

ISSN 2949-5873 (print)
ISSN 2949-5881 (online)

Реабилитология

2024 | Том 2 | № 3

<https://rehabilitology.com>



2024 | Vol 2 | No 3

Journal of Medical Rehabilitation

Психологическая реабилитация: когнитивно-поведенческая терапия

Т.А. Солохина¹, Е.М. Ляднова²

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» (Каширское ш., д. 34, Москва 115522, Российская Федерация)

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Москва 119991, Российская Федерация)

Для контактов: Елизавета Михайловна Ляднова, e-mail: elizavetalyadnovaaa@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является высокоэффективным и научно обоснованным методом психотерапии, направленным на изменение иррациональных мыслей и дисфункционального поведения. В статье рассматриваются теоретические основы КПТ, ее базовые стратегии, в т.ч. когнитивная реструктуризация и поведенческая активация, а также преимущества в рамках психологической реабилитации. Приведен анализ применения КПТ для реабилитации пациентов с различными заболеваниями: постковидным синдромом, онкологическими патологиями, послеродовой депрессией и сердечно-сосудистыми нарушениями. Особое внимание уделяется внедрению цифровых технологий для повышения доступности терапии, включая онлайн-программы и интерактивные модули. Обоснована роль КПТ как «золотого стандарта» современной психотерапии, обеспечивающего высокую эффективность в восстановлении качества жизни и психоэмоционального состояния пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

когнитивно-поведенческая терапия, психологическая реабилитация, когнитивная реструктуризация, поведенческая активация, постковидный синдром, депрессия, тревожные расстройства, цифровая терапия

Для цитирования

Солохина Т.А., Ляднова Е.М. Психологическая реабилитация: когнитивно-поведенческая терапия. *Реабилитология*. 2024; 2 (3): 316–321. <https://doi.org/10.17749/2949-5873/rehabil.2024.27>.

Psychological rehabilitation: cognitive behavioral therapy

T.A. Solokhina¹, E.M. Lyadnova²

¹ Mental Health Research Center (34 Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russian Federation)

² Sechenov University (8 bldg 2 Trubetskaya Str., Moscow 119991, Russian Federation)

Corresponding author: Elizaveta M. Lyadnova, e-mail: elizavetalyadnovaaa@gmail.com

ABSTRACT

Cognitive behavioral therapy (CBT) is considered to be a highly effective and evidence-based psychotherapeutic method aimed at modifying irrational thoughts and dysfunctional behaviors. The present paper explores the theoretical foundations of CBT, its core strategies, including cognitive restructuring and behavioral activation, as well as its advantages within the framework of psychological rehabilitation. The application of CBT for rehabilitation of patients with various conditions, such as post-COVID syndrome, oncological diseases, postpartum depression, and cardiovascular disorders is analyzed. Special attention is given to the integration of digital technologies to enhance the accessibility of the therapy, including online programs and interactive modules. The role of CBT as the “gold standard” for modern psychotherapy is justified, demonstrating its high efficacy in restoring the quality of life and psycho-emotional well-being of patients.

KEYWORDS

cognitive behavioral therapy, psychological rehabilitation, cognitive restructuring, behavioral activation, post-COVID syndrome, depression, anxiety disorders, digital therapy

For citation

Solokhina T.A., Lyadnova E.M. Psychological rehabilitation: cognitive behavioral therapy. *Reabilitologia / Journal of Medical Rehabilitation*. 2024; 2 (3): 316–321 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2949-5873/rehabil.2024.27>.

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) – это научно обоснованный и высокоэффективный метод психологической помощи, направленный на улучшение эмоционального состояния и поведения через изменение когнитивных и поведенческих паттернов. Основанная на теории взаимосвязи между мышлением, эмоциями и действиями, КПТ сочетает методы когнитивной реструктуризации и поведенческой активации. Ее основная цель – выявить и трансформировать иррациональные убеждения и дисфункциональные модели поведения, которые способствуют психологическим трудностям.

Основоположником КПТ считают американского психиатра Аарона Бека (Aaron Beck). Идея разработки этой формы психотерапии зародилась в 1960-е гг., когда А. Бек начал замечать, что его пациенты с депрессией часто высказывают мысли, лишённые обоснованности, и отмечают характерные «когнитивные искажения» в своем мышлении. Эмпирические наблюдения привели к заключению, что депрессию следует рассматривать не столько как расстройство настроения, сколько как когнитивное расстройство [1]. Основываясь на результатах крупного клинического исследования [2] и накопленных эмпирических данных, А. Бек изложил свою концепцию в книге «Когнитивная терапия депрессии» [3]. Выдвинутая теория достаточно скоро нашла отражение в психотерапевтической практике и обеспечила прорыв в методах оказания психологической помощи.

В условиях современной медицинской практики КПТ является «золотым стандартом» в лечении психических расстройств и активно применяется в рамках психологической реабилитации. Ее эффективность подтверждена при тревожных расстройствах, депрессии, посттравматическом стрессовом расстройстве, бессоннице и ряде других состояний. Благодаря своей структурированности КПТ адаптируется для различных форматов – от индивидуальной и групповой терапии до цифровых решений, таких как онлайн-программы и мобильные приложения. Этот метод особенно актуален в контексте реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, онкологических больных, женщин в послеродовом периоде и людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Введение КПТ в реабилитационные программы позволяет не только улучшить качество жизни пациентов, но и эффективно снижать уровень тревожности и депрессии, восстанавливать функциональность и повышать устойчивость к стрессу. Таким образом, КПТ играет ключевую роль в современной психотерапии, обеспечивая научно обоснованную поддержку на всех этапах реабилитации.

ОСНОВЫ МЕТОДА / BASICS

КПТ представляет собой сочетание двух терапевтических подходов, известных как когнитивная терапия и поведенче-

ская терапия. Конкретные методы лечения зависят от заболевания или проблемы, которую необходимо устранить. Но основная идея, лежащая в основе терапии, всегда одна и та же: то, что мы думаем, как мы себя ведем и как другие люди заставляют нас себя чувствовать, тесно взаимосвязано.

Когнитивная терапия направлена на формирование четкого представления о собственных мыслях, установках и ожиданиях. Цель состоит в том, чтобы распознать и изменить ложные и тревожные убеждения. Часто проблемы возникают не только из-за самих событий и ситуаций, но и из-за того, что мы придаем им преувеличенное значение. В свою очередь, поведенческая терапия ориентирована на то, чтобы выяснить, усложняют ли определенные модели поведения жизнь человека, усугубляют ли проблемы. На втором этапе происходит работа над изменением этих моделей поведения [4].

В основе КПТ лежит модель взаимоотношений между познанием, эмоциями и поведением. Выделяются три аспекта познания: автоматические мысли, когнитивные искажения, глубинные убеждения или схемы (рис. 1) [1].

Базовая когнитивная стратегия при КПТ состоит в том, чтобы помочь пациентам изменить негативное мышление, и это становится способом улучшения их настроения (когнитивная реструктуризация). В то же время современные ответвления КПТ продвигают альтернативные когнитивные подходы, такие как дистанцирование от мыслей, а не их изменение [5]. Когнитивная реструктуризация – это процесс, посредством которого клиницисты помогают пациентам распознавать, оценивать и, при необходимости, изменять неадаптивное мышление. Когнитивно-поведенческие терапевты применяют когнитивную перестройку к ситуативным мыслям, возникающим во время стресса или при неблагоприятных обстоятельствах [6].

Поведенческие стратегии в КПТ направлены на преодоление избегания, вовлечение в социальное поведение и достижение самопомощи. Среди них ключевой является поведенческая активация. Современная поведенческая активация базируется на мониторинге и планировании активности, на добавлении основы для преодоления избегания, сосредоточения внимания на ценностях. Она также включает внедрение инструментов для преодоления размышлений (которые часто мешают действию) [7].

ПРЕИМУЩЕСТВА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ / ADVANTAGES IN PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

В отличие от традиционной психотерапии, КПТ – это структурированный подход, который фокусируется на том, что происходит здесь и сейчас, и имеет высокую практическую значимость [8]. КПТ традиционно проводится в виде очного вмешательства – как индивидуально, так и в группах. Структурированный характер КПТ в настоящее время хорошо подда-

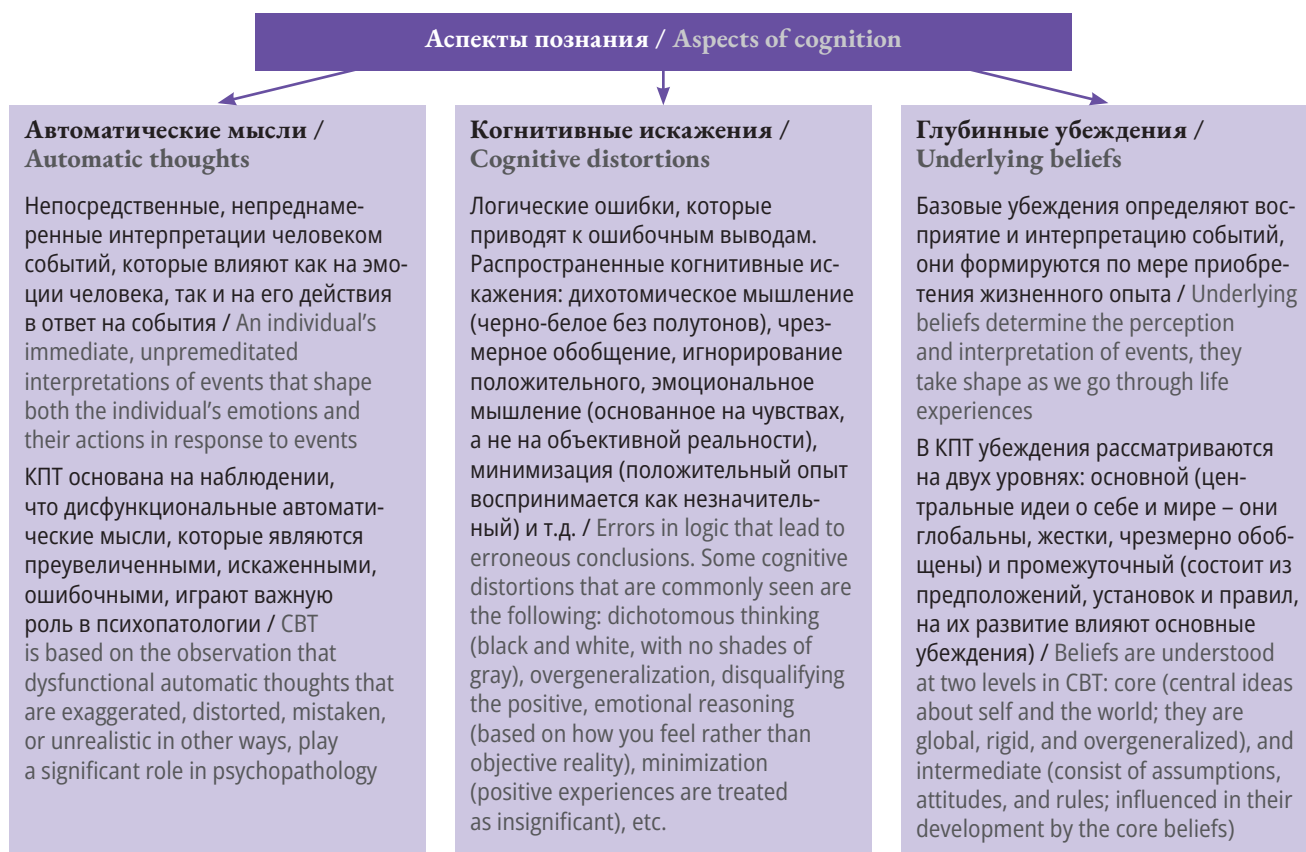


Рисунок 1. Аспекты познания в контексте когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) (адаптировано из [1])

Figure 1. Aspects of cognition in the context of cognitive behavioral therapy (CBT) (adapted from [1])

ется цифровой адаптации: разрабатываются онлайн-программы и вмешательства на основе приложений [9].

КПТ является «золотым стандартом» психологического лечения (лучшим из доступных на данный момент стандартов) по следующим причинам [10]:

- это наиболее изученная форма психотерапии;
- ни одна другая форма психотерапии не показала систематического превосходства над КПТ (если и есть систематические различия, то они, как правило, в пользу КПТ);
- теоретические модели / механизмы изменений КПТ наиболее исследованы и соответствуют текущим основным парадигмам человеческого разума и поведения (например, обработке информации).

Психологическая реабилитация после COVID-19 / Psychological rehabilitation after COVID-19

Длительный COVID-19 охватывает множество проявлений, затрагивающих различные системы органов, включая легочную, сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, эндокринную, нервно-психическую и другие системы [11]. Наиболее распространенными психическими и психологическими симптомами или нарушениями, требующими реабилитации у пациентов с затяжным COVID-19, являются тревога, проблемы со сном, когнитивные нарушения и депрессия [12].

При проблемах с психическим здоровьем или расстройствах сна возможно применение психологической и фармакологической терапии. Снижение стресса, основанное на осознанности, может быть полезным для устранения тревоги, депрессии и проблем, связанных со сном [13]. Для людей,

испытывающих симптомы тревоги, следует рассмотреть базовые психологические навыки, такие как оказание первой психологической помощи при стрессе и краткие психологические вмешательства, построенные на принципах КПТ [14]. В случаях развития депрессии могут использоваться кратковременные психологические вмешательства, основанные на подходах КПТ, лечении по решению проблем и тренинге релаксации [15].

В качестве метода психологической реабилитации китайские ученые разработали компьютерную КПТ. Компоненты вмешательства применялись у пациентов с COVID-19 с симптомами тревоги и депрессии с помощью визуально привлекательных интерактивных примеров, упражнений и видеороликов. Модуль когнитивной терапии направлен на минимизацию или даже устранение негативных мыслей у таких больных. Эта часть представлена в виде видеоматериалов и в основном включает информацию о рациональном восприятии COVID-19, состоянии стресса во время изоляции, психосоматическим механизмам в данных условиях, а также рекомендации по режиму сна и сведения по самочувствию после изоляции. Для дальнейшего углубления правильного восприятия пациентов создан модуль когнитивной консолидации. В отличие от первого модуля, эта часть разработана в виде миниатюрной игры. Участники должны отвечать на вопросы по видеороликам, представленным в модуле когнитивной терапии. Последняя часть модуля поведенческой терапии посвящена методам регуляции негативных эмоций и также содержит видео, помогающее пациентам в обучении релаксации [16].

Психологическая реабилитация у онкологических больных / Psychological rehabilitation in cancer patients

Тревога и депрессия распространены среди выживших после рака даже через несколько лет после успешного лечения, при этом нарушения настроения у таких людей встречаются в 2–4 раза чаще, чем в популяции в целом [17]. Высокий уровень дистресса связан с ухудшением качества жизни, повседневных функций и, возможно, прогноза заболевания [18]. Онкологические больные в ремиссии склонны испытывать переутомление, нарушения сна, хроническую боль, страх рецидива, тревогу и депрессию, которые не только снижают качество жизни и затрудняют возвращение к обычной деятельности, но также могут препятствовать участию пациентов в лечении [19].

Метаанализ показал, что методы КПТ, основанные на осознанности, эффективны при тревоге и депрессии с величиной эффекта до 0,97 и 0,95 соответственно у пациентов с расстройствами настроения, 0,39 и 0,44 соответственно у онкологических больных. Данные подходы включают снижение стресса, когнитивную терапию и восстановление после рака с помощью осознанности. Когнитивная терапия на основе осознанности подразумевает отказ от аналитических и проблемно-ориентированных мыслей, что также позволило улучшить психологическую реабилитацию онкологических пациентов [20].

По результатам другого систематического обзора, КПТ значительно улучшила показатели депрессии и тревожности у выживших после рака, и этот прогресс сохранялся в течение 6-месячного наблюдения [21].

Психологическая реабилитация после родов / Psychological rehabilitation after childbirth

Значительный объем публикаций подтверждает эффективность вмешательств КПТ при депрессии в клинических условиях. Примерно у 2/3 пациентов, участвовавших в исследованиях КПТ, при последующем наблюдении больше не диагностируются депрессивные расстройства [22]. КПТ также снижает риск рецидива, особенно в случаях депрессии легкой или умеренной степени [23].

Проведено исследование по профилактике развития депрессии у беременных в третьем триместре и в послеродовом периоде с помощью КПТ во время беременности. Коэффициент риска в экспериментальной группе составил 0,85, что не отличается существенно от контрольной группы, однако у женщин с высоким исходным уровнем депрессивных симптомов показатель риска развития депрессии снизился. В целом продемонстрировано, что КПТ сокращает риск развития депрессии у беременных с субпороговыми депрессивными симптомами [24].

В исследовании, посвященном влиянию КПТ на состояние женщин в послеродовой депрессии, показано, что психообразовательная программа, содержащая элементы КПТ, которую медсестры и психологи проводили с отдельными матерями, была более эффективной, чем обычное лечение без КПТ [25].

Психологическая реабилитация у кардиологических больных / Psychological rehabilitation in cardiac patients

На сегодняшний день выявлен ряд психических расстройств и психосоциальных факторов, которые связаны

с развитием и прогрессированием атеросклеротического заболевания сердечно-сосудистой системы. Они включают депрессию и тревожные расстройства, определенные черты личности и хронические стрессовые стимулы, такие как низкий социально-экономический статус, отсутствие социальной поддержки и стрессовые ситуации на работе и в личной жизни [26].

Пациенты, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством, имеют повышенный риск соматических нарушений, в первую очередь сахарного диабета и сердечно-сосудистых патологий [27]. Психические факторы существенно влияют на течение соматических заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, атопический дерматит [28].

A. Turner et al. изучили медицинские записи, образ жизни и данные о госпитализации 389 пациентов, проходивших кардиологическую реабилитацию, показав значительное воздействие депрессии и тревоги на результаты реабилитации [29].

Авторы исследования, посвященного влиянию психологического состояния на физиологическую реакцию при кардиореабилитации у пожилых людей, отметили важность психосоциальных факторов для эффективности реабилитации. Психологическое состояние может быть значимым предиктором физиологического улучшения, связанного с физической нагрузкой, особенно при усилении симптомов депрессии. Также эти наблюдения подчеркивают необходимость учета психологических аспектов, особенно в отношении депрессии и стресса, в программах кардиологической реабилитации [30].

ЛЕЧЕНИЕ КОНКРЕТНЫХ СИМПТОМОВ И РАССТРОЙСТВ / TREATMENT OF SPECIFIC SYMPTOMS AND DISORDERS

Бессонница / Insomnia

Бессонница – это расстройство сна, которое характеризуется трудностями при начале засыпания, поддержании сна или раннем утреннем пробуждении, возникает не реже 3 раз в неделю в течение не менее 3 мес и сопровождается значительным личным дистрессом и функциональными нарушениями в дневное время [31].

Метаанализ показал, что КПТ способствует улучшению качества сна при хронической бессоннице с сопутствующими заболеваниями или без них [32]. Результаты систематического обзора и компонентного сетевого метаанализа [33] свидетельствуют о том, что наиболее полезный и эффективный пакет КПТ-I включает:

- когнитивную реструктуризацию (навыки выявления, оспаривания и изменения бесполезных представлений о сне, которые могут нарушать сон);
- компоненты третьей волны – терапия осознанности, принятия и приверженности (терапия принятия и приверженности фокусируется на принятии чувств и мыслей, связанных с бессонницей, посредством поведения, основанного на ценностях);
- ограничение сна (навыки улучшения сна путем ограничения времени нахождения в постели);
- контроль стимулов в индивидуальном или групповом формате очной терапии (пациентов инструктируют просыпаться каждое утро в одно и то же время, воздерживаться от дневного сна, ложиться спать только тогда, когда хочется спать,

вставать с постели, когда не удается заснуть, и использовать кровать и спальню только для сна и секса).

КПТ является наиболее широко изученным немедикаментозным методом лечения бессонницы и обладает убедительными доказательствами, подтверждающими ее эффективность в различных группах населения, включая тех, у кого бессонница сочетается с психиатрическими или медицинскими проблемами [31].

Тревога / Anxiety

КПТ считается «золотым стандартом» научно обоснованного вмешательства для лечения тревожных расстройств [34]. Основная цель вмешательства на основе КПТ – изменить неадаптивные эмоциональные реакции путем преодоления дисфункциональных моделей мышления [35].

Рандомизированные контролируемые исследования, опубликованные за последние 5 лет, показывают относительно минимальное преимущество КПТ перед психологическими плацебо при лечении посттравматического стрессового расстройства, хотя этот эффект может зависеть от конкретного условия сравнения [36, 37]. Тем не менее КПТ на данный момент является ведущим методом терапии при тревоге.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

КПТ зарекомендовала себя как универсальный, научно обоснованный и эффективный метод психологической ре-

билитации, способствующий улучшению эмоционального состояния и поведенческой адаптации пациентов. Доказанная эффективность в лечении тревожных расстройств, депрессии, бессонницы и других психосоматических нарушений делает КПТ неотъемлемой частью современной медицинской и психологической помощи.

Особенно важным является применение КПТ в условиях реабилитации пациентов с хроническими и острыми заболеваниями, включая последствия COVID-19, онкологические патологии, послеродовую депрессию и сердечно-сосудистые расстройства. В этих ситуациях метод позволяет справляться с повышенным уровнем стресса, тревожностью, депрессивными симптомами и улучшает прогноз на выздоровление.

Современные технологии, включая цифровую трансформацию КПТ, открывают новые горизонты для ее применения, делая терапию доступной и удобной для пациентов в любых условиях. Использование видеоматериалов, интерактивных модулей и игр в рамках онлайн-решений позволяет расширить охват участников и повысить ее эффективность.

Таким образом, КПТ остается ведущим методом психотерапевтической поддержки, основанным на научных доказательствах, с широкими возможностями для индивидуализации и интеграции в комплексные программы реабилитации. Это подтверждает ее важность как ключевого инструмента в борьбе с психологическими и психосоматическими проблемами в современном обществе.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	ARTICLE INFORMATION
Поступила: 28.06.2024 В доработанном виде: 12.08.2024 Принята к печати: 09.09.2024 Опубликована: 30.09.2024	Received: 28.06.2024 Revision received: 12.08.2024 Accepted: 09.09.2024 Published: 30.09.2024
Вклад авторов	Authors' contribution
Авторы принимали равное участие в сборе, анализе и интерпретации данных. Авторы прочитали и утвердили окончательный вариант рукописи	The authors participated equally in the collection, analysis and interpretation of the data. The authors have read and approved the final version of the manuscript
Конфликт интересов	Conflict of interests
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов	The authors declare no conflict of interests
Финансирование	Funding
Авторы заявляют об отсутствии финансовой поддержки	The authors declare no funding
Этические аспекты	Ethics declarations
Неприменимо	Not applicable
Комментарий издателя	Publisher's note
Содержащиеся в этой публикации утверждения, мнения и данные были созданы ее авторами, а не издательством ООО «ИРБИС». Издательство снимает с себя ответственность за любой ущерб, нанесенный людям или имуществу в результате использования любых идей, методов, инструкций или препаратов, упомянутых в публикации	The statements, opinions, and data contained in this publication were generated by the authors and not by IRBIS Publishing (IRBIS LLC). IRBIS LLC disclaims any responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred in the content
Права и полномочия	Rights and permissions
© 2024 Т.А. Солохина, Е.М. Ляднова; ООО «ИРБИС» Статья в открытом доступе по лицензии CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)	© 2024 T.A. Solokhina, E.M. Lyadnova. Publishing services by IRBIS LLC This is an open access article undermCC BY-NC-SA license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Chand S.P., Kuckel D.P., Huecker M.R. Cognitive behavior therapy. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/> (accessed 11.04.2024).

2. Rush A.J., Beck A.T., Kovacs M., Hollon S. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment

of depressed outpatients. *Cognit Ther Res.* 1977; 1: 17–37. <https://doi.org/10.1007/BF01173502>.

3. Beck A.T., Rush J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression. 1st ed. Guilford Press; 1987: 425 pp.

4. In brief: Cognitive behavioral therapy (CBT). In: InformedHealth.org.

- Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2006. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279297/> (accessed 11.04.2024).
5. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2016: 402 pp.
 6. Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am.* 2017; 40 (4): 597–609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>.
 7. Dimidjian S., Barrera M. Jr., Martell C., et al. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011; 7: 1–38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>.
 8. Stallard P. Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy. *Arch Dis Child.* 2022; 107 (2): 109–13. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-321249>.
 9. Pennant M.E., Loucas C.E., Whittington C., et al. Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2015; 67: 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.009>.
 10. David D., Cristea I., Hofmann S.G. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Front Psychiatry.* 2018; 9: 4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>.
 11. Nalbandian A., Sehgal K., Gupta A., et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021; 27 (4): 601–15. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z>.
 12. Gluckman T.J., Bhavane N.M., Allen L.A., et al. 2022 ACC expert consensus decision pathway on cardiovascular sequelae of COVID-19 in adults: myocarditis and other myocardial involvement, post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection, and return to play: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2022; 79 (17): 1717–56. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.02.003>.
 13. Rusch H.L., Rosario M., Levison L.M., et al. The effect of mindfulness meditation on sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann N Y Acad Sci.* 2019; 1445 (1): 5–16. <https://doi.org/10.1111/nyas.13996>.
 14. Keynejad R., Spagnolo J., Thornicroft G. WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *Evid Based Ment Health.* 2021; 24 (3): 124–30. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300254>.
 15. Searle K., Blashki G., Kakuma R., et al. Adapting the depression component of WHO Mental Health Gap Intervention Guide (mhGAP-IG.v2) for primary care in Shenzhen, China: a DELPHI study. *Int J Ment Health Syst.* 2022; 16: 13. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00523-0>.
 16. Liu Z., Qiao D., Xu Y., et al. The efficacy of computerized cognitive behavioral therapy for depressive and anxiety symptoms in patients with COVID-19: randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2021; 23 (5): e26883. <https://doi.org/10.2196/26883>.
 17. Mitchell A.J., Ferguson D.W., Gill J., et al. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2013; 14 (8): 721–32. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70244-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70244-4).
 18. Prieto J.M., Blanch J., Atala J., et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol.* 2002; 20 (7): 1907–17. <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.07.101>.
 19. Gonzalez-Saenz de Tejada M., Bilbao A., Baré M., et al. Association between social support, functional status, and change in health-related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. *Psychooncology.* 2017; 26 (9): 1263–9. <https://doi.org/10.1002/pon.4303>.
 20. Chayadi E., Baes N., Kiroopoulos L. The effects of mindfulness-based interventions on symptoms of depression, anxiety, and cancer-related fatigue in oncology patients: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2022; 17 (7): e0269519. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269519>.
 21. Zhang L., Liu X., Tong F., et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in cancer survivors: a meta-analysis. *Sci Rep.* 2022; 12 (1): 21466. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25068-7>.
 22. Cuijpers P., Karyotaki E., Weitz E., et al. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014; 159: 118–26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>.
 23. Milgrom J., Danaher B.G., Seeley J.R., et al. Internet and face-to-face cognitive behavioral therapy for postnatal depression compared with treatment as usual: randomized controlled trial of MumMoodBooster. *J Med Internet Res.* 2021; 23 (12): e17185. <https://doi.org/10.2196/17185>.
 24. Nishi D., Imamura K., Watanabe K., et al. The preventive effect of internet-based cognitive behavioral therapy for prevention of depression during pregnancy and in the postpartum period (iPDP): a large scale randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2022; 76 (11): 570–8. <https://doi.org/10.1111/pcn.13458>.
 25. Van Lieshout R.J., Layton H., Savoy C.D., et al. Public health nurse-delivered group cognitive behavioural therapy for postpartum depression: a randomized controlled trial. *Can J Psychiatry.* 2022; 67 (6): 432–40. <https://doi.org/10.1177/07067437221074426>.
 26. Zhang Y., Chen Y., Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: current understanding. *J Clin Neurosci.* 2018; 47: 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022>.
 27. Lolk M., Byberg S., Carlsson J., Norredam M. Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression – a prospective cohort study. *BMC Psychiatry.* 2016; 16 (1): 447. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1149-2>.
 28. Otlewska A. The coexistence of somatic and mental illnesses. *Med Og Nauk Zdr.* 2018; 24 (1): 54–8 (in Polish). <https://doi.org/10.26444/monz/86587>.
 29. Turner A., Phillips L., Hambridge J.A., et al. Clinical outcomes associated with depression, anxiety and social support among cardiac rehabilitation attendees. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010; 44 (7): 658–66. <https://doi.org/10.3109/00048671003646751>.
 30. Kowalewska K., Radecki K., Cieślak B. Does psychological state influence the physiological response to cardiac rehabilitation in older adults? *Medicina.* 2024; 60 (3): 361. <https://doi.org/10.3390/medicina60030361>.
 31. Chan N.Y., Chan J.W.Y., Li S.X., Wing Y.K. Non-pharmacological approaches for management of insomnia. *Neurotherapeutics.* 2021; 18 (1): 32–43. <https://doi.org/10.1007/s13311-021-01029-2>.
 32. Edinger J.D., Arnedt J.T., Bertisch S.M., et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *J Clin Sleep Med.* 2021; 17 (2): 263–98. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8988>.
 33. Furukawa Y., Sakata M., Yamamoto R., et al. Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2024; 81 (4): 357–65. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5060>.
 34. van Dis E.A.M., van Veen S.C., Hagenaars M.A., et al. Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders. *JAMA Psychiatry.* 2020; 77 (3): 265. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>.
 35. Hofmann S.G., Asmundson G.J., Beck A.T. The science of cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013; 44 (2): 199–212. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.007>.
 36. Bhattacharya S., Goicoechea C., Heshmati S., et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a meta-analysis of recent literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2023; 25 (1): 19–30. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01402-8>.
 37. Trenoska Basile V., Newton-John T., Wootton B.M. Remote cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. *J Clin Psychol.* 2022; 78 (12): 2381–95. <https://doi.org/10.1002/jclp.23360>.

Сведения об авторах / About the authors

Солохина Татьяна Александровна, д.м.н. / **Tatiana A. Solokhina**, Dr. Sci. Med. – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3235-2476>. WoS ResearcherID: F-9923-2019. Scopus Author ID: 6602118347. eLibrary SPIN-code: 7292-6023.

Ляднова Елизавета Михайловна / **Elizaveta M. Lyadnova** – ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6971-8552>. E-mail: elizavetalyadnovaaa@gmail.com.