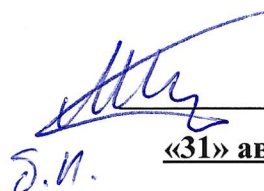


**Общество с ограниченной ответственностью «БРЕЙНСТАРТ»
(ООО «БРЕЙНСТАРТ»)**

Является участником инновационного центра «Сколково», ОРН 1125399

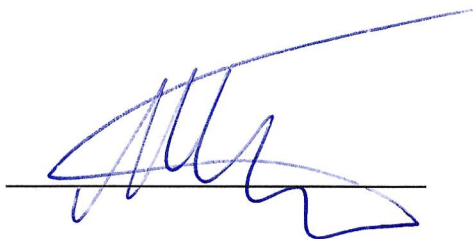
**УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор**

 **Володина М.А.**
«31» августа 2026 г.

**ОТЧЕТ
О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ**

**«ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ОПЫТА ПРАКТИКИ GSR С
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ УЧАСТНИКОВ»**

Руководитель НИР



М.А. Володина

Москва 2026

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель НИР, директор
ООО «Брейнстарт», научный
сотрудник Центра
биоэлектрических интерфейсов
НИУ ВШЭ, кандидат
биологических наук

 31.08.26
(подпись, дата)

М.А. Володина

Исполнители:

Младший научный сотрудник
ООО «Брейнстарт», Младший
научный сотрудник Центра
биоэлектрических интерфейсов
НИУ ВШЭ

 31.08.26
(подпись, дата)

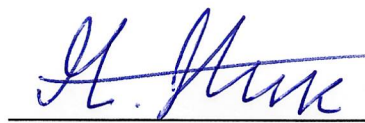
Русинова А.В.

Стажер-исследователь ООО
«Брейнстарт»,
стажер-исследователь Центра
биоэлектрических интерфейсов
НИУ ВШЭ

 31.08.2026
(подпись, дата)

Потапкина Е.К.

Стажер-исследователь ООО
«Брейнстарт»

 31.08.26
(подпись, дата)

Николаева М.И.

РЕФЕРАТ

Отчет 87 с., 18 рис., 115 источн.

В отчёте представлены результаты поперечного исследования взаимосвязи опыта практики Глубинной системы развития (GSR) и широкого спектра психометрических показателей. Исследование выполнено методом онлайн-анкетирования и включает данные 377 участников (22 человека без опыта GSR и 355 человек с различным опытом проведения самосессий). Для оценки психоэмоциональных характеристик использовались валидированные психометрические опросники: BSCS, TEIQue-SF, BFI-2-XS, BDI, STAI, PSS-10, COPE-30, CD-RISC-10, CFI, UWES, PGIS, RSES, GSES, CERQ, Grit-S, SWLS.

Статистический анализ включал сравнение контрольной группы и группы новичков в GSR (менее 10 самосессий), а также построение регрессионных моделей с контролем демографических и поведенческих ковариат (возраст, пол, образование, семейное положение, опыт психотерапии, опыт выполнения медитативных практик). После коррекции на множественные сравнения опыт GSR оказался значимым предиктором для баллов по 34 психометрическим шкалам.

Ключевые результаты: больший опыт практики GSR статистически достоверно ассоциирован со снижением тревожности (ситуативной и личностной), депрессивной симптоматики (когнитивно-аффективной и соматической), воспринимаемого стресса и дистресса; повышением самоконтроля, эмоционального интеллекта, самоуважения, самоэффективности, стрессоустойчивости, инициативы личностного роста, удовлетворённости жизнью и вовлечённости в работу (энергичность, энтузиазм, поглощённость деятельностью). Также выявлено снижение дезадаптивных копинг-стратегий (отрицание, поведенческое отстранение, употребление веществ) и увеличение частоты использования планирования как когнитивной стратегии регуляции эмоций. Контрольная группа и новички GSR не различались по измеренным характеристикам, что снижает вероятность объяснения эффектов исходной селекцией. Проверка пороговых эффектов не выявила резких скачков показателей после достижения определенного накопленного опыта - изменения описываются как постепенные и монотонные.

Полученные данные формируют профиль психометрических коррелятов опыта GSR. Выявленные устойчивые ассоциации между большим опытом практики и улучшениями по широкому спектру показателей свидетельствуют о потенциальном адаптивном ресурсе данной методики. Поскольку

контрольная группа и новички не различались, а регрессионный анализ проводился с контролем ковариат, это снижает риск объяснения результатов исходной селекцией.

Ключевые слова: Глубинная система развития, GSR, психоэмоциональные характеристики, саморегуляция, стресс, тревожность, депрессия, эмоциональный интеллект, поперечное исследование, психометрические опросники.

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	5
Введение	7
1. Цель и задачи исследования	8
2. Обзор литературы	9
Методологические подходы к исследованию накопленного эффекта интервенций	9
Систематизация психотерапевтических подходов	9
Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)	10
Программы осознанности (mindfulness): MBSR и MBCT	11
Третья волна КПТ: АСТ и DBT	13
Психодинамические подходы	14
Гуманистические и экзистенциальные подходы	15
Кросс-дисциплинарные методы оценки психотерапевтических подходов	17
3. Методы	19
3.1 Участники исследования	19
3.2 Психометрические опросники	19
3.2.1. Краткая шкала самоконтроля, BSCS	19
3.2.2. Опросник по эмоциональному интеллекту, TEIQue-SF	20
3.2.3. Опросник Большой пятерки, BFI-2-XS	21
3.2.4. Шкала депрессии Бека, BDI	23
3.2.5. Шкала тревоги Спилбергера — Ханина, STAI	23
3.2.6. Шкала воспринимаемого стресса, PSS-10	24
3.2.7. Опросник совладания со стрессом, COPE-30	25
3.2.8. Шкала стрессоустойчивости, CD-RISC-10	26
3.2.9. Опросник когнитивной флексибельности, CFI	26
3.2.10. Утрехтская шкала увлеченности работой, UWES	27
3.2.11. Шкала инициативы к личностному росту, PGIS	28
3.2.12. Шкала самоуважения Розенберга, RSES	28
3.2.13. Шкала общей самооффективности, GSE	28
3.2.14. Опросник когнитивной регуляции эмоций, CERQ	29
3.2.15. Шкала упорства, Grit-S	30
3.2.16. Шкала удовлетворенности жизнью, SWLS	31
3.3. Статистический анализ	31
4. Результаты	32
4.1. Сравнение контрольной группы (без опыта GSR) и группы с минимальным опытом GSR (менее 10 сессий)	32
4.2. Взаимосвязь опыта практики GSR и результатов психометрических опросников	32
4.3 Результаты регрессионного анализа для отдельных опросников	34
4.3.1. Краткая шкала самоконтроля, BSCS	34
4.3.2. Опросник эмоционального интеллекта, краткая форма (TEIQue-SF)	34

4.3.3. Опросник Большой пятерки, BFI-2-XS	35
4.3.4. Шкала депрессии Бека, BDI	36
4.3.5. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина, STAI	37
4.3.6. Шкала воспринимаемого стресса, PSS-10	38
4.3.7. Опросник совладания со стрессом, COPE-30	39
4.3.8. Шкала стрессоустойчивости, CD-RISC-10	41
4.3.9. Опросник когнитивной гибкости, CFI	41
4.3.10. Утрехтская шкала вовлеченности в работу, UWES	42
4.3.11. Шкала инициативы в личностном росте, PGIS	43
4.3.12. Шкала самоуважения Розенберга, RSES	44
4.3.13. Шкала общей самооценки, GSE	45
4.3.14. Опросник когнитивной регуляции эмоций, CERQ	45
4.3.15. Шкала упорства, Grit-S	47
4.3.16. Шкала удовлетворенности жизнью, SWLS	47
4.4. Проверка пороговых эффектов	48
4.5. Употребление алкоголя и курение	48
5. Обсуждение	49
6. Заключение	51
Источники	52
Приложение 1	60

Введение

В настоящем отчете представлены результаты поперечного исследования взаимосвязи количества самосессий (сессий, проведенных самому себе) по методу Глубинной системы развития (GSR) (патент РФ № 2857977 “Способ коррекции психоэмоционального состояния человека ”), и широким набором психометрических показателей. Исследование выполнено методом онлайн-анкетирования и включает в себя результаты анализа данных психометрического тестирования 377 человек.

Целью исследования было провести исследование взаимосвязи числа проведенных GSR-самосессий с психоэмоциональными характеристиками участников, оцененными по данным психометрических опросников.

В рамках работы выполнен подробный статистический анализ, включающий сравнение группы контроля (люди без практики GSR) и группы практикующих GSR с минимальным опытом (менее 10 самосессий). Также построены регрессионные модели для анализа взаимосвязи психометрических показателей и опыта практики GSR, выраженного в количестве самосессий по методу GSR, проведенных участником. Для измерения психологических конструктов использовались валидированные психометрические опросники, а также вопросы о возрасте, поле, семейном положении, образе жизни участников (частоте употребления алкоголя, курении, посещении психотерапевта и занятии медитативными практиками)

Полученные данные позволяют системно описать профиль психометрических коррелятов опыта GSR и сформулировать гипотезы для последующих лонгитюдных исследований, необходимых для выявления направленности этих связей.

1. Цель и задачи исследования

Цель Работ:

исследование взаимосвязи числа проведенных GSR-самосессий с психоэмоциональными характеристиками участников, оцененными по данным психометрических опросников.

Задачи Работ:

- 2.1. Провести литературный поиск по теме исследования.
- 2.2. Подобрать подходящие валидированные на русском языке психологические опросники для исследования психоэмоциональных характеристик.
- 2.3. Разработать дизайн поперечного исследования, включая рекомендации по количеству участников с разным опытом прохождения практики GSR.
- 2.4. Сформировать выборку участников (не менее 150 человек, практикующих GSR и 20 человек без опыта прохождения сессий GSR).
- 2.5. Организовать онлайн-сбор данных при помощи выбранных опросников.
- 2.6. Провести статистическую обработку и анализ полученных данных.
- 2.7. Написать научный отчет, содержащий описание полученных данных, их интерпретацию.

2. Обзор литературы

Методологические подходы к исследованию накопленного эффекта интервенций

В последние годы частота депрессивных и тревожных расстройств среди населения стабильно повышается [1], [2], [3]. Такой рост обуславливает запрос на разработку новых и валидацию уже существующих методов психоэмоциональной саморегуляции.

В исследованиях эффектов психотерапевтических интервенций применяются различные типы дизайнов, каждый из которых имеет свои сильные и слабые стороны. Поперечные исследования (кросс-секционные, cross-sectional) эффективны для быстрого выявления ассоциаций в больших выборках и генерации гипотез, но не устанавливают причинно-следственных связей из-за невозможности различить направление причинности и влияния третьих переменных. Квазиэкспериментальные дизайны (pre-post без рандомизации) удобны для оценки изменений до и после практики в естественных условиях, показывают практическую значимость вмешательства, однако уязвимы с точки зрения отсутствию контроля. Рандомизированные контролируемые испытания (РКИ) с активным или пассивным контролем обеспечивают наивысший уровень доказательности благодаря рандомизации, минимизации bias и возможности установления причинности, но требуют значительных ресурсов, сталкиваются с проблемой удержания участников и могут иметь ограниченную внешнюю валидность из-за искусственных условий. Лонгитюдные когортные исследования с многократными замерами отслеживают динамику показателей во времени, позволяя различать траектории развития и эффекты дозы практики, однако дороги, требуют длительного наблюдения и подвержены потерям выборки. Качественные и смешанные методы дают глубокое понимание субъективного опыта практики, механизмов действия и контекста, дополняя количественные данные, но ограничены субъективностью интерпретаций и низкой генерализуемостью.

Систематизация психотерапевтических подходов

На сегодняшний день в современной литературе накоплен обширный массив данных о структурированных психологических протоколах, в которых саморегуляция выступает не абстрактным принципом, а предметом поэтапного формирования конкретных навыков.

Для систематизации психотерапевтических подходов обычно выделяют несколько крупных направлений: психодинамическое, поведенческое и гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое) [4]. При этом стоит отметить, что данная классификация является достаточно условной, поскольку многие современные методы интегрируют идеи сразу из нескольких традиций, а выбор подхода зависит от проблемы, запроса клиента и клинического контекста.

1. Когнитивно-поведенческие подходы направлены на изменение дисфункциональных паттернов мышления, эмоционального реагирования и поведения. В эту группу входят классическая когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [5], рационально-эмоционально-поведенческая терапия Эллиса [6], а также методы «третьей волны» КПТ, включая терапию принятия и ответственности (acceptance and commitment therapy, АСТ [7]), диалектическую поведенческую терапию (DBT [8]), и программу снижения стресса на основе осознанности (mindfulness based stress reduction, MBSR [9]). Их общий принцип - обучение конкретным навыкам, таким как когнитивная переоценка, самонаблюдение, поведенческая активация, принятие, осознанность и регуляция эмоций.
2. Психодинамические подходы рассматривают психологические трудности через призму бессознательных процессов, внутренних конфликтов, защитных механизмов и влияния раннего опыта на актуальные переживания и поведение [10]. К ним относятся классический психоанализ [11], психодинамическая психотерапия, юнгианский анализ [12] и современные направления терапии объектных отношений.
3. Гуманистические и экзистенциальные подходы фокусируются на субъективном опыте человека, свободе выбора, поиске смысла, самопринятии, аутентичности и личностном росте. К ним обычно относят клиент-центрированную терапию Роджерса [13], гештальт-терапию [14] и экзистенциальную психотерапию [15]; в этих подходах особенно важно усиление осознания текущего опыта, контакта с потребностями и опоры на собственные ресурсы.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)

Когнитивно-поведенческая психотерапия занимает центральное место среди эмпирически верифицированных форматов психологической помощи. КПТ объединяет процедуры выявления и коррекции дезадаптивных убеждений и интерпретаций, поведенческую активацию при депрессии, систематическую работу с избеганием и поведенческими паттернами при тревожных расстройствах, а также технологии профилактики рецидивов на основе раннего распознавания признаков обострения. Данный метод широко изучен, в том числе в контролируемых научных исследованиях высокого качества, и по праву считается эталоном доказательного психологического вмешательства.

Hofmann и соавторы (2012) в своем обзоре [5] проанализировали 106 опубликованных метаанализов, оценивающих эффективность КПТ для решения широкого спектра проблем, включая: употребление психоактивных веществ, шизофрению и другие психотические расстройства, депрессию, биполярное аффективное расстройство, тревожные расстройства, соматоформные расстройства, расстройства пищевого поведения, бессонницу, расстройства личности, проблемы с регуляцией гнева и агрессии, склонность к криминальному поведению, общий стресс, дистресс, обусловленный общими соматическими заболеваниями, хроническую боль и утомляемость, дистресс, связанный с осложнениями беременности и гормональными нарушениями у женщин. По данным мета-анализов, метод КПТ оказывается наиболее эффективен при тревожных расстройствах [16], булимии [17], проблемах гнева и агрессии [18], а также профессиональном стрессе [19]. В ряде исследований эффективность КПТ терапии

сравнивалась с эффективностью других методов лечения или контрольными условиями: отсутствием лечения или листом ожидания [20], другими психотерапевтическими подходами [21], фармакотерапией [22], [23] или комбинированным лечением [24], плацебо [25], [26] и прикладной релаксацией [23], с EMDR и обычным лечением или поддерживающим консультированием [27]. В большинстве мета-анализов эффективность КПТ была выше или сравнима с другими методами психотерапии.

Часть включенных в обзор исследований имела продольный дизайн - эффекты терапии оценивались в нескольких временных точках, обычно, сразу после завершения терапии и через несколько месяцев после терапии. Такой дизайн позволяет оценить отставленные эффекты и устойчивость результатов терапии с течением времени. Так, отставленный положительный эффект КПТ был показан для пациентов с социальной тревожностью [28] и ипохондрией [29].

Часть мета-анализов оценивали роль интенсивности и формата вмешательства. Так например, при лечении зависимости от каннабиса много-сессионная КПТ демонстрировала более высокую эффективность по сравнению с краткими интервенциями [30]. При этом сравнительная эффективность однокомпонентных и многокомпонентных КПТ-интервенций различалась в разных выборках. В исследованиях профессионального стресса однокомпонентные КПТ-интервенции показывали более выраженный эффект [31], тогда как в выборке родителей детей с нарушениями развития более эффективными оказывались многокомпонентные программы, включающие КПТ [32].

Программы осознанности (mindfulness): MBSR и MBCT

В международной литературе принято различать как минимум два широко цитируемых формата терапевтических программ, разработанных на основе практик осознанности.

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) исторически описана как программа группового обучения практикам внимательности, направленным на телесные ощущения и переживание «здесь и сейчас», и изначально применялся преимущественно в контексте медицинской проблематики и терапии хронического стресса [33]. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) развивает идею сочетания практик осознанности с элементами когнитивной терапии и получила известность прежде всего как стратегия профилактики рецидивов при рекуррентной депрессии [34]. Обе программы основаны на регулярной медитативной практике, предполагающей концентрацию внимания на дыхании, телесных ощущениях и текущем опыте в целом. Эти методы показывают эффективность в улучшении эмоциональной регуляции и повышении телесной осознанности [35], [36].

В систематическом обзоре и мета-анализе РКИ Goyal и соавторы (2014), показали, что программы медитации и программы, созданные на основе медитации, обладают умеренными эффектами с точки зрения снижения симптомов тревоги, депрессии и боли [37]. Вместе с тем авторы подчеркивают ограниченность доказательной базы по ряду показателей, а также неоднородность результатов при сравнении с активными контрольными условиями. Это важный методический индикатор: термин «медитация» (и «mindfulness» как заголовочное понятие)

объединяет вмешательства, различающиеся по длительности, интенсивности и целевым популяциям, поэтому средний эффект по мета-анализу не следует отождествлять с эффектом конкретной методики.

Более широкий анализ данных об эффективности терапии на основе осознанности представлен Khougy и соавторами [38]. В анализ включено значительное число исследований и участников; описаны значимые эффекты в пред-пост сравнениях, по сравнению с участниками из листа ожидания, а также более умеренные эффекты при сравнении с другими активными психологическими вмешательствами. На основании проведенного анализа можно сделать вывод, что программы осознанности часто демонстрируют эффективность в стандартных дизайнах психотерапевтических исследований, однако их преимущество по сравнению с альтернативными психотерапевтическими подходами не всегда выражено.

Отдельный интерес представляют исследования, в которых оценивается эффект длительности практики медитации. Так, в некоторые исследования включали несколько групп участников с разным опытом медитации (людей без опыта, участников, практикующих медитацию недавно и опытных медитаторов). Данные таких исследований позволяют обсуждать возможные эффекты долгосрочной регулярной практики, однако их интерпретация требует осторожности: в кросс-секционных дизайнах невозможно однозначно отделить последствия медитации от исходных различий между людьми, которые выбирают длительную практику, и общей популяцией [39]. С точки зрения когнитивных и поведенческих эффектов, у опытных медитаторов описаны более высокие показатели исполнительного внимания и меньшая интерференция в задачах типа теста Струпа по сравнению с немедитирующими участниками [40]. Кроме того, показано, что больший опыт медитации осознанности может быть связан со снижением эмоциональной интерференции: в исследовании Ortner et al. эмоциональные стимулы оказывали меньшее отвлекающее влияние на выполнение когнитивной задачи у медитирующих участников [41]. Более раннее кросс-секционное исследование Davidson et al. также связывало медитативную практику с особенностями внимания и аффективной реакции [42]. При этом больший опыт медитации был связан с более выраженными изменениями во внимании и навыках саморегуляции [43].

В то же время, как было показано в ряде исследований с участием новичков, эффекты MBSR могут формироваться и в относительно краткосрочной перспективе. В частности систематический обзор Sharma и Rush рассматривает MBSR как потенциально эффективную программу стресс-менеджмента у здоровых людей [44]. В исследовании Carmody и Ваег участие в восьминедельной MBSR-программе было связано с улучшением благополучия, снижением стресса и уменьшением психологических симптомов [45]. Это указывает на то, что эффекты медитативной практики могут формироваться в течение краткосрочных программ, при этом при продолжении практики выраженность эффектов и их механизмы могут изменяться.

Отдельный пласт исследований связан с эффектом МВСТ для терапии рецидивов депрессии. Ранние РКИ показали, что данный метод снижает риск рецидива у пациентов в ремиссии по сравнению с группой контроля [46]. Последующие мета-анализы подтвердили данный эффект и указали, что его выраженность может зависеть от числа предшествующих депрессивных

эпизодов [47]. Более поздние исследования сравнивали МВСТ с поддерживающей антидепрессивной фармакотерапией, включая стратегии снижения медикаментозной нагрузки, и анализировали как клинические, так и экономические исходы [48]. Эта линия исследований наиболее релевантна проблематике саморегуляции, поскольку МВСТ целенаправленно работает с автоматическими циклами руминации и эмоциональной реактивности как мишенями профилактики.

Третья волна КПТ: АСТ и ДВТ

Терапия принятия и ответственности (АСТ) относится к трансдиагностическим подходам третьей волны когнитивно-поведенческой терапии и опирается на концепцию психологической гибкости - способности человека действовать в соответствии со своими ценностями, даже в присутствии сложных мыслей, эмоций или телесных ощущений [7]. Эта модель строится на шести взаимосвязанных процессах, объединяемых в два основных компонента: принятие и действие, ориентированное на ценности. К принятию относятся осознанность и открытое внимание к настоящему моменту, когнитивный дефьюжн - способность дистанцироваться от мыслей, рассматривая их как мимолетные события сознания, а не абсолютную истину, а также само принятие, готовность испытывать неприятные внутренние переживания без борьбы или избегания. Действие, ориентированное на ценности, включает ясное осознание личных ценностей как направляющих принципов жизни, формулирование конкретных, достижимых целей, соответствующих этим ценностям, и позицию «сам как контекст», способность наблюдать за собственным опытом с позиции «наблюдателя», не отождествляясь полностью с содержимым сознания.

АСТ концептуально пересекается с практиками осознанности и медитации, где осознанность служит не просто техникой релаксации, а инструментом развития метакогнитивной осведомленности и психологической гибкости. Эмпирические данные, включая мета-анализы, подтверждают средний до умеренного эффект АСТ при лечении тревоги, депрессии, хронической боли и стрессовых расстройств [49].

Диалектико-поведенческая терапия (ДПТ, DBT) опирается на концепцию диалектического баланса между принятием и изменением, с акцентом на развитие навыков эмоциональной регуляции, толерантности к дистрессу и межличностной эффективности. Разработанная Маршей Линехан [50] для лечения пограничного расстройства личности [51], [52], ДПТ сегодня применяется для решения более широкого спектра задач - при расстройствах пищевого поведения, посттравматическом стрессовом расстройстве, депрессии и хроническом стрессе [53], [54]. В основе ДПТ лежит четырехкомпонентная модель навыков: осознанность как основа для наблюдения за текущим опытом без суждения, дистресс-толерантность для выживания в кризисах без деструктивного поведения, эмоциональная регуляция через идентификацию, называние и модуляцию аффектов, а также межличностная эффективность для поддержания отношений при сохранении самоуважения. Эти навыки преподаются в формате группового тренинга, дополняемого индивидуальной терапией, телефонной поддержкой и консультациями терапевта, что создает многоуровневую систему вмешательства. Диалектический метод

предполагает непрерывное разрешение противоречий, таких как радикальное принятие реальности и активное стремление к изменениям, что способствует интеграции противоположностей в психике.

ДПТ концептуально пересекается с практиками осознанности и медитации, заимствуя элементы дзен-буддизма для тренировки внимания и не проактивного присутствия [55], а также с АСТ через общий фокус на принятии и психологической гибкости.

Психодинамические подходы

В отличие от методов, ориентированных преимущественно на изменение конкретных поведенческих или когнитивных паттернов, психодинамическая традиция рассматривает психологические трудности через призму бессознательных процессов, внутренних конфликтов, защитных механизмов, раннего опыта и устойчивых межличностных сценариев. В связи с этим терапевтические изменения в рамках данного направления обычно описываются не только как снижение симптомов, но и как более глубокая переработка эмоционального опыта, изменение способов самопонимания, защитной организации и паттернов отношений [56].

Психодинамическая перспектива также позволяет рассматривать психологические трудности в контексте межпоколенческой передачи эмоционального и травматического опыта. Согласно психодинамическим моделям, непереработанные переживания родителей могут проявляться в устойчивых способах эмоционального реагирования, защитной организации, семейных представлениях и паттернах взаимодействия с детьми [57]. Последствия травматического опыта при этом могут передаваться через особенности его осмысления и обсуждения в семье, эмоциональную доступность родителей, способы регуляции аффекта и характер детско-родительских отношений [58]. В рамках теории привязанности предполагается, что травма может нарушать доступность родителя и процессы эмоциональной регуляции, что связано с формированием у ребёнка неадаптивных стратегий эмоциональной регуляции и повышенной тревожности [59], [60]. Поэтому изменения, достигаемые в психотерапии на уровне осознания и переработки опыта, защитных механизмов и межличностных сценариев, могут затрагивать психологические процессы, поддерживающие межпоколенческую передачу связанных с травмой паттернов. Вместе с тем такой эффект следует рассматривать как возможный и опосредованный, поскольку его выраженность зависит от характера терапии, семейного контекста и реальных изменений во взаимодействии между членами семьи [61].

В одном из наиболее цитируемых обзоров Shedler обобщает данные об эффективности психодинамической терапии и подчеркивает, что её эффекты в целом сопоставимы с эффектами других эмпирически поддержанных психотерапевтических методов, а достигнутые изменения могут сохраняться и продолжаться после завершения лечения [10]. Сходные выводы представлены в систематическом обзоре Leichenring et al., где на основании данных рандомизированных контролируемых исследований рассматривается эффективность психодинамической терапии при депрессивных, тревожных, соматоформных и личностных

расстройствах, расстройствах пищевого поведения, посттравматическом стрессовом расстройстве и расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ [62].

Есть исследования, которые показывают, что краткосрочная психодинамическая психотерапия может быть полезной для людей с рядом психических проблем. Так, в одном из обзоров [63] сравнивали этот вид психотерапии с контролем и традиционным лечением, и выяснили, что краткосрочная психотерапия может помогать людям с депрессией, тревожностью, стрессом, физическими проблемами и трудностями в общении. Другой метаанализ Driessen et al. также подтвердил эффективность краткосрочной психодинамической психотерапии по сравнению с контрольными условиями при депрессии [64]. Важно, что улучшения были устойчивы и сохранялись на этапе последующего наблюдения. В исследовании, проведенном Steinert и его коллегами, сравнивали разные виды психотерапии, включая психодинамическую терапию и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) [65]. Результаты показали, что оба метода дают похожие результаты. Вместе с тем, как и в случае с КПТ, выраженность эффектов зависит от клинической группы, длительности терапии, типа контрольного условия и качества исследования.

Для долгосрочной психоаналитической и психодинамической терапии результаты остаются более неоднородными и дискуссионными. В метаанализе Leichsenring долгосрочная психодинамическая психотерапия рассматривалась как эффективный подход при сложных психических расстройствах, включая хронические и личностные нарушения [66]. Аналогично, в систематическом обзоре de Maat были показаны умеренные и крупные эффекты долгосрочной психоаналитической терапии при широком спектре нарушений [67]. Однако в метаанализе Smit et al. подчеркивается, что доказательства эффективности долгосрочной психоаналитической психотерапии остаются ограниченными и противоречивыми, особенно при сравнении с контрольными условиями и другими активными терапевтическими подходами [11]. Таким образом, в отношении классического психоанализа и долгосрочной психоаналитической терапии корректнее говорить не об однозначно доказанном превосходстве, а о наличии перспективных, но неоднородных данных.

Юнгианский анализ и юнгианская психотерапия также обладают своей доказательной базой, однако она значительно менее обширна, чем для психодинамической терапии в целом. В обзоре Roesler описаны данные, согласно которым юнгианская терапия может быть связана с улучшением психологического здоровья и уменьшением обращения за медицинской помощью [12]. Недавнее исследование также подтверждает, что юнгианская психотерапия может улучшить психологическое состояние, повысить качество жизни и уменьшить различные симптомы [68].

Гуманистические и экзистенциальные подходы

Гуманистические подходы, к которым относят клиент-центрированную терапию, гештальт-терапию, эмоционально-фокусированную терапию, психодраму и ряд близких направлений, рассматриваются в литературе как группа методов, ориентированных на осознание субъективного опыта, эмоциональную переработку, развитие самопонимания, принятия, аутентичности и улучшение межличностного функционирования [69]. В отличие от

когнитивно-поведенческих подходов, где акцент часто делается на коррекции дисфункциональных убеждений и поведенческих паттернов, гуманистически-экспериментальная традиция рассматривает терапевтическое изменение как процесс углубления контакта с собственным переживанием, осознания эмоций и формирования более целостного отношения к себе и другим.

Обобщенная доказательная база по этому направлению представлена в обзоре и метаанализе Elliott et al. [70]. В него вошёл 91 эмпирический материал по гуманистически-экспериментальным терапиям, опубликованный в 2009–2018 гг. Авторы показали, что такие подходы сопровождаются выраженными положительными изменениями от начала к завершению терапии, превосходят отсутствие терапии и в целом демонстрируют сопоставимую эффективность с другими психотерапевтическими методами. Наиболее устойчивые эффекты были отмечены при межличностных трудностях, самоповреждающем поведении, совладании с хроническими заболеваниями и психотических расстройствах, тогда как результаты при депрессивной и тревожной симптоматике оказались более неоднородными. Отдельные данные по депрессии представлены в систематическом обзоре и метаанализе рандомизированных контролируемых исследований Duffy et al. [71]. Авторы включили в метаанализ 17 РКИ и показали, что данные подходы были эффективнее стандартного лечения или обычного сопровождения сразу после завершения терапии, однако на этапе последующего наблюдения различия становились менее устойчивыми. Кроме того, при сравнении с другими активными психотерапевтическими вмешательствами преимущества гуманистически-экспериментальных терапий выражены слабее.

Клиент-центрированная и недирективная поддерживающая терапия занимают важное место в гуманистической традиции, поскольку напрямую связаны с моделью К. Роджерса. Согласно этой модели, терапевтические изменения становятся возможными благодаря трём ключевым условиям: эмпатическому пониманию, безусловному принятию и конгруэнтности терапевта [72]. Исследования показывают, что такие подходы также могут снижать симптомы депрессии. В метаанализе Cuijpers et al. [73], включавшем 31 исследование недирективной поддерживающей терапии при депрессии у взрослых, был выявлен умеренный эффект по сравнению с контрольными условиями. В среднем этот подход уступал другим психологическим вмешательствам в эффективности, однако различия исчезали после учёта researcher allegiance - предпочтения исследователей в пользу определенного метода. Это означает, что часть различий между терапиями может объясняться не только их эффективностью, но и особенностями дизайна исследований. Недавний метааналитический обзор Cuijpers et al. (2024) также показывает, что недирективная поддерживающая терапия, вероятно, эффективна при депрессии, хотя её эффекты могут быть несколько меньше, чем у других терапевтических подходов. Авторы отмечают, что это может быть связано с тем, что недирективную терапию часто используют как контрольное условие, а не как полноценное активное вмешательство [74].

Доказательная база по гештальт-терапии пока менее обширна и более неоднородна, чем по гуманистически-экспериментальным подходам в целом. В систематическом обзоре эмпирических исследований гештальт-терапии Raffagnino [75] было включено 11 исследований, опубликованных на английском и итальянском языках; авторы описали положительные

изменения по клиническим и социально-поведенческим показателям, особенно в групповом формате. Однако ограниченное число исследований, различия в дизайне, малые выборки и неодинаковые контрольные условия не позволяют делать столь же сильные выводы, как для более разработанных психотерапевтических направлений. Современные данные также указывают на возможную эффективность гештальт-терапии при распространенных психических расстройствах. В исследовании Kaisler et al. [76] оценивались показатели психологического благополучия, психосоциального здоровья, самооэффективности и саморегуляции у пациентов, проходивших гештальт-терапию; после вмешательства были отмечены положительные изменения по ряду этих параметров.

Кросс-дисциплинарные методы оценки психотерапевтических подходов

В последние годы в исследованиях психотерапевтических методов отчетливо усиливается кросс-дисциплинарный подход, основанный на объединении данных клинической психологии, психофизиологии и нейронаук. Если ранее эффективность психотерапии в основном оценивалась по результатам опросников, интервью и субъективной самооценки состояния, то сегодня все чаще используются комплексные исследовательские схемы, в которых психометрические показатели дополняются регистрацией объективных физиологических параметров, отражающих активность автономной нервной системы и центральной нервной системы. К числу наиболее часто применяемых показателей относятся вариабельность сердечного ритма, кожно-гальваническая реакция, частота сердечных сокращений, дыхательные параметры, электромиографическая активность и показатели электроэнцефалографии [77], [78], [79].

Такой подход существенно расширяет возможности анализа психотерапевтического процесса. Самоотчет пациента и клиническая оценка специалиста позволяют описать субъективно переживаемые изменения, однако они не всегда полностью отражают динамику регуляторных процессов, лежащих в основе эмоционального восстановления, снижения напряжения и нормализации стресс-реакций. Регистрация физиологических показателей делает возможным более точное изучение того, как изменяется состояние организма в ходе отдельной сессии и на протяжении всего курса терапии. В частности, вариабельность сердечного ритма рассматривается как один из наиболее информативных индикаторов вегетативной регуляции и адаптационных ресурсов [80], [81], [82], а кожная проводимость [83] и дыхательные параметры [84] используются для оценки уровня физиологического возбуждения и эмоциональной активации.

Особую ценность кросс-дисциплинарный дизайн имеет при исследовании механизмов действия психотерапии. Современные обзоры подчеркивают, что изучение механизмов изменения в психотерапии должно опираться не только на статистические или концептуальные модели, но и на функциональные объяснения, согласующиеся с данными о работе биологических систем организма [77], [85], [86]. Именно поэтому в последние годы возрастает интерес к исследованиям, в которых оцениваются не только клинические исходы, но и биологические корреляты психотерапевтического воздействия, включая изменения со стороны автономной, нейроэндокринной и центральной нервной систем. Такой подход особенно важен для методов,

направленных на работу со стрессом, тревожностью, травматическим опытом и эмоциональной дисрегуляцией, где клинический эффект нередко сопровождается изменениями физиологических маркеров напряжения и восстановления [87], [88].

С практической точки зрения внедрение кросс-дисциплинарного подхода позволяет повысить надежность оценки результатов психотерапии и уменьшить зависимость выводов от одного источника данных. Комбинация опросников, клинических шкал и объективной физиологической регистрации создает более полную картину изменений, происходящих у пациента, и помогает различать краткосрочный субъективный эффект, устойчивую клиническую динамику и собственно биофизиологические механизмы улучшения. Это особенно важно в прикладных исследованиях, где требуется не только подтвердить наличие терапевтического эффекта, но и показать, за счет каких именно регуляторных процессов он реализуется.

Вместе с тем кросс-дисциплинарный подход позволяет рассматривать психотерапевтические изменения не только на уровне непосредственной симптоматики и физиологических маркеров, но и в более широком контексте жизненного и семейного опыта человека. В этом отношении особое значение приобретают семейные, привязанностные и межпоколенческие механизмы, которые могут участвовать в формировании устойчивых эмоциональных и поведенческих паттернов. Психотерапевтические подходы, направленные на осознание и переработку семейных и эмоциональных паттернов, могут быть связаны с изменением устойчивых способов переживания и регуляции, в том числе сформированных в раннем опыте и поддерживаемых в межпоколенческом контексте [89]. Передача последствий травматического опыта рассматривается как многокомпонентный процесс, включающий как биологические, так и психологические механизмы. В частности, эпигенетические исследования показывают, что травматический опыт может быть связан с изменениями регуляции генов, участвующих в стресс-реакции, включая функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [90], [91]. Эти изменения могут наблюдаться и у потомков, потенциально влияя на их чувствительность к стрессу.

3. Методы

3.1 Участники исследования

В финальный анализ были включены данные 377 человек. 22 человека без опыта практики GSR (контрольная группа) и 355 человек, с различным опытом практики GSR. Опыт практики определялся на основании самоотчета участников о количестве проведенных самосессий. Им предлагалось выбрать один из заданных вариантов. Позднее для анализа информация о количестве пройденных самосессий была преобразована в ранжированную переменную. Категория 0 представляла контрольную группу, не знакомую с методом GSR; категория 1 — людей, пришедших в практику, но прошедших менее 10 самосессий. В таблице 1 приведено количество участников, попавших в каждую из категорий.

Таблица 1. Распределение числа участников по группам

Категория	Диапазон самосессий	n	n женщин	n мужчин
0	контроль	22	17	5
1	менее 10	14	14	0
2	10-100	40	31	9
3	100-200	26	23	3
4	200-300	28	25	3
5	300-400	23	21	2
6	400-500	26	23	3
7	500-1000	60	51	9
8	1000-10 000	115	95	20
9	более 10 000	23	21	2

Стоит отметить, что женщины составили более 85% выборки, что может являться ограничением в контексте генерализации полученных данных на лиц обоего пола.

Все участники заполняли онлайн опросник на платформе Webask (webask.io). Полный текст опросника приведен в Приложении 1. Опросник включал в себя вопросы о поле, возрасте, семейном положении, образе жизни, а также батарею психометрических опросников, описанных ниже.

3.2 Психометрические опросники

3.2.1. Краткая шкала самоконтроля, BSCS

Brief Self-Control Scale (BSCS) предназначена для оценки самоконтроля как устойчивой личностной характеристики. Шкала отражает способность человека регулировать поведение,

эмоции и импульсы, сохранять целенаправленность действий и сопротивляться ситуативным желаниям и отвлекающим факторам.

Русскоязычная адаптация методики была выполнена Т.О. Гордеевой, 2016 [92]. Опросник включает 13 утверждений, оцениваемых по 5-балльной шкале.

Интерпретация баллов

13–27 баллов — низкий уровень самоконтроля.

Может указывать на склонность к импульсивному поведению, трудности в саморегуляции и меньшую устойчивость к отвлекающим или стрессовым воздействиям.

28–45 баллов — средний уровень самоконтроля.

Отражает умеренно выраженную способность регулировать поведение, эмоции и импульсы. Такой результат соответствует нормативному уровню самодисциплины.

46–65 баллов — высокий уровень самоконтроля.

Указывает на выраженную способность к целенаправленному поведению, организованности, настойчивости и сопротивлению импульсивным реакциям.

3.2.2. Опросник по эмоциональному интеллекту, TEIQue-SF

Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue-SF) предназначен для оценки эмоционального интеллекта как личностной черты. В рамках данной модели эмоциональный интеллект понимается как совокупность эмоционально значимых самооценок и устойчивых личностных характеристик, связанных с пониманием, регуляцией и использованием эмоций. Опросник включает 30 утверждений, оцениваемых по 7-балльной шкале. Опросник был использован в русскоязычной адаптации Панкратовой А.А., 2021 [93]. В ней выделяется две основные шкалы: “поддержание отношений” и “социальная компетентность”. Также рассчитывается общий показатель эмоционального интеллекта как сумма двух шкал.

Шкала “Поддержание отношений” отражает внутриличностные аспекты эмоционального интеллекта, включая понимание и регуляцию собственных эмоций, а также личностные качества, способствующие поддержанию гармоничных межличностных отношений.

Интерпретация баллов шкалы “Поддержание отношений”:

75 баллов и ниже — низкий уровень.

Может свидетельствовать о трудностях в понимании и регуляции собственных эмоций, а также о меньшей выраженности ресурсов, поддерживающих эмоциональную устойчивость и гармоничные отношения.

76–103 балла — средний уровень.

Отражает нормативную выраженность эмоциональной саморегуляции и способности поддерживать отношения.

104 балла и выше — высокий уровень.

Указывает на развитое понимание собственных эмоций, эмоциональную устойчивость, оптимизм, меньшую импульсивность и более эффективное поддержание отношений.

Шкала “Социальная компетентность” отражает межличностные аспекты эмоционального интеллекта, включая понимание эмоций других людей, управление взаимодействием и эффективное использование эмоциональной информации в общении.

Интерпретация баллов шкалы “Социальная компетентность”:

46 баллов и ниже — низкий уровень.

Может свидетельствовать о трудностях в распознавании эмоций других людей и в социальном взаимодействии.

47–61 балл — средний уровень.

Отражает нормативную выраженность межличностных навыков и социальной адаптивности.

62 балла и выше — высокий уровень.

Указывает на хорошо развитую способность понимать эмоциональные состояния других людей и эффективно выстраивать коммуникацию.

Общий показатель эмоционального интеллекта вычисляется как сумма шкал «Поддержание отношений» и «Социальная компетентность».

Интерпретация:

123 балла и ниже — низкий уровень.

Может свидетельствовать о сниженной выраженности эмоциональной саморегуляции, трудностях в понимании и использовании эмоциональной информации, а также о меньшей эффективности эмоционального функционирования в межличностном взаимодействии.

124–162 балла — средний уровень.

Соответствует нормативной выраженности эмоционального интеллекта как личностной черты.

163 балла и выше — высокий уровень.

Отражает развитые способности к пониманию и регуляции эмоций, эффективному использованию эмоциональной информации в межличностном взаимодействии, а также связан с более высоким уровнем психологического благополучия, удовлетворённости жизнью и меньшей выраженностью тревожности и негативного аффекта.

3.2.3. Опросник Большой пятерки, BFI-2-XS

Big Five Inventory (BFI-2-XS) предназначен для оценки пяти базовых личностных черт в рамках пятифакторной модели личности: экстраверсии, доброжелательности, добросовестности, негативной эмоциональности и открытости опыту.

Опросник, адаптированный на российской выборке А.М. Мишкевичем, 2022, [94], включает 15 утверждений, оцениваемых по шкале от 1 до 5.

Экстраверсия отражает общительность, энергичность, активность, эмоциональную выразительность и ориентацию на взаимодействие с другими людьми.

Интерпретация баллов:

До 6 баллов — низкий уровень.

Человек чаще сдержан, предпочитает ограниченное социальное взаимодействие и может чувствовать себя комфортнее в уединении.

6–11 баллов — средний уровень.

Отражает умеренную выраженность экстраверсии. Человек может быть как общительным, так и склонным к уединению в зависимости от ситуации.

12 баллов и выше — высокий уровень.

Указывает на выраженную общительность, энергичность и активную ориентацию на социальные контакты.

Доброжелательность отражает кооперативность, доверие, эмпатию, тактичность и готовность к сотрудничеству.

Интерпретация баллов:

До 7 баллов — низкий уровень.

Человек может быть более прямым, критичным и скептическим, с меньшей склонностью к уступчивости.

7–12 баллов — средний уровень.

Отражает сбалансированное сочетание кооперативности и способности отстаивать собственные границы.

13 баллов и выше — высокий уровень.

Указывает на эмпатию, доверчивость, тактичность и выраженную ориентацию на сотрудничество.

Добросовестность отражает организованность, ответственность, самодисциплину и настойчивость в достижении целей.

Интерпретация баллов:

До 7 баллов — низкий уровень.

Человек может предпочитать более спонтанный стиль действий и менее ориентироваться на планирование.

7–12 баллов — средний уровень.

Отражает умеренную организованность и самодисциплину при сохранении гибкости.

13 баллов и выше — высокий уровень.

Указывает на выраженную ответственность, организованность и настойчивость.

Невротизм отражает склонность к тревоге, эмоциональной чувствительности и частоте переживания отрицательных эмоций.

Интерпретация баллов:

До 7 баллов — низкий уровень.

Указывает на эмоциональную устойчивость и меньшую склонность к негативному аффекту.

7–12 баллов — средний уровень.

Отражает умеренную эмоциональную чувствительность, соответствующую нормативному диапазону.

13 баллов и выше — высокий уровень.

Указывает на повышенную эмоциональную реактивность, тревожность и склонность к переживанию напряжения.

Открытость опыту отражает любознательность, интерес к новому, воображение и восприимчивость к интеллектуальным и эстетическим стимулам.

Интерпретация баллов:

До 8 баллов — низкий уровень.

Человек чаще предпочитает знакомое, проверенное и практичное.

8–12 баллов — средний уровень.

Отражает баланс между интересом к новому и ориентацией на привычные подходы.

13 баллов и выше — высокий уровень.

Указывает на выраженную любознательность, интерес к новому опыту, идеям и творческой активности.

3.2.4. Шкала депрессии Бека, BDI

Beck Depression Inventory (BDI) предназначена для скрининговой оценки выраженности депрессивной симптоматики за последнюю неделю. Опросник отдельно оценивает когнитивно-аффективные и соматические проявления депрессии. Он включает 21 пункт, каждый оценивается от 0 до 3 баллов. Использована российская адаптация Тарабриной Н.В., 2001 [95].

Когнитивно-аффективные симптомы депрессии включают нарушение мышления (пессимизм, трудности концентрации, замедленность процессов) и эмоциональной сферы (снижение фона настроения, ангедония)

Соматические симптомы депрессии включают разнообразные телесные симптомы, такие как хроническая усталость, нарушения сна, изменения аппетита и веса, боли в теле без явной органической причины, а также сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные расстройства.

Интерпретация суммарных баллов

0–9 баллов — отсутствие или минимальная выраженность депрессивных симптомов.

10–18 баллов — легкая выраженность депрессивной симптоматики / субдепрессивный уровень.

19–29 баллов — умеренно выраженная депрессия.

30–63 балла — выраженная депрессия.

3.2.5. Шкала тревоги Спилбергера — Ханина, STAI

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) оценивает два типа тревожности: ситуативную (реактивную) тревожность — текущее состояние; личностную тревожность — устойчивую склонность

воспринимать ситуации как угрожающие. Опросник включает 40 пунктов с ответами по 4-балльной шкале. Адаптация выполнена Ю.Л. Ханиным, 1976 [96].

Интерпретация баллов:

До 30 баллов — низкая тревожность.

Может отражать эмоциональную устойчивость и низкую склонность к переживанию тревоги.

31–44 балла — умеренная тревожность.

Соответствует нормативному уровню тревожности.

45 баллов и выше — высокая тревожность.

Указывает на выраженную склонность к тревожным переживаниям, внутреннему напряжению и чувствительности к стрессовым ситуациям.

3.2.6. Шкала воспринимаемого стресса, PSS-10

Perceived Stress Scale (PSS-10) оценивает, насколько стрессовой человек воспринимает свою жизнь за последний месяц. Методика отражает субъективное переживание напряженности, перегруженности и контроля над жизненными обстоятельствами. Опросник включает 10 пунктов с ответами по 5-балльной шкале. Опросник был использован в российской адаптации А.А. Золотаревой, 2023 [97].

Интерпретация баллов:

0–15 баллов — низкий уровень воспринимаемого стресса.

Человек обычно ощущает контроль над жизнью и достаточно эффективно справляется с трудностями.

16–31 балл — умеренный уровень воспринимаемого стресса.

Это наиболее типичный диапазон, в котором могут присутствовать признаки стресса, но они остаются управляемыми.

32–56 баллов — высокий уровень воспринимаемого стресса.

Может указывать на ощущение перегруженности, напряжения и сниженного субъективного контроля.

Фактор дистресса

Отражает субъективное переживание напряжения, перегруженности и стресса за последний месяц. Высокие значения указывают на выраженное ощущение давления и психологического дискомфорта.

Интерпретация баллов:

0–7 — низкий уровень.

8–17 — средний уровень.

18–28 — высокий уровень.

Фактор совладания

Отражает субъективное ощущение способности справляться с жизненными требованиями и

сохранять контроль в стрессовых обстоятельствах. Высокие значения указывают на более выраженное ощущение управляемости ситуации.

Интерпретация баллов:

0–11 — низкий уровень.

12–21 — средний уровень.

22–32 — высокий уровень.

3.2.7. Опросник совладания со стрессом, COPE-30

Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (COPE-30) предназначен для оценки типичных стратегий совладания со стрессом. Опросник позволяет выявить как адаптивные, так и менее адаптивные способы реагирования на трудные жизненные ситуации. Опросник включает 15 шкал. Ответы оцениваются по 4-балльной шкале. Использована российская адаптация М.А. Одинцовой, 2022 [98].

Интерпретация баллов:

2–4 балла — низкая выраженность стратегии.

Стратегия используется редко или почти не используется.

5–6 баллов — средняя выраженность стратегии.

Стратегия применяется ситуативно.

7–8 баллов — высокая выраженность стратегии.

Стратегия является устойчивым привычным способом совладания.

Адаптивные стратегии

Активное совладание — прямые действия по преодолению стрессовой ситуации.

Планирование — обдумывание действий и выстраивание последовательности решений.

Поиск инструментальной поддержки — обращение за советом, информацией или практической помощью.

Поиск эмоциональной поддержки — стремление получить сочувствие, понимание и моральную поддержку.

Позитивное переформулирование — попытка переоценить ситуацию в более конструктивном ключе.

Принятие — готовность признавать реальность происходящего и учитывать ее в поведении.

Обращение к религии — использование религиозных или духовных ресурсов в стрессовой ситуации.

Юмор — использование юмора как способа эмоциональной регуляции.

Подавление конкурирующей деятельности — сосредоточение на решении проблемы и временное ограничение отвлекающих занятий.

Сдерживание — склонность выжидать подходящий момент и не действовать поспешно.

Дезадаптивные стратегии

Самоотвлечение — уход в сторонние занятия для отвлечения от проблемы.

Отрицание — тенденция не признавать реальность проблемы или ее значимость.

Употребление психоактивных веществ — использование алкоголя, лекарств или других веществ как способа ухода от стресса.

Поведенческое отстранение — склонность отказываться от попыток активного решения проблемы.

Концентрация на эмоциях и их выражение — сосредоточенность на переживаниях и активное эмоциональное выражение.

3.2.8. Шкала стрессоустойчивости, CD-RISC-10

Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) предназначена для оценки резилентности, то есть психологической устойчивости, способности адаптироваться к трудностям, сохранять функционирование под стрессом и восстанавливаться после неблагоприятных событий. Опросник включает 10 пунктов, оцениваемых по шкале от 0 до 4. Адаптация выполнена С.К. Нартовой-Бочавер, 2021 [99].

Интерпретация

Общий балл от 0 до 40: чем выше балл, тем выше резилентность (способность справляться с трудностями). Высокий балл по CD-RISC-10 значимо связан с психологическим благополучием, позитивным аффектом, самооценкой и аутентичной жизнью, а низкий — с депрессивными симптомами, негативным аффектом и самоотчуждением (что подтверждает его конструктивную валидность).

3.2.9. Опросник когнитивной флексибельности, CFI

Cognitive Flexibility Inventory (CFI) измеряет когнитивную гибкость, то есть способность изменять способ мышления, находить альтернативные объяснения и воспринимать трудные ситуации как поддающиеся контролю и переоценке. Опросник включает 20 пунктов, оцениваемых по 7-балльной шкале. Адаптация на российской выборке выполнена С.С. Кургиняном, 2018 [100].

Шкалы

Шкала “Альтернативы” отражает способность видеть разные объяснения событий и находить несколько вариантов решения трудных ситуаций. Шкала “Контроль” отражает восприятие трудных ситуаций как в определенной степени управляемых и поддающихся влиянию.

Интерпретация шкалы «Альтернативы»:

Менее 57 баллов — низкий уровень.

Человек склонен к однозначным объяснениям и с трудом находит альтернативные причины событий.

58–77 баллов — средний уровень.

Когнитивная флексибельность проявляется ситуативно.

78–84 балла — высокий уровень.

Указывает на выраженную способность к дивергентному мышлению и поиску нескольких вариантов решения.

Интерпретация шкалы «Контроль»:

8–27 баллов — низкий уровень.

Человек воспринимает трудности как внешние и мало поддающиеся влиянию.

28–42 балла — средний уровень.

Ситуативное ощущение контроля: в одних обстоятельствах человек чувствует себя более субъектным, в других — менее.

43–56 баллов — высокий уровень.

Указывает на устойчивое ощущение возможности влиять на ход событий своими действиями и отношением.

Интерпретация общего балла:

20–88 баллов — низкий уровень, когнитивная ригидность.

89–117 баллов — средний уровень.

118–140 баллов — высокий уровень когнитивной флексибельности.

3.2.10. Утрехтская шкала увлеченности работой, UWES

Utrecht Work Engagement Scale (UWES) предназначена для оценки вовлеченности в работу и включает три компонента: энергичность, энтузиазм, поглощенность деятельностью. Опросник включает 9 пунктов. Ответы оцениваются по 7-балльной шкале. Адаптация Д.А. Кутузовой, 2006 [101].

Шкалы

Энергичность (Vigor) отражает уровень энергии, работоспособности, бодрости, готовности к усилиям и настойчивости.

Энтузиазм / преданность делу (Dedication) отражает чувство значимости работы, вдохновение, гордость и внутреннюю включенность.

Поглощенность (Absorption) отражает глубокую концентрацию на работе, состояние вовлеченности и переживание «потока».

Интерпретация:

Чем выше средний балл, тем выше выраженность соответствующего компонента вовлеченности. Низкие значения могут отражать снижение энергии, интереса, эмоциональной включенности или трудности с погружением в рабочий процесс.

3.2.11. Шкала инициативы к личностному росту, PGIS

Personal Growth Initiative Scale (PGIS) предназначена для оценки выраженности стремления человека к осознанному саморазвитию и позитивным изменениям. Опросник включает в себя 9 пунктов с оценкой по 6-балльной шкале. Адаптация Д.В. Семенова, 2016 [102].

Интерпретация баллов:

Менее 24 балла — низкий уровень.

Может указывать на более пассивное отношение к личностному росту, меньшую инициативность в саморазвитии и склонность ожидать изменений скорее от внешних обстоятельств.

25–38 баллов — средний уровень.

Отражает ситуативную выраженность стремления к росту: в одних сферах человек может проявлять активность, в других — более пассивную позицию.

39–54 балла — высокий уровень.

Указывает на выраженную инициативу к личностному росту, готовность к саморазвитию, активное отношение к изменениям и способность извлекать уроки из опыта.

3.2.12. Шкала самоуважения Розенберга, RSES

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) предназначена для оценки общей самооценки, то есть того, как человек в целом воспринимает собственную ценность и компетентность. Опросник включает 10 пунктов. Ответы оцениваются по 4-балльной шкале. Адаптация А.А. Золотаревой, 2022 [103].

Интерпретация баллов:

Менее 15 баллов — низкий уровень самоуважения.

15–24 баллов — нормальный/средний уровень самоуважения.

25–30 баллов — высокий уровень самоуважения.

3.2.13. Шкала общей самоэффективности, GSE

General Self-Efficacy Scale (GSE) предназначена для оценки субъективной уверенности человека в собственной способности справляться с трудностями, достигать целей и действовать эффективно в сложных обстоятельствах. Опросник включает 10 утверждений, которые оцениваются по 4-балльной шкале. Адаптация В.Г. Ромека, 1996 [104].

Интерпретация баллов:

10–20 баллов — низкий уровень.

Может указывать на неуверенность в собственных ресурсах и сомнения в способности справляться с трудностями.

21–30 баллов — средний уровень.

Отражает умеренную уверенность в собственных возможностях.

31–40 баллов — высокий уровень.

Указывает на выраженную веру в собственную эффективность и готовность справляться с препятствиями.

3.2.14. Опросник когнитивной регуляции эмоций, CERQ

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) предназначен для оценки когнитивных стратегий, используемых для регуляции эмоций после негативных или стрессовых событий. Опросник включает 36 утверждений, оцениваемых по 5-балльной шкале. Каждая из 9 шкал состоит из 4 пунктов. Адаптация Е.И. Рассказовой, 2011 [105].

Табл. 2 Шкалы CERQ и нормативные пороги

Шкала	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Самообвинение	4–9.3	9.4–16.1	16.2–20
Принятие	4–7.8	7.9–14.9	15–20
Руминация	4–10.2	10.3–17.7	17.8–20
Позитивная перефокусировка	4–9.5	9.6–15.9	16–20
Фокусирование на планировании	4–9.1	9.2–15.3	15.4–20
Позитивная переоценка	4–9.3	9.4–15.5	15.6–20

Рассмотрение в перспективе	4–9.2	9.3–15.5	15.6–20
Катастрофизация	4–9.5	9.6–16.3	16.4–20
Обвинение других	4–8.9	9–15.7	15.8–20

Адаптивные стратегии (эффективная регуляция):

Принятие — мысли о принятии того, что случилось.

Позитивная перефокусировка — отвлечение на мысли о других, более приятных событиях и ситуациях вместо размышлений о пережитых затруднениях.

Фокусирование на планировании — размышления о том, какие следующие шаги лучше предпринять по отношению к случившемуся.

Позитивная переоценка — поиск положительного смысла в произошедшем событии в целях личностного роста или приобретения нового опыта.

Рассмотрение в перспективе — снижение исключительной значимости события за счет его сравнения с другими ситуациями.

Неадаптивные стратегии (усиление дистресса):

Самообвинение — мысли, в которых человек винит себя за случившееся.

Руминация — постоянные размышления о мыслях и чувствах, связанных с пережитой трудной ситуацией.

Катастрофизация — мысли о глобальных размерах произошедшего события и его отрицательных последствиях.

Обвинение других — перекладывание вины за пережитое человеком событие на окружающих.

3.2.15. Шкала упорства, Grit-S

Short Grit Scale (Grit-S) предназначена для оценки упорства и устойчивости интересов в достижении долгосрочных целей. Опросник включает 12 утверждений, оцениваемых по 5-балльной шкале. Адаптация Ю.А. Тюменева, 2014 [106].

Шкала включает 2 компонента: устойчивость интересов; настойчивость усилий. **Настойчивость в приложении усилий** – способность продолжать работать над достижением своей цели, несмотря на неудачи. Субшкала характеризует стремление человека прикладывать усилия и достигать поставленных целей. Люди с высокими показателями продолжают добиваться цели, даже если встречаются серьезные трудности на своем пути. **Устойчивость интересов** – способность поддерживать одну и ту же цель в течение длительных периодов времени. Другими словами, она характеризует стабильность поставленных целей. Люди, которые имеют высокие показатели по данной субшкале, могут демонстрировать приверженность своим интересам и целям в течение многих лет.

Интерпретация:

Чем выше общий балл, тем выше уровень упорства.

3.2.16. Шкала удовлетворенности жизнью, SWLS

Satisfaction With Life Scale (SWLS) предназначена для оценки общей когнитивной удовлетворенности жизнью. Опросник включает 5 утверждений, оцениваемых по 7-балльной шкале. Адаптация С.П. Елшанский, 2015 [107].

Интерпретация баллов:

5–9 баллов — очень низкая удовлетворенность жизнью.

10–14 баллов — низкая удовлетворенность жизнью.

15–19 баллов — умеренно низкая удовлетворенность жизнью.

20–24 балла — средний уровень удовлетворенности.

25–29 баллов — высокая удовлетворенность жизнью.

30–35 баллов — очень высокая удовлетворенность жизнью.

3.3. Статистический анализ

На первом этапе сравнивались группы 0 и 1, чтобы проверить, отличаются ли новички GSR от контрольной группы до накопления значимого опыта практики. Для количественных и психометрических показателей использовались непараметрические сравнения Манна–Уитни; для категориальных переменных — χ^2 -тесты и V Крамера. Для множественных сравнений применялась FDR-коррекция Бенджамини–Хохберга.

Основная регрессионная модель строилась среди участников GSR и имела вид: $\text{score} \sim \text{n_session_grade} + \text{age} + \text{sex} + \text{education} + \text{marital_status} + \text{psychotherapy_ever} + \text{meditation_status}$. Таким образом, эффект опыта GSR оценивался при контроле возраста, пола, образования, семейного положения, опыта психотерапии и статуса медитативных практик.

Количество пройденных модулей не включалось в основную модель, поскольку оно тесно связано с числом самосессий и концептуально отражает общий уровень вовлеченности в GSR. Отдельно проверялась роль модулей в старших категориях опыта. Также проверялась возможная нелинейность через сравнение линейных, квадратичных и категориальных моделей.

Дополнительно для проверки возможных пороговых эффектов был проведён threshold / piecewise-анализ. Для каждой шкалы, показавшей достоверную связь с опытом GSR в основной модели, строились модели вида: $\text{score} \sim \text{n_session_grade} + \max(0, \text{n_session_grade} - k) + \text{ковариаты}$, где k последовательно принимал значения от 2 до 8. Такой подход позволяет проверить, меняется ли наклон связи после определённого уровня практики. Ковариаты совпадали с основной моделью: возраст, пол, образование, семейное положение, опыт психотерапии и статус медитативных практик. Для каждой шкалы сравнивались линейная, piecewise- и категориальная модели; критерием возможного порога считалось улучшение AIC относительно линейной модели при значимом hinge-члене после FDR-коррекции.

4. Результаты

4.1. Сравнение контрольной группы (без опыта GSR) и группы с минимальным опытом GSR (менее 10 сессий)

Группы без опыта GSR и с опытом менее 10 самосессий были сопоставимы по возрасту, гендерному составу, уровню образования. Также после проведения коррекции на множественные сравнения группы не различались по результатам психометрических опросников. Это говорит о том, что люди, приходящие в практику GSR, но еще не получившие существенного опыта, в нашей выборке статистически не отличались от контрольной группы по измеренным характеристикам.

4.2. Взаимосвязь опыта практики GSR и результатов психометрических опросников

Для оценки взаимосвязи опыта практики GSR и результатов психологических характеристик была построена серия регрессионных моделей, где в качестве зависимой переменной выступал балл по шкале психометрического опросника, а в качестве предиктора опыт практики GSR (ранжированный). В качестве ковариат в модель были включены возраст, пол, образование, семейное положение, опыта психотерапии и занятие медитативными практиками.

После коррекции на множественные сравнения опыт GSR оказался значимым предиктором для баллов по 34 психометрическим шкалам. На рисунке 1 представлены значимые результаты.

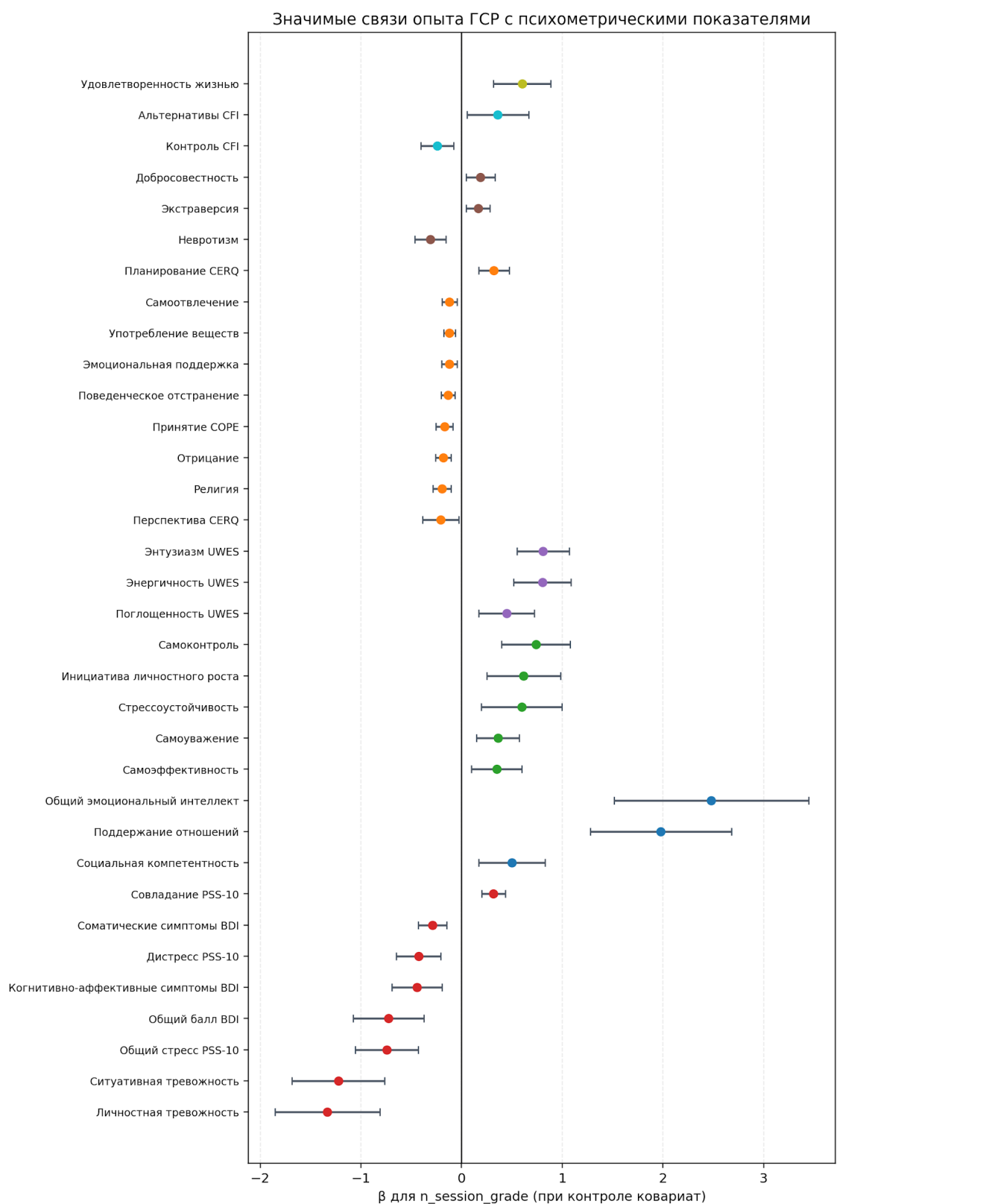


Рисунок 1. Значимые эффекты опыта GSR. На рисунке представлены коэффициенты β и 95% доверительные интервалы. Положительные значения означают рост показателя с увеличением опыта, отрицательные — снижение.

4.3 Результаты регрессионного анализа для отдельных опросников

4.3.1. Краткая шкала самоконтроля, BSCS

BSCS оценивает самоконтроль как способность регулировать поведение, эмоции и импульсы, действовать целенаправленно и сопротивляться ситуативным желаниям. Была выявлена положительная ассоциация баллов по шкале самоконтроля с опытом GSR ($\beta=0.738$, $q=0.00011$).

Краткая шкала самоконтроля, BSCS

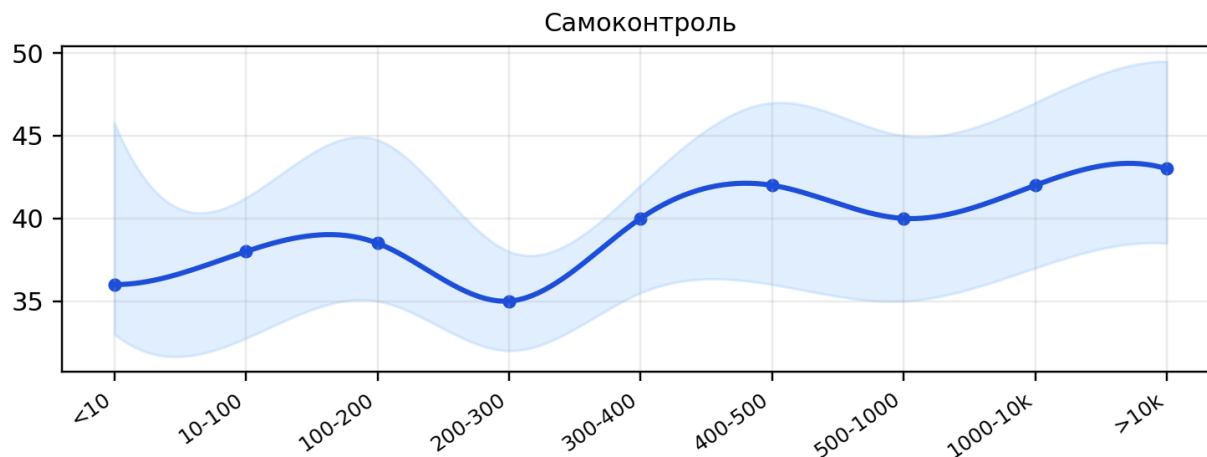


Рисунок 2. Изменение баллов по «Краткая шкала самоконтроля, BSCS» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.2. Опросник эмоционального интеллекта, краткая форма (TEIQue-SF)

Данный опросник оценивает эмоциональный интеллект как личностную черту. Были отдельно проанализированы шкалы “Поддержания отношений” и “Социальной компетентности” и общий показатель эмоционального интеллекта.

Для всех трех показателей была выявлена положительная ассоциация с опытом GSR: “Поддержание отношений” ($\beta=1.978$, $q=6.51e-07$), “Социальная компетентность” ($\beta=0.500$, $q=0.00623$), Общий эмоциональный интеллект ($\beta=2.480$, $q=4.02e-06$). Результаты анализа представлены на Рисунке 3.

Trait Emotional Intelligence Questionnaire — Short Form, TEIQue-SF

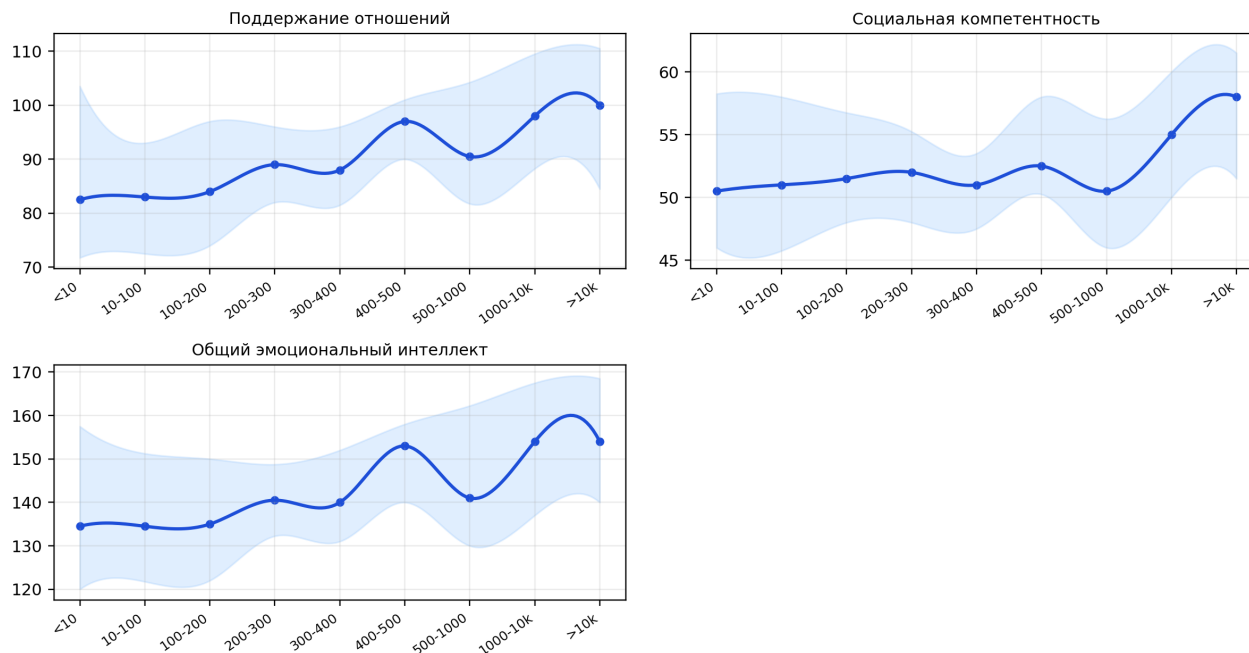


Рисунок 3. Изменение баллов по шкалам опросника эмоционального интеллекта (TEIQue-SF) с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.3. Опросник Большой пятерки, BFI-2-XS

BFI-2-XS оценивает базовые личностные черты: экстраверсию, доброжелательность, добросовестность, невротизм и открытость опыту.

После коррекции на множественные сравнения была выявлена положительная ассоциация с опытом GSR баллов по шкалам “Экстраверсия” ($\beta=0.163$, $q=0.0108$) и “Добросовестность” ($\beta=0.188$, $q=0.0186$). Баллы по шкале “Невротизм”, напротив, снижались с увеличением опыта практики GSR ($\beta=-0.310$, $q=0.000233$).

Для шкал “Доброжелательность” и “Открытость опыту” значимой ассоциации с опытом GSR выявлено не было.

Результаты представлены на рисунке 4.

Опросник Большой пятерки, BFI-2-XS

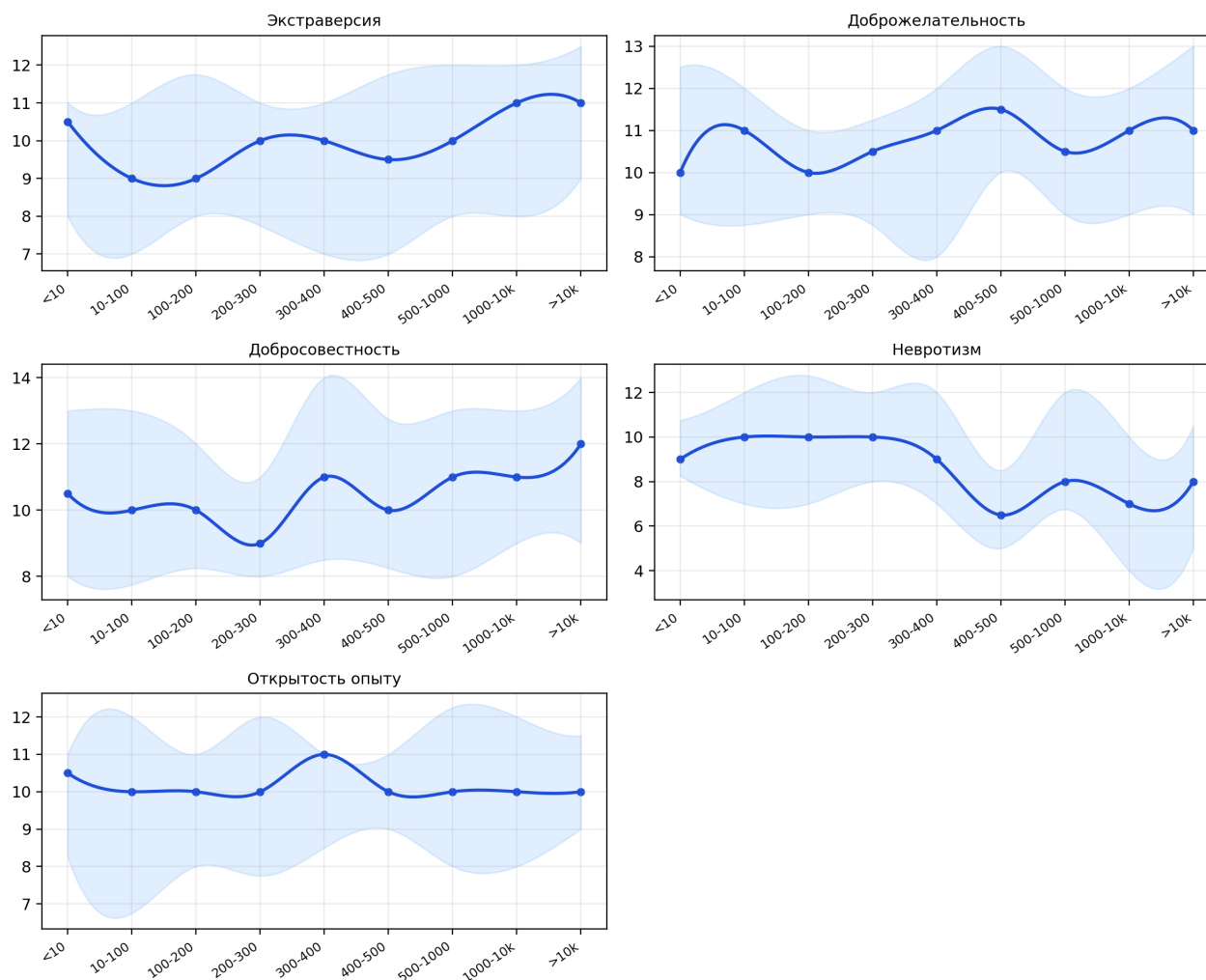


Рисунок 4. Изменение баллов по шкалам опросника Большой пятерки (BFI-2-XS) с увеличением опыта GSR. Ассоциация опыта GSR с баллами шкал “Доброжелательность” и “Открытость опыту” была незначима. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.4. Шкала депрессии Бека, BDI

BDI оценивает выраженность депрессивной симптоматики. Были проанализированы как отдельные шкалы “Когнитивно-аффективные симптомы” и “Соматические симптомы”, так и суммарный балл депрессии.

Все три показателя значимо снижались с увеличением опыта практики GSR: “Когнитивно-аффективные симптомы” ($\beta=-0.441$, $q=0.00131$), “Соматические симптомы”

($\beta=-0.289$, $q=0.000227$), общий балл депрессии ($\beta=-0.727$, $q=0.000176$). Результаты представлены на рисунке 5.

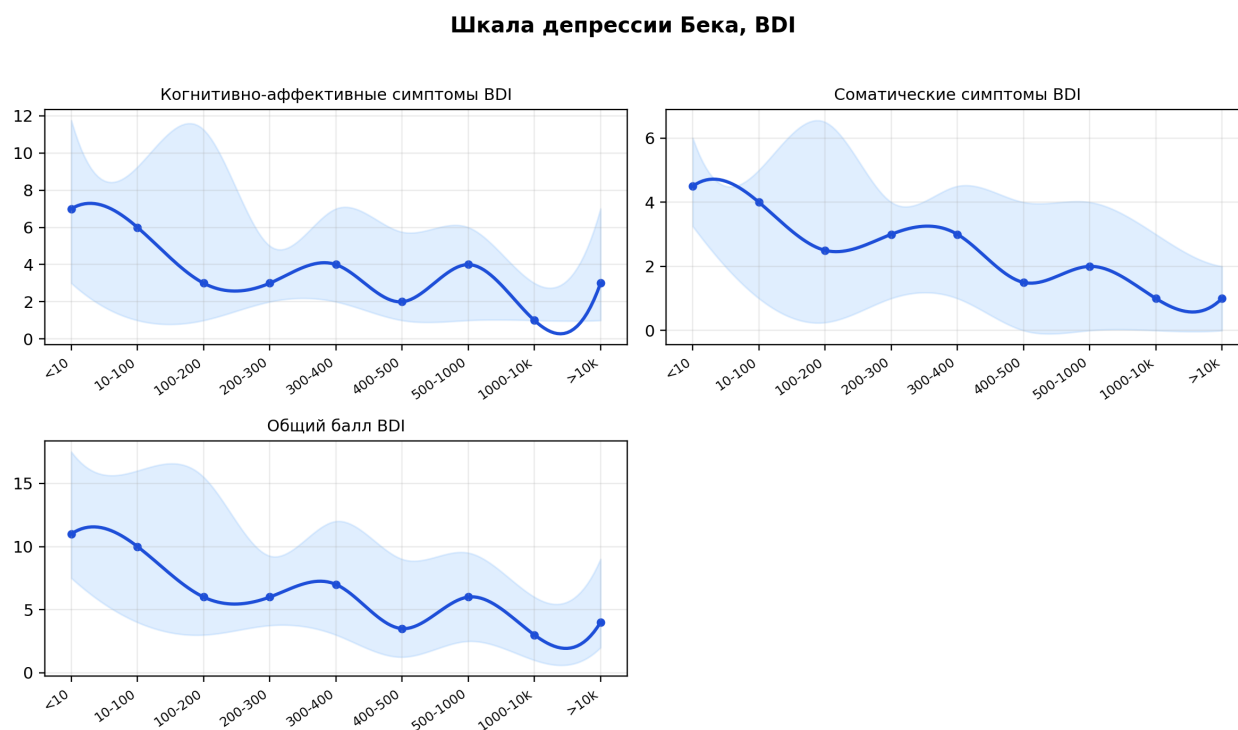


Рисунок 5. Изменение баллов по шкалам опросника «Шкала депрессии Бека, BDI» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.5. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина, STAI

STAI оценивает ситуативную тревожность как текущее состояние и личностную тревожность как устойчивую склонность к тревожному реагированию. Оба показателя снижались с увеличением опыта практики: ситуативная тревожность ($\beta=-1.225$, $q=2.08e-06$); личностная тревожность ($\beta=-1.333$, $q=4.02e-06$). Результаты представлена на рисунке 6.

Шкала тревоги Спилбергера — Ханина, STAI

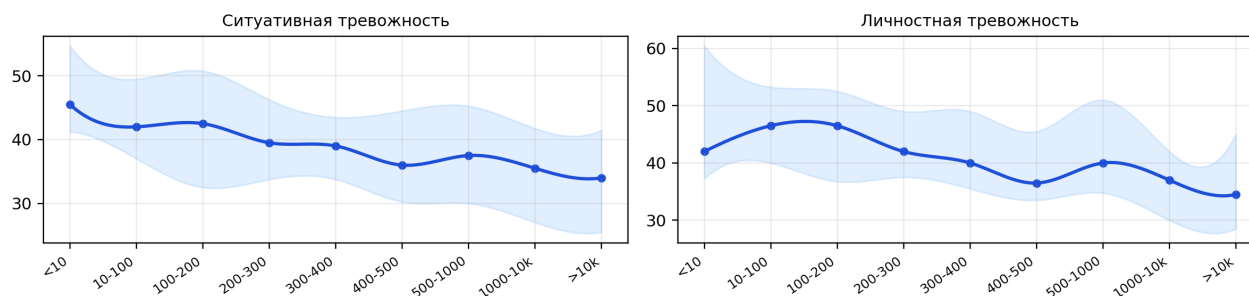


Рисунок 6. Изменение баллов по шкалам опросника «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина, STAI» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.6. Шкала воспринимаемого стресса, PSS-10

Опросник включает в себя отдельные шкалы “Дистресса” и “Совладания” (субъективное ощущение способности справляться с жизненными вызовами), а также суммарный балл, отражающий уровень воспринимаемого стресса. Для всех троих показателей была выявлена значимая ассоциация с опытом практики GSR. При этом баллы по шкале “Совладание” с опытом практики повышались ($\beta=0.316$, $q=2.08e-06$), а баллы по шкале “Дистресс” ($\beta=-0.428$, $q=0.000388$) и суммарный уровень воспринимаемого стресса снижались ($\beta=-0.744$, $q=1.78e-05$). Результаты представлены на рисунке 7.

Шкала воспринимаемого стресса, PSS-10

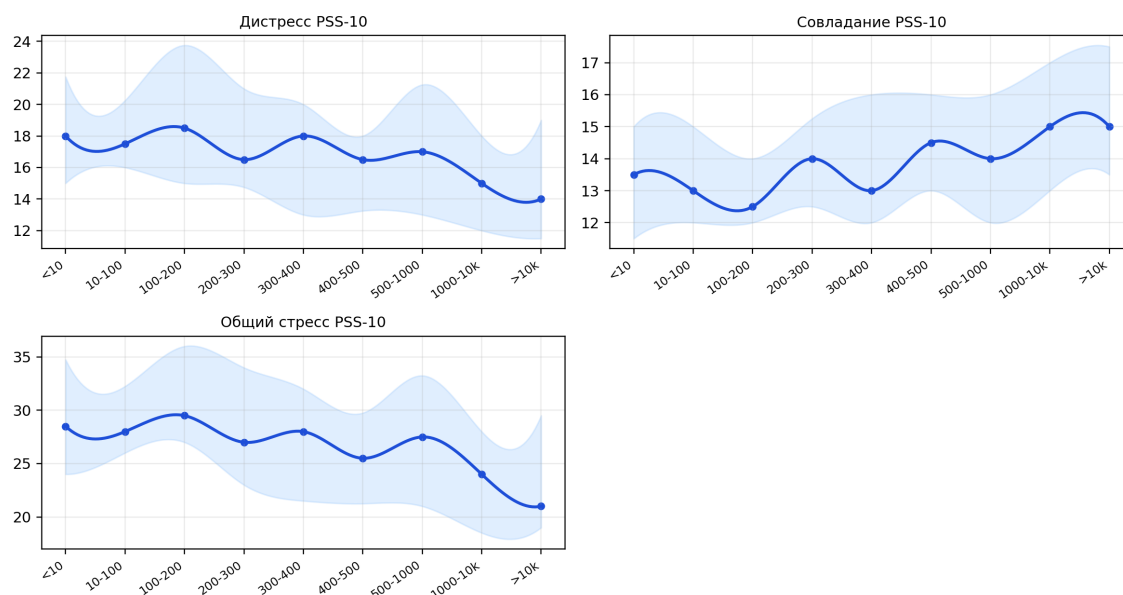


Рисунок 7. Изменение баллов по шкалам опросника «Шкала воспринимаемого стресса, PSS-10» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор —

межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.7. Опросник совладания со стрессом, COPE-30

COPE-30 оценивает типичные стратегии совладания со стрессом и позволяет описать профиль адаптивных и дезадаптивных реакций на трудные жизненные ситуации. Для восьми субшкал опросника после поправки на множественные сравнения была выявлена значимая линейная ассоциация с опытом практики GSR: по всем этим показателям баллы снижались с ростом опыта. Наиболее выраженные связи отмечались для стратегии «Отрицание» ($\beta=-0,182$, $q=1,78 \times 10^{-5}$), «Религия» ($\beta=-0,196$, $q=1,10 \times 10^{-4}$), «Употребление веществ» ($\beta=-0,120$, $q=1,76 \times 10^{-4}$), «Принятие» ($\beta=-0,170$, $q=2,27 \times 10^{-4}$) и «Поведенческое отстранение» ($\beta=-0,133$, $q=3,88 \times 10^{-4}$). Также достоверно снижались показатели «Самоотвлечение» ($\beta=-0,120$, $q=0,00354$), «Эмоциональная поддержка» ($\beta=-0,122$, $q=0,00511$). Интересно отметить, что стратегии, использование которых снижалось с увеличением опыта GSR относились как к адаптивным («Религия», «Принятие», «Самоотвлечение», «Эмоциональная поддержка»), так и к дезадаптивным («Отрицание», «Употребление веществ», «Поведенческое отстранение»). Результаты представлены на рисунке 8.

COPE-30

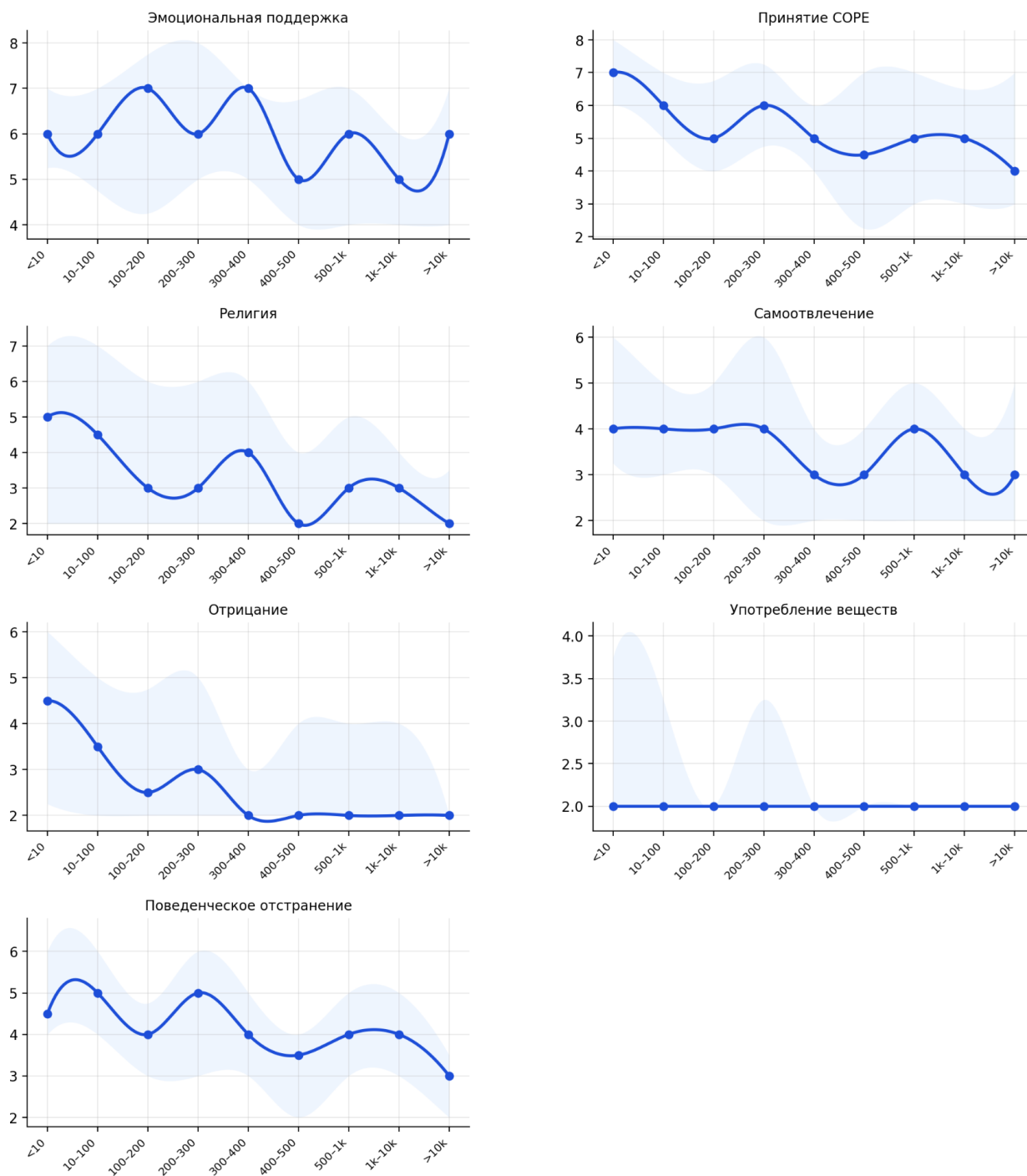


Рисунок 8. Изменение баллов по шкалам «Опросника совладания со стрессом, COPE-30», для которых выявлена значимая ассоциация с опытом GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.8. Шкала стрессоустойчивости, CD-RISC-10

CD-RISC-10 оценивает резилентность, психологическую устойчивость и способность восстанавливаться после стресса. Было показано значимое увеличение баллов по данной шкале у участников с большим опытом практики GSR ($\beta=0.596$, $q=0.00672$). Результаты представлены на рисунке 9.

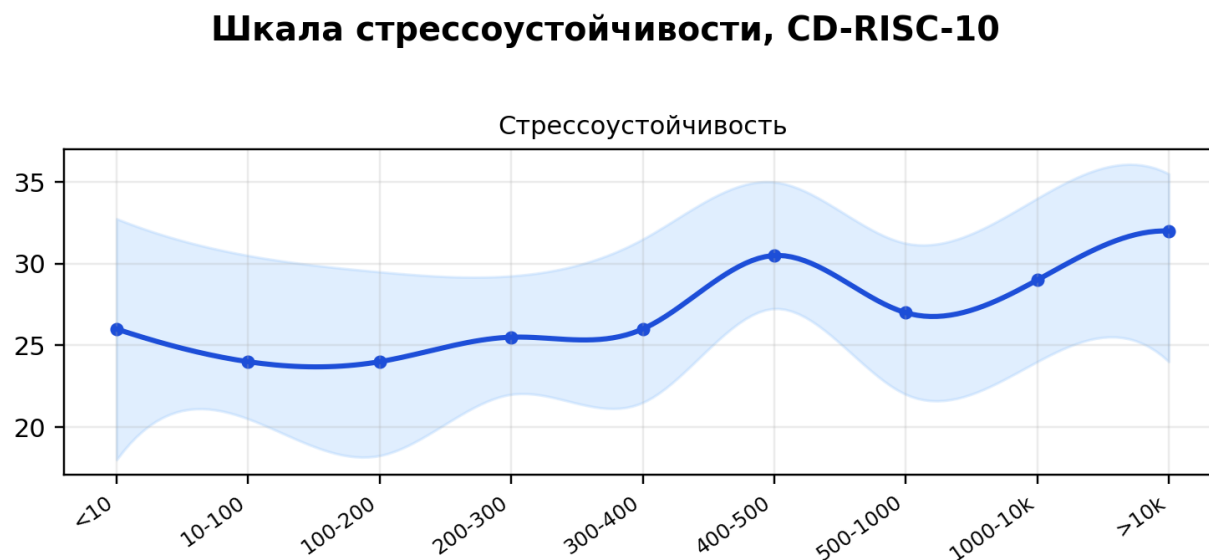


Рисунок 9. Изменение баллов по опроснику «Шкала стрессоустойчивости, CD-RISC-10» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.9. Опросник когнитивной флексибельности, CFI

Опросник когнитивной флексибельности оценивает способность находить альтернативные объяснения (шкала “Альтернативы”) и воспринимать трудные ситуации как управляемые (шкала “Контроль”). Анализ выявил положительную ассоциацию опыта GSR с баллами по шкале “Альтернативы” ($\beta=0.359$, $q=0.0361$) и при этом отрицательную - с баллами по шкале “Контроль” ($\beta=-0.243$, $q=0.00672$). Достоверной ассоциации общего балла когнитивной флексибельности с опытом GSR выявлено не было. Результаты представлены на рисунке 10.

Опросник когнитивной гибкости, CFI

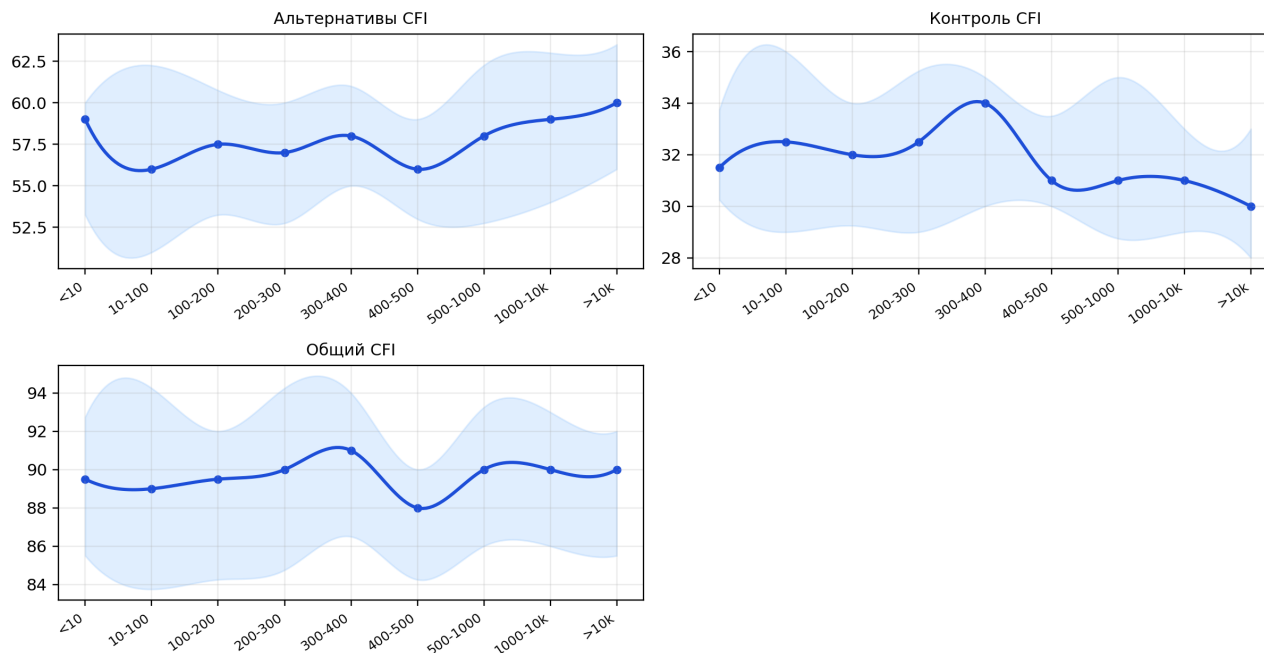


Рисунок 10. Изменение баллов по «Опроснику когнитивной гибкости, CFI» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.10. Утрехтская шкала вовлеченности в работу, UWES

Опросник вовлеченности в работу включает в себя три шкалы: “Энергичность”, “Энтузиазм” и “Поглощенность деятельностью”. Для всех трех шкал наблюдалось увеличение баллов с ростом опыта практики GSR: “Энергичность” ($\beta=0.803$, $q=6.51e-07$), “энтузиазм” ($\beta=0.809$, $q=6.34e-08$) и “поглощенность деятельностью” ($\beta=0.446$, $q=0.00347$). Результаты представлены на рисунке 11.

Утрехтская шкала вовлеченности в работу, UWES

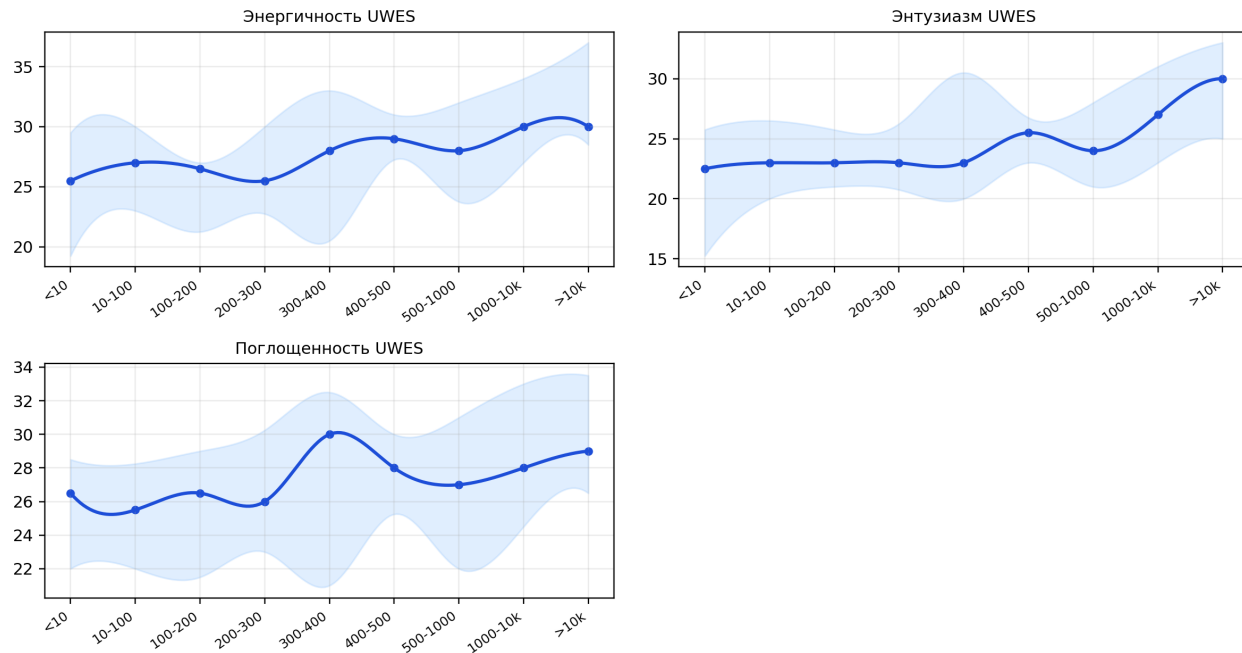


Рисунок 11. Изменение баллов по опроснику «Утрехтская шкала вовлеченности в работу, UWES» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.11. Шкала инициативы в личностном росте, PGIS

PGIS отражает инициативу личностного роста и активное стремление к саморазвитию.

Баллы по данной шкале были положительно ассоциированы с опытом GSR ($\beta=0.616$, $q=0.00245$) (рисунок 12).

Personal Growth Initiative Scale, PGIS

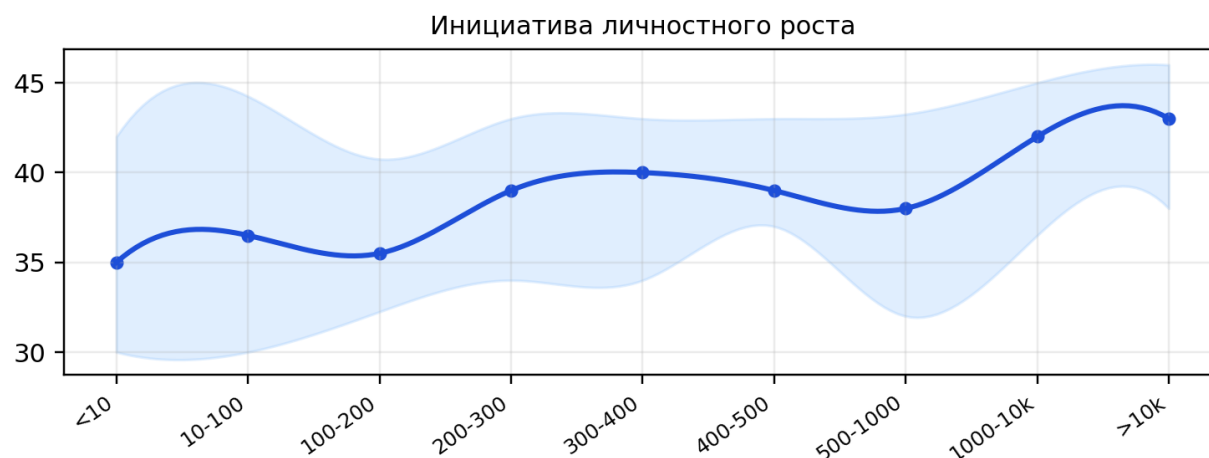


Рисунок 12. Изменение баллов по опроснику «Шкала инициативы в личностному росту, PGIS» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.12. Шкала самоуважения Розенберга, RSES

Данная шкала оценивает общее самоуважение и позитивность отношения к себе. Наблюдалось повышение баллов по шкале с ростом опыта GSR ($\beta=0.360$, $q=0.00223$) (рисунок 13).

Шкала самоуважения Розенберга, RSES

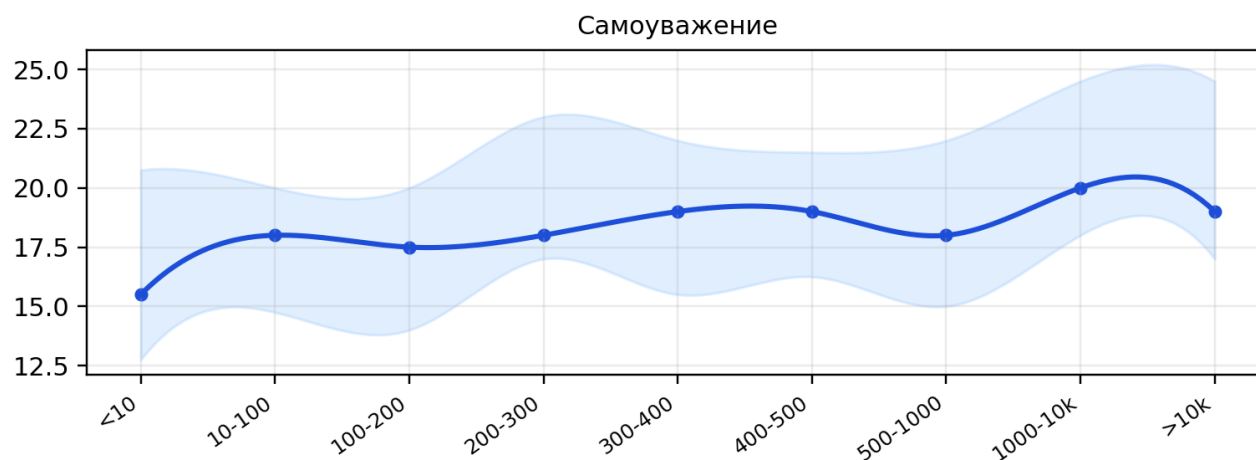


Рисунок 13. Изменение баллов по опроснику «Шкала самоуважения Розенберга, RSES» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор —

межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.13. Шкала общей самооффективности, GSE

GSE отражает уверенность человека в способности справляться с трудностями и достигать целей. Баллы по шкале повышались с увеличением опыта GSR ($\beta=0.348$, $q=0.0112$).

Шкала общей самооффективности, GSE

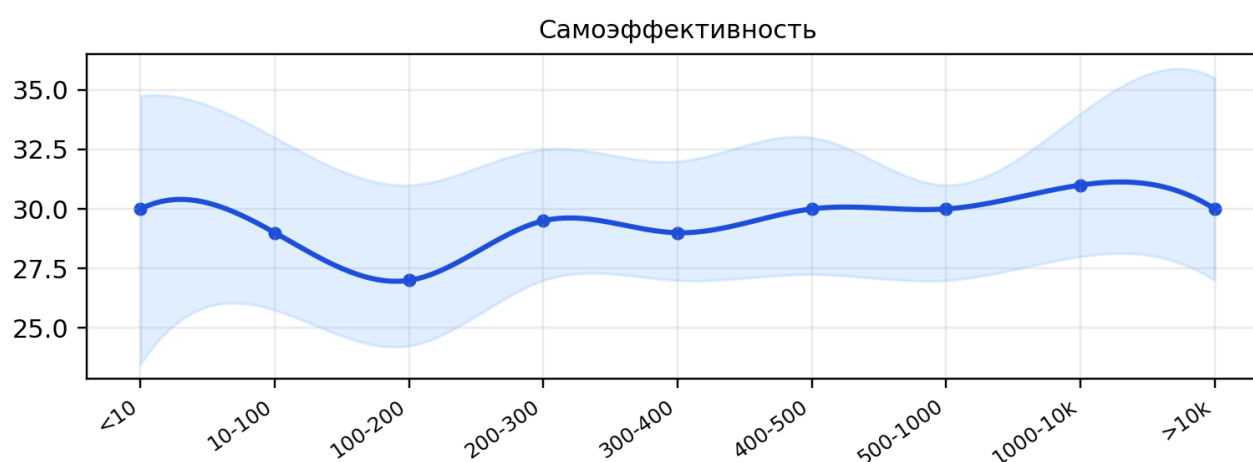


Рисунок 14. Изменение баллов по опроснику «Шкала общей самооффективности, GSE» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.14. Опросник когнитивной регуляции эмоций, CERQ

Опросник оценивает как продуктивные, так и деструктивные когнитивные стратегии регуляции аффективных переживаний. С опытом GSR были положительно ассоциированы баллы по шкале «Планирование» ($\beta=0.320$, $q=0.000154$) и отрицательно — баллы по шкале «Перспектива» ($\beta=-0.209$, $q=0.0361$). Для следующих шкал достоверной зависимости выявлено не было: «Самообвинение», «Принятие», «Руминация», «Позитивная перефокусировка», «Позитивная переоценка», «Катастрофизация», «Обвинение других». Результаты представлены на рисунке 15.

Опросник когнитивной регуляции эмоций, CERQ

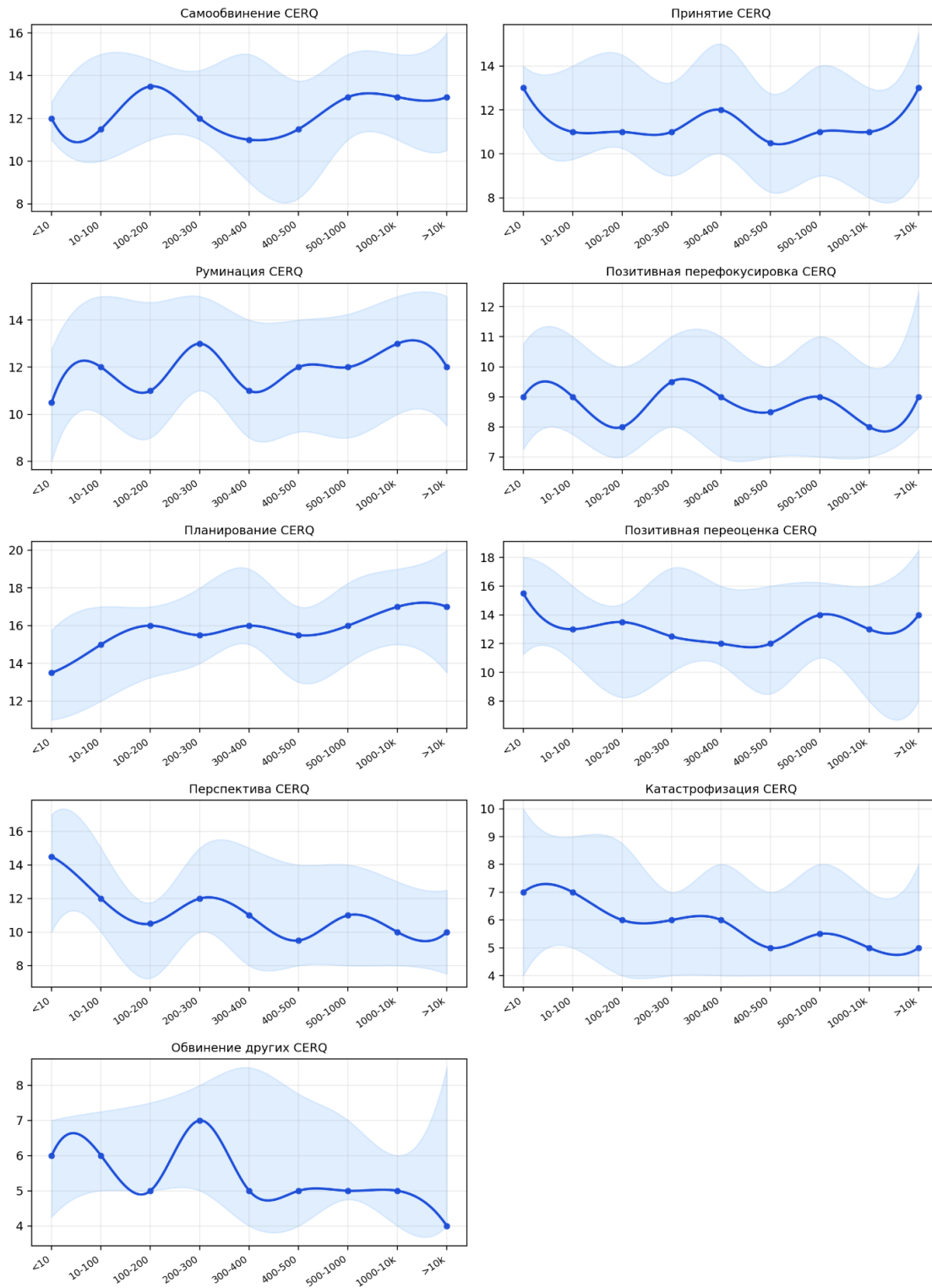


Рисунок 15. Изменение баллов по опроснику «Опросник когнитивной регуляции эмоций, CERQ» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор —

межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.15. Шкала упорства, Grit-S

Данный опросник оценивает настойчивость усилий и устойчивость интересов в достижении долгосрочных целей. Ни по одной из шкал (“Настойчивость усилий”, “Устойчивость интересов”, суммарный балл) после коррекции на множественные сравнения не было выявлено значимой ассоциации с опытом GSR.



Рисунок 16. Изменение баллов по опроснику «Шкала упорства, Grit-S» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.3.16. Шкала удовлетворенности жизнью, SWLS

Баллы по шкале SWLS, оценивающей общую когнитивную удовлетворенность собственной жизнью, были положительно ассоциированы с опытом GSR ($\beta=0.601$, $q=0.000154$) (рисунок 17).

Шкала удовлетворенности жизнью, SWLS

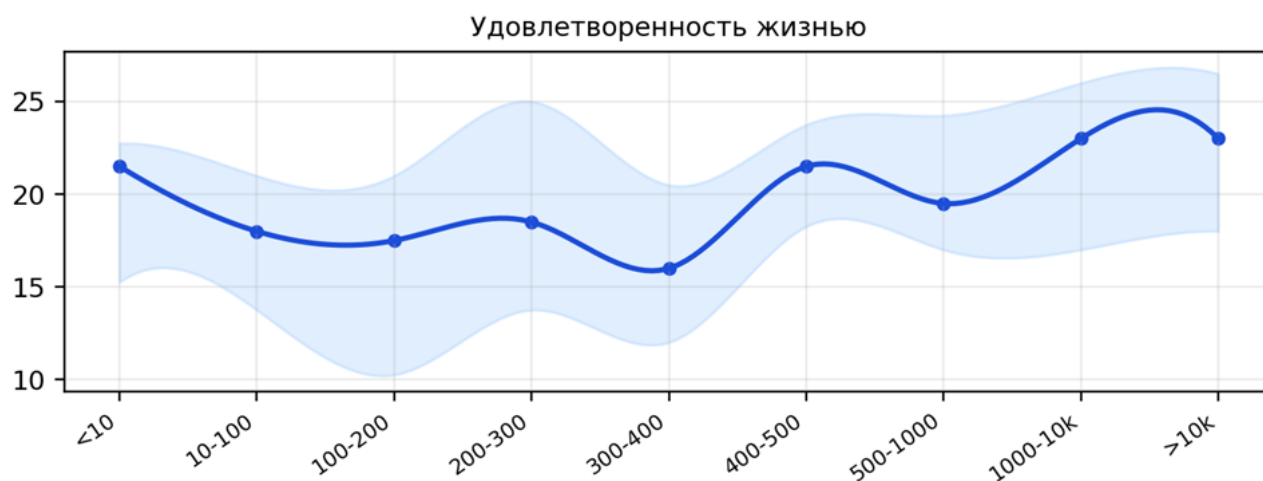


Рисунок 17. Изменение баллов по опроснику «Шкала удовлетворенности жизнью, SWLS» с увеличением опыта GSR. Линия отражает сглаженную медиану, а голубой коридор — межквартильный интервал $Q1-Q3$, то есть диапазон от 25-го до 75-го перцентиля, содержащий центральные 50% наблюдений.

4.4. Проверка пороговых эффектов

Для всех 34 шкал, значимых в основной модели, была проведена проверка возможных пороговых эффектов - поиск порогового значения опыта практики GSR, после которого происходило заметное изменение показателя. Ни для одной шкалы не было обнаружено устойчивого порога. Категориальные модели также не дали убедительного преимущества перед линейными моделями. Следовательно, обнаруженные связи опыта GSR с психометрическими показателями лучше описываются как постепенные, монотонные и преимущественно линейные изменения по мере накопления практического опыта сессий, а не как резкий скачок после их определённого количества.

4.5. Употребление алкоголя и курение

Отдельно был проведен анализ частоты употребления алкоголя и курение у людей с разным опытом GSR. Контрольная группа (без опыта GSR) и группа с минимальным опытом GSR (менее 10 сессий) не различались по данным показателям. При этом при анализе данных привычек у людей с разным опытом GSR практики увеличение опыта было связано с меньшей частотой употребления алкоголя и меньшей вероятностью курения в данный момент (на данном жизненном этапе). При этом связь с фактом курения ранее не была значимой, что говорит скорее о связи опыта GSR с актуальным поведением, чем с особенностями выборки, приверженной практике GSR.

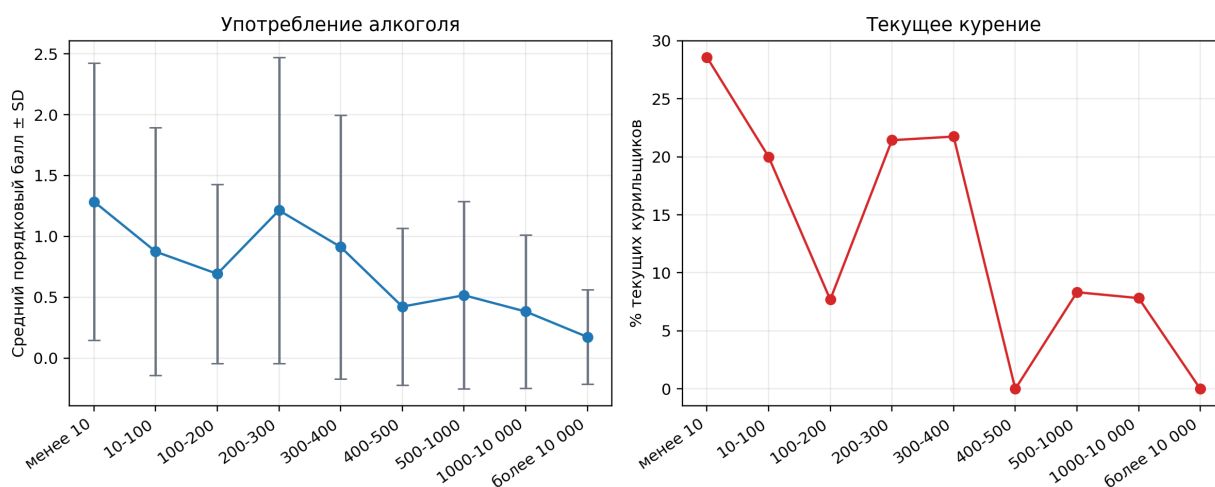


Рисунок 18. Употребление алкоголя и текущее курение по диапазонам числа самосесий. Для алкоголя показаны средние значения $\pm$ SD.

5. Обсуждение

Полученные результаты можно суммировать следующим образом.

Эмоциональная сфера и саморегуляция. С ростом опыта GSR повышались общий эмоциональный интеллект, поддержание отношений и социальная компетентность. Это указывает на связь опыта практики с лучшим пониманием и регуляцией эмоций, большей эффективностью межличностного взаимодействия и более выраженными ресурсами поддержания отношений. Также увеличивался самоконтроль, что согласуется с идеей развития произвольной регуляции поведения и импульсов.

Стресс, тревожность и депрессивная симптоматика. Большой опыт GSR был связан со снижением ситуативной и личностной тревожности, общего воспринимаемого стресса, дистресса PSS-10, общего балла BDI, а также когнитивно-аффективных и соматических симптомов депрессии. Этот блок результатов формирует наиболее согласованный паттерн: с ростом опыта практики ниже выраженность эмоционального неблагополучия.

Личностные и ресурсные показатели. Опыт GSR был связан с более высокими показателями самоуважения, самоэффективности, стрессоустойчивости, инициативы личностного роста и удовлетворенности жизнью. Эти эффекты можно интерпретировать как связь практики с более выраженными внутренними ресурсами, большей уверенностью в способности справляться с трудностями и более позитивной оценкой собственной жизни.

Вовлеченность в работу. Все три компонента шкалы вовлеченности в работу (UWES) - энергичность, энтузиазм и поглощенность - были положительно связаны с опытом GSR. Это

указывает, что более опытные участники характеризуются большей энергией, внутренней включенностью, чувством значимости деятельности и способностью глубоко погружаться в работу.

Копинг стратегии и когнитивная регуляция эмоций. С ростом опыта снижалась приверженность таким копинг стратегиям как отрицание, поведенческое отстранение, самоотвлечение, употребление веществ как стратегия совладания, а также некоторые формы эмоционально-ориентированного реагирования. Одновременно увеличивалось использование стратегии планирования CERQ. Это может указывать на переход от избегания и пассивного реагирования к более структурированному осмыслению и регуляции сложных ситуаций.

Личностные черты и когнитивная гибкость. Опыт GSR был связан с более низким уровнем невротизма и более высоким уровнем экстраверсии и добросовестностью. Также была обнаружена положительная связь со шкалой «Альтернативы» CFI, отражающей способность находить разные объяснения и варианты решения. Отрицательная связь со шкалой «Контроль» CFI требует осторожной интерпретации и может отражать сложную динамику субъективного отношения к контролю при большом опыте практики.

Таким образом полученные результаты показывают, что больший опыт практики GSR связан с более благоприятным психологическим профилем. Наиболее выраженные и устойчивые связи обнаружены для снижения тревожности, стресса и депрессивной симптоматики, а также для роста эмоционального интеллекта, самоконтроля, вовлеченности и личностных ресурсов. Такой паттерн согласуется с предположением, что регулярная практика может быть связана с развитием навыков саморегуляции, эмоциональной осознанности и более конструктивного реагирования на стресс.

Многие использованные опросники напрямую или опосредованно отражают переживание стресса и связанные с ним состояния. В контексте интерпретации результатов важно учитывать, что хронический и выраженный стресс связан с отрицательными последствиями для организма [108], включая ускоренное старение [109] и повышение показателей биологического возраста, повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний [110] и заболеваний желудочно-кишечного тракта [111], хроническую усталость [112], снижение когнитивных функций [113] и ряд других неблагоприятных эффектов. В этом смысле выявленные связи большего опыта практики GSR со снижением стрессовой и смежной симптоматики представляют интерес не только с точки зрения субъективного благополучия, но и в более широком контексте возможной профилактики стресс-ассоциированной нагрузки на здоровье.

Полученные результаты сопоставимы с результатами, которые описывают исследования психотерапевтических и медитативно-ориентированных подходов. Так, когнитивно-поведенческая терапия часто демонстрирует эффекты в снижении депрессивной и тревожной симптоматики за счет изменения интерпретаций, поведенческой активации и тренировки навыков совладания [5]. Подходы, основанные на осознанности, обычно связаны со снижением воспринимаемого стресса [114], улучшением эмоциональной регуляции [115] и уменьшением реактивности. В нашем исследовании наблюдается сходный профиль ассоциаций:

ниже стресс, тревожность и депрессивные симптомы, выше саморегуляция, ресурсы и вовлеченность. Для непосредственного сравнения эффективности GSR и других психотерапевтических методик требуется проведение дополнительных исследований.

Интересно, что опыт GSR связан не только с симптоматическими показателями, но и с ресурсными характеристиками: самоконтролем, самоуважением, самоэффективностью, стрессоустойчивостью, инициативой личностного роста и вовлеченностью в работу. Это отличает результаты от узко симптом-ориентированной картины и позволяет говорить о потенциальном систематическом эффекте практики GSR.

6. Заключение

Опыт практики GSR демонстрирует устойчивую связь с широким спектром психометрических показателей. Более высокий опыт ассоциирован с меньшей тревожностью, стрессом, депрессивной симптоматикой и дезадаптивными стратегиями, а также с большей саморегуляцией, эмоциональным интеллектом, личностными ресурсами, вовлеченностью и удовлетворенностью жизнью. Дополнительно больший опыт связан с меньшей частотой употребления алкоголя и меньшей вероятностью текущего курения. Полученный результат позволяет говорить о потенциальном системном положительном эффекте, ассоциированном с практикой GSR.

Источники

1. Chen M, Wang Y, Tan C. Epidemiological trends of depression and anxiety at global, regional, and national level: A population-based observational study from 1990 to 2021 based on Global Burden of Disease 2021. *Medicine (Baltimore)*. 2026;105: e47094. doi:[10.1097/MD.00000000000047094](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000047094)
2. Zhou J, Li S, Song Y, Ying J, Luo Z, Shan S, et al. Global, Regional, and National Trends in the Burden of Anxiety Disorders From 1992 to 2021: An Age–Period–Cohort Analysis Based on the Global Burden of Disease Study 2021. Pinho LG de, editor. *Depression and Anxiety*. 2025;2025. doi:[10.1155/da/4178541](https://doi.org/10.1155/da/4178541)
3. Bie F, Yan X, Xing J, Wang L, Xu Y, Wang G, et al. Rising global burden of anxiety disorders among adolescents and young adults: trends, risk factors, and the impact of socioeconomic disparities and COVID-19 from 1990 to 2021. *Front Psychiatry*. 2024;15: 1489427. doi:[10.3389/fpsyt.2024.1489427](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1489427)
4. ФГБНУ НЦПЗ. Тиганов А.С. (под. ред.) «Общая психиатрия». [cited 27 May 2026]. Available: <https://www.psychiatry.ru/lib/1/book/28/chapter/78>
5. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012;36: 427–440. doi:[10.1007/s10608-012-9476-1](https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1)
6. David D, Cotet C, Matu S, Mogoase C, Stefan S. 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2018;74: 304–318. doi:[10.1002/jclp.22514](https://doi.org/10.1002/jclp.22514)
7. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44: 1–25. doi:[10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006)
8. Chapman AL. Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. *Psychiatry (Edgmont)*. 2006;3: 62–68. Available: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2963469/>
9. Irving JA, Dobkin PL, Park J. Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complement Ther Clin Pract*. 2009;15: 61–66. doi:[10.1016/j.ctcp.2009.01.002](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.002)
10. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. 2010;65: 98–109. doi:[10.1037/a0018378](https://doi.org/10.1037/a0018378)
11. Smit Y, Huibers MJH, Ioannidis JPA, van Dyck R, van Tilburg W, Arntz A. The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy--a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2012;32: 81–92. doi:[10.1016/j.cpr.2011.11.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.11.003)
12. Roesler C. Evidence for the effectiveness of jungian psychotherapy: a review of empirical studies. *Behav Sci (Basel)*. 2013;3: 562–575. doi:[10.3390/bs3040562](https://doi.org/10.3390/bs3040562)
13. Yao L, Kabir R. Person-centered therapy (Rogerian therapy). StatPearls Publishing, Treasure Island; 2025. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589708/>
14. Ramu A, McNamara S, Gunturu S. Gestalt therapy. StatPearls Publishing, Treasure Island; 2025.

Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK613291/>

15. Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: a meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83: 115–128. doi:[10.1037/a0037167](https://doi.org/10.1037/a0037167)
16. Hofmann SG, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008;69: 621–632. doi:[10.4088/jcp.v69n0415](https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415)
17. Thompson-Brenner H, Glass S, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. *Clin Psychol (New York)*. 2003;10: 269–287. doi:[10.1093/clipsy.bpg024](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg024)
18. Del Vecchio T, O’Leary KD. Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2004;24: 15–34. doi:[10.1016/j.cpr.2003.09.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.006)
19. Kim JH. A meta-analysis of effects of job stress management interventions (SMIs). *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2007;37: 529–539. doi:[10.4040/jkan.2007.37.4.529](https://doi.org/10.4040/jkan.2007.37.4.529)
20. Van SA, Geraedts A, Verdonck-de LI, Andersson G, Cuijpers P. Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;69: 23–32. Available: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399910000243?casa_token=Nppv6waVv-wAAAAA:bxr_chcGD4vzrG9vrCDPf_le8uxNqCxopFN-ViGvIyiUt8viRSYZdolfSrxR_h7InuMG23HEiho
21. Beltman MW, Voshaar RCO, Speckens AE. Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2010;197: 11–19. doi:[10.1192/bjp.bp.109.064675](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.064675)
22. Haby MM, Tonge B, Littlefield L, Carter R, Vos T. Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for major depression in children and adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38: 579–591. doi:[10.1080/j.1440-1614.2004.01421.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01421.x)
23. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord*. 2005;88: 27–45. doi:[10.1016/j.jad.2005.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.003)
24. Chan EK-H. Efficacy of cognitive-behavioral, pharmacological, and combined treatments of depression: a meta-analysis. University of Calgary; 2006. doi:[10.11575/PRISM/365](https://doi.org/10.11575/PRISM/365)
25. Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40: 9–19. doi:[10.1080/j.1440-1614.2006.01736.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01736.x)
26. Furukawa TA, Watanabe N, Omori IM, Churchill R. Can pill placebo augment cognitive-behavior therapy for panic disorder? *BMC Psychiatry*. 2007;7: 73. doi:[10.1186/1471-244X-7-73](https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-73)
27. Bisson JJ, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007;190: 97–104. doi:[10.1192/bjp.bp.106.021402](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402)
28. Gil PJM, Carrillo FXM, Meca JS. Effectiveness of cognitive-behavioural treatment in social

phobia: A meta-analytic review. *Psychol Spain*. 2001;5: 17–25. Available: <https://psycnet.apa.org/record/2003-04139-003>

29. Thomson AB, Page LA. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; CD006520. doi:[10.1002/14651858.CD006520.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006520.pub2)
30. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2008;165: 179–187. doi:[10.1176/appi.ajp.2007.06111851](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851)
31. Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol*. 2008;13: 69–93. doi:[10.1037/1076-8998.13.1.69](https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69)
32. Singer GHS, Ethridge BL, Aldana SI. Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: a meta-analysis. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007;13: 357–369. doi:[10.1002/mrdd.20175](https://doi.org/10.1002/mrdd.20175)
33. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the human sciences*. 2003. Available: <https://www.yoga-therapy.ca/s/MBSR-Backgrounder-Fall-2023.pdf>
34. Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJV, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82: 275–286. doi:[10.1037/a0035036](https://doi.org/10.1037/a0035036)
35. Guu S-F, Chao Y-P, Huang F-Y, Cheng Y-T, Ng H-YH, Hsu C-F, et al. Interoceptive awareness: MBSR training alters information processing of salience network. *Front Behav Neurosci*. 2023;17: 1008086. doi:[10.3389/fnbeh.2023.1008086](https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1008086)
36. Ardi Z, Golland Y, Shafir R, Sheppes G, Levit-Binnun N. The effects of mindfulness-based stress reduction on the association between autonomic interoceptive signals and emotion regulation selection. *Psychosom Med*. 2021;83: 852–862. doi:[10.1097/PSY.0000000000000994](https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000994)
37. Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014;174: 357–368. doi:[10.1001/jamainternmed.2013.13018](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018)
38. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013;33: 763–771. doi:[10.1016/j.cpr.2013.05.005](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005)
39. Fox KCR, Nijeboer S, Dixon ML, Floman JL, Ellamil M, Rumak SP, et al. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014;43: 48–73. doi:[10.1016/j.neubiorev.2014.03.016](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.016)
40. Moore A, Malinowski P. Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Conscious Cogn*. 2009;18: 176–186. doi:[10.1016/j.concog.2008.12.008](https://doi.org/10.1016/j.concog.2008.12.008)
41. Ortner CNM, Kilner SJ, Zelazo PD. Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motiv Emot*. 2007;31: 271–283. doi:[10.1007/s11031-007-9076-7](https://doi.org/10.1007/s11031-007-9076-7)

42. Davidson RJ, Goleman DJ, Schwartz GE. Attentional and affective concomitants of meditation: A cross-sectional study. *J Abnorm Psychol.* 1976;85: 235–238.
43. Khalsa SS, Rudrauf D, Damasio AR, Davidson RJ, Lutz A, Tranel D. Interoceptive awareness in experienced meditators. *Psychophysiology.* 2008;45: 671–677. doi:[10.1111/j.1469-8986.2008.00666.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2008.00666.x)
44. Sharma M, Rush SE. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. *J Evid Based Complementary Altern Med.* 2014;19: 271–286. doi:[10.1177/2156587214543143](https://doi.org/10.1177/2156587214543143)
45. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med.* 2008;31: 23–33. doi:[10.1007/s10865-007-9130-7](https://doi.org/10.1007/s10865-007-9130-7)
46. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68: 615–623. doi:[10.1037//0022-006x.68.4.615](https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.4.615)
47. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2011;31: 1032–1040. doi:[10.1016/j.cpr.2011.05.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002)
48. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;386: 63–73. doi:[10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
49. A-Tjak JGL, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JAJ, Emmelkamp PMG. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom.* 2015;84: 30–36. doi:[10.1159/000365764](https://doi.org/10.1159/000365764)
50. Linhean MM. DBT skills training handouts and worksheets. 2015.
51. May JM, Richardi TM, Barth KS. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Ment Health Clin.* 2016;6: 62–67. doi:[10.9740/mhc.2016.03.62](https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.62)
52. Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78: 936–951. doi:[10.1037/a0021015](https://doi.org/10.1037/a0021015)
53. Bankoff SM, Karpel MG, Forbes HE, Pantalone DW. A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eat Disord.* 2012;20: 196–215. doi:[10.1080/10640266.2012.668478](https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668478)
54. Panos PT, Jackson JW, Hasan O, Panos A. Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice.* 2014;24: 213–223. doi:[10.1177/1049731513503047](https://doi.org/10.1177/1049731513503047)
55. Robins CJ. Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cogn Behav Pract.* 2002;9: 50–57. doi:[10.1016/s1077-7229\(02\)80040-2](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(02)80040-2)

56. Yakeley J. Psychodynamic psychotherapy: developing the evidence base. *Adv psychiatr treat*. 2014;20: 269–279. doi:[10.1192/apt.bp.113.012054](https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.012054)
57. Bowe C, Thomas C, Mackey P. Perspective to practice: Theoretical frameworks explaining intergenerational trauma, violence, and maltreatment and implications for the therapeutic response. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22: 321. doi:[10.3390/ijerph22030321](https://doi.org/10.3390/ijerph22030321)
58. Braga LL, Mello MF, Fiks JP. Transgenerational transmission of trauma and resilience: a qualitative study with Brazilian offspring of Holocaust survivors. *BMC Psychiatry*. 2012;12: 134. doi:[10.1186/1471-244X-12-134](https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-134)
59. Fonagy P. Transgenerational consistencies of attachment: A new theory. *Revista de Psicoanálisis*. 1999. Available: <https://scholar.google.com/citations?user=obOETjwAAAAJ&hl=en&oi=sra>
60. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. Cassidy J, editor. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 1999;925: 520–554. Available: <https://psycnet.apa.org/record/1999-02469-023>
61. Liotti G. Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy (Chic)*. 2004;41: 472–486. doi:[10.1037/0033-3204.41.4.472](https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.472)
62. Leichsenring F, Klein S. Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanal Psychother*. 2014;28: 4–32. doi:[10.1080/02668734.2013.865428](https://doi.org/10.1080/02668734.2013.865428)
63. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; CD004687. doi:[10.1002/14651858.CD004687.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub3)
64. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SCM, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJM. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2010;30: 25–36. doi:[10.1016/j.cpr.2009.08.010](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010)
65. Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry*. 2017;174: 943–953. doi:[10.1176/appi.ajp.2017.17010057](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057)
66. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*. 2008;300: 1551–1565. doi:[10.1001/jama.300.13.1551](https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551)
67. de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17: 1–23. doi:[10.1080/10673220902742476](https://doi.org/10.1080/10673220902742476)
68. Roesler C, Schörry-Volk E, Müller A, Zikpi ED, Keller W, Kayacan M. Effectiveness of Jungian psychotherapy in supervised training settings. *Res Psychother Psychopathol Process Outcome*. 2025;28. doi:[10.4081/ripppo.2025.869](https://doi.org/10.4081/ripppo.2025.869)
69. Elliott R, Greenberg L, Watson J, Timulak L, Freire E. Research on humanistic- experiential psychotherapies. Lambert MJ, editor. 2013; 495–538. Available: <https://strathprints.strath.ac.uk/37895/>

70. Elliott R, Watson J, Timulak L, Sharbanee JM. Research on humanistic-experiential psychotherapies : updated review. 2020. Available: <https://pureportal.strath.ac.uk/en/publications/research-on-humanistic-experiential-psychotherapies-updated-revie/>
71. Duffy KEM, Simmonds-Buckley M, Haake R, Delgadillo J, Barkham M. The efficacy of individual humanistic-experiential therapies for the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother Res.* 2024;34: 323–338. doi:[10.1080/10503307.2023.2227757](https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2227757)
72. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. 1957. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60: 827–832. doi:[10.1037//0022-006x.60.6.827](https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.6.827)
73. Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD, van Oppen P, Barth J, Andersson G. The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2012;32: 280–291. doi:[10.1016/j.cpr.2012.01.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.003)
74. Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M, Harrer M, Karyotaki E. Non-directive supportive therapy for depression: A meta-analytic review. *J Affect Disord.* 2024;349: 452–461. doi:[10.1016/j.jad.2024.01.073](https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.073)
75. Raffagnino R. Gestalt therapy effectiveness: A systematic review of empirical evidence. *Open J Soc Sci.* 2019;07: 66–83. doi:[10.4236/jss.2019.76005](https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005)
76. Kaisler RE, Fede M, Diltsch U, Probst T, Schaffler Y. Common mental disorders in Gestalt therapy treatment: a multiple case study comparing patients with moderate and low integrated personality structures. *Front Psychol.* 2023;14: 1304726. doi:[10.3389/fpsyg.2023.1304726](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1304726)
77. Gul N, Uppal G, Maryum M, Padiyan K, Babu BM. Biological mechanisms of psychotherapeutic change: A systematic review of neuroimmune, autonomic and epigenetic changes following CBT, mindfulness based and trauma-focused therapies. *BJPsych Open.* 2026;12: S88–S89. doi:[10.1192/bjo.2026.11143](https://doi.org/10.1192/bjo.2026.11143)
78. Park C, Youn I, Han S. Single-lead ECG based autonomic nervous system assessment for meditation monitoring. *Sci Rep.* 2022;12: 22513. doi:[10.1038/s41598-022-27121-x](https://doi.org/10.1038/s41598-022-27121-x)
79. Costa-Cordella S, Grasso-Cladera A, Parada FJ. The future of psychotherapy research and neuroscience: Introducing the 4E/MoBI approach to the study of patient–therapist interaction. *Rev Gen Psychol.* 2024;28: 143–165. doi:[10.1177/10892680231224399](https://doi.org/10.1177/10892680231224399)
80. Lykov YA, Kuzyukova AA, Marchenkova LA, Korolev YN, Rozhkova EA, Zubareva NN. Heart rate variability in stress assessment and autonomic regulation: current state of the art, clinical applications and outlook. A literature Review. *Bulletin of Rehabilitation Medicine.* 2026;25: 63–76. doi:[10.38025/2078-1962-2026-25-2-63-76](https://doi.org/10.38025/2078-1962-2026-25-2-63-76)
81. Agorastos A, Mansueto AC, Hager T, Pappi E, Gardikioti A, Stiedl O. Heart rate variability as a translational dynamic biomarker of altered autonomic function in health and psychiatric disease. *Biomedicines.* 2023;11: 1591. doi:[10.3390/biomedicines11061591](https://doi.org/10.3390/biomedicines11061591)
82. Williams DP, Cash C, Rankin C, Bernardi A, Koenig J, Thayer JF. Resting heart rate variability

predicts self-reported difficulties in emotion regulation: a focus on different facets of emotion regulation. *Front Psychol.* 2015;6: 261. doi:[10.3389/fpsyg.2015.00261](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00261)

83. Kreibig SD. Autonomic nervous system activity in emotion: a review. *Biol Psychol.* 2010;84: 394–421. doi:[10.1016/j.biopsycho.2010.03.010](https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2010.03.010)
84. Castegnetti G, Tzovara A, Staib M, Gerster S, Bach DR. Assessing fear learning via conditioned respiratory amplitude responses: Fear-conditioned respiratory amplitude in humans. *Psychophysiology.* 2017;54: 215–223. doi:[10.1111/psyp.12778](https://doi.org/10.1111/psyp.12778)
85. Guina J, Kay J, Yatim F. Neurobiological foundations of psychotherapies. *Tasman's Psychiatry.* Cham: Springer International Publishing; 2024. pp. 897–917. doi:[10.1007/978-3-030-51366-5_168](https://doi.org/10.1007/978-3-030-51366-5_168)
86. Sened H, Zilcha-Mano S, Shamay-Tsoory S. Inter-brain plasticity as a biological mechanism of change in psychotherapy: A review and integrative model. *Front Hum Neurosci.* 2022;16: 955238. doi:[10.3389/fnhum.2022.955238](https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.955238)
87. Fraile-Martinez O, García-Montero C, Álvarez-Mon MÁ, Casanova-Martín C, Fernández-Faber D, Presa M, et al. Grasping posttraumatic stress disorder from the perspective of psychoneuroimmunoendocrinology: Etiopathogenic mechanisms and relevance for integrative management. *Biol Psychiatry.* 2025;98: 733–745. doi:[10.1016/j.biopsych.2025.01.014](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2025.01.014)
88. Raise-Abdullahi P, Meamar M, Vafaei AA, Alizadeh M, Dadkhah M, Shafia S, et al. Hypothalamus and post-traumatic stress disorder: A review. *Brain Sci.* 2023;13: 1010. doi:[10.3390/brainsci13071010](https://doi.org/10.3390/brainsci13071010)
89. van de Haar H. The transgenerational transmission of stress-induced traits through epigenetic alterations. [cited 7 May 2026]. Available: https://fse.studenttheses.ub.rug.nl/17381/1/bBIO_2018_VandeHaarHJ.pdf
90. Yehuda R, Daskalakis NP, Lehrner A, Desarnaud F, Bader HN, Makotkine I, et al. Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring. *Am J Psychiatry.* 2014;171: 872–880. doi:[10.1176/appi.ajp.2014.13121571](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121571)
91. Yehuda R, Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry.* 2018;17: 243–257. doi:[10.1002/wps.20568](https://doi.org/10.1002/wps.20568)
92. Gordeeva TO, Osin EN, Suchkov DD, Ivanova TY, Sychev OA, Bobrov VV. Self-control as a personality resource: Assessment and associations with performance, persistence and well-being. *Cult-Hist Psychol.* 2016;12: 46–58. doi:[10.17759/chp.2016120205](https://doi.org/10.17759/chp.2016120205)
93. Pankratova AA, Kornienko DS, Fetisova A. Russian adaptation of the TEIQue-SF (Trait emotional intelligence questionnaire Short-Form) by K. Petrides and A. Furnham. *Voprosy Psikhologii.* 2021;1.
94. Мишкевич АМ. Апробация краткой и сверх-краткой версий вопросника Big Five Inventory-2: BFI-2-S и BFI-2-XS. *Психологический журнал*:- Федеральное государственное бюджетное учреждение. 2022;1: 95–108.
95. Практикум по психологии посттравматического стресса. In: eLIBRARY.RU [Internet]. [cited

28 May 2026]. Available: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25607879>

96. Спилберг ЧД, Ханин ЮЛ. 18spilberg. Available: <https://www.nekrasovspb.ru/doc/18spilberg.pdf>
97. Zolotareva AA. Psychometric properties of the Russian version of the Perceived Stress Scale (PSS-4, 10, 14). Clin Psychol Spec Educ. 2023;12: 18–42. doi:[10.17759/cpse.2023120102](https://doi.org/10.17759/cpse.2023120102)
98. Odintsova MA, Radchikova NP, Aleksandrova LA. Cope-30: Psychometric properties of the short version of the Russian-language inventory for coping strategies evaluation. Вестник Московского университета. 2022; 247–275. doi:[10.11621/vsp.2022.04.11](https://doi.org/10.11621/vsp.2022.04.11)
99. Nartova-Bochaver S, Korneev A, Bochaver K. Validation of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale: The case of Russian youth. Front Psychiatry. 2021;12: 611026. doi:[10.3389/fpsy.2021.611026](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.611026)
100. Кургиян СС, Осаволук ЕЮ. Опросник когнитивной флексибильности (СЕ/): адаптация на русскоязычной выборке, “Психологический журнал.” Психологический журнал. 2018; 105–119. doi:[10.7868/S0205959218020101](https://doi.org/10.7868/S0205959218020101)
101. Nagel J. Понимание шкалы рабочего вовлечения Утрехта (UWES). LimeSurvey; 4 Oct 2024 [cited 28 May 2026]. Available: <https://www.limesurvey.org/ru/blog/knowledge/understanding-the-utrecht-work-engagement-scale-uwes>
102. Русскоязычная версия Шкалы инициативы к личностному росту К. Робичек. [cited 28 May 2026]. Available: <https://human.snauka.ru/2016/04/14668>
103. Золотарева АА. Валидность и надежность русскоязычной версии шкалы самооценки М. Розенберга. Вестник Омского университета Серия «Психология». 2020; 52–57. Available: <https://cyberleninka.ru/article/n/validnost-i-nadezhnost-russkoyazychnoy-versii-shkaly-samootsenki-m-rozenberga>
104. Русская версия шкалы общей само-эффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема. In: eLIBRARY.RU [Internet]. [cited 28 May 2026]. Available: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25496194>
105. Авторам С по. Рассказова Е. И., Леонова А. Б., Плужников И. В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций. Вестник Московского университета. Серия 14. Психология - 2011. - №4 - с. 161-179. [cited 28 May 2026]. Available: <https://msupsyj.ru/articles/detail.php?article=2864>
106. Tyumeneva Y, Kuzmina J, Kardanov E. IRT analysis and validation of the grit scale: A Russian investigation. SSRN Electron J. 2014. doi:[10.2139/ssrn.2527859](https://doi.org/10.2139/ssrn.2527859)
107. Елшанский СП, Ануфриев АФ, Камалетдинова ЗФ, Сапарин ОЕ, Семенов ДВ. Психометрические показатели русскоязычной версии шкалы чувства благодарности. Теоретическая и экспериментальная психология. 2015;8: 23–30. Available: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihometricheskie-pokazateli-russkoyazychnoy-versii-shkaly-chuvstva-blagodarnosti>

108. Guidi J, Lucente M, Sonino N, Fava GA. Allostatic load and its impact on health: A systematic review. *Psychother Psychosom.* 2021;90: 11–27. doi:[10.1159/000510696](https://doi.org/10.1159/000510696)
109. Polsky LR, Rentscher KE, Carroll JE. Stress-induced biological aging: A review and guide for research priorities. *Brain Behav Immun.* 2022;104: 97–109. doi:[10.1016/j.bbi.2022.05.016](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2022.05.016)
110. Vaccarino V, Bremner JD. Stress and cardiovascular disease: an update. *Nat Rev Cardiol.* 2024;21: 603–616. doi:[10.1038/s41569-024-01024-y](https://doi.org/10.1038/s41569-024-01024-y)
111. Konturek PC, Brzozowski T, Konturek SJ. Stress and the gut: pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options. *J Physiol Pharmacol.* 2011;62: 591–599. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22314561/>
112. (PDF) Stress and Chronic Fatigue Syndrome. In: ResearchGate [Internet]. [cited 28 May 2026]. Available: https://www.researchgate.net/publication/313836233_Stress_and_Chronic_Fatigue_Syndrome
113. Girotti M, Bulin SE, Carreno FR. Effects of chronic stress on cognitive function – From neurobiology to intervention. *Neurobiology of Stress.* 2024;33: 100670. doi:[10.1016/j.ynstr.2024.100670](https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2024.100670)
114. Xue P, Abdullah SMS. A Systematic Review of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) and Its Effects on Mental Health and Academic Performance in University Students. *TOPSYJ.* 2025;18. doi:[10.2174/0118743501379520250716121048](https://doi.org/10.2174/0118743501379520250716121048)
115. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion.* 2010;10: 83–91. doi:[10.1037/a0018441](https://doi.org/10.1037/a0018441)

Приложение 1

1 блок. Расскажите немного о себе и своем образе жизни

1. Пол
 - Женский
 - Мужской
2. Возраст (полных лет, напишите цифрой)
3. Образование
 - Среднее
 - Среднее специальное
 - Высшее
 - Кандидат наук
4. Специальность (напишите ответ)
5. Семейное положение
 - Не женат/не замужем
 - В гражданском браке
 - Женат/замужем
6. Есть ли у вас дети?
 - Да

- Нет
- 7. Опыт практики GSR (в месяцах с момента первой сессии себе)
- 8. Сколько самосессий GSR вы прошли
 - Менее 10
 - 10-100
 - 100-200
 - 200-300
 - 300-400
 - 400-500
 - 500-1000
 - 1000-10000
 - Более 10000
- 9. Отметьте ВСЕ модули, которые вы проходили
 - 1 модуль
 - 2 модуль
 - 3 модуль
 - 4 модуль
 - 5 модуль
 - 6 модуль
 - 7 модуль
 - 8 модуль
 - 9 модуль
 - Модуль Эксперт
 - Модуль Куратор
 - Не проходил какой-либо модуль GSR
- 10. Опыт посещения психотерапевта
 - Посещаю сейчас
 - Посещал раньше, сейчас не посещаю
 - Нет
- 11. Как часто вы занимаетесь спортом
 - Не занимаюсь
 - 1-2 раза в месяц
 - 1-2 раза в неделю
 - 3-4 раза в неделю
 - 5-7 раз в неделю
- 12. Если да, то каким (напишите ответ)
- 13. Занимаетесь ли вы медитативными практиками?
 - Да
 - Нет
 - Занимался раньше, сейчас нет
- 14. Если да, то как часто
 - Не занимаюсь
 - 1-2 раза в неделю

- 3-4 раза в неделю
 - 5-7 раз в неделю
15. Если да, то какими (напишите ответ)
16. Как часто вы употребляете алкоголь
- Не употребляю
 - Очень редко (по большим праздникам)
 - Время от времени (примерно 1-2 раза в месяц)
 - Регулярно (1-2 раза в неделю)
 - Часто (почти каждый день)
17. Курите ли вы
- Да
 - Нет
 - Раньше курил, сейчас бросил

2 блок. Отношения с собой: осознанность, внимание и самоконтроль

Опросник 1 из 17

Прочитайте утверждения и для каждого из них выберите, пожалуйста, ответ, наиболее точно описывающий вас.

1 – Совершенно не согласен

2 – Скорее не согласен

3 – Нечто среднее

4 – Скорее согласен

5 – Совершенно согласен

№		1	2	3	4	5
1	Мне хорошо удастся сопротивляться соблазнам.					
2	Я с трудом отказываюсь от дурных привычек.					
3	Я ленивый.					
4	Бывает, что я говорю неуместные вещи.					
5	Выбирая между приятным и полезным, я выбираю приятное.					
6	Я умею отказываться от того, что для меня вредно.					
7	Мне бы хотелось лучше контролировать себя.					
8	Я производжу впечатление очень дисциплинированного человека.					

9	Поговорка «семь раз отмерь, один раз отрежь» – не про меня.					
10	Иногда я не могу доделать работу, потому что отвлекаюсь на более приятные дела.					
11	Мне бывает трудно сконцентрироваться.					
12	Мне удастся ставить и достигать долгосрочные цели.					
13	Иногда я делаю что-то, хотя и знаю, что этого делать не стоит.					

Опросник 2 из 17

Прочитайте утверждения и для каждого из них выберите, пожалуйста, ответ, наиболее точно описывающий вас.

1 – Совершенно не согласен

2 – Не согласен

3 – Скорее не согласен

4 – Не знаю

5 – Скорее согласен

6 – Согласен

7 – Полностью согласен

№		1	2	3	4	5	6	7
1	Мне не сложно выражать свои эмоции словами.							
2	Как правило, мне сложно посмотреть на ситуацию глазами другого человека.							
3	В целом я очень целеустремленный человек.							
4	Как правило, мне трудно контролировать свои эмоции.							
5	В целом жизнь мне не кажется радостной.							
6	Я могу эффективно взаимодействовать с людьми.							
7	Я часто меняю свое мнение.							
8	Бывает, я не могу понять, какую эмоцию испытываю.							
9	Я считаю, что у меня много хороших качеств.							

10	Мне обычно трудно отстаивать свои права.							
11	Как правило, я могу повлиять на эмоциональное состояние другого человека.							
12	В целом я вижу будущее в мрачном свете.							
13	Близкие люди часто жалуются, что я плохо обращаюсь с ними.							
14	Мне обычно трудно приспособиться к обстоятельствам.							
15	В целом я могу справиться со стрессом.							
16	Мне обычно трудно показать близким людям, что я их люблю.							
17	Как правило, я могу «влезть в шкуру» другого человека и понять, что он чувствует.							
18	Мне обычно трудно сохранять интерес к тому, что я делаю.							
19	Если мне нужно, я всегда могу найти способ справиться со своими эмоциями.							
20	В целом я доволен своей жизнью.							
21	Я считаю, что умею договариваться с людьми.							
22	Я часто влезаю во что-то, о чем потом жалею.							
23	Я часто делаю паузу, чтобы разобраться в своих переживаниях.							
24	Я верю, что у меня много сильных сторон.							
25	Я склонен уступать, даже если знаю, что прав.							
26	Думаю, я совсем не могу влиять на чувства других людей.							
27	Я верю, что у меня в жизни всё будет хорошо.							
28	Мне трудно поддерживать тесные эмоциональные связи даже с близкими людьми.							
29	Как правило, я легко приспосабливаюсь к новым условиям.							
30	Окружающие люди восхищаются моей способностью всегда оставаться спокойным.							

Опросник 3 из 17

Ниже приведен список качеств, которые могут вас характеризовать или не характеризовать. Пожалуйста, выберите степень вашего согласия или несогласия с каждым пунктом.

Я – человек, который...

1 – Совершенно не согласен

2 – Немного не согласен

3 – Нейтрально, нет мнения

4 – Немного согласен

5 – Совершенно согласен

№		1	2	3	4	5
1	склонный быть молчаливым.					
2	сопереживающий и добросердечный.					
3	склонный быть неорганизованным.					
4	часто волнующийся, обо всем переживающий					
5	увлеченный живописью, музыкой или литературой.					
6	доминирующий, ведущий себя по-лидерски.					
7	порой бывающий грубым с окружающими.					
8	с трудом приступающий к работе.					
9	склонный к печали, депрессии.					
10	мало интересующийся абстрактными идеями.					
11	полный энергии.					
12	склонный видеть в других людях только хорошее.					
13	надежный, на меня всегда можно рассчитывать.					
14	эмоционально стабильный, которого нелегко вывести из себя.					
15	генерирующий новые идеи, оригинально мыслящий.					

Опросник 4 из 17

Вам предлагается ряд утверждений. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает ваше состояние за прошедший месяц, включая сегодняшний день. Прежде чем сделать свой выбор, внимательно прочтите все утверждения в каждой группе.

1. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я не чувствую себя несчастным.
- Я чувствую себя несчастным.
- Я всё время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.
- Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.

2. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.
- Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.
- Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.
- Я чувствую, что будущее безнадежно и ничто не изменится к лучшему.

3. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я не чувствую себя неудачником.
- Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.
- Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, всё, что я вижу, это череда неудач.
- Я чувствую себя полным неудачником.

4. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.
- Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как раньше.
- Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было.
- Я всем не удовлетворен, и мне всё надоело.

5. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я не чувствую себя особенно виноватым.
- Довольно часто я чувствую себя виноватым.
- Почти всегда я чувствую себя виноватым.
- Я чувствую себя виноватым всё время.

6. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.
- Я чувствую, что могу быть наказан за что-то.
- Я ожидаю, что меня накажут.
- Я чувствую, что меня наказывают за что-то.

7. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я не испытываю разочарования в себе.
- Я разочарован в себе.
- Я внушаю себе отвращение.
- Я ненавижу себя.

8. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.
- Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.
- Я всё время виню себя за свои ошибки.
- Я виню себя за всё плохое, что происходит.

9. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.
- У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не сделаю.
- Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.
- Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.

10. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я плачу не больше, чем обычно.
- Сейчас я плачу больше обычного.
- Я теперь всё время плачу.
- Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.

11. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Сейчас я не более раздражен, чем обычно.
- Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.
- Сейчас я всё время раздражен.
- Меня уже ничто не раздражает, потому что всё стало безразлично.

12. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я не потерял интереса к другим людям.
- У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.
- Я почти утратил интерес к другим людям.
- Я потерял всякий интерес к другим людям.

13. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я способен принимать решения так же, как всегда.
- Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.
- Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.
- Я больше не могу принимать каких-либо решений.

14. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно.
- Я обеспокоен тем, что выгляжу постаревшим или непривлекательным.
- Я чувствую, что изменения, происшедшие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.
- Я уверен, что выгляжу безобразным.

15. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я могу работать так же, как раньше.
- Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.
- Я с большим трудом заставляю себя что-либо делать.
- Я вообще не могу работать.

16. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я могу спать так же хорошо, как и обычно.
- Я сплю не так хорошо, как всегда.
- Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно, и с трудом могу заснуть снова.
- Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.

17. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я устаю не больше обычного.
- Я устаю легче обычного.
- Я устаю почти от всего того, что я делаю.
- Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.

18. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.
- Сейчас мой аппетит стал намного хуже.
- Я вообще потерял аппетит.

19. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.
- Я потерял в весе более 2 кг.
- Я потерял в весе более 4 кг.
- Я потерял в весе более 6 кг.

20. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
- Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.

- Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.
- Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем другом не могу думать.

21. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

- Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.
- Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.
- Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.
- Я совершенно утратил интерес к сексу.

Опросник 5 из 17

Ниже приводится ряд утверждений, которые обычно используют люди для описания своего состояния. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже высказываний и выберите ответ, который наиболее верно характеризует ваше состояние в данный момент

1. Я спокоен.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

2. Мне ничто не угрожает.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

3. Я нахожусь в напряжении.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

4. Я испытываю сожаление.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

5. Я чувствую себя свободно.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

6. Я расстроен.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

7. Меня волнуют возможные неудачи.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

8. Я чувствую себя отдохнувшим.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

9. Я встревожен.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

11. Я уверен в себе.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

12. Я нервничаю.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

13. Я не нахожу себе места.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

14. Я взвинчен.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

15. Я не чувствую скованности, напряженности.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

16. Я доволен.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

17. Я озабочен.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

18. Я слишком возбуждён и мне не по себе.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно

- Совершенно верно

19. Мне радостно.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

20. Мне приятно.

- Нет, это не так
- Пожалуй, так
- Верно
- Совершенно верно

Опросник 6 из 17

Ниже приводится ряд утверждений, которые обычно используют люди для описания своего состояния. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже высказываний и выберите ответ, который наиболее верно характеризует ваше состояние обычно

21. Я обычно испытываю удовольствие.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

22. Я обычно быстро устаю.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

23. Как правило, я легко могу заплакать.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

24. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто

- Почти всегда

25. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

26. Обычно я чувствую себя бодрым.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

27. Обычно я спокоен, хладнокровен и собран.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

28. Ожидаемые трудности обычно меня очень тревожат.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

29. Я слишком переживаю из-за пустяков.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

30. Я вполне счастлив.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

31. Я принимаю всё слишком близко к сердцу.

- Почти никогда
- Иногда

- Часто
- Почти всегда

32. Мне не хватает уверенности в себе.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

33. Обычно я чувствую себя в безопасности.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

34. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

35. У меня бывает хандра.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

36. Как правило, я доволен.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

37. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

38. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть.

- Почти никогда

- Иногда
- Часто
- Почти всегда

39. Я уравновешенный человек.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

40. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах.

- Почти никогда
- Иногда
- Часто
- Почти всегда

Опросник 7 из 17

Оцените, пожалуйста, как часто в течение последнего месяца вы испытывали те или иные мысли и чувства, используя предложенную шкалу ответов.

1 – Никогда

2 – Почти никогда

3 – Иногда

4 – Часто

5 – Очень часто

№		1	2	3	4	5
1	вы расстраивались из-за того, что происходило неожиданно?					
2	вы чувствовали, что не способны контролировать важные моменты своей жизни?					
3	вы нервничали и испытывали стресс?					
4	вы чувствовали уверенность в своей способности справляться с личными проблемами?					
5	вы чувствовали, что всё идет так, как это нужно вам?					
6	вы обнаруживали, что не можете справиться со всем, что вам приходилось делать?					

7	вы могли контролировать свою раздражительность?					
8	вы чувствовали, что находитесь на вершине успеха?					
9	вы злились из-за того, что происходило без контроля с вашей стороны?					
10	вы чувствовали, что вам не преодолеть всех скопившихся трудностей?					

Опросник 8 из 17

Эта методика направлена на изучение того, как люди реагируют на трудности. Существует много способов преодоления жизненных трудностей, и на разные ситуации можно реагировать по-разному. Отметьте, что вы делаете и как чувствуете себя, попадая в трудную ситуацию. Здесь нет хороших или плохих ответов, поскольку каждый человек по-разному реагирует на разные ситуации. Нам очень важно, как поступаете именно вы, когда сталкиваетесь с трудной ситуацией.

1 – Нет

2 – Изредка

3 – Иногда

4 – Часто

№		1	2	3	4
1	Я стараюсь удерживать себя от скоропалительных шагов.				
2	Я надеюсь на то, что Бог мне поможет.				
3	Я обсуждаю случившееся, чтобы лучше понять ситуацию.				
4	Я предаюсь фантазиям на другие темы, чтобы отвлечься.				
5	Я прошу помощи у Бога.				
6	Я стараюсь спланировать и обдумать свои дальнейшие действия.				
7	Я перевожу случившееся в шутку.				
8	Я стараюсь получить эмоциональную поддержку у друзей или родных.				
9	Я предпринимаю какие-то еще действия, стараясь преодолеть сложившуюся ситуацию.				
10	Я даю выход своим переживаниям.				

11	Я пытаюсь посмотреть на ситуацию с более позитивной стороны, в ином свете.				
12	Я говорю с кем-нибудь, кто мог бы конкретно помочь решить мою проблему.				
13	Я полностью концентрируюсь на решении этой проблемы и, если необходимо, откладываю в сторону другие дела.				
14	Я выпиваю или принимаю лекарства, чтобы поменьше думать о проблеме.				
15	Я шучу по поводу случившегося.				
16	Я перестаю пытаться добиться своего (получить то, что я хочу).				
17	Я ищу что-то хорошее в том, что произошло.				
18	Я делаю вид, что ничего не произошло.				
19	Я стараюсь не действовать слишком поспешно, чтобы не ухудшить ситуацию.				
20	Я иду в кино или смотрю телевизор, чтобы меньше думать о проблеме.				
21	Я стараюсь принять ситуацию, сжиться с ней.				
22	Я переживаю и активно проявляю свои чувства.				
23	Я предпринимаю активные действия, чтобы справиться с проблемой.				
24	Я снижаю количество усилий, направленных на решение этой проблемы.				
25	Я обсуждаю свои переживания с кем-то из моих близких.				
26	Я принимаю алкоголь или успокоительные, потому что это помогает мне преодолеть проблему.				
27	Я учусь жить с этим.				
28	Я откладываю другие дела в сторону, чтобы сосредоточиться на решении проблемы.				
29	Я тщательно обдумываю шаги, которые буду предпринимать для решения проблемы.				
30	Я просто делаю вид, что ничего не случилось.				

Опросник 9 из 17

Перед вами ряд утверждений о вас и вашем состоянии в течение последнего месяца. Подумайте о том, насколько вы согласны или не согласны с каждым из них. Если вы не сталкивались с отдельно взятой ситуацией, то попробуйте представить, как бы вы чувствовали себя, если бы она произошла. Пожалуйста, выберите один ответ, который наиболее полно отражает ваше состояние.

1 – Совершенно не верно

2 – Правда, но редко

3 – Иногда правда

4 – Часто правда

5 – Правда почти всегда

№		1	2	3	4	5
1	Я способен адаптироваться, когда происходят изменения.					
2	Я могу справиться со всем, что встает у меня на пути.					
3	Я стараюсь смотреть на вещи с юмором, когда сталкиваюсь с проблемами.					
4	Необходимость справляться со стрессовыми ситуациями может сделать меня сильнее.					
5	Я обычно быстро оправляюсь после болезни, травмы или других трудностей.					
6	Я верю в то, что могу достигнуть своих целей, несмотря на препятствия.					
7	Даже под давлением я остаюсь сосредоточенным и мыслью четко.					
8	Неудачи не могут выбить меня из колеи.					
9	Я считаю себя сильным человеком, который способен разобраться с жизненными трудностями.					
10	Я способен справляться с неприятными или болезненными ощущениями такими, как грусть, страх и гнев.					

5 блок. Стиль мышления: рациональность, гибкость и интуиция

Опросник 10 из 17

В нижеприведенном перечне утверждений обозначьте степень своего согласия или несогласия с ними по предложенной шкале.

1 – Абсолютно не согласен

2 – Не согласен

3 – Скорее не согласен

4 – Затрудняюсь ответить

5 – Скорее согласен

6 – Согласен

7 – Абсолютно согласен

№		1	2	3	4	5	6	7
1	Я умею хорошо оценивать ситуации.							
2	Мне сложно принимать решения в трудных ситуациях.							
3	Перед принятием решения я рассматриваю несколько вариантов.							
4	Когда я сталкиваюсь с трудными ситуациями, у меня возникает ощущение, что теряю контроль.							
5	Я предпочитаю смотреть на трудные ситуации с разных сторон.							
6	Я ищу дополнительную информацию, не всегда очевидную, прежде чем установить причины поведения.							
7	Трудные ситуации вызывают у меня такое напряжение, что я не могу придумать способ их разрешения.							
8	Я стараюсь смотреть на вещи с точки зрения другого человека.							
9	Я нахожу затруднительным наличие множества разных способов разрешения трудных ситуаций.							
10	Я умею ставить себя на место другого человека.							
11	Когда я сталкиваюсь с трудными ситуациями, я просто не знаю, что делать.							
12	Важно рассматривать трудные ситуации с разных сторон.							

13	В трудных ситуациях я рассматриваю несколько вариантов, прежде чем определиться с тем, как действовать.							
14	Я часто смотрю на ситуацию с разных точек зрения.							
15	Я способен преодолевать трудности, с которыми сталкиваюсь «по жизни».							
16	При объяснении причин поведения я принимаю во внимание всю доступную информацию.							
17	Я чувствую, что в трудных ситуациях не в силах что-либо изменить.							
18	Когда я сталкиваюсь с трудными ситуациями, я «беру паузу» и пытаюсь обдумать несколько способов их разрешения.							
19	Я могу придумать более чем один способ разрешения трудной ситуации, с которой я столкнулся.							
20	Я рассматриваю несколько вариантов, прежде чем реагировать на трудные ситуации.							

6 блок. Работоспособность и склонность к зависимому поведению

Опросник 11 из 17

Ответьте, пожалуйста, как часто вы испытываете чувства и состояния, перечисленные ниже. Для этого для каждого утверждения выберите один ответ, который соответствует частоте ваших мыслей и переживаний.

1 – Никогда

2 – Очень редко

3 – Редко

4 – Иногда

5 – Часто

6 – Очень часто

7 – Каждый день

№		1	2	3	4	5	6	7
1	Во время работы меня переполняет энергия.							

2	Моя работа целенаправленна и осмысленна.							
3	Когда я работаю, время пролетает незаметно.							
4	Во время работы я испытываю прилив сил и энергии.							
5	Я полон энтузиазма в отношении своей работы.							
6	Во время работы я забываю обо всем окружающем.							
7	Моя работа вдохновляет меня.							
8	Проснувшись утром, я радуюсь тому, что пойду на работу.							
9	Я счастлив, когда интенсивно работаю.							
10	Я горжусь своей работой.							
11	Я ухожу в работу с головой.							
12	Могу работать в течение длительного времени без перерывов.							
13	Работа ставит передо мной сложные и интересные задачи.							
14	Я позволяю работе «уносить» меня.							
15	В работе я очень настойчив и не отвлекаюсь на постороннее.							
16	Мне трудно отложить работу в сторону.							
17	Я продолжаю работать даже тогда, когда дела идут плохо.							

7 блок. Целеполагание, эффективность, благополучие

Опросник 12 из 17

Используя представленную шкалу, выберите ответ, который наилучшим образом соответствует степени, с которой вы согласны или не согласны с каждым утверждением.

- 1 – Определенно не согласен
- 2 – В целом не согласен
- 3 – До определенной степени (в чем-то) не согласен
- 4 – До определенной степени (в чем-то) согласен
- 5 – В целом согласен

6 – Определенно согласен

№		1	2	3	4	5	6
1	Я знаю, как изменить то, что я хочу изменить в своей жизни.						
2	Я хорошо чувствую, куда ведет меня жизнь.						
3	Если я хочу что-то изменить в моей жизни, то я это делаю.						
4	Я могу выбрать роль, которую хотел бы играть в группе.						
5	Я знаю, что мне нужно сделать, чтобы начать движение к поставленной цели.						
6	У меня есть конкретный план действий, который поможет мне достичь поставленных целей.						
7	Я несу ответственность за свою жизнь.						
8	Я знаю, какой уникальный вклад и во что я могу сделать.						
9	У меня есть план того, как сделать мою жизнь более сбалансированной.						

Опросник 13 из 17

Определите, насколько вы согласны или не согласны с приведенными ниже утверждениями.

1 – Полностью не согласен

2 – Не согласен

3 – Согласен

4 – Полностью согласен

№		1	2	3	4
1	В целом я доволен собой.				
2	Временами мне кажется, что я не совсем хорош.				
3	Думаю, у меня есть ряд достоинств.				
4	Многие вещи я способен делать не хуже большинства других людей.				
5	Мне кажется, что мне нечем гордиться.				

6	Иногда я чувствую себя бесполезным.				
7	Я считаю себя достойным и равным другим людям человеком.				
8	Мне бы хотелось больше уважать себя.				
9	По большому счету я считаю себя неудачником.				
10	Я хорошо отношусь к себе.				

Опросник 14 из 17

Прочитайте каждое утверждение и решите, верно оно или неверно по отношению к вам.

1 – Абсолютно неверно

2 – Едва ли это верно

3 – Скорее всего верно

4 – Совершенно верно

№		1	2	3	4
1	Если я как следует постараюсь, то я всегда найду решение даже сложным проблемам.				
2	Если мне что-либо мешает, то я всё же нахожу пути достижения своей цели.				
3	Мне довольно просто удастся достичь своих целей.				
4	В неожиданных ситуациях я всегда знаю, как я должен себя вести.				
5	При непредвиденно возникающих трудностях я верю, что смогу с ними справиться.				
6	Если я приложу достаточно усилий, то смогу справиться с большинством проблем.				
7	Я готов к любым трудностям, поскольку полагаюсь на собственные способности.				
8	Если передо мной встает какая-либо проблема, то я обычно нахожу несколько вариантов её решения.				
9	Я могу что-либо придумать даже в безвыходных на первый взгляд ситуациях.				
10	Я обычно способен держать ситуацию под контролем.				

Опросник 15 из 17

Перед тем как вы приступите к выполнению задания, вспомните, пожалуйста, несколько стрессовых, трудных для вас ситуаций. Прочитав высказывание, оцените, насколько мысли такого рода свойственны вам в трудной ситуации. При ответе ориентируйтесь на ваши мысли, чувства, а не на предпринимаемые действия. Выберите ответ, соответствующий вашему мнению.

1 – Почти никогда

2 – Иногда

3 – Регулярно

4 – Часто

5 – Почти всегда

№		1	2	3	4	5
1	Я чувствую, что в происходящем следует винить себя.					
2	Я думаю, что мне придется принять тот факт, что это произошло.					
3	Я часто задумываюсь о том, что я чувствую по отношению к тому, что произошло.					
4	Я думаю о вещах поприятнее, чем то, что со мной произошло.					
5	Я думаю о том, что мне лучше всего сделать.					
6	Я думаю, что эта ситуация меня чему-то научит.					
7	Я думаю, что всё могло бы быть гораздо хуже.					
8	Я часто думаю, что то, что случилось со мной гораздо хуже того, что случается с другими.					
9	Я чувствую, что в случившемся следует винить окружающих.					
10	Я чувствую, что я единственный, кто в ответе за то, что произошло.					
11	Я думаю, что мне придется принять ситуацию такой, какая она есть.					
12	Я озабочен тем, что я думаю и чувствую по отношению к тому, что произошло.					

13	Я думаю о приятном, о том, что не имеет никакого отношения к произошедшему.					
14	Я думаю о том, как мне лучше всего справиться с этой ситуацией.					
15	Я думаю, что стану сильнее в результате этого.					
16	Я думаю, что другие проходят через куда более трудные испытания.					
17	Я постоянно думаю о том, как ужасно то, что со мной случилось.					
18	Я чувствую, что окружающие несут ответственность за то, что со мной случилось.					
19	Я думаю об ошибках, которые я совершил.					
20	Я думаю, что я не могу ничего изменить.					
21	Я хочу понять, почему я чувствую то, что я чувствую по отношению к тому, что произошло.					
22	Я думаю о чем-нибудь хорошем вместо того, чтобы думать о том, что произошло.					
23	Я думаю о том, как изменить ситуацию.					
24	Я думаю, что у этой ситуации есть и положительные стороны.					
25	Мне кажется, что это не самое плохое, что могло случиться.					
26	Я часто думаю, что то, что со мной случилось – это худшее, что вообще может произойти с человеком.					
27	Я думаю об ошибках, которые допустили окружающие в этой ситуации.					
28	Я думаю, что в целом причина всему находится во мне.					
29	Я думаю, что мне нужно научиться жить с этим.					
30	Я подробно концентрируюсь на чувствах, которые пробудила во мне ситуация.					
31	Я думаю о своем позитивном опыте.					
32	Я продумываю план того, что лучше всего сделать в этой ситуации.					
33	Я ищу позитивные стороны в сложившейся ситуации.					

34	Я говорю себе, что бывают в жизни ситуации и похуже.					
35	Я постоянно думаю о том, как ужасна случившаяся ситуация.					
36	Я чувствую, что в целом, причиной случившемуся является то, что сделали окружающие.					

Опросник 16 из 17

Оцените степень своего согласия с утверждениями.

1 – Полностью не согласен

2 – Скорее не согласен

3 – Нечто среднее

4 – Скорее согласен

5 – Полностью согласен

№		1	2	3	4	5
1	Как правило, я ставлю какую-то цель, но потом меняю ее на какую-то другую.					
2	Я могу без иронии назвать себя «тружеником».					
3	Новые идеи и новые проекты, иногда уводят меня в сторону от прежних.					
4	Я добивался целей, ради которых работал много месяцев.					
5	Каждые несколько месяцев я начинаю интересоваться какими-то новыми делами.					
6	Обычно я продолжал решать стоящую задачу после неудачных попыток.					
7	Мои интересы меняются год от года.					
8	Неудачи обычно останавливают меня.					
9	Какая-то определенная идея владеет мной короткое время, а потом я теряю интерес к ней.					
10	Я не в ладах с проектами, которые тянутся много месяцев, например, больше года.					
11	Я заканчиваю всё, что начинаю.					

12	В работе я упорен.					
----	--------------------	--	--	--	--	--

8 блок. Благополучие, удовлетворенность жизнью, жизненный тонус

Опросник 17 из 17

Ниже даны утверждения, с которыми вы можете согласиться или не согласиться. Выразите степень вашего согласия с каждым из них.

1 – Определенно не согласен

2 – Не согласен

3 – До определенной степени не согласен

4 – Ни то, ни другое

5 – До определенной степени согласен

6 – Согласен

7 – Определенно согласен

№		1	2	3	4	5	6	7
1	В целом моя жизнь близка к идеалу.							
2	Условия моей жизни прекрасные.							
3	Я удовлетворен жизнью.							
4	К настоящему моменту я уже получил от жизни всё, чего хотел.							
5	Если я мог прожить жизнь заново, то не изменил бы почти ничего.							