychiatric Practice. — 2016. — Vol. 22, № 2. — P. 115–125.

14. Grant P.M. Recovery-oriented cognitive therapy: A treatment framework for people with serious mental health conditions // Psychiatric Services. — 2019. — Vol. 70, № 11. — P. 1064–1066.

15. Grant P.M., Beck A.T. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. — 2009. — Vol. 35, № 4. — P. 798–806.

16. Grant P.M., Beck A.T. Asocial beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia // Psychiatry Research. — 2010. — Vol. 177, № 1–2. — P. 65–70.

17. Grant P.M., Best M.W. The role of positive beliefs in determining functional outcomes in people with serious mental health conditions // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. — 2019. — Vol. 64. — P. 113–118.

18. Grant P.M., Huh G.A., Perivoliotis D., Stolar N.M., Beck A.T. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia // Archives of General Psychiatry. — 2012. — Vol. 69, № 2. — P. 121–127.

19. Grant P.M., Perivoliotis D., Luther L., Bredemeier K., Beck A.T. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy // Psychological Medicine. — 2018. — Vol. 48, № 2. — P. 265–272.

20. Harding C.M. Recovery and the role of the community / C.M. Harding // Principles and practice of psychiatric rehabilitation / ed. by P.W. Corrigan. — 3rd ed. — New York: Guilford Press, 2019. — P. 27–47.

21. Kreyenbuhl J., Nossal I., Dixon L.B. The treatment engagement of people with serious mental illness // Journal of Psychiatric Practice. — 2009. — Vol. 22, № 2. — P. 115–125.

22. Thomas E.C., Luther L., Zullo L., Beck A.T., Grant P.M. From neurocognition to community participation in serious mental illness: The intermediary role of dysfunctional attitudes and motivation // Psychological Medicine. — 2017. — Vol. 47, № 5. — P. 822–836.

Ли Елена Робертовна
Сеульский государственный университет
Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова

ГРУППОВОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ ПЕДАГОГОВ В ФАСИЛИТАЦИОННОМ ФОРМАТЕ: ТВОРЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПЕДАГОГА КАК МЕДИАТОР КОГНИТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Аннотация. В статье рассматривается интегративная модель группового когнитивно-поведенческого тренинга для педагогов, построенная в фасилитационном формате, позволяющая обеспечить поддерживающую и рефлексивную среду для участников. Центральным элементом модели является активация творческого воображения педагога, как ключевого механизма когнитивных изменений. Данная активность направлена на реструктуризацию дезадаптивных убеждений, снижение профессионального стресса и тревожности, а также повышение эффективности педагогической деятельности. Статья направлена на теоретическое обоснование применения фасилитационного подхода в групповом когнитивно-поведенческом тренинге, как средство актуализации профессиональной креативности, развития когнитивной гибкости и формирования фасилитационного стиля педагогической коммуникации**.**

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческий тренинг, фасилитация, педагог, творческая активность, воображение, когнитивные изменения, фасилитационный стиль коммуникации*.

Введение

Профессиональная деятельность педагога в современных образовательных условиях характеризуется высокой степенью эмоциональной напряжённости, неопределённости и когнитивной перегрузки. Усиление требований к результативности обучения, рост ответственности за психологическое благополучие учащихся, а также необходимость постоянного реагирования на изменяющиеся социальные и образовательные контексты приводят к увеличению уровня профессионального стресса и тревожности педагогов.

В этой связи особую актуальность приобретает поиск научно обоснованных форм профессиональной поддержки педагогов, направленных не только на снижение негативных эмоциональных состояний, но и на развитие внутренних ресурсов, обеспечивающих устойчивость, гибкость и продуктивность педагогической деятельности. Именно в фа-

силитационном групповом формате КПТ-тренинга создаются условия для перехода от коррекции дисфункциональных убеждений к продуктивному использованию воображения как когнитивного ресурса. Освобождение от автоматических негативных интерпретаций расширяет пространство смыслового выбора, что активизирует педагогическое воображение и поддерживает развитие творческих форм профессионального поведения.

Когнитивно-поведенческий подход в профессиональном развитии педагогов

Профессиональный стресс педагогов определяется не только внешними трудовыми факторами, но и субъективно-когнитивными интерпретациями ситуаций. Ригидные убеждения, установки долженствования и катастрофизация трудностей формируют устойчивые когнитивные схемы, поддерживающие тревожность, сужающие профессиональное восприятие и ограничивающие вариативность решений. В результате чего, педагогическая деятельность становится автоматизированной, снижается качество коммуникации и творческое реагирование. Дебора Добсон и Кейт Добсон рассматривая принципы КПТ, объясняют, что когнитивно-поведенческая терапия исходит из того, что реакции человека определяются не ситуацией самой по себе, а её когнитивной интерпретацией, сформированной через схемы и глубинные убеждения. Эти убеждения, возникающие на основе социального опыта, направляют восприятие, поведение и ожидания человека, формируя его субъективную реальность (Д.Добсон, К.Добсон, 2024, с.27). КПТ, основываясь на взаимосвязи когниций, эмоций и поведения, направлена на осознанную реструктуризацию дисфункциональных установок и восстановление адаптивных форм профессиональной активности. Марсия Л.Росал также акцентирует на чувствах и эмоциях, которые напрямую связаны с самооценкой и с оценками окружающего мира (Марсия Л.Росал, 2025, с.160).

Использование КПТ в формате группового тренинга позволяет:

— выявлять типичные профессиональные когнитивные искажения

— снижать уровень тревожности и эмоционального напряжения

— формировать навыки когнитивной реструктуризации

— расширять поведенческий репертуар педагогического реагирования.

Тем не менее, сами по себе когнитивные изменения не гарантируют устойчивых профессиональных трансформаций. Для их закрепления необходим механизм, обеспечивающий переход от рационального анализа к внутреннему присвоению новых способов мышления и действия.

Групповой КПТ-тренинг в фасилитационном формате как условие присвоения новых когниций

Согласно историко-эволюционному подходу к развитию личности, индивидуальность человека формируется в контексте его участия в социальной группе. Следовательно, ценности и идеалы, которые личность принимает, являются результатом коллективной деятельности и взаимодействия. Согласно феномену социального самоопределения по А.Г. Асмолову, отношение личности к воздействиям со стороны группы опосредовано ценностями и идеалами, выработанные в ходе совместной деятельности (Асмолов, 2007, с.331). Процесс интериоризации, согласно А.Н. Леонтьеву и Л.С.Выготскому, заключается в преобразовании внешних, социально обусловленных действий во внутренние психические процессы, что имеет ключевое значение для развития личности (Цит. по: Давыдову, 1996).

Фасилитационный стиль групповой работы создаёт особое психологическое и коммуникативное пространство, в котором актуализируется и закрепляется когнитивная реструктуризация и активируется творческая активность педагога. В отличие от директивных форм обучения, фасилитация основана на принципах принятия, эмпатии, диалогичности и субъект-субъектного взаимодействия. Майкл Вилкоксон отмечает гуманную составляющую фасилитации — забота о людях, желание помочь, отодвинуть свое «я» в сторону, также считая, что «фасилитация скорее навык, а не роль» (Вилкоксон, 2012, с.46). Термин фасилитация был введен К.Р. Роджерсом и оказал значительное влияние на педагогическую теорию и практику, особенно в контексте развития гуманистического образования. Т.Ю. Базаров отметил, что для фасилитатора свойственна такая компетентность, как кооперативность. Основная цель — достижение высокой эффективности групповой деятельности (Базаров, 2013, с.94).

Следовательно, в фасилитационном формате тренинга:

— снижается страх оценки и ошибки

— усиливается рефлексивное и образное мышление

— поддерживается групповая динамика совместного поиска смыслов

— стимулируется использование воображения как ресурса понимания педагогических ситуаций

Фасилитация выступает не альтернативой КПТ, а формой её реализации, в которой когнитивная работа приобретает личностно значимый и творчески опосредованный характер. Групповой когнитивно-поведенческий тренинг педагогов, реализуемый в фасилитационном формате,

представляет собой интегративную модель, включающую следующие взаимосвязанные уровни:

1. **Когнитивный уровень** — осознание и трансформация профессиональных убеждений и автоматических мыслей.

2. **Эмоциональный уровень** — снижение тревожности и профессионального напряжения.

3. **Творческий уровень** — актуализация воображения и когнитивной гибкости.

4. **Коммуникативный уровень** — формирование фасилитационного стиля педагогического взаимодействия.

В данной модели творческая активность педагога выполняет роль медиатора, обеспечивающего целостность и устойчивость когнитивных изменений и их перенос в профессиональную практику.

Творческая активность педагога как медиатора когнитивных изменений

По Л.С.Выготскому, именно творческая деятельность, основанная на комбинирующей функции мозга, позволяет человеку быть ориентированным на будущее (Выготский, 2022, с.175). Творческий процесс начинается с волевого усилия, или с акта воображения. Поэтому творческое воображение связано с мотивационными структурами личности, где человек преобразуя представления, посредством интеллектуальных операций создает совершенно новые образы. Творческая активность педагога рассматривается как интегративный психологический процесс, включающий воображение, когнитивную гибкость, рефлексию и способность к созданию новых смыслов в профессиональной деятельности. Творческая активность выполняет медиаторную функцию между когнитивной реструктуризацией и изменением профессионального поведения, поскольку:

— обеспечивает ментальное моделирование альтернативных педагогических ситуаций

— позволяет выходить за пределы автоматических когнитивных схем

— способствует эмоциональной регуляции через смену перспективы

— активизирует субъектную позицию педагога в образовательном взаимодействии.

Таким образом, именно творческая активность превращает когнитивные изменения из формальных знаний в живой профессиональный опыт, интегрированный в педагогическую практику.

Заключение

Групповой когнитивно-поведенческий тренинг педагогов в фасилитационном формате представляет собой перспективное направление профессионального развития, сочетающее доказательность КПТ-подхода с гуманистически ориентированной фасилитацией. Творческая активность педагога, выступающая медиатором когнитивных изменений, обеспечивает переход от снижения профессионального стресса и тревожности к развитию профессиональной гибкости, эффективности и применение на практике фасилитационного стиля педагогической коммуникации.

Новизна подхода заключается в интерпретации когнитивной реструктуризации как процесса поэтапного подъёма профессионального сознания: от осознания глубинных убеждений к их трансформации и присвоению новых когниций в условиях поддерживающего группового взаимодействия. Фасилитационный формат тренинга актуализирует внутреннюю активность педагога и интеграцию когнитивных, эмоциональных и рефлексивных процессов. Творческая активность выступает системообразующим механизмом, обеспечивающим устойчивость и экологичность когнитивных изменений, что определяет перспективность модели для дальнейших эмпирических исследований и разработки программ профессионального развития педагогов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асмолов А.Г. Психология личности: Культурно-историческое понимание развития человека. Изд.3. Москва. Смысл. 2007. с.526.

2. Базаров Т.Ю. Бизнес-образование: развитие организаций или организация развития? Организационная психология. 2013. Т.3. №4. с.92–108.

3. Выготский Л.С. Педология школьного возраста. Лекции по психологии развития. Москва. Канон РООИ Реабилитация. 2022. с.320.

4. Вилкоксон Майкл Секреты фасилитации SMART-руководство по работе с группами Москва. Альпина Диджитал 2012. с.475.

5. Давыдов В.В. Теория развития обучения. Москва. ИНТОР. 1996. с.544.

6. Добсон Д. Добсон К. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. СПб. Питер. 2024. с.400.

7. Росал Марсиа Л. Когнитивно-поведенческая арт-терапия. СПб. Питер. 2025. 320 с.

Малахов Игорь Николаевич
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения Российской Федерации

МЕЖУРОВНЕВАЯ ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАК МАРКЕР АДАПТАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ КПТ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ

Аннотация. В статье представлены результаты рандомизированного проспективного исследования межуровневой динамики клинических, психологических и иммуновоспалительных показателей у пациентов с депрессивными расстройствами в ходе когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Целью исследования являлась оценка взаимосвязи клинических, психологических и биологических изменений и их роли как маркера адаптационных процессов при терапии депрессии. В исследование включены 77 пациентов с диагнозами F31,3, F32,0, F32,1, F33,0, F33,1 (МКБ-10), рандомизированные в группу КПТ в сочетании со стандартной фармакотерапией (n = 44) и группу контроля внимания с медикаментозным лечением (n = 33). Оценивались показатели депрессии (MADRS), (HADS), психологического стресса (PSM-25), метакогнитивных убеждений (MCQ-30), социальной ангедонии (RSAS), копинг-стратегий (WCQ), саморегуляции поведения (ССПМ-2020), качества жизни (SF-36), а также маркеры системного воспаления (CRP, IL-6, IL-10, TNF-α, NLR, MLR, PLR, SII, SIRI). Результаты показали выраженное снижение депрессивной симптоматики в группе КПТ, сопровождавшееся значимыми психологическими изменениями, такими как метакогнитиции, копинги, уровнь стресса и саморегуляции. Среди биологических маркеров устойчивое снижение выявлено для CRP (-1,029 против 0,386; $p < 0,01$ Hedges g по $\Delta = -0,934$) и NLR (–0,23 против –0,03; $p < 0,01$; Hedges g по $\Delta = -0,48$). В группе контроля без применения КПТ выявлена тенденция к положительной связи между ростом стратегии «бегство–избегание» и ростом провосполительного цитокина ΔIL-6 ($\rho = 0,47$, $p = 0,018$). Полученные данные свидетельствуют о комплексном адаптационном эффекте КПТ, при котором психологические механизмы выступают ведущим звеном межуровневой динамики.

Ключевые слова: *депрессия, депрессивные расстройства, когнитивно-поведенческая терапия, адаптационные изменения, системное воспаление, метакогниции, саморегуляция, качество жизни.*

Актуальность

Депрессивные расстройства сохраняют высокую распространенность и существенный вклад в потерю здоровья (DALY), а также ассоци-

ированы с повышенным суицидальным риском [WHO, 2025]. В клинических рекомендациях наряду с фармакотерапией применяется психотерапия, в частности когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), рассматривается как один из ключевых методов лечения [Cuijpers, 2023; Karyotaki, 2021]. Одновременно накапливаются данные о связи депрессии с системным воспалением и доступными гематологическими индексами иммунного ответа (NLR, MLR, PLR, SII, SIRI), что формирует запрос на интегративную оценку клинических, психологических и биологических эффектов психотерапии [Miller, 2025; Pukstad, 2025; Yin, 2024; Su, 2022; Ninla-aesong, 2024; Cao, 2021; Ma, 2022].

Проблема и новизна

Несмотря на рост доказательной базы КПТ, остаются ограниченными данные о системной и специфической взаимосвязи между клиническими, психологическими и биологическими эффектами КПТ, а также о том, какие компоненты изменений наиболее согласованы между собой [Cao, 2021; Yin, 2024]. Данное исследование нацелено на заполнение этого разрыва через одновременное изучение динамики симптоматики, психологических механизмов и маркеров воспаления.

Цель: оценка взаимосвязи клинических, психологических и биологических эффектов КПТ и их динамики у пациентов с депрессией. Задачи включают проанализировать динамику: (1) депрессии и тревоги (MADRS, HADS), (2) саморегуляции (ССМП-2020), стресса (PSM-25), совладания/копинга (WCQ-50), метакогниций (MCQ-30), социальной ангедонии (RSAS) и качества жизни (SF-36) (3) Оценить роль предрасполагающих факторов социального дистресса — неблагоприятного детского опыта (ACE-10), (4) Оценить динамику воспалительных маркеров (С-реактивного белка (CRP), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-10 (IL-10), фактора некроза опухоли-альфа (TNF-α)) и индексов (SII, SIRI, NLR, MLR, PLR), (5) Изучить ассоциаций воспаления с клиническими и психологическими показателями.

Дизайн и методы

Рандомизированное проспективное исследование пациентов с диагностированной депрессией (F31,3, F32,0, F32,1, F33,0, F33,1 по МКБ 10). Сравнивались 2 условия: (а) групповая КПТ в сочетании со стандартной фармакотерапией, (б) активный контроль внимания на фоне медикаментозного лечения, сопоставимый по времени и структуре контакта, но без

специфических техник КПТ (для контроля неспецифических факторов психотерапии). Интервенция реализована в групповом формате, 10 сессий по 90 минут, 2 раза в неделю, 5–8 участников. Маркеры воспаления оцениваются лабораторно, а индексы системного воспаления рассчитываются по клиническому анализу крови, до и после психотерапии.

В анализ включены 77 пациентов, КПТ n = 44, контроль внимания n = 33. Подвыборка с цитокинами n = 48, сопоставима с остальной частью выборки по полу, возрасту и исходной тяжести депрессии. Группы достоверно не различались по социально-демографическим и клинико-анамнестическим показателям на старте ($p>0,05$). Неблагоприятный детский опыт (ACE) выражен существенно, так средний ACE = 4,30 ± 2,16, при этом у 63,6% выявлен клинически значимый уровень ACE ≥ 4. Общий ACE коррелировал с субъективной оценкой влияния детского опыта ($\rho = 0,50$; $p < 0,001$), что указывает на согласованность количественной и субъективной оценки.

Результаты

Клинические результаты

1. MADRS: в группе КПТ отмечено выраженное снижение с 28,80 ± 4,79 до 17,20 ± 7,19, $\Delta = -11,59 \pm 7,22$ ($p = 0,0001$). В контроле снижение меньше 26,55 ± 6,54 до 24,09 ± 6,39, $\Delta = -2,45 \pm 3,61$ ($p = 0,0011$). Межгрупповая разница по изменениям статистически значима, с крупным эффектом (Hedges $g = -1,52$).

2. HADS: КПТ превосходит контроль по изменениям тревоги, депрессии и суммарного балла после коррекции, например, ΔHADS-D –6,83 против –1,67 (pHolm = 0,001; $g = -1,67$), а доля пациентов с клиническим уровнем депрессии (≥ 11) снизилась с 91,4% до 37,1% в КПТ, тогда как в контроле с 90,9% до 61,5%.

Психологические результаты

1. Психосоциальный стресс по PSM 25: в КПТ снижение выраженное 128,4 ± 26,9 до 103,2 ± 32,6, $\Delta = -25,1 \pm 25,2$ ($p < 0,0001$), а межгрупповое сравнение по Δ было значимо ($p = 0,0005$), с крупным эффектом ($g = -0,88$).

2. Социальная ангедония (RSAS): в КПТ снижение составило с 19,59 ± 6,95 до 13,94 ± 5,32 ($p = 0,0071$), межгрупповое различие по Δ значимо ($p = 0,0054$), эффект крупный ($g = -0,85$).

3. Метакогниции (MCQ-30): в КПТ фиксируется клинически значимое снижение общей метакогнитивной дисфункции, особенно по «негативным убеждениям о неконтролируемости мыслей» и «потребности контролировать мысли», общий балл снижается с 69,15 ± 13,49 до 57,58 ± 10,82 (pHolm = 0,001; g = −1,43), тогда как в контроле выраженной динамики не наблюдалось.

4. Копинг (WCQ): КПТ ассоциирована со снижением дезадаптивного копинга «бегства-избегания» (Δ=-8,73, p=0,002) и ростом адаптивного — «положительной переоценки» (Δ=13,14, p=0,001), в группе контроля в свою очередь обнаруженно достоверное снижение копинга «принятие ответственности» (Δ=−9,33, p=0,028).

5. Саморегуляция (ССМП-2020): КПТ превосходит контроль по ключевым компонентам Δ (надежность +0,93 против +0,12, планирование +0,63 против −0,14, гибкость +0,49 против −0,21, общий уровень саморегуляции +0,49 против +0,01), эффекты крупные (pHolm = 0,0001; g = 0,89–1,02).

6. Качество жизни (SF-36): в КПТ улучшения более выражены по большинству доменов и межгрупповые различия значимы по 9 из 10 шкал, наиболее крупные эффекты по суммарным компонентам физического (PCS: Δ +17,4 против −2,6; pHolm < 0,0001; Hedges g = 1,33) и психологического (MCS: Δ +28,0 против +8,1; pHolm = 0,0001; g = 1,16) компонентом здоровья.

Биологические результаты

1. Индексы системного воспаления: из показателей SII, SIRI, NLR, MLR, PLR наиболее воспроизводимый эффект КПТ выявлен для NLR, который снижается сильнее в группе КПТ с 2,17 ± 0,83 до 1,94 ± 0,74, Δ = −0,23 ± 0,50 (p = 0,002) межгрупповое сравнение Δ (p = 0,014; g = −0,48). Для SII отмечена тенденция к снижению без устойчивого межгруппового различия, а MLR, PLR и SIRI значимых изменений, ассоциированных с КПТ, не демонстрируют.

2. Цитокины и CRP (подвыборка): CRP демонстрирует достоверную противовоспалительную динамику в КПТ, ΔCRP = −1,03 (с 2,55 до 1,52) против ΔCRP = +0,39 (с 2,35 до 2,73) в контроле (Mann–Whitney p = 0,00046; pHolm = 0,002; Hedges g = −0,93). Изменения IL-6, IL-10 и TNF-α носят направленный, но статистически недостоверный характер при текущем объеме выборки.

Корреляционный анализ продемонстрировал, что в группе КПТ клиническое улучшение сопровождается формированием согласованно-

го паттерна клинико-психологических взаимосвязей (Spearman $p<0,05$). Снижение выраженности депрессии было достоверно связано с редукцией общего уровня метакогнитивных дисфункций ($\rho=0,44$) и прежде всего негативные убеждения о неконтролируемое и опасности мыслей беспокойства (депрессии) (ΔMCQ NB; $\rho=0,32$), потребность в контроле мыслей депрессии, «вера в наказание» из-за отсутствия данного контроля ($\rho=0,46$), а также со снижением уровня психологического стресса (ΔPSM-25; $\rho=0,59$), уменьшением копинга «бегство–избегание» ($\rho=0,42$). Одновременно выявлена обратная связь между динамикой депрессии и улучшением психического компонента качества жизни (SF-36 ΔMCS; $\rho=-0,52$).

В общей выборке изменения метакогнитивных показателей (ΔMCQ NB, ΔMCQ Total, ΔMCQ-CC) отрицательно коррелировали с динамикой показателей SF-36, включая суммарный психический компонент здоровья ($\rho=-0,59$), что указывает на центральную роль метакогниций в структуре восстановления психического функционирования.

Уровень неблагоприятного детского опыта (ACE) не продемонстрировал устойчивых ассоциаций с динамикой депрессии в группе КПТ. В контрольной группе наблюдались лишь номинальные тренды, не сохранявшиеся после поправки на множественные сравнения.

Связи воспалительных маркеров с психологической динамикой носили ограниченный характер и выявлены отдельные ассоциации только в общей выборки ($p<0,05$), так ΔCRP с субъективной оценкой боли пациентами (SF-36 ΔBP) ($\rho = 0,34$), выраженностью метакогнитивных нарушений (ΔMCQ общий балл) ($\rho=0,31$) и копинга «бегство–избегание» (ΔWCQ) ($\rho = 0,33$), однако они не формировали устойчивой системы взаимосвязей. А провоспалительный цитокин ΔIL-6 ($\rho=-0,29$) отрицательно связан с оценкой уровня собственного физического функционирования больными.

В группе контроля без применения КПТ выявлена тенденция к положительной связи между ростом стратегии «бегство–избегание» и ростом провосполительного цитокина ΔIL-6 ($\rho = 0,47$, $p = 0,018$) и тенденция к положительной связи между ухудшением социальной ангедонии (ΔRSAS) и ростом TNF-α ($\rho = 0,496$) (pHolm = 0,076), однако после коррекции данная связь не достигала статистической значимости и рассматривается как предварительная.

Выводы

1. Клиническое улучшение в группе КПТ, по сравнению с контролем, сопряжено с системной перестройкой психологических механизмов, а именно, редукцией метакогнитивных нарушений, уменьшением социальной ангедонии, снижением психологического стресса и избегающего копинга, а также ростом навыков саморегуляции и психологического компонента качества жизни.

2. Межуровневая адаптивная интеграция изменений выражена преимущественно в группе КПТ, так динамика депрессии коррелирует с изменениями метакогниций, стресса и качества жизни, формируя целостный терапевтический паттерн. В контрольной группе подобной согласованной структуры связей не выявлено.

3. Среди биологических показателей наиболее устойчивый эффект КПТ связан со снижением уровня CRP и индекса воспаления NLR, что указывает на частичную нормализацию системного воспаления.

4. Биологические маркеры частично интегрированы в клинико-психологическую динамику, только в общей выборке, уровень CRP положительно связан с субъективной оценкой уровня боли больными, метакогнитивными нарушениями и дезадаптивной копинг-стратегией.

5. Повышение провоспалительного IL-6 ассоциировано с ростом копинга «бегство/избегание», а увеличение социальной ангедонии с ростом TNF-α. После коррекции на множественные сравнения данные ассоциации статистической значимости не сохраняли и носят предварительный характер, однако полученные результаты могут указывать на потенциальную сопряжённость дезадаптивных психологических реакций и провоспалительной активности при отсутствии психотерапевтического вмешательства, что требуют подтверждения в более крупных выборках.

6. КПТ способствует формированию более адаптивного профиля функционирования, в котором клинические, психологические и отдельные биологические изменения интегрированы в единую систему адаптации, тогда как в контрольной группе подобная адаптационная динамика выражена слабее.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cuijpers P., Miguel C., Harrer M., Plessen C. Y., Ciharova M., Ebert D., Karyotaki E. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients // World Psychiatry. — 2023. — Vol. 22, № 1. — P. 105–115.

2. Karyotaki E., Efthimiou O., Miguel C. et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis // JAMA Psychiatry. — 2021. — Vol. 78, № 4. — P. 361–371.

3. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Электронный ресурс]. — 2025. — URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression (дата обращения: 23.02.2026).

4. Yin Y., Ju T., Zeng D., Duan F., Zhu Y., Liu J., Li Y., Lu W. "Inflamed" depression: A review of the interactions between depression and inflammation and current anti-inflammatory strategies for depression // Pharmacological Research. — 2024. — Vol. 207. — Art. 107322.

5. Miller A. H. Advancing an Inflammatory Subtype of Major Depression // American Journal of Psychiatry. — 2025. — Vol. 182, № 6. — P. 516–524.

6. Su M., Ouyang X., Song Y. Neutrophil to lymphocyte ratio, platelet to lymphocyte ratio, and monocyte to lymphocyte ratio in depression: A meta-analysis // Journal of Affective Disorders. — 2022. — Vol. 308. — P. 375–383.

7. Ninla-Aesong P., Kietdumrongwong P., Neupane S. P., Puangsri P., Jongkrijak H., Chotipong P., Kaewpijit P. Relative value of novel systemic immune-inflammatory indices and classical hematological parameters in predicting depression, suicide attempts and treatment response // Scientific Reports. — 2024. — Vol. 14. — Art. 19018.

8. Cao B., Li R., Ding L., Xu J., Ma H., Liu J., Xue J. Does cognitive behaviour therapy affect peripheral inflammation of depression? A protocol for the systematic review and meta-analysis // BMJ Open. — 2021. — Vol. 11, № 12. — e048162.

9. Ma H., Xu J., Li R., McIntyre R. S., Teopiz K. M., Cao B., Yang F. The Impact of Cognitive Behavioral Therapy on Peripheral Interleukin-6 Levels in Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis // Frontiers in Psychiatry. — 2022. — Vol. 13. — Art. 844176.

10. Pukstad E., Halvorsen J. O., Jensen M. R., Solhaug S., Nordahl H. Do metacognitive beliefs satisfy criteria as mechanisms of change in treatment? A systematic review and evidence synthesis // Clinical Psychology Review. — 2025. — Vol. 122. — Art. 102654.

Моисеева Эльвира Ильдусовна
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОДИНОЧЕСТВА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ, МИШЕНИ И СТРАТЕГИИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Аннотация. Статья представляет собой обзор теоретических основ и практических стратегий когнитивно-поведенческой терапии в работе с чувством одиночества. Проведён анализ одиночества как субъективного переживания, коренящееся в дисфункциональных убеждениях, когнитивных искажениях, дезадаптивных поведенческих паттернах и особенностях построения отношений. В работе описана циклическая модель поддержания состояния, где ключевую роль играют негативные убеждения о себе, других и отношениях, ведущие к избеганию социальных контактов. Определены терапевтические мишени на эмоциональном, когнитивном, поведенческом и межличностном уровнях, а также особенности терапевтических отношений.

Ключевые слова: *одиночество, депрессия, КПТ, когнитивные искажения, эмоциональные схемы, поведенческие стратегии, социальные связи, терапия одиночества.*

Актуальность

В современном обществе, характеризующемся высокой мобильностью и доминированием онлайн-коммуникаций, переживание одиночества становится всё более распространённой и значимой проблемой.

Данные исследований разных стран указывают на масштабность проблемы: результаты, полученные ещё в конце 1970-х годов, свидетельствуют, что более половины людей испытывают чувство одиночества иногда или часто [2, с. 17–20], что указывает на давний и устойчивый характер явления. В России, по данным мониторинга НИУ ВШЭ (2018), одиночество испытывает 43% взрослого населения, причём для 12,2% это состояние является хроническим. Исследование 2021 года показывает, что не более 1–2% людей не испытывают чувства одиночества, тогда как у 74% зафиксированы высокие показатели склонности к данному состоянию [5].

Наблюдения Д. Бернса, обобщённые в его работе [2, с. 17–20], согласуются с этими выводами: большинство людей сталкиваются с одиночеством. Также он отмечает, что люди с высшим образованием чувствуют себя одинокими реже, а вот брак от чувства одиночества не защищает.

Это подчёркивает глубоко субъективную природу данного переживания, выходящую за рамки объективного социального статуса.

Актуальность проблемы обусловлена не только её высокой распространённостью, но и серьёзными негативными последствиями для психического и физического здоровья. Мета-обзоры позволяют увидеть связь хронического одиночества с развитием и усугублением депрессивных и тревожных расстройств, повышением суицидального риска, а также снижением когнитивных функций [9]. Формируется порочный круг, в котором одиночество провоцирует депрессию, а депрессивная симптоматика, в свою очередь, ведёт к социальной изоляции и усилению чувства одиночества. Кроме того, на соматическом уровне хроническое одиночество ассоциируется с повышением уровня стресса, артериального давления, риском сердечно-сосудистых заболеваний, нарушением работы иммунной системы и сокращением продолжительности жизни [11, 12].

Кратковременное чувство одиночества, выполняющее сигнальную функцию для восстановления социальных связей [10, с. 11–40] при хронификации, становится дезадаптивным состоянием. Современный человек зачастую оказывается в парадоксальной ситуации: будучи формально включённым в цифровые социальные сети, он испытывает глубокий дефицит качественных, эмоционально насыщенных отношений. Это делает одиночество не просто проходящим эмоциональным состоянием, а сложным психологическим конструктом, поддерживаемым комплексом когнитивных искажений, дисфункциональных убеждений о себе и других, дезадаптивных поведенческих стратегий и неэффективных моделей построения отношений.

Таким образом, систематизация теоретических основ и практических методов КПТ применительно к феномену одиночества является своевременной и востребованной задачей, направленной на повышение качества психологической помощи и улучшение благополучия клиентов.

Теоретические основы понимания одиночества в КПТ и когнитивная модель одиночества

В рамках КПТ ключевым является разграничение между объективной социальной изоляцией и субъективным переживанием одиночества, причём терапевтический фокус смещён в сторону последнего.

— Субъективное переживание как ядро проблемы. Классическое определение Перлман и Пепло [6, 152–168] задаёт этот вектор, описывая одиночество как субъективное, дискомфортное психологическое состояние, возникающее при воспринимаемом несоответствии между

желаемыми и реальными социальными отношениями. Это подчёркивает, что переживание зависит не от количества контактов, а от их качества и внутренних стандартов человека.

— Роль когнитивных искажений. Аарон Бек, основатель когнитивной терапии, прямо связывает одиночество с системой негативных автоматических мыслей и убеждений. Он отмечал: «Если человек ошибочно считает себя изгоем, он будет испытывать чувство одиночества» [1, с. 188–191]. Таким образом, в КПТ одиночество часто является следствием таких когнитивных искажений, как «чтение мыслей» («они считают меня скучным»), катастрофизацией («я всегда буду одинок»), персонализацией («это потому, что я неисправимо плох») и эмоционального обоснования («я чувствую себя ненужным, значит, я таким и являюсь»).

— Дефицит социальных связей и схемы. Джеффри Янг в своей теории ранних дезадаптивных схем определяет одиночество как результат активации таких схем, как «Эмоциональная депривация» (убеждение, что другие никогда не удовлетворят потребность в поддержке и заботе) и «Социальная изоляция/отчуждённость» (убеждение в своей инаковости, непринадлежности ни к одной группе) [8, 244–246, 251–252]. С этой точки зрения, одиночество — это не просто отсутствие связей, а глубокое, усвоенное в раннем опыте убеждение в своей обречённости на неудовлетворяющие отношения. С этой точки зрения, одиночество представляет собой не ситуативный ответ, а глубинное убеждение в своей обречённости на неудовлетворительные отношения.

— Важный вклад в понимание когнитивной составляющей вносят исследователи социальной психологии. Так, Энн Пепло и её соавторы особо подчеркивают роль низкой самооценки как ключевого когнитивного фактора, предрасполагающего к формированию и хронификации чувства одиночества [6, с. 152–168]. Негативная глобальная оценка себя создаёт фильтр, через который социальные взаимодействия воспринимаются как подтверждение собственной неполноценности и непринятия окружающими.

Одиночество как норма и как дисфункция

Эволюционная роль (адаптивная функция). С позиции эволюционной психологии, о чём писал Джон Качиоппо, одиночество — это сигнальная эмоция, аналог физической боли. Её функция — мотивировать человека к восстановлению социальных связей, жизненно необходимых для выживания и благополучия. В этом смысле кратковременное пере-

живание одиночества является нормативной и здоровой реакцией [10, с. 11–40].

Переход в патологическую форму. Одиночество становится мишенью для терапии, когда оно приобретает чрезмерный характер. Критериями дисфункциональности являются:

1) продолжительность: устойчивое состояние, длящееся недели и месяцы;

2) интенсивность: глубокие переживания ненужности, экзистенциальной тоски («дыра внутри», «один на всём белом свете», «нет смысла существовать»);

3) дисфункциональное влияние: одиночество не выполняет сигнальную функцию, а парализует, приводя к избеганию социальных контактов, что лишь усугубляет проблему.

В КПТ понимание одиночества часто связано с анализом его коморбидности с другими психическими расстройствами, что требует комплексного терапевтического подхода. Рассмотрим ощущение одиночества в связи с некоторыми расстройствами.

— Депрессия и тревога. Одиночество провоцирует депрессивную симптоматику (сниженное настроение, ангедонию, чувство безнадёжности), которая, в свою очередь, приводит к социальной изоляции и усилению одиночества. Аналогичная связь наблюдается с социальной тревожностью, где страх негативной оценки блокирует установление контактов [9].

— Суицидальные риски. Хроническое одиночество является одним из ключевых факторов суицидального поведения, выступая как маркер психологической боли и ощущения отсутствия принадлежности к миру [13, с. 37–48, 66–72].

— Влияние на когнитивные функции. Исследования показывают, что длительное одиночество связано с снижением когнитивной гибкости, ухудшением исполнительных функций и ускоренным когнитивным снижением, что может быть связано как с хроническим стрессом, так и с отсутствием когнитивной стимуляции в общении [9].

— Физическое здоровье. Мета-аналитические данные подтверждают, что хроническое одиночество и социальная изоляция по степени влияния на смертность сопоставимы с курением и ожирением. Это связано с комплексом факторов: хронический стресс, повышение артериального давления, нарушение иммунного ответа и несоблюдение здорового образа жизни [11].

Таким образом, теоретическая модель одиночества в КПТ представляет его как многомерный конструкт, корни которого лежат в дис-

функциональных убеждениях, а последствия затрагивают все уровни функционирования человека — от эмоционального и поведенческого до когнитивного и соматического. Это обосновывает необходимость комплексного терапевтического вмешательства.

Рассмотрим проблему через взаимовлияние четырёх ключевых уровней функционирования: эмоционального, когнитивного, поведенческого и межличностного.

1. Эмоциональный уровень представляет собой субъективное ядро переживания. Для клиента оно часто описывается как мучительное чувство внутренней пустоты, тоски, ненужности и экзистенциальной оторванности от других. Эта эмоциональная боль выступает первичным мотиватором для запуска как адаптивных, так и дезадаптивных стратегий совладения.

2. Когнитивный уровень является системообразующим элементом модели, так как именно здесь формируются и активируются дисфункциональные убеждения, придающие переживанию одиночества стойкий и всепроникающий характер.

— О себе: «Я непривлекателен/неинтересен», «Я дефективный/никчемный», «Я беспомощен и не могу быть один».

— О других и мире: «Людям нельзя доверять», «Все заняты своими делами и им не до меня», «В мире нет места для таких, как я».

— Об отношениях и будущем: «Близкие отношения всегда заканчиваются болью», «Меня никогда не полюбят по-настоящему», «Я обречён на одиночество».

Эти убеждения фильтруют социальный опыт через призму негативных когнитивных искажений (сверхобобщение, персонализация, катастрофизация, «чтение мыслей»), что приводит к систематической ошибке в интерпретации нейтральных или даже позитивных социальных сигналов.

3. Поведенческий уровень является прямым следствием эмоционального дистресса и негативных убеждений. Для снижения болезненных переживаний человек неосознанно прибегает к стратегиям, которые в долгосрочной перспективе лишь усугубляют проблему:

— избегание и самоизоляция: отказ от социальных контактов, прекращение инициативы в общении, физическое уединение.

— гиперкомпенсация и опасное поведение: навязчивая активность в социальных сетях без глубины контакта, трудоголизм, погружение в виртуальные миры, сериалы или книги, употребление психоактивных

веществ, вступление в поверхностные или нездоровые связи для временного заполнения пустоты.

4. Межличностный уровень отражает паттерны взаимодействия, которые объективно препятствуют установлению и поддержанию близких, удовлетворительных отношений. К ним относятся:

— функциональное отношение к людям (восприятие их как источника ресурса или решения своих проблем);

— неадекватные требования и завышенные стандарты к партнёрам и друзьям;

— нарушения в коммуникации: неумение выражать потребности, делиться чувствами, слушать, разрешать конфликты;

— склонность к триангуляциям или соперничеству в отношениях.

Порочный круг одиночества можно представить как последовательность взаимоподкрепляющих этапов:

1. Стартовый триггер (например, отказ на приглашение, тишина в чате, вечер в одиночестве) активирует дисфункциональные убеждения («Меня не ценят», «Я никому не нужен»).

2. Активация убеждений порождает интенсивные негативные эмоции (грусть, стыд, тревогу, пустоту).

3. Чтобы справиться с этими невыносимыми эмоциями, человек запускает дезадаптивные поведенческие стратегии: избегание новых контактов (чтобы не испытывать новой боли) или гиперкомпенсацию (суррогатное заполнение пустоты).

4. Это поведение закономерно приводит к ухудшению или отсутствию развития реальных социальных связей, что создаёт объективный дефицит близких отношений и социальной поддержки.

5. Этот дефицит воспринимается через призму уже существующих негативных убеждений и служит новым, «подтверждающим» доказательством их правоты («Вот видишь, ты действительно одинок»), замыкая круг и усиливая исходные убеждения.

Таким образом, изначально ситуативное переживание одиночества, будучи «пропущенным» через фильтр негативных когниций и неэффективных поведенческих реакций, превращается в хроническое, устойчивое состояние. Понимание этой цикличности является основой для терапевтического вмешательства: разрыв цепи на любом из уровней (когнитивном, поведенческом, эмоциональном, межличностном) позволяет помочь клиенту выйти из «замкнутого круга» и создать условия для формирования нового, более позитивного опыта.

Мишени терапевтического вмешательства

Эмоциональные мишени. Первостепенной задачей является изменение отношения клиента к собственному эмоциональному опыту и повышение толерантности к чувству одиночества.

1. Повышение осознанности и принятия эмоций. Вместо привычного избегания или подавления болезненных чувств терапевт предлагает исследовать эмоциональное состояние: через телесные ощущения, возникающие образы и ассоциации, историю возникновения этого состояния [7, с. 145–157].

2. Работа с эмоциональными схемами. Цель — реструктурировать ригидные, дисфункциональные правила реагирования на одиночество (например, «Я этого не вынесу», «Это никогда не кончится»). Их замещают на адаптивные («Это неприятно, но переносимо», «Эмоции временны, я могу им доверять») [3, с. 203–246].

3. Развитие толерантности к одиночеству. Через психообразование и поведенческие эксперименты клиент обнаруживает, что состояние уединения может не только быть выносимым, но и содержать в себе ресурсы (возможность для рефлексии, отдыха, творчества). Формируется способность оставаться наедине с собой без паники и осуждения [2, с. 44–56].

Когнитивные мишени. Ключевая работа ведётся с содержанием и процессом мышления, поддерживающим одиночество.

1. Идентификация и реструктурирование дисфункциональных убеждений, активация которых вызывает, поддерживает и усугубляет чувство одиночества [1, с. 176–195].

2. Формирование функциональных убеждений о самодостаточности. Акцент смещается с поиска «костыля» в другом человеке на развитие внутренней опоры. Закрепляются убеждения типа: «Я могу быть один и получать удовольствие от жизни», «Мои ресурсы находятся во мне» [2, с. 41–56].

3. Выявление, исследование и реструктуризация конфликтогенных убеждений (например, «Я не могу быть один, мне обязательно нужен кто-то рядом», вместе с «Я должен избегать близких отношений»).

4. Образ себя. Через исследование качеств, сильных сторон и достижений формируется более объёмный и доброжелательный образ «Я». Работа направлена на снижение глобального негативного ярлыка «одинокий человек» и замену его на сложную, многогранную идентичность.

5. Самооценка и самоотношение. Формируем доброе, позитивное отношения к себе, положительные эмоции, симпатию и желания строить

отношения с собой (Хотел бы я дружить с таким человеком, как я? Какие качества я ценю в себе? Что мне стоит развивать, над чем работать? Что мне нравится в себе? За что я себя уважаю?) [2, с. 57–62].

Поведенческие мишени. Изменение поведения — необходимое условие для получения нового, корректирующего опыта.

1. Преодоление избегания социальных ситуаций. С помощью экспозиций клиент постепенно и дозированно возвращается в пугающие социальные контексты (от простого выхода в людное место до инициации разговора и построения отношений).

2. Развитие социальных навыков. Дефицитарные навыки (ведение диалога, активное слушание, ассертивное выражение потребностей и отказов, разрешение конфликтов) целенаправленно отрабатываются в рамках сессии через ролевые игры и моделирование, а затем переносятся в реальную жизнь в качестве межсессионной работы [1, с. 103, 8, с. 190].

3. Отказ от дезадаптивных копинг-стратегий. Совместно анализируются краткосрочные выгоды и долгосрочные издержки таких стратегий, как уход в трудоголизм, руминации, использование алкоголя или поверхностных связей. Разрабатываются и апробируются более адаптивные альтернативы для регуляции эмоций [8, с. 173–202].

Межличностные мишени. Терапия направлена на изменение паттернов, которые систематически приводят к неудовлетворённости в отношениях.

1. Анализ стиля построения отношений. Исследуется, как клиент выбирает партнёров и друзей, какую роль в отношениях занимает сам и какой ролью наделяет других (соперничество, зависимость, функционализация другого), какие неосознаваемые правила и мифы им руководят.

2. Коррекция требований к другим людям. Прорабатываются жёсткие императивы («другие должны всегда понимать и поддерживать») и завышенные стандарты, которые делают любые реальные отношения обесцененными.

3. Развитие близости и взаимопонимания. Формируется способность к эмоциональной открытости, эмпатии, разделению переживаний и построению отношений на основе взаимности.

Также отдельно стоит выделить такую мишень терапии как фокус на реализации ценностей и устремлений, поиск и включение в жизнь занятий, сфер, где клиент может почувствовать связь с другими людьми. Также важно помочь клиенту перестать выстраивать свою жизнь вокруг одиночества, а делать акцент на выстраивании полноценной жизни, наполняя все значимые сферы [4, с. 27–73].

Особенности терапевтических отношений в работе с одиночеством

Терапевтический альянс в данном случае приобретает особое значение, являясь не только условием, но и инструментом терапии, местом для нового опыта общения.

1. Эмпатия и валидация. Терапевт последовательно демонстрирует понимание и принятие боли от одиночества, избегая обесценивающих или поспешно-оптимистичных комментариев. Это создаёт безопасную среду, в которой можно говорить о стыдных и болезненных переживаниях.

2. Формирование исследовательской позиции. Терапевт предлагает клиенту совместное любопытство: «Давайте посмотрим, как именно работает ваше одиночество. Что его запускает и поддерживает?». Это переводит клиента из пассивной позиции страдальца в активную позицию исследователя своей психики.

3. Использование терапевтических отношений как модели. Сам процесс взаимодействия «клиент-терапевт» становится площадкой для отработки навыков: клиент учится напрямую говорить о своих потребностях, находиться в контакте, переносить паузы, выражать несогласие, получать и давать обратную связь в безопасных, но реальных условиях.

4. Предотвращение компенсаторного поведения в терапии. Терапевт внимательно отслеживает и аккуратно прорабатывает проявления привычных дисфункциональных копинг-стратегий прямо на сессии: желание понравиться, излишнюю подстройку, вызывание жалости, избегание болезненных тем. Это позволяет работать с проблемой «здесь-и-сейчас».

Представленная в статье модель и стратегия работы позволяют утверждать, что когнитивно-поведенческая терапия предлагает научно-обоснованный и структурированный подход к коррекции хронического чувства одиночества. Его сильные стороны заключаются в чёткости теоретической модели, которая обеспечивает терапевту понятную «дорожную карту» для анализа случая и планирования вмешательств. Интеграция работы на эмоциональном, когнитивном, поведенческом и межличностном уровнях, позволяет воздействовать на проблему системно, а не симптоматически.

Однако есть и определённые ограничения. Успешность терапии в значительной степени зависит от когнитивных способностей и мотивации клиента к самоисследованию и выполнению заданий между сессиями. КПТ может оказаться менее эффективной для клиентов с выраженными нарушениями привязанности или тяжёлым ранним опытом эмоциональ-

ной депривации. В связи с этим интеграция с другими подходами, такими как схема-терапия Дж. Янга для работы с ранними дезадаптивными схемами и терапия принятия и ответственности (ACT) для развития большей психологической гибкости и принятия болезненных эмоций и усиления связи с личными ценностями и устремлениями клиента.

Перспективы развития данной темы связаны с описанием интегративных методов и техник для работы с каждой из описанных терапевтических мишеней, а также с разработкой групповых протоколов и внедрением группового формата работы. Групповая динамика может создавать корректирующий эмоциональный опыт и предоставляет уникальную возможность для тренировки социальных навыков в реальном времени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек А., Раш. А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии: Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003.

2. Бернс Д. Терапия одиночества: как научиться общаться, дружить и любить: Пер. с англ. — М.: Альпина Паблишер, 2023.

3. Лихи Р. Терапия эмоциональных схем: Пер.с англ. — Спб.: Питер, 2020.

4. Лежен Д., Луома Д.Б. Ценности в терапии. Практическое руководство для терапевта: как помочь клиенту исследовать ценности, повысить психологическую гибкость и жить более осмысленной жизнью: Пер. с англ. — СПб.: Диалектика, 2021.

5. Малашенко Е.Е., Азарова Е.С., Петрова И.М. Психология одиночества (обзор данных) // Смоленский медицинский альманах. — 2021. — № 4. — С. 200–203.

6. Перлман Д., Пепло Л.Э. Лабиринты одиночества: Пер.с англ. — М.: Прогресс, 1989.

7. Тухиг М.П., Левин М.Э., Онг К.У. Терапия принятия и ответственности. Пошаговое руководство: Пер.с англ. — Киев: Диалектика, 2002.

8. Янг Дж., Клоско Д., Вайсхаар М. Схема-теарпия. Практическое руководство: Пер.с англ. — СПб.: Диалектика, 2020.

9. Cacioppo J.T., Hawkley L.C. Perceived Social Isolation and Cognition // Trends in Cognitive Sciences. — 2009. — Vol. 13. — № 10. — P. 447–454.

10. Cacioppo J.T., Patrick W. Loneliness: Human nature and the need for social connection: W. W. Norton & Company, 2008.

11. Holt-Lunstad J., Smith T.B., Baker M., Harris T., Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review // Perspectives on Psychological Science. — 2015. — Vol. 10. — № 2. — P. 227–237.

12. Holt-Lunstad J. The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors // Public Policy & Aging Report. — 2017. — Vol. 27. — № 4. — P. 127–130.

13. Joiner T.E. Why People Die by Suicide. — Cambridge: Harvard University Press, 2005.

Муртазин Альберт Инзирович
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Тимченко Дарья Дмитриевна
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ В СТРУКТУРЕ ДИАГНОСТИКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ

Аннотация. Статья посвящена теоретическому и прикладному обоснованию оценки пищевого поведения в структуре диагностики удовлетворения потребностей в рамках когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности (КПТОП). Рассматривается двунаправленная взаимосвязь между паттернами питания и психоэмоциональным состоянием с опорой на нейробиологические, нейроэндокринные и микробиомные механизмы. Анализируются факторы риска и протективные факторы питания применительно к психическому здоровью, включая роль хаотичного режима приёма пищи, ультрапереработанных продуктов, дисбаланса макронутриентов, а также оси «кишечник–мозг» в формировании и поддержании психических расстройств. Описана клиническая технология двухэтапной оценки потребности в питании — субъективной и объективной — в контексте биопсихосоциальной модели. Показано, что дисфункциональные паттерны питания нередко выступают дезадаптивными стратегиями удовлетворения фрустрированных биологических, психологических и социальных потребностей. Обосновывается необходимость интеграции нутриционной диагностики в общую концептуализацию случая в КПТ, а не изолированного рассмотрения пищевого поведения как самостоятельной мишени. Предложены научно обоснованные ориентиры для оценки состава и режима питания, применимые в клинической практике когнитивно-поведенческого терапевта.

Ключевые слова: *когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на потребности (КПТОП), оценка потребностей, питание, пищевое поведение, биопсихосоциальная модель.*

Введение

Питание является одним из ключевых экзогенных факторов поддержания физиологического и психологического гомеостаза. Частота и содержание приемов пищи могут напрямую модулировать нейробиологические субстраты, опосредующие психоэмоциональное состояние, что обусловливает важность диагностики паттернов питания в структуре оценки удовлетворения потребностей.

Влияние питания на психическое здоровье

По данным множества исследований, хаотичное, несбалансированное употребление пищи является одним из механизмов дестабилизации психики, за счет влияния на работу лимбической системы, префронтальной коры, а также гипоталамо-гипофизарной надпочечниковой оси. Например, нарушенный режим питания может привести к хронодисфункции, и как следствие — нарушению секреции таких гормонов, как мелатонин и кортизол, а также — изменению метаболических процессов, например, нестабильному уровню глюкозы, что будет негативно влиять на эмоциональный фон и качество сна (8). Например, в исследованиях продемонстрировано, что нерегулярное питание и поздние вечерние приемы пищи ассоциированы с более высоким стрессом, трудностями в регуляции настроения, а также нарушениями сна (11). Кроме того, состав питания, особенно избыточное содержание в рационе ультрапереработанных продуктов с высоким содержанием жира и сахара, также может являться фактором риска для ухудшения психического здоровья. Чрезмерное употребление такой пищи усиливает компульсивное поведение за счет активации дофаминергических путей вознаграждения и нарушения работы гормонов, регулирующих энергетический обмен, например, лептина. Результатом становится усиление тяги к еде и искажения пищевого поведения (8). Ультрапереработанные продукты также рассматриваются как одна из причин хронического системного воспалительного процесса, которое оказывает негативное влияние на доступность нейротрансмиттеров, что может приводить к ухудшению настроения (11). Клинические исследования продемонстрировали, что диета с избытком продуктов с высоким гликемическим индексом, таких как рафинированные углеводы, приводит к усилению депрессивных симптомов у здоровых людей (9).

Связь питания и психического здоровья — двунаправленная. С одной стороны, диета может влиять на психоэмоциональное состояние, с другой стороны, психические расстройства и стресс оказывают значимое негативное влияние на пищевое поведение. В частности, депрессивное расстройство может как усиливать аппетит, так и приводить к его потере. Однако оба сценария усугубляют психологическое состояние (13).

Как острый, так и хронический стресс способны негативно влиять на пищевое поведение, вследствие изменений в регуляции гормонов, управляющих реакциями голода и насыщения. Острый стресс за счет активации симпатической нервной системы и высвобождения норадреналина, подавляющего аппетит, приводит к снижению потребления

пищи. Хронический стресс, напротив, приводит к интенсификации аппетита, так как вырабатываемые надпочечниками глюкокортикоиды приводят к усилению тяги к высококалорийной пище (6). Кроме того, известно, что стресс снижает контроль и способность к произвольной обработке информации и поведению, активизируя наиболее закрепленные и простые формы реагирования.

Таким образом, пищевое поведение и психоэмоциональное состояние могут оказывать значимое взаимовлияние и, в случае психических расстройств, взаимодействовать по механизму порочного круга, усиливая дезадаптацию.



Рис.1. Влияние стресса и удовлетворения потребностей на питание

Отдельного внимания заслуживает роль оси «кишечник–мозг» (gut-brain axis) — двунаправленной коммуникационной системы, связывающей желудочно-кишечный тракт и центральную нервную систему посредством нейронных, эндокринных и иммунных механизмов. Ключевым звеном этой системы является кишечная микробиота, состав которой в значительной мере определяется характером питания. Около

90–95% серотонина организма синтезируется в кишечнике при непосредственном участии микробиоты, а его предшественником служит триптофан — незаменимая аминокислота, поступающая с пищей. Дисбаланс кишечной микрофлоры, обусловленный в том числе избыточным потреблением ультрапереработанных продуктов и дефицитом пищевых волокон, нарушает метаболизм триптофана, снижает доступность серотонина для центральной нервной системы и ассоциируется с повышенным риском депрессивной и тревожной симптоматики (16).

Питание может выступать не только как фактор риска, для психического здоровья, но и выполнять протективную функцию. В ряде исследований продемонстрировано, что регулярное, сбалансированное питание, коррелирует с лучшей эмоциональной регуляцией, а также более низкими показателями стресса и тревоги, что, вероятно, связано со стабилизацией уровней кортизола и глюкозы вследствие синхронизации гормональных и метаболических циклов. Средиземноморская диета, увеличение процента овощей и фруктов в рационе, наряду со снижением употребления продуктов глубокой переработки также коррелируют со снижением риска развития депрессивной симптоматики (11).

Можно сделать вывод, что пищевые привычки играют важную роль в поддержании психического здоровья, что обусловливает значимость коррекции пищевого поведения в рамках комплексной терапии психических расстройств.

Оценка потребности в питании

В рамках подхода КПТОП питание является частью биологических потребностей и оценивается наряду с другими потребностями.

Важно отметить, что взгляд на оценку питания в связи с другими потребностями является крайне актуальным, так как питание удовлетворяет не только биологические, но также психологические и социальные потребности (1,2).

Оценка удовлетворенности потребности в питании является частью общей диагностики потребностей, что дает клиенту и терапевту возможность комплексно оценить роль и функцию питания в системе удовлетворения потребностей разных доменов (1).

Клиенты далеко не всегда предъявляют жалобы на пищевое поведение на этапе формулирования целей терапии, однако сама оценка потребности в питании может являться основой для формулирования проблем, которые не были озвучены в начале диагностической сессии.

Этапы оценки удовлетворенности потребности в питании можно условно разделить на субъективный и объективный.

На первом этапе клиент субъективно оценивает уровень удовлетворенности в питании по 10-бальной шкале, дополнительно уточняя, какие конкретно аспекты пищевого поведения являются для него маркерами неблагополучия.

Если речь не идет о расстройстве пищевого поведения, то, как правило, клиенты предъявляют жалобы на искаженный паттерн питания: нерегулярное или хаотичное употребление пищи, избыток в рационе различных групп продуктов, субъективное переживание, что питание не соответствует «здоровой модели», приступы переедания. На данном этапе важно в сотрудничестве с клиентом согласовать включение проблемы с питанием в общий список проблем и вернуться к более тщательной оценке пищевого поведения позже, после прояснения общей картины удовлетворения потребностей в рамках био-психо-социальной модели.

Именно такая последовательность дает возможность увидеть причинно-следственные связи между текущими дисфункциональными паттернами удовлетворения потребностей разных доменов и функцией питания в этой системе.

Искаженный паттерн питания может быть дезадаптивным способом удовлетворения уровня биологических потребностей, например, в отдыхе. Когда еда становится механизмом борьбы со скукой, переключением внимания, или способом самостимуляции, если потребность в отдыхе значимо фрустрирована. Фрустрированная потребность в безопасности может закреплять использование ультрапереработанных продуктов для ситуативного снижения тревоги.

Неудовлетворенность питанием может быть результатом фрустрации социальных потребностей, например, в близости, принятии или признании, что в итоге приводит к хроническому стрессу или одиночеству. В этом случае еда приобретает буферную функцию совладания со сложными эмоциональными состояниями.

Нарушения в удовлетворении психологических потребностей, таких как, например, потребность в познании, в принятии себя, или в компетентности, также могут быть ассоциированы с проблемами пищевого поведения через механизмы, опосредующие стрессовую реакцию. Когда невозможность присвоить результаты собственной деятельности или непонимание собственного пути вследствие активации системы убеждений, приводит к гиперкомпенсаторному или избегающему поведению.

Итогом может стать истощение ресурсов и попытка их восполнить посредством дисфункционального пищевого поведения.

Таким образом, оценка функции и роли питания в системе удовлетворения потребностей имеет ключевое значение при планировании терапии (1). Очевидно, что изолированная работа с пищевым поведением не решает проблемы, лежащие в основе его нарушения. Именно поэтому в процессе диагностики биопсихосоциальных потребностей важно уточнять у клиента, видит ли он взаимосвязь между неудовлетворенными потребностями на разных уровнях, и как он интерпретирует эту связь (2). Подобные вопросы с использованием «направляемого открытия» позволяют увидеть целостную картину и совместно с клиентом спланировать пошаговый план терапии, основанный на выводах самого клиента. Данный подход помогает уже на начальных этапах укрепить внутреннюю мотивацию клиента за счет удовлетворения потребности в познании.

Этап объективной оценки питания следует после общей диагностики потребностей. На данной стадии важно детально проанализировать текущий паттерн питания клиента: частоту и состав приемов пищи.

Для оценки можно попросить клиента описать приемы пищи за предшествующий день, если он соответствует типичной картине. Важно уточнить, отличается ли пищевое поведение клиента в выходные и, при необходимости, попросить описать релевантный пример.

В описании важно обратить внимание на время приема пищи и промежутки между основными трапезами. Употребление пищи менее трех раз в день и слишком большие интервалы между едой будут значимыми факторами уязвимости для приступов переедания и снижения контроля за качеством питания (5).

При оценке состава питания важно обратить внимание на соотношение белков, жиров и углеводов в рационе. Дефицит сложных углеводов, таких как, например, цельнозерновые крупы может быть ассоциирован, с приступами голода, неспособностью выдерживать промежутки между приемами пищи, нестабильным уровнем энергии в течение дня (15). Кроме того, недостаток сложных углеводов может приводить к избытку простых углеводов в рационе, усиливать тягу к рафинированным продуктам (5).

Употребление добавленного сахара не должно превышать 10% от суточной калорийности рациона. Однако при наличии расстройства пищевого поведения в активной форме или в анамнезе, объем сладкого может быть увеличен до 500 Ккал в сутки, что является протективной мерой защиты от приступов переедания (5). Для здоровых людей некоторые

современные диетологические рекомендации предлагают ограничивать добавленный сахар в 10 г за прием пищи, полностью исключая его для детей до 4 лет (3).

Дефицит белка также связан со снижением уровня насыщения, кроме того, белок является источником незаменимых аминокислот, участвующих в регуляции и поддержании настроения (10). Крупные долгосрочные исследования показывают, что диеты, богатые красным мясом, особенно переработанным (колбасы, бекон), ассоциируются с большим риском сердечно-сосудистых болезней и диабета. Так, метаанализ 2023 года, включивший в себя исследования 4,4 млн человек установил, что каждые 100 г красного мяса в день повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний на ~11%, а каждые 50 г колбас — на 26% (14). Полноценный рацион обязательно должен включать жиры, однако их поступление с пищей не должно превышать 30% от общего калоража, предпочтительнее за счет ненасыщенных растительных масел (4).

Овощи и фрукты являются ключевыми источником витаминов, пищевых волокон и природных антиоксидантов. Они играют критически важную роль в предотвращении заболеваний, вызванных окислительным стрессом. По нормам ВОЗ ежедневно необходимо употреблять минимум 400 граммов фруктов и овощей, что соответствует 4–5 порциям. Увеличение объема до 7–8 порций коррелирует со снижением риска развития тревожных и депрессивных расстройств (12).

Условно здоровым людям рекомендовано принимать пищу 3–4 раза в день, с промежутками в 4–5 часов. Это 3 основных приема пищи и один перекус. Оптимальным распределением суточной калорийности считается 30–4 0% на завтрак, 40–4 5% на обед, и около 15–2 0% на ужин. Между основными приемами пищи можно есть фрукты, однако при наличии тенденции к перееданию — могут быть включены более «плотные перекусы» (4).

В качестве визуального эталона для оценки и формирования состава, а также объема отдельного приема пищи можно ориентироваться на модель «Гарвардской тарелки» — в которой половину занимают овощи и фрукты, а оставшиеся 50% разделяются поровну на цельные и неочищенные зерновые и белки. Диаметр тарелки для женщины ограничивается 24 см, для мужчины — 28 см (7).

Важно отметить, что, оценивая потребность в питании и в последующем планируя его изменения, мы предлагаем клиенту лишь общие научно-обоснованные рекомендации, ориентируя его при необходимости и наличии сопутствующих соматических заболеваний обратиться к профильным специалистам, например, врачу-терапевту или диетологу (4).

Необходимым этапом анализа является также оценка дисфункции питания: приступов переедания, или тех аспектов употребления пищи, которые вызывают у клиента субъективный дискомфорт. В данном случае исследуются как содержательные аспекты дисфункции, например, типичное время, триггеры и содержание приступа переедания, так и те потребности, которые удовлетворяются за счет искаженного паттерна питания. Одновременно выявляются неудовлетворенные потребности, которые создают предиспозицию для дисфункции, например, фрустрированные потребности в отдыхе или сне могут формировать уязвимость для злоупотребления простыми углеводами.

Заключение

Питание является важнейшей потребностью, оказывающей значимое влияние на физиологический и психологический гомеостаз. Научные данные убедительно свидетельствуют о двунаправленной взаимосвязи между характером питания и психоэмоциональным состоянием: нарушения питания и пищевого поведения могут как провоцировать, так и поддерживать психическую дисфункцию, образуя устойчивые порочные круги дезадаптации.

В рамках когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности (КПТОП), оценка питания как потребности рассматривается как неотъемлемый компонент комплексной диагностики удовлетворения целого ряда биологических, психологических и социальных потребностей. Подобный интегративный подход позволяет обнаружить скрытые причинно-следственные связи между фрустрацией потребностей разных доменов и дисфункциональными паттернами питания, которые клиент нередко не осознаёт и не предъявляет в качестве запроса на начальном этапе терапии.

Двухэтапная модель оценки — субъективная и объективная — позволяет укрепить терапевтический альянс, повысить внутреннюю мотивацию клиента и сформировать осознанный, персонализированный план терапевтических изменений. Включение углубленной оценки потребности в питании в структуру концептуализации случая повышает точность и глубину клинической диагностики, а также расширяет спектр терапевтических мишеней.

Таким образом, интеграция углубленной оценки питания в стандартный диагностический протокол КПТОП представляется клинически целесообразной практикой, способствующей более полному и устойчивому восстановлению психического здоровья клиента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковпак Д.В. Терапия, ориентированная на потребности [Текст] // IX Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии: сб. науч. ст. — СПб. : Лема, 2023. — 129 с. — С. 76–82.

2. Ковпак Д.В., Зрютин М.А., Муртазин А.И. Элементы технологии когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на потребности [Текст] // XI Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии CBT FORUM 2025 : сб. науч. ст. — СПб. : Международный институт развития когнитивно-поведенческой терапии, 2025. — 300 с. — С. 182–202.

3. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: МР 2.3.1.0253–2 1. — М., 2021. — 69 с.

4. Тутельян В.А., Никитюк Д.Б., Погожева А.В. Нутрициология: полное руководство для практикующих специалистов по питанию. — М.: Эксмо, 2025. — 432 с.

5. Херрин М., Ларкин М. Консультирование по вопросам питания при лечении расстройств пищевого поведения. — М.: Диалектика, 2022. — 462 с.

6. Ans A.H., Anjum I., Satija V., Inayat A., Asghar Z., Akram I., Shrestha B. Neurohormonal Regulation of Appetite and its Relationship with Stress: A Mini Literature Review // Cureus. — 2018. — Vol. 10, № 7. — P. e3032. — DOI: 10.7759/cureus.3032.

7. Capitán-Gutiérrez J. M., Moreno-Ortega A., Valero E., Urrialde R., Moreno-Rojas R. Nutritional Assessment of the Healthy Eating Plate as Graphic Tool from Food Dietary Guidelines // Foods. — 2025. — Vol. 14, № 19. — P. 3377. — DOI: 10.3390/foods14193377.

8. Cuaranta I. Chrononutrition interventions for mental health: addressing atypical depression, ultra-processed food use disorder, and circadian dysregulation // Frontiers in Psychiatry. — 2026. — Vol. 16. — P. 1603595. — DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1603595.

9. Firth J., Gangwisch J.E., Borisini A., Wootton R.E., Mayer E.A. Food and mood: how do diet and nutrition affect mental wellbeing? // BMJ. — 2020. — Vol. 369. — P. m2382. — DOI: 10.1136/bmj.m2382.

10. Tjakradidjaja F.A. [и др.] Chrononutrition and Mental Health: Exploring Links Between Eating Patterns, Circadian Rhythms, and Psychological Well-being // Global International Journal of Innovative Research. — 2024. — Vol. 2, № 10. — DOI: 10.59613/global.v2i10.352.

11. Luz C.S. da S., Fonseca A.E. T.P. da, Santos J.S., Araujo J.F., Duarte L.L., Moreno C. R. de C. Association of Meal Timing with Sleep Quality and Anxiety According to Chronotype: A Study of University Students // Clocks & Sleep. — 2024. — Vol. 6, № 1. — P. 156–169. — DOI: 10.3390/clockssleep6010011.

12. Mujcic R., Oswald A.J. Does eating fruit and vegetables also reduce the longitudinal risk of depression and anxiety? A commentary on 'Lettuce be happy' // Social Science & Medicine. — 2019. — Vol. 222. — P. 346–348. — DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.01.004.

13. Simmons W.K., Burrows K., Avery J.A., Kerr K. L., Bodurka J., Savage C.R., Drevets W.C. Depression-Related Increases and Decreases in Appetite: Dissociable Patterns of Aberrant Activity in Reward and Interoceptive Neurocircuitry // American Journal of Psychiatry. — 2016. — Vol. 173, № 4. — P. 418–428. — DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15020162.

14. Shi W., Huang X., Schooling C.M., Zhao J.V. Red meat consumption, cardiovascular diseases, and diabetes: a systematic review and meta-analysis // European Heart Journal. — 2023. — Vol. 44, № 28. — P. 2626–2635. — DOI: 10.1093/eurheartj/ehad336.

15. Waller G., Cordery H., Corstorphine E., Hinrichsen H., Lawson R., Mountford V., Russell K. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide. — Cambridge: Cambridge University Press, 2007. — ISBN 978–0–5 21–6 7248–1 .

16. Yano J.M., Yu K., Donaldson G.P., Shastri G.G., Ann P., Ma L. [и др.] Indigenous bacteria from the gut microbiota regulate host serotonin biosynthesis // Cell. — 2015. — Vol. 161, № 2. — P. 264–276. — DOI: 10.1016/j.cell.2015.02.047.

Проворова Анастасия Николаевна
Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова

ОСОБЕННОСТИ МЕТАКОГНИТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ТРЕВОЖНЫХ И ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Аннотация. Статья посвящена сравнительному анализу особенностей метакогнитивного опыта у лиц с различной выраженностью тревожных и обсессивно-фобических нарушений. Актуальность исследования обусловлена значимостью метакогнитивной регуляции как одного из ключевых механизмов поддержания эмоциональных расстройств и определения характера их течения. Целью работы стало выявление различий в метакогнитивных стратегиях, метакогнитивных убеждениях и типах рефлексии у респондентов с разной выраженностью тревожной и обсессивно-фобической симптоматики. Установлено, что выраженность тревожных и обсессивно-фобических нарушений сопровождается статистически значимым усилением негативных метакогнитивных убеждений, повышенной интроспекцией и квазирефлексией. Общими для обеих групп нарушений являются негативные убеждения о неконтролируемости и опасности беспокойства и преобладание интроспективной формы рефлексии. Обсессивно-фобические нарушения в большей степени связаны с метаубеждениями о необходимости контроля мыслей и более выраженной квазирефлексией, тогда как тревожные нарушения характеризуются более выраженными метаубеждениями о когнитивной несостоятельности. Группа с сочетанием тревоги и обсессивно-фобических нарушений продемонстрировала максимальные показатели метакогнитивной дисрегуляции.

Ключевые слова: *метакогнитивная регуляция, метакогнитивные убеждения, метакогнитивные стратегии, рефлексия, тревожные расстройства.*

Введение

Тревожные и обсессивно-фобические нарушения относятся к числу наиболее распространённых форм психической патологии и характеризуются выраженным субъективным дистрессом, склонностью к хроническому течению и существенному снижению качества жизни. Несмотря на общую тревожную аффективную основу, данные расстройства различаются по феноменологии симптомов, структуре когнитивных нарушений и способам реагирования на внутренние переживания.

У лиц с тревожными расстройствами нередко наблюдаются генерализованные формы беспокойства, направленные на широкий спектр потенциальных угроз, а также убеждения о функциональной значимости тревоги как средства подготовки к опасности [2]. В то же время

обсессивно-фобические нарушения характеризуется более узкой фокусировкой тревоги, связанной с конкретными объектами, ситуациями или внутренними стимулами, а также выраженными навязчивыми опасениями и избеганием или ритуализированным поведением [3]. Значимым оказывается не только содержание беспокоящей ситуации или потенциальной угрозы, но и способ регуляции и интрепретации потока мыслей о них — метакогнитивной регуляции.

Метакогнитивные убеждения о значимости, опасности и управляемости мыслей, а также используемые стратегии ментального контроля, играют ключевую роль в формировании и поддержании тревоги, избегания и повторяющихся защитных форм поведения [7]. В рамках современных психологических моделей психопатологии подчёркивается, что именно особенности метакогнитивной регуляции во многом определяют устойчивость симптомов и характер течения болезни [5, 8].

Изучение метакогнитивной регуляции у людей с тревожными и обсессивно-фобическими нарушениями имеет особое значение для понимания механизмов поддержания симптоматики. Дисфункциональные метакогнитивные убеждения могут способствовать усилению тревоги за счёт постоянного мониторинга внутреннего опыта, катастрофической интерпретации навязчивых мыслей и использования неэффективных стратегий контроля, таких как подавление мыслей, избегание или постоянные перепроверки. Эти процессы нарушают процесс системной рефлексии, заключающийся в свободном переключении между событиями внешнего и внутреннего мира, формируя либо сконцентрированность на личных переживаниях, либо уход в нерегулируемое фантазирование. В итоге формируется самоподдерживающийся цикл тревоги и фобических реакций, препятствующий получению обратной связи, сверки с ней и естественному снижению болезненных симптомов.

Помимо расширения теоретических знаний о формировании и отягощении тревожных и обсессивно-фобических нарушений важно отметить и практическую ценность, связанную с развитием психотерапевтических подходов, ориентированных на работу с метакогнитивными процессами [6]. Понимание того, какие именно аспекты метакогнитивной регуляции являются ведущими при тревожных и обсессивно-фобических нарушениях, позволит более точно определять терапевтические мишени, повышать эффективность интервенций и снижать риск рецидивов. При этом недостаточная дифференциация метакогнитивных механизмов может приводить к использованию универсальных стратегий, не в полной мере учитывающих специфику негативного психического состояния.

Предполагается, что при тревожных нарушениях ведущую роль могут играть убеждения о неконтролируемости тревоги и необходимости постоянного беспокойства, тогда как при обсессивно-фобических нарушениях более значимыми являются убеждения о неприемлемости навязчивых мыслей, их угрозе и необходимости немедленного реагирования на них посредством избегания или защитных действий.

В связи с этим **целью исследования** стало выявление и анализ особенностей метакогнитивного опыта у лиц с разной выраженностью проявлений тревожного и обсессивно-фобического нарушений.

Гипотезы:

1) респонденты с выраженностью тревожных и обсессивно-фобических нарушений более склонны к негативным убеждениям о регуляции своего мышления в сравнении с группой без признаков данных нарушений;

2) респонденты с выраженностью тревожных и обсессивно-фобических нарушений будут иметь различия выбора метакогнитивных стратегий;

3) респонденты без выраженности тревожных и обсессивно-фобических нарушений эффективнее регулируют процесс анализа событий внешнего и внутреннего мира и переключения между ними.

Выборка: 422 человека (338 женщин, 84 мужчин), выборка популяционная, состоит из совершеннолетних респондентов, которые добровольно согласились принять участие в исследовании.

Материалы и методы

В исследовании использовались следующие методики:

1. Опросник для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К. К., Менделевич Д. М.). Методика была разработана для изучения отклонений нервно–психического состояния людей, включает в себя следующие шкалы: «Шкала тревоги», «Шкала невротической депрессии», «Шкала астении», «Шкала конверсионного типа реагирования», «Шкала обсессивно-фобических нарушений», «Шкала вегетативных нарушений». Диагностические коэффициенты были вычислены на основе частотного распределения ответов в выборке пациентов с невротическими расстройствами и здоровых людей, что позволяет использовать их для дифференциации нормального и невротического уровня проявлений. Для данного исследования нами использовались показатели тревоги и обсессивно-фобических нарушений.

2. «Шкала самооценки метакогнитивного поведения» ЛаКоста (адаптация Карпова А. В.) для выявления привычных способов организации контроля и регуляции познавательной деятельности человека. По результатам заполнения методики мы получаем значения выраженности частоты использования ряда метакогнитивных стратегий.

3. Краткая версия опросника метакогнитивных убеждений MCQ30. Данный опросник позволяет выделить группы малоэффективных убеждений об особенностях регуляции и контроля своего процесса мышления: негативные убеждения, связанные с неуправляемостью и опасностью беспокойства; контроль мыслей; когнитивная несостоятельность; позитивные убеждения, касающиеся беспокойства; внимательность к собственным мыслительным процессам.

4. Опросник «Дифференциальный тест рефлексивности» (Леонтьев Д.А.). Рефлексия здесь выступает в роли одного из компонентов метакогнитивных способностей, функцией которого является осознание и регуляция собственного мышления. Эффективно выстроенный процесс переключения с содержания событий внешнего мира на события внутреннего и наоборот назван системной рефлексией. Две другие формы рефлексии (интроспекция, квазирефлексия) являются малоэффективными, т.к. связаны с нарушением переключения внимания: в интроспекции человек застревает на событиях внутреннего мира, в квазирефлексии человек погружен в события не внешнего и не внутреннего мира, а в свои фантазии.

Статистическая обработка данных происходила с помощью программы Statistica 12.5: первичная описательная статистика, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, LSD post-hoc test.

Результаты

Для проверки гипотез исследования с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA было проведено сравнение компонентов метакогнитивного опыта (метакогнитивных стратегий, метакогнитивных убеждений и типа рефлексии) у лиц с разной выраженностью тревоги и обсессивно-фобических нарушений.

По результатам методики «Опросник для выявления и оценки невротических состояний» были получены четыре группы (без выраженности нарушений N=217; с выраженными нарушениями $N_{сумм}$=205, из них $N_{тревога}$=49, $N_{ОФН}$=34, $N_{тревога+ОФН}$=122):

— группа 1 — без выраженности шкал «Тревога» и «Обсессивно-фобические нарушения» (в таблице — «Без выраженности»);

— группа 2 — с выраженностью шкалы «Тревога» (в таблице — «Тревога»);

— группа 3 — с выраженностью шкалы «Обсессивно-фобические нарушения» (в таблице — «ОФН»);

— группа 4 — с выраженностью обеих шкал (в таблице — «Тревога+ОФН»).

Значимые результаты различий метакогнитивных стратегий, метакогнитивных убеждений и типов рефлексии приведены в таблице 1.

В группе «Тревога+ОФН» по сравнению с группой без выраженности обоих нарушений и с группой «Тревога» выше значение склонности к мыслительному проигрыванию предстоящих диалогов и жизненных ситуаций (показатель метастратегии «Ролевое проигрывание» с группой «Без выраженности» LSD post-hoc test ≤ 0,001, с группой «Тревога» LSD post-hoc test ≤ 0,001).

В группе без выраженности нарушений меньше выраженность показателя «Ведение дневников» в сравнении с группой выраженности обсессивно-фобических нарушений (LSD post-hoc test ≤ 0,05) и в сравнении с группой «тревога+ОФН» (LSD post-hoc test ≤ 0,05).

Убеждения об опасности тревоги и ее неконтролируемости в группе без выраженных нарушений менее выражены по сравнению со всеми тремя группами с выраженностью нарушений (показатель метаубеждения «Негативные убеждения о беспокойстве» с группой «Тревога» LSD post-hoc test ≤ 0,001, группой «ОФН» LSD post-hoc test ≤ 0,001, с группой «Тревога+ОФН» LSD post-hoc test ≤ 0,001). Также между группами с выраженностью нарушений есть значимые различия: в группах «Тревога» и «ОФН» значение данного показателя ниже чем в группе с выраженностью обоих нарушений (для обоих сравнений LSD post-hoc test ≤ 0,001).

Убеждения о необходимости контроля своих мыслей и потенциального наказания за «плохие» мысли или за отсутствие наблюдения за ними в группе без выраженных нарушений менее выражены по сравнению с группой выраженности обсессивно-фобических нарушений и группой с выраженностью обоих нарушений (показатель метаубеждения «Контроль мыслей» с группой «ОФН» LSD post-hoc test ≤ 0,05, с группой «Тревога+ОФН» LSD post-hoc test ≤ 0,001).

Группа убеждений о недоверии своей памяти и невозможности активно пользоваться ее функционалом менее выражена в группе без выраженных нарушений по сравнению с группой с выраженностью тревожных нарушений и группой с выраженностью обоих нарушений (показатель метаубеждения «Когнитивная несостоятельность» с группой

Таблица 1. Сравнительный анализ компонентов метакогнитивного опыта в группах с разной выраженностью тревожного и обсессивно-фобических нарушений

Показатели	Группы выраженности тревоги и обсессивно-фобических нарушений								Welch F	Welch p
	Без выраженности		Тревога		ОФН		Тревога+ОФН			
	M1	SD1	M2	SD2	M3	SD3	M4	SD4		
Метакогнитивные стратегии										
Ролевое проигрывание	3,41	1,24	3,33	1,42	3,71	1,19	4,05	1,14	8,52	≤ 0,001
Ведение дневников	1,88	1,30	2,12	1,42	2,47	1,40	2,21	1,42	2,84	≤ 0,05
Метакогнитивные убеждения										
Негативные убеждения о беспокойстве	11,18	3,51	15,55	3,19	14,68	3,94	17,35	3,55	85,59	≤ 0,001
Контроль мыслей	10,90	3,20	11,86	3,25	12,44	3,95	12,94	3,50	9,90	≤ 0,001
Когнитивная несостоятельность	10,12	3,63	12,39	4,70	10,97	4,44	12,44	4,43	9,75	≤ 0,001
Позитивные убеждения о беспокойстве	8,94	3,23	9,31	4,04	9,94	3,39	10,30	3,88	3,90	≤ 0,001
Тип рефлексии										
Интроспекция	20,05	4,96	24,90	4,47	25,03	4,50	27,91	3,99	85,09	≤ 0,001
Квазирефлексия	23,02	5,75	24,22	5,58	27,50	5,72	27,76	5,21	22,19	≤ 0,001

Примечания: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; Welch F — тест Уэлча; p — уровень значимости теста Уэлча.

«Тревога» LSD post-hoc test ≤ 0,001, с группой «Тревога+ОФН» LSD post-hoc test ≤ 0,001).

Убеждения о значимости волнения в процессах саморегуляции и эффективности решения проблем менее выражены в группе без выраженных нарушений по сравнению с группой выраженности обоих нарушений (показатель метаубеждения «Позитивные убеждения о беспокойстве» с группой «Тревога+ОФН» LSD post-hoc test ≤ 0,001).

Сфокусированность на событиях внутреннего мира и сложность переключения на поиск обратной связи от внешнего мира выше во всех группах выраженности нарушений по сравнению с группой без выраженности нарушений (показатель «Интроспекция» с группой «Без нарушений» LSD post-hoc test ≤ 0,001). Также внутри групп нарушений есть различия: в группах выраженности тревоги и обсессивно-фобических нарушений интроспективная форма рефлексии ниже чем в группе с выраженностью обоих расстройств (группа «Тревога» с группой «Тревога+ОФН» LSD post-hoc test ≤ 0,001, группа «ОФН» с группой «Тревога+ОФН» LSD post-hoc test ≤ 0,01).

Уход в фантазирование, не связанное напрямую с событиями внешнего и внутреннего мира в настоящий момент в группе без выраженности нарушений меньше чем в группе с выраженностью обсессивно-фобических нарушений и группе с обоими видами нарушений (показатель «Квазирефлексия» с группой «ОФН» LSD post-hoc test ≤ 0,001, с группой «Тревога+ОФН» LSD post-hoc test ≤ 0,001). В группе «Тревога» показатель квазирефлексии меньше чем в группе «ОФН» (LSD post-hoc test ≤ 0,01) и в группе «Тревога+ОФН» (LSD post-hoc test ≤ 0,001).

Обсуждение

По результатам исследования мы можем отметить, что усиление клинической симптоматики сопровождается нарастанием выраженности малоэффективных метакогнитивных убеждений и форм рефлексии. При этом в различиях выраженности метастратегий мы видим всего две стратегии, каждая из которых не имеет ограничений в формах информации, с которыми человек взаимодействует: и прокручивание предстоящих диалогов и событий может применять как по отношению к реальным событиям и тому, что человек рисует в своем тревожном воображении, и ведение дневников может использоваться как по отношению к реальным событиям, так и включать в себя записи о раскрученных в голове сценариях предстоящих катастроф. Поэтому очень важно

посмотреть, с какой системой знаний человек использует деятельностные метакогнитивные стратегии.

В системе метакогнитивных знаний мы видим, что наиболее выраженные различия выявлены по показателю «Негативные убеждения о беспокойстве». Во всех группах с выраженностью нарушений данный показатель значимо выше по сравнению с группой без нарушений, а максимальные значения зафиксированы в группе с сочетанием тревоги и обсессивно-фобических нарушений. Это указывает на ключевую роль убеждений о неконтролируемости и опасности тревоги в поддержании как тревожной, так и обсессивно-фобической симптоматики. Усиление данных убеждений при коморбидности может свидетельствовать о формировании более устойчивой дезадаптивной метакогнитивной регуляции, в которой тревога интерпретируется как угроза сама по себе, что формирует самоподдерживающийся паттерн мышления, закрепляя и отягощая симптомы психического нездоровья. Что, в частности, подтверждается более высоким показателем позитивного отношения к участию тревоги в саморегуляции в группе с сочетанием тревожных и обсессивно-фобических нарушений в сравнении с группой без признаков нарушений.

Различия по показателю «Контроль мыслей» оказались более специфичными для групп с обсессивно-фобическими нарушениями (ОФН). Более высокая выраженность убеждений о необходимости строгого контроля мыслей в данной группе и особенно в группе с сочетанными нарушениями (тревога+ОФН) отражает характерную для обсессивной симптоматики тенденцию к гиперконтролю внутреннего опыта, моральной оценке мыслей и опасениям последствий их «некорректного» содержания. При изолированной тревоге данный показатель выражен в меньшей степени, что позволяет предположить различия в механизмах поддержания симптомов: при тревоге доминирует беспокойство как процесс, тогда как при обсессивно-фобических нарушениях значимо взаимодействие с беспокойством через контроль и подавление мыслей.

Показатель «Когнитивная несостоятельность», отражающий недоверие к функционированию памяти и возможности свободно пользоваться своими воспоминаниями как достоверным элементом субъективного опыта, оказался выше в группах с тревожными нарушениями и сочетанными формами. При обсессивно-фобических нарушениях без выраженной тревоги данный компонент выражен слабее, что позволяет предполагать наличие различий в структуре метакогнитивной уязвимости в этих группах. В сочетании с результатами значимости контроля мыслей в группе с обсессивно-фобическими нарушениями, можно предположить, что

в группе выраженности тревоги выше значимость общей регуляции своих когнитивных процессов и оценки их результативности, что может приводить к более истощенному состоянию человека, т.к. он пытается охватить не локально-беспокоящие мысли и состояния, а их совокупность.

Интересные различия выявлены и на уровне метакогнитивных стратегий. Склонность к «ролевому проигрыванию» как форме мысленного моделирования предстоящих ситуаций наиболее выражена при сочетании тревоги и обсессивно-фобических нарушений. Это может указывать на усиленную когнитивную подготовку к потенциально угрожающим событиям, которая при высокой выраженности приобретает характер ригидной и малопродуктивной стратегии. Ведение дневников, напротив, чаще встречается в группах с обсессивно-фобическими нарушениями, что может быть связано с тенденцией к фиксации и структурированию внутреннего опыта. Опять же отметим, что сами по себе стратегии не являются «плохими» или «хорошими», важно отслеживать, с каким содержанием они сочетаются. Например, ведение дневников, нацеленное на повышение значимости фиксации реалистичной обратной связи от внешнего мира, может помочь выбраться из дезадаптивных метакогнитивных паттернов регуляции. А ведение дневника, где выписываются только переживания, свое отношение к ним, отмечается значимость не упустить какую-либо мысль из вида, наоборот приведет к усугублению состояния.

Особое значение имеют различия в типах рефлексии. Повышенная интроспекция выявлена во всех группах с нарушениями, что свидетельствует о застревании на событиях внутреннего мира и снижении гибкости переключения внимания. Важно отметить, что по результатам исследования особенностей метакогнитивной регуляции в зависимости от выраженности интроспекции в группах с высокими показателями «самокопания» чаще используются метакогнитивные убеждения о бесконтрольности тревоги и своей когнитивной несостоятельности, а также метастратегия «Ролевое проигрывание». То есть усиление интроспективной рефлексии может отягощать дезадаптивные формы метакогнитивной регуляции и приводить к замкнутости познания на самом себе без получения нового опыта, необходимого для выхода из негативных психических состояний [4]. Квазирефлексия же выражена значительно сильнее при обсессивно-фобических нарушениях по сравнению с изолированной тревогой, что может отражать уход в фантазирование и когнитивное избегание.

В целом результаты демонстрируют как трансдиагностические, так и специфические особенности метакогнитивной регуляции. Общим для тревожных и обсессивно-фобических нарушений является повышение негативных убеждений о беспокойстве и усиление интроспективной формы рефлексии. Специфическими для обсессивно-фобических нарушений выступают выраженные убеждения о необходимости контроля мыслей и более высокий уровень квазирефлексии, тогда как для тревожных состояний более характерно недоверие к когнитивным функциям и генерализованное беспокойство.

Отдельного внимания заслуживает группа с сочетанием выраженности тревоги и обсессивно-фобических нарушений. Практически по всем показателям она демонстрирует максимальные значения, что позволяет говорить о кумулятивном эффекте метакогнитивной дисфункции: коморбидность сопровождается усилением дисрегуляции на уровне метаубеждений и малоадаптивных рефлексивных процессов.

Заключение

Результаты проведенного исследования подтверждают две выдвинутые нами гипотезы:

1) респонденты с выраженностью тревожных и обсессивно-фобических нарушений более склонны к негативным убеждениям о регуляции своего мышления в сравнении с группой без признаков данных нарушений;

2) респонденты без выраженности тревожных и обсессивно-фобических нарушений эффективнее регулируют процесс анализа событий внешнего и внутреннего мира и переключения между ними.

Третья гипотеза о различиях выбора метакогнитивных стратегий в группах с выраженностью тревожных и обсессивно-фобических нарушений нашла подтверждение, но различия обнаружены всего по двум метастратегиям. Что позволяет предполагать о большей значимости метакогнитивной регуляции на уровне системы знаний, а не проявлений в деятельности.

Обобщая результаты, можно выдвинуть несколько положений:

— выраженность тревожных и обсессивно-фобических нарушений сопровождается статистически значимым усилением малоэффективных метакогнитивных убеждений и малоадаптивных форм рефлексии;

— общими для обеих групп нарушений являются повышенные негативные убеждения о беспокойстве и выраженная интроспективная

форма рефлексии, что указывает на трансдиагностический характер данных метакогнитивных факторов;

— обсессивно-фобические нарушения в большей степени связаны с убеждениями о необходимости контроля мыслей и более выраженной квазирефлексией, что отражает специфический паттерн гиперконтроля и когнитивного избегания;

— тревожные нарушения характеризуются более выраженными убеждениями о когнитивной несостоятельности и генерализованной обеспокоенностью процессом мышления;

— сочетание тревоги и обсессивно-фобических нарушений сопровождается наиболее выраженной метакогнитивной дисрегуляцией, что может рассматриваться как фактор утяжеления клинической картины и риска хронификации.

Полученные данные подтверждают значимость метакогнитивной регуляции как важного механизма поддержания тревожной и обсессивно-фобической симптоматики и указывают на необходимость дифференцированного подхода в психотерапии [1] , ориентированного, в частности, на специфику метакогнитивных убеждений и рефлексивной регуляции в каждой клинической группе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобров А. Е., Усатенко Е. В. Концепция тревожных расстройств: основные тенденции развития // Социальная и клиническая психиатрия. — 2021. — Т. 31 (4). — С. 62–70.

2. Заваденко Н. Н., Нестеровский Ю. Е., Заваденко А. Н., Шипилова Е. М. Тревожные расстройства как коморбидные состояния при психоневрологических заболеваниях у детей // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2024. –Т. 124 (7). — С. 56-64. DOI: 10.17116/jnevro202412407156.

3. Небоян О. Р., Тагильцева А. В., Телятникова О. Ю. Дифференциально-диагностические особенности обсессивно-фобического синдрома при невротическом и психотическом уровне патологии // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. — 2015. — Спецвыпуск ч. 2. — С. 282–285.

4. Проворова А. Н. Особенности метакогнитивных стратегий и убеждений в группах лиц с разным уровнем интроспекции // Психология познания: Материалы конференции. Всероссийская научная конференция памяти Дж.С. Брунера, Ярославль, 01–03 декабря 2023 года. — Ярославль: Общество с ограниченной ответственностью «Филигрань», 2024. — С. 303–308.

5. Capobianco L., Faija C,. Husain Z., Wells A. Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review // PLoS One. — 2020. — Vol. 15(9): e0238457. doi: 10.1371/journal.pone.0238457

6. Hoffart A., Johnson S. U., Nordahl H. M., Wells A. Mechanisms of change in metacognitive and cognitive behavioral therapy for treatment-resistant anxiety: The role of metacognitive beliefs and coping strategies // Journal of Experimental Psychopathology. –2018. — Vol. 9 (3). DOI: 10.1177/2043808718787414

7. Salguero J. M., Ramos-Cejudo J. A multi-study examination of the relevance of the metacognitive beliefs about uncontrollability in emotion regulation and clinical symptoms // Journal of Affective Disorders. — 2023. — Vol. 340. — P. 812–819. DOI: 10.1016/j.jad.2023.08.090

8. Stephan K. E., Manjaly Z. M., Mathys C. D., et al. (2016) Allostatic Self-efficacy: A Metacognitive Theory of Dyshomeostasis-Induced Fatigue and Depression // Frontiers in human neuroscience. — 2016. — Vol. 10:550. DOI: 10.3389/fnhum.2016.00550

Толкачева Антонина Сергеевна
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОГИ О ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С НЕЙ В РАМКАХ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Аннотация. Статья посвящена проблеме чрезмерной тревоги о здоровье (ипохондрии) и её коррекции методами когнитивно-поведенческой терапии. Описываются современные факторы риска расстройства, включая влияние пандемии и цифровых технологий. Подробно рассматривается терапевтический ход работы. Приводятся данные доказательных исследований, подтверждающих высокую эффективность КПТ.

Ключевые слова: *тревога о здоровье, ипохондрия, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), биопсихосоциальная модель, киберхондрия, экспозиционная терапия, поведенческие эксперименты, совладающее поведение, психотерапия.*

Чрезмерная тревога о здоровье представляет собой значимую проблему как на индивидуальном и семейном уровнях, так и для общества в целом, оказывая выраженное негативное влияние на качество жизни самого человека, социальную активность в обществе и функционирование системы здравоохранения. Люди с тревогой о здоровье отмечают стойкое ухудшение субъективного самочувствия, снижение функциональных возможностей в повседневной деятельности (включая выполнение домашних обязанностей, самообслуживание и поддержание мобильности), а также тяжелые эмоциональные переживания. Эмпирически подтверждено, что наличие тревоги о здоровье ассоциировано с повышением риска преждевременной смертности [8, 15, 19, 23].

На социальном уровне последствия проявляются в более высоких показателях производственной дезадаптации: такие люди значительно чаще пропускают работу по сравнению с общей популяцией [10].

Кроме того, наблюдается чрезмерное потребление ресурсов здравоохранения, уровень которого превышает аналогичные показатели даже у пациентов с четко определенными соматическими заболеваниями. Диагностика и лечение одного человека с психосоматическими симптомами обходится в 7—14 раз дороже, чем лечение человека с реальной органической болезнью, причем порядка 60% диагностических исследований в сфере медицинской практики не являются необходимыми.

По некоторым оценкам, порядка 1 млрд человек (около 13%) взрослого населения в мире регулярно тревожатся по поводу своего здоровья [23].

Согласно МКБ-10, ипохондрия (F45.2) характеризуется постоянной озабоченностью в возможности наличия у себя одного или более соматического заболевания или фиксацией на физическом уродстве. При этом медицинское обследование не обнаруживает объясняющей тяжесть состояния соматической или неврологической патологии. Обычные ощущения часто интерпретируются как ненормальные, беспокоящие. Часто присутствуют выраженная депрессия и тревога. [3]

Эпидемиологические исследования ипохондрии, показали, что в отличие от депрессии и тревожных расстройств, которые, как правило, чаще наблюдаются у женщин, тревога о здоровье примерно в одинаковых пропорциях характерна как для мужчин, так и для женщин. [13, 18, 22].

Современными факторами для увеличения числа людей, подверженных ипохондрии, могут послужить пережитые потери близких и волнение за свое здоровье во время пандемии, связанной с COVID-19. Также наличие легкого доступа к информации по симптомам и болезням в интернете (киберхондрия) [6], порождают усиленный страх о своем здоровье. Плюс умные часы, смартфоны, приложения для отслеживания сна увеличивают мнимый контроль за своим здоровьем, порождающий дополнительные факторы для тревоги. Все это, наряду с постоянным обращением за медицинской помощью и проверкой своего тела на наличие признаков болезни, является дезадаптивными формами совладающего поведения, характерного для ипохондрического тревожного расстройства.

При отсутствии лечения тревога о здоровье протекает хронически, эпизодически и может длиться годами. [12, 20].

И, так как ипохондрия в большей степени связана с тревогой, то проявления последней воспринимаются как симптомы соматической болезни [20].

Люди с тревогой о здоровье склонны неправильно интерпретировать телесные ощущения, часто приписывая их серьезным заболеваниям. Это катастрофическое мышление приводит к выработке дезадаптивного безопасного поведения, такого как частое обращение в поликлинику, поиск симптомов в интернете, а в некоторых случаях — избегание медицинских учреждений или больных людей в качестве способа управления симптомами тревоги.

Будучи сверхбдительным по отношению к своему здоровью, любой возможный симптом усиливает тревогу, которая в свою очередь сама

по себе служит причиной соматических проявлений, а значит и увеличивает ощущение наличия предполагаемой болезни.Чем больше человек ищет информации о болезнях, тем больше он тревожится, замыкая так называемый круг отрицательного подкрепления. Эта когнитивно-поведенческая теоретическая модель тревоги о здоровье получила эмпирическую поддержку [11].



Несмотря на то, что в основе ипохондрии лежит тревога, важно понимать, что человек действительно испытывает соматические симптомы. И в современном понимании соматических нарушений и отношения к ним, нужно отметить важность биопсихосоциальной модели. Она предполагает, что в развитии заболеваний тела и в формировании отношения к ним, участвуют три группы факторов:

1. Биологические: наследственность, травмы, инфекции, отравления.

2. Психологические: стиль воспитания, конфликты в семье, эмоциональные перегрузки.

3. Социальные: культурные традиции, уровень образования, качество отношений с окружающими.

Эта модель дает возможность провести более качественную диагностику и выбрать оптимальные интервенции для преодоления повышенной тревоги по отношению к своему здоровью.

Наряду с различными подходами к лечению тревоги о здоровье, КПТ (когнитивно-поведенческая терапия) является одним из самых развитых и наиболее часто используемым направлением в этой области, реализующим принципы биопсихосоциальной модели на практике.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что когнитивно-поведенческая терапия демонстрирует высокую эффективность и экономическую рентабельность при лечении ипохондрии. Согласно данным метаанализа, величина эффекта КПТ в отношении снижения тревоги о здоровье варьируется от умеренной до большой (g Хеджа = 0,81 при 95% доверительном интервале [0,37, 1,26]) в сопоставлении с отсутствием терапии. Кроме того, достигнутые положительные изменения фиксируются на протяжении длительного времени — от года до полутора лет [7, 9, 17].

В повышенной тревоге о здоровье можно выделить несколько дисфункциональных убеждений:

— вероятность и страх наличия или возникновения проблем со здоровьем;

— неспособность справиться с проблемами со здоровьем;

— недостаточность квалификации врачей и медицинских ресурсов для того, чтобы справиться с проблемами со здоровьем.

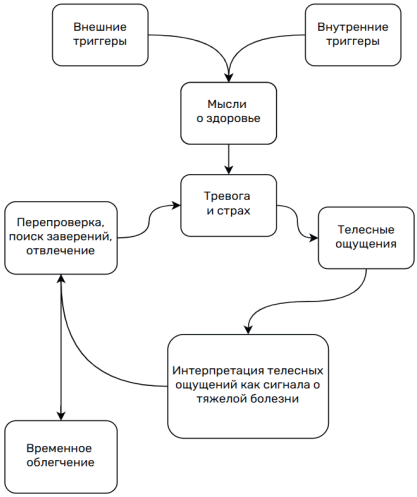
Помимо этих убеждений, ипохондрия сопровождается руминациями о своем здоровье и непереносимостью неопределенности. Эти когнитивные конструкции и являются мишенями терапии ипохондрии.

Чтобы справиться с повышенной тревогой, такие люди прибегают к различным формам совладающего поведения.

Ход работы с излишней тревогой о здоровье можно условно разделить на три этапа: подготовка, анализ, тренинг, закрепление навыков.

1. Подготовка включает в себя оценку текущего состояния клиента, психообразование, начало формирования осознанности.

а. При отсутствии реального соматического заболевания и наличии чрезмерного беспокойства за свое здоровье для диагностики общего уровня тревоги принято использовать Шкалу тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory, BAI). Для скрининга тревоги о здоровье, проявляющейся в страхе развития серьезного заболевания, телесной обеспокоенности и уверенности человека в том, что он страдает от серьезного заболевания можно использовать индекс Уитли (Whiteley Index, WI) (Золотарева, 2024) и опросник для диагностики тревоги о здоровье как чрезмерной обеспокоенности своим здоровьем с сопутствующим страхом развития или возможностью существующего заболевания (Health Anxiety Inventory, HAI) (Рассказова, 2013)[2];



Когнитивно-поведенческая модель тревоги о здоровье (Furer P.,Walker J.R., Stein M.B.)

b. Психообразование включает в себя объяснения клиенту самого принципа природы тревоги и того факта, что физические симптомы, которые он испытывает, могут быть вызваны тревогой и не связаны с серьёзным заболеванием;

2. Анализ включает в себя реструктуризацию дисфункциональных убеждений, формирование альтернативы и совместную разработку плана экспозиционной терапии, направленной на переносимость тревоги и неопределенности.

a. Поиск дезадаптивных мыслей и убеждений, связанных со здоровьем клиента и его обеспокоенностью возможной смерти в ближайшее время;

b. Выявление форм совладания;

c. Оценка негативного влияния ипохондии и совладающего поведения на жизнь клиента.

3. Тренинг состоит экспозиционной терапии, поведенческих экспериментов, работы по избавлению от совладающего поведения, интероцептивной экспозиции и развития навыков релаксации.

a. Экспозиционная терапия использует естественный процесс привыкания, где связь между фобической ситуацией и реакцией страха

разрывается, а данные обстоятельства или место начинают все больше ассоциироваться с ощущением непринужденности и спокойствия. Типичный вариант такой терапии изначально включал в себя практику по созданию «лестницы» из ситуаций и мыслей, от самых легкопереносимых до более тяжелых, и ее поэтапному прохождению через экспозиции, пока тревожность не уменьшится. Но недавние исследования показали, что у такого рода терапии тоже есть свои ограничения [16,25]. Иногда, придерживаясь этой «лестницы», легко предположить, что выполнение самой сложной практики экспозиции — это что-то особенное и не на каждый день. Один из современных подходов [4] предлагает рандомный выбор уровня экспозиции, так как в реальной жизни тревога возникает непредсказуемо, и важно быть готовым к любому ее уровню.

b. Поведенческие эксперименты, во время которых клиент пробудет новые способы поведения с целью изменения своих иррациональных убеждений и изменения неконструктивных паттернов поведения.

c. Избавление от совладающего поведения в виде перепроверок, заверений, потребности в ободрениях и избегания может входить как в экспозиционную терапию, так и в поведенческие эксперименты. Разрабатывается совместно с клиентом из его материала.

d. Интероцептивная экспозиция, направленная на переносимость физических ощущений во время тревоги и страха.

e. Развитие навыков релаксации, включающее в себя обучение дыхательным упражнениям, мышечной релаксации, майндфулнесс и медитации.

4. Закрепление навыков, включающие также работу по профилактике рецидивов.

Когнитивно-поведенческая терапия предполагает относительно краткосрочное взаимодействие с клиентом, обычно от 6 до 20 сессий [1]. Однако, не смотря на высокую доказанную эффективность данной терапии, остаточные симптомы сохраняются у многих клиентов даже после завершения успешной терапии. Это говорит о крайней полезности наличия возможности повторного обращения к специалисту и выводит работу с рецидивами на важную ступень взаимодействия с клиентом [1].

Главным ограничением современных исследований в этой области выступает дефицит работ, опирающихся на современные диагностические критерии тревожного расстройства, связанного с заболеванием, а также путаница с новым пониманием ипохондрии, как не только убежденности в наличии реального заболевания, но и как расстройства с обсессивно-компульсивной основой страха перед развитием болезни.

Решение этой проблемы позволит улучшить понимание расстройства, внедрить ранние интервенции и создать эффективные методы лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Добсон Д., Добсон К. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. — СПб.: Питер, 2024. — 400 с.

2. Золотарева А.А. Тревога о здоровье и ее диагностика: психометрический анализ русскоязычной версии индекса Уитли // Новые психологические исследования. 2025. № 1. С. 245–264. DOI: 10.51217/npsyresearch_2025_05_01_11

3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; МКБ–10 : Десятый пересмотр / Всемирная организация здравоохранения. — Женева : ВОЗ, 1995. — Т. 1, ч. 1. — 698 с.

4. Кассидей К. Свобода от беспокойства о здоровье. Как понять и преодолеть навязчивую тревогу и обрести душевный покой. ИГ Весь — 2022. — 170 с.

5. Ковпак Д. В. Страх… Тревога… Фобия… Вы можете с ними справиться! Практическое руководство психотерапевта + техники релаксации на DVD, 2-е изд. — СПб: Наука и Техника, 2020. — 368 с.

6. Ростовцева, Н.А., Рассказова, Е.И., Тхостов, А.Ш. (08.11.1952 — 27.07.2025), Емелин, В.А. (2022). Киберхондрия — самостоятельное явление или проявление ипохондрических особенностей онлайн. Национальный психологический журнал, (1), 76–93. https://doi.org/10.11621/npj.2022.0107

7. Axelsson E, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive behavior therapy for health anxiety: systematic review and meta-analysis of clinical efficacy and health economic outcomes. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2019;19(6):663–76. https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1703182.

8. Barsky AJ, Fama JM, Bailey ED, Ahern DK. A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(8):737–44. https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.8.737.

9. Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: a systematic review and meta-analysis. Behav Cogn Psychother. 2017;45(6):673. https://doi.org/10.1017/s1352465817000510. This review nicely summarises the evidence of psychological interventions for health anxiety.

10. Eilenberg T, Frostholm L, Schröder A, Jensen JS, Fink P. Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: analysis alongside a randomised controlled trial. J Anxiety Disord. 2015;32:95–102. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.001.

11. Fergus TA, Asmundson GJG. Chapter four — cognitive and behavioral mechanisms of health anxiety. In: Hedman-Lagerlöf E, editor. The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety. Academic Press; 2019. p. 43–64.

12. Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. PLoS One. 2010; 5(3): e9873. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009873.

13. Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. Am J Psychiatry. 2004; 161(9): 1680–91. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1680.

14. Furer P.,Walker J.R., Stein M.B. (2007) Treating Health Anxiety and Fear of Death. A Practitioners Guide. Springer, 272 p.

15. Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E, Andersson E, Ljótsson B, Andreasson A, Lekander M. The impact of exposure-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety on self-rated health: Results from a randomized trial. J Psychosom Res. 2017; 103: 9–14. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.013.

16. Jacoby, R., and J. Abramowitz. 2016. "Inhibitory Learning Approaches to Exposure Therapy: A Critical Review and Translation to Obsessive-Compulsive Disorder". Clinical Psychology Review 49: 28–40.

17. Maass U, Kühne F, Maas J, Unverdross M, Weck F. Psychological interventions for health anxiety and somatic symptoms: a systematic review and meta-analysis. Z Psychol. 2020;228(2):68–80. https://doi.org/10.1027/2151–2604/a000400.

18. Martin A, Jacobi F. Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. Psychosom Med. 2006;68(5):770–777. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238213.04984.b0.

19. Mataix-Cols D, Isomura K, Sidorchuk A, Rautio D, Ivanov VZ, Rück C, et al. All-cause and cause-specific mortality among individuals with hypochondriasis. JAMA Psychiat. 2023. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.4744.

20. Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AEJ, Wong S, Andrews G. DSM–5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. J Psychosom Res. 2017; 101: 31–7. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.010.

21. Pandey S, Parikh M, Brahmbhatt M, Vankar GK. Clinical study of illness anxiety disorder in medical outpatients. Arch Psychiatry Psychother. 2017; 4: 32–41. https://doi.org/10.12740/APP/76932.

22. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. Psychosom Med. 2001; 63(4): 595–602. https://doi.org/10.1097/00006842–200107000–00012.

23. Scarella T.M., Boland R.J., Barsky A.J. Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment // Psychosom Med. 2019 Jun; 81(5): 398–407.

24. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. Br J Psychiatry. 2013; 202(1): 56–61. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960.

25. Tolin, D. 2019. "Inhibitory Learning for Anxiety Disorders". Cognitive Behavioral Practice 26: 225–236.

Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

- Член Европейской Ассоциации КПТ (EABCT)
- Член Всемирной Конфедерации КПТ (World Confederation of CBT)
- Член Международной Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Терапии (IACBT)
- Создана в 1999 году
- Имеет 30 отделений в регионах
- Более 4000 членов Ассоциации КПП
- Лицензия на образовательную деятельность № 2216 от 13.10.2016

Миссия - развитие когнитивно-поведенческой терапии в России

Телефон: 8-800-302-96-16
Email:office@associationcbt.ru
Сайт: associationcbt.ru
ВК:https://vk.com/associationcbt

Присоединяйтесь к сообществу научно обоснованной психотерапии!

Психологи Ассоциации
когнитивно-поведенческой
психотерапии

Многофункциональный бесплатный сервис для когнитивно-поведенческих психологов:

▶ Индивидуальная и групповая работа с клиентами

▶ Профессиональное общение и развитие на мероприятиях, конференциях, форумах

▶ Автоматизированные методики, техники, ведение дневников и тестирование

▶ Доступ к актуальным новостям и событиям в мире КПТ

Платформа Психологи Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии — это ваш современный рабочий кабинет психолога. Пройдите регистрацию на сайте или скачайте приложение BeCBT.online на смартфон или планшет.

Email: help@becbt.online
Сайт: becbt.online
ВК: https://vk.com/becbt.online

Присоединяйтесь к практике научно обоснованной психотерапии!

МИР КПТ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

• Более 1000 студентов в год
• Экосистема обучения-практики-поддержки
• Знания от основателей метода
• Новая школа психотерапии

Международный Институт Развития Когнитивно-Поведенческой Терапии (МИР КПТ) предлагает профессиональную переподготовку специалистов в научно обоснованных подходах психотерапии для всех, кто хочет помогать людям на профессиональной основе.

Телефон: 8 800 101-46-18
Email: mir@cbt.university
Сайт: https://cbt.university
ВК: https://vk.com/public217611280

Центры Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии

Обращаясь в Центры Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, вы получаете психологическую поддержку крупнейшего сообщества КПТ-специалистов, которые подготовлены Ассоциацией когнитивно-поведенческой психотерапии: профессиональной российской организацией в области когнитивно-поведенческого подхода. Все сотрудники Центров АКПП прошли тщательный отбор и неоднократное обучение методу когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) у экспертов в России и различных странах мира. Имеют достаточный опыт клинической практики и стаж работы.

Миссия Центров Ассоциации КПП состоит в том, чтобы сделать жизнь людей гармоничной и благополучной, привнести удовлетворенность, улучшить ее качество и способствовать подлинной самореализации человека.

Телефон: 88003023920
Email: 1@becbt.ru
Сайт: becbt.ru
ВК: https://vk.com/becbt

Научное издание

XII Международный Форум
Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии
CBTFORUM

Сборник научных статей

Подписано в печать 14.04.2026
Формат 60 × 84/16 Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 21. Заказ № 7013.
Тираж 450 экз.

Издательство «МИР КПТ»

Отпечатано в ООО «Издательство «Лема»
В.О., 1-я линия, д. 28.
Тел.: 323 67 74 323 30 50
izd_lema@mail.ru