

## Возможности персонализированного подбора психотерапии при коморбидных депрессивных и тревожных расстройствах, мишени когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и личностно-ориентированной терапии (ЛОРП)

Старунская Д.А.<sup>1</sup>, Васильева А.В.<sup>1,5</sup>, Караваева Т.А.<sup>1,2,3,4</sup>, Ляшковская С.В.<sup>1</sup>, Андрианова А.Е.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>4</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>5</sup>ФГБУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Диана Андреевна Старунская, [stardia@yandex.ru](mailto:stardia@yandex.ru)

### Резюме

**Обоснование:** коморбидные депрессивные и тревожные расстройства являются наиболее распространенным сочетанием в клинической практике и нуждаются в тщательном подходе при выборе методов терапии. Возможности адаптации психотерапевтических интервенций к потребностям пациентов в целях повышения эффективности выбранного лечения и улучшения качества жизни изучены недостаточно. **Цель** обзорной статьи — рассмотреть научные публикации, посвященные таким современным методам лечения как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП), выделить мишени психотерапевтических интервенций для коморбидных депрессивных и тревожных расстройств при каждом рассматриваемом методе. **Материал и методы:** по ключевым словам «депрессия», «тревожные расстройства», «коморбидность», «личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия», «когнитивно-поведенческая терапия», «персонализированная терапия», «мишени психотерапии» проведен поиск научных публикаций в электронных базах данных PubMed, MEDLINE, РИНЦ. **Обсуждение:** в большинстве статей обсуждаются сложности, возникающие при коморбидности депрессивных и тревожных нарушений, а также их влияние на выбор терапевтического подхода. Проанализированы характеристики и результаты применения КПТ и ЛОРП в лечении коморбидных состояний, выделены мишени, на которые должны быть направлены психотерапевтические интервенции с учетом коморбидности. Показана эффективность этих методов в уменьшении симптоматики и улучшении общего состояния пациентов с сочетанными депрессивными и тревожными расстройствами. **Заключение:** формирование нозоспецифических психотерапевтических стратегий может решить задачи повышения качества терапевтического воздействия посредством подбора персонализированного подхода к лечению.

**Ключевые слова:** депрессия, тревожные расстройства, коморбидность, личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, персонализированная терапия, мишени психотерапии

**Финансирование:** исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России 2024–2026 гг. (XS0Z 2024 0014).

**Для цитирования:** Старунская Д.А., Васильева А.В., Караваева Т.А., Ляшковская С.В., Андрианова А.Е. Возможности персонализированного подбора психотерапии при коморбидных депрессивных и тревожных расстройствах, мишени когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и личностно-ориентированной терапии (ЛОРП). *Психиатрия*. 2025;23(3):111–122. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-111-122>

REVIEW

UDC 615.851

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-111-122>

## Possibilities of Personalized Selection of Psychotherapy for Comorbid Depressive and Stressful Disorders, Targets of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Person-Centered (Reconstructive) Psychotherapy (PCP)

Diana A. Starunskaya<sup>1</sup>, Anna V. Vasileva<sup>1,5</sup>, Tatiana A. Karavaeva<sup>1,2,3,4</sup>, Svetlana V. Lyashkovskaya<sup>1</sup>, Alexandra E. Andrianova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Ministry of Health of the Russia, St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup>FSBEI HE "St. Petersburg State University", St. Petersburg, Russia

<sup>3</sup>FSBEI HE "St. Petersburg State Pediatric Medical University", Ministry of Health of the Russia, St. Petersburg, Russia

<sup>4</sup>N. N. Petrov National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of the Russia, St. Petersburg

<sup>5</sup>FSBEI HE "North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov", Ministry of Health of the Russia, St. Petersburg, Russia

Corresponding author: Diana A. Starunskaya, [stardia@yandex.ru](mailto:stardia@yandex.ru)

**Summary**

**Background:** comorbid depressive and anxiety disorders are the most common combination in clinical practice. These states require a careful approach when choosing treatment methods. The abilities to adapt psychotherapeutic interventions to the needs of patients studied insufficiently. **The aim of review** was to analyze scientific publications on modern treatment methods, such as cognitive behavioral therapy (CBT) and person-centered (reconstructive) psychotherapy (PCP). **Materials and Methods:** using keywords “depression”, “stressful disorders”, “comorbidity”, “person-oriented reconstructive psychotherapy”, “cognitive behavioral therapy”, “personalized therapy”, “targets of psychotherapy” a search for articles has been conducted in PubMed, MEDLINE, RSCI, e-Library The purpose of analytical study is to identify the targets of psychotherapeutic interventions for comorbid depressive and stressful disorders in each of the methods. **Discussion:** the difficulties arising from the comorbidity of depressive and anxiety disorders, as well as their impact according to the choice of therapeutic approach are discussed in most of articles under consideration in connection with the tasks of improving the quality of therapeutic intervention through the selection of a personalized approach to treatment. The characteristics and results of the use of CBT and LORP in the treatment of comorbid conditions are examined, and the targets to which psychotherapeutic interventions should be directed, taking into consideration comorbidity, are identified. The effectiveness of these methods in reducing symptoms and improving the general condition of patients with combined depressive and anxiety disorders is shown. **Conclusion:** the formation of nosospecific psychotherapeutic strategies can solve problems of increasing the effectiveness of the chosen treatment and improving patients' quality of life

**Keywords:** depression, stressful disorders, comorbidity, person-oriented reconstructive psychotherapy, cognitive behavioral therapy, personalized therapy, targets of psychotherapy

**Funding:** the study was carried out within the framework of the state assignment of V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology of the Ministry of Health of the Russian Federation for 2024-2026 (XSOZ 2024 0014).

**For citation:** Starunskaya D.A., Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Lyashkovskaya S.V., Andrianova A.E. Possibilities of Personalized Selection of Psychotherapy for Comorbid Depressive and Stressful Disorders, Targets of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Person-Centered (Reconstructive) Psychotherapy (PCP). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(3):111–122. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-111-122>

**ВВЕДЕНИЕ**

Согласно эпидемиологическим данным, депрессивные и тревожные расстройства являются наиболее многочисленной группой психических расстройств во всем мире [1]. Усредненная оценка их распространенности среди населения: для депрессии — 5,4% в течение года и 9,6% в течение жизни; для тревожных расстройств — 6,7% и 12,9% соответственно [2]. Распространенность депрессивных и тревожных расстройств в первичной медицинской сети выше общепопуляционной и, по данным различных авторов, колеблется на уровне 8–20% в течение года среди общей недифференцированной выборки пациентов, а у отдельных категорий пациентов повышается вплоть до 70% [3, 4]. Признается, что вопрос о соотношении тревоги и депрессии при психических расстройствах до сих остается открытым [5]

Поиск наиболее эффективных стратегий лечения депрессивных и тревожных расстройств обусловлен их неблагоприятным влиянием на качество жизни пациентов, снижением профессионального функционирования, а также серьезным экономическим бременем для всей системы здравоохранения. Без адекватной диагностики и лечения расстройства данной группы становятся причиной частых посещений амбулаторно-поликлинических общесоматических служб и обращений за неотложной медицинской помощью, снижения производительности труда и социальной дезадаптацией [6, 7]. По оценкам зарубежных экспертов, депрессивные и тревожные расстройства являются значимой экономической проблемой с общими затратами в 74,4 и 113,4 млрд евро ежегодно для всего европейского региона по состоянию на 2010 г. [4].

Исследования показывают, что коморбидность связана с потенциально худшими исходами лечения. Это

подчеркивает необходимость разработки подходов, основанных на индивидуальных особенностях каждого пациента. [8, 9]. В научной литературе выделению нососпецифичных мишеней психотерапии посвящено небольшое количество исследований и публикаций. Практически все они описывают феномены, на которые направлены лечебные интервенции, для одной конкретной нозологии, например, для депрессии, тревожного расстройства, обсессивно-компульсивных нарушений, посттравматического стрессового расстройства и др. Работ, в которых определялись бы мишени психотерапии при сочетанной патологии, практически нет.

Коморбидность депрессивных и тревожных расстройств очень высока и каждое из этих состояний не только имеет свои специфические мишени и задачи психотерапевтического воздействия, но и перекрестные. Сложности в формировании психотерапевтической стратегии возникают, если верифицируются в определенной степени антагонистические мишени, которые обусловлены различными механизмами и индивидуальным содержанием переживаний. Например, мотивирование со стороны терапевта преодоления низкой активности при депрессии может усилить тревогу, связанную с опасением неудачи и осуждения со стороны окружающих.

По сообщениям Всемирной организации здравоохранения в 2016 г. депрессия и тревожные расстройства обходились глобальной экономике ежегодно в один триллион американских долларов. При этом отмечено, что необходимые инвестиции в лечение депрессии и тревожных расстройств могли бы окупиться четырехкратном размере [10].

Новизна настоящего аналитического обзора заключается в рассмотрении мишеней, характерных для коморбидных депрессивных и тревожных расстройств.

**Цель обзора** — на основании рассмотрения научных публикаций выделить мишени психотерапевтических интервенций для коморбидных депрессивных и тревожных расстройств в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОРП) и когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) направленных на повышение эффективности терапевтического воздействия с использованием персонализированного подхода к лечению, формирование нозоспецифических психотерапевтических стратегий.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обзорное аналитическое исследование проводили по результатам поиска научных статей в электронных базах данных. При описании алгоритма психотерапевтических интервенций использовали данные отечественных и зарубежных исследований. Для рассмотрения эффективности представленных методов психотерапии оценивали публикации, вошедшие в базы данных PubMed, MEDLINE, РИНЦ. Включение публикаций в анализ осуществляли с использованием сортировочного фильтра по релевантности, при этом предпочтение отдавалось работам последних 5 лет.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время в исследованиях эффективности тех или иных психотерапевтических подходов к лечению депрессии и тревоги на первом плане стоит вопрос о том, какой вид психотерапии полезен, каким пациентам, в каком объеме и при каких условиях. Депрессивный и тревожный синдромы могут быть представлены как отдельные комплексы или как коморбидные нарушения, которые являются частью клинической картины целого ряда психических расстройств. История эволюции клинических классификаций психических расстройств отражает динамику представлений о границах и специфике отдельных нозологий, в структуре которых депрессия и тревога занимают значимое место [11]. Продолжаются дискуссии о соотношении и специфике биологических и психогенных (психосоциальных) факторов в генезе различных видов таких состояний. До сих пор остаются спорными вопросы разграничения вариантов депрессивных и тревожных расстройств, соотношения этиопатогенетических факторов, механизмов, влияющих на течение и исход, мишени и эффективность психотерапии этих нарушений [12].

Психодинамическое направление психотерапии впервые выделило тревожный невроз, отделив его от неврастения, обозначило особый статус простых фобий. В первых американских классификациях DSM-I и DSM-II выделяли тревожный невроз (свободно плавающая тревога) и фобический невроз, связанный с конкретными объектами. В МКБ-9 выделены группы тревожных и фобических неврозов. В DSM-III впервые определили отдельный кластер тревожных расстройств

с отказом от термина «невроз». Тревожный невроз был разделен на паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство, а фобический невроз — на агорафобию, социальную фобию и простые фобии. По аналогии с американской классификацией в МКБ-10 тревожные расстройства также формировали отдельную группу. В МКБ-11 изменяется название рубрики, куда относят тревожные расстройства — «расстройства, связанные с тревогой и страхом» [11, 13].

Успехи в психофармакотерапии депрессивных и тревожных расстройств в большой степени повлияли на выделение специфических нозологий в современных классификациях. Однако важно помнить о существенном понимании невротических нарушений, которое в отечественной психотерапевтической школе во многом было основано на патогенетической концепции В.Н. Мясищева, где определяющая роль принадлежит специфическим психогенным факторам, прежде всего, нарушенным отношениями личности больного [14].

Несмотря на то, что депрессивные и тревожные расстройства преимущественно относят к разным рубрикам в МКБ-10, эти состояния отличаются высокой частотой коморбидности как между собой, так и с личностным расстройством [15, 16]. Целым рядом авторов показана общность механизмов формирования и течения депрессивных и тревожных нарушений [17].

Как отмечают создатели МКБ-10: «взаимоотношения между этиологией, симптомами, биохимическими процессами, лежащими в основе заболевания, реакцией на лечение и исходом аффективных расстройств до сих пор недостаточно изучены и не позволяют их классифицировать в таком виде, чтобы получить всеобщее одобрение» [18]. Важным положением современной классификации является принцип коморбидности.

При проведении многочисленных исследований было установлено, что 30–56% больных депрессивным расстройством удовлетворяли критериям генерализованного тревожного расстройства [19]; 40–87% — панического расстройства [20]. По данным О.П. Ветроградской, у 67,7% больных развитию панических атак предшествовала депрессивная симптоматика, а у 34,3% депрессия развилась в последующем [21]. У 35–80% больных, чье состояние отвечает критериям депрессивного расстройства, была также выявлена обсессивно-компульсивная симптоматика [22]. При этом у 55,6% больных, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, манифестации обсессий предшествовали депрессивные проявления [21].

Для оценки эффективности применения психотерапии этих видов расстройств необходимостью стала разработка нозоспецифических протоколов лечения [23]. Безусловным лидером среди изученных методов в 1970–1980-х годах становится когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ). Исследования, проведенные под руководством А.Т. Веck и D.A. Clark, способствовали обоснованию специфичности ряда психологических механизмов депрессивных и тревожных расстройств. В 80-е годы прошлого века А. Веck

создал опросник тревоги, который позволил отделить симптомы собственно тревоги от депрессивной симптоматики. Автором была представлена и описана когнитивная модель тревожных расстройств, сформулировано обоснование их специфики по сравнению с депрессиями, выделение общих когнитивных факторов всех тревожных нарушений (например, такие когнитивные искажения как катастрофизация и персонализация, а также различные когнитивные схемы опасности).

В процессе дальнейшего создания психологических когнитивно-поведенческих моделей для различных тревожных расстройств, помимо общих механизмов были предприняты попытки выделить факторы, характерные для панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства, социальной фобии, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [15]. Следует подчеркнуть, что в проведенных исследованиях наличие коморбидных расстройств служило критерием исключения участников, что ограничивает возможность переноса полученных данных на обычную клиническую практику, где уровень коморбидности между различными депрессивными и тревожными состояниями значительно выше [23].

В последние десятилетия КПТ становится психотерапевтическим методом первого выбора при лечении многих психических расстройств в США, в Великобритании. NICE (National Institute for Clinical Excellence) в 2009 г. поддержал широкое применение КПТ в клинической практике и выделил на эти цели значительные средства для внедрения эффективных методов лечения тревожных и депрессивных расстройств. Такие же тенденции отмечаются и во многих других странах.

В последних международных клинических рекомендациях по лечению тревожных расстройств, ОКР и ПТСР когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) была выделена как терапия первой линии. Одновременно с этим было уточнено, что, скорее всего, это не единственный эффективный метод. Признано, что исследования эффективности применения психотерапии имеют недостаточное финансирование [24].

Когнитивно-бихевиоральный подход определяет в качестве основных мишеней психотерапии дефицит навыков саморегуляции, нарушения процессов когнитивной переработки информации и дисфункциональные убеждения, при этом разработка собственной модели личности является задачей будущего.

#### **Когнитивные модели депрессивных и тревожных расстройств**

С точки зрения когнитивной теории возникновение и поддержание депрессивных и тревожных симптомов объясняется функционированием так называемой «когнитивной схемы» — *системы убеждений пациента, касающихся определенной темы или проблемы.*

Для депрессивных расстройств характерны:

а) фиксированность на теме реальной или мнимой утраты (смерти близких, разрыве отношений, крушении надежд, неуспехе в достижении значимых целей)

в виде постоянных негативных мыслей, неподконтрольных сознанию;

б) группировка этих мыслей вокруг трех основных тем, которые А. Бек назвал *депрессивной «негативной триадой»* — это негативный взгляд на себя, на будущее и на мир;

в) наличие жестких, ригидных долженствований, носящих императивный характер и определяющих негативный эмоциональный ответ как следствие когнитивных искажений (негативная избирательность, персонификация и другие).

Согласно когнитивной модели, эмоциональные, мотивационные и поведенческие компоненты депрессивного синдрома — тоскливый аффект, пассивность, снижение мотивации, самообвинение и самодеструктивное (вплоть до суицидального) поведение — являются продуктом вышеописанных когнитивных нарушений [25].

*Таким образом, главной целью когнитивной психотерапии при лечении депрессий является коррекция когнитивных искажений, негативных автоматических мыслей и неадаптивных когнитивных схем* [26]

Для тревожных расстройств характерны:

а) фиксированность на теме опасности, собственной крайней уязвимости и неспособности справиться с угрозой (данная тема конкретизируется при каждом варианте расстройства) [27];

б) антиципирующий характер патологической тревоги, которая направлена на предвосхищение опасности в связи с самой потенциальной возможностью ее наступления, а не в связи с угрожающей ситуацией. Мобилизация организма против возможной или имеющей место опасности при тревожных расстройствах возникает там, где этой реальной опасности нет или же она очень сильно преувеличена в сознании пациента;

в) нарушение процесса переработки информации, при котором значительно искажается как внешняя ситуация, так и внутренний опыт (например, больному социальной фобией все люди кажутся враждебными, а пациенты с паническим расстройством малейшие неприятные ощущения в области сердца могут интерпретировать как начало сердечного приступа), что рассматривается как основной механизм усиления патологической тревоги;

г) характерные когнитивные искажения: катастрофизация (максимизация опасности), возможная благодаря селективному абстрагированию (игнорированию одних стимулов и избирательному выбору других), и персонализация (отнесение нейтральных событий к себе и трактовка их в духе подтверждения собственной уязвимости и враждебности окружения) [28];

д) категоричные требования к себе, исключающие возможность переживания дискомфортных состояний и ощущений (непереносимость дискомфорта), а также исключающие возможность несоответствия образа себя идеализированным представлениям (непереносимость неудачи); категоричные требования к другим людям (непереносимость критики и равнодушия) [29]

**Таблица 1.** Механизмы тревоги и депрессии  
**Table 1** Mechanisms of anxiety and depression.

	Тревога	Депрессия
Посттравматический механизм	Отражение функционирования и активности изолированного психического конструкта, в котором содержится опыт травмы	Результат фиксации личности на недопущении повторения и ре-переживания травмы, активности паттернов избегания, приводящие к социальной изоляции и переживании отчужденности
Невротический механизм	Проявление неосознаваемого внутриличностного противоречия, результат того, что конфликтные аспекты нарушенного отношения к себе и значимым аспектам действительности угрожают подняться на сознательный уровень	Напряжение, связанное с субъективной неразрешимостью невротического противоречия, дистресс от невозможности в условиях актуальной психотравмирующей ситуации и актуализации невротического конфликта удовлетворить сверхзначимые потребности
Механизм при личностной патологии	Отражение несоответствия между ригидным, дисфункциональным способом адаптации личности, обстоятельствами внешней жизненной ситуации, и косвенными последствиями перенесенного ранее стресса	Переживание хронической неудовлетворенности, направленной на себя и/или внешние обстоятельства, как следствие выраженного дефицита возможностей личности в сфере саморегуляции и социальной адаптации

Таким образом, общие для депрессивных и тревожных расстройств мишени КПТ можно сформулировать следующим образом.

1. Неправильные представления о природе имеющегося расстройства (внутренняя картина болезни).
2. Дефицит осознания эмоционального компонента имеющейся симптоматики.
3. Дисфункциональные убеждения в отношении ситуации, вызывающей беспокойство.
4. Дисфункциональные когнитивные схемы в отношении образа себя, других и мира.
5. Низкая толерантность к неопределенности и беспокойству.
6. Когнитивное избегание.
7. Поведенческое избегание.

Исследования специфики когнитивных искажений при разных типах депрессивных и тревожных расстройств не учитывает других аспектов функционирования личности. При этом, как показывают исследования, учет особенностей личности является важным предиктором успешности проводимой психотерапии [30].

**Депрессивные и тревожные расстройства и личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия**

Отечественная психиатрия всегда была клинически ориентированной и уделяла большое внимание вопросам этиопатогенеза и синдромакинеза психических расстройств [31]. В этом ключе В.Н. Мясищевым была разработана патогенетическая психотерапия неврозов, в центре которой было понимание связи между личностью, ситуацией и болезнью [32, 33]. В отечественной школе клинические проявления тревожных и депрессивных расстройств соотносят с уровнем нарушения функционирования личности пациента. Невротический уровень предполагает, что психогенные факторы играют ведущую роль в возникновении и развитии расстройства, а также характеризуется особыми нарушениями в системе отношений, проявляющимися как внутриличностный невротический конфликт. Этот конфликт отражает субъективную неразрешимость

значительного противоречия, которое, из-за травмирующего воздействия на самоотношение пациента, остается вне его осознания и приобретает характер бессознательного патогенного переживания. В результате повышается степень психоэмоционального напряжения. Оно в свою очередь в силу дезорганизующего влияния на психофизиологический процесс формирует невротическую симптоматику.

Патохарактерологический уровень предполагает ведущую роль аномальных паттернов личностного функционирования в виде устойчивых, длительно существующих, развивающихся с раннего возраста черт личности, которые создают дефицит саморегуляции и соответственно препятствуют здоровой адаптации в ряде ситуаций, в том числе проявляясь в виде различных тревожно-депрессивных и соматоформных расстройств. То, что в западной традиции рассматривается как коморбидность (например, сочетание гистрионного личностного расстройства и соматоформного расстройства), отечественная модель рассматривает в рамках этиопатогенетического единства, где тревожное, тревожно-депрессивное или соматоформное расстройство является следствием дефицита адаптивности в определенных жизненных обстоятельствах, когда одновременно невозможно ни достижение значимой цели, ни отказ от нее, а манифестация симптоматики является способом решения тех проблем, которые кажутся субъективно нерешаемыми для индивида. Характер клинических проявлений (преобладание депрессивных или тревожных симптомов) также зависит от личностных особенностей, системы ценностей пациента и его текущих эмоциональных переживаний.

Для психотерапии этиопатогенетической направленности имеет значение не только верификация клинической картины расстройства, включающего депрессивную и тревожную симптоматику, но и идентификация психогенных (опосредованных личностью) механизмов возникновения и поддержания расстройства [34, 35].

Вышеизложенные данные отображены в табл. 1, где представлены основные отличия механизмов тревоги и депрессии при разных причинах их возникновения.

### **Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП)**

Этот российский метод психотерапии, разработанный в стенах института им. В.М. Бехтерева, может быть отнесен к отечественному варианту психодинамического направления. Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных особенностей, анализ и осознание истории формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и патогенного дисфункционального переживания, являющегося отражением нарушенного отношения. Сбалансированное, персонализированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корректирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах) [36, 37].

Глубина психотерапевтического воздействия ЛОРП определяется сочетанием задач, затрагивающих все аспекты функционирования личности пациента:

1. Глубокое изучение личности пациента: важно понимать, как различные аспекты личности пациента влияют на его эмоциональное реагирование и отношения с окружающими.

2. Изучение этиопатогенетических механизмов: здесь акцент делается на выявлении причин и механизмов, которые приводят к возникновению и поддержанию психопатологии. Это включает анализ как биологических, так и психологических факторов.

3. Осознание причинно-следственных связей: помочь пациенту в понимании взаимосвязи между его личностными характеристиками, реакциями и симптомами расстройства является важной частью процесса лечения. Это может содействовать самосознанию и улучшению состояния пациента.

4. Разрешение психотравмирующей ситуации: включает в себя работу с текущими конфликтами или травмами, которые могут способствовать психическим расстройствам. Поддержка и разработка стратегий для преодоления таких ситуаций — важная часть терапевтического процесса.

5. Реконструкция нарушенных отношений: коррекция негибких или дезадаптивных форм поведения, а также восстановление отношений с близкими людьми имеет большое значение для эмоционального и социального благополучия пациента.

Решение этих задач при проведении психотерапии ведет к улучшению как субъективного самочувствия пациента, так и к восстановлению полноценности его социального функционирования.

Можно выделить общие мишени ЛОРП при лечении коморбидных депрессивных и тревожных расстройств в тех случаях, если они с позиции этого метода психотерапии определяются как невротическая патология и в ходе сбора анамнеза и анализа системы отношений пациента был идентифицирован внутриличностный

конфликт, определивший манифестацию психического расстройства [38, 39].

К этим мишеням относятся такие характеристики патологического состояния как:

1. внутренняя картина болезни, которую необходимо изменить с соматоцентрированной на психоцентрированную, чтобы у пациента сформировалось понимание связи его симптомов с переживаниями и субъективно неразрешимым противоречием в значимой для него сфере;

2. патогенное переживание в зоне противоречия внутриличностного характера либо противоречия между личностью и требованиями среды;

3. нарушенные аспекты системы отношений личности, связанные с возникновением и поддержанием симптомов имеющегося расстройства.

Поскольку в основе ЛОРП лежит персонализированный подход, индивидуальные мишени при коморбидных депрессивных и тревожных расстройствах определяются характером внутриличностного противоречия.

В.Н. Мясичев выделял три основных вида противоречия, хотя и подчеркивал, что их взаимосвязи могут быть более сложными [40].

*Истерический конфликт* определяется противоречием между завышенными притязаниями личности и объективными, реальными жизненными условиями, их не удовлетворяющими, в том числе действительное или мнимое отношение со стороны окружающих значимых людей. Нестабильно завышенная самооценка, потребность в самоутверждении, бессознательное желание получить обязательное одобрение всех своих качеств и поступков, ожидание понимания, сочувствия, поддержки со стороны окружающих сочетаются с инфантильностью, низкой толерантностью к критике, гедонистическими мотивационными установками, эгоцентрическими ценностными ориентациями. В основе депрессивных переживаний при такой форме нарушения системы отношений лежит разочарование от неудовлетворенных желаний, притязаний, обида на близких, неудовлетворенность социальным положением, неспособность согласиться с реальным положением вещей. Тревожные симптомы связаны с низкой фрустрационной толерантностью, страхом получения негативной критической оценки со стороны окружающих, неосознаваемым тревожным ожиданием «разоблачения» в несостоятельности. Пациенты склонны использовать соматовегетативные проявления эмоциональных нарушений в качестве вторичной выгоды. *Эти особенности системы отношений личности становятся мишенями психотерапии при выявлении истерического типа невротического расстройства.*

При *неврастеническом конфликте* формируется противоречие между реальными возможностями личности и чрезмерными, завышенными требованиями к себе, превышающими ее возможности. Основу составляют энергичные, целеустремленные, чрезмерно требовательные и бескомпромиссные личностные черты, где стремление к высоким результатам

и перфекционизм в профессиональной деятельности играют ключевую роль в системе ценностей. Это приводит к чрезмерному напряжению и игнорированию физиологических ограничений, связанных с нагрузкой. Тревожность возникает из-за несоответствия собственных возможностей поставленным задачам, что обусловлено нерациональным подходом к целеполаганию, неспособностью расставлять приоритеты, перфекционизмом, низкой устойчивостью к неудачам и склонностью к конформизму. Депрессивные состояния часто связаны с разочарованием в себе, чувством несостоятельности и беспомощности. Тревожные проявления вызваны страхом перед возможными негативными последствиями низкой продуктивности, боязнью критики, постоянным анализом потенциально неудачных сценариев и попытками предусмотреть все возможные замечания. Это сопровождается неуверенностью в собственных силах и страхом упустить из виду любые негативные варианты развития событий. *Эти особенности системы отношений личности становятся мишенями психотерапии при выявлении невротического типа невротического расстройства.*

В центре *психастенического конфликта* находится противоречие между личными желаниями и чувством долга, между внутренними переживаниями и внешними социальными, этическими нормами, а также моральными принципами, которые сталкиваются с проявлением ненормативных стремлений. Это вызывает фрустрацию, так как пациенты воспринимают себя одновременно как объект, подчиняющийся моральным установкам, и как субъект, обладающий собственными желаниями, амбициями и взглядами. Для таких пациентов характерен приоритет обязанностей, стремление следовать моральным стандартам, страх перед неудачами, но при этом невозможность отказаться от своих желаний. Это порождает склонность к сомнениям, нерешительности и повышенной тревожности. Тревога возникает из-за чрезмерно строгой системы внутренних правил, нарушенной иерархии ценностей, противоречивой оценки своих качеств, желаний, эмоций и их несоответствия моральным принципам. Конфликт между личными стремлениями и высокой нормативностью, усиленный гиперконтролем своих мыслей, чувств и поведения, а также склонность к сомнениям и нерешительности усугубляют состояние. Депрессивные расстройства связаны с неудовлетворенностью актуальных потребностей, заниженной самооценкой, ощущением неспособности справиться со стрессовыми ситуациями. Тенденция к подавлению и неосознанию негативных эмоций, особенно гнева, а также отстранение от собственных желаний и нужд могут способствовать развитию ангедонии. *Эти особенности системы отношений личности становятся мишенями психотерапии при выявлении обсессивно-психастенического типа невротического расстройства* [13, 40, 41].

Важной мишенью во всех случаях наличия депрессивных и тревожных симптомов невротического уровня является неосознаваемое внутриличностное

противоречие, в котором оказывается пациент, реагируя на обстоятельства, к которым личность имеет специфическую уязвимость. Это противоречие отражает нарушенные аспекты системы отношений личности пациента.

В действующих клинических рекомендациях, утвержденных Министерством здравоохранения РФ, и КПТ, и ЛОРП включены в перечень методов, рекомендованных для лечения спектра тревожных расстройств. Данные исследований показывают достаточно высокую эффективность обоих методов. Однако имеются данные, позволяющие сделать предположение о преимуществах ЛОРП перед КПТ, которые заключаются в большей патогенетической направленности, позволяющей достигать более устойчивых результатов за счет воздействия на более глубокие личностные механизмы нарушений функционирования [42, 43]. Кроме того, применение КПТ опирается на психологические модели, подчеркивающие специфику когнитивных нарушений, связанных непосредственно с симптоматикой, что не учитывает сочетания тревожных и депрессивных симптомов, наличия различной глубины патохарактерологических нарушений, использование невротической симптоматики в качестве способа «патологической адаптации» в парадигме ЛОРП «личность-ситуация-болезнь». Авторы исследования показали на примере изучения результатов применения в двух группах больных с диагностированным расстройством невротического уровня более выраженную динамику тревожной, депрессивных и фобической симптоматики при применении ЛОРП, по сравнению с КПТ [42].

Выявленные различия объяснимы тем, что, учитывая описанные выше механизмы формирования депрессивных и тревожных симптомов невротического уровня в их сложном взаимовлиянии, отражении в них устойчивых особенностей личности и включении такого внутриличностного образования как невротический конфликт, воздействие только на когнитивные мишени, даже высокоспецифичные для отдельных клинических синдромов, или проведение поведенческих экспериментов оказывается недостаточным. Когнитивные искажения являются аспектами содержательного компонента отношения. При этом нарушенное отношение определяется в большой степени целостным функционированием всех компонентов, включая также эмоциональный и мотивационно-волевой.

Реконструкция нарушенной системы отношений в ЛОРП предполагает воздействие на все три компонента: дефицит осознания в содержательном компоненте, дефицит эмоционально-благоприятного отношения к себе в эмоциональном компоненте и дефицит конструктивной активности в мотивационно-волевом компоненте, — и никак не может ограничиваться только одной какой-либо стороной. Результатом психотерапевтических вмешательств в направлении реконструкции нарушенных отношений становится адекватное реальной ситуации и релевантное личному

опыту содержание отношения, соответствующее ситуации по содержанию и амплитуде переживания и соответствующая активность, позволяющая удовлетворять потребности личности с учетом возможностей и ограничений самой личности и объективной жизненной ситуации. Таким образом, коррекция нарушенного отношения в ЛОРП предполагает психотерапевтическое воздействие на все компоненты нарушенных отношений личности, что открывает возможности для поиска новых путей адаптации в текущих реалиях пациента.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ рассмотренных научных публикаций показал, что при разработке персонализированного подхода к лечению коморбидных депрессивных и тревожных расстройств и КПТ, и ЛОРП имеют высокую эффективность, однако ЛОРП может быть предпочтительнее из-за своей способности взаимодействовать с более глубокими аспектами личности и патогенезом расстройства. Мишенями КПТ являются преимущественно специфические когнитивные нарушения, что может игнорировать более комплексные аспекты, такие как сочетание депрессивных и тревожных симптомов и патохарактерологические нарушения. ЛОРП, напротив, учитывает взаимосвязь «личность-ситуация-болезнь». В ЛОРП акцент делается на реконструкцию системы отношений, а мишени охватывают все три основные сферы личности: эмоциональную, познавательную, поведенческую (мотивационно-волевую). Это позволяет воздействовать на все аспекты функционирования личности и способствует более устойчивым изменениям. Учет коморбидности и специфичности переживаний, характерных как для депрессивных, так и для тревожных нарушений, позволяет грамотно сформировать нозоцентрированную психотерапевтическую стратегию и обеспечить реализацию персонализированного подхода в лечении этой сложной группы пациентов. Процесс терапии направлен на изменение нарушенного отношения к себе и миру, что в итоге способствует лучшей адаптации пациента к текущим жизненным реалиям.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

- Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):476–93. doi: 10.1093/ije/dyu038 Epub 2014 Mar 19. PMID: 24648481; PMCID: PMC3997379
- Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav.* 2016;6(7):e00497. doi: 10.1002/brb3.497 PMID: 27458547; PMCID: PMC4951626.
- Кирпиченко АА. Тревожные и депрессивные расстройства в общей врачебной практике: актуальные вопросы и нерешенные проблемы. *Медицинский журнал.* 2021;2(76):14–22. doi: 10.51922/1818-426X.2021.2.14
- Kirpichenko AA. Anxiety and depressive disorders in general medical practice: topical issues and unsolved problems. *Medical journal.* 2021;2(76):14–22. (In Russ.). doi: 10.51922/1818-426X.2021.2.14
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, Dodel R, Ekman M, Faravelli C, Fratiglioni L, Gannon B, Jones DH, Jennum P, Jordanova A, Jönsson L, Karampampa K, Knapp M, Kobelt G, Kurth T, Lieb R, Linde M, Ljungcrantz C, Maercker A, Melin B, Moscarelli M, Musayev A, Norwood F, Preisig M, Pugliatti M, Rehm J, Salvador-Carulla L, Schlehofer B, Simon R, Steinhausen HC, Stovner LJ, Vallat JM, Van den Bergh P, van Os J, Vos P, Xu W, Wittchen HU, Jönsson B, Olesen J; CDBE2010Study Group. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(10):718–79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.08.008 Epub 2011 Sep 15. Erratum in: *Eur Neuropsychopharmacol.* 2012;22(3):237–8. den Bergh, Peter Van [corrected to Van den Bergh, Peter]. PMID: 21924589.
- Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci* 2015;17(3):327–35. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3
- Костюк ГП, Масыкин АВ, Старинская МА. О перспективах диагностики и лечения депрессивных и тревожных расстройств в общемедицинской сети. *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2017;4(29):70–75
- Kostyuk, GP, Masyakin AV, Starinskaya MA. On the Prospects of Diagnosis and Treatment of Depressive and Anxiety Disorders in the General Medical Network. *Medical Technologies. Assessment and Choice.* 2017;4(29):70–75. (In Russ.).
- Незнанов НГ, Васильева АВ, Салагай ОО. Роль психотерапии, как медицинской специальности, в общественном здоровье. *Общественное здоровье.* 2022;2(2):40–57. doi: 10.21045/2782-1676-2022-2-2-40-57
- Neznanov NG, Vasilyeva AV, Salagay OO. The role of psychotherapy as a medical specialty in public health. *Public Health.* 2022;2(2):40–57. (In Russ.). doi: 10.21045/2782-1676-2022-2-2-40-57
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593–602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Paykel ES. Partial remission, residual symptoms, and relapse in depression. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008;10(4):431–7. doi: 10.31887/DCNS.2008.10.4/espaykel
- Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, Saxena S. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment

- analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415–24. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4
11. Jacob KS, Patel V. Classification of mental disorders: a global mental health perspective. *Lancet*. 2014;383(9926):1433–1435. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62382-X PMID: 24759250.
  12. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(8):24–34. PMID: 12044105
  13. Психотерапия: национальное руководство, под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнамова. ГЭОТАР-Медиа. 2023:992. doi: 10.33029/9704-7567-6-PSY-2023-1 ISBN 978-5-9704-8559-0  
Psychotherapy: National guidebook, Ed. Vasileva AV, Karavaeva TA, Neznanov NG. GEOTAR-Media. 2023:992. (In Russ.). doi: 10.33029/9704-7567-6-PSY-2023-1 ISBN 978-5-9704-8559-0
  14. Карвасарский БД, Караваева ТА, Колотилыцикова ЕА, Подсадный СА, Чернявский ВА, Чехлатый ЕИ. В кн.: Научные труды В.Н. Мясищевой по проблеме неврозов (к становлению патогенетической концепции невротических расстройств). *Психическое здоровье*. 2012;7(74):80. ISSN 2074-014X  
Karvasarskij BD, Karavaeva TA, Kolotilycikova EA, Podsadnyj SA, Chernyavskij VA, Chekhlatyj EI. V kn.: Nauchnye trudy V.N. Myasishcheva po probleme nevrozov (k stanovleniyu patogeneticheskoy koncepcii nevroticheskikh rasstrojstv). *Mental health*. 2012;7(74):80. (In Russ.). ISSN 2074-014H
  15. Котова ОВ, Беляев АА, Акарачкова ЕС. Современные методы диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2021;5(10):648–653. doi: 10.32364/2587-6821-2021-5-10-648-653  
Kotova OV, Belyaev AA, Akarachkova ES. State-of-the-art diagnostic and treatment modalities for anxiety and depression. *Russian Medical Inquiry*. ISSN 2587-6821 (Print), 2686-9918 (Online). 2021;5(10):648–653. (In Russ.). doi: 10.32364/2587-6821-2021-5-10-648-653
  16. Choi KW, Kim YK, Jeon HJ. Comorbid Anxiety and Depression: Clinical and Conceptual Consideration and Transdiagnostic Treatment. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1191:219–235. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0\_14 PMID: 32002932.
  17. Möller HJ, Bandelow B, Volz HP, Barnikol UB, Seifritz E, Kasper S. The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;266(8):725–736. doi: 10.1007/s00406-016-0684-7 Epub 2016 Mar 22. PMID: 27002521; PMCID: PMC5097109.
  18. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. Под общей редакцией Казаковцева БА, Голланда ВБ. Минздрав России. 1998:512.
  - The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision (ICD-10) (F00–F99), adapted for use in the Russian Federation Ed. Kazakovcev BA, Golland VB. Russian Ministry of Health 1998:512. (In Russ.).
  19. Hecht H, van Calker D. Evidenzbasierte Psychotherapie depressiver Störungen: Akuttherapie und Phasenprophylaxe [Evidence-based psychotherapy of depressive disorders: acute therapy and maintenance therapy]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2008;58(8):326–34; quiz 335-8. German. doi: 10.1055/s-2008-1067450
  20. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, Lydiard RB, Massie MJ, Katon W, Laden SK, Stein MB. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(3):208–25. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2007.12.006
  21. Вертоградова ОП, Степанов ИЛ, Максимова НМ, Ваксман АВ, Диков СЮ, Кошкин КА, Моисейчева ОВ, Целищев ОВ. Клинико-патогенетические аспекты типологии депрессий. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;(3):5–9  
Vertogradova OP, Stepanov IL, Maksimova NM, Vaksman AV, Dikov SYU, Koshkin KA, Moisejcheva OV, Celishchev OV. Clinical and pathogenetic aspects in typology of depression *Social and Clinical Psychiatry*. 2012;(3):5–9. (In Russ.).
  22. Mancebo MC, Eisen JL, Pinto A, Greenberg BD, Dyck IR, Rasmussen SA. The brown longitudinal obsessive compulsive study: treatments received and patient impressions of improvement. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(11):1713–20. doi: 10.4088/jcp.v67n1107
  23. Петрова НН, Палкин ЮР, Фаддеев ДВ, Зиновьева АГ. Коморбидность депрессивных и тревожных расстройств в клинической практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(4):31–37. doi: 10.17116/jnevro202112104131  
Petrova NN, Palkin YuR, Faddeev DV, Zinovieva AG. Comorbidity of depression and anxiety in clinical practice. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(4):31–37. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro202112104131
  24. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa DLDC, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Eriksson E, Fineberg NA, Hättenschwiler J, Hollander E, Kaiya H, Karavaeva T, Kasper S, Katzman M, Kim YK, Inoue T, Lim L, Masdrakis V, Menchón JM, Miguel EC, Möller HJ, Nardi AE, Pallanti S, Perna G, Rujescu D, Starcevic V, Stein DJ, Tsai SJ, Van Ameringen M, Vasileva A, Wang Z, Zohar J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders — Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2023;24(2):79–117. doi: 10.1080/15622975.2022.2086295 PMID: 35900161
  25. Денисова ВГ. Логические основания когнитивно-поведенческой психотерапии. *Вестник*

- психофизиологии. 2023;(1):68–79. doi: 10.34985/f1949-1960-4937-u
- Denisova VG. Logical foundation of cognitive behavior therapy. *Psychophysiology news* 2023;(1):68–79. (In Russ.). doi: 10.34985/f1949-1960-4937-u
26. Васильева АВ. Эволюционная модель депрессии в период пандемии. Альянс психотерапии и фармакотерапии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;(1):91–101. doi: 10.31363/2313-7053-2021-1-91-101
- Vasileva AV. Evolutional depression model in the time of pandemic. Psychotherapy and psychopharmacotherapy alliance. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology* 2021;(1):91–101. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2021-1-91-101
27. Crocq MA. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):107–116. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq PMID: 28867935; PMCID: PMC5573555.
28. Perna G, Alciati A, Sangiorgio E, Caldirola D, Nemeroff CB. Personalized Clinical Approaches to Anxiety Disorders. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1191:489–521. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0\_25
29. Бобров АЕ, Усатенко ЕВ. Концепция тревожных расстройств: основные тенденции развития. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2021;31(4):62–70.
- Bobrov AE, Usatenko EV. The concept of anxiety disorders: main development trends *Social and Clinical Psychiatry*. 2021;31(4):62–70. (In Russ.).
30. Joyce PR, McKenzie JM, Carter JD, Rae AM, Luty SE, Frampton CM, Mulder RT. Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br J Psychiatry*. 2007;190:503–8. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024737 PMID: 17541110.
31. Вассерман ЛИ, Иовлев БВ, Карвасарский БД, Карпова ЭБ. В.Н. Мясищев и медицинская психология (к 110-летию со дня рождения и 30-летию со дня смерти). *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2004;(1):22–25.
- Vasserman LI, Iovlev BV, Karvasarskij BD, Karpova EB. V.N. Myasishchev i medicinskaya psihologiya (k 110-letiyu so dnya rozhdeniya i 30-letiyu so dnya smerti). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2004;(1):22–25. (In Russ.).
32. Исурина ГЛ, Карпова ЭБ, Журавлев АЛ. Психологическая концепция отношений В.Н. Мясищева: учение о неврозах и психотерапия. *Психологический журнал*. 2021;42(2):36–44 doi: 10.31857/S020595920014238-7
- Isurina G, Karpova E, Zhuravlev A. Psychological concept of relations of V.N. Myasishchev: the doctrine of neuroses and psychotherapy. *Psychological Journal*. 2021;42(2):36–44. (In Russ.). doi: 10.31857/S020595920014238-7
33. Васильева АВ, Караваева ТА, Мизина ЕБ. Б.Д. Карвасарский и становление психотерапии как самостоятельной специальности. Homo faber. К 90-летию со дня рождения. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;55(4):122–130. doi: 10.31363/2313-7053-2021-57-4-122-130
- Vasileva AV, Karavaeva TA, Mizinova EB. B.D. Karvasarsky and psychotherapy establishment as a distinct discipline, homo faber, to the 90-th anniversary since birth. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2021;55(4):122–130. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2021-57-4-122-130
34. Колотильщикова ЕА. Психологические основы невротогенеза: основные концепции и модели. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015;11(1):30–56.
- Kolotil'shchikova EA. The psychological foundations of neurosogenesis: basic concepts and models. *The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology*. 2015;11(1):30–56. (In Russ.).
35. Bagby RM, Psych C, Quilty LC, Ryder AC. Personality and depression. *Can J Psychiatry*. 2008;53(1):14–25. doi: 10.1177/070674370805300104 PMID: 18286868.
36. Караваева ТА, Васильева АВ, Полторак СВ. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2016;(4):42–51.
- Karavaeva TA, Vasileva AV, Poltorak SV. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders) psychotherapy. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2016;(4):42–51. (In Russ.).
37. Караваева ТА, Васильева АВ, Полторак СВ, Мизина ЕБ, Белан РМ. Критерии и алгоритм диагностики тревожно-фобических расстройств. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2015;(4):117–122.
- Karavaeva TA, Vasileva AV, Poltorak SV, Mizinova EB, Belan RM. Diagnostic algorithm and criteria of anxiety disorder. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2015;(4):117–122. (In Russ.).
38. Ляшковская СВ. О классификации психотерапевтических мишеней и ее использовании для повышения качества психотерапии больных с невротическими расстройствами. *Вестник психотерапии*. 2016;59(65):7–28.
- Lyashkovskaya SV. About classification of psychotherapeutic targets and its use for improving the quality of psychotherapy for patients with neurotic disorders. *Bulletin of psychotherapy*. 2016;59(65):7–28. (In Russ.).
39. Лысенко ИС, Караваева ТА. Определение психотерапевтических мишеней на основе особенностей мотивационных тенденций у больных с разными типами невротических расстройств. *Вестник психотерапии*. 2015;53(58):7–20.

- Lysenko IS, Karavaeva TA. The definition of psychotherapy targets on the basis of features motivational tendencies in patients with different types of neurotic disorders *Bulletin of psychotherapy*. 2015;53(58):7–20. (In Russ.).
40. Лысенко ИС, Караваева ТА. Уровень и структура личностной и межличностной конфликтности у больных с невротическими расстройствами. *Вестник психотерапии*. 2016;58(63):57–74.  
Lysenko IS, Karavaeva TA. The level and the structure of personal and interpersonal conflict in patients with neurotic disorders (systematic study that determines targets and objectives of psychotherapy). *Bulletin of psychotherapy*. 2016;58(63):57–74. (In Russ.).
41. Васильева АВ, Караваева ТА. Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020;(2):95–104. doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-95-104  
Vasileva AV, Karavaeva TA. Psychosocial factors of the neurotic disorders treatment and prevention in metropolis. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2020;(2):95–104. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-95-104
42. Караваева ТА, Михайлов ВА, Васильева АВ, Полторак СВ, Поляков АЮ, Моргачева ТВ, Сафонова НЮ. Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня с инсомнией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. Спецвыпуски. 2018;118(42):60–66. doi: 10.17116/jnevro20181184260  
Karavaeva TA, Mikhaylov VA, Vasileva AV, Poltorak SV, Polyakov AYU, Morgacheva TV, Safonova NY. A comparative study of the efficacy of personality-oriented (reconstructive) and cognitive-behavioral psychotherapy in neurotic anxiety disorders with insomnia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2018;118(42):60–66. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20181184260
43. Хмылова ТН. Влияние краткосрочной групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии на динамику депрессивных расстройств у больных невротического регистра. *Вестник психотерапии*. 2007;22(27):127–128.  
Hmylova TN. Dynamics of the anxiety disorders in the course of short-term psychotherapy. *Bulletin of psychotherapy*. 2007;22(27):127–128. (In Russ.).

#### Сведения об авторах

*Диана Андреевна Старунская*, младший научный сотрудник, отделение лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

stardia@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8653-8183>

*Анна Владимировна Васильева*, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, отделение лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, доцент, кафедра психотерапии и сексологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия  
annavdoc@yahoo.com; <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

*Татьяна Артуровна Караваева*, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения, отделение лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; профессор кафедры, кафедра медицинской психологии и психофизиологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; ведущий научный сотрудник, научный отдел инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России; e-Library SPIN: 4799-4121

tania\_kar@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

*Светлана Владимировна Ляшковская*, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, научно-организационное отделение, главный специалист, Федеральный консультационно-методический центр по психотерапии, ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

sl\_dok@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4765-2423>

*Александра Евгеньевна Андрианова*, младший научный сотрудник, отделение лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

e-mail: alexsandra0013@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0009-9024-5960>

**Information about the authors**

*Diana A. Starunskaya*, Junior Researcher, Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia

stardia@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8653-8183>

*Anna V. Vasileva*, Dr. Sci. (Med.), Chief Researcher, Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Ministry of Health of the Russia, Associate Professor, Department of Psychotherapy and Sexology, FSBEI HE North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Ministry of Health of the Russia, St. Petersburg, Russia

e-mail: annavdoc@yahoo.com; <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

*Tatiana A. Karavaeva*, Dr. Sci. (Med.), Professor, Chief Researcher, Head of Department, Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology of the Ministry of Health of the Russia; Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University; Department of General and Applied Psychology with Courses in Medical and Biological Disciplines and Pedagogy, Saint Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of the Russia; Leading Researcher, Scientific Department of Innovative Methods of Therapeutic Oncology and Rehabilitation, N.N. Bekhterev National Medical Research Center of Oncology. Petrov of the Ministry of Health of the Russia; e-Library SPIN: 4799-4121

tania\_kar@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

*Svetlana V. Lyashkovskaya*, Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher, Scientific and Organizational Department, Chief Specialist, Federal Consulting and Methodological Center for Psychotherapy, V.M. National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia

sl\_dok@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4765-2423>

*Alexandra E. Andrianova*, Junior Researcher, Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia

alexandra0013@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0009-9024-5960>

**Вклад авторов**

*Старунская Д.А.* — анализ литературных источников, обобщение массива международных данных по рассматриваемой теме, существенная переработка полученного материала на предмет важного интеллектуального содержания;

*Васильева А.В.* — формулирование идеи, разработка методологии исследования;

*Каравеева Т.А.* — руководство и надзор за планированием и выполнением исследовательской деятельности, включая наставничество;

*Ляшковская С.В.* — подготовка и создание рукописи, в частности написание первоначального текста рукописи;

*Андреанова А.Е.* — анализ литературных источников, обобщение массива международных данных по рассматриваемой теме, существенная переработка полученного материала на предмет важного интеллектуального содержания.

**Authors' contribution**

*Diana A. Starunskaya* — data acquisition, review and editing;

*Anna V. Vasil'eva* — conception;

*Tatiana A. Karavaeva* — project administration;

*Svetlana V. Lyashkovskaya* — analysis and writing the original;

*Alexandra E. Andrianova* — data acquisition, review and editing.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*Authors declare no conflict of interest.*

Дата поступления 23.12.2024  
Received 23.12.2024

Дата рецензирования 12.02.2025  
Revised 12.02.2025

Дата принятия к публикации 24.03.2025  
Accepted for publication 24.03.2025