

Когнитивная терапия депрессивных руминаций

Н.А. СИРОТА¹, Д.В. МОСКОВЧЕНКО^{1*}, В.М. ЯЛТОНСКИЙ^{1**}, И.А. МАКАРОВА¹, А.В. ЯЛТОНСКАЯ²

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия; ²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», Москва, Россия

В статье представлен обзор современных подходов к пониманию и психотерапии депрессивных руминаций — постоянно повторяющихся, заикленных мыслей (обычно негативного содержания), которые могут являться основой формирования и поддержания депрессии. Приведены разные формы руминаций, анализ депрессивных руминаций и роль детского опыта в их развитии, а также приемы когнитивно-поведенческой терапии, используемой для их коррекции.

Ключевые слова: депрессия, руминации, заикленные мысли, когнитивная терапия, мыслительные процессы, резистентные депрессии.

Cognitive therapy of depressive rumination

N.A. SIROTA, D.V. MOSKOVCHENKO, V.M. YALTONSKY, I.A. MAKAROVA, A.V. YALTONSKAYA

Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia; Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Modern approaches to the therapy of depressive ruminations are reviewed. Depressive ruminations are thought to underlie and maintain depression. The authors describe different forms of ruminations and present the analysis of depressive ruminations and the role of childhood experience in their development as well as cognitive-behavioral techniques used for their correction.

Keywords: depression, ruminations, obsessed thoughts, cognitive therapy, thought processes, resistant depression.

Повторяющиеся мысли (руминации) о негативных событиях и переживаниях все чаще рассматриваются как трансдиагностический процесс, лежащий в основе различных форм психической патологии, включая тревогу и депрессию. Подчеркиваются роль нарушенного контроля внимания и негативный характер отклонений в патогенезе заболевания. Руминации развиваются не только у пациентов с депрессией, но и у тех, кто страдал ею в прошлом (чаще у женщин, чем у мужчин), а также в группах риска по депрессии [1, 2]. Депрессивные руминации предвещают манифестацию и развитие большой депрессии и поддерживают ее [3, 4]. При наличии выраженных руминаций отмечен слабый ответ пациентов как на лечение антидепрессантами, так и на когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) [5, 6].

Цель настоящей статьи — обобщить современные представления о депрессивных руминациях и существующих подходах к их лечению.

Депрессивные руминации

S. Nolen-Hoeksema [7] определяет депрессивные руминации как «поведение и мысли, которые сосредотачивают чье-либо внимание на депрессивной симптоматике и импликации этой симптоматики». Типичное проявление руминаций — повторяющиеся и

заикленные мысли о себе, печальных событиях из прошлого, неразрешенных сомнениях и депрессивных симптомах. Депрессивные руминации часто отличаются оценочными суждениями, когда пациент сравнивает себя с другими не в свою пользу («Почему у меня проблемы, которых нет у других?»), свое нынешнее состояние с желаемым («Почему у меня не получается поправиться?»), себя нынешнего с собой прошлым («Почему у меня не получается работать так же, как прежде?»). Среди последствий руминаций, как правило, называют усиливающуюся печаль, дистресс и тревогу, сниженную мотивацию, бессонницу, повышенную утомляемость, самокритику, пессимизм и безнадежность.

Важно понимать, что руминации — частая, нормальная и иногда функциональная реакция, которая характерна не только для больных с психическими расстройствами. Практически у всех в определенные периоды жизни возникали повторяющиеся мысли об отрицательных событиях и переживаниях, негативном опыте, связанном с личными потерями (утрата или разрыв), когда человек пытается понять, почему это произошло. Однако у большинства здоровых руминации сравнительно краткосрочны.

Согласно современной теоретической модели [8], неразрешенные сомнения или недостигнутые цели служат толчком к возобновляющимся мыслям о них, чтобы скорректировать собственное целеполагание. Таким образом, руминации можно представить как попытку найти смысл в печальных событиях или совладать с проблемой.

Последние экспериментальные исследования [9–14] позволяют предположить существование двух форм руминаций: здоровой и дезадаптивной. Первая возникает у здоровых и связана с конкретным процессом мышления. Дезадаптивная форма связана с абстрактным, оценочным мышлением и более свойственна склонным к депрессиям пациентам. Погружение пациента в собственные симптомы и проблемы, когда он анализирует и оценивает, что они означают и как сказывается на нем самом его опыт («Как эта неудача характеризует меня?»), приводит к гипергенерализации мысли («У меня никогда не получится»), блокирующей возможность решать проблемы и провоцирующей развитие депрессивного состояния. При этом взгляд на симптомы и проблемы с более конкретной точки зрения, размышления о том, как исправить положение, благотворно сказываются на способности решать проблемы и снижают выраженность депрессии. Но индивиды, склонные к паталогической руминации, часто мыслят абстрактно и оценочно.

По данным исследования С. Parageorgiou и А. Wells [15], пациенты, склонные к депрессивным руминациям, развивают в себе уверенность, что их повторяющиеся мысли помогают решать проблемы и справляться со сложными эмоциями. Подобные положительные метакогнитивные убеждения могут сделать руминации чрезмерными. Однако причинно-следственные отношения между метакогнитивными убеждениями и руминациями пока выявлены не были.

Ранний опыт также может пролить свет на то, каким образом пациенты оказываются в ловушке чрезмерной паталогической руминации. Руминации могут быть усвоены как копинг-стратегия, призванная справиться с тяжелым насилием в детстве. Сталкиваясь с критикой и/или издевательствами, ребенок тратит много времени, анализируя и оценивая произошедшее, чтобы в дальнейшем предотвратить нежелательное явление и избежать критики и наказания. В таком случае руминации оказываются адаптивной стратегией, позволяющей снизить ущерб, которая затем подкрепляется, заучивается и без разбора применяется к любым другим ситуациям. Руминации могут развиваться, если ребенку не позволяют выражать эмоции и чувства или когда он бессилён повлиять на ситуацию результативно, что заставляет его замыкаться в себе и на своих мыслях. Риск руминации повышается и в случае родительского гиперконтроля, поскольку у ребенка не получается усвоить активные поведенческие копинг-стратегии, позволяющие справиться с трудностями и эмоциями

[16]. Кроме того, сексуальное насилие в детстве, связанное с непониманием ситуации, ощущением бессилия и запретом упоминать о произошедшем, ассоциировано с руминациями [17]. Наконец, руминации могут быть усвоены от родителей или значимого взрослого. Многие пациенты сообщают, что один или оба их родителя были подвержены беспокойству и руминациям.

КПТ-подходы к руминациям

КПТ депрессий первоначально не была ориентирована на работу с больными, подверженными руминациям. Лишь при так называемой «третьей волне» КПТ возникли такие ее разновидности, как поведенческая активация (ПА), КПТ руминаций и КПТ осознанности (mindfulness).

Клинический опыт, накопленный за последние 10 лет в работе с подверженными руминациям пациентами с хронической депрессией, свидетельствует о том, что классический КПТ-подход [18] может быть эффективен для таких больных, однако он связан с рядом ограничений и сложностей. Во-первых, попытки подвергать сомнению руминации пациента могут не дать результата, если речь идет о потоке негативных мыслей, заключенном в руминациях. Такой метод не прекращает течение руминаций, поскольку негативные мысли, подобно звеньям цепи, следуют одна за другой и часто облечены в формулировку «Да, но...». Постановка мыслей пациента под сомнение бывает эффективна в работе с руминациями только в тех случаях, если специалист успевает выделить первое звено в цепи руминаций и пресечь ее на корню. Во-вторых, вызванное сомнение само по себе способно спровоцировать более глубокие руминации. Пациент с депрессией может переключиться на мысль «Почему я не сделал этого раньше? Я что, настолько глуп?», и цикл воспроизводящегося мышления будет запущен с новой силой. В-третьих, у пациентов, имеющих склонность к руминациям, любая форма дискуссии или диспута может облечься в рассуждения о том, что же случилось и что все это значит. Таким образом, специалист сам очень легко может оказаться в ловушке и начать руминировать вслух вместе с пациентом, раз за разом обсуждая цепочку негативных мыслей без каких-либо признаков улучшения. Одним их показателей подобной коруминации является то, что лечение проводится длительно, однако без положительной динамики.

Вышесказанное согласуется с результатами исследования J. Ciesla и J. Roberts [19], которые показали, что стандартные КПТ-интервенции менее эффективны для депрессий с высокой частотой руминаций, чем с редкими руминациями. Тем не менее на сегодняшний день нет данных рандомизированных контролируемых исследований, свидетельствующих, что стандартная КПТ позволяет снизить интенсивность руминаций. При этом существует ряд доказательств того, что терапия с использованием новых

направлений КПП более эффективна для пациентов с депрессивными руминациями:

1. Сравнение разных составляющих КПП выявило, что ПА, которая изначально была компонентом КПП-интервенции, заключающейся в мониторинге и планировании деятельности, так же действенна относительно снижения симптоматики, как и ПА совместно с мыслительной работой или в рамках полного протокола КПП [20, 21]. Впоследствии ПА выделилась в отдельный метод, сосредоточенный на понимании функции и контекста депрессии и направленный на избегающее депрессивное поведение [22]. Немаловажно, что ПА отдельно сосредоточена на снижении руминаций с функционально-аналитической точки зрения [1]. Она оказалась таким же эффективным способом интервенции при депрессии, как фармакотерапия, и более эффективным, чем КПП при тяжелой депрессии.

2. КПП, сфокусированная на руминациях (КПТР), разделяет функционально-аналитический подход, разработанный для ПА. Однако дополнительным, новаторским элементом, которого нет ни в ПА, ни в стандартной КПП, стал принципиальный фокус на изменении стиля мышления в руминации. E. Watkins и соавт. было проведено исследование [23], включающее 14 пациентов, состояние которых отвечало критериям остаточной депрессии, устойчивой к медикаментозному лечению. Больным применяли 12 сессий КПТР в течение 60 мин еженедельно. Терапия привела к значимому снижению выраженности депрессивной симптоматики и проявлений коморбидных расстройств по опроснику Бека в среднем на 20 пунктов, показатель внутригруппового эффекта в сравнении с состоянием до лечения (d Коэна) составил 2,5, 50% пациентов достигли полной ремиссии, 71% — снижения симптоматики коморбидных расстройств оси А. Следует отметить, что КБТР сильно снизила субъективно воспринимаемую руминацию в случаях, когда ее уровень до лечения соответствовал таковому у пациентов, находящихся в депрессии, а после его проведения — у никогда не страдавших депрессией. Результаты исследования показали, что КПТР может быть особенно эффективна в работе с депрессивными руминациями. Предварительные данные рандомизированного контролируемого исследования, в котором КПТР сравнивали с лечением антидепрессантами, также подтверждают ее эффективность.

3. Когнитивная терапия осознанности (КТО) заключается во внедрении элементов программы снижения стресса, основанной на осознании больным своих ощущений и чувств, в классическую КПП с целью предотвращения рецидивов [24]. КТО осуществляется в рамках еженедельных групповых сессий, в ходе которых пациенты развивают сиюминутную осведомленность об ощущениях, мыслях и чувствах, используя формальную и неформальную медитацию. Результаты двух рандомизированных контролируе-

мых исследований, включающих пациентов с 2 или 3 приступами тяжелой депрессии в анамнезе, но без жалоб на момент начала исследования, продемонстрировали, что КТО значительно снижает риск рецидива/возобновления заболевания в течение года по сравнению с классическим лечением [25]. Выказывалось предположение, что КТО неэффективна и, возможно, бесполезна для пациентов, у которых было 2 или менее депрессивных эпизода, вследствие различий воздействия разных стадий депрессии. Тем не менее W. Ramel и соавт. [26] установили, что осознанность может способствовать облегчению руминаций у пациентов с депрессивным анамнезом. В будущем предстоит выяснить, эффективна ли КТО для пациентов в остром состоянии и до какой степени развернутая практика осознанности со стороны сопровождающего группы обязательна для эффективного лечения. Основное различие между классической КПП и новыми течениями, заостренными на руминации, сводится к тому, что КПП сосредоточена на содержательной стороне мыслей и изменении индивидуальных когнитивных процессов на этом уровне, тогда как ПА, КПТР и КТО больше направлены на изменение процесса и последовательность мыслей, чем на сами мысли. Чтобы эффективно справиться с руминацией, необходимо помочь пациенту отступить от мыслей о себе.

Основные принципы проведения КПП при наличии руминаций

Все формы КПП объединяет ряд принципов в работе с руминациями:

1. Важно нормализовать переживаемую руминацию, отметив для пациента, что это частый, рядовой и иногда действенный способ реагировать на трудности. Несмотря на очевидность отрицательного эффекта руминаций, многим пациентам сложно от них избавиться. Так, например, женщина, руминирующая по поводу тяжело давшего развод, старается понять, что же произошло, осознать, почему партнер так с ней обращался. Просить ее не размышлять о случившемся нереалистично и, скорее всего, контрпродуктивно. Лучше признать, что погружаться в воспоминания о событии нормально, а терапия поможет найти более удачный способ это делать. Точно так же от пациента, для которого руминации превращаются в укоряющий и критичный голос, указывающий на недостатки и ошибки в работе, можно услышать утверждение, что мысли «подстегивают и не позволяют скатиться»; такой пациент будет противостоять прямым попыткам пресечь руминации. Признавая нормальность и функциональность руминаций, врач укрепляет союз с пациентом и избегает споров по поводу того, надо ли менять кажущееся ему ценным поведение. Более того, нормализация позволяет снизить вторичную негативную реакцию на руминации сами по себе, т.е. руминации по поводу ру-

минаций («Почему я продолжаю пережевывать мои проблемы?»). Когда достигнут общий, согласованный взгляд на плюсы и минусы руминаций, появляется больше пространства для маневра, чтобы поговорить о возможных альтернативах.

2. Необходимо в самом начале терапии принять во внимание, что наличие руминаций может влиять на эффективность и сам процесс лечения. Пациенты, склонные к руминациям, почти наверняка начнут испытывать их по поводу терапии до, после или во время сессии, например думать о том, какое впечатление они производят на терапевта («Вдруг он думает, что я скучный и тупой?»), или о своем прогрессе в лечении. Перед сессией руминация ожидания может усилить тревогу и заставить пропустить встречу с врачом. В ходе сессии руминация может влиять на вовлеченность и обучаемость, когда пациент уделяет обсуждению лишь некоторую долю внимания. После сессии руминации постфактум могут привести к искаженной интерпретации и повлиять на выполнение домашнего задания. Врачу полезно на первой сессии признать, что руминация вполне может возникнуть в ходе терапии и попросить пациента просигнализировать, если он заметил ее за собой, а также сообщать в свою очередь пациенту, если ее заметил он сам. Застав руминации в реальном времени, специалист получает уникальную возможность углубить вовлеченность непосредственно на сессии и прямо на ходу поэкспериментировать с альтернативными реакциями.

3. В процессе терапии следует поощрять пациентов за мысли, обращенные к конкретной ситуации и деятельности, в которой может быть использован их опыт, хотя руминирующие пациенты часто пассивны, сосредоточены на анализе и придании интеллектуального смысла происходящему, склонны к чрезмерной генерализации и глобализации. Поэтому терапия должна помочь пациенту сместиться от указанного паттерна, непосредственно обучая быть конкретнее, точнее, держаться за собственный опыт, причем на примере самого терапевта как поведенческой модели. Таким образом, оказавшись перед выбором: просто поговорить или применить реальное опытное/воображаемое упражнение или поведенческий эксперимент, — специалисту приоритетнее выбирать второе, так как это помогает отучить пациента от привычного стиля мышления, ассоциированного с бесплодными руминациями. Разбирая недавнее событие, следует фокусировать мысли пациента на точных и подробных деталях того, как это случилось, в реальном времени, а не на общем его описании.

Функциональный анализ

При использовании как ПА, так и КПТР руминации воспринимаются как форма избегающего поведения, которая получала подкрепление в прошлом, поскольку избавляла от нежелательного переживания

или из-за ее воспринимаемой или реальной функциональности. Обычно среди функций руминации называют избегание риска провала и позора путем обдумывания ситуации или поведения вместо того, чтобы предпринять что-то в реальности, попытаться разобраться в проблеме или понять сложную ситуацию, предвосхитить потенциальную негативную реакцию или критику со стороны других, избежать критики или наказания, научиться контролю над нежелательными чувствами, избежать нежелательных состояний («держаться себя в форме»).

Функциональный анализ предполагает рассмотрение функции и последствия мыслей, чувств и поведения, а не их форму или содержание, сосредоточиваясь на вариативности и ситуативности, т.е. на том, как различия в контексте, окружении и поведении влияют на мысли, чувства и поведение пациента и его успех в достижении целей. Функциональный анализ обычно касается следующих областей (CUDOS: Context, Usefulness, Development, OptionS — ОЭРВИ/КЭРВИ: Обстановка/Контекст, Эффективность, Развитие, ВозможностьИ):

1. Обстановка/контекст, которая(ый) влияет на руминации и ассоциированное поведение, а именно — когда, где, что, как и с кем произошло и когда, где, что, как и с кем не произошло.

2. Эффективность/функциональность/польза руминаций. Какие у руминаций назначение и цель? Каковы последствия руминаций? Каковы плюсы и минусы руминаций? Чего руминации помогают избежать?

3. Развитие поведения. Когда это началось? Как это было усвоено? От кого?

4. Другие возможности вместо руминации. Основное внимание здесь уделяется определению и оценке вариантов (например: чем отличаются ситуации, когда руминации полезны и когда вредны, в чем разница между ситуациями, когда руминация мимолетна и когда она затягивается). Важно разобраться, что происходит непосредственно перед завершением руминаций, сработал ли в этом случае внешний фактор (например, звонок друга) или произошло переключение на более продуктивное мышление («Я начал думать, что мне делать дальше»). Обозначив конструктивные мысли, появившиеся к концу приступа руминаций, и подтолкнув пациента использовать их заранее как осознанную стратегию, можно помочь ему вырваться из непродуктивной фазы приступа («Не могли бы вы специально задавать себе эти резонные вопросы, когда у вас проблема, и переходить сразу к решениям, вместо того чтобы несколько часов перед этим страдать от руминаций?»).

Функциональный анализ и самомониторинг помогают пациентам распознать предвестники и триггеры руминаций, позволяющие осознать, когда они начинают руминировать, и способствуют альтернативному поведению. Кроме того, функциональный анализ используют, чтобы распознать и поменять

внешние и поведенческие факторы, поддерживающие руминации. Обычно контекстуальные факторы, запускающие руминации, проявляются рано утром, поздно вечером, в одиночестве, от усталости и скуки, во время физической боли и напряжения, отсутствия дела (например, за кофе или сигаретой), в состоянии расслабленности. Эта информация поможет скорректировать поведение больного и ослабить руминации. Можно порекомендовать пациенту изменить утренний распорядок: сразу вставать и что-то делать, а не задумчиво лежать. В целом, повышая структурированность и активность, а особенно переключившись от навязанных рутинных действий и обязательств к деятельности, приносящей удовлетворение и вовлеченность, можно ослабить руминации.

Далее необходимо разработать более функциональные альтернативные стратегии и планы действий вместо руминаций: там, где это уместно, альтернативная стратегия также послужит изначальному смыслу руминаций. Например, для одной пациентки смысл руминаций над неудачами заключался в том, чтобы не стать ленивой, самодовольной и заносчивой. Это согласовывалось с ее предвестниками и триггерами руминаций: усталость, бездействие, раздражительность. Руминации не позволяли ей стать самодовольной и заносчивой довольно эффективно, однако привели к депрессии, снижению мотивации и подрыву уверенности в себе. Лечение было сосредоточено на том, чтобы помочь ей научиться распознавать предвестники руминаций и выработать альтернативную реакцию, преследующую ту же самую цель более конструктивно: в данном случае — научиться работать с воображением и визуализацией, чтобы развить сочувствие сначала к другим, а затем к себе самой. Благодаря упражнениям в сочувствии была выработана эффективная альтернатива руминациям, при которой мысли противостояли лени и высокомерию, но оставались позитивными и умиротворяющими, а также обеспечивали опыт, противоречащий убеждению «я плохой человек». Другому пациенту руминации помогали справляться с гневом и агрессией. Когда он сердился, даже справедливо, он начинал руминировать над тем, отчего так сильно реагирует, и винить себя за гиперчувствительность, из-за чего агрессия подменялась депрессией. Этот пациент особенно боялся потерять контроль над гневом и превратиться в собственного отца, жестокого, агрессивного и подавляющего. В этом случае расслабление и развитие ассертивности стало эффективной заменой руминациям. Таким образом, руминация часто связана с избеганием нежелательного или пугающего образа себя самого, и в терапевтических интервенциях следует использовать этот источник мотивации [27].

Как изменить стиль мышления?

И КПТР, и КТО сосредоточены на том, чтобы переключить стиль или режим мышления с целью пре-

одолеть руминации. КПТР использует опытные/воображаемые упражнения и поведенческие эксперименты, призванные обеспечить переключение на более продуктивный стиль мышления. Пациенты фантазируют или воскрешают в памяти знакомые состояния, когда более продуктивный стиль мышления был активен (например, воспоминания о том, как они были полностью поглощены некоей деятельностью, испытывали чувство «потока» или «пики» в моменты творчества, погруженности в ощущения или вовлеченности в физическую активность, требующую пристального внимания, такую как скалолазание или лыжи). Кроме того, пациенты могут сосредоточиться на опыте сочувствия, терпимости и поддержки по отношению к себе или другим. Эти состояния характеризуются более конкретным мышлением, направленным на процесс, а также освобождением от оценочности, абстрактности и предвзятости. Подобные упражнения формируют состояние, противоположное руминациям, которое можно взять за основу альтернативной стратегии реагирования на предвестники руминаций. Эффективное порождение альтернативных режимов предполагает естественную и живую фантазию обо всех аспектах изначального опыта и желаемого режима (мысли, чувства, поза, ощущения, телесные реакции, манера держаться, мотивация, выражение лица, неотложные потребности). Пациент живо воскрешает в памяти или моделирует образы, которые включают в себя желаемый опыт, а затем терапевт проводит его через более глубокий, проработанный этап с помощью вопросов, привлекающих внимание пациента к каждой мелкой детали. Пациента просят вообразить вызвавшее руминации событие в настоящем времени, а затем взглянуть на него со стороны

P. Gilbert и C. Irons [28] продолжают разрабатывать методику обучения сочувствию, при которой пациенты используют воображение и визуализацию, чтобы выработать навык самоутешения и самовоспитания. Учитывая, как часто руминации основаны на чувстве стыда, самокритике и нетерпимости, и принимая во внимание достижения КПТР, подобный подход представляется эффективным способом интервенции.

Медитация также помогает скорректировать режим, выработанный в ответ на определенные мысли и чувства. Осознанная медитация предполагает определенный вид внимания и состояния сознания: сознательно, специально и безоценочно обратиться к настоящему моменту. Чтобы добиться подобного состояния, существуют формальные и неформальные упражнения. Формальные упражнения подразумевают сосредоточение на дыхании и его применение в случаях, когда пациент только начинает чувствовать триггеры руминаций, а также наблюдение за мыслями и эмоциями, за собственным телом и краткосрочные упражнения, направленные на развитие осознанности в ответ на сложные ситуации [29, 30]. По-

вторяющаяся осознанная медитация помогает пациенту распознавать воспроизводимые паттерны мышления и отключаться от них, а значит, ослабляет руминации. Повторение такой практики дает возможность пациенту понять, что мысли, чувства и ощущения приходят и уходят. Осознанная медитация часто поворачивает взгляд пациента в сторону принятия мыслей и чувств вне зависимости от того, приятны они или нет, и таким образом позволяет ослабить избегание опыта, которое влечет за собой руминации. Наконец, осознанность предполагает непосредственный контакт с опытом без оценки и осуждения и, следовательно, избавляет от абстрактного, оценочного мышления, характерного для депрессивной руминации. Чтобы эффект осознанной медитации был оптимален, требуются определенный

уровень готовности и регулярная практика (например, по 45 мин ежедневно).

Таким образом, руминации — это когнитивный механизм, который может лежать в основе развития депрессии. Психотерапевты, использующие в своей практике КПТ, стали обращаться к руминации как фактору риска и добились определенного успеха. Руминация сама по себе может мешать осуществлению КПТ, однако внимание к работе на уровне процессов мышления и обращение к терапии, подразумевающей укоренение продуктивного стиля мышления и опыта, позволяет помочь в борьбе с этим частым и снижающим качество жизни больных явлением.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Addis ME, Martell CR. *Overcoming Depression One Step at a Time: The New Behavioral Activation Approach to Getting Your Life Back*. New York: New Harbinger Press; 2004. <https://doi.org/10.1093/sw/29.4.406>
- Roberts JE, Gilboa E, Gotlib IH. Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*. 1998;22:401-423. <https://doi.org/10.1023/a:1018713313894>
- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000; 109:504-511. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.109.3.504>
- Spasojevic J, Alloy LB. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*. 2001;1:25-37. <https://doi.org/10.1037//1528-3542.1.1.25>
- Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME. Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74:658-670. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.74.4.658>
- Schmaling KB, Dimidjian S, Katon W, Sullivan M. Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002;111:350-356. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.111.2.350>
- Nolen-Hoeksema S. Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991;100: 569-582. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.4.569>
- Martin LL, Tesser A. Ruminative thoughts. *Advances in social cognition*. 1996;9:1-47.
- Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: How to Cope with Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation*. New York: Delacorte; 1990. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.295>
- Watkins E, Baracaia S. Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40:1179-1189. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00098-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00098-5)
- Watkins E, Moulds M. Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*. 2005;5:319-328.
- Watkins E, Moulds M. Positive beliefs about rumination in depression — a replication and extension. *Personality and Individual Differences*. 2005;39:73-82.
- Watkins E, Teasdale JD. Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*. 2001;110:353-357.
- Watkins E, Teasdale JD. Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*. 2004;82:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.006>
- Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*. 2001;32:13-26. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(01\)80041-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(01)80041-1)
- Spasojevic J, Alloy LB. Who Becomes a Depressive Ruminator? Developmental Antecedents of Ruminative Response Style. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2002;16:405-419.
- Conway M, Mendelson M, Giannopoulos C, Csank PAR, Holm SL. Childhood and adult sexual abuse, rumination on sadness, and dysphoria. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28:393-410. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.004>
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.
- Ciesla JA, Roberts JE. Self-directed thought and response to treatment for depression: A preliminary investigation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2002;16:435-453. <https://doi.org/10.1891/jcop.16.4.435.52528>
- Gortner ET, Gollan JK, Dobson KS, Jacobson NS. Cognitive behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66:377-384. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.2.377>
- Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64:295-304. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.295>
- Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context: strategies for guided action*. New York: Norton; 2001.
- Watkins ER, Scott J, Wingrove J, Rimes K, Bathurst N, Steiner H. Rumination-focused cognitive-behaviour therapy for residual depression: a case series. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45:2144-2154. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.018>
- Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72:31-40. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.1.31>
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68:615-623. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.4.615>
- Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2004;28:433-455. <https://doi.org/10.1023/b:cotr.0000045557.15923.96>
- Watkins E, Baracaia S. Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Differences*. 2001;30:723-734. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00053-2](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00053-2)
- Gilbert P, Irons C. A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*. 2004;12:507-516. <https://doi.org/10.1080/09658210444000115>
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press; 2002.
- Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attentional Control (Mindfulness) Training Help. *Behaviour Research and Therapy*. 1995;33:25-39. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)e0011-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)e0011-7)

Поступила 23.11.18

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Сирота Н.А. — д-р мед. наук, проф., декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; e-mail: sirotan@mail.ru [*Sirota Natalya Alexandrovna* — Doctor in Medicine, Professor, Dean of the Department of Clinical Psychology, Head of the Chair of Clinical Psychology, Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia; e-mail: sirotan@mail.ru]

Московченко Д.В. — канд. психол. наук, доцент кафедры клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; e-mail: xedin-90@mail.ru [*Moskovchenko Denis Vladimirovich* — Ph.D. (Psychology), Assistant professor of Department of Clinical Psychology, Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia; e-mail: xedin-90@mail.ru]

Ялтонский В.М. — д-р мед. наук, проф. кафедры клинической психологии факультета клинической психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; e-mail: yaltonsky@mail.ru [*Yaltonsky Vladimir Mikhailovich* — Doctor in Medicine, Professor of the Chair of Clinical Psychology, Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia; e-mail: yaltonsky@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3337-0123>]

Ялтонская А.В. — канд. мед. наук, старший научный сотрудник НИИ наркологии, филиал ФГБУ «ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», Москва, Россия; e-mail: yaltonskayaa@gmail.com [*Yaltonskaya Alexandra Vladimirovna* — M.D., Senior Research Associate, Department of Preventive Addiction, Research Institute on Addiction, Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology Trust, Moscow, Russia; e-mail: yaltonskayaa@gmail.com]