

**МАЙ
2026**

ВЫПУСК 6

“АКБТ”

ЖУРНАЛ

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

**ВНУТРЕННИЙ ЖУРНАЛ АКБТ ДЛЯ ЧЛЕНОВ
АССОЦИАЦИИ И ИНТЕРЕСУЮЩИХСЯ
КОЛЛЕГ**

Издается с 2025 года

Периодичность: 4 раза в год

Все права защищены. Название журнала, логотип, рубрики, все тексты и иллюстрации являются собственностью журнала и защищены авторским правом. Перепечатка материалов журнала и использование иллюстраций допускаются только с письменного разрешения редакции.

Связь с редакцией: xedin-90@mail.ru Mail@zakharova.info

Члены редакционной коллегии журнала:

Московченко Денис Владимирович - главный редактор

Кандидат психологических наук, аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт и супервизор, Сертифицированный тренер и супервизор по Индивидуальной схематерапии (ISST).

Сертифицированный провайдер (тренер и супервизор) по Унифицированному Трансдиагностическому протоколу для лечения эмоциональных расстройств.

Захарова Юлия Владимировна - научный редактор

Клинический психолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт, исследователь профессиональной этики психологов, преподаватель этики, супервизии по вопросам профессиональной этики.

Агасарян Эмма Георгиевна - президент АКБТ, кандидат медицинских наук, Врач-психотерапевт, Аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт и супервизор, сертифицированный тренер и супервизор по индивидуальной схематерапии (ISST).

Васильева Елена Игоревна - когнитивно-поведенческий психолог, член АКБТ, менеджер АКБТ.

Грошева Елена Владимировна - клинический психолог, член АКБТ, когнитивно-поведенческий психолог, схема-терапевт

Любенко Софья Александровна - клинический психолог, член АКБТ, когнитивно-поведенческий психолог, схема-терапевт

Дорогие коллеги и читатели,

перед вами весенний выпуск журнала. Это ещё один шаг в работе, начатой в 2025 году, - это попытка создать русскоязычную площадку, где можно спокойно и вдумчиво обсуждать то, чем мы занимаемся изо дня в день.

Когнитивно-поведенческая терапия за последние десятилетия стала, пожалуй, самым исследуемым направлением психотерапии. Накоплен огромный массив данных, разработаны десятки протоколов, сложились школы и традиции. Но за этой внешней основательностью скрывается живая профессия, в которой каждый клиницист ежедневно сталкивается с вопросами, на которые нет однозначных ответов: какой подход выбрать для этого пациента, где границы метода, как соотносится теория с тем, что происходит в кабинете.

Хочется, чтобы журнал помог думать над такими вопросами - не подменяя клинический опыт, а поддерживая его.

В этом выпуске собраны материалы разного жанра: обзорная статья о современном состоянии КПТ-подходов к расстройствам личности, размышление о смене диагностической парадигмы с переходом к дименсиональной модели МКБ-11, разбор когнитивных механизмов при обсессивно-компульсивном расстройстве и подробный анализ одной из техник когнитивной терапии с клиническим примером.

Если попытаться обозначить, куда движется КПТ, - это, на мой взгляд, прежде всего движение к большей интеграции и гибкости в использовании различных подходов. Постепенно уходит соревновательная риторика школ и подходов, на смену ей приходит понимание, что эффективность психотерапии во многом обеспечивается общими факторами: качеством терапевтических отношений, структурированностью работы, способностью клинициста к контекстуальной концептуализации случая. Параллельно развивается дименсиональный взгляд на психопатологию, интеграция подходов, внимание к трансдиагностическим механизмам.

Я благодарен авторам этого выпуска и коллегам по редколлегии за их работу и приглашаю всех читателей - практиков, исследователей, преподавателей - становиться частью этого разговора на страницах данного журнала.

Хорошего чтения.

С уважением,

Денис Владимирович Московченко,
кандидат психологических наук, главный редактор

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----------|
| Современное состояние КПТ: | 5 |
| <hr/> | |
| Московченко Денис Владимирович | |
| Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств личности: современное состояние вопроса | 5 |
| Список литературы | 24 |
| <hr/> | |
| Часть 2. Публикации членов АКБТ | 29 |
| <hr/> | |
| Ялтонская Полина Андреевна | |
| Смена парадигмы: от категориальных типов к дименсиональной модели МКБ-11 | 29 |
| Список литературы | 35 |
| <hr/> | |
| Гижицкий Виктор Владимирович | |
| Когнитивные слияния при ОКР: Thought-Action, Thought-Event и Thought-Object Fusion | 36 |
| Список литературы | 43 |
| <hr/> | |
| Часть 3. Техники когнитивной терапии | 45 |
| <hr/> | |
| Брагина Ольга Александровна | |
| Техника «Пирог ответственности» | 45 |
| Список литературы | 52 |
| <hr/> | |



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств личности:
современное состояние вопроса



Московченко Денис Владимирович
кандидат психологических наук

Расстройства личности представляют собой одну из наиболее сложных областей клинической психиатрии и психотерапии. По данным систематических обзоров и мета-анализов, распространённость РЛ в общей популяции развитых стран составляет 7,8–12,2 %, а в амбулаторных психиатрических выборках достигает 40–50 % (Volkert et al., 2018; Winsper et al., 2020). Несмотря на это, до 1980-х годов РЛ в значительной мере считались терапевтически резистентными, а попытки их психотерапии носили преимущественно психоаналитический характер и редко подвергались эмпирической проверке. Ситуация начала меняться с выходом двух ключевых монографий: «Когнитивная терапия расстройств личности» А. Бека, А. Фримена и соавт. (первое издание - 1990 г.) и «Когнитивная терапия расстройств личности: схема-ориентированный подход» Дж.Янга (1990 г.) (Бек, Фримен, 2002; Young, 1999). Почти одновременно М. Линехан опубликовала руководство по диалектической поведенческой терапии пограничного расстройства личности, которое коренным образом изменило практику ведения пациентов с хроническим суицидальным поведением (Linehan, 1993).

Развитие доказательной базы позволило утвердить тезис о том, что расстройства личности (далее РЛ) поддаются лечению, а ряд психотерапевтических подходов - прежде всего ДПТ, схема-терапия и МБТ - демонстрируют устойчивые эффекты в рандомизированных контролируемых исследованиях (далее РКИ) (Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 2006; Bateman, Fonagy, 2009; Vamelis et al., 2014; Storebø et al., 2020). Тем не менее, вопрос о том, какой именно подход следует считать методом первого выбора и какие факторы определяют эффективность, остаётся предметом дискуссии. Мета-анализ Ф. Лейхсенринга и Э. Либинг, сопоставивший психодинамическую и когнитивно-поведенческую терапию при РЛ, показал сопоставимые размеры эффекта и вновь поднял вопрос о роли общих факторов психотерапии (Leichsenring, Leibing, 2003).

Классическая когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), эффективная при тревожных и депрессивных расстройствах, при РЛ оказалась недостаточно про-

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

дуктивной по ряду причин: стандартный 12–20-сессионный протокол не соответствует глубине и устойчивости личностных структур; фокус на «автоматических мыслях» упускает из виду более ранние и фундаментальные убеждения; терапевтические отношения часто разрушаются из-за интерперсональных трудностей пациентов. Это побудило разработчиков пересмотреть как концептуальные модели, так и технический арсенал. Результатом стало появление семейства «подходов третьей волны» - схема-терапии, ДПТ, МБТ (последняя, строго говоря, не относится к КПТ, но исторически развивалась в диалоге с ней), а также переработка классической когнитивной модели применительно к РЛ в работах А. Бека, Д.Д. Дэвиса и А. Фримена (Beck et al., 2015).

Цель настоящей статьи - аналитический обзор современного состояния КПТ-подходов к РЛ. Описаны концептуальные основы четырёх ведущих моделей, ключевые терапевтические техники, применение к каждому из десяти РЛ, выделяемых в DSM-5 (DSM-5, 2013) и МКБ-10, а также доказательная база. Отдельно рассмотрены современные тенденции: интеграция подходов, групповые форматы и переход к дименсиональным классификациям (альтернативная модель РЛ DSM-5 Section III и модель МКБ-11).





Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Теоретические основания КПТ-интервенций при расстройствах личности Когнитивная модель А. Бека

Когнитивная модель РЛ, предложенная А. Беком и его коллегами, представляет собой непосредственное продолжение общей когнитивной теории психопатологии. В её основе лежит концепция трёхуровневой когнитивной структуры: (1) глубинные убеждения или схемы (core beliefs, schemas) - устойчивые верования о себе, других и мире, сформированные в детстве; (2) условные (промежуточные) убеждения в формате «если..., то...»; (3) автоматические мысли - поверхностный уровень, непосредственно активируемый в ситуации (Beck et al., 2015).

Специфика модели А. Бека применительно к РЛ заключается в концепциях сверхразвитых и недоразвитых стратегий поведения. Каждое РЛ характеризуется сверхразвитыми стратегиями (например, контролем и ответственностью при обсессивно-компульсивном РЛ) и соответствующими им недоразвитыми (спонтанностью, игривостью). Это соответствует эволюционной гипотезе, согласно которой личностные паттерны представляют собой «застывшие», утрированные варианты адаптивных стратегий, имевших эволюционное значение. Каждое из десяти РЛ в монографии А. Бека, Д.Д. Дэвиса и А. Фримена получает развёрнутое описание когнитивного профиля: характерных базовых убеждений («я беспомощен», «я уязвим», «другие опасны», «я лучше других» и т. п.), условных предположений и компенсаторных стратегий (Beck et al., 2015, с. 31–58).



Существенным вкладом подхода А. Бека явилось признание того, что при работе с РЛ классическая когнитивная реструктуризация «автоматических мыслей» неэффективна без глубокой работы со схемами и стратегиями, требующей продолжительной терапии – как правило, не менее 1–2 лет. Это предвосхитило развитие схема-терапии Дж. Янга, который начинал работать в клинике А. Бека и опирался на его когнитивную модель.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Схематерапевтическая модель расстройств личности

Схема-терапия - интегративный подход, сочетающий элементы КПТ, теории привязанности, гештальт-терапии и психодинамической психотерапии. Дж. Янг, Дж. Клоско и М. Вайсхаар в монографии 2003 г. определяют ранние дезадаптивные схемы как устойчивые, всепроникающие темы или паттерны, касающиеся себя и отношений с другими, которые развились в детстве или подростковом возрасте, развиваются на протяжении жизни и в значительной степени дисфункциональны (Young et al., 2003). В настоящее время описываются 18 ранних дезадаптивных схем, сгруппированных в пять доменов: (I) разъединение и отвержение (схемы покинутости, недоверия/насилия, эмоциональной депривации, дефективности/стыда, социальной изоляции); (II) нарушение автономии и функционирования (зависимость/некомпетентность, уязвимость, спутанность/неразвитое «Я», неуспех); (III) нарушение границ (привилегированность/грандиозность, недостаточный самоконтроль); (IV) направленность на других (подчинение, самопожертвование, поиск одобрения); (V) сверхбдительность и подавление (негативизм, подавление эмоций, жёсткие стандарты, пунитивность) (Young et al., 2003, с. 13–22). Развитие схема-терапии после 2000-х годов связано с переходом от работы со статичными схемами к работе с режимами схем - текущими эмоциональными состояниями, активирующимися в ответ на конкретные триггеры. Выделяются четыре класса режимов: детские (уязвимый, злой, импульсивный, счастливый ребёнок); дисфункциональные копинговые режимы (покорный капитулянт, отстранённый защитник, гиперкомпенсатор); режимы дисфункционального критика (критикующий/наказывающий, требующий, давящий на чувство вины, игнорирующий потребности); режим здорового взрослого (Arntz, Jacob, 2013). Для каждого РЛ описаны характерные профили режимов. Подробнее см. в таблице 1.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Таблица 1. Уровень интеграции религиозных ценностей и психотерапии

| Расстройство личности | Ключевые (доминирующие) режимы | Сопутствующие режимы | Клинический акцент |
|-----------------------|---|--|--|
| Пограничное | Брошенный/ подвергшийся насилию ребенок Сердитый ребёнок Импульсивный ребёнок Карающий родитель Отстранённый защитник | Здоровый взрослый — снижен Счастливый ребёнок — снижен Реже: может присутствовать требовательный родитель | Классическая модель Young/Arntz & van Genderen (2009). Быстрые переключения между режимами; ключевая задача — удержание связи со здоровым взрослым и ограниченное родительство |
| Нарциссическое | Самовозвеличитель Отстранённый самоуспокоитель Одинокий/уязвимый ребёнок Требовательный родитель | Агрессивный задира - при нарциссической ярости Импульсивный ребёнок Реже: карающий родитель | Ядро: гиперкомпенсация через Самовозвеличиватель, но за ним скрыт одинокий ребёнок. Vamelis (2011) подтверждает такие режимы, как Самовозвеличиватель и Отстраненный защитник как специфичные |
| Антисоциальное | Агрессивный задира Злой ребёнок Импульсивный ребёнок Отстранённый защитник | Обманывающий и манипулятивный Хищник Гиперконтролер Злой защитник | Расширенная модель Bernstein, Arntz & de Vos (2007) для судебно- психиатрических условий и психопатических черт. Лоббестаэль (2008): для АРЛ специфично связанное расстройство с режимом Хищник |



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

| Расстройство личности | Ключевые (доминирующие) режимы | Сопутствующие режимы | Клинический акцент |
|-----------------------|---|---|--|
| Истерическое | Ищущий внимания/ одобрения Импульсивный ребёнок Уязвимый ребёнок | Самовозвеличитель — частично Покорный капитулянт Отстранённый самоуспокоитель | Vamelis (2011): специфичная ассоциация именно с Поиском и привлечением внимания любым доступным способом; классические детские и родительские режимы выражены слабее |
| Параноидное | Подозрительный гиперконтролер Сердитый ребёнок Агрессивный задира | Подвергшийся насилию/ Униженный ребенок Карающий родитель Отстранённый защитник | Vamelis (2011) разделила Гиперконтролера на Подозрительного (для параноидного расстройства личности) и перфекциониста (для ОКРЛ). Суть - сверхбдительность, проверка, атака как защита. |
| Избегающее | Уязвимый/одинокий ребёнок Избегающий защитник Отстранённый защитник Карающий родитель | Покорный капитулянт Требовательный родитель Отстранённый самоуспокоитель | Vamelis (2011) ввела специфический Avoidant Protector. Основная цель — избегание активации уязвимого ребёнка и стыда. |
| Зависимое | Зависимый/уязвимый ребёнок Послушный капитулянт Требовательный родитель | Карающий родитель Отстранённый защитник Уязвимый ребёнок | Vamelis (2011): новый Зависимый детский режим.. Капитуляция как основной стиль совладания; функция — сохранить привязанность ценой автономии. |



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

| Расстройство личности | Ключевые (доминирующие) режимы | Сопутствующие режимы | Клинический акцент |
|--------------------------|--|--|--|
| Обсессивно-компульсивное | Перфекционистский гиперконтролер Требовательный родитель Карающий родитель | Отстранённый самоуспокоитель Отстранённый защитник Уязвимый ребёнок (скрытый) | Vamelis (2011): Перфекционистический гиперконтролер специфичен именно для ОКРЛ. Эмоциональные режимы ребёнка подавлены, доминирует контроль и стандарты. |
| Шизоидное | Отстранённый защитник Отстранённый самоуспокоитель Уязвимый/одинокий ребёнок (скрытый) | Карающий родитель Реже: избегающий защитник | В схема-терапии остаётся менее разработанным (Vamelis 2011 отметила ограничения). Клинически — тотальная стратегия отстранения как основа функционирования. |
| Шизотипическое | Отстранённый защитник Уязвимый/оскорблённый ребёнок | Подозрительный сверхконтролирующий (частично) Отстранённый самоуспокоитель Карающий родитель | Наименее разработанная модель. Комбинирует диссоциативно-отстранённые режимы с параноидным гиперконтролером (Linde 2023). |

Ключевым терапевтическим механизмом схема-терапии является ограниченное родительство - поддерживающие, валидизирующие отношения, в рамках которых терапевт в профессионально допустимой мере восполняет базовые эмоциональные потребности ребёнка, неудовлетворённые в детстве (в безопасности, принятии, автономии, самовыражении, реалистичных пределах).



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Биосоциальная модель расстройств личности и диалектико-поведенческая терапия

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ), разработанная М. Линехан для пациентов с хроническим суицидальным поведением, опирается на биосоциальную модель этиологии пограничного расстройства личности (ПРЛ) (Linehan, 1993; Лайнен, 2020). Согласно этой модели, ядром расстройства является пронизывающее нарушение регуляции эмоций (pervasive emotion dysregulation), возникающее как результат взаимодействия двух факторов: (1) биологически обусловленной эмоциональной уязвимости (повышенной чувствительности к эмоциональным стимулам, высокой интенсивности реакции и замедленного возвращения к исходному уровню); (2) хронически инвалидирующего средового контекста, в котором выражения внутренних переживаний ребёнка систематически отрицаются, тривиализируются или наказываются.

Из этой модели вытекают три базовых следствия, определяющих архитектуру ДПТ: 1) пациентам нужны конкретные навыки регуляции эмоций, межличностной эффективности и осознанности, которых им не хватило в развитии; 2) терапевтические отношения должны быть эксплицитно валидизирующими (в отличие от чисто «разоблачающего» стиля классической КПТ). В-третьих, подход должен быть диалектическим — удерживать напряжение между принятием клиента «как он есть» и одновременным настойчивым запросом на изменение (Linehan, 1993). Этот диалектический баланс реализуется на всех уровнях — от общих терапевтических установок до конкретных техник.



Стандартная ДПТ структурирована и включает четыре модуля: индивидуальную психотерапию (1 ч/нед), групповой тренинг навыков (2–2,5 ч/нед), телефонные консультации между сессиями и командные супервизионные встречи для терапевтов. Тренинг навыков охватывает четыре содержательных блока:



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

осознанность, дистресс-толерантность, регуляцию эмоций и межличностную эффективность (Linehan, 2015).

Модель ментализации в лечении расстройств личности

Терапия, основанная на ментализации (mentalization-based treatment, MBT), разработанная А. Бейтманом и П. Фонаги, формально не относится к семейству КПТ, имея психоаналитические корни, однако по ряду параметров (мануализированность, ограниченная продолжительность, эмпирическая проверка в РКИ) она сопоставима с КПТ-подходами и нередко рассматривается в одном ряду с ними (Fonagy, Luyten, 2009; Bateman, Fonagy, 2016).

Центральным теоретическим конструктом является ментализация - способность понимать собственное и чужое поведение как осмысленное выражение ментальных состояний (мыслей, чувств, желаний, намерений). Ментализация характеризуется четырьмя полярностями: автоматическая/контролируемая, имплицитная/эксплицитная, направленная на себя/на другого, когнитивная/аффективная. У пациентов с ПРЛ ментализация неустойчива и склонна «схлопываться» под воздействием эмоционального возбуждения в режимы доментализации: психической эквивалентности (мысль приравнивается к реальности), притворства (эмоциональной отстранённости от внутренних переживаний) и телеологический режим (ментальное состояние подтверждается только физическим действием) (Fonagy, Luyten, 2009).

МБТ ставит задачу развития устойчивой эксплицитной ментализации в ситуации аффективного возбуждения. Терапевтическая позиция формулируется как «незнание» (not-knowing stance) - искреннее любопытство терапевта к внутренней реальности жизни пациента, отсутствие интерпретаций «сверху», акцент на «здесь и сейчас». Есть иерархия интервенций - от валидации/поддержки до более сложных ментализирующих прояснений и, наконец, интерпретаций переноса (Bateman, Fonagy, 2016).

Терапевтические отношения при работе с РЛ

Все рассматриваемые подходы единодушны в признании того, что при работе с РЛ терапевтические отношения — не фоновая переменная, а активный инструмент изменения. Однако конкретные формулировки различаются. В классической модели А. Бека подчёркивается коллаборативный характер отноше



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

ний и необходимость осознавать собственные схемы терапевта, которые могут активироваться пациентом (Beck et al., 2015). Схема-терапия вводит понятие ограниченного родительства, предполагающее более тёплую, эмоционально вовлечённую позицию в пределах профессиональных рамок (Young et al., 2003; Arntz, Jacob, 2013). ДПТ использует концепцию диалектики принятия и изменения, реализуемую через эксплицитную валидацию. МБТ опирается на ментализирующую позицию «незнания».

Важнейшим практическим вопросом является управление разрывами терапевтического альянса. При РЛ такие разрывы часты и непосредственно воспроизводят интерперсональные паттерны пациента. Все подходы рассматривают раннее восстановление альянса как один из ключевых механизмов терапевтического изменения: в ДПТ это формализовано как проверка валидности на каждом этапе взаимодействия, в схема-терапии - как работа с активированными схемами в момент «здесь и сейчас», в МБТ - как обращение к состояниям ментализации в момент разрыва.

Когнитивно-поведенческие техники

В классической когнитивной терапии РЛ, наряду со стандартными техниками (идентификация и проверка автоматических мыслей, поведенческие эксперименты, ведение дневника, формулирование случая), активно применяются приёмы, нацеленные на работу со схемами: техника «за» и «против» схемы, исторический обзор, переписывание данных, когнитивные «суды», работа с континуумом вместо дихотомического мышления, методы «пирога» и «стрелки вниз» для выявления глубинных убеждений (Beck et al., 2015). Поведенческие эксперименты при РЛ имеют специфическую роль — не столько проверки конкретных тревожных предсказаний, сколько накопления «противоречащих схеме данных» для длительно удерживаемых убеждений.

Техники схема-терапии

Методический арсенал схема-терапии богаче и включает когнитивные, поведенческие и, что отличает её от классической КПТ, эмоционально-фокусированные техники (Young et al., 2003; Arntz, Jacob, 2013). Ключевой техникой последнего класса является рескриптинг в воображении (imagery rescripting) — пациент воспроизводит травматическую детскую сцену, в которой активировала-



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

сь ведущая схема, после чего эта сцена перестраивается: в неё входит «здоровый взрослый» (первоначально — в лице терапевта, затем — самого пациента), который защищает и утешает уязвимого ребёнка, конфронтирует дисфункциональную родительскую фигуру. Другим ключевым приёмом является работа со стульями (chair work) — «разговор» между различными модами, персонификация критикующего родителя и др. Весьма продуктивны схема-диалоги — двусторонние обсуждения «за и против» конкретной схемы.

Навыки ДПТ

Тренинг навыков ДПТ структурирован вокруг четырёх модулей (Linehan, 2015). Модуль осознанности включает «что-навыки» (наблюдение, описание, участие) и «как-навыки» (безоценочность, однонаправленность, эффективность) и опирается на практику мудрого ума (wise mind) — интеграции «эмоционального» и «разумного» ума. Модуль дистресс-толерантности охватывает техники выживания в кризисе (STOP, TIP — температура, интенсивная нагрузка, прогрессивная мышечная релаксация) и принятия реальности (радикальное принятие, полуулыбка). Модуль регуляции эмоций включает идентификацию эмоций, снижение эмоциональной уязвимости (ABC PLEASE), действия, противоположные эмоциональным импульсам (opposite action). Модуль межличностной эффективности объединяет навыки достижения целей (DEAR MAN), поддержания отношений (GIVE) и самоуважения (FAST). Процедура цепочечного анализа (chain analysis) позволяет реконструировать цепь событий, приведших к проблемному поведению, и идентифицировать точки возможных вмешательств.

Ментализирующие интервенции

Технический арсенал МБТ сознательно скромнен. Интервенции ранжируются по степени сложности — от поддерживающих (эмпатическая валидация, прояснение) к базовым ментализирующим (помощь в идентификации и дифференциации ментальных состояний), интерпретативным ментализирующим (установление связей между ментальными состояниями и поведением) и только в последнюю очередь — к интервенциям в переносе (mentalizing the transference). Принципиальным правилом является «ментализация предшествует интерпретации»: интервенция не должна превы-



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

шать уровень ментализации, доступный пациенту в данный момент (Bateman, Fonagy, 2016). В противоположном случае терапевт рискует воспроизвести ранее инвалидирующее окружение.

Применение КПТ-подходов к отдельным расстройствам личности

Расстройства личности кластера А

Параноидное РЛ. Когнитивный профиль по Беку включает базовое убеждение «другие злонамеренны и готовы использовать меня»; условное предположение «если я буду доверять, меня предадут»; компенсаторную стратегию - гипербдительность, подозрительность, контратаку (Beck et al., 2015, с. 171–194). Ведущие схемы в модели Янга — недоверие/насилие, дефективность/стыд. Ключевой задачей КПТ является установление рабочего альянса при сохранении пациентом базового недоверия; эффективны поведенческие эксперименты на проверку предсказаний «другие меня обманут», подробное формулирование случая, постепенное расширение круга контактов. Попытки прямой конфронтации убеждений контрпродуктивны и легко активируют базовую схему.

Шизоидное РЛ. Базовое убеждение — «социальные отношения неприятны и ничего не дают»; компенсаторная стратегия — дистанция. Основным терапевтическим вызовом является низкая внутренняя мотивация к изменениям: пациенты обращаются за помощью обычно под давлением близких или в связи с коморбидными расстройствами. В литературе описано сравнительно мало методов, специфичных для шизоидного РЛ (Beck et al., 2015; Millon, 2011); эффективны постепенное расширение поведенческого репертуара, работа с эмоциональной невыразительностью (эмоциональный «дневник»), структурированный тренинг социальных навыков.

Шизотипическое РЛ. Особенностью является наличие когнитивно-перцептивных искажений, приближающих это расстройство к спектру шизофрении. Когнитивная терапия шизотипии, развиваемая школой А. Бека и П. Гранта, адаптирует приёмы КПТ психозов: проверку необычных убеждений, работу с магическим мышлением, нормализацию аномальных переживаний, поведенческие эксперименты на включение в социальные контакты (Beck et al., 2009). Важна параллельная работа с негативными симптомами (апатия, социальная отстранённость), структурирование активности, постановка достижи-



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

мых целей.

Кластер В расстройств личности

Пограничное РЛ. Наиболее изученное в психотерапевтическом контексте. Для ПРЛ используются все рассмотренные методы, и по каждому есть РКИ (Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 2006; Bateman, Fonagy, 2009; Storebø et al., 2020). ДПТ сохраняется «золотым стандартом» при выраженных суицидальных и парасуицидальных проявлениях; схема-терапия — в долгосрочной модификации личностных структур (Giesen-Bloo et al., 2006; Vamelis et al., 2014); МБТ — в улучшении межличностного функционирования и снижении самоповреждений (Bateman, Fonagy, 2009; Bateman, Fonagy, 2008). Клинические рекомендации NICE рекомендуют рассматривать психотерапию в качестве терапии «первой линии», а фармакотерапию — как симптоматическую и вспомогательную (NICE CG78, 2009). В обзоре Nature Reviews Disease Primers по природе и лечению ПРЛ подытожено: ни один подход не обладает устойчивым превосходством над другим; ключевым фактором эффективности выступает структурированная, мануализированная, долгосрочная работа в рамках специализированной команды (Gunderson et al., 2018).

Антисоциальное РЛ. Представляет существенно большую терапевтическую трудность. Пациенты редко обращаются за помощью добровольно, часто попадают в поле зрения специалистов через судебную систему. Клиническое руководство NICE CG77 подчёркивает, что основным направлением вмешательств являются программы снижения рецидивности правонарушений, построенные на КПТ-принципах (например, Reasoning and Rehabilitation, R&R; Cognitive Self-Change) (NICE CG77, 2013). Мета-анализ Х. Уилсон показал малые и умеренные, но статистически значимые эффекты психологических вмешательств на показатели рецидивности, хотя доказательная база остаётся ограниченной (Wilson, 2014). Кокрановский обзор 2020 г. С. Гиббона и соавт. характеризует доказательную базу по психологическим вмешательствам при АСРЛ как недостаточную для однозначных рекомендаций (Gibbon et al., 2020). Психопатия в узком смысле (Hare PCL-R) традиционно ассоциируется с ещё менее благоприятным прогнозом.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ



Нарциссическое РЛ. С точки зрения схема-терапии, ведущими режимами являются “самовозвеличиватель” и “отстранённый самоутешитель”, прикрывающие уязвимость ребенка со схемами дефективности/стыда и эмоциональной депривации (Arntz, Jacob, 2013; Behary, 2021). Современная литература различает грандиозный и уязвимый варианты нарциссизма; схема-терапия эффективна для обоих, но уязвимый вариант ближе к картине, которую описывает Дж. Янг, и прогностически благоприятнее. Классическая работа О. Кернберга обозначает “почти неподдающегося лечению” пациента со злокачественным нарциссизмом — сочетанием нарциссической патологии с антисоциальными чертами, параноидной агрессивностью и эгосинтонным садизмом (Kernberg, 2007); для таких пациентов терапия, сфокусированная на переносе (TFP), разработана как специфический метод. В рамках КПТ-подходов ключевыми задачами являются постепенное укрепление доступа к уязвимому ре

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

бёнку через безопасные терапевтические отношения и конфронтация с режимом самовозвеличивателя без провоцирования нарциссической ярости.



Гистрионное РЛ. Когнитивный профиль характеризуется базовым убеждением «я должен впечатлять других, чтобы быть любимым», чрезмерно развитой стратегией драматизации и театральности. Недоразвиты рефлексивность, самостоятельное эмоциональное регулирование. В схема-терапевтическом понимании часто активны схемы эмоциональной депривации и поиска одобрения. Как самостоятельная категория гистрионное РЛ всё чаще ставится под вопрос: в альтернативной модели DSM-5 Section III оно отсутствует как отдельное РЛ, а в МКБ-11 соответствует профилю диссоциальности и диссоциативной тенденции на фоне общей личностной дисфункции (DSM-5, 2013; Bach, First, 2018).



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Расстройства личности кластера С

Избегающее РЛ. Тесно пересекается по своим проявлениям с генерализованной социальной тревогой и в значительной мере отвечает на протоколы КПТ социальной тревоги, дополненные работой со схемой дефективности/стыда и социальной изоляции (Young et al., 2003, с. 195–223). Базовое убеждение — «я социально неполноценен, другие меня отвергнут»; компенсаторная стратегия — избегание. РКИ А. Вертман и А. Арнца показало эффективность когнитивной терапии, включающей работу с детскими воспоминаниями, по сравнению с терапией, фокусированной только на “здесь и сейчас” (Weertman, Arntz, 2007). В исследовании Л. Бамелис и соавт. (2014) схема-терапия показала превосходство над “лечением как обычно” и психодинамически ориентированной терапией при избегающем, зависимом, обсессивно-компульсивном, параноидном, нарциссическом и гистрионном РЛ (Bamelis et al., 2014).

Зависимое РЛ. Базовые убеждения — “я беспомощен”, “я не могу справиться один”; компенсаторная стратегия — поиск покровительства. В схема-терапии ведущими являются схемы зависимости/некомпетентности, подчинения, покинутости. КПТ-работа направлена на постепенное расширение зон самостоятельного функционирования, проверку убеждений о собственной некомпетентности через градуированные поведенческие эксперименты, развитие навыков ассертивности.

Обсессивно-компульсивное РЛ. Характеризуется перфекционизмом, ригидностью, сверхконтролем, гипервмешательством в работу за счёт отношений и досуга. Базовое убеждение - “ошибки недопустимы”; ведущие схемы - жёстких стандартов, пунитивности, эмоционального подавления. Современный метаанализ Дидриха и Фодерхольцера подытоживает умеренную эффективность КПТ при ОКРЛ с акцентом на когнитивную реструктуризацию перфекционизма и поведенческие эксперименты («допустимая небрежность») (Diedrich, Voderholzer, 2015). Русскоязычная литература включает развёрнутые исследования перфекционизма как трансдиагностического фактора в традиции А. Б. Холмогоровой и Н. Г. Гаранян (Гаранян, 2006; Холмогорова, 2011).



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Ключевые рандомизированные контролируемые исследования и мета-анализы

Историческим водоразделом в доказательной психотерапии РЛ стало РКИ М. Линехан и соавт., в котором 12-месячная ДПТ превзошла обычное лечение по показателям парасуицидального поведения, госпитализаций и удержания пациентов в терапии (Linehan et al., 1991). Воспроизведение в крупном РКИ 2006 г. (ДПТ против «терапии экспертами») подтвердило специфический эффект именно диалектической модели, а не просто компетентного лечения (Linehan et al., 2006). Компонентное исследование М. Линехан и соавт. 2015 г. показало, что ключевым компонентом эффективности является тренинг навыков (Linehan et al., 2015).

Для схема-терапии ключевым явилось многоцентровое РКИ Й. Гизен-Блу и соавт. 2006 г., в котором 3-летняя амбулаторная схема-терапия сопоставлялась с TFP у 86 пациентов с ПРЛ: к концу лечения полной ремиссии достигли 45,5 % пациентов группы схема-терапии против 23,8 % группы TFP; аналогичные преимущества сохранились по показателям удержания и качества жизни (Giesen-Bloo et al., 2006). Следующим крупным исследованием стало РКИ Л. Бамелис и соавт. 2014 г. (N = 323), распространившее доказательства схема-терапии на шесть кластеров РЛ (кроме ПРЛ и АСРЛ); схема-терапия превзошла «лечение как обычно» и психодинамически ориентированную терапию по показателям выздоровления и вторичных исходов (Bamelis et al., 2014). Более поздние исследования показали эффективность групповых форматов схема-терапии. В частности, РКИ А. Арнца и соавт. 2022 г. в JAMA Psychiatry продемонстрировало эффективность преимущественно групповой схема-терапии и комбинированной индивидуально-групповой при ПРЛ (Arntz et al., 2022).

МБТ подтвердила свою эффективность в серии работ А. Бейтмана и П. Фонаги: в РКИ 2009 г. амбулаторная МБТ превзошла структурированный клинический менеджмент по показателям суицидального и самоповреждающего поведения, госпитализаций, депрессивной симптоматики (Bateman, Fonagy, 2009). Восьмилетнее катамнестическое исследование показало устойчивость достигнутого улучшения (Bateman, Fonagy, 2008). Программа STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) — краткий групповой тренинг в формате адьюванта к индивидуальной терапии — также продемонстрировала эффективность в РКИ 2008 г. (Blum et al., 2008). Прямое сопоставление ДПТ с «общим психиатрическим менеджментом» (McMain et al., 2009) показало сопоставимую эффективность обоих подходов при условии струк-



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

урированности и специализации команд (McMain et al., 2009).

Систематические обзоры и клинические руководства

Кокрейновский обзор 2020 г. Сторебё и соавт. (75 РКИ, 4507 участников с ПРЛ) заключил, что психотерапевтические вмешательства в целом превосходят «лечение как обычно» по выраженности пограничных симптомов, самоповреждений, суицидального поведения и психосоциального функционирования; эффекты, однако, скромные, а качество доказательств — преимущественно от низкого до умеренного (Storebø et al., 2020). Авторы подчёркивают, что ни один специфический подход не продемонстрировал устойчивого превосходства над другими структурированными психотерапиями, что согласуется с позицией «общих факторов». Клиническое руководство NICE CG78 (впервые опубликовано в 2009 г.) рекомендует предлагать пациентам с ПРЛ структурированную психотерапию в составе хорошо организованных служб, не отдавая безусловного приоритета одному из подходов (NICE CG78, 2009). Аналогичное клиническое руководство по АСРЛ (CG77) ориентировано преимущественно на КПТ-программы и менеджмент в исправительных учреждениях (NICE CG77, 2013). Систематический обзор и мета-анализ схема-терапии К. Тейлор, П. Би и Дж. Хаддока охватил широкий спектр расстройств и подтвердил как изменение схем, так и снижение симптоматики (Taylor et al., 2017).

Интеграция методик и факторов общих механизмов.

Многочисленные прямые сравнения ДПТ, схема-терапии, МБТ и психодинамической терапии не показывают устойчивого превосходства какого-либо одного метода (Leichsenring, Leibing, 2003; McMain et al., 2009; Storebø et al., 2020). Это коррелирует с формирующимся пониманием того, что результативность обеспечивается не столько конкретными техниками, сколько комплексом общих условий: структурированностью, мануализированностью, теоретической последовательностью, адекватной длительностью, командной супервизией, валидизирующей терапевтической позицией, акцентом на эмоциональную регуляцию и ментализацию. Вследствие чего возникает тенденция к гибридным моделям — комбинации элементов разных подходов (например, DBT-skills в схема-терапии, работа с ментализацией в ДПТ).



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Групповые и сокращённые форматы

Существенное направление развития — адаптация исходно длительных подходов для групповых и сокращённых форматов. Групповая схема-терапия Дж. Фаррелл, А. Шоу и М. Веббер продемонстрировала высокую эффективность в РКИ уже в 2009 г. (Farrell et al., 2009), а работа А. Арнца и соавт. 2022 г. подтвердила экономическую эффективность преимущественно группового формата при ПРЛ (Arntz et al., 2022). ДПТ традиционно содержит групповой тренинг навыков, и последний как самостоятельная интервенция демонстрирует эффективность при разных категориях пациентов с нарушениями эмоциональной регуляции (Linehan et al., 2015). Исследуются краткие формы схема-терапии, МБТ, STEPPS, которые могут быть включены в обычные амбулаторные службы.

Переход к размерным моделям диагностики

В DSM-5 Section III предложена альтернативная модель РЛ (Alternative Model for Personality Disorders, AMPD), сочетающая оценку общей выраженности личностной дисфункции (критерий А — функционирование «Я» и межличностное функционирование) и пять доменов патологических черт (критерий В): негативный аффект, отчуждённость, антагонизм, расторможенность, психотизм (DSM-5, 2013). МКБ-11 полностью перешла к размерной модели: диагностируются степень выраженности РЛ (лёгкая, умеренная, тяжёлая) и профиль пяти трейтовых доменов (негативная аффективность, отчуждённость, диссоциальность, расторможенность, ананкастность), а также «паттерн пограничности» как квалификатор (Tyrer et al., 2015; Mulder et al., 2016; Bach, First, 2018). Эти изменения имеют фундаментальное значение для психотерапии: смещение акцента с категориальных РЛ на трейтовые профили и уровни общей дисфункции предполагает более персонализированные, формулировочные подходы. В рамках схема-терапии и ДПТ такое изменение согласуется с уже сложившейся практикой опоры на индивидуальный профиль схем или анализ цепочек конкретного проблемного поведения.

За последние три десятилетия психотерапия расстройств личности прошла путь от клинических наблюдений и неконтролируемых исследований к структурированным, мануализированным подходам с доказательной базой уровня РКИ и мета-анализов. Классическая когнитивная терапия А. Бека, схема-терапия Дж. Янга, диалектическая поведенческая терапия М. Линехан и терапия,



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

основанная на ментализации А. Бейтмана и П. Фонаги, образуют набор взаимно дополняющих, а не взаимоисключающих методов. Наиболее прочные доказательства накоплены для ПРЛ — расстройства, сыгравшего в некотором смысле роль «исследовательской модели» для всей области. Для ряда РЛ (антисоциальное, шизотипическое, шизоидное) доказательная база остаётся существенно более ограниченной и требует целенаправленных исследований.

Среди открытых вопросов и направлений дальнейших исследований можно выделить следующие. Во-первых, необходима более систематическая работа по идентификации предикторов и медиаторов эффективности различных подходов — то есть по вопросу, для каких пациентов какой метод предпочтителен. Во-вторых, переход МКБ-11 и DSM-5 Section III к дименсиональной диагностике требует адаптации существующих протоколов и исследований, в которых исходами будут не только категориальные ремиссии, но и изменения в профиле трейтов и уровне функционирования. В-третьих, актуальна задача масштабирования доказательных подходов за пределы академических центров — в условиях массовой амбулаторной практики, в том числе в русскоязычной службе психического здоровья, где развитие специализированных программ лечения РЛ остаётся на начальной стадии. Наконец, с исследовательской точки зрения продуктивным представляется дальнейший анализ общих механизмов психотерапевтического изменения (ментализация, эмоциональная регуляция, эпистемическое доверие), объединяющих различные модальности.

Список литературы

1) Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.

Гаранян Н. Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств. — 2006. — № 1. — С. 23–31.

3) Лайнен М. М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: пер. с англ. — М.: ООО «И. Д. Вильямс», 2020. — 592 с.

4) Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. — М.: Медпрактика-М, 2011. — 480 с.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

- 5) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). — 5th ed. — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 947 p.
- 6) Arntz A., Jacob G. Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach. — Chichester: Wiley-Blackwell, 2013. — 296 p.
- 7) Arntz A., Jacob G. A., Lee C. W. et al. Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial // JAMA Psychiatry. — 2022. — Vol. 79, № 4. — P. 287–299.
- 8) Bach B., First M. B. Application of the ICD-11 classification of personality disorders // BMC Psychiatry. — 2018. — Vol. 18. — Art. 351.
- 9) Bamelis L. L. M., Evers S. M. A. A., Spinhoven P., Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders // The American Journal of Psychiatry. — 2014. — Vol. 171, № 3. — P. 305–322.
- 10) Bateman A., Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual // The American Journal of Psychiatry. — 2008. — Vol. 165, № 5. — P. 631–638.
- 11) Bateman A., Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder // The American Journal of Psychiatry. — 2009. — Vol. 166, № 12. — P. 1355–1364.
- 12) Bateman A., Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide. — Oxford: Oxford University Press, 2016. — 416 p.
- 13) Beck A. T., Rector N. A., Stolar N., Grant P. Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy. — New York: The Guilford Press, 2009. — 418 p.
- 14) Beck A. T., Davis D. D., Freeman A. Cognitive Therapy of Personality Disorders. — 3rd ed. — New York: The Guilford Press, 2015. — 511 p.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

- 15) Behary W. T. *Disarming the Narcissist: Surviving and Thriving with the Self-Absorbed*. — 3rd ed. — Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2021. — 240 p.
- 16) Blum N., St. John D., Pfohl B. et al. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up // *The American Journal of Psychiatry*. — 2008. — Vol. 165, N° 4. — P. 468–478.
- 17) Diedrich A., Voderholzer U. Obsessive-compulsive personality disorder: a current review // *Current Psychiatry Reports*. — 2015. — Vol. 17, N° 2. — Art. 2.
- 18) Farrell J. M., Shaw I. A., Webber M. A. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. — 2009. — Vol. 40, N° 2. — P. 317–328.
- 19) Fonagy P., Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder // *Development and Psychopathology*. — 2009. — Vol. 21, N° 4. — P. 1355–1381.
- 20) Gibbon S., Khalifa N. R., Cheung N. H.-Y. et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2020. — Iss. 9. — Art. No. CD007668.
- 21) Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P. et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy // *Archives of General Psychiatry*. — 2006. — Vol. 63, N° 6. — P. 649–658.
- 22) Gunderson J. G., Herpertz S. C., Skodol A. E. et al. Borderline personality disorder // *Nature Reviews Disease Primers*. — 2018. — Vol. 4. — Art. 18029.
- 23) Kernberg O. F. The almost untreatable narcissistic patient // *Journal of the American Psychoanalytic Association*. — 2007. — Vol. 55, N° 2. — P. 503–539.
- 24) Leichsenring F., Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cogniti-



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

ve behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis // The American Journal of Psychiatry. — 2003. — Vol. 160, № 7. — P. 1223–1232.

25) Linehan M. M., Armstrong H. E., Suarez A., Allmon D., Heard H. L. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients // Archives of General Psychiatry. — 1991. — Vol. 48, № 12. — P. 1060–1064.

26) Linehan M. M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. — New York: The Guilford Press, 1993. — 558 p.

27) Linehan M. M., Comtois K. A., Murray A. M. et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder // Archives of General Psychiatry. — 2006. — Vol. 63, № 7. — P. 757–766.

28) Linehan M. M. DBT Skills Training Manual. — 2nd ed. — New York: The Guilford Press, 2015. — 504 p.

29) Linehan M. M., Korslund K. E., Harned M. S. et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis // JAMA Psychiatry. — 2015. — Vol. 72, № 5. — P. 475–482.

30) McMair S. F., Links P. S., Gnam W. H. et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder // The American Journal of Psychiatry. — 2009. — Vol. 166, № 12. — P. 1365–1374.

31) Millon T. Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal. — 3rd ed. — Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2011. — 1014 p.

32) Mulder R. T., Horwood J., Tyrer P. et al. Validating the proposed ICD-11 domains // Personality and Mental Health. — 2016. — Vol. 10, № 2. — P. 84–95.

33) Antisocial personality disorder: prevention and management. Clinical guideline CG77. — London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2009; updated 2013. — 38 p.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

34) Borderline personality disorder: recognition and management. Clinical guideline CG78. — London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2009. — 40 p.

35) Storebø O. J., Stoffers-Winterling J. M., Völlm B. A. et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2020. — Iss. 5. — Art. No. CD012955.

36) Taylor C. D. J., Bee P., Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. — 2017. — Vol. 90, № 3. — P. 456–479.

37) Tyrer P., Reed G. M., Crawford M. J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder // The Lancet. — 2015. — Vol. 385, № 9969. — P. 717–726.

38) Volkert J., Gablonski T. C., Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis // The British Journal of Psychiatry. — 2018. — Vol. 213, № 6. — P. 709–715.

39) Weertman A., Arntz A. Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: a controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories // Behaviour Research and Therapy. — 2007. — Vol. 45, № 9. — P. 2133–2143.

40) Wilson H. A. Can antisocial personality disorder be treated? A meta-analysis examining the effectiveness of treatment in reducing recidivism for individuals diagnosed with ASPD // International Journal of Forensic Mental Health. — 2014. — Vol. 13, № 1. — P. 36–46.

41) Winsper C., Bilgin A., Thompson A. et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis // The British Journal of Psychiatry. — 2020. — Vol. 216, № 2. — P. 69–78.

42) Young J. E. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. — Rev. ed. — Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1999. — 112 p.

43) Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. — New York: The Guilford Press, 2003. — 436 p.

Часть 2. Публикации членов АКБТ

Смена парадигмы: от категориальных типов к размерной модели МКБ-11



Ялтонская Полина Андреевна

Психиатр-психотерапевт, основатель проекта Коряга и преподаватель курса по расстройствам личности в геймифицированном формате.

Долгое время мировая практика опиралась на разделение личностей по типам (нарциссическое, гистрионное и др.), что создавало искусственные границы. Однако введение МКБ-11 (ВОЗ, 2019) ознаменовало отказ от категориального подхода. Теперь диагностика расстройств личности (далее РЛ) базируется на оценке общей тяжести нарушения (степень дезинтеграции «Я» и/или межличностного функционирования) и выраженности пяти основных доменов черт: негативной аффективности, отчужденности, диссоциальности, расторможенности и ананкастности.

В отличие от категориального подхода, МКБ-11 вводит иерархию тяжести РЛ, которая для терапевта служит индикатором прогноза и интенсивности вмешательства. Тяжесть определяется по глубине нарушений в сферах функционирования «Селф» (идентичность, самооценка, самонаправленность) и межличностных отношений (способность к близости, понимание чужих перспектив, управление конфликтами).

- Легкое расстройство личности (Mild PD): Нарушения затрагивают некоторые сферы жизни (например, только работу или только личные отношения). Социальные роли в целом сохраняются, но требуют значительных субъективных усилий.
- Умеренное расстройство личности (Moderate PD): Выраженные дефициты в большинстве сфер функционирования. Характерны ригидные дезадаптивные паттерны, приводящие к частым межличностным конфликтам и неспособности поддерживать долгосрочные цели.
- Тяжелое расстройство личности (Severe PD): Глубокая дезинтеграция личности. Нарушения настолько тотальны, что индивид практически не способен выполнять социальные роли, а его поведение часто несет угрозу для него самого или окружающих.

Кажется важным обратить внимание на формулировку определения РЛ, в которой используется союз «и/или». Это вызывает закономерный вопрос: как может существовать нарушение Селф без нарушений межличностного функцио-



Часть 2. Публикации членов АКБТ

рования — и наоборот?

Логика ВОЗ и APA (в DSM-5 Section III) заключается в том, что «Селф» — это интрапсихические процессы, а отношения — интерперсональные. Клинико-теоретические рассуждения (Pincus & Horwood, 2012) показывают, что возможны следующие феномены:

- Нарушение «Селф» при сохранности межличностного фасада: Характерно для лиц с выраженным «ананкастным» доменом или «высокофункциональным» нарциссизмом. Индивид может быть социально успешен, внешне эмпатичен и не конфликтен, но при этом внутри переживать глубочайший дефицит идентичности, отсутствие подлинных смыслов и выраженную зависимость от внешней оценки. Здесь страдает самонаправленность (Self-direction), но межличностные протоколы соблюдаются безупречно.
- Межличностная дезорганизация при формальной сохранности «Селф»: Встречается реже, часто в рамках «диссоциального» домена. Субъект может иметь четкие, хотя и дезадаптивные цели, стабильную (пусть и грандиозную) самооценку и отсутствие внутреннего конфликта относительно своей идентичности. Однако его способность к эмпатии и взаимности полностью атрофирована. Он сохраняет субъективное ощущение целостной идентичности, но не способен соотноситься с другими как с субъектами.

В КБТ-интерпретации с точки зрения классической КБТ, эти две сферы связаны через ядерные убеждения. Убеждения «о себе» формируют дефицит Селф, а убеждения «о других» — дефицит отношений. Хотя они часто коморбидны, терапевтические мишени могут различаться: в одном случае мы работаем над укреплением Я-концепции, в другом — над развитием социального интеллекта и децентрации. Этот переход органично дополняет традиционную КБТ-модель (Beck et al., 2015). В данной парадигме каждый домен черт интерпретируется как клиническое проявление специфического набора ядерных убеждений и компенсаторных стратегий. Например, домен «ананкастность» рассматривается как поведенческое выражение убеждений о необходимости тотального контроля для предотвращения дестабилизации.

Для понимания устойчивости этих когнитивных искажений необходимо обратиться к этиологической иерархии формирования личности. Когнитивный профиль не является изолированным конструктом; он кристаллизуется на стыке первичных биологических факторов и индивидуального опыта, что наиболее полно описывается в рамках биопсихосоциальной модели.



Часть 2. Публикации членов АКБТ

Этиологическая иерархия: Нейробиологический субстрат доменов черт

С точки зрения современной нейронауки, РЛ — это результат взаимодействия генетически детерминированной уязвимости и когнитивного научения. Биологический субстрат выступает как нейрофизиологический фундамент («пресет» — биологически заданная предрасположенность), определяющий вектор развития доменов черт в МКБ-II:

- Негативная аффективность: обусловлена гиперактивностью амигдалы и лабильностью вегетативной нервной системы. Это база для формирования схем уязвимости.
- Расторможенность: связана с функциональной слабостью префронтальной коры и дисфункцией дофаминергической регуляции, что проявляется в дефиците тормозного контроля.
- Ананкастность (Ригидность): ассоциирована с усилением связей в кортико-стриато-таламо-кортикальных петлях (CSTC loops) (Peters et al., 2016), что закрепляет стратегии сверхконтроля.
- Отчужденность (Detachment): связана с низкой чувствительностью систем социального вознаграждения и спецификой окситоциновой регуляции. Это биологическая основа для схем социальной самодостаточности.
- Диссоциальность (Dissociality): коррелирует со сниженной реактивностью амигдалы на стимулы страха и дефицитом зеркальных нейронов, что затрудняет формирование эмпатии и усвоение социальных норм.

Биологическая предрасположенность — это лишь «сырой материал». Чтобы стать личностным расстройством, нейрофизиологические импульсы должны пройти стадию когнитивного опосредования. В процессе взросления ребенок интерпретирует свою биологическую реактивность, создавая смысловые конструкции. Именно поэтому клиницист не может ограничиться знанием кода МКБ: диагноз лишь указывает на «территорию» проблемы, но не раскрывает «карту» внутреннего мира пациента.

Процесс концептуализации: От клинического интервью к мишеням терапии

Несмотря на наличие диагностических кодов в МКБ-II, КБТ-терапевт выстраивает работу на основе индивидуальной концептуализации. Этот динамический процесс, начинающийся с претритмента и клинического интервью, направлен на выявление того, как биологические «пресеты» превратились в три уровня когнитивной организации:



Часть 2. Публикации членов АКБТ

- Ядерные убеждения (Core Beliefs): Глубинные структуры («Я неадекватен», «Люди опасны»), которые пациент воспринимает как абсолютную истину.
- Промежуточные убеждения (Intermediate Beliefs): Жизненные правила и допущения («Если я буду идеальным, меня не отвергнут»), которые помогают человеку справляться с болезненными ядерными убеждениями.
- Компенсаторные стратегии: Видимое поведение, которое сторонний наблюдатель классифицирует как «черту». Для терапевта же это функциональный инструмент выживания пациента.

Основная задача терапевта — через сократовский диалог и поведенческие эксперименты показать пациенту, что его стратегии, когда-то бывшие адаптивными ответами на биологическую уязвимость (валидация), в текущих условиях стали ригидными и ограничивающими.

Для иллюстрации рассмотрим паттерн, ранее классифицируемый как гистрионное РЛ. На этапе концептуализации терапевт обнаруживает сочетание высокой негативной аффективности и расторможенности.

Основная когнитивная особенность данного профиля — диффузный стиль переработки информации. В то время как адаптивная личность использует аналитическое мышление (факты, логика, детали), гистрионный индивид опирается на «импрессионистическое» восприятие.

- Механизм: информация кодируется в виде эмоциональных всплесков, а не конкретных данных.
- Следствие: пациент не может восстановить хронологию событий или логику своих поступков, заменяя их оценочными суждениями («это было ужасно», «он был великолепен»).

Система убеждений (Смысловой уровень)

Концептуализация выстраивается вокруг иерархии убеждений, которые оправдывают инструментальное поведение (Таблица 1)

Таблица 1. Примеры убеждений, участвующих в формировании инструментального поведения

| Уровень | Содержание убеждения |
|------------------|---|
| Ядерное (О себе) | «Я фундаментально несостоятелен и неадекватен для автономного существования». |



Часть 2. Публикации членов АКБТ

| Уровень | Содержание убеждения |
|----------------------------------|---|
| Ядерное (О других) | «Другие — это ресурс; их внимание и одобрение являются единственной гарантией моей безопасности». |
| Промежуточное (Условное правило) | «Если я не буду развлекать/очаровывать людей, я стану для них невидимым, и они меня покинут». |
| Промежуточное (Отношение) | «Быть скучным — значит быть в опасности». |

Инструментальные стратегии и когнитивные искажения

Для поддержания связи с «ресурсом» (другими людьми) используются специфические паттерны:

- Эмоциональное рассуждение (Emotional Reasoning): «Если я чувствую себя брошенным, значит, меня действительно предали». Эмоция воспринимается как неоспоримое доказательство факта.
- Драматизация как коммуникативный мостик: из-за неумения использовать логическую аргументацию, пациент прибегает к гиперболизации аффекта, чтобы донести свою потребность до окружающих.
- Когнитивное избегание: систематическое уклонение от детального анализа проблем, так как логика вступает в конфликт с эмоциональными потребностями.

Биопсихосоциальная интеграция (по МКБ-П)

Детальная концептуализация связывает эти психологические структуры с биологическим фундаментом:

- Биология: гиперреактивная лимбическая система (высокая негативная аффективность) создает постоянный «шум» (фоновую аффективную гиперактивацию), мешающий когнитивной фокусировке.



Часть 2. Публикации членов АКБТ

- Среда: ранний опыт, где внимание ребенка поощрялось только в моменты экспрессивного поведения (болезнь, истерика), закрепил расторможенность как единственную рабочую стратегию.
- Итог: сформировалась личность, которая использует аффект как основной инструмент переработки информации, вместо того чтобы «думать о чувствах».

Клинические сложности и терапевтические барьеры

Работа с человеком с расстройством личности сопряжена с комплексом специфических трудностей. Первоочередным барьером является эгосинтонность патологических паттернов: пациент воспринимает свои дезадаптивные схемы не как проблему, а как неотъемлемую часть идентичности. Это обуславливает низкую приверженность изменениям и требует длительного этапа формирования когнитивного диссонанса.

Ригидность когнитивных структур, которая подкрепляется биологическим «порогом» реактивности, делает процесс терапии длительным и нелинейным. Терапевт неизбежно сталкивается с межличностной гиперсенситивностью пациента, что ведет к регулярным разрывам терапевтического альянса. Пациент воспроизводит свои схемы непосредственно в сессии, превращая терапевта в объект проекции своих ядерных убеждений. Как отмечается в классическом руководстве (Beck et al., 2015), успех в таких случаях зависит от способности клинициста сохранять метапозицию, используя возникающие трудности как материал для живой концептуализации и коррекции схем «здесь и сейчас». Также для терапевта повышается риск выгорания, снижение самооценки (ведь прогресс в терапии будет крайне медленным) и важно уметь замечать свои признаки, сигнализирующие о данном состоянии и обращаться за помощью (к супервизорам и интервизионным группам).

Для успешной работы необходимо учитывать следующие моменты:

- Приоритет концептуализации: без четкого понимания, как биология и схемы связаны в данном кейсе, терапевт будет «тушить пожары» симптомов, не меняя структуру.
- Работа с «процессом», а не только с «содержанием»: обсуждение того, что происходит здесь и сейчас между терапевтом и клиентом, часто важнее, чем обсуждение событий недели.
- Супервизия: регулярный разбор собственных реакций на специфические домены черт пациента.



Часть 2. Публикации членов АКБТ

Список литературы

- 1) Всемирная организация здравоохранения. (2019). Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Женева: ВОЗ. URL: <https://icd.who.int/ru>
- 2) Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- 3) Peters, S. K., Dunlop, K., & Downar, J. (2016). Cortico-striatal-thalamic loop circuits of the salience network: A central pathway in psychiatric disease and treatment. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 10, 104. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2016.00104>
- 4) Pincus, A. L., & Hopwood, C. J. (2012). A contemporary interpersonal model of personality pathology and personality disorder. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 372–398). New York: Oxford University Press.



Часть 2. Публикации членов АКБТ

Когнитивные слияния при ОКР: Thought-Action, Thought-Event и Thought-Object Fusion



Гижицкий Виктор Владимирович

Кандидат психологических наук, клинический психолог, аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт

Согласно современной когнитивно-поведенческой модели ОКР (Salkovskis, 1985; Rachman, 1997; Clark, 2004) навязчивые мысли сами по себе не являются патологией, они возникают у большинства людей. Важно то, как человек интерпретирует эти мысли и какое значение им придаёт. Именно это определяет, превратится ли мысль в Obsessive Compulsive Disorder (ОКР).

Наиболее частыми вариантами искажённой оценки мыслей при ОКР являются:

- Thought-Action Fusion (TAF) — слияние мысли и действия
- Thought-Event Fusion (TEF) — слияние мысли и события
- Thought-Object Fusion (TOF) — слияние мысли и свойств объекта

Общая логика каждого слияния одна: навязчивая мысль перестаёт восприниматься как нейтральное психическое событие, наделяется особым значением и провоцирует защитное поведение.

1. Thought-Action Fusion (TAF) — слияние мысли и действия

TAF — склонность приравнивать мысль к совершению действия или считать, что она повышает вероятность события. Shafran, Thordarson и Rachman (1996) выделили две независимые субшкалы:

- TAF-Моральность (TAF-M): убеждённость в том, что появление неприемлемой мысли морально эквивалентно совершению этого поступка. Пример:

| Навязчивая мысль | Оценка / значение | Охранительное поведение |
|---|--|--|
| «Держу нож и представляю, как причиняю вред близкому» | «Если я об этом подумала, то значит, я способна на это, и я ужасный человек» | Избегание кухни, прятанье ножей, повторные исповеди, поиск заверений |



Часть 2. Публикации членов АКБТ

- ТАФ-Вероятность (ТАФ-Р): убежденность в том, что мысль о негативном событии увеличивает вероятность его наступления. Пример:

| Навязчивая мысль | Оценка / значение | Охранительное поведение |
|--|---|---|
| Перед вылетом возникла мысль: «Самолёт разобьётся» | «Раз я об этом подумала — вероятность аварии выросла» | Нейтрализация через противоположные мысли, ритуал отмены, отказ от полёта |

Психопатологический контекст

ТАФ-М чаще всего связан с агрессивным, сексуальным и скрупулёзным подтипами ОКР; ТАФ-Р — с магическими и защитными ритуалами. ТАФ-М оказывает более сильное влияние на аффективный компонент, сочетаясь с высоким уровнем вины и стыда.

Важно отметить, что высокий ТАФ наблюдается также при депрессивных эпизодах, ГТР и социальной фобии, поэтому диагностическая ценность ТАФ определяется его конфигурацией с другими когнитивными убеждениями ОКР (Berle & Starcevic, 2005).

2. Thought-Event Fusion (TEF) — слияние мысли и события

TEF — убежденность, что мысли могут напрямую вызывать события в реальном мире. Отличие от ТАФ-Р: при ТАФ-Р человек считает, что мысль косвенно увеличивает вероятность события (например, через собственное поведение); при TEF мысль является реальной причиной: событие либо уже произошло, либо обязательно произойдёт.

| Навязчивая мысль | Оценка / значение | Охранительное поведение |
|---|--|---|
| Смотря на больного человека, я невольно подумала: «Моя мама тоже заболит» | «Мыслью я накликаю болезнь. Если не отменю её — событие реализуется» | Когнитивный ритуал отмены, произнесение защитных фраз, избегание ситуаций-триггеров |



Часть 2. Публикации членов АКБТ

TEF связан с проверяющим и магическим подтипами ОКР. При ПТСР TEF проявляется как убежденность в том, что воспоминание о травме способно «заставить это случиться снова», что формирует избегание когнитивной переработки травматического материала.

3. Thought-Object Fusion (TOF) — слияние мысли и свойств объекта

TOF — склонность думать, что мысли, намерения или аффективные состояния могут «передаваться» физическим предметам, местам или людям, изменяя их качество. Предмет, каким-либо образом связанный с негативным событием, начинает восприниматься как «заражённый» или несущий негативный смысл, провоцируя охранительное поведение в отношении него. Конструкт выявлен в рамках исследований ментальной контаминации (Rachman, 2006; Coughtrey et al., 2012).

| Навязчивая мысль | Оценка / значение | Охранительное поведение |
|--|--|--|
| Перед расставанием я прикоснулась к сервизу. «Теперь эта посуда связана с тем моментом» | «Посуда несёт в себе то негативное. Если члены семьи будут её использовать — с ними случится что-то плохое» | Изоляция предмета, длительное ритуальное очищение, запрет на использование окружающими |

Rachman (2006) выделил ментальную контаминацию как особую форму, при которой ощущение «грязи» не устраняется стандартными очищающими процедурами и не связано с физическим контактом. Клинические признаки TOF:

- Неустранимость: мытьё не приносит облегчения, пока субъект не убеждён, что когнитивное «загрязнение» устранено.
- Трансферность: «загрязнённое» качество передаётся от объекта к объекту через контакт.
- Символическая природа: «загрязнение» не имеет физического субстрата, но переживается как реальное.

Несмотря на клиническую очевидность данного феномена, TOF остаётся недостаточно операционализированным. Неясно, представляет ли он самостоятельный механизм или частный случай магического мышления и TAF, направленного на объекты (Coughtrey et al., 2012; Melchior et al., 2021; Vidal-Fernandez et al., 2023).



Часть 2. Публикации членов АКБТ

4. Сравнительная характеристика TAF, TEF и TOF

| Характеристика | TAF | TEF | TOF |
|---------------------|---|---|-----------------------------------|
| Основное убеждение | Мысль = действие / моральная вина | Мысль = прямая причина внешнего события | Мысль передаётся объекту / людям |
| Направленность | На себя (вина, стыд) | На мир (страх, магическая ответственность) | На объект (отвращение, тревога) |
| Подтипы ОКР | Скрупулёзный, агрессивный, сексуальный | Магический, защитный | Контаминационный (ментальный) |
| Типичные компульсии | Нейтрализация, исповедь, поиск заверений | Ритуалы отмены, защитные действия | Избегание, очищение |
| Аффективный тонус | Вина, стыд | Страх, магическая ответственность | Отвращение |
| Механизм ЭПР | Отказ от нейтрализации после навязчивой мысли | Отказ от защитных ритуалов; воображаемая экспозиция | Контактные упражнения с предметом |

Несмотря на различия, TAF, TEF и TOF могут рассматриваться как проявления единого метакогнитивного искажения, при котором мысли воспринимаются как обладающие повышенной значимостью и способные влиять на реальность. Различия отражают направление этого «слияния»: на действие, событие или объект.



Часть 2. Публикации членов АКБТ

5. Измерение: Thought Fusion Instrument (TFI)

Убеждения слияния измеряются с помощью Thought Fusion Instrument (TFI; Wells, Gwilliam & Cartwright-Hatton, 2001) — 14-пунктной шкалы, оценивающей метакогнитивные убеждения о значимости и силе мыслей. Инструмент показал хорошую надёжность ($\alpha = 0,89$; Gwilliam et al., 2004). Важное ограничение: TFI имеет единую суммарную шкалу без отдельных баллов по TAF, TEF и TOF — что ограничивает его использование для дифференциальной концептуализации (Melchior et al., 2021). Для отдельной оценки подтипов рекомендуется шкала TAFS (Shafran et al., 1996).

В ряде исследований (Gwilliam et al., 2004; Myers et al., 2009; Solem et al., 2010) TFI и убеждения о необходимости ритуалов объясняли дополнительные 11–13 % дисперсии симптомов ОКР после учёта беспокойства, переоценки угрозы и классических когнитивных убеждений (ответственность, перфекционизм).

6. Работа с механизмами слияния в КПТ

Цель — не просто снизить симптомы, а изменить убеждение в «магической силе» мыслей через психообразование, когнитивную работу и поведенческие эксперименты.

6.1. Психообразование

- Метафора: «Мысль — это облако на небе, а не гроза».
- 80–90 % людей имеют агрессивные, сексуальные или «запретные» мысли ежедневно (Rachman & de Silva, 1978).
- Для TAF: «Если мысль о вреде равна действию, почему миллиарды людей с «плохими» мыслями не совершают преступлений?»
- Для TEF/TOF: «Мысль не обладает физической силой — это проверяется экспериментом».

Эффект: даже краткое психообразование значительно снижает TAF у лиц с высокой склонностью к TAF (Zucker et al., 2002; Marino-Carper et al., 2010).



Часть 2. Публикации членов АКБТ

6.2. Когнитивная реструктуризация

| Тип слияния | Типичное убеждение | Когнитивный вызов (примеры вопросов) | Альтернативная мысль |
|-------------|---|--|---|
| TAF-M | «Подумать о насилии — значит быть плохим человеком» | «Является ли мысль синонимом действия по вашим моральным стандартам? Что вы сказали бы другу с такой мыслью?» | «Мысль — это автоматический «шум» мозга, а не моя воля» |
| TAF-P | «Мысль повышает шанс события» | «Как часто ваши «предсказания» сбывались? Есть ли доказательства причинно-следственной связи?» | «Корреляция ≠ причинность» |
| TEF | «Если я подумал об аварии — она произойдет» | «Можно ли мыслью управлять миром? Проверим на эксперименте: намеренно подумайте о дожде — и проверьте» | «События происходят независимо от моих мыслей» |
| TOF | «Моя тревога «заразила» этот предмет» | «Есть ли физический механизм передачи? Можете ли вы передать позитивное чувство предмету, который вас радует?» | «Объекты нейтральны; значение придаю только я» |

Когнитивная реструктуризация всегда идёт вместе с поведенческими экспериментами: это сочетание даёт лучшие результаты, чем каждый метод по отдельности (Rassin et al., 2001).

6.3 Поведенческие эксперименты

Эксперименты проводятся по формату «предсказание → проверка → вывод». Тревога снижается со временем (в том числе через габитуацию), а убеждение слабеет через неподтверждение прогноза.



Часть 2. Публикации членов АКБТ

- TAF: пациент пишет фразу «Я надеюсь, что [близкий] попадёт в аварию», оценивает тревогу и моральность, ждёт 24–48 ч и фиксирует исход (классическая «TAF-задача», Shafran et al., 1996).
- TEF: пациент составляет список «опасных» мыслей и ежедневно фиксирует, сколько сбылось (обычно 0 %). Или: намеренно подумать о нейтральном событии (дождь) и проверить.
- TOF: пациент «заряжает» мыслью нейтральный объект (карточку, ручку) и просит терапевта взять его, затем оценивает «заражение». Результат: передачи нет → TOF ослабевает.

6.4 Экспозиция с предотвращением реакции (ЭПР)

- Имагинальная экспозиция: пациент пишет и читает вслух сценарий со «слиянием» без нейтрализации (45–90 мин ежедневно). Особенно важна при TEF, где имагинальная экспозиция нередко предшествует *in vivo*.
- *In vivo*: TOF — касаться «заражённых» объектов без ритуалов очищения; TAF — находиться рядом с триггерами и позволять мыслям быть.
- Предотвращение ритуалов: никаких мысленных отмен, проверок или поиска заверений.

Стоит отметить, что ЭПР при выраженном TOF требует особой осторожности: стандартное мытьё не является адекватным ответом на ментальную контаминацию. Рекомендуется начинать с когнитивной реструктуризации TOF-оценки, и лишь затем переходить к полномасштабной ЭПР.

Заключение

TAF, TEF и TOF — взаимосвязанные формы когнитивного искажения, связанные с приписыванием мыслям повышенной значимости и каузальной силы.

Наиболее эмпирически обоснован конструкт TAF. TEF и TOF можно рассматривать как его концептуальные расширения, отражающие различные направления этого искажения: на события и объекты. Клиническое значение данных механизмов — прежде всего в их роли в интерпретации навязчивых мыслей и запуске компульсивного поведения. Их дифференциация может быть полезна на этапе концептуализации случая, но не приводит к принципиально различным терапевтическим стратегиям: все формы когнитивного слияния эффективно прорабатываются с помощью ЭПР, поведенческих экспериментов и метакогнитивной переработки убеждений о значимости мыслей.



Часть 2. Публикации членов АКБТ

Дальнейшие исследования необходимы для уточнения статуса TEF и TOF, а также их эмпирической дифференциации и роли в различных подтипах ОКР.

Список литературы

- 1) Abramowitz, J. S. (2006). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 2) Berle, D. & Starcevic, V. (2005). Thought-action fusion: review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 263–284.
- 3) Clark, D.A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. Guilford Press.
- 4) Coughtrey, A.E., Shafran, R., Knibbs, D., & Rachman, S.J. (2012). Mental contamination in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 244–250.
- 5) Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(2), 137–144.
- 6) Marino-Carper, T.L., Negy, C., Burns, G.L., & Lunt, R.A. (2010). The effects of psychoeducation on thought-action fusion, thought suppression, and responsibility. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 404–414.
- 7) Melchior, K. et al. (2021). The assessment of thought fusion beliefs and beliefs about rituals: Psychometric properties of the TFI and BARI. *Psychological Test Adaptation and Development*, 2(1), 50–61.
- 8) Myers, S.G., Fisher, P.L., & Wells, A. (2009). Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 132–142.
- 9) NICE (2005). *OCD and Body Dysmorphic Disorder: Treatment*. Clinical guideline CG31.
- 10) Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31(2), 149–154.



Часть 2. Публикации членов АКБТ

11) Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793–802.

12) Rachman, S. (2006). *Fear of Contamination: Assessment and Treatment*. Oxford University Press.

13) Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233–248.

14) Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Schmidt, H. (2001). The Thought-Action Fusion Scale: Further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 537–544.

15) Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.

16) Shafran, R., Thordarson, D.S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379–391.

17) Solem, S., Myers, S.G., Fisher, P.L., Vogel, P.A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of OCD: Replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 79–86.

18) Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M.C., & Comer, J.S. (2013). Family involvement in the psychological treatment of OCD: a meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 27(3), 395–405.

19) Vidal-Fernandez, N. et al. (2023). Thought-object fusion and OCD severity. *Journal of OCD and Related Disorders*, 37, 100801.

20) Wells, A., Gwilliam, P., & Cartwright-Hatton, S. (2001). The Thought Fusion Instrument [Unpublished self-report scale]. University of Manchester.

21) Zucker, B.G., Craske, M.G., Barrios, V., & Holguin, M. (2002). Thought action fusion: can it be corrected? *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 653–664.



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая

Техника «Пирог ответственности»



Брагина Ольга Александровна
КПТ ориентированный терапевт, член АКБТ

Техника «Пирог ответственности» (Responsibility Pie) представляет собой интегративный инструмент в рамках когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), направленный на коррекцию восприятия личной ответственности за негативные события. Метод используется преимущественно в терапии тревожных расстройств, обсессивно-компульсивном расстройстве, депрессии и при работе с патологическим чувством вины. Несмотря на ограниченное количество исследований этого метода как самостоятельной интервенции, техника «Пирог ответственности» интегрирована в протоколы когнитивно-поведенческой терапии, статьи и пособия по когнитивно-поведенческой терапии, и соответствует ее теоретическим основаниям.

Техника «Пирог ответственности» предполагает визуальное распределение 100% причинного вклада между различными факторами, вовлеченных в проблемную ситуацию.

Процедура включает в себя:

- определение конкретного события;
- идентификацию автоматической мысли;
- выделение всех возможных факторов влияния на ситуацию и ее исход;
- количественное распределение ответственности – влияния всех выделенных факторов (в процентном соотношении);
- когнитивную и логическую проверку распределения.

Одним из ключевых принципов КПТ является выявление и модификация когнитивных искажений, включая завышенную персональную ответственность, дихотомические мысли, чрезмерную генерализацию и негативное восприятие причинно-следственных связей. Техника «Пирог ответственности» концептуально опирается на базовую когнитивную модель, разработанную А. Беком, согласно которой эмоциональные реакции и поведенческие стратегии человека детерминируются не самим событием, а его интерпретацией. В рамках данной



Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая

модели дисфункциональные автоматические мысли возникают на основе глубинных убеждений и промежуточных правил («если... то...»), формируя устойчивые паттерны эмоционального реагирования. Гиперответственность в данном контексте может рассматриваться как производная дисфункционального базового убеждения о контроле и причинности («Я ответственен за предотвращение негативных последствий», «Если произошло что-то плохое - это моя вина»). Подобные убеждения активируются в ситуациях неопределенности, межличностного конфликта или потенциальной угрозы и приводят к формированию автоматических мыслей с тотальной атрибуцией причинности. В развитии когнитивной модели Дж. Бек подчеркивает, что ключевой задачей терапевтической работы является выявление и проверка дисфункциональных интерпретаций через направленное открытие и когнитивную реструктуризацию [1]. В этом контексте «Пирог ответственности» можно рассматривать как структурированную форму реатрибуции, позволяющую перевести вербальное исследование в наглядно-количественную модель распределения причинных факторов.

С точки зрения атрибутивной теории Б. Вайнера, эмоциональные реакции напрямую связаны с локусом и стабильностью объяснений события [2]. При патологическом чувстве вины наблюдается систематическое смещение в сторону внутренней, глобальной и стабильной атрибуции. Р. Лихи в своей книге «Техники когнитивно-поведенческой терапии» также отмечает «наличие склонности персонализировать проблемы, анализируя причинно-следственные связи по критерию «все или ничего»» [3]. Техника «Пирог ответственности» вмешивается именно на уровне причинного объяснения, способствуя переходу от глобальной и недифференцированной интерпретации к более сложной, многокомпонентной модели причинности.

Особое значение перераспределение ответственности приобретает в когнитивной модели обсессивно-компульсивного расстройства, разработанной Paul M. Salkovskis. В данной модели центральным механизмом поддержания симптоматики выступает инфляция ответственности - убежденность субъекта в том, что он обладает повышенной способностью и обязанностью предотвращать вред [4]. Аналогичные положения развивает Д. Кларк, подчеркивая, что переоценка личной роли в возникновении угрозы усиливает тревожность и компульсивное поведение [5]. В этом контексте «Пирог ответственности» выступает как когнитивная интервенция, направленная на снижение субъективной значимости внутренней атрибуции и ослабление тревожной акти-



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая

вазии

Изначально техника «Пирог ответственности» была предложена Greenberger & Padesky в 1995 году [6; 7], как распространенная реатрибутивная стратегия, применяемая в терапии с молодыми людьми с целью помочь им увидеть альтернативные объяснения и перераспределить ответственность. Авторами она была адаптирована и описана для младших возрастов через использование цвета, визуальных элементов. В настоящее время особое значение применение данной техники отдается в терапии обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) как когнитивной интервенции для работы с инфляцией ответственности. Р. Лихи указывает на возможность применения и в рамках оспаривания ярлыков: «Если пациент навешивает на себя негативный ярлык в духе «Я глупый», предложите ему перечислить другие качества и формы поведения, характеризующие его как личность, и по результатам составить аналогичную круговую диаграмму, в которой будут учитываться все значимые элементы его я-концепции» [3].

В 2015 году Arimitsu & Hofmann было проведено эмпирическое исследование, в котором эффективность применения техники перераспределения ответственности, в том числе с использованием «Пирога ответственности», сравнивались с техниками самосострадания и когнитивной реатрибуции [8]. Это первое исследование, где фактически изучалась эффективность перераспределения ответственности как техники когнитивно-поведенческой терапии. Стоит отметить, что данное исследование не являлось изолированным и проводилось в рамках кратковременного эксперимента по регуляции эмоций после воспоминаний стрессового события. По результатам было выявлено, что снижение интенсивности негативных эмоций в группах респондентов, где применялись техники когнитивной переоценки выше, чем в группах, с участниками которых были использованы только техники перераспределения ответственности, однако техники перераспределения ответственности также были эффективными, но в умеренной степени.

Техника «Пирог ответственности» была разработана как практический инструмент перераспределения причинно-следственных атрибуций – реатрибуции, но применением ее с акцентом на когнитивную реструктуризацию может повысить эффективность данной интервенции в терапии. Важно подчеркнуть, что эффективность техники повышается при её включении в целостную когнитивную концептуализацию случая. Без предварительного выявления активирующих убеждений и поддерживающих поведенческих стра-



Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая

тегий перераспределение ответственности может носить поверхностный характер и не приводить к устойчивым изменениям.

С методологической точки зрения «Пирог ответственности» можно рассматривать как визуализированную форму сократовского диалога, обеспечивающую переход от линейной причинно-следственной интерпретации к вероятностной модели анализа события. Тем самым техника реализует центральный принцип когнитивно-поведенческой терапии - проверку гипотез о значении события посредством эмпирического исследования альтернативных объяснений.

Таким образом, с применение техники «Пирог ответственности» позволяет:

- представить наглядно скрытую гипотезу клиента тотальной личной ответственности;
- перевести абстрактное самообвинение в наглядно-количественную модель;
- ослабить дихотомическое мышление
- способствовать формированию более рациональной схемы контроля ответственности.

Техника интегрируется в когнитивную модель на нескольких уровнях:

- на уровне автоматических мыслей - через количественную проверку утверждения «100% моя вина»;
- на уровне промежуточных убеждений - через оспаривание правил тотальной личной ответственности;
- частично на уровне базовых убеждений - через формирование более дифференцированной концепции причинности и контроля.

Типичные вопросы, которые задаются клиенту в процессе использования техники «Пирог ответственности»:

- Какие факторы могли повлиять на исход ситуации?
- Какие обстоятельства находились вне вашего контроля?
- Существуют ли другие участники этой ситуации?
- Всегда ли подобные действия приводят к такому результату?

Несмотря на практическую полезность техники «Пирог ответственности», ее применение имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать психотерапевтической практике. Метод во многом опирается на способность



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая

клиента к когнитивной рефлексии и аналитическому мышлению. У клиентов с выраженной эмоциональной дезорганизацией, высоким уровнем тревоги или депрессивной ригидностью мышления может наблюдаться трудность в генерации альтернативных факторов и объективной оценке их вклада в ситуацию. В подобных случаях распределение ответственности может носить формальный характер и не приводить к значимой когнитивной реструктуризации. Так же существует риск рационализации без эмоциональной переработки переживания. Клиент может интеллектуально согласиться с тем, что ответственность распределена между несколькими факторами, однако эмоциональное чувство вины или стыда может сохраняться. В таких ситуациях техника требует дополнительной интеграции с другими методами когнитивно-поведенческой терапии, направленными на работу с эмоциональными реакциями. Следует отметить, что распределение ответственности в процентном выражении носит субъективный характер. Полученные пропорции отражают скорее текущую когнитивную модель клиента, чем объективную структуру причинно-следственных факторов. Поэтому результаты техники следует рассматривать как инструмент для исследования интерпретаций события, а не как точную оценку причинности. Кроме того, в некоторых клинических ситуациях существует риск искажения цели интервенции. Например, у клиентов с выраженной склонностью к внешней атрибуции неудач перераспределение ответственности может способствовать усилению тенденции перекладывать ответственность на других людей или внешние обстоятельства.

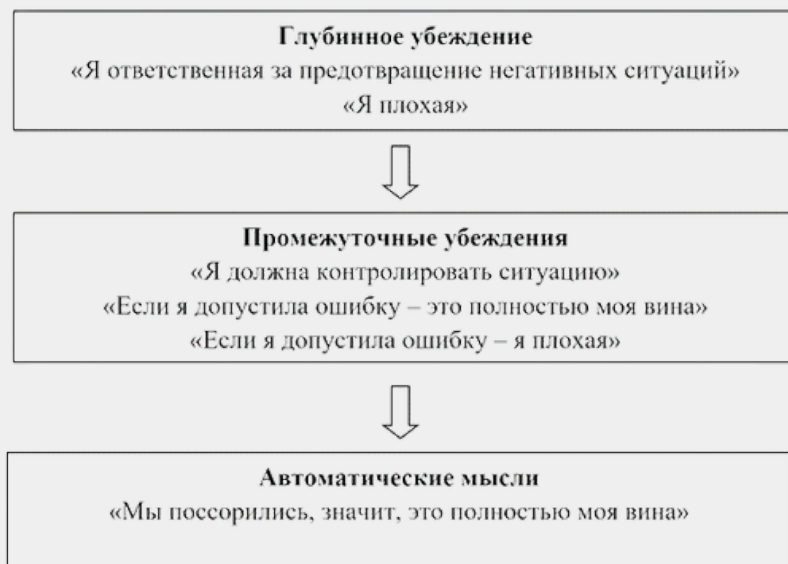
Пример вымышленного кейса.

Женщина, 30 лет. Диагностирован депрессивный эпизод средней тяжести. После ссоры с партнером на одной из сессий испытывает сильное чувство подавленности из-за произошедшего события.

В данной ситуации произошла активация когнитивной схемы, что привело к интенсивным эмоциональным реакциям (стыд, вина, тревога), что поддерживает поведенческие стратегии избегания, самокритики и чрезмерного самоконтроля.



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая



Клиент: Если бы я ничего ему не сказала, мы не поругались бы. Я ужасная и во всем виновата. Я постоянно думаю о том, что мне не следовало бы говорить ему о своем недовольстве этим рестораном.

Терапевт: Когда вы говорите «я во всём виновата», это звучит так, будто ответственность - 100% на вас (идентификация автоматической мысли. Важно отметить, что техника «Пирог ответственности» применяется не в работе с абстрактным чувством вины, а как эмоциональной реакции в ситуативном контексте). Давайте попробуем немного исследовать эту мысль. Вы согласны рассмотреть её подробнее?

Клиент: Да... но я правда чувствую, что всё испортила.

Терапевт: Хорошо. Представим, что ответственность за ссору - это круг, как пирог, 100%. И нам нужно распределить, кто и в какой степени повлиял на произошедшее. Насколько вы сейчас убеждены, что ссора произошла из-за вас?

Клиент: Сто. Полностью (это исходная когнитивная позиция).

Терапевт: Понимаю, так сейчас ощущается. А если попробовать чуть замедлиться - что именно вы сделали? (запуск реатрибуции: расширение причинно-следственной модели и генерация альтернативных факторов)

Клиент: Я сказала, что мне не понравился ресторан. И сказала это раздражённым тоном.

Терапевт: То есть ваш вклад - это высказанное недовольство и, возможно, тон. Верно?

Клиент: Да.



Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая

Терапевт: А что делал ваш партнёр в этот момент?

Клиент: Он сразу вспылил. Сказал, что я всё время всем недовольна. Начал говорить, что я неблагодарная.

Терапевт: Его реакция - это тоже часть ситуации. Может быть были еще какие-то факторы или внешние условия, которые могли повлиять на ситуацию?

Клиент: Нам долго готовили блюда. Мы оба были этим недовольны.

Терапевт: Давайте запишем и это. Что-нибудь еще?

Клиент: Рядом с нами сидела шумная компания, а у моего партнера сегодня был трудный день на работе.

Терапевт: Похоже, ваш партнер чувствовал усталость и компания рядом вам мешала провести время в спокойной обстановке.

Клиент: Да.

Терапевт: Есть ли еще какие-то причины произошедшей ссоры, которые вы могли бы выделить?

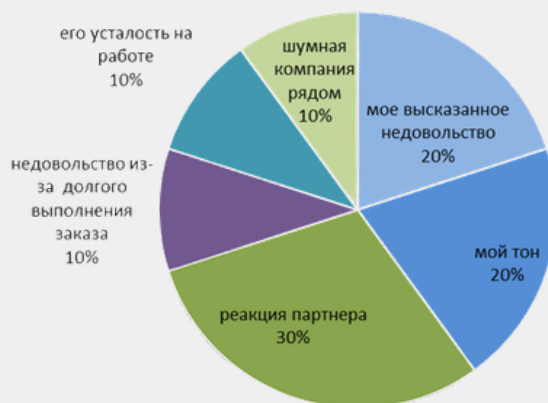
Клиент: Нет, вряд ли.

Терапевт: Теперь давайте изобразим это графически. Вот круг, который мы разделим на сектора и отметим, что между вами произошла ссора потому что:

- мое высказанное недовольство;
- мой тон;
- реакция партнера;
- недовольство из-за долгого выполнения заказа;
- его усталость на работе;
- шумная компания рядом.

Клиентка заполняет сектора, распределяя 100% между указанными факторами (рис 1).

Рисунок 1





Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая

Терапевт: Сейчас, глядя на полученный «пирог», насколько вы уверены в мысли: «я во всем виновата» (возвращение к исходной автоматической мысли)?

Клиент: Значительно меньше! Может на 40%.

Терапевт: Хорошо. Что вы чувствуете, когда верите в эту мысль на 40%?

Клиент: Становится чуть легче. Но все равно есть стыд.

Терапевт: Если сформулировать более сбалансированную мысль вместо «Я во всем виновата», как она могла бы звучать? (когнитивная реструктуризация)

Клиент: «Я сказала о своём недовольстве не самым мягким тоном, но его реакция - это тоже его ответственность».

Терапевт: Как меняется ваше чувство вины, когда вы так формулируете?

Клиент: Оно уже не такое тяжёлое... скорее сожаление, чем вина.

Список литературы

1. Бек, Джудит. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям [Текст] : [16+] / Джудит Бек ; [перевела с английского А. Соломина] ; Ассоциация когнитивно-поведенческой терапии. - Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2019. - 416 с
2. Bernard Weiner. An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion – 1985. Psychological Review 92(4) 548-573.
3. Лихи Р. Техники когнитивной терапии. -Санкт-Петербург: Питер, 2018.
4. Salkovskis P. M. Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. Behaviour Research and Therapy. – 1985. 23(5), 571–583.
5. Кларк Д., Бек А. Когнитивная терапия тревожных расстройств: наука и практика. - Москва: Диалектика, 2019.
6. Dennis Greenberger, & Christine A. Padesky Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think. New York: Guilford Press, 1995.
7. Dennis Greenberger, & Christine A. Padesky Mind Over Mood (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2016.
8. Kohki Arimitsu, Stefan G. Hofmann. Effects of compassionate thinking on negative emotions. Cognition and Emotion – 2015.<http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2015.1078292>.