

XXIV Международная междисциплинарная мемориальная научно-практическая конференция

«СОВРЕМЕННЫЙ МИР: ПРИРОДА И ЧЕЛОВЕК»

К 70 - летию Кемеровского государственного медицинского университета

ТЕМА : ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО - ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Докладчики: Енсебаева И.З., Жумашиева Б.М., Муратов М.А.

*Научный руководитель: Алмагамбетова А.А. ассистент кафедры психиатрии
и наркологии НАО МУС*



План

1 Введение

2 Объекты и методы
исследование

3 Резудьтаты и их
обсужление

4 Заключение



Изучить, каким образом когнитивно-поведенческая терапия помогает человеку изменить привычку заикливаться на негативных мыслях, которые напрямую влияют на эмоциональное состояние и самооценку. Мы предполагаем, что тревожность и стресс не являются первопричиной возникновения негативных мыслей, а представляют собой следствие когнитивных искажений и устойчивых личностных установок

Дополнительно важно рассмотреть эффективность КПТ в формировании более адаптивных способов мышления, развитии навыков осознанного контроля над мыслями, укреплении способности к эмоциональной саморегуляции и повышении психологической устойчивости. Анализ воздействия терапии позволит глубже понять, каким образом изменение когнитивных установок способствует снижению уровня тревожности, уменьшению эмоциональной нестабильности и улучшению общего качества жизни.



Введение



Человек активно взаимодействует с окружающим миром, испытывая широкий спектр эмоций. Одним из наиболее распространённых состояний является тревожность, которая предупреждает об опасности и помогает выбирать безопасное поведение.

Однако хроническая тревога вызывает чувство неопределённости, беспомощности и искажённое восприятие реальности, что может приводить к серьёзным психологическим проблемам. Для их коррекции применяется когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), направленная на изменение негативных убеждений, нормализацию эмоций и восприятия себя.

КПТ улучшает качество жизни, снижает чувство стыда, повышает открытость и коммуникативные навыки. Особенно актуальна она для студентов и будущих врачей, сталкивающихся с высокой учебной и профессиональной нагрузкой в условиях ускоренного темпа жизни и постоянного информационного давления.



Объекты и методы исследование

Для получения первичной информации у 65 студентов 3 курса, факультета общая медицина, НАО «МУС» было проведено анкетирование. Анкеты были составлены основываясь на шкалу тревоги Спилберга- Ханина и шкалу депрессии Бека

Анкетирование



После анкетирования были проведены тренинги по осознанию беспокойства, на преодоление собственной низкой толерантности к неопределенности, а так же направленный на выработку навыков проблемно-решающего поведения

**Когнитивные
поведение**



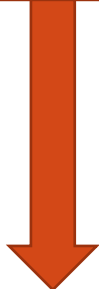
После тренингов студенты прошли вторичное анкетирование. Было проведено поперечное исследование-анкетирование для выявления уровня тревожности и сравнительный анализ полученных данных с целью выявления эффективности тренингов. . Исследование проводилось в сентябре 2025 года

**Вторичное
анкетирование**

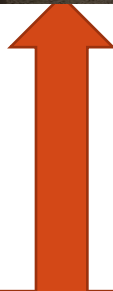


ХОД ИСЛЕДОВАНИЙ

Первичное
анкетирование



Тренинг



Вторичное
анкетирование



Результаты первичного анкетирования по шкалу Беку

- 1 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным .
1 Я расстроен .
2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться .
3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать .
- 2.0 Я не тревожусь о своем будущем .
1 Я чувствую, что озадачен будущим .
2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем .
3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему
- 3.0 Я не чувствую себя неудачником .
1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди .
2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач .
3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник .
- 4.0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше .
1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше
2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего .
3 Я полностью не удовлетворен жизнью, и мне все надоело .
- 5.0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым .
1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым .
2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым
3 Я постоянно испытываю чувство вины .
6. 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо .
1 Я чувствую, что могу быть наказан .
2 Я ожидаю, что могу быть наказан .
3 Я чувствую себя уже наказанным .
- 7.0 Я не разочаровался в себе .
1 Я разочаровался в себе .
2 Я себе противен .
3 Я себя ненавижу .

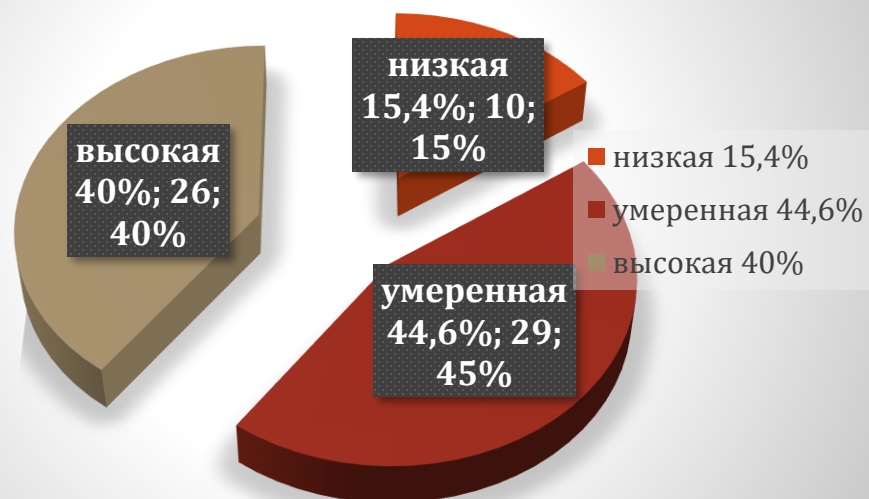
8. 0 Я знаю, что я не хуже других .
1 Я критикую себя за ошибки и слабости .
2 Я все время обвиняю себя за свои поступки .
3 Я виню себя во всем плохом, что происходит .
9. 0 Я никогда не думал покончить с собой .
1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять
2 Я хотел бы покончить с собой .
3 Я бы убил себя, если бы представился случай .
10. 0 Я плачу не больше, чем обычно .
1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше .
2 Теперь я все время плачу .
3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется .
11. 0 Сейчас я раздражителен не более чем обычно .
1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше .
2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен .
3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали .
12. 0 Я не утратил интереса к другим людям .
1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше .
2 Я почти потерял интерес к другим людям .
3 Я полностью утратил интерес к другим людям .
13. 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше .
1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения .
2 Мне труднее принимать решения, чем раньше .
3 Я больше не могу принимать решения .
14. 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно .
1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным .
2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным .
3 Я знаю, что выгляжу безобразно .
15. 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше .
1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь .
2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо

3 Я совсем не могу выполнять никакую работу .

16. 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше .
1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше .
2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть
опять .
3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше
обычного и
больше не могу заснуть
17. 0 Я устаю не больше, чем обычно .
1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше .
2 Я устаю почти от всего, что я делаю .
3 Я не могу ничего делать из-за усталости .
18. 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно .
1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше .
2 Мой аппетит теперь значительно хуже .
3 У меня вообще нет аппетита .
19. 0 В последнее время я не похудел или потеря
веса была незначительной
1 За последнее время я потерял более 2 кг .
2 Я потерял более 5 кг .
3 Я потерял более 7 кг.
Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше
(отметить крестиком).
ДА НЕТ _____
20. 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем
обычно .
1 Меня тревожат проблемы моего физического
здоровья,
такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т
.д .
2 Я очень обеспокоен своим физическим
состоянием,
и мне трудно думать о чем-либо другом .
3 Я настолько обеспокоен своим физическим
состоянием, что больше ни о чем не могу думать .



Результаты первичного анкетирования

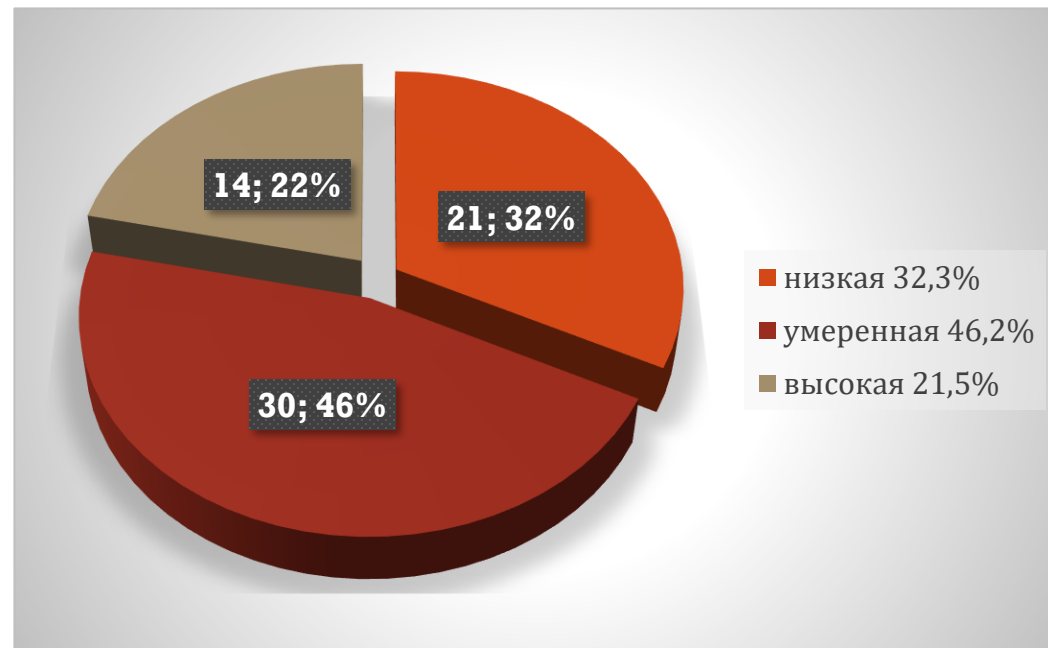


По результатам первоначального обследования (до тренингов):
Личностная тревожность:
низкая — 10 человек (15,4%),
умеренная — 29 (44,6%),
высокая — 26 (40%).



Результаты вторичного тестирования студентов после проведения тренингов по шкале Спилберга–Ханина показали положительную динамику в уровне личностной тревожности. Так, низкий уровень тревожности был выявлен у 21 студента, что составляет **32,3%** от общего числа участников. Умеренный уровень тревожности отмечен у 30 студентов (46,2%), а высокий уровень тревожности — у 14 студентов (**21,5%**).

Таким образом, общее количество респондентов составило 65 человек (**100%**). Полученные данные свидетельствуют о снижении доли студентов с высоким уровнем тревожности и увеличении числа студентов с низкими и умеренными показателями, что указывает на эффективность проведённых когнитивно-поведенческих тренингов



«Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — это метод психологической помощи, направленный на выявление скрытых мотивов и их осознание, а также на изменение установок и форм поведения, которые могут приводить к тревожным и другим болезненным состояниям.

Основой метода является сотрудничество специалиста и клиента. Психолог не навязывает готовые решения и не указывает, как правильно мыслить, а совместно с человеком анализирует его привычные способы восприятия и реагирования, чтобы понять, помогают они или мешают. Важным условием эффективности терапии является активное участие клиента: работа продолжается не только на встречах, но и в виде выполнения специальных заданий самостоятельно.»

Когнитивно-поведенческая терапия

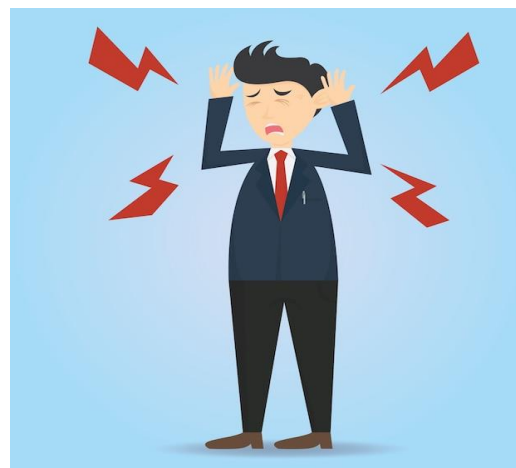


КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Стелла Пассар, психолог



«В статье исследователей Караваевой Т.А., Васильевой А.В., Полторака С.В., Мизиновой Е.Б. и Бабина С.М. отмечается, что применение данного метода психотерапии способствует активизации фактора универсализации. У пациентов это проявляется в снижении тревожности и уменьшении чувства исключительности собственного расстройства, связанного со страхом смерти, утраты контроля или возможного безумия. В результате наблюдается трансформация и ослабление закреплённых неадаптивных моделей поведения.»



Когнитивно-поведенческая психотерапия — это подход, предназначенный для изменения системы оценок, установок и стратегий поведения, с целью помощи человеку в преодолении эмоциональных и поведенческих проблем.

Томас Кун



«Попытки подавить или “остановить” мысль часто делают её сильнее. Более полезно — замечать её и менять отношение к ней».



Стивен Хейз

«При депрессии когнитивно-поведенческая терапия столь же эффективна, как и медикаментозное лечение, но даёт более устойчивые результаты в долгосрочной перспективе».

Роберт Дерубейс



**Ключевым понятием когнитивной психологии является понятие «схема»
Означающее план сбора, программу переработки информации**



Джером Брунер



Остановка мыслей



Практика,
направленная на
формирование
стратегий решения
жизненных и
профессиональных
задач



Тренинг, направленный на
осознание и преодоление
собственной низкой
толерантности к
неопределенности



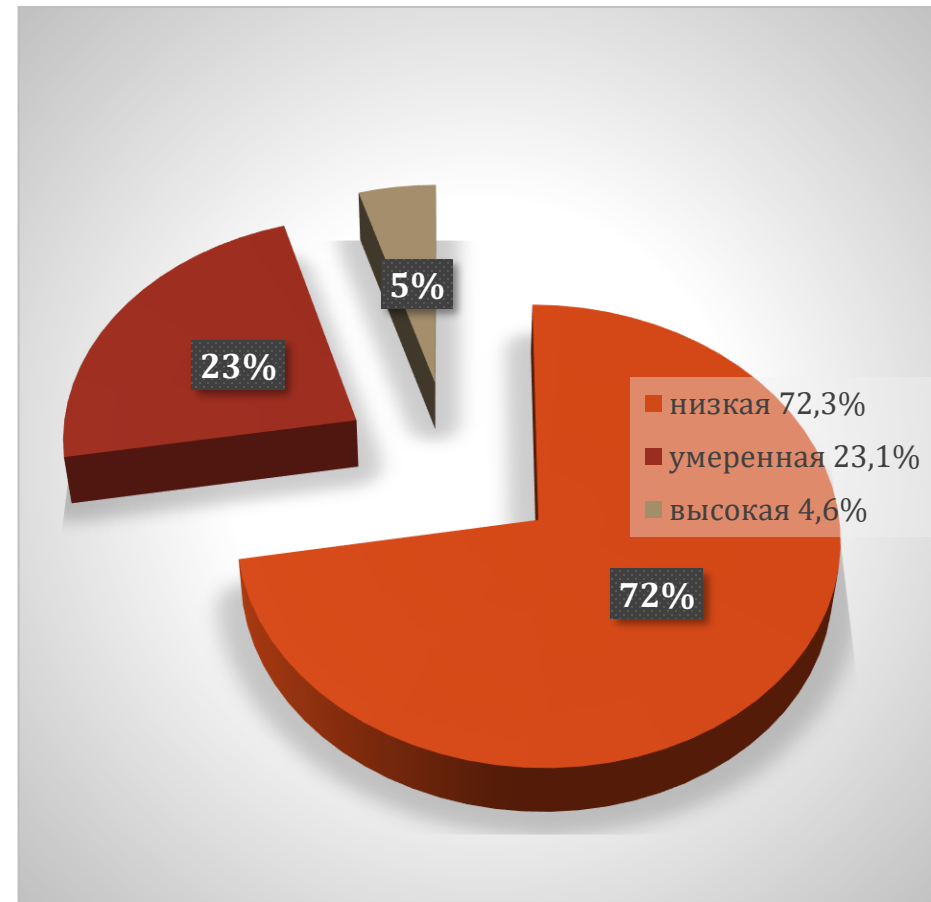
Упражнение по
самонаблюдению за
проявлениями
беспокойства с
регистрацией времени
их возникновения и
характера мыслей.



Результаты первичного анкетирования

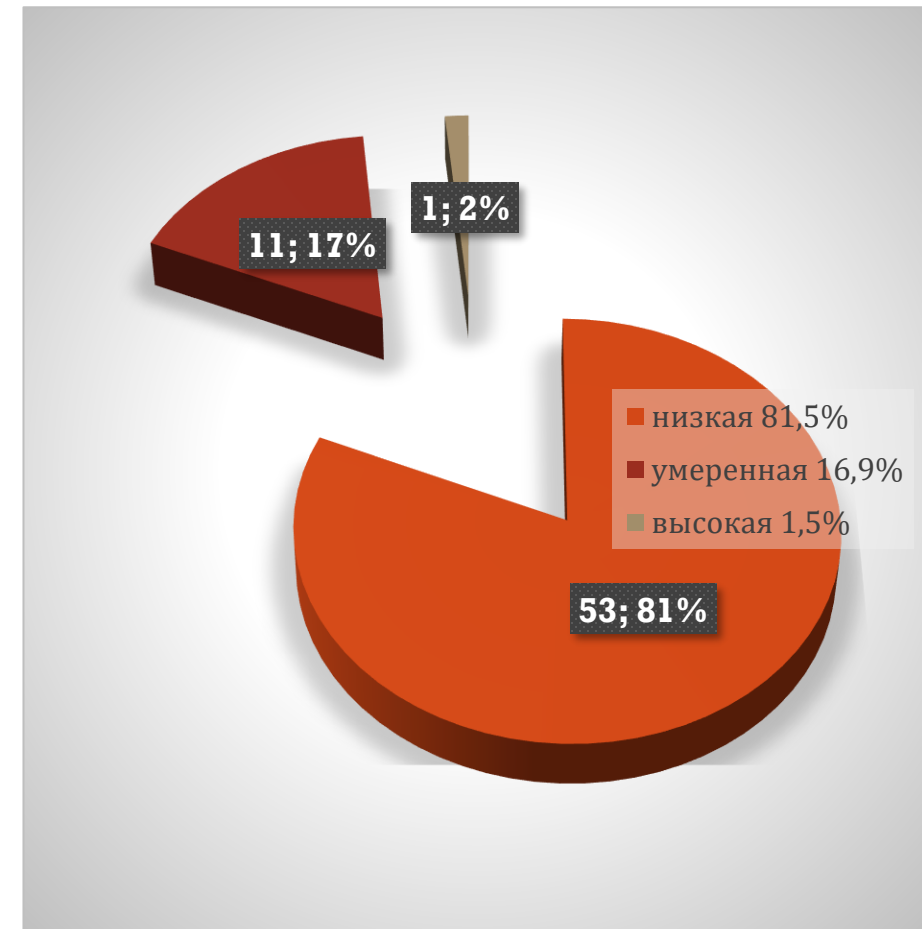
По результатам пре-теста по шкале Спилберга-Ханина по показателю **реактивной тревожности (РТ)** установлено следующее: у 72,3% участников (47 человек) уровень тревожности оказался низким, у 23,1% (15 человек) — средним, и лишь у 4,6% (3 человека) — высоким.

Иными словами, большинство испытуемых продемонстрировали спокойное и уравновешенное эмоциональное состояние, что говорит об их устойчивости к стрессовым ситуациям. У небольшой части выявлен средний уровень тревожности, что может означать временную напряжённость при воздействии определённых факторов. Высокий уровень встречается крайне редко, и он свидетельствует о повышенной эмоциональной чувствительности и более трудной адаптации к стрессу.

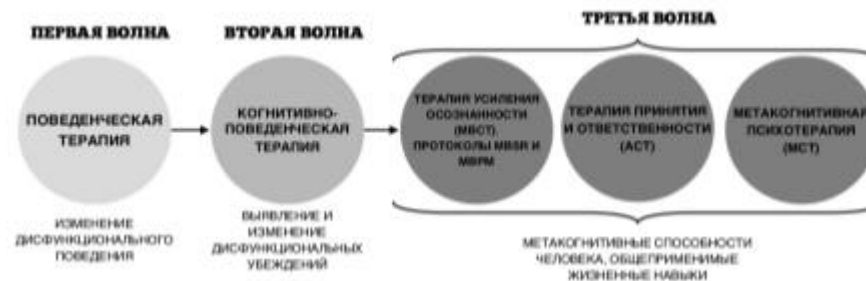


По результатам пре-теста по шкале Спилберга–Ханина по показателю **реактивной тревожности**

Реактивная тревожность показала наиболее выраженные изменения: низкая — у 53 студентов (81,5%), умеренная — у 11 (16,9%), высокая — лишь у 1 (1,5%).



Схематерапия

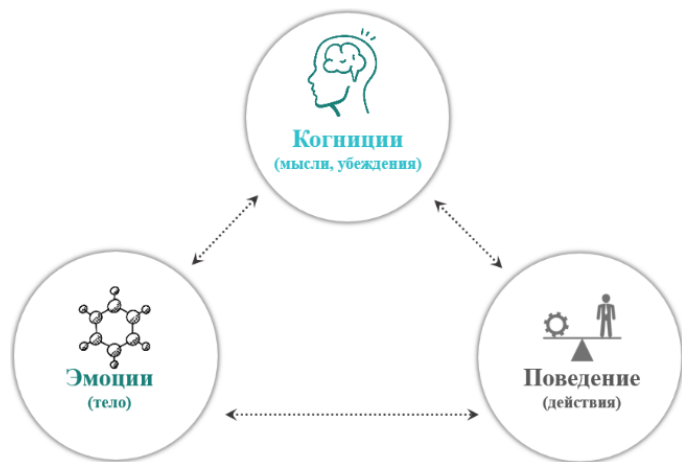


Схематерапия

Схема-терапия представляет собой интегративный психотерапевтический подход, основной задачей которого является снижение влияния ранних дезадаптивных схем на повседневную жизнь человека, а также формирование осознанности и развитие навыков удовлетворения базовых эмоциональных потребностей более конструктивными способами

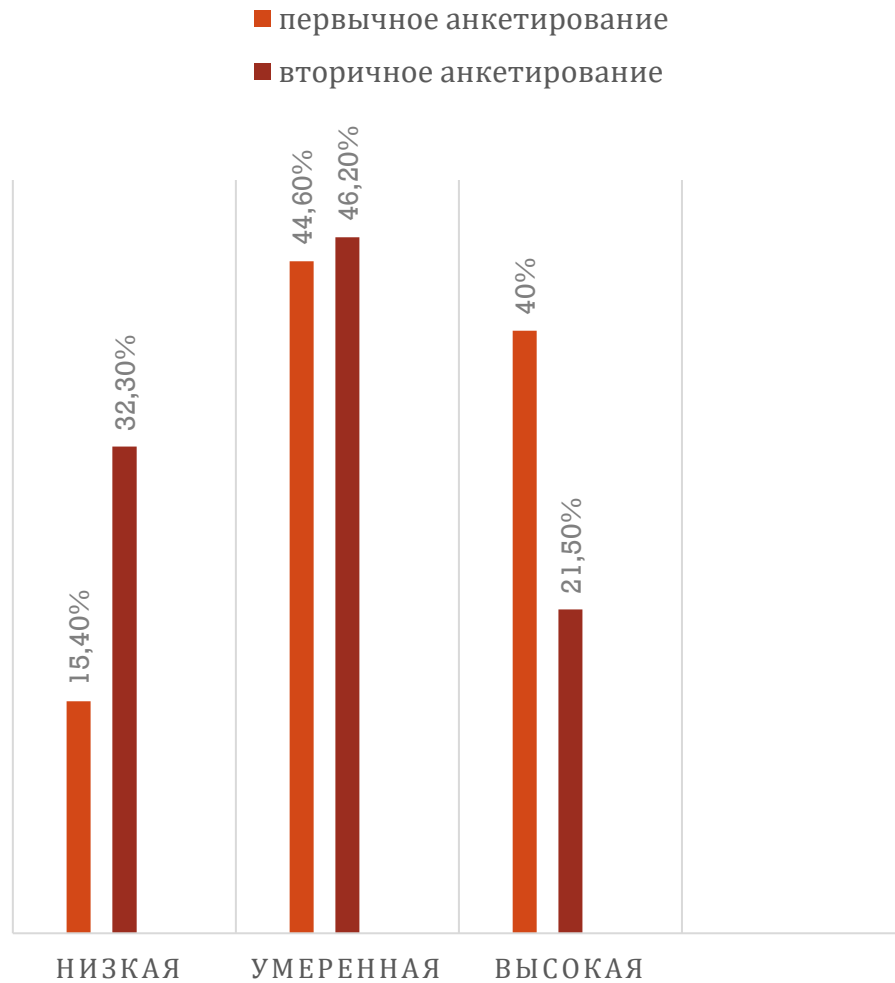
- ❑ Разпознавание мыслей и вызывающих у людей тревогу и напряжение
- ❑ Способы прямого столкновения со страхами;
- ❑ Практики постепенного приближения к пугающим ситуациям;
- ❑ **Замена негативных мыслей на реалистичные**





Среди обучающихся
медицинского профиля были
реализованы
психотерапевтические занятия
когнитивно-поведенческой
направленности под
наблюдением научного
руководителя.





После проведения когнитивно-поведенческих тренингов количество студентов с высоким уровнем тревожности снизилось почти вдвое (с 40% до 21,5%). Одновременно наблюдается рост числа студентов с низким уровнем тревожности (с 15,4% до 32,3%). Доля студентов с умеренной тревожностью осталась практически на прежнем уровне.



Сравнительный анализ РТ



Сравнительный анализ уровня реактивной тревожности (РТ) по шкале Спилберга–Ханина

По результатам первичного тестирования у студентов преобладал низкий уровень реактивной тревожности — 47 человек (72,3%). Умеренная тревожность наблюдалась у 15 студентов (23,1%), а высокий уровень был выявлен у 3 студентов (4,6%).

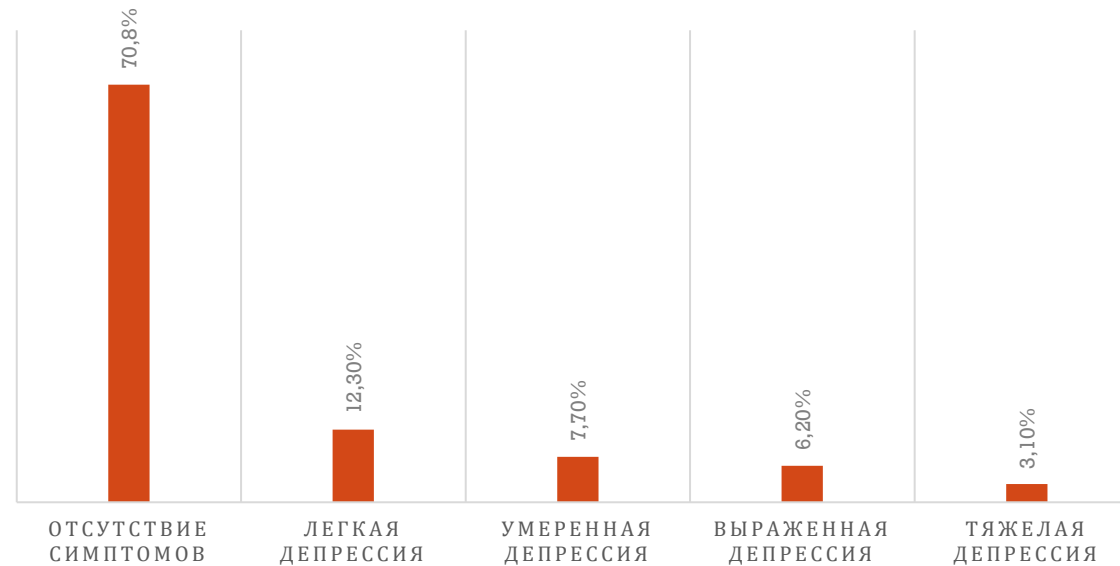
После проведения когнитивно-поведенческих тренингов показатели значительно изменились в сторону снижения тревожности. Так, количество студентов с **умеренным уровнем** уменьшилось с 15 до 11 человек (с 23,1% до 16,9%), а число студентов с **высоким уровнем** тревожности снизилось более чем в два раза — с 3 до 1 человека (с 4,6% до 1,5%).

Эти изменения отражают явную положительную динамику: тренинги позволили сократить число студентов, подверженных выраженному стрессу, и в целом повысили их эмоциональную устойчивость

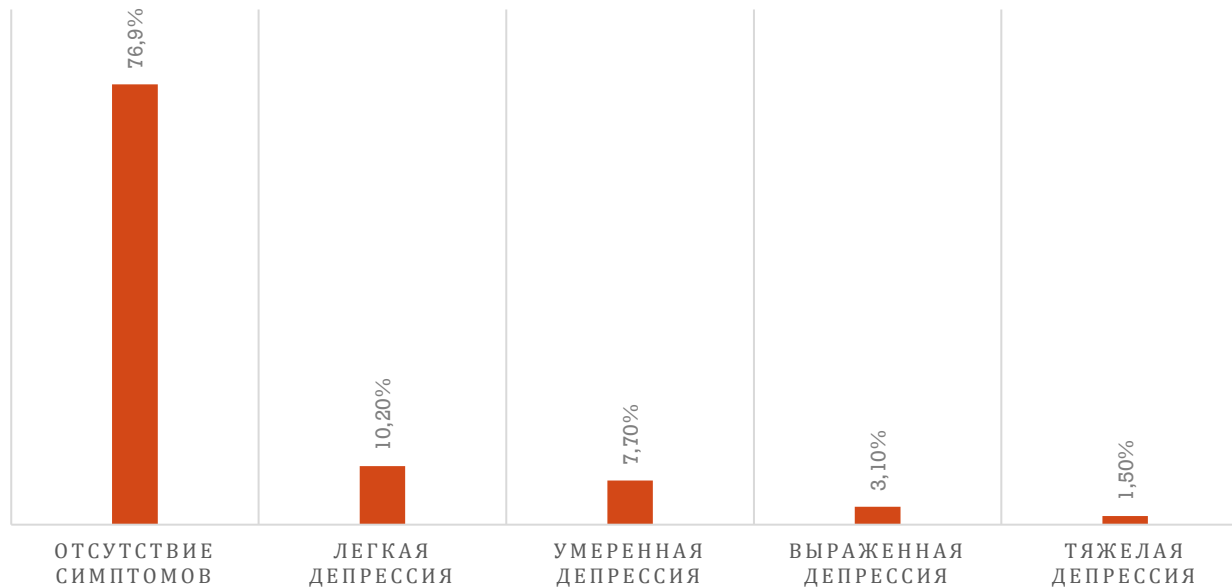


Результаты анкетирования до тренинга

По шкале депрессии Бека отсутствие симптомов отмечалось у 46 студентов (70,8%), лёгкая депрессия — у 8 (12,3%), умеренная — у 5 (7,7%), выраженная — у 4 (6,2%), тяжёлая — у 2 (3,1%).



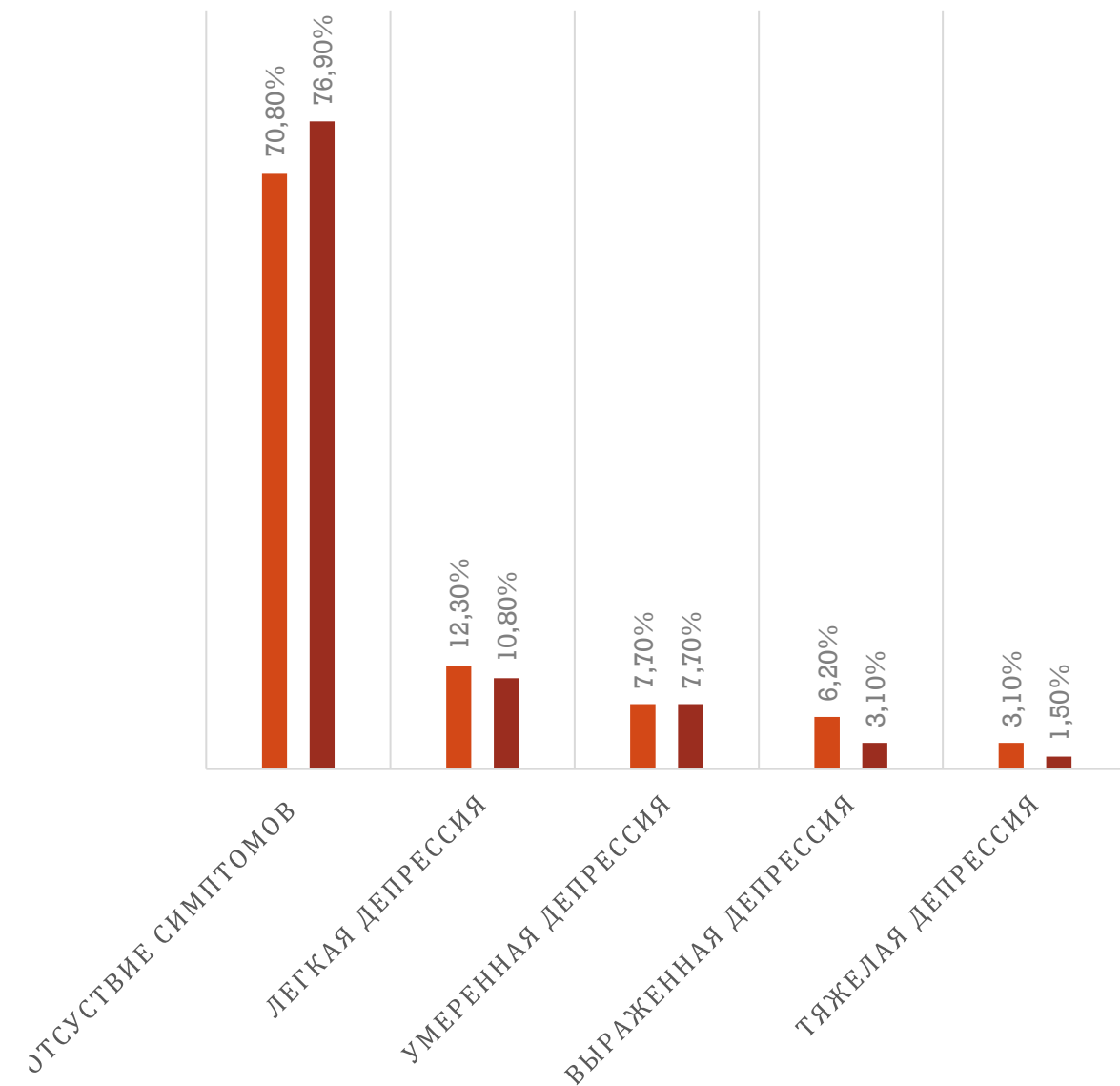
По шкале депрессии Бека отсутствие симптомов зафиксировано у 50 студентов (76,9%), лёгкая депрессия — у 7 (10,8%), умеренная — у 5 (7,7%), выраженная — у 2 (3,1%), тяжёлая — у 1 (1,5%).



Сравнительный анализ по Беку

■ Первичное анкетирования

■ Вторичное анкетирование



Первичное анкетирование студентов выявило, что у большинства участников отсутствовали признаки депрессивных проявлений — **46 студентов (70,8%)**. При этом у **8 студентов (12,3%)** фиксировалась лёгкая степень депрессии, у **5 (7,7%)** — умеренная, у **4 (6,2%)** — выраженная, а у **2 (3,1%)** — тяжёлая.

Результаты повторного тестирования после проведения когнитивно-поведенческих тренингов показали положительные изменения. Так, количество студентов без **признаков** депрессии увеличилось до **50 человек (76,9%)**, что свидетельствует о росте психологической устойчивости. Доля студентов с лёгкой депрессией снизилась с **12,3% до 10,8%**, с выраженной — с **6,2% до 3,1%**, а с тяжёлой — с **3,1% до 1,5%**. Показатель умеренной депрессии остался неизменным (**7,7%**).

Таким образом, на фоне проведённых тренингов отмечается общее снижение выраженности депрессивной симптоматики. Особенно заметно уменьшилось количество студентов с выраженными и тяжёлыми формами депрессии (в сумме с **9,3% до 4,6%**, то есть более чем в два раза). Это указывает на эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии не только в коррекции тревожности, но и в уменьшении депрессивных проявлений

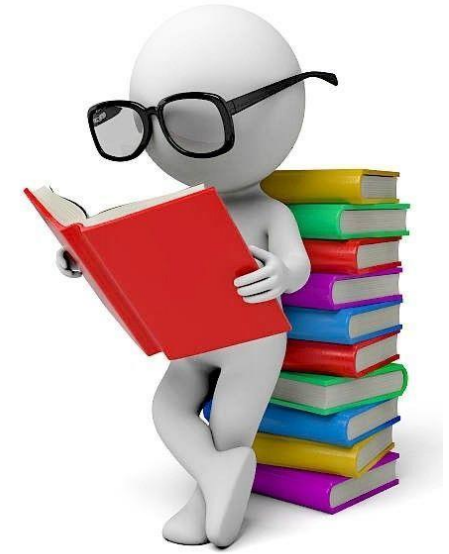


Заключение

Проведённое исследование подтвердило эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии в работе со студентами медицинского вуза, испытывающими тревожные и депрессивные проявления. Результаты показали выраженное снижение как личностной, так и реактивной тревожности, а также умеренное уменьшение симптомов депрессии. Особенно значимой оказалась динамика по показателям реактивной тревожности, что свидетельствует о повышении способности студентов адаптироваться к стрессовым ситуациям.

Применение когнитивно-поведенческих техник способствовало не только снижению уровня тревожности, но и укреплению навыков саморегуляции, формированию более конструктивного мышления, росту самооценки и повышению уверенности в себе. Всё это позволяет рассматривать КПТ как эффективный метод профилактики эмоционального выгорания и повышения психологической устойчивости студентов.

Таким образом, включение когнитивно-поведенческих тренингов в систему психопрофилактических мероприятий в медицинских вузах представляется целесообразным и перспективным направлением. Это не только улучшит эмоциональное состояние студентов, но и повысит их готовность к профессиональной деятельности в условиях высокой учебной и психологической нагрузки.



1. **Chapoutot, M.; Peter Derex, L.; Bastuji, H.; Leslie, W.; Schoendorff, B.; Heinzer, R.; Siclari, F.; Nicolas, A.; Lemoine, P.; Higgins, S.; et al.** *Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for the Discontinuation of Long-Term Benzodiazepine Use in Insomnia and Anxiety Disorders*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 2021.
2. **Беннетт-Левин, Джеймс; Батлер, Джиллиан; Феннелл, Мелани и др.** Пер. с англ. Т.А. Исмаил. *Поведенческие эксперименты в когнитивной терапии. Оксфордское руководство*. 2021.
3. **Залевский, Г.В.** *Избранные труды*. Томск, 2013.
4. **Караваева, Т.А.; Васильева, А.В.; Полтораки, С.В.; Мизина, Е.Б.** *Принципы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (панического, генерализованного тревожного и тревожнофобических расстройств)*.
5. **Караваева, В.А.; Михайлов, А.В.; Васильева, С.В.; Полтораки, А.Ю.; Поляков, Т.В.; Моргачева, Н.Ю.; Сафонова.** *Сравнительное исследование эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) и когнитивно-поведенческой психотерапии при тревожных расстройствах невротического уровня с инсомнией*. 2018.
6. **Кнаус, Уильям Дж.** *Когнитивно-поведенческая терапия тревоги. Пошаговая программа*.
7. **Ковпак, Д.В.** *Практическая методология когнитивно-поведенческой терапии*. 2019.
8. **Когнитивная психология в поиски себя.** *Российский журнал когнитивной науки*, 2018, том 5.
9. **Лесли Сокол; Марси Г. Фокс.** *Практическое руководство. Когнитивно-поведенческая терапия*. Киев, 2021.
10. **Лысенко, И.С.; Караваева, Т.А.** *Задачи когнитивно-поведенческой психотерапии в рамках персонализированного подхода к лечению больных с разными типами невротических расстройств*. Санкт-Петербург, 2019.
11. **Мелисаробишо, д-р философии; Дюга, Мишель Ж., д-р философии; Энтони, Мартин М., д-р философии (предисловие).** *Генерализованное тревожное расстройство. Когнитивно-поведенческая терапия для преодоления неуверенности, беспокойства и страха*.
12. **Митина, Г.В.; Нугаева, А.Н.; Шурухина, Г.А.** 2020.
13. **Райан МакМаллин.** *Практикум по когнитивной терапии*. Санкт-Петербург: Речь, 2001. — **Цымбал, М.А.; Коломыцев, Д.Ю.** *Когнитивно-поведенческая терапия: эволюция метода и обзор эффективности*.
14. **Садовская, А.В.; Самушия, М.А.; Титова, В.В.** *Когнитивно-поведенческая психотерапия в работе с тревожными расстройствами личности*. Москва, 2022.



Спасибо за внимание

