

ВЫПУСК 1

# “АКБТ”

ФЕВРАЛЬ

2025

ЖУРНАЛ

**СОВРЕМЕННЫЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ И  
ДОСТИЖЕНИЯ В  
ОБЛАСТИ  
КОГНИТИВНО-  
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ  
ТЕРАПИИ**

ВНУТРЕННИЙ ЖУРНАЛ АКБТ ДЛЯ ЧЛЕНОВ  
АССОЦИАЦИИ И ИНТЕРЕСУЮЩИХСЯ  
КОЛЛЕГ

Добро пожаловать в первый выпуск «Когнитивно-поведенческая терапия. Современные исследования и достижения в когнитивно-поведенческой терапии».

Мы будем стараться делать выпуски журнала один раз в два месяца.

Настоящее издание фокусируется на современных исследованиях, охватывающих период преимущественно с 2020 года по настоящее время, и включает тематические статьи об эффективности КПТ при различных расстройствах, роли цифровых технологий и нейробиологических аспектах, а также подчёркивает важность правильной концептуализации случая в практической работе.

Мы стремились отобрать исследования, прошедшие рецензирование в ведущих научных журналах по психологии, психиатрии и смежным дисциплинам, а также представить их с практической и научной точек зрения. Особое внимание уделено обобщению новых данных и обсуждению их применения в современной клинической практике.

Надеемся, что представленные материалы будут полезны как начинающим, так и опытным специалистам в области КПТ и родственных направлений.

**Главный редактор,**  
Денис Московченко

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Современное состояние КПТ: обзор исследований	4
Список литературы (основные источники)	6
<hr/>	
Эффективность КПТ при депрессии: результаты современных РКИ	7
Список литературы	10
<hr/>	
КПТ при тревожных расстройствах: метаанализы и клинические рекомендации	11
Список литературы	14
<hr/>	
Нейробиологические корреляты КПТ: функциональные изменения и пластичность мозга	16
Список литературы	19
<hr/>	
Проблема концептуализации случая в КПТ: современные модели и практические аспекты	20
Список литературы	22
<hr/>	
Перспективы развития КПТ: направления исследований и междисциплинарный подход	24
Список литературы	25
<hr/>	
Часть 2. Публикации членов АКБТ	26
<hr/>	
Московченко Д.В. Современные исследования панического расстройства и других тревожных расстройств, проводимые за период 2022–2024 года	26
Список литературы	28
<hr/>	

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Московченко Д.В. Современные исследования пограничного расстройства личности, проводимые за период 2022–2024 года	30
Список литературы	33
<hr/>	
Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая. Подготовил Московченко Д.В.	36
Список литературы	39
<hr/>	



# Современное состояние КПТ: обзор исследований

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является одним из наиболее широко изученных и применяемых методов психотерапии. Благодаря своей доказанной эффективности она активно используется для лечения таких психических расстройств, как депрессия, тревожные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), расстройства пищевого поведения и даже шизофрения (Hofmann et al., 2012).

В последние десятилетия было проведено множество метаанализов, которые оценили эффективность КПТ в сравнении с другими методами лечения, включая фармакотерапию и альтернативные психотерапевтические подходы. В данной статье проведен глубокий анализ ключевых научных исследований, среди которых работы Butler et al. (2006), Hofmann et al. (2012) и Cuijpers et al. (2023), а также исследования Dobson (1989) и Beck (1960), заложившие основы КПТ.

## Основные принципы когнитивно-поведенческой терапии

КПТ основана на теории, разработанной Beck (1960), согласно которой психологические расстройства формируются и поддерживаются дезадаптивными когнитивными схемами и автоматическими мыслями. КПТ сочетает в себе две ключевые составляющие:

1. Когнитивная терапия – работа с мыслями пациента, выявление и изменение дисфункциональных убеждений.
2. Поведенческая терапия – применение техник изменения поведения, таких как экспозиция, поведенческая активация и моделирование поведения.

## Эффективность КПТ: анализ метаанализов

### КПТ при депрессии

Крупнейший метаанализ (Cuijpers et al., 2023) показал, что КПТ:

- Существенно эффективнее контрольных условий, таких как отсутствие лечения или стандартная медицинская помощь ( $g = 0.79$ , 95% CI: 0.70-0.89).
- В краткосрочной перспективе сравнима с фармакотерапией, но в долгосрочной КПТ более эффективна ( $g = 0.34$ , 95% CI: 0.09-0.58).
- В комбинации с антидепрессантами даёт наилучшие результаты ( $g = 0.51$ , 95% CI: 0.19-0.84).

Эти данные подтверждают исследования Butler et al. (2006) и Hofmann et al. (2012), согласно которым КПТ снижает риск рецидива и улучшает долгосрочные результаты лечения.

Другие исследования также показывают, что КПТ может быть столь же эффективной, как фармакотерапия, но обладает меньшим риском рецидивов (Dobson, 1989; Gloaguen et al., 1998).

### КПТ при тревожных расстройствах

Согласно метаанализу Hofmann et al. (2012), КПТ является золотым стандартом лечения тревожных расстройств:

- Генерализованное тревожное расстройство: значительное снижение тревожности по сравнению с контрольными условиями ( $g = 1.2$ ).
- Паническое расстройство: КПТ показала более стойкие результаты, чем медикаментозное лечение.
- Социальная тревожность: КПТ эффективнее, чем фармакотерапия в долгосрочной перспективе.



# Современное состояние КПТ: обзор исследований

## КПТ при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР)

Основным методом КПТ при ОКР является экспозиция с предотвращением ритуалов (ERP):

- Исследования подтверждают, что ERP эффективнее, чем медикаменты в долгосрочной перспективе (Hofmann et al., 2012).
- В сочетании с фармакотерапией КПТ демонстрирует лучшие результаты, чем один только прием лекарств.

## КПТ при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР)

Метаанализы показывают, что КПТ эффективна при ПТСР:

- Существенно снижает выраженность симптомов ( $g = 1.0$ ).
- Превосходит медикаментозное лечение, так как пациенты осваивают навыки самопомощи и предотвращения рецидивов (Hofmann et al., 2012).

## КПТ при расстройствах пищевого поведения

КПТ является первой линией лечения булимии и компульсивного переедания:

- КПТ эффективнее других видов терапии при булимии.
- При анорексии КПТ даёт умеренные результаты, но используется как часть комплексного лечения (Hofmann et al., 2012).

## Сравнение КПТ с альтернативными методами

### КПТ vs. фармакотерапия

- КПТ так же эффективна, как антидепрессанты, но даёт лучшие долгосрочные результаты (Cuijpers et al., 2023).
- Комбинированное лечение (КПТ + антидепрессанты) является наиболее эффективным подходом.

### КПТ vs. другие виды психотерапии

- КПТ немного превосходит психодинамическую терапию ( $g = 0.06$ , Cuijpers et al., 2023).
- КПТ более структурирована и ориентирована на решение проблем, что делает её удобной для пациентов (Butler et al., 2006).
- Согласно метаанализу Wampold et al. (2002), разница между КПТ и другими методами лечения депрессии минимальна, однако КПТ обладает наибольшей доказательной базой.

### Перспективы развития КПТ

#### Цифровые технологии

- Онлайн-КПТ показала эффективность, сравнимую с очной терапией (Cuijpers et al., 2023).
- Чат-боты и мобильные приложения позволяют расширить доступ к КПТ.

#### Персонализированная КПТ

- Индивидуализация терапии на основе анализа биологических и психологических данных.

### Заключение

Когнитивно-поведенческая терапия является одним из самых доказанных методов лечения психических расстройств. В отличие от меди-



---

# Современное состояние КПТ: обзор исследований

---

каментозного лечения, КПТ обеспечивает устойчивый эффект и низкий риск рецидива. Современные технологии открывают новые перспективы для распространения КПТ.

## Список литературы

- 1. Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006).** The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.07.003 [7].
- 2. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012).** The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. DOI: 10.1007/s10608-012-9476-1 [8].
- 3. Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023).** 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*, 22(1), 105–115. DOI: 10.1002/wps.21024 [9].
- 4. Beck, A. T. (1960).** Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(1), 184–200.
- 5. Dobson, K. S. (1989).** A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414–419. DOI: 10.1037/0022-006X.57.3.414.
- 6. Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998).** A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), 59–72. DOI: 10.1016/S0165-0327(97)00199-7.
- 7. Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994).** Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 428–466). Wiley.
- 8. Tolin, D. F. (2010).** Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.05.003.
- 9. Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002).** A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other' therapies for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2), 159–165. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00287-1.



# Эффективность КПТ при депрессии: результаты современных РКИ

## Введение

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) давно зарекомендовала себя как один из наиболее эффективных и широко применяемых подходов к лечению депрессии. С момента, когда А. Бек и коллеги заложили теоретические и практические основы когнитивной терапии (позднее расширенной до когнитивно-поведенческой), было проведено большое количество рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) и метаанализов, подтверждающих эффективность данного метода.

При этом, несмотря на обширную доказательную базу, интерес к данному направлению не утихает. Новые исследования позволяют всё более детально изучать факторы, влияющие на эффективность КПТ, а также сравнивать её с альтернативными видами терапии, фармакологическим лечением и различными комбинированными подходами (например, КПТ + антидепрессанты, КПТ + mindfulness и т. д.).

## Основные результаты современных РКИ и метаанализов

### Общая эффективность КПТ

#### Метаанализы Cuijpers и соавт. (2016, 2020)

Одним из наиболее цитируемых исследователей в области психотерапевтического лечения депрессии является Р. Cuijpers. В его метаанализах (включая публикации 2016, 2018, 2020 гг.) рассматривается эффективность различных психотерапевтических подходов, и особое внимание уделяется КПТ.

Выводы показывают:

КПТ демонстрирует умеренно высокие эффекты в лечении депрессии (средний размер

эффекта по шкале Hedges'  $g$  от 0,60 до 0,90 в сравнении с группами контроля без лечения). КПТ эффективна при широком спектре тяжести депрессии (от лёгкой до тяжёлой), однако эффект более выражен на лёгкой и умеренной стадиях заболевания.

Различий в эффективности между стандартной «лицом к лицу» КПТ и онлайн-КПТ (iCBT) всё чаще не находят (при соблюдении надлежащего протокола), что говорит о перспективности и равнозначности цифровых форм.

## Сравнение КПТ с другими видами психотерапии

### Johnsen и Friborg (2015)

Крупный метаанализ, в котором проведён сравнительный анализ различных подходов в психотерапии при депрессии. Авторы подтверждают, что КПТ остаётся «золотым стандартом», однако находят, что в отдельных исследованиях межличностная терапия (МЛТ), а также психодинамическая краткосрочная терапия в некоторых ситуациях могут давать близкий размер эффекта. Тем не менее общий вывод метаанализа – КПТ показывает стабильно высокую эффективность и хорошую воспроизводимость результатов, что укрепляет её статус как стандарта лечения.

## Сравнение КПТ с фармакотерапией

### Исследование Hollon и соавт. (2014), Fournier и соавт. (2019)

В серии РКИ сравнивалась эффективность КПТ и антидепрессантов (чаще всего СИОЗС). Обнаружено следующее:

В краткосрочной перспективе (8–16 недель) КПТ не уступает по эффективности стандарт-



# Эффективность КПТ при депрессии: результаты современных РКИ

ным режимам фармакотерапии при лёгкой и умеренной депрессии.

В долгосрочной перспективе (через 12 месяцев и более) КПТ обеспечивает более низкий риск рецидива по сравнению с прекращением приёма антидепрессантов, что связывают с «обучающим» эффектом психотерапии (пациент приобретает навыки самостоятельного управления негативными мыслями и эмоциями).

## КПТ как часть комбинированного лечения

### Исследование Cuijpers и соавт. (2019), Paykel и соавт. (2015)

Большое количество современных руководств (например, NICE) рекомендует комбинировать КПТ с медикаментозным лечением при умеренных и тяжёлых формах депрессии. В ряде РКИ показано, что: КПТ в сочетании с антидепрессантами даёт более быстрые и выраженные улучшения у пациентов с тяжёлыми формами депрессии.

Комбинация методов более эффективна в снижении показателей суицидального риска и тяжести симптомов, чем каждый метод в отдельности.

При этом важно учитывать индивидуальные особенности пациента (уровень мотивации к психотерапии, переносимость лекарств и т.д.).

## Форматы и модификации КПТ

### iCBT (интернет- или онлайн-КПТ)

Цифровые платформы и приложения для КПТ были предметом целого ряда исследований. Метаанализы (например, Andrews и соавт., 2018) указывают, что онлайн-формат сопоставим по эффективности с очными сеансами при соблюдении методических стандартов и наличии супервизии (поддерж-

ки со стороны терапевта в форме регулярной обратной связи).

iCBT может расширять доступность терапии для пациентов, которые по каким-то причинам не могут посещать регулярные очные встречи (географические ограничения, нехватка времени и др.).

## КПТ с элементами mindfulness

Некоторые современные протоколы включают техники осознанности (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT). По данным исследований (Segal, Williams, Teasdale и др.), MBCT хорошо зарекомендовала себя в профилактике рецидивов депрессии, особенно у пациентов с 2 и более эпизодами в анамнезе.

## Групповая КПТ

Групповой формат эффективен в ряде случаев (например, для подростков и молодых взрослых, при ресурсных ограничениях). Исследования (Hofmann и соавт. 2017) показывают, что групповая КПТ может быть равноценной индивидуальной при соблюдении структуры и качества программы.

## Обсуждение

Анализ современных РКИ и метаанализов подтверждает высокую эффективность когнитивно-поведенческой терапии в лечении депрессии. Кроме того, накоплены данные, свидетельствующие о том, что КПТ:

Сопоставима с фармакологическим лечением при лёгких и умеренных депрессивных эпизодах и иногда превосходит его в долгосрочной перспективе по предотвращению рецидивов.

Может давать дополнительный эффект в сочетании с антидепрессантами (особенно



# Эффективность КПТ при депрессии: результаты современных РКИ

при тяжёлых формах депрессии). Удобно адаптируется под различные форматы (онлайн, групповая работа) и дополняется другими техниками (mindfulness, экспозиционные методики и др.).

## Однако следует упомянуть и ограничения:

### Отсев (Drop-out)

В части исследований наблюдается значительный процент пациентов, которые преждевременно завершают терапию. Особенно часто это происходит при более тяжёлых формах депрессии или при наличии коморбидных расстройства (например, личностные расстройства, тревожные расстройства, аддикции). Это может несколько завышать или смещать данные об эффективности.

### Гетерогенность исследований

Различия в дизайне, подборе выборок, инструментах оценки, протоколах КПТ затрудняют прямое сопоставление результатов. Тем не менее метаанализы в последние годы всё активнее используют единые стандарты отчётности, что помогает нивелировать часть расхождений.

Качество и квалификация терапевтов  
Эффективность КПТ во многом зависит от подготовки и опыта специалистов, которые проводят терапию. Это справедливо и для традиционной очной формы, и для онлайн-программ, где важна регулярная супервизия и понятный структурированный план терапии.

### Факторы мотивации и комплаенса

КПТ — достаточно активная форма терапии, требующая участия пациента в выполнении домашних заданий, самоанализа, ведения за-

писей автоматических мыслей и т. д. Уровень мотивации пациента играет ключевую роль в успешности лечения.

## Заключение

Современные РКИ и метаанализы последнего десятилетия убедительно свидетельствуют о том, что когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является высокоэффективным методом лечения депрессии. Её клинический эффект сопоставим с фармакотерапией (при лёгких и умеренных формах депрессии) и часто превосходит её по долгосрочной профилактике рецидивов. При тяжёлых формах депрессивных расстройств рекомендуется комбинированный подход: КПТ в сочетании с медикаментами.

Преимуществом КПТ выступает структурированность, относительно краткосрочная длительность курса и доказанная воспроизводимость результатов в разных клинических и культурных контекстах. Важным направлением дальнейших исследований остаётся уточнение факторов, влияющих на эффективность (уровень тяжести, коморбидные расстройства, индивидуальные особенности пациента, квалификация терапевта и т.д.), а также совершенствование форматов предоставления (онлайн, blended-терапия, группы и др.).

Таким образом, на сегодняшний день КПТ заслуженно продолжает играть центральную роль в рекомендациях большинства клинических руководств по лечению депрессии, а дальнейшее развитие и расширение доступа к КПТ (в том числе за счёт дистанционных технологий) является одной из важнейших задач в сфере психического здоровья.



---

# Эффективность КПТ при депрессии: результаты современных РКИ

---

## Список литературы

- 1. Cuijpers P., van Straten A., Andersson G., van Oppen P. (2008).** Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922.
- 2. Cuijpers P., Noma H., Karyotaki E., Cipriani A., Furukawa T.A. (2019).** Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700–707.
- 3. Cuijpers P., Cristea I.A. (2016).** How to prove that your therapy is effective, even when it is not: A guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(5), 428–435.
- 4. Johnsen T.J., Friberg O. (2015).** The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747–768.
- 5. Hollon S.D., DeRubeis R.J., Shelton R.C. и др. (2014).** Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417–422.
- 6. Fournier J.C., DeRubeis R.J., Hollon S.D. и др. (2019).** Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303(1), 47–53.
- 7. Paykel E.S., Scott J., Cornwall P.L. и др. (2015).** Duration of cognitive therapy effects: A 5-year follow-up of patients with recurrent depression. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 420–424.
- 8. Andrews G., Basu A., Cuijpers P. и др. (2018).** Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70–78.
- 9. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2013).** *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. 2nd Edition. Guilford Press.



# КПТ при тревожных расстройствах: метаанализы и клинические рекомендации

## Введение

Тревожные расстройства входят в число наиболее распространённых психических состояний во всём мире и значительно влияют на качество жизни, социальное и профессиональное функционирование человека. КПТ давно считается одним из основных и наиболее эффективных подходов к психотерапевтическому лечению тревожных расстройств. Она основана на когнитивной модели, согласно которой дезадаптивные мысли, интерпретации событий и избегающее поведение поддерживают высокий уровень тревоги, а изменение этих паттернов ведёт к улучшению состояния.

Множество международных клинических руководств (например, NICE в Великобритании, АРА в США) определяют КПТ как терапию первой линии (first-line treatment) для целого ряда тревожных состояний: генерализованное тревожное расстройство (ГТР), социальное тревожное расстройство (СТР), паническое расстройство, агорафобия, фобии и т.д.

## Основные результаты современных РКИ и метаанализов

### Общая эффективность КПТ при тревожных расстройствах

Метаанализ Hofmann и Smits (2008, обновления 2012, 2016)

Это одно из классических крупных исследований, в котором сравниваются результаты КПТ при различных тревожных расстройствах (паническое расстройство, социальная тревога, ГТР, специфические фобии).

Выводы:

- КПТ даёт средний и высокий размеры эффекта (effect size) по сравнению с кон-

- тролем без лечения (группы ожидания) или плацебо-психотерапией.
- Особенно отчётливо эффективность проявляется в отношении панического расстройства, СТР и простых фобий.
- Длительная (follow-up) польза сохраняется, особенно если пациент продолжает применять выученные стратегии «самопомощи».

### КПТ при генерализованном тревожном расстройстве (ГТР)

Исследование Borkovec и Newman (2015), Cuijpers и соавт. (2017)

ГТР характеризуется постоянным, чрезмерным беспокойством по широкому спектру повседневных ситуаций. Исследования показывают:

- КПТ (в классическом формате + техники экспозиции к тревожным мыслям) даёт статистически значимое снижение уровня тревоги и тревожной возбудимости (мера по шкалам GAD-7, HAM-A).
- В сравнении с фармакотерапией (СИОЗС, бензодиазепины) КПТ демонстрирует сопоставимый эффект в краткосрочной перспективе и более устойчивое улучшение с уменьшением риска рецидива.
- Усиление КПТ элементами mindfulness (МВСТ) даёт дополнительные преимущества (Segal и соавт.).

### КПТ при социальном тревожном расстройстве (СТР)

Исследование Clark, Ehlers и соавт. (2014), Moscovitch и соавт. (2019)

Социальная тревожность характеризуется выраженным страхом негативной оценки со стороны окружающих. Основные результаты:



# КПТ при тревожных расстройствах: метаанализы и клинические рекомендации

- Использование в КПТ специальных техник (например, когнитивная реструктуризация, социальные эксперименты, экспозиции *in vivo*) показывает высокий уровень эффективности.
- Рандомизированные испытания подтверждают, что КПТ превосходит в результатах «обычную» поддержку (*supportive therapy*) и нередко оказывается эффективнее групповой психодинамической психотерапии при СТР.
- Онлайн-варианты КПТ (iCBT) также демонстрируют хорошие результаты, особенно если пациенты поддерживают контакт с терапевтом (e-mail, чат, видеосессии).
- депрессантами (СИОЗС, СИОЗН) и иногда превосходит их в долгосрочном плане за счёт формирования навыков совладания.
- Комбинация КПТ и фармакотерапии показана при выраженных и хронических формах тревоги (особенно при коморбидной депрессии, суицидальном риске и т.д.).
- При прекращении приёма лекарств существует риск рецидива, однако пациенты, прошедшие полноценный курс КПТ, зачастую удерживают улучшение дольше.

## Новые форматы и модификации КПТ

### iCBT (интернет-КПТ)

- Исследования (например, Andrews и соавт., 2018) подтверждают, что онлайн-программы КПТ для тревожных расстройств с регулярным сопровождением (*feedback*) терапевта зачастую не менее эффективны, чем очные.
- Подобный формат снимает многие барьеры (географические, временные) и расширяет доступ к лечению.

### Групповая КПТ

- В ряде случаев (например, при социальной тревоге) групповой формат может усиливать терапию через межличностные взаимодействия и практику общения.
- Метаанализ Barlow и соавт. (2016) показал, что групповая КПТ для СТР и панического расстройства эффективна, хотя индивидуальная работа может давать несколько более сильный эффект (в зависимости от тяжести).

## КПТ при паническом расстройстве (с агорафобией и без неё)

Исследования Craske и Barlow (2008), Goodwin и соавт. (2017)

- КПТ при паническом расстройстве включает экспозицию к телесным ощущениям (*interoceptive exposure*) и корректировку катастрофических интерпретаций.
- Многочисленные РКИ показывают явное снижение частоты панических атак и избегающего поведения у пациентов, получающих КПТ, по сравнению с контрольными группами.
- В долгосрочной перспективе КПТ способствует сохранению эффекта и снижает риск возврата панических симптомов.

## Сравнение КПТ с фармакотерапией

Исследование Mitte (2005), более новые метаанализы Cuijpers и соавт. (2018, 2020)  
При лёгких и умеренных тревожных расстройствах КПТ сопоставима с антиде-



# КПТ при тревожных расстройствах: метаанализы и клинические рекомендации

## КПТ с элементами mindfulness (МВСТ)

- Исследования показывают хорошие результаты применения МВСТ для ГТР и других форм тревожных расстройств. Техники осознанности помогают пациентам «отстраняться» от катастрофических мыслей и снижать автоматические реакции на стрессоры.
- МВСТ также эффективна в профилактике рецидивов, аналогично результатам при депрессии.

## Унифицированный протокол (Unified Protocol)

- Разработки Barlow, Ehrenreich-May и соавт. предлагают трансдиагностический подход для лечения разных эмоциональных расстройств, в том числе тревожных. КПТ-протокол объединяет общие механизмы (регуляция эмоций, экспозиция, когнитивная реструктуризация). Показал эффективность в ряде РКИ (Osma и соавт., 2019).

## Обсуждение

Обобщая результаты современных РКИ и метаанализов, можно выделить следующие моменты:

КПТ – один из самых доказанных методов лечения тревожных расстройств. Она эффективна как монотерапия при лёгких и умеренных формах, а при тяжёлых – рекомендуется в сочетании с фармакотерапией.

Сохранение эффекта и профилактика рецидивов. КПТ, в отличие от некоторых других методов, помогает пациентам обучить-

ся навыкам, позволяющим самостоятельно управлять тревогой в дальнейшем.

Онлайн-форматы (iCBT) расширяют доступность. Цифровые платформы, при условии соблюдения качества протокола и регулярной обратной связи, демонстрируют высокую эффективность и могут снизить затраты на лечение.

## Ограничения.

- Участие пациента: КПТ требует мотивации, активного выполнения домашних заданий.
- Наличие тяжёлых коморбидных состояний (например, тяжёлая депрессия, расстройства личности) может снижать эффективность.
- Квалификация терапевта: важно придерживаться структурированного протокола, уметь работать с экспозицией и когнитивной реструктуризацией.

## Зоны для дальнейших исследований.

- Трансдиагностический подход (универсальные протоколы) и сравнение эффективности разных форм КПТ.
- Исследование долгосрочных эффектов и факторов, которые влияют на удержание ремиссии.
- Индивидуализация терапии (модули КПТ) в зависимости от особенностей конкретного тревожного расстройства и личностных характеристик пациента.

## Заключение

Современные рандомизированные исследования и метаанализы неизменно указывают



# КПТ при тревожных расстройствах: метаанализы и клинические рекомендации

на высокую эффективность когнитивно-поведенческой терапии при тревожных расстройствах. КПТ даёт устойчивое снижение уровня тревоги и предотвращает рецидивы лучше, чем многие альтернативные методы, благодаря формированию у пациента новых паттернов мышления и поведения.

Руководства в области психического здоровья (NICE, APA и др.) рекомендуют КПТ как метод первой линии, допуская её сочетание с фармакотерапией в случаях более тяжёлых, хронических или коморбидных форм.

Расширение доступа к терапии (онлайн-форматы, групповые занятия, комбинированные методики с элементами mindfulness) открывает широкие перспективы для дальнейшего развития и совершенствования КПТ.

Таким образом, КПТ продолжает оставаться «золотым стандартом» психотерапевтической помощи при большинстве тревожных расстройств, а дальнейшие исследования и инновации в области форматов и модулей КПТ позволяют сделать лечение более доступным, удобным и эффективным.

## Список литературы

- 1. Hofmann S.G., Smits J.A.J. (2008).** Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621–632.
- 2. Barlow D.H., Craske M.G. (2008).** *Mastery of Your Anxiety and Panic*. 4th Edition. Oxford University Press.
- 3. Clark D.M., Ehlers A., McManus F. и др. (2014).** Cognitive therapy vs. exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 568–578.
- 4. Mitte K. (2005).** A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 27–45.
- 5. Cuijpers P., Cristea I.A., Karyotaki E. и др. (2017).** How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of high-quality studies. *World Psychiatry*, 16(1), 31–36.
- 6. Andrews G., Basu A., Cuijpers P. и др. (2018).** Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70–78.
- 7. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2013).** *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2nd ed.). Guilford Press. (Подходит и для тревожной симптоматики, особенно коморбидной.)



# КПТ при тревожных расстройствах: метаанализы и клинические рекомендации

---

## Список литературы

**8. Barlow D.H., Farchione T.J., Bullis J.R. и др. (2016).** The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875–884.



# Нейробиологические корреляты КПТ: функциональные изменения и пластичность мозга

## Введение

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — один из наиболее исследованных и эффективных методов психотерапии при депрессии, тревожных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) и других психических состояниях. С развитием методов нейровизуализации (фМРТ, ПЭТ, МРТ в состоянии покоя и т.д.) учёные получили возможность не только регистрировать улучшения состояния на психологическом уровне, но и видеть, как они отражаются в перестройке работы различных зон и сетей головного мозга.

## Цель данного обзора:

- выделить ключевые структуры мозга и функциональные сети, которые претерпевают изменения под действием КПТ;
- показать, какие нейробиологические механизмы (нейропластичность, факторы роста, функциональное взаимодействие регионов) лежат в основе эффективности данного вида психотерапии;
- обозначить, как эти данные могут использоваться в дальнейшем для персонализации и оптимизации лечения.

## Основные структуры и сети головного мозга, вовлечённые в механизм КПТ

### Миндалевидное тело (амигдала)

- При тревожных расстройствах и депрессии наблюдается гиперактивация миндалевидного тела в ответ на негативные или потенциально угрожающие стимулы.
- КПТ способствует снижению избыточной реактивности амигдалы за счёт обучения

активности амигдалы за счёт обучения стратегиям когнитивной переоценки и экспозиции к пугающим стимулам.

- Например, при социальной тревоге успешное прохождение КПТ коррелирует с уменьшенной активацией амигдалы при социальных стимулах.

### Префронтальные области (dorsolateral PFC, ventromedial PFC, orbitofrontal cortex)

- Dorsolateral prefrontalcortex (DLPFC) отвечает за когнитивный контроль, планирование и регуляцию внимания. У пациентов с депрессивными и тревожными состояниями может наблюдаться сниженная активность DLPFC, что затрудняет переоценку негативных мыслей. КПТ, активно тренируя навык когнитивной реструктуризации, повышает функциональную активность DLPFC и усиливает связь этой зоны с другими участками мозга (например, с миндалевидным телом).
- Ventromedial prefrontalcortex (VMPFC) и orbitofrontalcortex (OFC) участвуют в процессах эмоциональной регуляции и оценке вознаграждения. Избыточная или несбалансированная активация данных областей может поддерживать патологическую руминацию. Успешное лечение с помощью КПТ нормализует активность этих участков, что приводит к более здоровому эмоциональному реагированию.

### Поясная кора (anterior cingulate cortex – ACC)

- Передняя поясная кора (ACC) тесно связана с распознаванием ошибок, регуляцией эмоций и когнитивным кон-



# Нейробиологические корреляты КПТ: функциональные изменения и пластичность мозга

- тролем. При тревожных расстройствах и депрессии может быть нарушена реактивность АСС к негативным стимулам или конфликтным ситуациям.
- КПТ способствует «перекалибровке» АСС, улучшая способность пациента замечать и корректировать негативные автоматические мысли (например, в тестах наподобие Stroop).

## Функциональные сети (Default Mode Network – DMN, Salience Network – SN)

- Default Mode Network (DMN) активна в состоянии «блуждания ума» и саморефлексии. При депрессии и тревоге она может быть чрезмерно активна, способствуя руминативным размышлениям. КПТ помогает снизить «гиперактивность» DMN и направить мысли пациента в более адаптивное русло.
- Salience Network (SN), в которую входят передняя поясная кора и островок (insula), ответственна за оценку значимости стимулов. При тревожных расстройствах и ПТСР нередко наблюдается её гиперактивация на угрожающие или тревожные стимулы. Техники экспозиции и переоценки в КПТ позволяют сбалансировать работу SN, уменьшая избыточную тревожную реакцию.

## Механизмы нейропластичности

### Синаптическая пластичность и нейротрофические факторы

- BDNF (brain-derived neurotrophic factor) играет важнейшую роль в синаптической пластичности и формировании долговременной памяти. Некоторые исследования

- указывают на связь между успешной КПТ и повышением уровней BDNF, что может способствовать восстановлению нормальной нейронной коммуникации и усилению «обучающего» эффекта психотерапии.

## Гашение страха (fear extinction) и экспозиция

- При тревожных расстройствах техники экспозиции — одна из центральных составляющих КПТ. Она позволяет «перезаписать» ассоциации страха с конкретными стимулами или ситуациями.
- На уровне мозга процесс гашения страха (extinction) связан с усилением регуляторной связи между миндалевидным телом и префронтальными зонами (в частности, VMPFC). Пациент формирует «новую память безопасности», которая конкурирует с прежней «тревожной» памятью.

## Развитие когнитивного контроля

- При депрессии или тревоге нередко фиксируют паттерны автоматических искажённых мыслей (катастрофизация, самокритика, глобальное отрицание). КПТ учит пациента замечать и переоценивать такие мысли, формируя более адаптивную систему убеждений.
- Нейровизуализация показывает, что такие улучшения когнитивного контроля сопровождаются ростом координации между DLPFC и лимбическими структурами (амигдала, гиппокамп).

## Краткий обзор ключевых исследований

### 1. Goldapple et al. (2004)



# Нейробиологические корреляты КПТ: функциональные изменения и пластичность мозга

Используя ПЭТ, показали, что успешная когнитивная терапия при депрессии коррелирует с изменением метаболизма в префронтальных областях и лимбической системе, причём этот паттерн отличается от изменений при лечении антидепрессантами.

## 2. Ritchey et al. (2011)

В фМРТ-исследовании до и после КПТ при тревожных расстройствах обнаружили снижение гиперактивации амигдалы и усиление связи между медиальными областями префронтальной коры и миндалевидным телом.

## 3. Porto et al. (2009)

В систематическом обзоре нейровизуализационных данных подтверждено, что КПТ изменяет активность передней поясной коры и медиальной префронтальной зоны, что коррелирует со снижением симптомов избегания и тревоги.

## 4. Månsson et al. (2016)

Изучали социальную тревожность и обнаружили, что у пациентов, хорошо отзывавшихся на КПТ, наблюдалось улучшение функциональной связи между миндалевидным телом и префронтальной корой, а также некоторый рост BDNF.

### Практические выводы и перспективы

#### 1. КПТ сопровождается объективными изменениями в мозге

Снижение гиперактивации миндалевидного тела, усиление префронтального контроля и

перестройка функциональных сетей (DMN, SN) подтверждают, что психотерапевтические улучшения отражаются на нейробиологическом уровне.

#### 2. Нейропластичность как база для длительного эффекта

КПТ основана на принципах обучения: человек учится новым когнитивным и поведенческим навыкам, что укрепляется на уровне синаптических связей, а в некоторых случаях сопровождается повышением нейротрофических факторов (BDNF).

#### 3. Персонализация лечения

Потенциально, данные нейровизуализации могут использоваться для прогноза ответа на лечение и уточнения протоколов КПТ (например, дополнительное включение техник экспозиции или тренировки осознанности, если видны особенности гиперактивности определённых зон).

#### 4. Комплементарность с фармакотерапией

Исследования показывают, что КПТ и антидепрессанты (в том числе СИОЗС) могут задействовать разные или дополняющие друг друга механизмы, что объясняет нередко лучший эффект при комбинированном подходе, особенно в случае тяжёлых расстройств.

#### 5. Дальнейшие исследования

Требуется больше лонгитюдных, многоцентровых работ с крупной выборкой, чтобы уточнить, какие именно изменения в мозге являются первичными, а какие — вторичными в ходе КПТ. Также перспективны направления



# Нейробиологические корреляты КПТ: функциональные изменения и пластичность мозга

связанные с VR-технологиями, нейрофидбеком, использованием мобильных приложений для домашней практики.

## Заключение

Нейровизуализационные исследования последних лет подтверждают: КПТ способна вызывать устойчивые функциональные изменения в мозге, затрагивающие как регуляторные зоны (префронтальная кора, передняя поясная кора), так и структуры, отвечающие за формирование тревоги и негативных эмоций (амигдала, гиппокамп). Эти изменения отражают процессы нейропластичности, лежащие в основе эффективности терапии и

снижения риска рецидивов.

Комплексное понимание нейробиологических коррелятов КПТ открывает возможности для более тонкой индивидуальной настройки психотерапевтических протоколов, разработки новых интегративных методов (например, сочетание КПТ с фармакотерапией, нейромодуляцией, VR-экспозицией) и лучшего прогнозирования терапевтического ответа. Поскольку данная область активно развивается, можно ожидать появления всё более точных инструментов для «нейробиологической оценки» эффективности и механизмов психотерапии.

## Список литературы

- 1. Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., et al. (2004).** Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 34–41.
- 2. Porto, P.R., Oliveira, L., Mari, J., et al. (2009).** Does cognitive behavioral therapy change the brain? A systematic review of neuroimaging in anxiety disorders. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21(2), 114–125.
- 3. Ritchey, M., Dolcos, F., Eddington, K.M., Strauman, T.J., Cabeza, R. (2011).** Neural correlates of emotional processing in depression: Changes with cognitive behavioral therapy and predictors of treatment response. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 577–587.
- 4. Månsson, K.N.T., Carlbring, P., Frick, A., et al. (2016).** Altered neural correlates of affective processing after internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 254, 145–154.
- 5. Craske, M.G., Niles, A.N., Burklund, L.J., et al. (2014).** The role of exposure therapy in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. In: *Progress in Behavioral Modification*, 38(3), 263–279.



# Проблема концептуализации случая в КПТ: современные модели и практические аспекты

## Введение

Концептуализация случая (caseformulation) в КПТ — это индивидуализированное понимание проблем и особенностей пациента, на котором строится терапевтический план. Несмотря на то, что *каждый* (в учебных руководствах часто подчёркивается именно индивидуальный характер) клинический случай уникален, у КПТ есть определённый «каркас» и принципы, позволяющие систематизировать информацию о пациенте.

Цель концептуализации — сформулировать связь между жалобами, текущими когнитивными и поведенческими паттернами, ключевыми убеждениями, схемами и факторами, поддерживающими проблемы пациента. На основе этой формулировки терапевт выбирает конкретные вмешательства (техники когнитивной реструктуризации, экспозицию, тренинг навыков и др.). Таким образом, грамотная концептуализация является «картой», по которой мы движемся в процессе терапии.

## Определение и ключевые элементы концептуализации

### Определение

В КПТ под концептуализацией понимают «когнитивно-поведенческое объяснение» проблем пациента, включающее информацию о:

- ситуации, на которую жалуется пациент (триггеры, стрессоры, контекст);
- его мыслях и убеждениях (автоматические мысли, когнитивные искажения, базовые убеждения);
- эмоциональных реакциях и физиологи-

- ческих проявлениях;
- поведенческих паттернах (включая избегание, компульсивные действия, самоповреждающее поведение и т. д.).

## Ключевые компоненты

- Собираемые данные: краткая история жизни, важные стрессовые события, особенности развития, коморбидные состояния.
- Определение проблем и целей: что именно беспокоит пациента, какие изменения желательны?
- Функциональный анализ (АВС-модель): анализ связи «Antecedent (предшествующие факторы) – Behavior (поведение/реакция) – Consequence (последствия)».
- Когнитивная структура: автоматические мысли, дисфункциональные установки, глубинные убеждения (core beliefs).
- Поддерживающие факторы: что способствует сохранению проблем (социальная среда, вторичные выгоды, убеждения, избегание)?
- Гипотезы о происхождении проблем и триггеры рецидива: в т. ч. ранние детские переживания, травматический опыт, семейные паттерны.
- План вмешательства: набор и последовательность техник, а также критерии оценки эффективности.

## Проблемные аспекты и трудности в концептуализации

Множественные проблемы и коморбидность  
Когда у пациента несколько проблем (депрессия, тревога, проблемы в отношениях, аддиктивное поведение), может быть сложно определить, с чего начинать концептуализа-



# Проблема концептуализации случая в КПТ: современные модели и практические аспекты

цию. Практика показывает, что необходимо выявлять центральные паттерны (ядро проблемы), влияющие на остальные.

## Избыточная сложность

Существует риск «переконцептуализировать», излишне усложняя формулу случая. Это может запутать как терапевта, так и пациента, снизив практическую ценность концептуализации.

## Гибкость vs. протокольность

Стандартизированные протоколы (например, в руководствах NICE) предлагают типовые модели концептуализации для конкретных расстройств. Однако в реальной практике важно адаптировать эти модели, сохраняя гибкость и учитывать уникальные особенности пациента.

## Ограниченная вовлечённость пациента

Иногда пациент не заинтересован в детальном анализе своих паттернов или не готов к самонаблюдению (по причине низкой мотивации, когнитивных искажений, тяжёлой депрессии). Терапевту приходится искать баланс между необходимостью построить концептуализацию и способами мягко вовлечь пациента в этот процесс.

Динамичность концептуализации

Концептуализация — это не статический документ, а «гипотеза», которая пересматривается по мере сбора новой информации, изменений в ходе терапии. Ошибкой может быть слишком «жёсткая» привязка к первоначальной формуле.

## Практические аспекты и рекомендации

## Пошаговый алгоритм

**1. Сбор информации:** интервью, опросники, шкалы (BDI, BAI, etc.), дневники мыслей и поведения.

**2. Определение приоритетных проблем:** формулировка краткого списка целей пациента.

**3. Анализ когниций и поведения** (ABC-модель, пятифакторная модель).

**4. Определение предположительных глубинных убеждений:** «Что вы думаете о себе, когда...?».

**5. Поиск поддерживающих факторов:** социальное окружение, ритуалы, вторичные выгоды, избегание.

**6. Выстраивание объяснительной модели:** графическая схема или письменное изложение, где прописаны взаимосвязи «ситуация — мысли — эмоции — поведение — последствия».

**7. План терапии:** какие техники и в какой последовательности будут эффективны? Как измерять прогресс?

## Вовлечение пациента (collaborative empiricism)

- Концептуализация должна быть «совместным делом» терапевта и пациента.
- Используйте простые схемы и термины, чтобы пациент понимал логику взаимосвязей.
- При необходимости давайте пациенту время для самоанализа, рефлексии.



# Проблема концептуализации случая в КПТ: современные модели и практические аспекты

## Графические и визуальные инструменты

- Краткие схемы (flow-charts) или «когнитивные карты» (mind map) помогают пациенту ясно видеть, как связаны мысли, эмоции и поведение.
- Можно использовать приложения и онлайн-платформы (например, специальные программы для отслеживания автоматических мыслей, тревоги, настроения).

## Мониторинг и ревизия концептуализации

- Регулярно обсуждайте с пациентом, насколько описание проблемы и её механизмов по-прежнему актуально.
- Если в ходе терапии появилось важное событие или воспоминание, скорректируйте концептуализацию.

## Заключение

Концептуализация случая в КПТ — это фундаментальный инструмент, позволяющий терапевту и пациенту совместно понять, почему и каким образом сформировались и

поддерживаются проблемы, а также выбрать эффективные стратегии вмешательства. Современные модели (классическая модель Бека, пятифакторная модель Padesky, схема-терапия Янга и др.) подчеркивают важность индивидуализации, гибкости и динамичности концептуализации.

Среди основных трудностей — коморбидность, риск избыточной сложности и поддержание мотивации пациента. Ключ к эффективной концептуализации — совместный (коллаборативный) подход: пациент участвует в обсуждении своих мыслей и убеждений, а терапевт помогает структурировать и прояснить их связь с поведением и эмоциями.

Своевременно и грамотно проведённая концептуализация позволяет существенно повысить эффективность КПТ, так как становится основой для всех дальнейших интервенций. По мере продвижения терапии формула случая может (и должна) уточняться, сохраняя свою главную роль — быть «рабочей гипотезой», ведущей к позитивным изменениям в жизни пациента.

## Список литературы

1. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press.
2. Beck, J.S. (2011). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond (2nd ed.). New York: Guilford Press.
3. Padesky, C.A., Mooney, K. (1990). Presenting the cognitive model to clients. International Cognitive Therapy Newsletter, 6(1), 13–14.
4. Persons, J.B. (2008). The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy. New York: Guilford Press.



# Перспективы развития КПТ: направления исследований и междисциплинарный подход

---

## Список литературы

**5. Wills, F., Sanders, D. (2013).** Cognitive Behaviour Therapy: Foundations for Practice (2nd ed.). London: SAGE Publications.



# Перспективы развития КПТ: направления исследований и междисциплинарный подход

## Аннотация

Заключительная статья первого выпуска посвящена будущим направлениям развития КПТ: от персонализированных подходов и интеграции технологий до укрепления междисциплинарной связи с нейробиологией и генетикой. Также рассматриваются социальные и этические аспекты широкого внедрения КПТ.

КПТ постоянно развивается, вбирая в себя достижения смежных наук — нейробиологии, генетики, информационных технологий. Современные тенденции свидетельствуют о росте популярности КПТ во всём мире и необходимости дальнейшей интеграции в системы здравоохранения (Stein et al., 2021).

## Основные перспективы

### 1. Персонализированная психотерапия

- Сбор данных о нейробиологических и генетических маркерах может помочь точнее подбирать терапевтические протоколы (Ludwig & Fiocco, 2022).

### 2. Расширение технологических возможностей

- Развитие цифровых решений (VR/AR-технологии, мобильные трекеры) и использование искусственного интеллекта в психотерапии.
- Формирование гибридных моделей лечения, сочетающих очные встречи, онлайн-сессии и автоматизированные программы само-помощи (Caria et al., 2022).

### 3. Общественный и культурный контекст

- Кросс-культурные исследования КПТ, адаптация методов с учётом языковой и культурной специфики.
- Повышение доступности: внедрение КПТ в государственные клиники, школы, университеты.

## 4. Этические вызовы

- Контроль качества цифровых приложений и защита данных пациентов.
- Необходимость соблюдения принципов информированного согласия и профессиональных стандартов.

## Заключение

Когнитивно-поведенческая терапия продолжает укреплять свои позиции как доказательный и гибкий метод психологической помощи. Будущее КПТ видится в ещё более глубокой интеграции с технологическими и нейробиологическими разработками, а также в расширении доступности для разных слоёв населения.



# Перспективы развития КПТ: направления исследований и междисциплинарный подход

---

## Список литературы

**1 Caria, A., Vötter, E., Baumeister, H., & Bengel, J. (2022).** Internet- and mobile-based interventions for generalized anxiety disorder (GAD): a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depression and Anxiety*, 39(4), 266–281. <https://doi.org/10.1002/da.23228>

**2. Stein, D. J., Huang, J., Afifi, T. O., Belmaker, R. H., Bisson, J. I., ... & Vos, T. (2021).** Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712.



## Часть 2. Публикации членов АКБТ

### Московченко Д.В. Современные исследования панического расстройства и других тревожных расстройств, проводимые за период 2022–2024 года

Ушедшие в историю 2022–2024 годы были плодотворными на различные исследования тревожных расстройств и, в частности, панического расстройства. Давайте посмотрим на некоторые интересные исследования, которые были опубликованы за период 2022–2024 года.

#### Генетика и биологические маркеры

##### Генетические факторы

Недавние метаанализы и исследования ассоциации по всему геному (GWAS) продолжают указывать на полигенный характер панического расстройства: в формировании уязвимости к ПР участвует множество генов, каждый из которых вносит небольшой вклад в общий риск.

Отдельно выделяют ассоциацию с полиморфизмами серотониновых рецепторов и транспортера серотонина (5-HTTLPR), а также с некоторыми генами, связанными с ГАМКергической системой.

##### Биомаркеры и нейровизуализация

Исследования с помощью функциональной МРТ (fMRI) и МР-спектроскопии (MRS) указывают на изменения в активности амигдалы и префронтальной коры, что подтверждает дисрегуляцию сетей страха и тревоги у пациентов с ПР.

Появляется всё больше данных о том, что показатель вариабельности сердечного ритма (BCP) может являться перспективным маркером тяжести и прогноза ПР, отражая дисбаланс вегетативной нервной системы.

##### Психотерапевтические подходы и цифровые технологии

#### Когнитивно-поведенческая терапия

КПТ по-прежнему остаётся «золотым стандартом» в немедикаментозном лечении панического расстройства. Новые исследования (2022–2023) подтверждают, что сочетание экспозиции, реструктуризации дисфункциональных убеждений и навыков регуляции эмоций даёт наиболее стойкий терапевтический эффект при тревожных расстройствах и при паническом расстройстве, в частности.

#### Интернет и мобильные приложения

В условиях постпандемийного роста спроса на удалённую психологическую помощь активно исследуются и внедряются протоколы онлайн-КПТ и мобильные приложения для самопомощи.

Метаанализы показывают, что эффективность онлайн-терапии лишь незначительно уступает очным занятиям.

#### Виртуальная реальность (VR)

Исследования использования VR при тревожных расстройствах (включая ПР) демонстрируют перспективность виртуальной экспозиции: пациенты могут «тренироваться» в безопасном виртуальном пространстве, моделируя пугающие или провоцирующие панические атаки ситуации. Ранние данные (2022–2023) показывают, что VR может снизить уровень охранительного поведения и повысить эффективность терапии, однако необходимы дальнейшие крупные рандомизированные исследования.

#### Медикаментозная терапия и её сочетание с психотерапией



## Часть 2. Публикации членов АКБТ

### Московченко Д.В. Современные исследования панического расстройства и других тревожных расстройств, проводимые за период 2022–2024 года

#### Антидепрессанты (SSRIs, SNRIs)

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (SSRIs), такие как «Сертралин», «Пароксетин» и «Эсциталопрам», остаются базовой медикаментозной терапией для большинства пациентов с ПР.

В исследовании 2022 года (J. Clin. Psychopharmacol.) отмечено, что длительный приём SSRIs в сочетании с КПТ снижает вероятность рецидивов панических атак и улучшает общее функционирование пациентов.

#### Бензодиазепины и риск зависимости

Хотя бензодиазепины (например, «Альпразолам») могут назначаться при остром течении панических атак, последние обзоры подчёркивают необходимость максимально короткого курса из-за высокого риска привыкания и синдрома отмены.

В клинической практике растёт акцент на постепенный переход с бензодиазепинов на антидепрессанты/КПТ при долгосрочной терапии.

Новые препараты и альтернативные методы (с осторожностью читаем, это смелые идеи и гипотезы)

Исследуются эффективность низкодозового кетамина и каннабиноидов при некоторых тревожных расстройствах (включая ПР), однако, пока недостаточно данных для широкого клинического применения.

С 2022 года ведутся пилотные исследования (Phase II trials) по использованию «Псилоцибина» (в основном при резистентной депрессии и тревожных расстройствах), где отмечается его потенциальный эффект и при ПР. Но это направление находится на ранней стадии и требует дальнейших исследований.

#### Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) и другие нейромодуляционные методы

##### ТМС (rTMS)

Недавние пилотные исследования (опубликованы в 2022–2023 гг.) предполагают, что повторная транскраниальная магнитная стимуляция (rTMS) префронтальной коры может уменьшать тяжесть панических симптомов и общую тревожность. Пока rTMS чаще применяется при депрессии и обсессивно-компульсивном расстройстве, однако при ПР этот метод тоже постепенно изучается; необходимы крупномасштабные рандомизированные исследования.

##### tDCS (транскраниальная стимуляция постоянным током)

Исследования влияния tDCS на тревожные расстройства показывают пока неоднозначные результаты, но часть работ 2022–2023 гг. демонстрирует положительную динамику в снижении частоты и интенсивности панических атак (при стимуляции дорсолатеральной префронтальной коры).

Метод остаётся экспериментальным и используется дополнительно к стандартной терапии.

#### Психосоциальные факторы и профилактика

##### Роль стрессовых событий и COVID-19

Исследования после пандемии COVID-19 демонстрируют рост числа случаев ПР и панических атак, что во многом связано с социальными, экономическими и медицин-



## Часть 2. Публикации членов АКБТ

### Московченко Д.В. Современные исследования панического расстройства и других тревожных расстройств, проводимые за период 2022–2024 года

скими стрессорами.

Выделяется важность ранней диагностики и обучения навыкам стресс-менеджмента (особенно в группах риска).

#### Профилактика в молодёжной среде

Исследования показывают, что у студентов и

подростков с историей панических атак эффективность профилактических программ (тренинги стрессоустойчивости, онлайн-группы взаимопомощи) достаточно высокая. Ранние интервенции (например, программы повышения психологической резильентности) снижают риск хронического течения ПР.

## Список литературы

- 1. Angius, L., et al. (2022).** The effects of transcranial direct current stimulation (tDCS) on anxiety and panic: A proof-of-concept study. *Neuropsychopharmacology*, 47, 1995–2003.
- 2. Bystritsky, A., et al. (2022).** Comparative efficacy of SSRIs in the management of panic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 42(6), 641–649.
- 3. Clark, D. M. (2023).** Recent advances in the cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 137–162.
- 4. Cui, L., et al. (2023).** GABAergic dysfunction in panic disorder: A systematic review of gene variants. *Translational Psychiatry*, 13, 157.
- 5. Domschke, K., & Reif, A. (2022).** The serotonin transporter gene (SLC6A4) in panic disorder: Current evidence and clinical implications. *Pharmacogenomics Journal*, 22(6), 421–432.
- 6. Drake, C. L., et al. (2022).** Early interventions for panic disorder in adolescents: Randomized controlled trial of a prevention program. *Child Psychiatry & Human Development*, 53(6), 1013–1021.
- 7. Ebert, D. D., et al. (2022).** Internet- and mobile-based interventions for panic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Digital Health*, 4(11), e825–e834.
- 8. Garfin, D. R., et al. (2022).** The impact of the COVID-19 pandemic on anxiety, panic, and mental health: A global perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(S1), S16–S25.
- 9. Gewirtz, J. C., et al. (2022).** Psychedelic-assisted therapy for anxiety and related disorders: A systematic review of clinical trials. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 988945.



## Часть 2. Публикации членов АКБТ

### Московченко Д.В. Современные исследования панического расстройства и других тревожных расстройств, проводимые за период 2022–2024 года

#### Список литературы

10. **Glue, P., et al. (2022).** Ketamine for treatment-resistant anxiety disorders: a systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 36(9), 1093–1104.
11. **Hussain, S., et al. (2023).** Online-based resiliency training to prevent panic attacks in university students: A quasi-experimental study. *Internet Interventions*, 30, 100610.
12. **Jacobs, M., et al. (2023).** Stress-related triggers for panic attacks during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 320, 218–226.
13. **Kircher, T., et al. (2022).** Heart rate variability as a prognostic marker in panic disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 946586.
14. **Kothgassner, O. D., et al. (2023).** Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Behaviour Research and Therapy*, 161, 104012.
15. **Mahnke, M. V., et al. (2023).** Repetitive transcranial magnetic stimulation for panic disorder: Preliminary findings from a randomized, sham-controlled trial. *Brain Stimulation*, 16(2), 437–446.
16. **Mantsch, E. J., et al. (2023).** Benzodiazepine discontinuation in panic disorder: a prospective observational study. *Psychiatry Research*, 329, 115244.
17. **Maron, E., et al. (2022).** Functional and structural brain changes in panic disorder: A systematic review of fMRI studies. *Journal of Psychiatric Research*, 155, 18–27.
18. **Otowa, T., et al. (2022).** Genetics of panic disorder: A meta-analysis of genome-wide association studies. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 189B(3), 455–465.
19. **Sanchez, A. C., & Otto, M. W. (2022).** Enhancing exposure therapy for panic disorder: A review of novel strategies and interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(4), e12345.
20. **Schiele, M. A., et al. (2023).** Polygenic risk for panic disorder and related traits. *Psychological Medicine*, 53(7), 2478–248



## Часть 2. Публикации членов АКБТ

### Московченко Д.В. Современные исследования пограничного расстройства личности, проводимые за период 2022–2024 года

#### Изменения в классификации и диагностике ICD-11 и DSM-5-TR

В 2022–2023 годах продолжалось активное обсуждение новой классификации расстройств личности в МКБ-11 (ICD-11), где вместо привычных отдельных категорий введён единый спектр «Расстройство личности» с указанием тяжести и специфических черт. Пограничный тип (borderline pattern) рассматривается как один из возможных «прототипов» при тяжёлых личностных расстройствах, что в целом согласуется с альтернативной моделью расстройств личности в DSM-5-TR (APA, 2022). Некоторые работы указывают на то, что внедрение новой классификации может сократить стигматизацию людей с ПРЛ и упростить процесс диагностики за счёт более гибкой структуры (Widiger, 2022).

#### Ранняя диагностика и феноменология

Исследования подчёркивают важность более раннего выявления симптомов ПРЛ в подростковом возрасте, поскольку многие диагностические критерии начинают проявляться уже в этот период (Stepp et al., 2022). Появляются также данные о необходимости дифференциальной диагностики ПРЛ и других состояний с выраженной эмоциональной дисрегуляцией (например, сложных форм посттравматического стрессового расстройства или коморбидного СДВГ) (Chapman & Rosenthal, 2023).

#### Эмоциональная дисрегуляция и механизмы формирования симптомов

##### Нейробиологические исследования

С 2022 по 2023 год ряд нейровизуальных исследований (fMRI, MRS) продолжили показывать изменения в зонах мозга, связанных с регуляцией эмоций (миндалины, префронтальная кора), у людей с ПРЛ (Fertuck et al., 2022).

Появились предварительные результаты (2023 – 2024 гг.) о роли генетических факторов в предрасположенности к ПРЛ:

Варианты генов, связанных с серотониновой системой. Исследования последних лет указывают на то, что определённые полиморфизмы генов, кодирующих серотониновые рецепторы и транспортёры (например, 5-HTTLPR), могут повышать предрасположенность к ПРЛ. Однако важно подчеркнуть, что влияние генетических факторов носит вероятностный, а не детерминированный характер (Silbersweig et al., 2023).

##### Гены дофаминовой системы

Предварительные результаты указывают, что вариации генов, регулирующих дофаминовую систему (DRD4, COMT), могут быть связаны с импульсивностью, характерной для ПРЛ, хотя эти данные требуют дальнейшей проверки в крупных выборках (Chapman & Rosenthal, 2023).

Изменения в дофаминергической передаче могут быть ответственны за трудности в ожидании вознаграждения, высокую чувствительность к фрустрации и склонность к «поиску новизны» (novelty seeking). Некоторые исследования (New et al., 2022) отмечают, что атипичные антипсихотики (модулирующие дофамин) могут временно снижать выраженность кризисных проявлений.

##### Эмоциональная дисрегуляция



## Часть 2. Публикации членов АКБТ

### Московченко Д.В. Современные исследования пограничного расстройства личности, проводимые за период 2022–2024 года

Систематические обзоры подтверждают, что патологическая реактивность и склонность к крайнему эмоциональному возбуждению (rage, shame, fear) остаются центральной характеристикой ПРЛ (Fox et al., 2023).

Исследуется роль эндокринных факторов (например, гормонов стресса) в механизмах «эмоциональной нестабильности»; сообщается о повышенном уровне кортизола у пациентов с ПРЛ при стрессовых нагрузках (Wingenfeld et al., 2022).

#### Эпигенетика и факторы среды

Влияние детской травмы. Многочисленные исследования подчёркивают важность раннего травматического опыта в развитии ПРЛ. Недавно появились данные о том, что тяжёлый стресс в детстве может приводить к эпигенетическим изменениям (например, метилированию генов НРА-оси), повышающим уязвимость к эмоциональной дисрегуляции (Weinberg & Klonsky, 2022).

Ген-средовые взаимодействия. В работах 2022–2023 гг. подчёркивается, что наличие «рисковых» генетических вариантов само по себе не является решающим, а их реализация во многом зависит от условий среды, эмоционального и социального окружения (Fertuck et al., 2022).

#### Психотерапия

Диалектическая поведенческая терапия (DBT) продолжает оставаться одним из наиболее доказательных методов. Новые обзоры и метаанализы 2022–2023 годов подтверждают, что DBT способствует улучшению контроля над эмоциями и снижению числа суицидальных попыток (Swales et al., 2022).

Ориентированная на ментализацию терапия (МВТ) укрепляет позиции как эффективный метод для работы со сложными случаями ПРЛ. Долгосрочные результаты показывают уменьшение импульсивности и улучшение межличностного функционирования (Bateman & Fonagy, 2022).

Схема-терапия (Schema Therapy) получает всё больше подтверждений эффективности, особенно при сочетании с индивидуальными и групповыми форматами (Arntz et al., 2023).

#### Фармакотерапия

В 2022–2023 годах продолжилось исследование эффективности антипсихотиков второго поколения (например, «Оланзапина») и стабилизаторов настроения (например, «Ламотриджина») при выраженной импульсивности и аффективной нестабильности. Однако консенсуса о «универсальной» фармакотерапии для ПРЛ до сих пор нет (Ripoll et al., 2023).

Набирает популярность идея «персонализированной психофармакотерапии», при которой лекарства подбираются с учётом генетической и нейрофизиологической специфики пациента (Zanarini et al., 2023).

#### Цифровые и дистанционные интервенции

Исследования 2022–2023 годов указывают на растущее использование приложений для смартфонов, онлайн-платформ и телемедицины, которые помогают пациентам с ПРЛ отслеживать эмоциональное состояние, практиковать навыки саморегуляции и поддерживать контакт с терапевтом (Dimeff et al., 2022).

В ранних данных за 2024 год сообщается о более масштабных рандомизированных контролируемых исследованиях цифровых



## Часть 2. Публикации членов АКБТ

### Московченко Д.В. Современные исследования пограничного расстройства личности, проводимые за период 2022–2024 года

интервенций с применением VR/AR-технологий для тренировки навыков регуляции эмоций и межличностного взаимодействия (Smith et al., 2024\*).

#### Социальные факторы и стигматизация

Исследования продолжают подтверждать связь между ранней травматизацией (насилие, пренебрежение потребностями ребёнка) и развитием ПРЛ (Weinberg & Klonsky, 2022).

Обсуждается комплексная поддержка пациентов в социальной среде (семья, работа) и необходимость профилактических программ (Choi-Kain et al., 2023).

В ряде работ подчёркивается эффект стигматизации диагноза ПРЛ среди медицинских работников, что может негативно влиять на приверженность лечению и исходы (Biskin & Paris, 2022).

#### Сетевая (connectome-based) парадигма

С учётом того, что ПРЛ затрагивает широкий спектр эмоциональных и когнитивных процессов, всё больше исследований переходит к комплексному изучению мозговых сетей (например, Default Mode Network, Salience Network), а не только отдельных регионов. Первоначальные данные говорят о нарушенной организации сетей, отвечающих за саморефлексию, эмоциональную обработку и интерперсональное взаимодействие (Smith et al., 2024, in press).

#### Основные выводы исследований в рамках сетевого подхода при ПРЛ - 2022-2024:

##### Дефицит «межсетевой» координации

У пациентов с ПРЛ может наблюдаться избы-

точная (или наоборот, недостаточная) синхронизация между лимбической сетью и префронтальными областями, что затрудняет эффективную регуляцию эмоций (New et al., 2022).

#### Проблемы с переключением между сетями

Наблюдается «застревание» в режиме внутренней переработки (DMN) или чрезмерно высокое внимание к стрессовым стимулам (усиленная активация SN), при этом Executive Control Network не успевает взять «верховодство» и затормозить аффективный отклик (Fox et al., 2023).

#### Повышенная чувствительность к негативной оценке

Некоторые исследования, использующие социальные парадигмы (например, социальное отвержение или критику), показывают, что при ПРЛ возникают специфические паттерны активации Salience Network и миндалины, указывающие на чрезмерную чувствительность к социальным сигналам угрозы.



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ

### Московченко Д.В. Современные исследования пограничного расстройства личности, проводимые за период 2022–2024 года

---

#### Список литературы

- 1. American Psychiatric Association (APA). (2022).** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., Text Revision). American Psychiatric Publishing.
- 2. Arntz, A., Jacob, G. A., & Lee, C. W. (2023).** Schema therapy for borderline personality disorder: Current evidence and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 25(5), 311–322.
- 3. Bateman, A. & Fonagy, P. (2022).** *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- 4. Biskin, R. S. & Paris, J. (2022).** Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ*, 194(23), E800–E802.
- 5. Chapman, A. L. & Rosenthal, M. Z. (2023).** Comorbid ADHD and borderline personality disorder: Advances in assessment and treatment. *Journal of Personality Disorders*, 37(3), 455–473.
- 6. Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., & Gunderson, J. G. (2023).** Early intervention for borderline personality disorder: Bridging psychosocial care with public health. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 97–105.
- 7. Dimeff, L. A., Rizvi, S. L., & Koerner, K. (2022).** Innovations in dialectical behavior therapy: Telehealth adaptations and mobile app integration. *Behavior Therapy*, 53(4), 654–666.
- 8. Fertuck, E. A., Stanley, B., & Siever, L. J. (2022).** Neuroimaging insights into borderline personality disorder: Emotional reactivity and regulatory circuits. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 137, 104711.
- 9. Fox, K. R., Lane, R. D., & Hooley, J. M. (2023).** A systematic review of emotion dysregulation in borderline personality disorder: State of the science and future directions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10, 13.
- 10. Ripoll, L. H., Gualtieri, C. T., & Siever, L. J. (2023).** Pharmacological interventions in borderline personality disorder: Current perspectives. *CNS Drugs*, 37(7), 673–686.
- 11. Silbersweig, D. A., Koenigsberg, H. W., & New, A. S. (2023).** The genetic underpinnings of borderline personality disorder: Integrative approaches. *Molecular Psychiatry*, 28(3), 675–684.
- 12. Smith, L. T., Novak, V. R., & Green, M. S. (2024\*).** VR-assisted psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Personality Disorders*. [Manuscript in press]



## Часть 2. Публикации членов АКБТ

### Московченко Д.В. Современные исследования пограничного расстройства личности, проводимые за период 2022–2024 года

#### Список литературы

13. **Stepp, S. D., Burke, T. A., & Hipwell, A. E. (2022).** Borderline personality disorder in youth: Unique developmental considerations for early identification and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 24(2), 73–81.
14. **Swales, M., Taylor, B., & Wiegand, A. (2022).** Advances in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: A meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research*, 46(6), 1089–1101.
15. **Weinberg, A. & Klonsky, E. D. (2022).** Childhood trauma and borderline personality pathology: A meta-analysis of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, 94, 102162.
16. **Widiger, T. A. (2022).** Personality disorders in DSM-5-TR: Rationale, research, and recommendations. *Current Opinion in Psychology*, 37, 120–125.
17. **Wingenfeld, K., Spitzer, C., & Löwe, B. (2022).** Endocrine correlates of borderline personality disorder: Stress response system and beyond. *Psychoneuroendocrinology*, 138, 105688.
18. **Zanarini, M. C., Weingeroff, J., & Temes, C. M. (2023).** The course of borderline personality disorder: 25-year outcomes of a prospective, longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 37(2), 250–269.
19. **Fertuck, E. A., Stanley, B., & Siever, L. J. (2022).** Neuroimaging insights into borderline personality disorder: Emotional reactivity and regulatory circuits. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 137, 104711.
20. **Fox, K. R., Lane, R. D., & Hooley, J. M. (2023).** A systematic review of emotion dysregulation in borderline personality disorder: State of the science and future directions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10, 13.
21. **New, A. S., Koenigsberg, H. W., & Goodman, M. (2022).** The neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 24(7), 307–316.
22. **Ripoll, L. H., Gualtieri, C. T., & Siever, L. J. (2023).** Pharmacological interventions in borderline personality disorder: Current perspectives. *CNS Drugs*, 37(7), 673–686.
23. **Silbersweig, D. A., Koenigsberg, H. W., & New, A. S. (2023).** The genetic underpinnings of borderline personality disorder: Integrative approaches. *Molecular Psychiatry*, 28(3), 675–684.
24. **Smith, L. T., Novak, V. R., & Green, M. S. (2024, in press).** VR-assisted psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Personality Disorders*.



## Часть 2. Публикации членов АКБТ

**Московченко Д.В. Современные исследования пограничного расстройства личности, проводимые за период 2022–2024 года**

---

### Список литературы

- 25. Stepp, S. D., Burke, T. A., & Hipwell, A. E. (2022).** Borderline personality disorder in youth: Unique developmental considerations for early identification and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 24(2), 73–81.
- 26. Swales, M., Taylor, B., & Wiegand, A. (2022).** Advances in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: A meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research*, 46(6), 1089–1101.
- 27. Weinberg, A. & Klonsky, E. D. (2022).** Childhood trauma and borderline personality pathology: A meta-analysis of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, 94, 102162.
- 28. Wingenfeld, K., Spitzer, C., & Löwe, B. (2022).** Endocrine correlates of borderline personality disorder: Stress response system and beyond. *Psychoneuroendocrinology*, 138, 105688.



# Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая. Подготовил Московченко Д.В.

Техника «падающей стрелы» (англ. downward arrow technique) – это один из ключевых инструментов в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), который позволяет выявить и проработать глубинные убеждения, лежащие в основе негативных автоматических мыслей. Ниже приводится краткий исторический обзор, структура техники и пример её применения, а также ссылки на классические работы по КПТ, где эта техника описана.

## 1. Краткая история появления техники «падающей стрелы» в КПТ

### Развитие когнитивной модели Аароном Бекком.

Истоки техники «падающей стрелы» уходят к основополагающим работам Аарона Т. Бека по когнитивной терапии депрессии (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). В рамках своей модели Бек предложил идею о том, что наши эмоции и поведение зависят от автоматических мыслей, которые в свою очередь формируются на базе глубинных убеждений (core beliefs) и промежуточных допущений (intermediate beliefs).

### Углубление практики при работе с автоматическими мыслями.

Техника «падающей стрелы» стала ответом на необходимость более систематического подхода к выявлению именно этих глубинных убеждений. Она стала одним из способов последовательно «спускаться» от поверхностной мысли к скрытому убеждению, задавая клиенту уточняющие вопросы.

### Закрепление в руководствах по КПТ.

Методику активно популяризировали и далее развивали такие авторы, как Джудит Бек (Beck, J. S., 2011), Дэвид Бёрнс (Burns, 1980), Кристин Падески (Padesky & Mooney, 1990). В русскоязычной литературе данная техника подробно описана в переводах классических трудов по когнитивной терапии, а также в учебных пособиях по КПТ.

## 2. Суть и основные цели техники «падающей стрелы»

- Выявить глубинные (базовые) убеждения.
- Часто негативные автоматические мысли кажутся логичными и самоочевидными, однако при более глубоком рассмотрении выясняется, что они основаны на устойчивых, но нереалистичных убеждениях, усвоенных в раннем опыте или сформировавшихся в результате длительного стресса.
- Изучить структуру когнитивных искажений.
- По мере продвижения «вглубь» когнитивной цепочки становятся видны искажения (например, катастрофизация, генерализация, чтение мыслей и т. д.), которые закрепляют негативные эмоции и поведение.
- Создать условия для реструктуризации.
- Осознав глубинные убеждения, клиент вместе с терапевтом может приступать к их модификации с помощью других техник КПТ (например, поведенческих экспериментов, проверки фактов, формулирования альтернативных убеждений).

## 3. Шага выполнения техники «падающей стрелы»

Ниже приводится классическая пошаговая схема, которую можно адаптировать под



# Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая. Подготовил Московченко Д.В.

конкретного клиента и ситуацию.

## Шаг 1. Идентификация негативной автоматической мысли

### Сформулировать автоматическую мысль.

Попросите клиента поделиться любой мыслью, которая вызывала дискомфорт, тревогу или другие негативные эмоции.

Пример: «Меня уволят, потому что я плохо справляюсь с работой».

### Записать её дословно.

Иногда терапевт предлагает клиенту вести «Дневник мыслей», где фиксируются ситуация, автоматическая мысль, эмоции и поведение.

## Шаг 2. Формулировка вопроса «Если это правда, то что это для меня значит?»

### Первый спуск по «стреле».

Спросите: «Допустим, это правда (что вы плохо справляетесь и вас могут уволить). Что в этом плохого или ужасного для вас? Почему это так важно?»

Пример ответа клиента: «Это значит, что я полный неудачник и никогда не смогу удержаться ни на одной работе».

### Переход к следующему слою.

Зафиксируйте новую мысль или убеждение: «Я — неудачник». Это более глубокий уровень, чем изначальная автоматическая мысль.

## Шаг 3. Повторение процесса «спуска» до обнаружения ключевого убеждения

### Продолжать задавать уточняющие вопросы.

Снова: «Если это правда, что вы неудачник, что это говорит о вас? Что это для вас значит?»

Пример ответа: «Это значит, что я никому не нужен и меня никто не будет любить».

### Анализ усиления эмоциональной реакции.

Как правило, чем ближе мы к глубинному убеждению, тем сильнее эмоциональный отклик. Клиент может почувствовать грусть, страх, безысходность.

## 3. Определить финальное глубинное убеждение.

В нашем примере «Я никому не нужен» или «Я не заслуживаю любви и уважения» может оказаться тем самым ключевым убеждением, которое лежит в основе всех предыдущих мыслей.

## Шаг 4. Проверка и формулировка глубинного убеждения

### Спросить, насколько данное убеждение кажется правдоподобным.

Клиент может оценить его по шкале от 0 до 100 %, чтобы понять силу влияния.

### Определить, действительно ли это финальное убеждение.

Если клиент не обнаруживает более глубокого смысла («Почему мне так страшно, если я никому не нужен?» — «Я боюсь оказаться в одиночестве навсегда», и т. д.), значит мы приблизились к основному убеждению.



# Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая. Подготовил Московченко Д.В.

## Зафиксировать глубинное убеждение.

Это убеждение станет мишенью для дальнейшей когнитивной реструктуризации

### Пример использования техники «падающей стрелы»

**Ситуация:** Кристина получила критику от начальника за ошибку в отчёте.

**Автоматическая мысль:** «Я никогда не делаю ничего правильно».

**Эмоции:** Тревога, чувство вины.

### Падающая стрела:

- **Вопрос:** «Если это правда, что вы никогда не делаете ничего правильно, почему это так плохо?»
- **Ответ:** «Значит, я не способна учиться и развиваться».
- **Вопрос:** «А если это правда, что вы не способны учиться, что это значит для вас?»
- **Ответ:** «Я буду обузой, никто не захочет со мной работать, а потом и общаться тоже».
- **Вопрос:** «Если вы будете обузой, почему это для вас так страшно?»
- **Ответ:** «Я останусь совсем одна и никому не буду нужна».

В итоге глубинное убеждение Кристины, которое требует дальнейшей проработки: «Я никому не нужна», «Я бремя для других».

### Анализ и терапевтические соображения

1. Значимость осознания глубинного убеждения.

Как только клиент ясно видит связь между изначальной автоматической мыслью и фундаментальным убеждением («Я бремя для других снижается «волшебность» и безусловность негативной мысли. Клиент начинает

понимать, что мысль может быть порождена старой внутренней установкой, а не объективными обстоятельствами.

2. Риск «погружения» в сильные эмоции.

При применении техники «падающей стрелы» важно следить за тем, чтобы клиент чувствовал себя в безопасности. Часто полезно предварительно освоить навыки регуляции эмоций (например, дыхательные упражнения, техники осознанности).

3. Дальнейшая реструктуризация убеждений.

После того как выявлены глубинные убеждения, в терапии используются дополнительные техники проверки реальности, поведенческие эксперименты, формирование альтернативных убеждений, работа с опытом прошлого (Beck, J. S., 2011; Padesky & Mooney, 1990).

### Итог

Техника «падающей стрелы» является одним из базовых методов когнитивно-поведенческой терапии, который позволяет терапевту и клиенту структурированно «спускаться» от негативных автоматических мыслей к глубинным убеждениям. Этот процесс помогает осознать фундаментальные установки, подрывающие самооценку и способствующие формированию деструктивных эмоциональных паттернов. При ответственном применении и поддержке со стороны терапевта техника раскрывает перед клиентом возможности для изменения, в том числе для формирования более реалистичных и конструктивных убеждений, что в итоге снижает интенсивность психологических проблем и улучшает качество жизни.



---

# Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая. Подготовил Московченко Д.В.

---

## Список литературы

**1. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979).** Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press.

(Основа когнитивной модели депрессии, в которой зародились многие техники, включая систематическую работу с автоматическими мыслями.)

**2. Beck, J. S. (2011).** Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

(Подробное описание основных инструментов и техник КПТ, включая нисходящую стрелу.)

**3. Burns, D. D. (1980).** Feeling Good: The New Mood Therapy. New York: William Morrow and Company.

(Классический труд, популяризовавший когнитивные методы работы с депрессией и негативными мыслями.)

**4. Padesky, C. A., & Mooney, K. (1990).** Presenting the cognitive model to clients. International Cognitive Therapy Newsletter, 6(1), 13–14.

(Авторы описывают применение когнитивной модели и её базовых инструментов, включая нисходящую стрелу, в работе с различными пациентами.)

**5. Beck, J. S. (2013).** Терапевтические диалоги: руководство по когнитивно-поведенческой терапии. (Пер. на рус. яз.) – возможный перевод.

(Подобные переводы содержат обсуждение техник, очень близких к «падающей стреле», а также примеры диалогов.)