



психологии одним из наиболее эффективных инструментов реализации подобных интервенций выступает когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).

Сформировавшееся во второй половине XX века направление КПТ сегодня занимает ведущие позиции среди научно доказанных (evidence-based) психотерапевтических методологий. Согласно концепции А.Бек, эмоциональное состояние индивида зависит не от самих экзогенных событий, а от особенностей их интерпретации [3]. В школе Бека автоматические мысли, иррациональные убеждения и когнитивные искажения рассматриваются как основные терапевтические мишени. Рационально-эмоциональная терапия А.Элис также доказала, что в основе деструктивных аффективных реакций лежат иррациональные когнитивные установки [4].

В системе психологической помощи КПТ отличается структурной определенностью и универсальностью. Результаты многочисленных клинических исследований подтверждают высокую терапевтическую эффективность КПТ при депрессии, посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), тревожно-фобических состояниях и психосоматических патологиях [5]. В контексте реабилитации техники КПТ позволяют реципиенту переосмыслить травматический опыт, реструктурировать модели мышления и повысить уровень социальной адаптации.

Несмотря на то, что общие аспекты психологической реабилитации достаточно широко представлены в научной литературе, проблема системной интеграции элементов КПТ в реабилитационные протоколы до сих пор остается недостаточно разработанной. Необходимость комплексного изучения механизмов преодоления эмоциональной ригидности, коррекции когнитивных ошибок и поведенческой адаптации сохраняет свою актуальность. На практике специалисты нередко используют инструменты КПТ эпизодически, однако механизмы их патогенетического воздействия в реабилитационном процессе требуют более глубокого научного описания [6].

Научная ценность данного исследования связана с восполнением указанных методологических пробелов. Активизация внутренних когнитивных резервов личности, формирование навыков саморегуляции и стабилизация эмоциональных реакций являются одними из ключевых задач современной психотерапии. Поскольку КПТ основывается на детерминированной взаимосвязи мышления и поведения, данное направление рассматривается как эффективный механизм укрепления теоретико-практической базы психологической реабилитации.

Цель исследования – всесторонний анализ теоретических основ и практических особенностей применения элементов когнитивно-поведенческой терапии в процессе психологической реабилитации.

В эволюционном развитии психотерапевтических парадигм вторая половина XX века стала переломным этапом. В академической среде усилилась критика длительных и абстрактных интерпретаций психоаналитической школы, что обусловило спрос на эмпирически обоснованные и структурно четкие





методы. В 1950–1960-х годах в результате синтеза бихевиористского направления и когнитивной психологии были заложены основы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Основным ориентиром данного подхода стало признание ведущей роли когнитивных схем и мышления в коррекции патологической симптоматики [7].

Основателем данного направления считается американский психиатр А.Бек. Изучая клинические случаи пациентов с депрессивными расстройствами, он научно доказал, что главным детерминантом эмоционального дистресса является не внешнее событие, а субъективное восприятие этого события [3]. Согласно концепции Бека, источником эмоциональной дисфункции выступают «автоматические мысли», возникающие в сознании стремительно и непроизвольно. Например, у человека, пережившего неудачу, доминируют такие когнитивные искажения, как «я неспособен», «ничего хорошего не произойдет».

В работах ученого особое значение придается понятию когнитивной триады:

1. Негативное восприятие самого себя;
2. Восприятие окружающего мира как враждебной среды;
3. Пессимистическое восприятие будущего [3].

Значительный вклад в развитие когнитивной терапии внес А.Эллис, предложивший модель рационально-эмоционально-поведенческой терапии. По мнению Эллиса, основной причиной психологических проблем являются иррациональные убеждения [4]. Согласно его модели ABC:

- А – активирующее событие;
- В – убеждение относительно события;
- С – эмоциональная и поведенческая реакция.

В теории Эллиса эмоциональный дистресс возникает не из-за самого события, а вследствие субъективной оценки этого события. Например, человек, убежденный в том, что «он обязан нравиться всем», будет испытывать выраженную тревогу при столкновении с социальной критикой. При рациональном мышлении эмоциональная реакция становится более устойчивой [4].

С 1970-х годов когнитивная и поведенческая терапия начали постепенно интегрироваться. Бихевиористские методы были направлены на коррекцию поведенческих навыков, тогда как когнитивная терапия занималась перестройкой мыслительных структур. Интеграция этих направлений получила название когнитивно-поведенческой терапии [8].

КПТ считается одной из ведущих клинических парадигм в лечении депрессии, тревожных расстройств, обсессивно-компульсивного синдрома, ПТСР, фобических состояний и психосоматических заболеваний. Статистические данные Американской психиатрической ассоциации (АРА) подтверждают высокую эмпирическую эффективность КПТ при различных психических расстройствах [9].





Терапевтический процесс подчиняется четко структурированному алгоритму: в ходе сессий осуществляется концептуализация проблемы, верификация автоматических мыслей, деконструкция когнитивных искажений и проведение поведенческих экспериментов. Взаимодействие клиента и специалиста основывается на принципе «коллаборативного эмпиризма», при котором терапевт выступает не директивным наблюдателем, а исследователем, работающим совместно с клиентом [5].

Когниции, эмоции и поведение рассматриваются как взаимодействующая система. Согласно когнитивной модели, эмоциональная реакция формируется не самим событием, а его когнитивной оценкой (appraisal). Если человек воспринимает окружающую среду как нестабильную или враждебную, наблюдается патологический рост тревожности. Деструктивные когнитивные схемы ограничивают поведенческую свободу личности. Так, при социальной фобии восприятие себя как постоянного объекта критики приводит к социальной изоляции и коммуникативному дефициту [10].

Фундаментальные положения КПТ основываются на следующих теоретических принципах:

1. В основе психопатологических состояний лежат когнитивные дефициты или деформации;
2. Иррациональные когниции усиливают аффективные расстройства;
3. Трансформация когнитивных структур способствует достижению эмоционального гомеостаза;
4. Пересмотр поведенческого репертуара повышает уровень социально-психологической адаптации;
5. Интервенции должны базироваться исключительно на научно верифицированных и эмпирически доказанных данных [9].

В терапевтической практике КПТ рассматривается как экономически эффективный и краткосрочный метод. Средний курс лечения включает 10–20 сессий. Клинические наблюдения показывают, что в 60–70 % случаев депрессивная симптоматика значительно снижается либо переходит в стадию ремиссии [11]. В рамках психологической реабилитации данные результаты играют решающую роль в мобилизации внутренних ресурсов личности.

В рамках когнитивно-бихевиоральной парадигмы когнитивные искажения рассматриваются как детерминанты эмоциональной дисрегуляции. Иррациональная интерпретация реальности и склонность к негативным суждениям формируют основу психологической дезадаптации. Автоматические мысли, возникающие в сознании бесконтрольно, считаются внешним проявлением глубинных когнитивных схем. Согласно теории Бека, травматический опыт детства и эмоциональная депривация деформируют систему переработки информации и формируют негативные когнитивные структуры [3]. Феномен катастрофизации экспоненциально повышает уровень тревожности и вызывает психофизиологическое напряжение [11]. Восприятие обычного замечания на работе как угрозы увольнения является





классическим примером данного процесса. Дихотомическое мышление и тенденция к чрезмерным обобщениям девальвируют самооценку и углубляют депрессивное состояние [5,6]. Международный метаанализ 2021 года подтвердил прямую корреляцию между частотой негативных автоматических мыслей и риском развития депрессивных расстройств ($OR=2,7$) [12].

Хронические когнитивные ошибки способствуют патологическим колебаниям уровня кортизола, нарушениям сна по типу инсомнии и обострению психосоматической симптоматики [13]. В терапевтической практике идентификация данных искажений и формирование альтернативных когнитивных моделей выступают предпосылкой эмоциональной ремиссии.

В клинической практике КПТ закрепились как научно обоснованный и высоко протоколизованный подход. В процессе интервенции выявляется функциональная взаимосвязь между когнитивной оценкой и эмоциональной реакцией. При генерализованном тревожном расстройстве, социальной фобии и панических атаках экспозиционные техники и когнитивная реструктуризация направлены на редукцию физиологических симптомов [14].

Метод поведенческой активации, применяемый при лечении депрессии, способствует преодолению пассивности пациента и обеспечивает его социальную реинтеграцию [15]. В системе управления стрессом когнитивные дневники и релаксационные упражнения усиливают механизмы самоконтроля [16]. При ПТСР когнитивная переработка травматических воспоминаний клинически доказанно снижает выраженность симптомов на 50–60 % [17]. Европейские исследования 2022 года показали, что онлайн-программы КПТ по своей эффективности сопоставимы с традиционными очными сеансами [18]. Структурированность и этапность терапии выступают важнейшими факторами повышения психологической резильентности личности.

Психологическая реабилитация представляет собой комплексную междисциплинарную область, объединяющую клиническую, медицинскую, социальную психологию и психотерапию. До середины XX века феномен «реабилитации» воспринимался преимущественно как медицинская репарация. После Второй мировой войны распространение психической дезадаптации среди военнослужащих (боевой стресс) выдвинуло психологические факторы на передний план [19].

Структурная иерархия реабилитации включает три фундаментальных уровня:

1. Эмоциональная стабилизация;
2. Когнитивная реорганизация;
3. Социальная ресоциализация.

Согласно научным регламентам, цикл реабилитации включает диагностический этап, этап коррекции и этап закрепления результатов. В ходе диагностики применяются стандартизированные инструменты: шкала депрессии Бека (BDI), шкала тревожности Спилбергера (STAI), MMPI и другие [20]. На этапе коррекции приоритет отдается когнитивно-поведенческой терапии, арт-





терапии и техникам соматической релаксации. Практические данные подтверждают, что преждевременное прекращение психологической поддержки значительно повышает риск рецидива.

Психологическая реабилитация с использованием когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) относится к числу наиболее верифицированных направлений клинической психологии в области кризисной интервенции и преодоления посттравматического стрессового расстройства. Среди практического инструментария особое значение приобретает техника «дневника мыслей». Данная методика основывается на выявлении детерминированной взаимосвязи между эмоциональными реакциями индивида и его автоматическими мыслями. Клиент фиксирует негативные ситуации, вызванные экзогенными факторами, возникающие в этот момент когнитивные процессы, аффективные состояния и поведенческие акты. Метод когнитивной реструктуризации (restructuring) рассматривается как центральное звено психологической реабилитации. Основная функция данного подхода заключается в идентификации когний, противоречащих объективной реальности и генерирующих психоэмоциональное напряжение, а также в их рациональной переоценке. В посттравматических состояниях у индивидов значительно возрастает склонность к катастрофизации. Например, интерпретация локальной неудачи как тотальной жизненной катастрофы формирует патологические формы тревожности.

Экспозиционная терапия обладает высоким терапевтическим индексом при лечении ПТСР, фобических и панических расстройств. Механизм метода заключается в десенсибилизации связи между стимулом и фобической реакцией. Данный подход продемонстрировал эффективность в реабилитации лиц, пострадавших в результате военных конфликтов и чрезвычайных ситуаций. Техника поведенческого эксперимента направлена на эмпирическую проверку теоретических гипотез. Клиент проверяет собственные когнитивные прогнозы в реальном социальном контексте. Например, человек с социальной фобией посредством практического опыта оценивает убеждение о «неизбежности неудачи при публичном выступлении» (таблица 1).

Таблица 1. Основные техники, применяемые в когнитивно-поведенческой терапии

Название техники	Цель	Применяемые состояния	Ожидаемый результат
«Дневник мыслей»	Выявление автоматических мыслей	Тревожность, депрессия	Осознание взаимосвязи между эмоциями и мыслями
Когнитивная реструктуризация	Изменение иррациональных мыслей	Низкая самооценка, тревожность	Формирование рационального мышления





Экспозиционная терапия	Ослабление реакции страха	Фобии, ПТСР	Снижение уровня тревожности
Поведенческий эксперимент	Проверка негативных прогнозов	Социальная фобия	Изменение убеждений
Релаксационные методы	Снижение психического напряжения	Хронический стресс	Эмоциональная стабилизация

Несмотря на то, что элементы КПТ начинают интегрироваться в деятельность школьных психологов в образовательной сфере, во многих случаях процесс не выходит за рамки диагностического этапа. Особенно остро ощущается дефицит специалистов, обладающих практическими навыками интервенции, в сельской местности. В системе высшего образования проблема академического стресса среди студентов сохраняет актуальность, однако университетские центры чаще всего ограничиваются профилактическим консультированием.

В специализированных реабилитационных центрах КПТ преимущественно применяется для коррекции аддиктивного поведения. В терапии наркозависимости и алкоголизма используются техники управления триггерами и контроля импульсивности. Форматы групповой терапии укрепляют систему социальной поддержки и снижают риск рецидива. Одновременно среди представителей силовых структур и сотрудников служб чрезвычайных ситуаций возрастает спрос на доказательные психотерапевтические методы, что актуализирует проблему специальной подготовки специалистов.

Подводя итог, следует отметить, что среди доказательных психологических интервенций когнитивно-поведенческая терапия занимает ведущие позиции как верифицированная методология. Международные систематические метаанализы, в частности исследования Beck Institute и Американской психиатрической ассоциации (АРА), подтверждают высокие показатели ремиссии при лечении аффективных расстройств, обсессивно-компульсивных состояний и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В отечественной клинической практике наблюдается расширение сферы применения данной модальности и усиление требований к профессиональной компетентности специалистов.

Алгоритмы реструктуризации, десенсибилизации и поведенческой активации становятся основой трансформации дисфункциональных моделей мышления пациента. Процесс переработки когнитивных схем демонстрирует высокую эффективность в повышении устойчивости личности к длительным стрессовым факторам. Комплекс экспозиционной терапии и формирования





когнитивных навыков научно обоснованно укрепляет адаптационные ресурсы пациента.

В научном сообществе и практической среде к числу первоочередных задач относятся стандартизация протоколов КПТ, разработка реабилитационных программ, адаптированных к отечественному контексту, а также систематизация стратегии подготовки кадров на академическом уровне.

Список использованной литературы

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Психические расстройства: основные факты. – Женева, 2023. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. – М.: Питер. – 2011. – 896 с.
3. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. – Penguin, 1979. – 356 p.
4. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. – New York: Lyle Stuart, 1962. – 384 p.
5. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. – Brooks/Cole Cengage Learning, 2013. – 512 p.
6. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 1997. – Т. 15. – С. 410-424.
7. Wedding D. Current psychotherapies //The Corsini Encyclopedia of Psychology. – 2010. – P. 1-4.
8. Dobson K.S., Dozois D.J.A. (ed.). Handbook of cognitive-behavioral therapies. – Guilford Publications, 2021. – 488 p.
9. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. – American Psychiatric Association, 2015.
10. Clark D.A., Beck A.T. Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. – Guilford Press, 2011. – 628 p.
11. David B., Burns M.D. Feeling good: The new mood therapy. – NY: Signet Books. Chin, Richard. – 1980. – 423 p.
12. Everaert J., Podina I. R., Koster E. H. W. A comprehensive meta-analysis of interpretation biases in depression //Clinical psychology review. – 2017. – Т. 58. – P. 33-48.
13. Sapolsky R. M. Why zebras don't get ulcers: The acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping. – Holt paperbacks, 2004. – 560 p.
14. Hofmann S. G., Smits J. A. J. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials //Journal of clinical psychiatry. – 2008. – Т. 69. – №. 4. – P. 621.
15. Martell C.R., Dimidjian S., Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression: A clinician's guide. – Guilford Publications, 2021. – 242 p.





16. Meichenbaum D. Stress-inoculation training //Cognitive-behavior modification: An integrative approach. – Boston, MA : Springer US, 1977. – P. 143-182.
17. Resick P. A., Monson C. M., Chard K. M. Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual. – Guilford Publications, 2016. – 326 p.
18. Andersson G. Internet-delivered psychological treatments //Annual review of clinical psychology. – 2016. – T. 12. – №. 1. – P. 157-179.
19. Herman J.L. Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror. – Hachette uK, 2015. – 336 p.
20. Barnes L.L.B., Harp D., Jung W.S. Reliability generalization of scores on the Spielberger state-trait anxiety inventory //Educational and psychological measurement. – 2002. – T. 62. – №. 4. – P. 603-618.

