

**Мишени психотерапии пациентов с тревожными расстройствами  
(эпизодическая и генерализованная тревога) и коморбидной субдепрессивной  
симптоматикой, имеющих рискованный уровень потребления алкоголя**

Радионов Д.С.<sup>1</sup>, Караваева Т.А.<sup>1,3,4,5</sup>, Васильева А.В.<sup>1,2</sup>, Розанов В.А.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени  
В.М. Бехтерева, Санкт–Петербург, Россия

<sup>2</sup>Северо–Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,  
Санкт–Петербург, Россия

<sup>3</sup>Санкт–Петербургский государственный университет, Санкт–Петербург, Россия

<sup>4</sup>Санкт–Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,  
Санкт–Петербург, Россия

<sup>5</sup>Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова,  
Санкт–Петербург, Россия

*Оригинальная статья*

**Резюме.** В кросс-секционном исследовании участвовали 120 пациентов с тревожными расстройствами (эпизодическая тревога (ЭТ): F40, F41.0; генерализованная тревога: F41.1) и коморбидной субдепрессивной симптоматикой, разделенные на две равные группы. Целью было определение специфических мишеней психотерапии для пациентов с рискованным уровнем потребления алкоголя. Пациенты с генерализованной тревогой (ГТР) показали значимо более высокий уровень тревоги по НАМ-А ( $p<0.001$ ) и рискованного потребления алкоголя (41.6% vs 13.4% в группе эпизодической тревоги). Для эпизодической тревоги характерны мишени в симптоматической сфере (мышечное напряжение, нарушения сна, соматовегетативные нарушения). Для ГТР доминируют эмоционально-когнитивные мишени (высокая тревога, катастрофизация, низкая толерантность к неопределенности, гиперконтроль, использование алкоголя как анксиолитика). У пациентов с ГТР преобладает избегающее поведение и дефицит навыков решения проблем; у лиц с ЭТ - избыток превентивного преодоления. Факторный анализ выявил три аспекта дисфункции, коррелирующие с алкоголизацией: невротизм - сильная корреляция с потреблением алкоголя в обеих группах ( $p<0.001$ ); ананкастность - корреляция значима, особенно в группе эпизодической тревоги; сенситивность - очень сильная корреляция в группе эпизодической тревоги ( $p<0.001$ ), заметная в группе ГТР. Выявлены значимые корреляции компонентов (доброжелательность, невротизм,

открытость, экстраверсия, добросовестность) с уровнем потребления алкоголя, специфичные для каждой группы. На основе результатов определены приоритетные мишени по сферам: симптоматическая - релаксация, нормализация сна, работа с гипервентиляцией; эмоциональная - снижение тревоги, страхов, коррекция ангедонии, замена алкоголя на адаптивные стратегии регуляции; когнитивная - коррекция катастрофизации, повышение толерантности к неопределенности, работа с дисфункциональными убеждениями о пользе беспокойства/гиперконтроля; поведенческая - преодоление избегания, развитие навыков решения проблем, коррекция копинг-стратегий, тренинг ассертивности; личностная - формирование адекватной самооценки, коррекция невротизма, сенситивности. Для субдепрессии добавлены мишени интерперсональной терапии (утраты, ролевые конфликты, дефициты).

**Ключевые слова:** тревожные расстройства, подпорогая депрессия, коморбидность, рискованное употребление алкоголя, мишени психотерапии, задачи психотерапии

#### **Информация об авторах:**

Радионо́в Дми́трий Серге́евич\* — e-mail: [dumradik@mail.ru](mailto:dumradik@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>

Караваева Татьяна Артуровна — e-mail: [tania\\_kar@mail.ru](mailto:tania_kar@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

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

Розанов Всеволод Анатольевич — e-mail: [v.rozanov@spbu.ru](mailto:v.rozanov@spbu.ru), <https://orcid.org/0000-0002-9641-7120>,

**Как цитировать:** Радионо́в Д.С., Караваева Т.А., Васильева А.В., Розанов В.А. Мишени психотерапии пациентов с тревожными расстройствами (эпизодическая и генерализованная тревога) и коморбидной субдепрессивной симптоматикой, имеющих рискованный уровень потребления алкоголя....

**Конфликт интересов:** Т.А. Караваева и А.В. Васильева являются членами редакционной коллегии, В.А. Розанов является членом редакционного совета.

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

**Targets of Psychotherapy for Patients with Anxiety Disorders (Episodic and Generalized Anxiety) and Comorbid Subdepressive Symptoms at Risk of Hazardous Alcohol Consumption**

Dmitriy S. Radionov<sup>1</sup>, Tatiana A. Karavaeva<sup>1,3,4,5</sup>, Anna V. Vasileva<sup>1,2</sup>, Vsevolod A. Rozanov<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup>North–Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

<sup>3</sup>Saint–Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

<sup>4</sup>Saint–Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

<sup>5</sup>N.N. Petrov National Medical Research Centre of Oncology, St. Petersburg, Russia

### *Research article*

**Abstract.** In a cross-sectional study, 120 patients with anxiety disorders (episodic anxiety [EA]: F40, F41.0; generalized anxiety: F41.1) and comorbid subdepressive symptomatology participated and were divided into two equal groups. The aim was to identify specific psychotherapy targets for patients with risky alcohol consumption levels. Patients with generalized anxiety disorder (GAD) showed significantly higher anxiety levels on the HAM-A scale ( $p < 0.001$ ) and higher rates of risky alcohol consumption (41.6% vs. 13.4% in the episodic anxiety group). Episodic anxiety is characterized by symptomatic targets (muscle tension, sleep disturbances, somatovegetative dysfunctions). In GAD, emotional-cognitive targets predominate (high anxiety, catastrophizing, low tolerance for uncertainty, hypercontrol, using alcohol as an anxiolytic). Patients with GAD demonstrate predominantly avoidant behavior and deficits in problem-solving skills; individuals with EA tend toward excessive preventive coping. Factor analysis identified three aspects of dysfunction correlating with alcohol use: neuroticism - strong correlation with alcohol consumption in both groups ( $p < 0.001$ ); anankastic traits - significant correlation, especially in the episodic anxiety group; sensitivity - very strong correlation in the episodic anxiety group ( $p < 0.001$ ), noticeable also in the GAD group. Significant correlations between personality components (agreeableness, neuroticism, openness, extraversion, conscientiousness) and alcohol consumption level were identified, specific to each group. Based on these findings, priority therapy targets were defined across domains: symptomatic - relaxation training, normalization of sleep, management of hyperventilation; emotional - reducing anxiety and fears, correcting anhedonia, substituting alcohol with adaptive regulation strategies; cognitive - correcting catastrophizing thinking, increasing tolerance for uncertainty, addressing dysfunctional beliefs about the usefulness of worry/hypercontrol; behavioral - overcoming avoidance, developing problem-solving skills, modifying coping strategies, assertiveness training; personality - building adequate

self-esteem, reducing neuroticism and sensitivity. For subdepressive symptoms, additional targets from interpersonal therapy were added (loss experiences, role conflicts, deficits).

**Key-words:** anxiety disorders, subthreshold depression, comorbidity, risky alcohol use, targets of psychotherapy, objectives of psychotherapy

**Information about the authors:**

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

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

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

Vsevolod A. Rozanov — e-mail: v.rozanov@spbu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9641-7120>

**To cite this article:** Radionov DS, Karavaeva TA, Vasileva AV, Rozanov VA. Targets of Psychotherapy for Patients with Anxiety Disorders (Episodic and Generalized Anxiety) and Comorbid Subdepressive Symptoms at Risk of Hazardous Alcohol Consumption...

**Conflict of interest:** Tatiana A. Karavaeva, Anna V. Vasileva are members of the editorial board, Vsevolod A. Rozanov is a member of the editorial council.

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)

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

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

**Введение.** Тревожные расстройства, включая эпизодическую и генерализованную тревогу, остаются одной из наиболее распространённых проблем психического здоровья, оказывая значительное влияние на качество жизни пациентов. Особую сложность в клинической практике представляют случаи коморбидности тревожных расстройств с субдепрессивной симптоматикой, примером такого сочетания является группа пациентов с рискованным уровнем потребления алкоголя [21; 23]. Согласно современным исследованиям, сочетание этих факторов не только усугубляет течение основного

расстройства, но и существенно повышает риск трансформации субдепрессивных проявлений в развёрнутое депрессивное расстройство [3; 14]. Алкоголь, используемый пациентами как средство временного снижения тревоги, формирует порочный круг: краткосрочное облегчение сменяется усилением эмоциональной нестабильности, что способствует прогрессированию как аффективных нарушений, так и формированию аддиктивных расстройств [19; 20]. Высокая распространённость коморбидных состояний еще раз подчеркивает актуальность проблемы. По данным литературы у 30-50% пациентов с тревожными расстройствами выявляется сопутствующее употребление алкоголя, а субдепрессивная симптоматика отмечается более чем у 60% лиц с хронической тревогой, такое сочетание приводит к снижению эффективности стандартных терапевтических подходов, увеличивает частоту рецидивов, риск суицидального поведения и социальной дезадаптации [2; 7]. Особую терапевтическую сложность представляет манифестация депрессии на фоне длительного злоупотребления алкоголем, что связано с нейробиологическими изменениями и нарушением механизмов эмоциональной регуляции [17; 18; 26]. В данном контексте психотерапия выступает ключевым элементом комплексного лечения, направленного не только на купирование симптомов, но и на устранение глубинных причин коморбидности.

Важность интеграции методов когнитивно-поведенческой терапии, интерперсональных подходов и психотерапевтических стратегий работы с зависимостью обусловлена необходимостью воздействия на множественные аспекты: эмоциональные, когнитивные, поведенческие и личностные. При этом ключевое значение приобретает концепция «психотерапевтической мишени», под которой в настоящем исследовании понимается клинико-психологический феномен, проявляемый пациентом или гипотетически выделяемый психотерапевтом, изменение которого становится целью воздействия на конкретном этапе лечения. Чёткое определение таких мишеней исключает эклектичный подход, часто критикуемый за механическое объединение разнородных методов без единой стратегии. Как отмечал Г. Айзенк, эклектизм представляет собой «мешанину из теорий, хаос процедур, смешение разных видов терапии, путаницу различных действий, не имеющих определенной направленности, которые не представляется возможным оценить или проверить», что снижает эффективность вмешательства и затрудняет его оценку [1]. Напротив, фокусировка на конкретных мишенях позволяет структурировать психотерапевтический процесс, обеспечивая последовательное применение методов, соответствующих индивидуальному профилю пациента.

Сочетание тревожной и субдепрессивной симптоматики с рискованным потреблением алкоголя требует персонализированного подбора мишеней, таких как коррекция дисфункциональных убеждений, развитие навыков эмоциональной регуляции, преодоление аддиктивных паттернов и укрепление межличностных ресурсов. Таким образом, мишень-центрированная психотерапия становится не только инструментом повышения эффективности лечения, но и основой для создания индивидуализированных программ помощи, учитывающих многомерность клинической картины и предотвращающих редукцию к шаблонным интервенциям. Такой подход не только противостоит хаотичному смешению техник, но и обеспечивает научно обоснованную, целостную стратегию, направленную на воздействие на психологические механизмы коморбидности.

**Цель исследования.** Определение специфических мишеней и задач психотерапии пациентов с тревожными расстройствами (эпизодическая и генерализованная тревога) и коморбидной субдепрессивной симптоматикой, имеющих рискованный уровень потребления алкоголя.

**Материалы и методы.** Проведено кросс-секционное исследование среди 120 пациентов с тревожными расстройствами, имеющих различный уровень употребления алкоголя. Участники были распределены по двум группам для сравнительного анализа их индивидуально-психологических характеристик в зависимости от клинических проявлений ТР. Группа 1 объединила лиц с эпизодической/пароксизмальной тревогой (МКБ-10: тревожно-фобические расстройства, F40; паническое расстройство, F41.0), тогда как группа 2 включила пациентов с персистирующей генерализованной тревогой (МКБ-10: генерализованное тревожное расстройство, F41.1). Каждая группа состояла из 60 участников, соответствующих критериям включения в исследование. Верификация диагноза тревожных расстройств выполнялась на основании диагностических стандартов, предусмотренных МКБ-10. Группа 1 (60 пациентов, 50% выборки) включала лиц с эпизодической тревогой: Паническое расстройство (F41.0) — 39 человек (32,5% от общей выборки); Социальные фобии (F40.1) — 18 человек (15%); Специфическая (изолированная) фобия (F40.2) — 3 человека (2,5%). Группа 2 60 пациентов, состояла из лиц с генерализованным тревожным расстройством (F41.1), которое составило 50% всей выборки.

**Критерии включения:** Возраст 18–60 лет; подписанное и датированное добровольное информированное согласие на участие в исследовании; наличие подтверждённого диагноза: агорафобия, социальная фобия, специфическая (изолированная) фобия, паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная

тревожность), генерализованное тревожное расстройство; отсутствие приёма психотропной терапии и психотерапии в течение последних 3 месяцев до включения в исследование; испытуемые не должны получать противоалкогольную терапию в течение последних 3 месяцев; согласие и возможность следовать процедурам протокола исследования. **Критерии не включения:** Наличие других психических и/или наркологических заболеваний на данный момент или в анамнезе; наличие выраженной острой или хронической соматической патологии; интеллектуально-мнестическое снижение; повышенный суицидальный риск («1» и более баллов по Колумбийской шкале оценки тяжести суицидальности (C-SSRS); приём психофармакотерапии или прохождение психотерапии и получение противоалкогольной терапии в течение последних 3 месяцев до включения в исследование. **Критерии исключения:** Отказ от участия в исследовании (пациент мог отказаться или прервать своё участие в исследовании в любое время без объяснения своих причин, при этом качество оказываемой медицинской помощи не ухудшалось); манифестация острой психопатологии или острой соматической патологии.

Рекрутмент участников исследования проводился на базе ФГБУ. «Национального исследовательского медицинского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Набор пациентов производился методом сплошной выборки для обеспечения репрезентативности и однородности материала. Исследование одобрено Независимым этическим комитетом при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (выписка из протокола заседания 17.11.2022 № ЭК-И-68/22).

Согласно данным ранее проведенных исследований на данной выборке (Радионон Д.С., Караваева Т.А., 2024 г., Радионон Д.С., Твердохлебова А.М., Караваева Т.А., 2025 г.), пациенты с тревожными расстройствами были распределены на 3 подгруппы в зависимости от уровня употребления алкоголя, согласно критериям ВОЗ. (см. табл. 1) [9; 10]. Диагностика осуществлялась с использованием Шкалы ретроспективного анализа потребления алкоголя (Timeline Follow-back, TLFB).

| Таблица 1. Распределение участников исследования по уровню употребления алкоголя (N = 120) |                                  |                                                       |            |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------|
| Table 1. Distribution of study participants by level of alcohol consumption (N = 120)      |                                  |                                                       |            |                                                 |
| Подгруппа                                                                                  |                                  | Группа 1<br>Эпизодическая<br>тревога<br>(F40; F.41.0) |            | Группа 2<br>Генерализованная тревога<br>(F41.1) |
|                                                                                            |                                  | n (%)                                                 | n (%)      |                                                 |
| 1                                                                                          | Пациенты, употребляющие алкоголь | не                                                    | 41 (68,30) | 10 (16,70)                                      |

|       |                                                             |            |            |
|-------|-------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 2     | Пациенты, употребляющие алкоголь в «безопасных» количествах | 12 (20,00) | 25 (41,70) |
| 3     | Пациенты с опасным («рискованным») потреблением алкоголя    | 7 (13,40)  | 25 (41,60) |
| Всего |                                                             | 60 (100)   | 60 (100)   |

**Методы исследования.** Клинико-психопатологический метод: клиническое интервьюирование с целью квалификации состояния и постановки диагноза; определение критериев включения/невключения; оценка состояния с применением психометрических шкал: Шкала Гамильтона для оценки тревоги (НАМ-А) — оценка уровня тревоги. Экспериментально-психологический метод: Симптоматический опросник Александровича — количественное определение степени выраженности имеющихся расстройств и качественное описание жалоб пациента. Опросник невротической личности (KON-2006) — идентификация качественных и количественных параметров личностных особенностей, связанных с тревожными расстройствами. Пятифакторный опросник личности (5PFQ) — оценка личностной структуры пациентов в рамках психологической модели «Большая пятерка». Опросник «Уровень невротизации» (УН) — оценка степени и уровня выраженности невротизации, содержательная квалификация динамики состояния; Интегративный тест тревожности (ИТТ) — структурная диагностика тревоги и тревожности; Опросник «Проактивное совладающее поведение» (РСІ) — диагностика личностных характеристик, способствующих формированию копинг-стратегий для преодоления стрессовых ситуаций и выхода из них.

**Методы статистического анализа.** Для статистического анализа использованы методы описательной статистики качественных и количественных данных. Произведена оценка соответствия распределения показателей нормальному закону с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. В случаях получения значения  $p < 0,05$  распределение рассматривалось, как отличное от нормального. Сравнение групп с использованием методов аналитической статистики проводилась с помощью  $t$  критерия Стьюдента для независимых выборок, непараметрического критерия Манна-Уитни для двух независимых групп и критерия Краскела-Уоллиса для сравнения трёх подгрупп с поправкой Бонферрони. Был проведен факторный анализ методом максимального правдоподобия на основе данных опросника невротической личности (KON-2006). Величина собственного значения переменной была выше 1. С целью получения простой структуры выполнялось вращение вариантом «Варимакс». С целью повышения статистической значимости результатов факторного анализа не выводились коэффициенты со значением ниже 0,800.

Непараметрические корреляции проводились с применением  $\rho$  Спирмена. В случаях получения  $p$ -значения меньше 0,05 различия считались статистически значимыми. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы для работы с электронными таблицами Microsoft Office Excel, статистического программного обеспечения IBM SPSS Statistics 27.0.

**Результаты. Социально-демографические и клинико-динамические характеристики выборки.** На основании данных более раннего исследования (Радионых Д.С., Караваева Т.А., 2024 г.) приводится краткая характеристика рассматриваемой выборки [9]: **Социально-демографические характеристики:** В группе 1 (эпизодическая тревога) преобладали женщины (66,7% vs. 46,7% мужчин в группе 2), средний возраст — 31,13 ( $\pm 7,61$ ) и 32,25 ( $\pm 9,26$ ) лет соответственно. Обе группы характеризовались высоким уровнем образования: 75% (группа 1) и 68,3% (группа 2) имели высшее образование. Социальный статус в обеих группах был схожим: 76,7% работали, 5% не работали. Статистически значимых различий по полу, возрасту, образованию, социальному и семейному статусам не выявлено ( $p > 0,05$ ), что подтверждает однородность выборки. **Уровень тревоги:** Оценка уровня тревоги (с учетом потребления алкоголя) подтвердила, что показатели в обеих группах превышают норму. При этом в группе 2 уровень тревоги оказался статистически значимо выше, чем в группе 1 ( $p < 0,001$ ) (см. табл. 2).

| Таблица 2. Межгрупповая оценка уровня тревоги в зависимости от уровня употребления алкоголя                                                                                                                                                          |   |                                                       |                                                    |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|
| Table 2. Intergroup Comparison of Anxiety Levels by Alcohol Consumption Level                                                                                                                                                                        |   |                                                       |                                                    |                |
| Группа                                                                                                                                                                                                                                               |   | Группа 1<br>Эпизодическая<br>тревога<br>(F40; F.41.0) | Группа 2<br>Генерализованная<br>тревога<br>(F41.1) | p <sup>1</sup> |
| Шкала:                                                                                                                                                                                                                                               |   | HAM-A M (±SD)                                         |                                                    |                |
| Подгруппа*                                                                                                                                                                                                                                           | 1 | 19,88 (0,46)                                          | 21,30 (0,95)                                       | <0,001*        |
|                                                                                                                                                                                                                                                      | 2 | 21,92 (1,16)                                          | 25,20 (0,71)                                       | <0,001*        |
|                                                                                                                                                                                                                                                      | 3 | 27,00 (0,00)                                          | 29,85 (0,49)                                       | <0,001*        |
| Суммарный<br>показатель:                                                                                                                                                                                                                             |   | 68,8                                                  | 76,35                                              |                |
| Проверяемое распределение является нормальным; М – среднее; (±SD) – стандартное отклонение; «1» - для оценки статистической значимости различий использовался t критерий Стьюдента для независимых выборок; «*» - различия значимы на уровне p<0,001 |   |                                                       |                                                    |                |

**Индивидуально-психологические особенности пациентов с тревожными расстройствами, имеющих определенный уровень потребления алкоголя.** В связи с

целями исследования в настоящем разделе приводятся только показатели, демонстрирующие статистически значимые различия между группами и подгруппами. Именно анализ таких различий, подтверждённых методами математической статистики, обеспечил научную основу для формулирования мишеней психотерапии в соответствии с принципами доказательной медицины. Важно подчеркнуть, что опора на статистически значимые закономерности обеспечивает эмпирическую объективизацию выделенных мишеней, что повышает качество персонализации психотерапии. Такой подход минимизирует риск эклектичного применения методов, создавая чёткую стратегию, направленную на преодоление конкретных механизмов коморбидности. Более полные данные, включая распределение всех анализируемых параметров, представлены в ранее опубликованных работах (Радионов Д.С., Твердохлебова А.М., Караваева Т.А., 2025 г.) [9; 10].

Выявлены различия в проявлениях тревожных расстройств с коморбидной субдепрессивной симптоматикой и рискованным потреблением алкоголя между группами с эпизодической (F40, F41.0) и генерализованной тревогой (F41.1). Специфическими мишенями для эпизодической тревоги в симптоматической сфере являются: мышечное напряжение, нарушения сна из-за тревожных руминаций, гипервентиляция ( $p < 0,001$  по шкале НАМ-А для группы 1); соматовегетативные нарушения.

Для генерализованной тревоги характерны более выраженные проявления в эмоциональной и когнитивной сферах: высокий уровень тревоги (среднее значение НАМ-А 29,85 против 27,00 в группе 1,  $p < 0,001$ ); склонность к катастрофизации, низкая толерантность к неопределенности, гиперконтроль (уровень невротизации: Me 7 [6;7] против 5 [3;5] в группе 1); потребление алкоголя как анксиолитического средства (41,6% в группе 2 против 13,4% в группе 1).

В поведенческой сфере у пациентов с генерализованной тревогой преобладает избегающее поведение и дефицит навыков проблемно-решающего поведения ( $p = 0,002$  по шкале PCI), тогда как у пациентов с эпизодической тревогой чаще наблюдается избыток превентивного преодоления (предвосхищение стрессоров).

Дополнительно при оценке показателей опросника KON-2006 ввиду большого числа переменных был проведен факторный анализ (см табл. 3).

| Таблица 3. Факторный анализ шкал Опросника невротической личности (KON-2006)<br>Table 3. Factor Analysis of the Scales of the Neurotic Personality Questionnaire (KON-2006) |                                                                   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---|---|
| Шкалы KON-2006                                                                                                                                                              | Факторный анализ шкал Опросника невротической личности (KON-2006) |   |   |
|                                                                                                                                                                             | 1                                                                 | 2 | 3 |
| 3. Низкая самооценка                                                                                                                                                        | 0,805                                                             |   |   |

|                                         |       |       |       |
|-----------------------------------------|-------|-------|-------|
| 13. Низкая мотивированность             |       | 0,826 |       |
| 14. Склонность к мечтанию (эскапизм)    |       |       | 0,820 |
| 16. Проблемы в межличностных отношениях | 0,851 |       |       |
| 17. Чувство зависти                     |       |       | 0,852 |
| 20. Экзальтированность                  |       |       | 0,897 |
| 22. Педантизм                           |       | 0,901 |       |

По результатам анализа выявлена статистически значимая факторная модель ( $p < 0,001$ ), включающая три аспекта личностной дисфункции: 1) Невротизм (шкалы 3 и 16) — сочетание низкой самооценки и межличностных проблем, ведущее к социальной уязвимости; 2) Ананкастность (шкалы 13 и 22) — перфекционизм, нерешительность и тревога, провоцирующие внутренний конфликт и использование алкоголя как средства самолечения; 3) Сенситивность (шкалы 14, 17, 20) — эскапизм, зависть и экзальтированность, усиливающие эмоциональную нестабильность, стремление к компенсации комплексов и риск алкогольной зависимости как способа бегства от реальности. Все факторы отражают связь внутренних конфликтов, эмоциональной уязвимости и склонности к идеализации с высоким риском злоупотребления алкоголем у пациентов с тревожными расстройствами.

Используя полученные факторы в качестве самостоятельных переменных, был проведен корреляционный анализ с уровнем потребления алкоголя как порядковой переменной для каждой группы (см табл. 4 и 5).

| Таблица 4. Значимые корреляции факторов личностной дисфункции с уровнем потребления алкоголя группы 1          |                                                |                            |                       |                       |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Table 4. Significant Correlations of Personality Dysfunction Factors with Alcohol Consumption Level in Group 1 |                                                |                            |                       |                       |                             |
|                                                                                                                |                                                |                            | Невротизм             | Ананкастность         | Сенситивность               |
| ρ<br>Спир<br>мена                                                                                              | Уровен<br>ь<br>потребл<br>ения<br>алкогол<br>я | Коэффициент корреляции     | 0,677**               | 0,443**               | 0,752**                     |
|                                                                                                                |                                                | Степень тесноты корреляции | Высокая положительная | Средняя положительная | Очень высокая положительная |
|                                                                                                                |                                                | ρ                          | < 0,001               | < 0,001               | < 0,001                     |
| «**» - корреляция значима на уровне < 0,001                                                                    |                                                |                            |                       |                       |                             |

| Таблица 5. Значимые корреляции факторов личностной дисфункции с уровнем потребления алкоголя группы 2                |                              |                            |                             |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Table 5. Significant Correlations of Personality Dysfunction Factors with Alcohol Consumption Level in Group 2       |                              |                            |                             |                       |
|                                                                                                                      |                              |                            | Невротизм                   | Ананкастность         |
| ρ<br>Спирмена                                                                                                        | Уровень потребления алкоголя | Коэффициент корреляции     | 0,906**                     | 0,323*                |
|                                                                                                                      |                              | Степень тесноты корреляции | Очень высокая положительная | Средняя положительная |
|                                                                                                                      |                              | р                          | < 0,001                     | 0,021                 |
| «*» - корреляция значима на уровне < 0,05; «**» - корреляция значима на уровне < 0,001                               |                              |                            |                             |                       |
| «*» – Correlation is statistically significant at < 0,05; «**» – Correlation is statistically significant at < 0,001 |                              |                            |                             |                       |

Дополнительно проведен корреляционный анализ компонентов пятифакторной модели с уровнем потребления алкоголя для каждой группы (см. табл. 6 и 7).

| Таблица 6. Корреляционный анализ компонентов пятифакторной модели с уровнем потребления алкоголя группы 1                                                                                                  |                              |                            |                       |                      |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Table 6. Correlational Analysis of the Five-Factor Model Components with Alcohol Consumption Level in Group 1                                                                                              |                              |                            | Доброжелательность    | Невротизм            | Открытость опыту      |
| ρ<br>Спирмена                                                                                                                                                                                              | Уровень потребления алкоголя | Коэффициент корреляции     | 0,782**               | 0,281*               | 0,456**               |
|                                                                                                                                                                                                            |                              | Степень тесноты корреляции | Высокая положительная | Низкая положительная | Средняя положительная |
|                                                                                                                                                                                                            |                              | р                          | < 0,001               | 0,029                | < 0,001               |
| «*» – корреляция значима на уровне 0,05; «**» – корреляция значима на уровне < 0,001<br>«*» – Correlation is statistically significant at 0,05; «**» – Correlation is statistically significant at < 0,001 |                              |                            |                       |                      |                       |

| Таблица 7. Корреляционный анализ компонентов пятифакторной модели с уровнем потребления алкоголя группы 2     |                                        |                                  |                          |                          |                           |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Table 7. Correlational Analysis of the Five-Factor Model Components with Alcohol Consumption Level in Group 2 |                                        |                                  |                          |                          |                           |                           |
|                                                                                                               |                                        |                                  | Экстраверсия             | Доброжелательность       | Добросовестность          | Невротизм                 |
| ρ<br>Спирм<br>ена                                                                                             | Уровень<br>потребле<br>ния<br>алкоголя | Коэффициент<br>корреляции        | −0,813**                 | −0,857**                 | 0,697**                   | 0,641**                   |
|                                                                                                               |                                        | Степень<br>тесноты<br>корреляции | Высокая<br>отрицательная | Высокая<br>отрицательная | Заметная<br>положительная | Заметная<br>положительная |
|                                                                                                               |                                        | Р                                | < 0,001                  | < 0,001                  | < 0,001                   | < 0,001                   |
| «**» – корреляция значима на уровне < 0,001                                                                   |                                        |                                  |                          |                          |                           |                           |
| «**» – Correlation is statistically significant at < 0,001                                                    |                                        |                                  |                          |                          |                           |                           |

Анализ индивидуально-психологических профилей пациентов выявил устойчивые паттерны дисфункций, связанные с рискованным употреблением алкоголя, подтвержденные статистически ( $p < 0,05$ ). Полученные данные стали основой для определения приоритетных мишеней и задач психотерапии, направленных на разрыв коморбидных связей через адресное воздействие.

**Общие задачи психотерапии:** установление эффективного психотерапевтического контакта, прояснение терапевтических ожиданий пациента, побуждение к активному вовлечению и участию в процессе лечения. Создание доверительных и поддерживающих отношений с акцентом на повышение мотивации пациента к активному участию в процессе, включая осознание важности его роли в достижении положительных изменений. Помощь пациенту в осознании связи между тревожными, депрессивными, фобическими переживаниями, физическими ощущениями (мышечное напряжение, невозможность расслабиться, нарушение сна), психологическими характеристиками (индивидуально-личностными особенностями, иррациональными установками, неадаптивными поведенческими паттернами), условиями социального взаимодействия) и повышенным уровнем потребления алкоголя. Проведение психотерапевтических интервенций, направленных на выделенные психотерапевтические мишени в симптоматической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой, личностной сферах, решение основных

психотерапевтических задач, достижение существенного улучшения состояния, снижения выраженности тревожной симптоматики, стабилизация настроения, уменьшения уровня потребления алкоголя. Проведение работы по профилактике рецидивов аффективных расстройств и связанного с ними употребления алкоголя, включая идентификацию триггеров и разработку плана действий в стрессовых ситуациях. Анализ ситуаций, которые могут выступать триггерами для усиления тревоги, снижения настроения и возвращения к дезадаптивным формам поведения, разработка индивидуального плана поведения, который включает конкретные шаги для управления стрессом и предотвращения рецидивов, формирование навыков самоконтроля и эмоциональной саморегуляции.

**Мишени симптоматической сферы.** Мышечное напряжение, неспособность расслабиться, нарушения сна из-за тревожных руминаций, утомляемость, общая слабость, способствующие увеличению потребления алкоголя, соматовегетативные нарушения, гипервентиляция [8; 11; 24]. **Задачи психотерапии.** Формирование понимания принципов функционирования организма, особенностей проявления вегетативной симптоматики, функциональной природы нарушений. Предоставление информации о взаимосвязи между эмоциональным состоянием и соматическими симптомами, вегетативными дисфункциями с акцентом на обратимость и управляемость симптомами. Использование специальных техник, приемов симптоматической психотерапии (например, прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка и mindfulness), направленных на восстановление саморегуляции и приобретение навыков расслабления, обучение релаксационным методикам, в т.ч. с помощью биообратной связи для обучения контролю над физиологическими процессами. Обучение принципам гигиены сна, включая оптимизацию режима сна и бодрствования, создание комфортных условий для отдыха и исключение факторов, нарушающих сон. Освоение техник когнитивной терапии бессонницы (CBT-I) для работы с тревожными руминациями включая когнитивную реструктуризацию и обучение техникам отвлечения внимания, направленным на снижение эмоционального напряжения и улучшение качества сна. Проведения тренинга дыхательных упражнений в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре тревоги с приобретением навыков контроля за симптоматикой за счет дыхания в мешке для нормализации уровня углекислого газа и снижения активации симпатической нервной системы.

**Мишени эмоциональной сферы.** Высокая тревога, сниженное настроение, страх ожидания панического приступа и негативного варианта развития события, непереносимость и страх собственных физиологических и психологических ощущений, страх смерти, страх потери контроля, страх за свое здоровье (мнительность), недостаток

радостных эмоций, эмоциональный дискомфорт, использование алкоголя как анксиолитического средства [5; 7; 12]. **Задачи психотерапии.** Выявление механизмов формирования тревоги и сниженного настроения, в т.ч. аспекты психодинамики, ассоциированные с тревогой и паникой, проведение идентификации значения тревожных и депрессивных симптомов с учетом механизмов психологической защиты, которые подавляют осознание отрицаемых чувств, конфликтов, фантазий, а также выявление иррациональных установок и избыточной концептуальной обработки, принимающую форму избыточного беспокойства и руминирования. Изменение специфического негативного персеверирующего когнитивного стиля, сочетающего тревожные руминации, беспокойные и / или пессимистичные мысли, катастрофические сценарии, безнадежность и дезадаптивные копинг-стратегии с убеждениями о пользе поддержания беспокойства и настороженности, бесперспективности будущего, негативные переживания, связанные с невозможностью полностью контролировать свой мыслительный процесс. Применение техники когнитивного реструктурирования с целью коррекции негативного селективного восприятия, сосредоточенного на мониторинге возможных внешних и внутренних угроз, склонности к катастрофизации и негативному прогнозированию, ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Проведение интероцептивной экспозиции, направленной на повышение толерантности к внутренним неприятным ощущениям во время тревожных приступов и панических атак с присоединением техник когнитивного реструктурирования и декатастрофизации, направленных на коррекцию ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Идентификация и фиксация источников позитивных эмоциональных переживаний, развитие навыков саморефлексии с целью преодоления сниженного аффективного фона и ангедонии, повышение уровня осознанности в контексте позитивных ситуаций, а также формирование способности к интеграции позитивного личного опыта с целью потенцирования эмоциональной регуляции, улучшения когнитивной гибкости и создания более сбалансированного восприятия реальности, что способствует снижению выраженности тревожной и депрессивной симптоматики и повышению общего уровня психологического благополучия. Формирование и развитие индивидуальных адаптивных стратегий преодоления тревожных состояний и эмоционального дискомфорта, направленных на замещение дезадаптивных паттернов поведения – употребление алкоголя с анксиолитической целью.

**Мишени когнитивной сферы.** Негативное обдумывание будущего, невозможность жить в настоящем моменте, представления о негативных последствиях любого события и обдумывание возможностей его предотвращения, поиск возможных рисков, негативное

восприятие себя, окружающей действительности, будущего, склонность к катастрофизации, сверхбдительность, представления о пользе беспокойства и стремление к гиперконтролю, низкая толерантность к неопределенности, повышение уровня употребления алкоголя в связи с дисфункциональными убеждениями, усиливающими тревогу и/или депрессию. **Задачи психотерапии.** Проведение психообразования о роли иррациональных когнитивных установок и убеждений, особенностей мыслительных процессов и искаженного восприятия окружающей действительности в формировании тревожных и депрессивных расстройств с акцентом на объяснении механизмов, посредством которых иррациональные установки (например, катастрофизация, дихотомическое мышление, селективное восприятие и др.) способствуют усилению эмоционального дистресса, каким образом искаженная оценка реальности и автоматические негативные мысли формируют порочный круг, усугубляющий симптоматику. Обучение пациента к самостоятельной идентификации иррациональных когнитивных установок, связанных с негативным восприятием будущего и окружающей действительности, а также их когнитивному оспариванию. Развитие навыков критического анализа собственных убеждений и автоматических мыслей, формирование способности к реалистичной оценке вероятности негативных исходов, освоение стратегий, направленных на замену дисфункциональных убеждений более адаптивными и рациональными что позволяет снизить интенсивность катастрофических мыслей и эмоционального напряжения. Идентификация и коррекция дисфункциональных убеждений, связанных с представлением о том, что беспокойство и гиперконтроль являются средствами предотвращения негативных событий и избегания потенциальных угроз. Проведение когнитивной реструктуризации для изменения представлений о беспокойстве и гиперконтроле как об эффективных стратегиях, демонстрация их иррациональной сути, формирование адаптивных стратегий совладания с неопределенностью с акцентом на развитие навыков принятия неконтролируемых аспектов жизни и фокусировке на реалистичных и достижимых целях. Освоение методов осознанности (mindfulness) для развития навыков фокусировки на текущем моменте, снижения интенсивности беспокойства, склонности к чрезмерному обдумыванию будущего и повышения толерантности к неопределенности. Демонстрация взаимосвязи между склонностью к прогнозированию негативных вариантов развития событий, искаженным восприятием себя и окружающей действительности, катастрофизацией, низкой толерантностью к неопределенности, представлений о пользе беспокойства с повышением уровня потребления алкоголя. Формирование системы рациональных, адаптивных установок, направленных на снижение тревоги и уменьшение употребление алкоголя

**Мишени поведенческой сферы.** Избегающее поведение, недостаток навыков проблемно-решающего поведения; наличие неадаптивных копинг-механизмов: неэффективное целеполагание и затруднение процесса достижения целей (недостаток проактивного преодоления), предвосхищение потенциальных стрессоров и подготовка действий по нейтрализации негативных последствий до того, как наступит возможное стрессовое событие (избыток превентивного преодоления), напряжение в социальных взаимодействиях, недостаточный поиск эмоциональной поддержки, ведущие к увеличению употребления алкоголя; сложности в принятии решений, прокрастинация [25]

**Задачи психотерапии.** Идентификация триггерных ситуаций, провоцирующих избегающее (ограничительное) поведение и анализ его причин, изучение исторического (генетического) контекста, включая влияние особенностей семейного воспитания, которое могло способствовать формированию таких поведенческих паттернов. Разработка плана по преодолению избегающего поведения, проведение экспозиционных техник. Развитие навыков анализа ситуаций без чрезмерного обдумывания и катастрофизации. Формирование навыков проблемно-решающего поведения, разработка альтернативных вариантов решений проблемных ситуаций, обучение принятию решений на основе рационального анализа, а не эмоциональных реакций. Обучение самостоятельному выделению проблемных ситуаций, планированию и оцениванию возможных альтернативных вариантов их разрешения, а также принятие обоснованных решений. Акцент делается на развитии навыков критического мышления, планирования и оценки последствий, что способствует повышению уверенности в своих способностях справляться с трудностями и снижению уровня стресса, связанного с неопределенностью. Выделение и коррекция неэффективных копинг-стратегий (недостаток проактивного преодоления, избыток превентивного преодоления) с акцентом на эффективном целеполагании и реализации шагов для достижения поставленных задач. Обучение техникам постановки SMART-целей (конкретных, измеримых, достижимых, релевантных, ограниченных по времени) Обучение техникам позитивного прогнозирования и фокусировки на возможностях, а не угрозах. Формирование представлений о многомерности процесса общения, понимания возможностей социальной поддержки, выработки толерантности к конфликтным социальным ситуациям, проведение тренинга социального ассертивного поведения, которое позволяет выражать свои потребности, чувства и мнения в уважительной и уверенной манере, не нарушая границы других людей, обучение построению эмоционально искренних отношений. Демонстрация взаимосвязи между неуверенным поведением, прокрастинацией, откладыванием принятия решений и нахождения выходов из сложных ситуаций, предвосхищением потенциальных стрессоров,

трудностями в социальном взаимодействии и ростом тревоги, снижении настроения и повышением уровня потребления алкоголя. Формирование адаптивных копинг-стратегий и развитие возможностей для многомерного социального взаимодействия.

**Мишени личностной сферы** Сенситивность, склонность к пессимизму, негативная аффективность, импульсивность, высокий уровень невротизации, недостаток уверенности в себе, низкая самооценка, способствующие повышению уровня употребления алкоголя как средства, снижающего самокритику, самоуничужение [4; 12; 25]. **Задачи психотерапии.** Формирование адекватной самооценки, способствующей гармоничному соотношению личностных потребностей с реальными возможностями, интеграции стремлений, требований и возможностей, а также развитие навыков принятия критических оценок со стороны окружающих. Формирование отношения к себе на основе глубокого понимания своих личностных качеств, чувств, мыслей, желаний, развитие самопознания и рефлексии, что позволяет лучше понимать свои личностные особенности, эмоции, мысли и мотивации. Проведение интервенций, направленных на поиск и осознание внутриличностных противоречий, принятие ответственности на свои решения и поступки, коррекция притязаний. Расширение эмоциональной палитры переживаний с осознанием их, обучению описанию с нюансированными оценками собственных чувств, формирование навыка распознавания эмоций окружающих. Демонстрация взаимосвязи между неуверенностью в себе, склонностью к пессимистическому восприятию, высоким уровнем невротичности и ростом тревожности и повышением уровня потребления алкоголя. Коррекция личностных особенностей и формирование адекватной самооценки как основы для повышения уверенности и снижения уровня потребления алкоголя с акцентом на то как алкоголь используется в качестве «фиктивного» механизма повышения уверенности, что создает порочный круг, усугубляющий эмоциональный дистресс и зависимость. Для пациентов с выявленной субсиндромальной депрессией для профилактики усугубления депрессивного состояния и развития коморбидных депрессивных расстройств целесообразно дополнить лечение методиками интерперсональной терапии Клермана-Вейсман, в центре которой находятся межличностные трудности пациента, неудовлетворенность своей системой отношений, которая не всегда полностью осознается пациентом и определяет депрессивный аффект [22]. В данном случае мишенями психотерапии становятся в первую очередь депрессивные переживания, связанные с утратой значимого другого, который мог собой олицетворять безопасность и надежную привязанность для пациента. В данном случае необязательно смерть близкого человека непосредственно запускает депрессивные переживания, она может быть отставлена во времени, а субсиндромальная депрессия развивается постепенно исподволь. Также потеря может быть связана со значительными

изменениями в жизни пациента, переездом в другой город, разрывом отношений, потерей экономического благополучия или социального статуса. Другой мишенью становятся интерперсональные или ролевые конфликты, причинами которых являются дисфункциональные ожидания и убеждения пациента. В этот кластер также включается самоотношение, связанное с взаимодействием с другими людьми. Отдельной мишенью выделяются ролевые изменения, такие как родительство, смена работы и связанные с ними проблемы в адаптации, где депрессивная капитуляция выступает в качестве неадаптивного защитного механизма. Существующие качественные и количественные интерперсональные дефициты выступают в качестве самостоятельной мишени для терапии.

**Обсуждение.** Современные подходы к лечению тревожных расстройств подчеркивают важность интеграции когнитивно-поведенческих и интерперсональных стратегий [6; 16; 22]. В соответствии с данными М.В. Миняйчевой и др., руминативное мышление и перфекционизм рассматриваются как ключевые мишени метакогнитного тренинга у пациентов с депрессией [6]. Полученные нами данные подтверждают значимость работы с катастрофическими сценариями и негативным персеверирующим когнитивным стилем у пациентов с генерализованной тревогой, что коррелирует с рискованным потреблением алкоголя ( $p < 0,001$ ).

Однако в отличие от общепринятых рекомендаций, где акцент делается на коррекции дисфункциональных убеждений как универсальной цели, наши результаты демонстрируют необходимость персонализации мишеней. Например, у пациентов с эпизодической тревогой приоритетной задачей становится нормализация сна и снижение вегетативной гипервозбудимости, тогда как для генерализованной тревоги критично повышение толерантности к неопределенности и формирование адаптивных копинг-стратегий.

Литературные данные (А.М. Wycoff et al.) указывают на роль невротизма и сенситивности как факторов риска злоупотребления алкоголем [4; 25]. Наше исследование подтверждает эти наблюдения, выявляя статистически значимую корреляцию между уровнем невротизации и рискованным потреблением алкоголя ( $p < 0,001$ ). Однако в отличие от предыдущих работ, в настоящем исследовании подчеркивается необходимость одновременной работы с интерперсональными дефицитами и ролевыми конфликтами, что особенно актуально для пациентов с генерализованной тревогой.

**Заключение.** Психотерапевтическая работа с пациентами, страдающими тревожными расстройствами с коморбидной субдепрессивной симптоматикой и рискованным употреблением алкоголя, требует глубокого понимания взаимосвязи между эмоциональными, когнитивными и поведенческими факторами. Краеугольным камнем

такого подхода становится выделение мишеней воздействия, основанное на эмпирически подтверждённых данных, что обеспечивает объективность и научную обоснованность выбора интервенций. Проведённый анализ статистически значимых корреляций между симптоматикой, уровнем потребления алкоголя и индивидуально-психологическими особенностями позволил не только идентифицировать ключевые дисфункциональные паттерны, но и структурировать терапию в соответствии с принципами доказательной медицины. Успешное лечение основывается не только на коррекции симптомов, но и на формировании устойчивых механизмов адаптации, позволяющих разорвать порочный круг аффективных нарушений и злоупотребления алкоголем. Важность эмпирических данных здесь невозможно переоценить: они исключают субъективность, трансформируя абстрактные концепции в конкретные мишени, такие как коррекция избегающего поведения или работа с катастрофизацией как доминирующим вариантом оценки реальных и прогнозируемых событий. Ключевым аспектом становится интеграция индивидуальных особенностей пациента в терапевтический процесс, что обеспечивает более точное воздействие на дисфункциональные паттерны. Важно подчеркнуть, что снижение потребления алкоголя здесь выступает не как изолированная цель, а как результат формирования навыков эмоциональной регуляции, повышения когнитивной гибкости и улучшения социальной адаптации. Объективизация выделения мишеней через статистический анализ не только повышает эффективность терапии, но и создаёт основу для воспроизводимых стратегий, что особенно актуально в контексте профилактики рецидивов. Развитие навыков самоконтроля и обучение управлению стрессовыми триггерами минимизируют риски обострения расстройств и способствуют долгосрочному улучшению качества жизни. Для пациентов с субдепрессивными проявлениями остаётся критически важным фокус на межличностных отношениях, позволяющий устранить глубинные причины эмоционального дистресса, что облегчает отказ от алкоголя в ситуациях межличностного дистресса. Перспективным направлением дальнейших исследований может стать разработка алгоритмов психотерапии, основанных на эмпирически верифицированных мишенях, оценка их эффективности в рандомизированных исследованиях и внедрение таких стратегий в клиническую практику. Этот шаг позволит стандартизировать подходы и одновременно усилить их персонализацию, объединяя научную строгость с клинической гибкостью. Такой метод обеспечивает клиническую релевантность и повышает эффективность индивидуализированной помощи, сохраняя баланс между эмпирической обоснованностью и адаптацией к уникальным потребностям пациента.

## Литература/References

1. Васильева А.В., Караваева Т.А., Незнанов Н.Г. Психотерапия : учебник под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022.

Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Neznanov N.G. Psikhoterapiya : uchebnik pod red. A.V. Vasil'evoy, T.A. Karavaevoy, N.G. Neznanova. Moskva: GEOTAR-Media, 2022. (In Russ.). <https://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>.

2. Емяшева Ж.В., Розанов В.А., Мидько А.А. Некоторые психологические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку на фоне алкогольной зависимости. Суицидология. 2012;3(8):29–37.

Emyasheva ZhV, Rozanov VA, Midko AA. Some psychological characteristics of individuals who attempted suicide against the background of alcohol dependence. Suitsidologiya. 2012;3(8):29–37. (In Russ.).

3. 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. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2024;(4-1(58)):23–33. (In Russ.)

Karavaeva TA, Vasileva AV, Radionov DS et al. Clinical and etiopathogenetic aspects of comorbidity of depressive and anxiety disorders: towards the problem of achieving stable remission. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2024;(4-1(58)):23–33. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-975>

4. Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С. Злоупотребление алкоголем у пациентов с социальными фобиями: проблемы коморбидности, диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии. Вопросы наркологии. 2022;(7-8(211)):27–53.

Karavaeva TA, Vasileva AV, Radionov DS. Alcohol abuse in patients with social phobias: problems of comorbidity, diagnosis, etiopathogenesis, and approaches to psychotherapy. Voprosy Narkologii. 2022;(7-8(211)):27–53. (In Russ.). [https://doi.org/10.47877/0234-0623\\_2022\\_7-8\\_27](https://doi.org/10.47877/0234-0623_2022_7-8_27)

5. Климанова С.Г., Березина А.А., Трусова А.В. и др. Взаимосвязь клинических характеристик пациентов с алкогольной зависимостью с доминирующей мотивацией употребления алкоголя. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022;56(4):63–76.

Klimanova SG, Berezina AA, Trusova AV et al. The relationship between clinical characteristics of patients with alcohol dependence and the dominant motivation for alcohol use. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2022;56(4):63–76. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-63-76>

6. Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Пуговкина О.Д. Руминативное мышление, перфекционизм и стратегии совладания со стрессом как мишени метакогнитивного тренинга у пациентов с депрессией. Консультативная психология и психотерапия. 2024;32(2):127–149.

Minyacheva MV, Rubaylova VE, Pugovkina OD. Rumination, perfectionism, and stress coping strategies as targets of metacognitive training in patients with depression. Konsul'tativnaya

psihologiya i psihoterapiya. 2024;32(2):127–149. (In Russ.).  
<https://doi.org/10.17759/cpp.2024320207>

7. Радионов Д.С., Караваева Т.А., Васильева А.В. и др. Особенности злоупотребления алкоголем у лиц с тревожными расстройствами невротического спектра: клинические аспекты и вопросы психотерапии. Вопросы наркологии. 2023;35(3):27–50.

Radionov DS, Karavaeva TA, Vasileva AV et al. Features of alcohol abuse in individuals with anxiety disorders of the neurotic spectrum: clinical aspects and psychotherapy issues. Voprosy Narkologii. 2023;35(3):27–50. (In Russ.).

8. Пуговкина О.Д., Сыроквашина А.Д., Истомин М.А., Холмогорова А.Б. Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации депрессии: определение понятия и валидность инструментария. Консультативная психология и психотерапия. 2021;29(3):88–115.

Pugovkina OD, Syrokvashina AD, Istomin MA, Kholmogorova AB. Rumination as a cognitive factor in the chronicity of depression: conceptualization and validation of assessment tools. Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya. 2021;29(3):88–115. (In Russ.).  
<https://doi.org/10.17759/cpp.2021290307>

9. Радионов Д.С., Твердохлебова А.М., Караваева Т.А. Анализ индивидуально-психологических особенностей пациентов с тревожными расстройствами, имеющих определенный уровень потребления алкоголя. Вопросы наркологии. 2024;36(6):29–54.

Radionov DS, Tverdokhlebova AM, Karavaeva TA. Analysis of psychological characteristics in patients with anxiety disorders and varying levels of alcohol consumption. Voprosy Narkologii. 2024;36(6):29–54. (In Russ.).

10. Радионов Д.С., Караваева Т.А. Клинические характеристики пациентов с тревожными расстройствами, имеющих определенный уровень употребления алкоголя. Вопросы наркологии. 2024;36(3):56–71.

Radionov DS, Karavaeva TA. Clinical characteristics of patients with anxiety disorders and specific levels of alcohol use. Voprosy Narkologii. 2024;36(3):56–71. (In Russ.).

11. Brambila-Tapia AJL, Macías-Espinoza F, Reyes-Domínguez YA et al. Association of Depression, Anxiety, Stress and Stress-Coping Strategies with Somatization and Number of Diseases According to Sex in the Mexican General Population. Healthcare (Basel). 2022;10(6):1048. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061048>

12. Buckner JD, Lewis EM, Terlecki MA et al. Context-specific drinking and social anxiety: The roles of anticipatory anxiety and post-event processing. Addictive Behaviors. 2020;102:106184. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106184>

13. Dong M, Lu W, Zeng X et al. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder and subthreshold anxiety symptoms in south China: A network perspective. Journal of Affective Disorders. 2025;340. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.026>

14. Huang K, Li M, You S et al. The effectiveness of an exergame intervention for college students with subthreshold depression: protocol for a mixed methods study. Frontiers in Public Health. 2024;12:1390806. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1390806>

15. Johnson JCS, Byrne GJ, Pelecanos AM. The prevalence of subthreshold psychiatric symptoms and associations with alcohol and substance use disorders: from a nationally

representative survey of 36,309 adults. *BMC Psychiatry*. 2022;22:270. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03834-1>

16. Khosravani V, Sharifi Bastan F, Kolubinski DC et al. Distress tolerance and special alcohol metacognitions behave differently in the association of negative affect with alcohol-related patterns in men with problematic alcohol use in the abstinence phase. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(2):345–354. <https://doi.org/10.1002/cpp.2514>

17. Klimanova S, Radionov D, Shova N et al. The Use of Melatonergic Antidepressants for Stabilization of Remission in Depression Comorbid with Alcohol Abuse, Anxiety or Neuropsychiatric Disorders: A Systematic Review. *Consortium Psychiatricum*. 2024;5(4):40–62. <https://doi.org/10.17816/CP15560>

18. Leclercq S, Le Roy T, Furgieue S et al. Gut Microbiota-Induced Changes in  $\beta$ -Hydroxybutyrate Metabolism Are Linked to Altered Sociability and Depression in Alcohol Use Disorder. *Cell Reports*. 2020;33(2):108238. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2020.108238>

19. Li J, Wang H, Li M et al. Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2020;115(7):1224–1243. <https://doi.org/10.1111/add.14935>

20. McCabe CJ, Brumback T, Brown SA et al. Assessing cross-lagged associations between depression, anxiety, and binge drinking in the National Consortium on Alcohol and Neurodevelopment in Adolescence (NCANDA) study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2023;243:109761. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109761>

21. Savenkova V, Zorkina Y, Ochneva A et al. Prevalence of Anxiety and Depressive Disorders in a Sample of Moscow Residents: Comparison of the GAD-7 and HADS Results with a Clinical Assessment. *Consortium Psychiatricum*. 2024;5(4):5–15. <https://doi.org/10.17816/CP15487>

22. Smirnova D, Morozov P, Neznanov N et al. Interpersonal Psychotherapy in Russia: Remembering Past Losses of the Heart, Keeping Mindful of the Culture of Melancholy, and Reconnecting with a Supportive Social Environment. *Psychiatria Danubina*. 2024;36(Suppl 2):332–337.

23. Witlox M, Garnefski N, Kraaij V et al. Prevalence of anxiety disorders and subthreshold anxiety throughout later life: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and Aging*. 2021;36(2):268–287. <https://doi.org/10.1037/pag0000529>

24. Wołyńczyk-Gmaj D, Jakubczyk A, Trucco EM et al. Emotional Dysregulation, Anxiety Symptoms and Insomnia in Individuals with Alcohol Use Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(5):2700. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052700>

25. Wycoff AM, Carpenter RW, Hepp J et al. Real-time reports of drinking to cope: Associations with subjective relief from alcohol and changes in negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*. 2021;130(6):641–650. <https://doi.org/10.1037/abn0000684>

26. Xu C, Xiong Q, Tian X et al. Alcohol Exposure Induces Depressive and Anxiety-like Behaviors via Activating Ferroptosis in Mice. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022;23(22):13828. <https://doi.org/10.3390/ijms232213828>

### **Сведения об авторах:**

**Радионо́в Дми́трий Серге́евич** — младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: dumradik@mail.com.

**Караваева Татьяна Артуровна** — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3; 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», 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», Россия, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68. E-mail: tania\_kar@mail.ru.

**Васильева Анна Владимировна** – д.м.н., доцент, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», 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», 195015, г. Санкт-Петербург, Кирочная ул., 41. E-mail: annavdoc@yahoo.com.

**Розанов Всеволод Анатольевич** - д.м.н., профессор, профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7/9; главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, E-mail: v.rozanov@spbu.ru.