

Трансдиагностический потенциал личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: в фокусе коморбидные депрессивные и тревожные расстройства К 95-летию Б.Д. Карвасарского

Васильева А.В.^{1,2}, Караваева Т.А.^{1,3,4,5}, Радионов Д.С.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

⁴Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

⁵Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. В статье, посвященной 95-летию со дня рождения выдающегося психотерапевта Б.Д. Карвасарского, рассматривается трансдиагностический потенциал личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОРП) в лечении коморбидных депрессивных и тревожных расстройств. ЛОРП, разработанная в рамках Ленинградской-Санкт-Петербургской школы психотерапии, основывается на психологической концепции отношений В.Н. Мясищева и рассматривает нарушенную систему отношений пациента как первичное патогенетическое звено невротических расстройств.

В отличие от моноэтиологического подхода, ориентированного на диагностику по МКБ-10, трансдиагностический потенциал ЛОРП фокусируется на глубинных личностных механизмах, объединяющих различные клинические проявления. ЛОРП включает последовательные этапы: диагностику и установление контакта, осознание и конфронтацию, реконструкцию системы отношений и закрепление новых установок в повседневной практике. ЛОРП демонстрирует особую эффективность при коморбидных состояниях, поскольку рассматривает депрессию и тревогу как взаимодополняющие способы реагирования на нарушенные отношения. Преимущества ЛОРП заключаются в целостном подходе к личности, работе с глубинными структурами, высокой степени индивидуализации и способности обеспечивать не только симптоматическое улучшение, но и устойчивые изменения в личностном функционировании, что существенно снижает риск рецидивов. Статья подчеркивает важность развития трансдиагностических подходов в психотерапии для преодоления ограничений современной диагностической практики и достижения устойчивой ремиссии при сложных клинических случаях.

Ключевые слова: Б.Д. Карвасарский, Ленинградская-Санкт-Петербургская школа психотерапии, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, ЛОРП, трансдиагностический протокол психотерапии, депрессия, тревога, тревожные расстройства, коморбидность

Информация об авторах:

Васильева Анна Владимировна — e-mail: annavdoc@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Караваева Татьяна Артуровна — e-mail: tania_kar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Радионов Дмитрий Сергеевич* — e-mail: dumradik@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>

Как цитировать: Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С. Трансдиагностический потенциал личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: в фокусе коморбидные депрессивные и тревожные расстройства. К 95-летию Б.Д. Карвасарского. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:1:8-21. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-1-1185>

Конфликт интересов: Т.А. Караваева и А.В. Васильева являются членами редакционной коллегии.

Представленная статья выполнена в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России 2024-2026 гг. (XSOZ 2024 0014).

Автор, ответственный за переписку: Радионов Дмитрий Сергеевич — e-mail: dumradik@mail.ru

Corresponding author: Dmitriy S. Radionov — e-mail: dumradik@mail.ru

© Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С.



Transdiagnostic Potential of Person-Centered (Reconstructive) Psychotherapy: Focus on Comorbid Depressive and Anxiety Disorders On the 95th Anniversary of Boris D. Karvasarsky

Anna V. Vasileva^{1,2}, Tatiana A. Karavaeva^{1,3,4,5}, Dmitriy S. Radionov¹

¹V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

²I.I. Mechnikov North-western Medical State University, Saint Petersburg, Russia

³Saint-Petersburg State University, Russia

⁴Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

⁵N.N. Petrov National Medical Research Centre of Oncology, Saint Petersburg, Russia

Summary. On the occasion of the 95th anniversary of the birth of the outstanding psychotherapist B.D. Karvasarsky, this article explores the transdiagnostic potential of person-oriented (reconstructive) psychotherapy (PORP) in treating comorbid depressive and anxiety disorders. Developed within the Leningrad–St. Petersburg school of psychotherapy, PORP is based on V.N. Myasishchev's psychological theory of relationships and views the patient's disrupted relational system as the primary pathogenetic factor in neurotic disorders. Unlike the monozological approach focused on ICD-10 diagnoses, the transdiagnostic potential of PORP emphasizes deep personality mechanisms that underlie various clinical manifestations. PORP consists of several sequential stages: diagnosis and establishment of contact, insight and confrontation, reconstruction of the relational system, and consolidation of new attitudes in everyday practice. PORP demonstrates particular effectiveness in comorbid conditions, as it interprets depression and anxiety as complementary responses to disturbed relationships.

The advantages of PORP include a holistic approach to personality, work with deep structural layers, a high degree of individualization, and the ability to achieve not only symptomatic relief but also sustained changes in personality functioning, significantly reducing the risk of relapse. The article emphasizes the importance of developing transdiagnostic approaches in psychotherapy to overcome the limitations of current diagnostic practices and achieve stable remission in complex clinical cases.

Keywords: B.D. Karvasarsky, Leningrad–St. Petersburg School of Psychotherapy, person-oriented (reconstructive) psychotherapy, PORP, transdiagnostic psychotherapy protocol, depression, anxiety, anxiety disorders, comorbidity

Information about the authors:

Anna V. Vasileva — e-mail: annavdoc@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Tatiana A. Karavaeva — e-mail: tania_kar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Dmitriy S. Radionov* — e-mail: psyradionov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>

To cite this article: Vasileva AV, Karavaeva TA, Radinov DS. Transdiagnostic Potential of Person-Centered (Reconstructive) Psychotherapy: Focus on Comorbid Depressive and Anxiety Disorders. On the 95th Anniversary of Boris D. Karvasarsky. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:1:8-21. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-1-1185> (In Russ.)

Conflict of interest: Tatiana A. Karavaeva, Anna V. Vasileva are members of the editorial board.

The presented article was performed within the framework of the state task of the Federal State Budgetary Institution V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology of the Russian Federation Ministry of Health 2024-2026 (XSOZ 2024 0014).

«Omnia mutantur, nihil interit»
(Все меняется, ничего не гибнет)

Сочетание депрессивных и тревожных расстройств представляет собой не исключение, а, скорее, правило в клинической практике. Эпидемиологические данные свидетельствуют о высокой частоте их совместной встречаемости, достигающей, по различным оценкам, 50-60% и более среди пациентов, обращающихся за помощью [25]. Эта коморбидность не является простой суммой двух независимых состояний; она формирует качественно иную клиническую картину, характеризующуюся большей тяжестью симптоматики, хронизацией течения, повышен-

ным риском суицида, значительным снижением качества жизни и функционального статуса, а также более сложным ответом на лечение по сравнению с «чистыми» формами расстройств. Патогенетические механизмы коморбидности включают общие генетические уязвимости, сходные нейробиологические пути (дисрегуляцию гипоталамо-гипоталамо-надпочечниковой оси, нарушения нейротрансмиссии, особенно серотониновой и норадренергической систем, изменения в структуре и функции лимбической системы и префронтальной коры), а также схожие психологические факторы риска, такие как негативная аффективность, неадаптивные когнитивные стили (руминации, катастрофизация), дефициты навы-

ков регуляции эмоций и поведенческое избегание [17, 26].

Сущность невротических расстройств и проблемы классификации МКБ-10: акцент на коморбидность депрессии и тревоги. Патогенетическая концепция невротических расстройств, разработанная В.Н. Мясищевым и развитая ленинградской-санкт-петербургской школой психотерапии под руководством Б.Д. Карвасарского, определяет невроз как психогенное заболевание. Его сущность — в неспособности личности разрешить актуальное противоречие между собой и значимыми аспектами действительности. Это неразрешенное противоречие, затрагивающее ключевые жизненные отношения, порождает тягостные переживания неудачи, фрустрации потребностей и потери, что в итоге приводит к появлению клинической симптоматики. Современное понимание невротических расстройств в рамках данной научной парадигмы интегрирует биологические, психологические и социальные факторы в единую биопсихосоциальную модель, что находит отражение в принципах позитивной диагностики.

Позитивная диагностика подчеркивает психогенную природу неврозов, устанавливая связь между возникновением и динамикой расстройства, структурой личности пациента, характером патогенной ситуации и его переживаниями. Клиническая картина рассматривается как аффективная реакция или патологическая фиксация, отражающая содержание переживаний и наиболее значимые стремления личности. Важным является фокус на нарушениях в системе особо значимых отношений и внутриличностных конфликтах как основном патогенетическом механизме. Именно особенности личности создают условия для манифестации невротической симптоматики в определенных условиях, сосредоточение исключительно на наборе симптомов, присущей определенной нозологии, некоторые из которых были — как ГТР — выделены весьма искусственно, приводит к тому, что эффект психотерапии приобретает паллиативный характер [4].

В совместной работе со своим учеником В. Л. Мурзенко, описывая особенности невротической личности, Б.Д. Карвасарский указывает на так называемый «невротический эгоцентризм», противоречивость, эмоциональную инфантильность, социальное функционирование «невротика» как субъекта общения в различных группах, что становится эквивалентом его индивидуально-личностной патологии, приобретая неадекватный ситуации, ригидный, стереотипный характер и приводит к развитию между пациентом и значимыми лицами из его окружения взаимобусловленных структур конфликтных отношений, а затем по принципу обратной связи возникает «порочный круг» общения, блокирующий возможность коррекции неадекватных установок [8].

Однако, эти сложные этиопатогенетические критерии, центральные для понимания сущности невротического расстройства, не находят отра-

жения в МКБ-10. Основная цель данной классификации — обеспечение единого статистического учета заболеваний для глобального мониторинга распространенности, разработки медико-социальных стратегий и экономического планирования. Ее «атеоретичность», описательный характер, формализация и отказ от этиопатогенетических принципов в пользу унификации и простоты применения вызывают обоснованную критику. Такой подход неизбежно ведет к потере важнейшей информации о происхождении и механизмах развития расстройств, нивелируя их сущность и затрудняя как научные исследования, так и обоснованный выбор дифференцированных терапевтических стратегий. Попытка использования МКБ-10 вне ее исходного статистического назначения рискует обесценить значительный вклад национальных научных школ, в частности, отечественного учения о неврозах.

Игнорирование МКБ-10 концепции внутриличностного конфликта как ключевого патогенетического фактора невротических расстройств и не учитывание классических типов конфликтов (неврастенический, истерический, психастенический) смещает фокус диагностики исключительно на уровень симптоматики и невротические нарушения редуцируются до тревожных и депрессивных расстройств. Тревожные расстройства представлены генерализованной тревогой, паническими атаками или фобиями (F40-F41), депрессивные — гипотимией и ангедонией (F32-F33), а также реакциями на стресс — расстройства адаптации (F43.2), проявляющимися тревожно-депрессивной симптоматикой. Нарушения системы отношений личности и лежащие в их основе внутриличностные противоречия, являющиеся источником симптомов, не учитываются ни при постановке диагноза, ни при планировании терапии. В случаях одновременного присутствия симптомов тревоги и депрессии МКБ-10 предполагает констатировать коморбидность (F32-F33 + F40-F41, F43.2), фиксируя лишь поверхностное сосуществование синдромов. При этом признаваемая на уровне исследований общность патогенетических звеньев, включая внутриличностные конфликты, которые закономерно могут обуславливать сочетанное развитие как депрессивной, так и тревожной симптоматики в рамках единого психогенного процесса, остается за рамками диагностической практики, ориентированной на МКБ-10.

Интерпретация симптомов в парадигме системы отношений В.Н. Мясищева. В концептуальном поле системы отношений В.Н. Мясищева симптоматика депрессивных и тревожных расстройств никогда не рассматривается как случайный или автономный феномен [3]. Каждый симптом интерпретируется как сложный психологический конструкт, требующий сущностного понимания через призму системы отношений личности. Понимание пациента через его значимые отношения позволило В. Н. Мясищеву создать патогенетическую психотерапию, ставшую, по словам Б.Д. Карвасарского, «наиболее разра-

ботанной в нашей стране системой каузальной психотерапии» [7].

Тревога, паническая атака, депрессия, ангедония, апатия или соматический эквивалент понимаются как своеобразная репрезентации глубинных нарушений в триаде отношений: к себе, другим и миру. Паническая атака, например, может расцениваться как соматизированное выражение непереносимого внутреннего конфликта между потребностью в автономии и страхом сепарации, где телесные симптомы становятся проявлением подавленной эмоциональной реальности. Ангедония может интерпретироваться как результат хронической фрустрации базовых потребностей в признании и привязанности, приводящей к эмоциональному отчуждению от собственного жизненного опыта. Коморбидность тревоги и депрессии в этой парадигме отражает сочетание двух взаимодополняющих способов реагирования на нарушенные отношения: активное, но дезорганизованное сопротивление угрозе (тревога) и пассивная капитуляция перед непреодолимым, субъективно воспринимаемым препятствием (депрессия). Соматические компоненты могут трактоваться как конверсионные феномены, посредством которых находит выход психологический конфликт, часто воспроизводя паттерны усвоенных в детстве способов привлечения внимания к своему страданию.

Именно эта сложность и взаимопереплетенность симптоматики диктует необходимость глубокого понимания специфики психотерапевтического вмешательства при коморбидной патологии, включая оценку эффективности, анализ общих и специфических мишеней терапии и разработку адаптированных протоколов [20].

Трансдиагностические протоколы как перспективное направление в терапии коморбидных психических расстройств. Классические протоколы психотерапии, ориентированные на отдельные нозологии, демонстрируют ограниченную эффективность при лечении коморбидных состояний, характеризующихся сочетанием симптоматики. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), несмотря на доказанную результативность при ряде расстройств, подвергается обоснованной критике за преимущественную фокусировку на симптоматическом уровне, что может приводить к недостаточной глубине проработки лежащих в основе патологии интрапсихических конфликтов. [11].

Исследования указывают, что стандартизированные КПТ-протоколы для отдельных расстройств часто не учитывают специфику их коморбидного течения и недостаточно гибки. Психодинамические подходы, напротив, эффективно работают с глубинными конфликтами и историей развития, обеспечивая понимание генеза коморбидности, однако они более продолжительны и имеют относительный дефицит структурированных инструментов для быстрого купирования острых, дезадаптирующих симптомов [21]. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия, делающая акцент на уникальности

личности, эмпатическом принятии и самоактуализации, способствует улучшению эмоциональной регуляции и осмысленности существования, но ее методы сложно унифицировать, и они не всегда предоставляют конкретные техники для коррекции когнитивных искажений, неадаптивных поведенческих паттернов, часто усугубляющих коморбидность [23].

Таким образом, сохраняется актуальная потребность в разработке и внедрении подходов, интегрирующих структурированность, фокус на общие трансдиагностические механизмы патологии и адаптивность к полиморфной симптоматике коморбидных состояний. Трансдиагностический подход в психотерапии представляет собой методологически обоснованное направление, концентрирующееся на выявлении и коррекции общих когнитивных, аффективных, поведенческих и интерперсональных процессов, лежащих в основе различных психических расстройств и распространяющихся на континуум нормального функционирования [13]. Концептуальная матрица таких процессов (например, включающая непереносимость неопределенности, когнитивное избегание, дезадаптивные стратегии регуляции эмоций, руминации, поведенческое торможение/активацию) демонстрирует их взаимосвязь и транснозологический характер. Одновременно с этим выделяемые в качестве мишеней психотерапии конструкты, такие как негативная аффективность, перфекционизм, прокрастинация, могут рассматриваться как интегральные показатели системы значимых отношений личности, что дает возможность отнести и личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию (ЛОРП) к этому семейству методов психотерапии.

Особое значение приобретают унифицированные трансдиагностические протоколы (Unified Protocols, UP), концептуализирующие эмоциональную дисрегуляцию как центральный патогенетический процесс при широком спектре эмоциональных расстройств. Мета-аналитические исследования подтверждают их эффективность. Например, протокол D.H.Barlow и коллег (Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders, UP) продемонстрировал значительное снижение симптомов как первичного, так и коморбидных расстройств, сопоставимое по эффективности с диагност-специфичными протоколами КПТ, при этом показал преимущества в гибкости и применимости к сложным случаям [14, 15]. Исследование J.R.Bullis et al. (2019) подтвердило, что UP эффективен для лечения разнообразных коморбидных тревожно-депрессивных состояний, обеспечивая устойчивые результаты [18]. Подход «общих элементов» (Common Elements Treatment Approach, CETA) также представляет собой гибкий трансдиагностический метод, эффективно применяемый в различных культурных контекстах для лечения коморбидности, особенно связанной с травмой [16, 22].

Эмпирические данные свидетельствуют, что трансдиагностические вмешательства не только

сопоставимы по эффективности с традиционными диагност-ориентированными методами при лечении «чистых» форм расстройств, но и обладают значительными преимуществами при коморбидности: они обеспечивают большую терапевтическую экономичность (один протокол вместо нескольких), гибкость для персонализации под уникальную конфигурацию симптомов у пациента, и возможность более глубокого воздействия на базовые психологические процессы (такие как регуляция аффекта, метакогниции, толерантность к дистрессу), которые часто остаются вне фокуса узкоспециализированных протоколов [19].

Исследование P.J. Norton и D.J. Paulus (2017) обобщило данные, подтверждающие эффективность трансдиагностической когнитивно-поведенческой терапии при широком спектре тревожных и депрессивных расстройств, включая случаи с высокой коморбидностью [24]. Дальнейшее развитие трансдиагностических протоколов, их интеграция с достижениями нейронаук (например, изучение нейробиологических коррелятов общих процессов) и адаптация для различных популяций и форматов терапии (включая онлайн) представляется наиболее перспективным путем повышения эффективности психотерапевтической помощи при сложных, коморбидных психических расстройствах, отвечая на проблемы недостаточной гибкости и глубины классических моделей.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия как трансдиагностический метод при коморбидной депрессии и тревожных расстройствах. ЛОРП, разработанная Б.Д. Карвасарским, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыковым, являющаяся развитием патогенетической психотерапии неврозов В.Н. Мясищева на основе его личностной теории психологии отношений, демонстрирует свой уникальный трансдиагностический потенциал, особенно актуальный для сложных коморбидных случаев [12]. Во многом именно благодаря усилиям Б. Д. Карвасарского патогенетическая терапия неврозов В.Н. Мясищева получила новое развитие, где в патогенетическое психодинамическое ядро, учитывая эмоциональный, мотивационно-волевой и познавательный компоненты отношений, были интегрированы отдельные приемы КПТ для решения трансонологических задач — поведенческого тренинга для преодоления избегающего поведения, совладания с тревогой и внутренним напряжением при помощи использования релаксационных техник, освоение навыков проблемно-решающего поведения в психотерапевтической среде.

Во многом этому способствовал энтузиазм и увлеченность любимым делом Бориса Дмитриевича, его активное участие в деятельности «рабочей группы психотерапевтов социалистических стран», которую он некоторое время возглавлял. Это позволило действительно интегрировать международный опыт при разработке ЛОРП, также при его участии появилась новая форма работы — групповая ЛОРП. Следуя своей патогенетической направленности ЛОРП принципи-

ально отличается от симптоматических подходов тем, что рассматривает тревогу и депрессию не как изолированные нозологические единицы, а как клинически значимые симптомокомплексы, вырастающие из единого патогенетического корня — нарушенной системы отношений личности, внутриличностных конфликтов.

Эта система представляет собой целостное интегральное динамическое образование, охватывающее ключевые векторы человеческого существования: отношение к себе (включая самооценку, самопонимание, самопринятие, восприятие собственной эффективности и ценности), отношение к другим людям (проявляющееся в способности к доверию, установлению близости, сохранению автономии и характере ожиданий от взаимодействия), отношение к миру и жизненным ситуациям (базирующееся на восприятии степени их безопасности, угрозы, справедливости и контролируемости), а также отношение к собственной деятельности и будущему (определяемое наличием смысла, ясностью целей и ощущением перспективы). Ленинградская-Санкт-Петербургская школа психотерапии всегда была открыта к интеграции новых достижений из международной практики, в предисловии ко второму изданию Психотерапевтической энциклопедии Б. Д. Карвасарский писал: «Через соприкосновение с миром психотерапии мы становились более опытными и что еще важнее — это позволило сотням наших психотерапевтов постепенно преодолевать синдром профессиональной неполноценности, сейчас актуальной задачей является определить как практика и содержание ЛОРП вписывается в мировой ландшафт психотерапии» [6].

Содержание терапии, ее интервенции и сам процесс направлены на глубокий анализ, коррекцию и реконструкцию этой системы отношений как первичного патогенетического звена. Только через восстановление адекватности, гибкости и внутренней непротиворечивости отношений возможно достижение устойчивой ремиссии не только отдельных симптомов, но и принципиальное изменение личностного функционирования, снижающее риск рецидивов.

Объединяющим началом депрессии и тревоги с позиций ЛОРП выступает общность базовых нарушений, затрагивающих различные уровни этой системы отношений. Прежде всего, это нарушение самоотношения, которое при обеих формах расстройств часто характеризуется устойчивой негативной самооценкой, интенсивной самокритикой, глубоким чувством неполноценности, стыда или вины. Пациент может воспринимать себя одновременно как слабого и неспособного справиться с проблемами (что питает тревогу) и как никчемного, недостойного любви и принятия (что составляет ядро депрессивного переживания), причем эти аспекты часто образуют патогенную комбинацию.

Не менее значимо нарушение отношений с другими, проявляющееся в страхе отвержения, критики, поглощения или потери автономии; в

хронических трудностях с установлением доверительной близости; в воспроизведении конфликтных паттернов взаимодействия, таких как зависимость, избегание или агрессия. Эти нарушения закономерно порождают как социальную тревогу с ее страхом оценки, так и депрессивное чувство брошенности, одиночества и изоляции.

Существенным объединяющим фактором является также нарушение базового отношения к миру, который воспринимается как принципиально небезопасный, угрожающий, непредсказуемый и несправедливый. Это восприятие создает постоянный фон хронической тревоги и одновременно питает ощущение тотальной беспомощности и безнадежности, характерное для депрессивного состояния.

Нарушение отношения к будущему выражается либо в катастрофизации и ощущении отсутствия перспектив, либо, наоборот, в формировании нереалистично завышенных требований к грядущим достижениям, которые неизбежно порождают страх неудачи и саморазрушительное напряжение.

Универсальным источником хронического эмоционального напряжения, проявляющегося как тревогой, так и депрессией, выступают глубинные внутриличностные конфликты — неразрешенные противоречия между желаниями и возможностями их удовлетворения, целями и способностью их достижения, фундаментальными потребностями (например, между потребностью в зависимости и стремлением к автономии; между потребностью в достижениях и потребностью в безопасности; между потребностью в выражении гнева и страхом разрушения отношений).

Трансдиагностическая природа коморбидности находит свое выражение и во взаимовлиянии симптомов через динамику отношений. Тревожное избегание социальных ситуаций, являющееся нарушением поведенческого компонента отношения к миру и другим людям, закономерно ведет к нарастающей социальной изоляции и жизненным неудачам, которые подкрепляют и усиливают депрессивное самообвинение и чувство безнадежности, что представляет собой нарушение отношения к себе и будущему. Депрессивная апатия и ангедония, лишая пациента энергетических и мотивационных ресурсов, существенно затрудняют или делают невозможным совладание с тревожными состояниями, тем самым усугубляя чувство беспомощности и катастрофический страх перед необходимостью разрешения любых жизненных трудностей.

Тревожная руминация, постоянно фокусирующая сознание пациента на возможных катастрофических сценариях будущего, неизбежно подпитывает и усугубляет депрессивные мысли о бессмысленности усилий и тотальной безнадежности любых перспектив, замыкая порочный круг взаимного усиления симптоматики. Таким образом, коморбидность тревоги и депрессии в парадигме ЛОРП предстает не как механическое сочетание двух независимых расстройств, а как

системное проявление единого глубинного нарушения — дезинтеграции и конфликтности системы отношений личности, что и определяет уникальные возможности данного подхода в терапии таких сложных случаев. Как указывал Б. Д. Карвасарский, отвечая на вопрос о том, как следует оценивать эффективность психотерапии: «По убеждению подавляющего большинства специалистов, один лишь критерий симптоматического улучшения не является надежным при определении непосредственной эффективности и устойчивости психотерапии, хотя субъективно переживаемое больным (и по мере возможности объективно регистрируемое) клиническое симптоматическое улучшение является, несомненно, важным критерием оценки эффективности психотерапии» [6].

Преимущества ЛОРП при коморбидных депрессивных и тревожных расстройствах. Можно выделить ключевые преимущества ЛОРП. Во-первых, терапия фокусируется на глубинных патогенетических механизмах, а не на внешней симптоматике. Вместо изолированного воздействия на панические состояния или ангедонию, ЛОРП выявляет и реконструирует базовые дисфункциональные отношения и внутренние конфликты, выступающие общим источником симптоматики у конкретного пациента [10, 12]. Во-вторых, подход характеризуется целостностью, рассматривая всю систему отношений личности во взаимосвязи. Учитывается, как нарушения в одной сфере (например, самоотношение) закономерно влияют на другие (отношения с другими, отношение к миру). В-третьих, нацеленность на глубинные структуры личности обеспечивает не только симптоматическое улучшение, но и устойчивые изменения в способе переживания себя и взаимодействия с миром, что существенно снижает риск рецидивов. В-четвертых, ЛОРП отличается высокой степенью индивидуализации. Она не навязывает жесткий протокол, а исходит из уникального индивидуального патогенетического понимания пациента, составленного в ходе анализа его истории жизни и актуальных отношений. В-пятых, подход специально учитывает специфику коморбидности. Терапевт анализирует, как именно нарушения отношений и конфликты проявляются одновременно в тревожной и депрессивной симптоматике у данного человека, и как эти симптомы взаимодействуют, взаимно подпитывая друг друга [1, 10].

Основополагающие принципы интервенций в ЛОРП при коморбидных состояниях. В рамках концепции ЛОРП депрессивная и тревожная симптоматика интерпретируется не как самостоятельная нозологическая единица, но как феноменологическое выражение глубинного дисбаланса в системе отношений личности.

Основополагающие принципы интервенций при коморбидных состояниях базируются на нескольких ключевых положениях. Во-первых, любое терапевтическое действие в ЛОРП — будь то интерпретация, конфронтация или эмоциональ-

ная поддержка — осуществляется опосредованно, через призму системы отношений. Так, работа с панической атакой инициируется не с применения техник регуляции дыхания, как в когнитивно-поведенческой терапии, а с исследования вопроса о том, какой аспект отношения к себе, другим или миру проявляется в данном симптоме и какое подавленное чувство (гнев, стыд, беспомощность) или неразрешенный конфликт он отражает. Во-вторых, конкретные мишени терапевтического воздействия индивидуализируются, определяясь типом ведущего невротического конфликта (истерический, неврастенический, психастенический) и уникальной историей формирования отношений пациента.

В ЛОРП отсутствуют универсальные протоколы; вместо них гибко применяются общие принципы работы с отношениями, адаптируемые к индивидуальной патогенетической схеме [9]. В-третьих, отношения «терапевт-пациент» являются основным инструментом лечебного воздействия и условием для эффективной работы. Пациент бессознательно воспроизводит свои характерные паттерны нарушенных отношений, такие как ожидание критики, страх отвержения или потребность в идеализации. Анализ этого служит ключевой интервенцией для осознания и последующей трансформации данных паттернов. В-четвертых, интервенции направлены на комплексное воздействие, на три взаимосвязанных компонента нарушенного отношения: когнитивный (недостаточное осознание, дисфункциональные убеждения и искаженные представления о себе, других и мире), эмоциональный (неадаптивные или подавляемые чувства — гнев, вина, стыд, страх — искажающие восприятие и взаимодействие) и поведенческий (ригидные, избегающие или конфликтные паттерны взаимодействия, закрепляющие искаженные отношения).

Конкретные мишени и интервенции в ЛОРП дифференцируются в соответствии с доминирующим типом невротического конфликта. При **истерическом конфликте**, обусловленном противоречием между завышенными притязаниями и реальностью, депрессивная симптоматика манифестирует чувствами разочарования, обиды, неудовлетворенности и самообвинениями, ангедония выступает следствием фрустрации гедонистических потребностей. Тревога выражается страхом негативной оценки, отвержения, низкой толерантностью к фрустрации и неопределенности, соматизация часто служит способом дистресса и вторичной выгоды. Ядро нарушений включает нестабильную самооценку, императивную потребность в одобрении, эгоцентризм и инфантильность. Терапевтические интервенции направлены на проработку нереалистичных ожиданий (включая перенос), патогенетический анализ связи симптоматики с детским опытом условного принятия, коррекцию самоотношения в сторону реалистичности и независимости от внешнего одобрения, эмоциональное перепроживание подавленной обиды и гнева, поведенческие эксперименты по

освоению конструктивных стратегий признания и установлению границ.

При **неврастеническом конфликте**, основанном на противоречии между завышенными требованиями к себе и реальными возможностями, депрессия характеризуется чувствами не состоятельности, беспомощности, опустошенности, ангедония связана с истощением и утратой смысла деятельности. Тревога проявляется беспокойством о неудачах, страхом критики, катастрофизацией, неуверенностью и гиперконтролем. Ядро нарушений составляет перфекционизм, нерациональное целеполагание, игнорирование ограничений, низкая толерантность к неудачам, конформизм и приоритет достижений над здоровьем. Интервенции включают анализ стремления «заслужить» одобрение через «идеальную» работу и конфронтацию деструктивности перфекционизма, патогенетический анализ его истоков, коррекцию самоотношения и отношения к деятельности через рациональное целеполагание и переоценку значимости отдыха, эмоциональную проработку гнева на несправедливые требования (включая собственные), страха провала и стыда, поведенческие эксперименты по планированию с учетом ресурсов, введению отдыха, допущению неидеальных результатов и делегированию.

При **психастеническом конфликте**, обусловленном противоречием между личными желаниями и чувством долга/нормами, депрессия проявляется подавленностью вследствие хронической неудовлетворенности, заниженной самооценкой, чувством вины, ангедония возникает из-за отчуждения от потребностей и подавления аффектов (особенно гнева). Тревога выражается сомнениями, нерешительностью, страхом ошибки или «аморального» поступка, навязчивостями, гиперконтролем и тревогой несоответствия. Ядро нарушений включает приоритет долга над желанием, ригидную моральную систему, гиперответственность, страх осуждения и подавление гнева.

Интервенции фокусируются на выявлении и проработке ожидания жестких оценок (включая перенос), патогенетическом анализе формирования сверхнормативности и связи подавления желаний с симптоматикой, коррекции самоотношения и системы ценностей через дифференциацию «здорового» и «невротического» долга, развитие гибкости и учет личных потребностей, эмоциональное перепроживание подавленных «запретных» чувств и принятие амбивалентности, поведенческие эксперименты по принятию решений в неопределенности, ассертивному выражению мнения и сознательным отступлениям от ригидных правил.

Придерживаясь конфликтогенной ориентации в понимании невротических расстройств тревожные и депрессивные симптомы приобретают смысловое единство в «решении нерешаемых проблем индивида», когда тревога, связана со страхом неудачи или осуждения на пути достижения цели или удовлетворения желания, а депрессивный аффект выходит на первый план в случае отказа от

удовлетворения потребности или переживания упущенной возможности, потерянного времени жизни.

Содержание ЛОРП. Процесс ЛОРП представляет собой глубокое, структурированное, но гибкое исследование и преобразование личности пациента через призму его системы отношений. Содержание работы последовательно разворачивается через взаимосвязанные этапы.

Установление терапевтических отношений и диагностика системы отношений образуют важную начальную фазу. Формирование надежного «рабочего альянса» можно рассматривать как базовую интервенцию. Первые контакты направлены на создание атмосферы безопасности, доверия, принятия и сотрудничества. Психотерапевт демонстрирует искренний интерес, эмпатию, уважение к личности пациента и безусловное позитивное внимание. Эти отношения сами по себе становятся корректирующим эмоциональным опытом (один из основных лечебных механизмов ЛОРП). Для пациента с коморбидной тревогой и депрессией, часто имеющего опыт ненадежных, критикующих или отвергающих отношений, сам факт стабильного, принимающего и профессионального контакта является мощным лечебным фактором, преодолевающим базовое недоверие, страх оценки и ожидание отвержения.

Ядро диагностической работы составляет глубинный патогенетический анализ — тщательное совместное исследование истории жизни пациента с акцентом на формировании значимых отношений, в том числе и в раннем детстве с родителями или близкими. Исследуются стили привязанности, ключевые психотравмирующие события (потери, насилие, пренебрежение, гиперопека, завышенные требования) и условия воспитания, сформировавшие ядро нарушенных отношений. Не менее важен детальный анализ структуры актуальных отношений — значимых текущих взаимодействий с партнером, детьми, родителями, друзьями, коллегами, начальством. Выявляются повторяющиеся конфликтные стереотипы, например, такие как паттерн «саморазрушающей» покорности в отношениях с авторитетными фигурами, ведущий к накоплению гнева (проявляющегося как тревога или соматизация) и чувству бессилия (депрессия).

Анализ переноса может предоставлять дополнительные сведения для оценки системы отношений пациента. Восприятие пациентом терапевта (перенос) может отражать бессознательную проекцию ожиданий критики (если он привык к критикующим родителям), идеализации, соблазнения или отвержения.

Ключевым этапом диагностики является установление связи «личность-ситуация-болезнь» и выявление нарушенных отношений и внутриличностного противоречия. Психотерапевт помогает пациенту увидеть, как конкретные неконструктивные отношения и внутренние конфликты проявляются в его уникальных симптомах тревоги и депрессии здесь и сейчас. Например, желание быть для всех привлекательным и страх критики

со стороны окружающих может отражаться в высказывании «Я должен всем нравиться, иначе я никчемный» (нарушение отношения к себе и другим), что порождает социальную тревогу (страх оценки), избегание контактов и последующее депрессивное чувство одиночества и неполноценности.

Интервенция терапевта может фокусироваться на этой связи: «Как вы думаете, как Ваше представление, что Вы должны нравиться абсолютно всем, связано с Вашим страхом высказать свое мнение на собрании (тревога) и последующим чувством пустоты и никчемности дома (депрессия)?» Другой пример мишени, характерной для неврастенического конфликта — внутреннее противоречие между потребностью в карьерном росте, достижениях и страхом конкуренции/осуждения (страх отвержения, неуверенность в себе), проявляющийся в прокрастинации, избегании решения проблем, нарастающей тревоге нереализованности и депрессивных эпизодах с чувством вины и безнадежности. Используя конфронтацию (еще один из основных механизмов лечебного воздействия ЛОРП) психотерапевт может сказать: «Обратите внимание, как каждый раз, когда появляется возможность повышения, у Вас усиливается тревога и появляются мысли «Я не справлюсь, меня осудят», а затем Вы отказываетесь от деятельности и погружаетесь в апатию и самобичевание».

Этап осознания и конфронтации в ЛОРП является ключевым для терапевтической эффективности. Посредством анализа и интерпретации психотерапевт устанавливает связи между особенностями личности пациента, его историей жизни, прошлым и настоящим опытом, а также актуальной симптоматикой. Основываясь на патогенетическом анализе, терапевт формулирует гипотезы о неосознаваемых пациентом связях, способствуя инсайту. Это включает выявление влияния детского опыта на формирование устойчивых дисфункциональных отношений и конфликтов (например, интерпретация связи перфекционизма и страха ошибки с условным родительским принятием). Интерпретации также раскрывают взаимосвязь между текущими неконструктивными отношениями/конфликтами и симптомами (например, дистанцирование от партнера вследствие убеждения в опасности близости, ведущее к тревоге и чувству покинутости). Анализируется и связь поведения, чувств и мыслей пациента в терапевтических отношениях (перенос) с его общими паттернами (например, ожидание критики терапевта как воспроизведение детского опыта).

Конфронтация, осуществляемая тактично, но настойчиво, направлена на привлечение внимания пациента к неадаптивности, противоречивости, иррациональности и деструктивным последствиям его сложившихся отношений, конфликтов и защитных механизмов (рационализация, проекция, отрицание), что преодолевает сопротивление. Мишенью конфронтации служат паттерны, поддерживающие внутриличностные конфликты и не-

конструктивные отношения. Примеры включают указание на противоречие между декларируемым желанием близости и поведением, основанным на ожидании предательства; демонстрацию высокой психологической «цены» ригидного контроля, приводящего к напряжению, тревоге и депрессии при его нарушении; выявление защитной функции убеждения в бесполезности усилий, маскирующего страх риска и разочарования. Данный этап обеспечивает критическое осмысление пациентом дезадаптивных паттернов, создавая основу для последующей реконструкции системы отношений.

Этап реконструкции системы отношений. Реконструкция системы отношений в рамках ЛОПР представляет собой не просто технический приём, а глубокий, поэтапный процесс личностной трансформации в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, иницируемый и поддерживаемый специфическими терапевтическими интервенциями в контексте отношений «терапевт–пациент». Её сущность заключается в радикальном переформировании искажённых, ригидных и патогенных внутренних отношений, лежащих в основе хронических психических расстройств, таких как тревожные состояния, депрессия и невротические конфликты. Конечной целью этого процесса является формирование более адекватных, гибких, внутренние непротиворечивых и реалистичных отношений личности к самому себе, другим людям, окружающему миру и собственной деятельности, что ведёт к устойчивой редукции депрессивной и тревожной симптоматики, поскольку устраняется её глубинная патогенетическая основа — дисфункциональные паттерны, уходящие корнями в ранний травматический опыт и нарушенное развитие аффективно-когнитивной регуляции.

Начальной фазой реконструкции часто становится дезорганизация старых, устоявшихся паттернов, которая возникает под воздействием терапевтических интервенций, таких как интерпретация, конфронтация и реконструкция биографии. Механизм этого этапа заключается в том, что осознание, достигнутое через через интерпретацию и конфронтацию, разрушает привычные, хотя и дисфункциональные, защитные механизмы и паттерны отношений, обеспечивавшие временную психологическую стабильность. Пациент постепенно обретает ясное видение и осознаёт связь между своим детским травматическим опытом, актуальными нарушениями в межличностных и внутренних отношениях и мучающими его симптомами тревоги, депрессии или соматизации. Это осознание часто актуализирует подавленные, болезненные чувства — гнев, обиду, стыд, страх, печаль, зависть, чувство растерянности и отчаяния, связанные с прошлыми травмами или актуальными конфликтами, — и может временно привести к усилению симптоматики или внутреннего напряжения.

Роль терапевта на этой сложной стадии заключается в обеспечении безопасного терапевтического пространства, удержании и поддержки

пациента в переживании этих сложных и часто противоречивых аффектов, нормализации кризиса как необходимого и закономерного этапа личностного роста, а также в подтверждении реальности и значимости обнаруженных патогенетических связей. Без такой поддержки пациент может отреагировать регрессией, отрицанием инсайта или преждевременным прекращением терапии, интерпретируя кризис как её неэффективность. Например, пациент с неврастеническим конфликтом, осознав, как унаследованный от отца перфекционизм систематически разрушает его здоровье и значимые отношения, может пережить мощный приступ гнева на родителя и чувство трагической утраты «потерянных лет», что требует от терапевта высокой эмпатии и стабильности.

Следующим важным этапом является эмоциональное перепроживание и интеграция, связанные с феноменом отреагирования и принятия. Механизм данной фазы предполагает, что в безопасной и эмпатически принимающей атмосфере терапевтических отношений пациент получает уникальную возможность заново пережить и выразить подавленные, часто мучительно болезненные чувства, связанные с прошлыми травмами или неразрешёнными актуальными конфликтами и получить эмоциональную поддержку от специалиста. Это может быть обида на родителей, гнев на пережитую несправедливость, стыд за собственное «несовершенство» или глубокий страх отвержения.

Эмпатическая поддержка и признание этих чувств терапевтом («Да, это действительно было больно», «Ты имел право на эти чувства») является ключевым элементом, позволяющим пациенту осознать, принять и интегрировать их в целостный, более аутентичный образ себя. Процесс осознания и отреагирования способствует «разрядке» хронического эмоционального заряда, накопленного годами, и интеграции ранее неосознаваемых или подавляемых чувств в целостную структуру личности. Это приводит к существенному снижению хронического внутреннего напряжения, которое ранее искажало восприятие реальности и деформировало межличностные отношения, способствуя более реалистичному отношению к прошлому и себе. Роль терапевта здесь состоит в создании эмпатического, безусловно принимающего пространства, помощи в вербализации и осознании сложных переживаний, а также поддержке в принятии тех негативных или социально запрещённых аспектов собственного опыта и личности, которые ранее отрицались. Так, пациентка с истерическим конфликтом, осознавшая свою патологическую зависимость от внешнего одобрения, может позволить себе «оплакать» детский опыт эмоциональной депривации и выразить накопленный гнев в адрес матери, что впоследствии снижает её потребность в постоянном подтверждении собственной значимости через симптоматику или манипулятивное поведение.

Параллельно и вслед за эмоциональной переработкой происходит когнитивная переоценка и

формирование нового понимания себя и окружающей действительности в результате анализа, конфронтации и осознания. Механизм этого процесса основан на совместной работе терапевта и пациента, опирающейся на пережитый инсайт и новый эмоциональный опыт. Устанавливается связь между психогенными факторами и симптоматикой.

Совместно с пациентом пересматриваются, конфронтируются и корректируются ригидные, неадекватные представления о себе и окружающей действительности, составлявшие когнитивную основу нарушенной системы отношений; осознаются мотивы своего поведения, неконструктивный характер ряда отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов. Происходит понимание меры своей ответственности в возникновении конфликтных и психотравмирующих переживаний. На их месте формируются более реалистичные, гибкие и адаптивные представления относительно себя («Я обладаю правом на ошибку и полноценный отдых», «Моя ценность как личности не определяется исключительно внешними достижениями», «Я достоин уважения и заботы независимо от успеха»), других людей («Не все люди критичны и потенциально опасны», «Доверие возможно при сохранении разумной осторожности», «Люди могут быть поддерживающими»), мира в целом («Жизнь содержит элемент непредсказуемости, но я обладаю способностью учиться эффективному совладанию», «Конфликты — часть жизни, а не угроза моему существованию») и будущего («Существуют возможности и перспективы, даже если текущая ситуация трудна», «Я могу влиять на свою судьбу»). Эти новые когнитивные конструкции формируют обновлённую основу для изменённых отношений.

Психотерапевт содействует этому, используя конфронтацию, помогая пациенту находить альтернативные, менее катастрофичные интерпретации событий и личного опыта, а также поддерживая его в самостоятельной выработке новых, более здоровых и функциональных представлений. Например, пациент с психастеническим конфликтом, осознавший разрушительное влияние собственной гипернормативности, совместно с терапевтом может сформировать новую позицию: «Следование моим принципам сохраняет свою важность, однако мои собственные потребности и чувства также обладают неотъемлемым правом на существование и учёт».

Неотъемлемой частью процесса реконструкции является апробация новых паттернов отношений и поведения, направленная на закрепление достигнутых изменений. Изменения в поведенческой сфере имеют очень важное значение для реализации полученных знаний и конкретных изменений в жизни пациента. Механизм данной фазы заключается в том, что пациент начинает сознательно экспериментировать с новыми способами восприятия, реагирования и поведения, соответствующими пересмотренным установкам и интегрированным чувствам. Сначала это про-

исходит в безопасных условиях терапевтической среды — через ролевое взаимодействие, анализ гипотетических ситуаций, обсуждение альтернатив. Затем фокус смещается на апробацию в реальной жизненной практике, часто в виде специально разработанных «домашних заданий». Пациент пробует действовать в соответствии с пересмотренными установками и интегрированными чувствами: например, пациент с социальной тревогой и депрессией, считающий, что его мнение никому не интересно, пробует высказать свою точку зрения на рабочем совещании; пациентка, осознавшая паттерн жертвенности, пробует вежливо отказать в неудобной просьбе вместо автоматического согласия; пациент с паническими атаками, понявший связь приступов с подавленным гневом, учится распознавать его ранние признаки и выражать социально приемлемым образом; пациент с неврастеническим конфликтом пробует сознательно выделить время на отдых или принять результат как «достаточно хороший».

Успешный, или даже частично успешный, опыт таких поведенческих экспериментов служит мощным подкреплением новых отношений на практическом уровне и существенно укрепляет веру пациента в их эффективность и реалистичность. Успехи и трудности этих экспериментов тщательно анализируются на сессиях, происходит коррекция стратегий. Роль терапевта на этом этапе включает помощь в планировании реалистичных и посильных экспериментов, оказание поддержки и детальный анализ результатов (как успехов, так и неизбежных трудностей) применения новых стратегий поведения, а также содействие в осмыслении полученного опыта и последующей коррекции планов действий. Пациент с неврастеническим конфликтом, например, может запланировать и осуществить рабочий день, сознательно выделив время на обеденный перерыв и завершив работу в установленный срок, несмотря на наличие незавершённых задач, с последующим анализом своих чувств и реальных последствий этого поступка вместе с терапевтом. Этот процесс закрепляет новые, более адаптивные отношения на поведенческом уровне, создавая положительный опыт, который подкрепляет и стабилизирует когнитивные и эмоциональные изменения.

Завершающей фазой процесса выступает консолидация нового образа «Я» и достижение психологической автономии, что создаёт предпосылки для успешного завершения терапии и профилактики формирования зависимости от специалиста. Механизм этого этапа заключается в постепенной интериоризации новых, более адаптивных отношений, которые становятся органичной, устойчивой частью личности. Усиливается аутентичность — способность человека быть собой, действовать в соответствии со своими осознанными истинными потребностями и ценностными ориентациями, а не подчиняться диктату страхов или навязанных социальных ролей. Развивается и укрепляется способность к самостоятельному разрешению внутренних противоречий и преодо-

лению жизненных трудностей. Пациент обретает заметно большую эмоциональную устойчивость и психологическую автономию. Симптомы тревоги и депрессии, лишённые своей первоначальной патогенетической основы в нарушенных отношениях, утрачивают интенсивность и значимость.

Роль терапевта на этой стадии смещается в сторону поддержки самостоятельности пациента, помощи в обобщении и интеграции достигнутых изменений в целостную картину себя, проработки неизбежных страхов и тревог, связанных с окончанием терапии, а также совместной разработки плана профилактики возможных рецидивов. Этот план основывается на вновь приобретённых навыках саморефлексии, распознавания ранних признаков регресса и эффективных стратегиях совладания. В качестве иллюстрации можно привести пациентку, проработавшую истерический конфликт, которая становится способной самостоятельно распознать зарождающуюся тревогу, связанную с ожиданием тотального одобрения, проанализировать её связь с актуальными отношениями и сознательно выбрать адаптивную стратегию реагирования, не прибегая к соматизации или депрессивной изоляции. Ведущие к устойчивой реконструкции личности, изменения в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах взаимно усиливают друг друга в рамках этого комплексного процесса.

Последовательные изменения пациента в терапевтическом процессе. Процесс изменений в ЛОРП представляет собой многоуровневую трансформацию, где пациент последовательно проходит через качественные стадии перестройки отношения к своему внутреннему и внешнему миру. На начальном этапе происходит смещение фокуса с симптоматики на личностный контекст ее возникновения: пациент начинает осознавать, что его депрессивные переживания или тревожные реакции не являются изолированными феноменами, но органично связаны с его способом выстраивания отношений, историей формирования значимых привязанностей и характерными паттернами реагирования на психотравмирующие воздействия.

По мере углубления терапии формируется способность к рефлексивному наблюдению собственных эмоциональных реакций в их связи с актуальными межличностными ситуациями: например, пациент обнаруживает, как его привычная реакция избегания социальных контактов при тревоге воспроизводит детский паттерн защиты от эмоционально холодного родителя, а депрессивное самообвинение оказывается интериоризированной формой родительской критики. Кульминацией становится момент эмоционального отреагирования, когда пациент не только интеллектуально понимает, но эмоционально проживает связь между своими актуальными страданиями и исторически сложившейся нарушенной системой отношений, что сопровождается высвобождением подавленных чувств (обиды, гнева, тоски) и формированием нового, более дифференцированного взгляда на собственный жизненный сценарий.

На завершающих этапах происходит консолидация нового опыта, проявляющаяся в поведенческих изменениях: пациент начинает экспериментировать с новыми формами коммуникации, устанавливает психологические границы, осваивает навыки саморегуляции и конструктивного разрешения конфликтов, что приводит к устойчивому снижению симптоматики и повышению качества межличностного функционирования.

Динамика терапевтической позиции. Тактика психотерапевта претерпевает закономерную трансформацию по мере продвижения терапевтического процесса. На диагностическом этапе доминирует активно-поддерживающая позиция: терапевт создает атмосферу безусловного принятия, проводит тщательный патогенетический анализ, помогает сформулировать реалистичные цели терапии, проявляя чуткость к проявлениям б тревоги и страху отвержения у пациента.

При переходе к фазе конфронтации с терапевт занимает более активную, провоцирующую позицию, используя интерпретации и тактично конфронтируя не выявленные неосознаваемые связи, при этом сохраняя баланс между эмпатической поддержкой и необходимым для изменений дискомфортом. В фазе эмоционального переживания терапевт выступает как опора для переживания интенсивных аффектов, помогая в вербализации и интеграции травматического опыта. На этапе реконструкции отношений терапевт становится помощником в поведенческих изменениях, совместно разрабатывая и анализируя эксперименты с новыми способами взаимодействия. В завершающей фазе он сознательно редуцирует активность, поощряя самостоятельность, консолидацию изменений, разработку антирецидивных стратегий и проработку сепарационной тревоги.

Преодоление сопротивления и терапевтические сложности. Сопротивление в ЛОРП понимается как неизбежный и ценный компонент терапевтического процесса, отражающий работу защитных механизмов, предохраняющих пациента от непереносимой психологической боли или угрозы целостности Я. Оно может проявляться как «забывание» сессий, интеллектуализация, уход в молчание, формальное согласие без внутреннего принятия интерпретаций, усиление симптоматики или перенос фокуса на малозначимые темы. При работе с сопротивлением терапевт использует несколько стратегий: тактичная конфронтация с фактом сопротивления («Я заметил, что при обсуждении Ваших отношений с отцом Вы переводите разговор на текущие дела»); исследование скрытых страхов изменений («Что самое страшное могло случиться, если бы Вы позволили себе злиться на мать?»); анализ сопротивления в контексте терапевтических отношений («Возможно, Ваше молчание сейчас отражает страх, что я отреагирую на Ваши мысли так же критично, как Ваша мать?»); адаптация темпа терапии к возможностям пациента.

Особые сложности возникают у пациентов с выраженными нарциссическими чертами, для ко-

торых осознание уязвимости угрожает самости, и с пациентами, имеющими вторичную выгоду от болезни, где сопротивление отражает бессознательную привязанность к «роли больного». Длительная терапия может также сталкиваться с феноменом «негативной терапевтической реакции», когда улучшение вызывает бессознательное чувство вины или страх перед изменениями, что требует особенно тонкого анализа глубинных мотиваций.

Возможные перспективы расширения клинического применения ЛОРП. Хотя первоначально ЛОРП разрабатывалась для невротических расстройств, ее потенциал существенно шире. При расстройствах личности (истерическом, тревожном (избегающем), ананкастном, зависимом) ЛОРП может высокоэффективен за счет работы с ригидными паттернами отношений, формирующими ядро патологии. При психосоматических расстройствах метод позволяет выявлять связь соматического симптома с нерешенными конфликтами или подавленными аффектами.

При ПТСР она способствует реконструкции системы отношений, деформированной травмой, через восстановление доверия к миру и реинтеграцию опыта. В геронтологии метод помогает реконструировать систему отношений в условиях возрастных кризисов, утрат и социального исключения. Особую ценность ЛОРП представляет при резистентных тревожно-депрессивных расстройствах, где фармакотерапия и симптом-ориентированные методы дают ограниченный эффект, поскольку работает с глубинными личностными детерминантами психопатологии.

Заключительные аспекты. Эффективность ЛОРП повышается при ее интеграции в систему комплексной персонализированной помощи, где она может выступать основным методом при психогенных расстройствах или дополнять биологическую терапию при эндогенных процессах. Ключевым условием успеха является профессиональная зрелость терапевта, включающая не только владение техниками, но и способность выдерживать интенсивные аффекты пациента, работать с сопротивлением и сохранять терапевтическую позицию.

Наличие теоретической базы (теория отношений В.Н. Мясищева), четкая методология, доказанная эффективность подтверждают ценность метода как при изолированных, так и при коморбидных

формах тревожных и депрессивных расстройств, где глубина воздействия на патогенетические механизмы обеспечивает не только редукцию симптомов, но и устойчивое повышение качества жизни и социального функционирования. ЛОРП является трансдиагностическим методом, направленный не столько на симптомы, сколько на личность, а также, в случае необходимости, на перфекционизм, прокрастинацию, трудности межличностного функционирования, как на производные системы значимых отношений личности.

Будущие исследования ЛОРП могут выделить модераторы ее успешного применения в лечении коморбидных депрессивных и тревожных расстройств. Это может восполнить пробел, возникший из-за чрезмерной увлеченности мононозологическими протоколами. Перспективным направлением является адаптация ЛОРП к краткосрочным форматам при сохранении глубины воздействия и разработка интегрированных протоколов для работы со специфическими клиническими группами.

Реконструкция системы отношений — сложный, нелинейный процесс, требующий времени, активного участия пациента и высокой квалификации терапевта. Его терапевтическая сила — в воздействии на глубинные источники коморбидной тревожно-депрессивной симптоматики (нарушенные базовые отношения), а не только на их симптоматические проявления. Интегративная работа с когнитивным, эмоциональным и поведенческими компонентами отношений с использованием уникального потенциала терапевтических отношений обеспечивает фундаментальное повышение адаптивности, целостности и благополучия. Это создает основу для длительного сохранения результатов терапии и снижения рисков рецидивов. Эмпирические данные, включая сравнения с КПТ, подтверждают высокую результативность ЛОРП, где воздействие на глубинные отношения выступает ключевым фактором терапевтического успеха [2, 5].

Б.Д. Карвасарский, говоря о прогрессе психотерапии, всегда подчеркивал: «Более совершенными методами психотерапии следовало бы считать те, которые учитывают при лечении различные проявления заболевания, особенности личности, индивидуального и социального функционирования пациента» (из личной беседы Б.Д. Карвасарского с А.В. Васильевой, 2012).

Литература / References

1. Бурлакова Н.С. Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия Мясищева: современное состояние и перспективы развития. *Консультативная психология и психотерапия*. 2021;29(1):70–87.
Burlakova N.S. Myasishchev's Personality-Oriented Reconstructive Psychotherapy: Current State and Development Prospects. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2021;29(1):70–87. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290105>
2. Васильева А.В., Караваева Т.А. Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: миссия интервенций в здоровом городе. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020;(2):95–104.
Vasileva A.V., Karavaeva T.A. Psychosocial factors of the neurotic disorders treatment and prevention in metropolis. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2020;(2):95–104. (In Russ.).

- <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-95-104>
3. Исурина Г.Л., Карпова Э.Б., Журавлев А.Л. Психологическая концепция отношений В.Н. Мяснищева: учение о неврозах и психотерапия. Психологический журнал. 2021;42(2):36–44. Isurina GL, Karpova EB, Zhuravlev AL. Psychological concept of relations of v. N. Myasishchev: the doctrine of neuroses and psychotherapy. Psikhologicheskii zhurnal. 2021;42(2):36–44. (In Russ.). <https://doi.org/10.31857/S020595920014238-7>
 4. Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С. и др. Клинические и этиопатогенетические аспекты коморбидности депрессивных и тревожных нарушений: к проблеме достижения устойчивой ремиссии. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2024;58(4-1):23–33. Karavaeva TA, Vasileva AV, Radionov DS, et al. Clinical and etiopathogenetic aspects of depressive and anxiety disorders' comorbidity: towards the problem of achieving stable remission. Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M.Bekhtereva. 2024;58(4-1):23–33. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-975>
 5. Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В. и др. 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(4 2):60–66. Karavaeva TA, Mikhailov VA, Vasileva AV, et al. A comparative study of the efficacy of personality-oriented (reconstructive) and cognitive-behavioral psychotherapy in neurotic anxiety disorders with insomnia. Zhurnal neurologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova. Spetsvypuski. 2018;118(4 2):60–66. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20181184260>
 6. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия — Санкт-Петербург : Питер, 1998. Karvasarsky B.D. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya — Sankt-Peterburg : Piter, 1998. (In Russ.).
 7. Карвасарский Б.Д. Актуальные задачи развития теории и практики психотерапии на современном этапе. В кн.: 3 Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. — Л., 1979. Karvasarsky B.D. Aktual'nye zadachi razvitiya teorii i praktiki psikhoterapii na sovremennom etape. V kn.: 3 Mezhdunarodnyi simpozium sotsialisticheskikh stran po psikhoterapii. — L., 1979. (In Russ.).
 8. Карвасарский Б.Д., Мурзенко В.А. Групповая психотерапия при неврозах. Актуальные вопросы медицинской психологии. — Л., 1974. Karvasarsky B.D., Murzenko V.A. Gruppovaya psikhoterapiya pri nevrozakh. Aktual'nye voprosy meditsinskoi psikhologii. — L., 1974. (In Russ.).
 9. Лысенко И.С., Караваева Т.А. Уровень и структура личностной и межличностной конфликтности у больных с невротическими расстройствами. Вестник психотерапии. 2016;(58(63)):57–74. Lysenko IS, Karavaeva TA. Level and Structure of Personal and Interpersonal Conflict in Patients with Neurotic Disorders. Vestnik psikhoterapii. 2016;(58(63)):57–74. (In Russ.).
 10. Мяснищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды. Под ред. А.А. Бодалева. — Москва : Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та; Воронеж : МОДЭК, 2011. Myasishchev V.N. Psikhologiya otnoshenii: Izbrannye psikhologicheskie trudy. Pod red. A.A. Bodaleva. — Moskva : Izd-vo Mosk. psikhol.-sots. in-ta; Voronezh : MODEK, 2011. (In Russ.).
 11. Пряник А.В. Гид по когнитивно-поведенческой терапии: история, эффективность и ограничения КПТ [ippss.ru]. Ippss; 2025. [процитировано 5 марта 2025] Доступно: <https://ippss.ru/blog/gid-po-kognitivno-povedencheskoj-terapii-istoriya-effektivnost-i-ogranicheniya-kpt> Pryanyk A.V. Gid po kognitivno-povedencheskoj terapii: istoriya, effektivnost' i ogranicheniya KPT. [ippss.ru]. Ippss; 2025. [cited 5 March 2025] Available at: <https://ippss.ru/blog/gid-po-kognitivno-povedencheskoj-terapii-istoriya-effektivnost-i-ogranicheniya-kpt> (In Russ.).
 12. Психотерапия: национальное руководство. Под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова [rosmedlib.ru]. Rosmedlib; 2023. Доступно: <https://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970485590-ISBN9785970485590-1/-es-f2k2z11-tabrel-mode-pgs.html> Psikhoterapiya: natsional'noe rukovodstvo / Pod red. A.V. Vasilevoi, T.A. Karavaevoi, N.G. Neznanova. [rosmedlib.ru]. Rosmedlib; 2023. Available at: <https://www.rosmedlib.ru/doc/ISBN9785970485590-ISBN9785970485590-1/-es-f2k2z11-tabrel-mode-pgs.html> (In Russ.). <https://doi.org/10.33029/9704-7567-6-PSY-2023-1>
 13. Савина М.А., Петрова Е.А., Поневежская Е.В. Трансдиагностический подход в психотерапии, психиатрии и нейропсихиатрии. Психическое здоровье. 2023;18(2):44–48. Savina MA, Petrova EA, Ponevezhskaya EV. Transdiagnostic approach in psychotherapy, psychiatry and neuropsychiatry. Psikhicheskoe zdorov'e. 2023;18(2):44–48. (In Russ.).
 14. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(9):875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
 15. Barlow D.H., Farchione T.J., Sauer-Zavala S., et al. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide. 2nd ed. Oxford University Press; 2017.
 16. Bolton P, Lee C, Haroz EE, et al. A transdiagnostic community-based mental health treatment for

- comorbid disorders: development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. *PLoS Med.* 2014;11(11):e1001757. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001757>
17. Brandl F, Weise B, Mulej Bratec S, et al. Common and specific large-scale brain changes in major depressive disorder, anxiety disorders, and chronic pain: a transdiagnostic multimodal meta-analysis of structural and functional MRI studies. *Neuropsychopharmacology.* 2022;47(5):1071-1080. <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01271-y>
 18. Bullis JR, Fortune MR, Farchione TJ, Barlow DH. A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Compr Psychiatry.* 2014;55(8):1920-1927. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.07.016>
 19. Cuijpers P, Quero S, Noma H, et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry.* 2021;20(2):283-293. doi:10.1002/wps.20860
 20. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Smits N. Psychotherapy vs. other interventions as currently used in adult patients with major depressive disorder: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2009;114(1-3):227-235. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.018>
 21. McWilliams N. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process.* Guilford Press; 2011:45-75.
 22. Murray LK, Dorsey S, Haroz E, et al. A Common Elements Treatment Approach for Adult Mental Health Problems in Low- and Middle-Income Countries. *Cogn Behav Pract.* 2014;21(2):111-123. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.06.005>
 23. Norcross J.C., Goldfried M.R., eds. *Handbook of Psychotherapy Integration.* 3rd ed. Oxford University Press; 2019:3-27.
 24. Norton PJ, Paulus DJ. Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clin Psychol Rev.* 2017;56:122-137. doi:10.1016/j.cpr.2017.03.004
 25. Ter Meulen WG, Draisma S, van Hemert AM, et al. Depressive and anxiety disorders in concert-A synthesis of findings on comorbidity in the NESDA study. *J Affect Disord.* 2021;284:85-97. doi:10.1016/j.jad.2021.02.004
 26. Wittchen HU, Zhao S, Krause P, et al. Frequency, clinical relevance and comorbidity of subthreshold syndromes of depression and anxiety. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;90(S386):1-8. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb00325.x>

Сведения об авторах

Васильева Анна Владимировна — доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (195015, г. Санкт-Петербург, Кирочная ул., 41). E-mail: annavdoc@yahoo.com

Караваяева Татьяна Артуровна — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7/9); профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (Россия, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2); ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России (Россия, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68). E-mail: tania_kar@mail.ru

Радионон Дмитрий Сергеевич — младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». E-mail: dumradik@mail.com

Поступила 05.08.2025

Received 05.08.2025

Принята в печать 29.01.2026

Accepted 29.01.2026

Дата публикации 27.02.2026

Date of publication 27.02.2026