

РУМИНАТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ, ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ КАК МИШЕНИ МЕТАКОГНИТИВНОГО ТРЕНИНГА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ

М.В. МИНЯЙЧЕВА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6729-3809>,
e-mail: minyaycheva@gmail.com

В.Е. РУБАЙЛОВА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3833-6912>,
e-mail: ve.rubaylova@gmail.com

О.Д. ПУГОВКИНА

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>,
e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

Современный этап изучения депрессивных расстройств характеризуется вниманием к различным аспектам метакогнитивного функционирования и к разработке компактных и эффективных психосоциальных вмеша-

тельств, примером которых служит метакогнитивный тренинг (МКТ-Д). **Цель данного исследования** — обоснование метакогнитивных интервенций: выявление взаимосвязи основных мишеней тренинга МКТ-Д (перфекционизма, руминаций и копинг-стратегий) и их связи с выраженностью симптомов депрессии. **Материалы и методы.** Проанализированы данные обследования 107 пациентов с депрессивными расстройствами. **Результаты.** Влияние руминаций на выраженность симптомов депрессии имеет непрямой характер, оно опосредовано установками и убеждениями перфекционистского содержания. Влияние депрессии на выбор копинг-стратегий также связано с выраженностью перфекционизма и руминаций, которые делают дисфункциональным даже условно конструктивный копинг «Принятие ответственности». **Вывод.** Набор мишеней метакогнитивного тренинга для депрессивных расстройств позволяет учитывать взаимовлияние основных дисфункциональных факторов риска возникновения и хронификации депрессий.

Ключевые слова: депрессия, депрессивные расстройства, руминации, копинг-стратегии, перфекционизм, метакогнитивный тренинг.

Благодарности. Авторы выражают благодарность доктору психологических наук, профессору А.Б. Холмогоровой за консультации по оформлению замысла общего исследования факторов эффективности метакогнитивного тренинга для пациентов с депрессивными расстройствами, а также доктору медицинских наук, профессору А.Б. Шмуклеру и кандидату медицинских наук О.О. Папасуеву за поддержку в проведении исследования.

Для цитаты: Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Пуговкина О.Д. Руминативное мышление, перфекционизм и стратегии совладания со стрессом как мишени метакогнитивного тренинга у пациентов с депрессией // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 127—149. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320207>

TARGETS OF METACOGNITIVE TRAINING FOR PATIENTS WITH DEPRESSION: RUMINATION, PERFECTIONISM AND COPING STRATEGIES

MARIA V. MINYAYCHEVA

Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology Named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6729-3809>,

e-mail: minyaycheva@gmail.com

VERONIKA E. RUBAYLOVA

Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology Named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3833-6912>,

e-mail: ve.rubaylova@gmail.com

OLGA D. PUGOVKINA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>,

e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

The current stage of studying depressive disorders is characterized by attention to various aspects of metacognitive functioning and the development of compact and effective psychosocial interventions, of which metacognitive training (D-MCT) is an example. **The aim** of this study is to provide a rationale for metacognitive interventions: to identify the correlation between the main targets of D-MCT training (perfectionism, rumination, and coping strategies) and their relationship with the severity of depression symptoms. **Materials.** We analyzed the data from the examination of 107 patients with depressive disorders. **Results:** the influence of rumination on the severity of symptoms of depression is indirect; it is mediated by perfectionist attitudes and beliefs. The influence of depression on the choice of coping strategies is also related to the expression of perfectionism and rumination, which make even conditionally constructive coping — taking responsibility — dysfunctional. **Conclusions:** The range of targets of metacognitive training for depressive disorders allows us to consider the mutual influence of the main dysfunctional risk factors for the occurrence and chronification of depression.

Keywords: depression, depressive disorders, rumination, coping strategies, perfectionism, metacognitive training.

Acknowledgements. The authors are grateful to Doctor of Psychology, Professor A.B. Kholmogorova for consultations on the design of a general study of factors of the effectiveness of metacognitive training for patients with depressive disorders, as well as Doctor of Medical Sciences, Professor A.B. Shmukler and Ph.D. of Medical Sciences O.O. Papsuev for support in conducting the study.

For citation: Minyaycheva M.V., Rubaylova V.E., Pugovkina O.D. Targets of Metacognitive Training for Patients with Depression: Rumination, Perfectionism and Coping Strategies. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 127—149. DOI:<https://doi.org/10.17759/cpp.2024320207> (In Russ.).

Введение

Потребность в развитии и внедрении психологических (немедикаментозных) методов помощи пациентам с депрессивными расстройствами, несмотря на множество современных лекарственных прото-

колов лечения, связана с негативным влиянием депрессий на качество жизни, социальную и трудовую адаптацию, активность и взаимоотношения с близкими, а также вероятностью хронификации и суицидальным риском [21].

Одним из таких методов является метакогнитивный тренинг для пациентов с депрессией (МКТ-Д) [6; 24; 25], разработанный на основе метакогнитивной модели А. Велша (A. Wells) [42] и базовых постулатов когнитивно-поведенческой терапии, а также с учетом опыта использования метакогнитивного тренинга у пациентов, перенесших психотические состояния [8; 30].

В цели метакогнитивного тренинга входит знакомство пациентов с когнитивной моделью депрессии и ее эмпирически подтвержденными компонентами: когнитивными искажениями, способами восприятия и обработки информации, дисфункциональными убеждениями. Тренинг включает как информирование, так и упражнения по модификации перечисленных дисфункциональных когнитивных паттернов.

Тренинг является структурированным. На каждом занятии с опорой на специально разработанную презентацию обсуждается отдельная запланированная тема (когнитивные искажения, самооценка, руминации, апатия, снижение социальной активности, дисфункциональные копинг-стратегии и др.). Материал, представленный в презентации, включает визуальные примеры, которые облегчают восприятие и усвоение. В обсуждении используются примеры метакогнитивных нарушений, заготовленные ведущими, а также предлагаемые участниками тренинга.

Центральным звеном тренинга выступает работа с когнитивными искажениями, которые играют важную роль в развитии и поддержании симптомов расстройства [25]. После знакомства с идеями когнитивных искажений и тем, как они пронизывают привычное мышление пациентов, происходит совместная групповая работа над их выявлением, фиксацией, реструктуризацией. Примеры ведущего, групповые обсуждения и совместные инсайты мотивируют пациентов к рефлексии, т. е. к тому, чтобы занять наблюдательную позицию по отношению к своим когнитивным процессам. В результате этого изменяются привычные когнитивные и поведенческие паттерны пациентов.

Тренинг включает в себя 8 занятий продолжительностью 60—90 минут каждое. Одним из преимуществ тренинга является его низкий порог (т. е. минимальные требования) включения пациентов. Это связано с высокой структурированностью занятий и обилием опорных материалов (подробные презентации для демонстрации, руководство по их использованию и раздаточные листы с домашним заданием) [25]. Форма тренинга допускает пассивное участие, что повышает доступность тренинга для пациентов на фоне их малой активности. Благодаря четкой структу-

ре тренинга не требуется специализированного обучения для ведущих. При этом важно, чтобы ведущий группы (психолог/врач-психиатр/психотерапевт) уже был знаком с принципами когнитивно-поведенческой терапии, имел опыт работы с пациентами с расстройствами аффективного спектра и владел навыками проведения групповых занятий.

Мишенями МКТ-Д выступает комплекс взаимосвязанных эмпирически доказанных когнитивных и метакогнитивных паттернов, характерных для депрессивных состояний, который включает когнитивные искажения, руминации, перфекционизм, самооценку, апатию (пассивность), нарушения в сфере социального взаимодействия и восприятия эмоций. Ниже приводятся основные данные, подтверждающие значимость центральных мишеней МКТ-Д — руминаций, перфекционизма и дисфункциональных копинг-стратегий.

Обоснование мишеней МКТ-Д: руминации

Руминации — навязчивые, непродуктивные, тягостные циклические размышления [9; 11; 31; 36] — являются фактором риска депрессии, прямо связаны с ее актуальной тяжестью, а также повышают вероятность ее хронификации и суицидальный риск.

В литературе имеется несколько концепций руминаций, которые носят преимущественно описательный характер, например теория стилей реагирования (Response Styles Theory), предложенная S. Nolen-Hoeksema (1991). В рамках данной модели руминации представляются как повторяющиеся размышления о причинах, следствиях и симптомах своего сниженного аффекта [37], и, таким образом, усиление депрессивного настроения происходит по нисходящей спирали: негативное настроение вызывает сужение фокуса внимания и фиксацию на негативном содержании мыслей, что, в свою очередь, еще больше усиливает плохое настроение.

Фиксация на негативных мыслях не позволяет пациенту сосредоточиться на реальном содержании своих текущих жизненных задач (необязательно представляющих собой серьезные трудности) и препятствует их практическому разрешению, поэтому руминативное мышление относят к проявлениям когнитивного и поведенческого избегания. Такое дистанцирование от актуальных жизненных проблем снижает способность к их разрешению, приводит к ощущению их как непреодолимых и негативно влияет на ощущение самоэффективности.

Руминативное мышление в теории стилей реагирования понимается чаще как дисфункциональная стратегия регуляции эмоций, что и позволяет рассматривать ее в метакогнитивном ключе в рамках МКТ-Д.

Не углубляясь в дискуссионные вопросы концептуализации руминаций и изучения их как феномена мышления, можно констатировать, что их негативная роль в плане риска возникновения и хронификации депрессий установлена в многочисленных исследованиях [9; 10; 37; 39; 40]. При этом часто говорится о руминациях как о трансдиагностическом факторе, т. е. описанные выше механизмы в той же мере относятся к пациентам с биполярным аффективным расстройством и другими расстройствами настроения.

Зарубежные исследования демонстрируют, что пациенты с биполярным аффективным расстройством (БАР) в период депрессии испытывают множественные руминативные размышления, как и пациенты с униполярной депрессией [22]. Пациенты сообщают о повторяющихся мыслях о том, что другие люди воспринимают их как неудачников [27].

Перфекционизм

Перфекционизм — чрезмерно высокие стандарты деятельности, когнитивные искажения в субъективной оценке результатов и восприятие других людей как предъявляющих высокие требования [2; 17]. Как и руминации, перфекционизм является фактором риска возникновения депрессии, влияет на ее актуальную тяжесть, связан с риском хронификации и суицидальным риском. Связь перфекционизма и депрессивных расстройств также является хорошо изученной [2; 4; 13; 17].

В рамках МКТ-Д имеет значение то, что перфекционизм как личностная черта характеризуется соответствующими когнициями, связанными с достижением идеальных результатов: неприемлемым считается все, что не дотягивает до безупречности, а несоответствие реального результата ожидаемому вызывает дистресс. Поскольку эти ожидания нереалистичны и недостижимы даже при достаточном количестве усилий, перфекционизм провоцирует хроническое переживание неудачи, чувства нерешительности и стыда, внутреннюю критику [29]. Важным аспектом перфекционизма является проявление мышления по принципу «все или ничего», при котором успех представляется как идеальный результат, а все, что им не является, рассматривается как неудача. В таком случае сложно достигнуть удовлетворенности собой, происходит многократная активация внутренних критикующих суждений. Исследования показывают, что перфекционизм связан с симптомами депрессии, более частыми суицидальными мыслями и уязвимостью к дистрессу [16].

Исследования когнитивных стилей показывают, что перфекционизм проявляется в оценке конгруэнтных жизненных событий при развитии как депрессивных, так и (гипо)маниакальных симптомов

[14]. Перфекционистский когнитивный стиль у людей с биполярным аффективным расстройством в большей степени характеризуется самокритикой и стремлением к достижению целей [14; 27]. Данные последних исследований, повторяя результаты более ранних научных работ, показывают, что у пациентов с депрессивным расстройством фактор перфекционистских стремлений выражен значительно меньше фактора перфекционистских опасений, выражающихся в обеспокоенности по поводу собственных ошибок и сомнениях в действиях [41]. Имеются данные о том, что самокритика является стабильными фактором уязвимости к депрессии для пациентов с депрессией в прошлом и актуальном эпизоде ремиссии [28].

Высказываются предположения о наличии взаимосвязи между перфекционизмом и руминациями [34]. Авторы предполагают, что перфекционизм может быть продуктивным методом совладания, который заключается в разработке соответствующих конструктивных стратегий достижения цели. Однако при наличии «мрачных размышлений» («brooding rumination» — один из подвидов руминаций, выделяемый в теории стилей реагирования) эти мысли будут иметь слишком негативную эмоциональную окраску, вызывать парализующие сомнения в себе, самокритику и, таким образом, мешать достижению результатов. Эмпирические данные говорят о том, что высокий уровень «мрачных размышлений» оказывает депрессивное влияние независимо от выраженности самоориентированного и социально предписанного перфекционизма. Иначе говоря, люди с высоким уровнем самоориентированного и/или социально предписанного перфекционизма при низком уровне «мрачных размышлений» не особенно склонны к депрессии и могут использовать преимущества высоких стандартов, но при этом проявлять стойкость и упорство перед актуальными трудностями. Роль вышеописанного перфекционизма как диатеза депрессии скорее зависит от наличия и интенсивности таких руминативных проявлений, как мрачные размышления.

Копинг-стратегии

Когнитивные искажения и дисфункциональные убеждения имеют прямое влияние на выбор копинг-стратегий, определяющих модель поведения в период стрессовой ситуации [19; 43]. По аналогии с руминациями и перфекционизмом установлено, что выраженность и интенсивность депрессивной симптоматики связана с выбором определенных копинг-стратегий. У пациентов с депрессией отмечается активация защитных форм поведения и преобладание малоадаптивных эмоциональ-

но сфокусированных копинг-стратегий над продуктивными стратегиями совладания [5; 7].

В зарубежных публикациях приводятся данные о том, что в зависимости от выраженности актуальной симптоматики существует разница между выбором копинг-стратегий у пациентов с униполярной депрессией и биполярным аффективным расстройством. Так, пациенты с БАР в период стабильного состояния чаще используют паттерны избегающего поведения в сравнении с пациентами с депрессивным опытом в прошлом. В то же время при нарастании депрессивной симптоматики у пациентов из этих диагностических групп различия в выборе предпочитаемых копинг-стратегий снижаются [38].

Подытоживая приведенный выше краткий обзор, следует отметить большое значение описанных феноменов — руминаций, перфекционизма и копинг-стратегии — в отношении риска возникновения и степени тяжести депрессивного состояния. Это подчеркивает высокую мишене-ориентированность и эмпирическую обоснованность метакогнитивного тренинга депрессии (МКТ-Д) для данного контингента пациентов.

Вместе с тем можно отметить, что значительная часть исследований данных факторов была проведена относительно независимо друг от друга, т. е. в отдельных эмпирических работах фокус был сосредоточен на каком-то одном дисфункциональном паттерне или его связи с отдельными переменными. Новизна настоящего исследования заключается в попытке перейти от изолированного рассмотрения феноменов и факторов депрессивных расстройств к прояснению их связей и взаимного влияния.

Цель, материалы и методы исследования

Цель исследования заключается в выявлении взаимосвязи основных мишеней тренинга МКТ-Д (проявлений перфекционизма, руминаций и выбора копинг-стратегий).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Московского НИИ психиатрии (филиала ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» МЗ РФ). Все пациенты принимали стандартную медикаментозную терапию и подписали информированное согласие на участие в исследовании. В исследование были включены 107 пациентов, 46 пациентов имели диагноз рекуррентное депрессивное расстройство (F33), 30 — депрессивный эпизод, (F32), 31 — биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F31). В выборку вошли 40 мужчин и 67 женщин. Средний возраст составил 31,7 лет, средний балл по шкале депрессии Бека равен 28,9, что соответствует средней выраженности депрессивной симптоматики.

Для оценки выраженности депрессии использовалась Шкала депрессии А. Бека (BDI, Beck A.T., 1961; Тарабрина Н.В., 2001) [12]. Для оценки копинг-стратегий — методика «Способы совладающего поведения» (ССП) (Folkman S., Lazarus R.S., 1988; версия НИИ им. В.М. Бехтерева, адаптация Вассерман Л.И. и соавт., 2009) [1]. Оценивались следующие копинг-стратегии: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Для оценки руминативного мышления была использована шкала руминаций (RRS) (Nolen-Hoeksema S. et al, 2003; адаптация Пуговкиной О.Д. с соавт., 2021) [9], которая предполагает оценку руминаций по трем видам: мрачные размышления (brooding), рефлексивные руминации (reflective) и навязчивые депрессивные переживания (depression-related). Также руминации оценивались по подшкалам: «анергия», «поиск глобальных объяснений», «анализ» и «переживание одиночества». Оценка внутренних жестких стандартов и требовательности к себе и другим проводилась с помощью опросника перфекционизма (Гаранян Н.Г, Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю., 2018) [3], включающего в себя следующие подшкалы: «Озабоченность оценками со стороны других», «Высокие стандарты» и «Негативное селектирование».

Результаты исследования

На первом этапе обработки была зафиксирована связь изучаемых переменных (руминаций, перфекционизма и копинг-стратегий) с выраженностью симптомов депрессии (табл. 1) и взаимосвязь этих факторов между собой с помощью корреляционного анализа (рис. 1).

Таблица 1
Связь руминаций (RRS), перфекционизма и копинг-стратегий (COPE) с выраженностью симптомов депрессии у пациентов с депрессивными расстройствами (n = 107)

Показатели	Подшкалы опросников RRS, COPE и перфекционизма	Выраженность симптомов депрессии (BDI)
Руминации	Общий балл	0,325***
	Анергия	0,567***
	Поиск глобальных объяснений	0,586***
	Анализ	0,499***
	Переживание одиночества	0,390***

Показатели	Подшкалы опросников RRS, COPE и перфекционизма	Выраженность симптомов депрессии (BDI)
Перфекционизм	Общий балл	0,499***
	Озабоченность оценками со стороны других	0,410***
	Высокие стандарты	0,332***
	Негативное селективное	0,481***
Копинг-стратегии	Конфронтация	0,089
	Дистанцирование	0,006
	Самоконтроль	−0,062
	Поиск социальной поддержки	0,085
	Принятие ответственности	0,17
	Бегство—избегание	0,276**
	Планирование решения проблем	−0,018
	Положительная переоценка	−0,136

Примечание: «***» — уровень значимости $p < 0,001$; «**» — уровень значимости $p < 0,01$.

Из табл. 1 видно, что перфекционизм и руминации выступают значимыми факторами депрессивных расстройств. С выраженностью симптомов депрессии прямо связаны все параметры перфекционизма и все виды руминаций. Что касается копинг-стратегий, то значимая связь установлена только со стратегией бегства-избегания.

В соответствии с задачами исследования анализ проявлений изучаемых переменных ограничивается лишь фиксацией их связи с выраженностью депрессивных переживаний согласно самоотчету пациентов по шкале депрессии Бека (BDI). Анализ связи руминаций, перфекционизма и копингов с другими клиническими характеристиками депрессивных расстройств (давностью, типом течения, принадлежностью к разным нозологиям) является предметом отдельной статьи.

На рис. 1 обращают на себя внимание комплексы взаимосвязей изучаемых переменных. Они включают корреляции между параметрами перфекционизма, видами руминаций и двумя копинг-стратегиями — принятием ответственности и бегством-избеганием. Эти результаты не только показывают взаимосвязь перфекционизма и руминаций с проявлениями депрессии, но и демонстрирует союз данных феноменов, что является важным при планировании реабилитационных интервенций.

Копинг-стратегии, имеющие связь с руминациями и перфекционизмом, коррелируют с избеганием поведенческого решения сложных ситуаций и представляют собой размышления разной степени деструк-

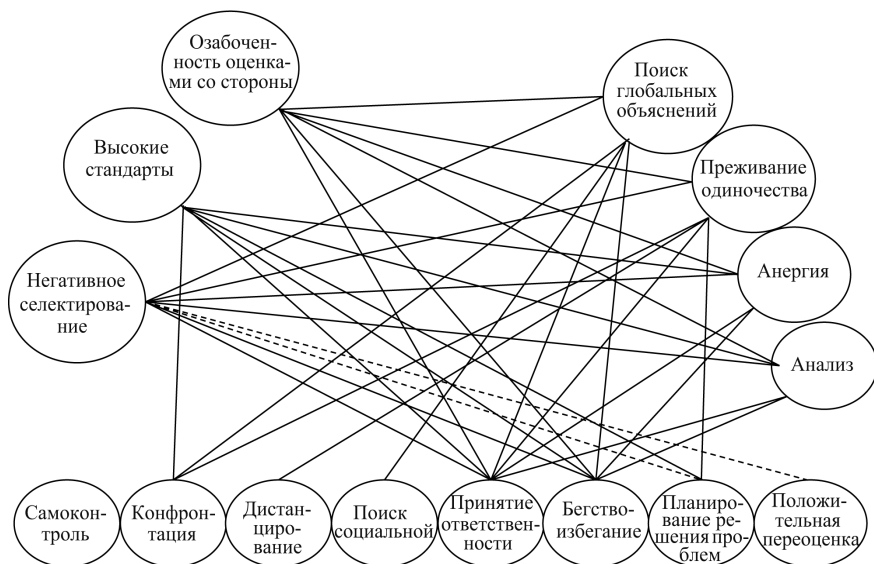


Рис. 1. Связь руминаций, перфекционизма и копинг-стратегий:

«—» — прямая связь; коэффициент корреляции Спирмена, $r = 0,2-0,8$, $p < 0,05$;
 «- - -» — отрицательная связь, коэффициент корреляции Спирмена, $r = 0,2-0,5$, $p < 0,05$

тивности. Важно отметить, что стратегия совладания «принятие ответственности» при высокой балльной оценке означает не функциональный подход к решению с учетом всех обстоятельств, а фокусировку на своей роли в возникновении проблемы и ответственности за нее, что выражается в самообвинениях и критике. Такое ограничение справедливо и в отношении стратегии «планирование решения проблем». С одной стороны, планирование может способствовать целенаправленному разрешению проблемной ситуации, а с другой стороны, оно связано с чрезмерной рациональностью, недостаточной гибкостью и низкой спонтанностью в поведении. Описанное выше соотносится с классическим представлением о метакогнитивном функционировании Дж. Флейвелла [20].

На втором этапе обработки на основе выявленных корреляционных взаимосвязей была предпринята попытка построить модели путей возможного влияния изучаемых переменных друг на друга.

В первой модели анализируется связь руминаций, перфекционизма и депрессии. Выраженность симптомов депрессии выступает зависимой переменной, а руминации и перфекционизм — возможными предикто-

ром и медиатором соответственно. Визуальное представление модели опосредствования приведено на рис. 2.

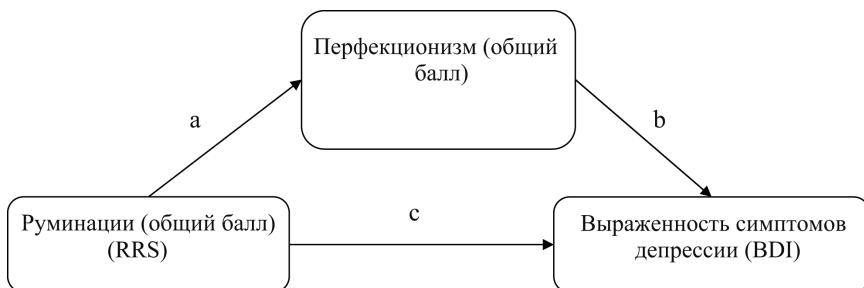


Рис. 2. Модель влияния руминаций и перфекционизма на выраженность симптомов депрессии:

a — коэффициент регрессии, выражающий зависимость медиатора (перфекционизм) от предиктора (руминативное мышление); b — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (уровень депрессии по самоотчетной шкале) с медиатором (перфекционизм); c — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (уровень депрессии по самоотчетной шкале) с независимой (руминативное мышление)

Проверка данной модели показала, что руминации не имеют прямого влияния на выраженность симптомов депрессии, т. е. не являются самостоятельным прогностическим фактором. Влияние руминаций становится значимым при включении в модель перфекционизма в качестве медиатора (табл. 2).

Таблица 2

Перфекционизм как медиатор влияния руминаций (RRS) на выраженность симптомов депрессии (BDI)

Направление эффекта	Структурные компоненты взаимосвязи	β	p
Непрямой эффект	общий балл RRS => общий балл шкалы перфекционизма => балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI)	0,145	0,003**
Прямой эффект	общий балл RRS => балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI)	0,156	0,088

Примечание: «**» — уровень значимости $p < 0,01$.

Во второй модели анализируется связь перфекционизма и руминаций с выбором копинг-стратегий. В опоре на литературные данные о влиянии депрессии на усиление и «заострение» перфекционизма, руми-

наций и избегающего поведения была построена еще одна модель, в которой копинг-стратегии выступали в качестве зависимой переменной, выраженность депрессии — предиктором, а перфекционизм и руминации — медиаторами. Графическое изображение модели представлено на рис. 3.

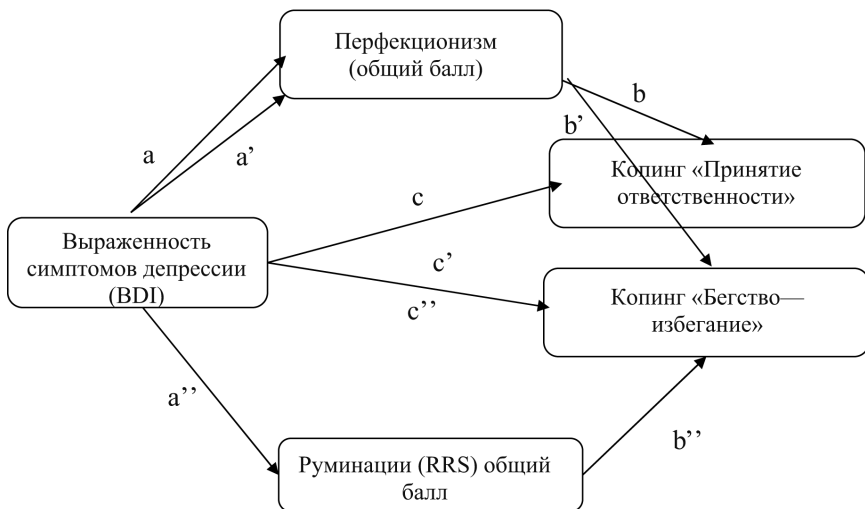


Рис. 3. Модель влияния выраженности симптомов депрессии на выбор копинг-стратегий:

a — коэффициент регрессии, выражающий зависимость медиатора (перфекционизм) от предиктора (выраженность симптомов депрессии); b — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «Принятие ответственности») с медиатором (перфекционизм); c — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «принятие ответственности») с независимой (выраженность симптомов депрессии); a' — коэффициент регрессии, выражающий зависимость медиатора (перфекционизм) от предиктора (выраженность симптомов депрессии); b' — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «Бегство—избегание») с медиатором (перфекционизм); c' — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «Бегство—избегание») с независимой (выраженность симптомов депрессии); a'' — коэффициент регрессии, выражающий зависимость медиатора (руминации) от предиктора (выраженность симптомов депрессии); b'' — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «Бегство—избегание») и медиатора (руминации); c'' — коэффициент регрессии, выражающий связь зависимой переменной (копинг «Бегство—избегание») и независимой (выраженность симптомов депрессии)

Проверка модели показала, что выраженность симптомов депрессии не является прямым предиктором дисфункциональных копинг-

стратегий. Это влияние становится значимым при включении таких медиаторов, как перфекционизм и руминации, которые усиливают вероятность возникновения избегающего поведения. Копинг «Принятие ответственности» также не связан прямо с влиянием симптомов депрессии. Это влияние опосредовано перфекционизмом (табл. 3).

Таблица 3

Руминации и перфекционизм как медиаторы влияния выраженности симптомов депрессии на выбор копинг-стратегий

Направление эффекта	Структурные компоненты взаимосвязи	β	p
Непрямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => общий балл шкалы перфекционизма => копинг-стратегия «Принятие ответственности»	0,260	< 0,001***
Прямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => копинг-стратегия «Принятие ответственности»	-0,07	0,71
Непрямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => общий балл шкалы перфекционизма => копинг-стратегия «Бегство—избегание»	0,244	< 0,001***
Прямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => копинг-стратегия «Бегство—избегание»	-3,99e-4	1
Непрямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => общий балл RRS => копинг-стратегия «Бегство—избегание»	0,244	< 0,034*
Прямой эффект	Балл по самоотчетной шкале депрессии Бека (BDI) => копинг-стратегия «Бегство—избегание»	0,160	0,098

Примечание: «*» — уровень значимости $p < 0,05$; уровень значимости «***» — уровень значимости $p < 0,001$.

Обсуждение результатов

Проведенный в исследовании анализ и предложенные медиаторные модели позволяют проследить пути влияния дисфункциональных личностных черт (перфекционизма) и явлений когнитивной ригидности

(руминаций) на выраженность симптомов депрессии и, предположительно, на риск хронификации расстройства.

В современных исследованиях руминаций значительное внимание уделяется тематике этих заикленных размышлений. Разрабатываются психодиагностические инструменты, тестирующие по отдельности руминации гнева, стыда и др. Однако из-за недостаточной проработки теоретической модели руминаций как феномена мышления остается открытым вопрос о том, что определяет патологическое влияние руминаций на поведение, аффект и в итоге риск возникновения и хронификации депрессии: нарушение динамики мышления в виде вязкости и «заикливания» на определенном содержании мышления или же само содержание этих мыслей?

Предложенная в исследовании медиаторная модель указывает на то, что определяющую роль играет все-таки содержание или темы руминативного заикливания, а не ригидность когнитивных процессов сама по себе. Данные указывают на то, что, несмотря на значимые корреляции руминаций с выраженностью симптомов депрессии, прямого влияния в этой связке они не оказывают. Руминации становятся предиктором тяжести симптомов депрессии при подключении опосредующего фактора-медиатора — перфекционизма, который, как можно предположить, диктует темы и содержание руминативных мыслительных цепочек.

Вторая медиаторная модель, построенная в исследовании, проясняет связь (и путь влияния) депрессии и дисфункциональных копинг-стратегий. Показано, что не тяжесть симптомов, а именно комплекс взаимно усиливающих друг друга проявлений ригидности (руминаций) и перфекционистских установок приводит пациентов с депрессивными расстройствами к неэффективному поведению в текущих жизненных ситуациях. Этот комплекс объясняет также то, как даже конструктивные стратегии совладания приобретают дисфункциональный характер: принятие ответственности принимает характер самообвинений, а планирование совладания — неэффективный перебор возможных действий.

Таким образом, множественный медиаторный анализ показывает механизм «порочного цикла депрессии»: руминации при опосредующем влиянии перфекционизма способствуют усилению субъективных ощущений депрессии. Эти ощущения опять же, благодаря вкладу перфекционизма и руминаций, активируют дисфункциональные копинг-стратегии в виде бегства—избегания и принятия ответственности в виде навязчивых самообвинений и придиричивости к себе.

В отношении и руминаций, и перфекционизма было установлено, что они выступают по отношению к депрессивному расстройству предрасположенными чертами, которые еще более усиливаются в момент обострения заболевания. В моменты ремиссии эти черты несколько ком-

пенсируются, но без специальных вмешательств остаются значимыми факторами повторного эпизода депрессии. В настоящем исследовании подтверждена эта схема — показана зависимость выраженности руминаций и проявлений перфекционизма на фоне углубления депрессивных симптомов. Медиаторный анализ, приведенный выше, демонстрирует значимую роль перфекционизма и руминаций, как посредников, влияющих на вероятность проявлений копинг-стратегий и усиления выраженности депрессии.

Выделенный комплекс метакогнитивных нарушений у пациентов с депрессивными расстройствами носит характер «узла», где усиление каждого из элементов способствует повышению выраженности остальных, что буквально затягивает «узел» проблем и отдаляет от возможности предпринять функциональные способы разрешения трудностей. На фоне таких проявлений, как подавленное настроение, нарушения сна, снижение общей активности, когнитивные искажения и ориентация на негативный исход, пациенты с депрессией сталкиваются с выраженными явлениями негативных навязчивых переживаний о собственной несостоятельности, что усиливает их уровень притязаний к себе и способствует выбору избегающего копинга или принятия чрезмерной ответственности. Подобное, в свою очередь, способствует накоплению трудностей, развитию необоснованной самокритики и в результате приводит к усилению депрессивных проявлений. Сфокусированность на собственных неудачах и ошибках, а также фиксация на собственном несовершенстве снижают способность целенаправленного и планомерного разрешения проблем, положительного переосмысления проблемных ситуаций.

Выводы

Результаты исследования подтверждают взаимодействие проявлений руминаций, перфекционизма и копинг-стратегий друг с другом, а также их влияние на тяжесть депрессии и их обратную зависимость от выраженности аффективной симптоматики. Путевые модели, представленные в статье, позволяют выявить скрытые связи между переменными, вскрывают механизмы их взаимного усиления и подчеркивают важность комплексного изучения факторов депрессивных расстройств.

Метакогнитивный подход является эвристичной моделью для интеграции данных эмпирического изучения различных факторов депрессии. Многообразие мишеней МКТ-Д также связано с идеей компактных интервенций в отношении целого ряда ключевых факторов риска возникновения, тяжести и риска хронификации депрессивных расстройств.

Заключение

Подтвержденная в исследовании тесная связь некоторых факторов уязвимости и депрессии, опосредованная руминациями и перфекционизмом, обуславливает необходимость превентивных и терапевтических усилий по преодолению данных особенностей мышления у пациентов. Информированность о подобных типах мышления, его особенностях, видах когнитивных искажений и способах совладания могут ослабить склонность пациентов к повторяющемуся пассивным депрессивным размышлениям. Данные навыки способны активировать и развить адаптивные копинг-стратегии. Таким образом, использование метакогнитивного тренинга для пациентов с депрессией (МКТ-Д) на этапе стационарного лечения может обладать высоким реабилитационным потенциалом.

Материалы настоящего исследования включают анализ только по данным самоотчетной шкалы депрессии А. Бека, что можно считать ограничением представленной в рамках статьи работы, так как сведения, полученные с помощью метода самоотчета, не исчерпывают клинических факторов депрессии. Перспективами исследования может выступать попытка выделения специфики профиля метакогнитивного функционирования у пациентов с депрессиями в рамках отдельных нозологических групп, а также учет клинических характеристик, которые не вошли в материал данной публикации — давность заболевания, характеристики течения и клиническая (экспертная) оценка тяжести депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. и др.* Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения: монография. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 323—345.
2. *Гараян Н.Г.* Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Современная терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 31—40.
3. *Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Том 26. № 3. С. 8—32. DOI:10.17759/cpp.2018260302
4. *Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Перфекционизм, депрессия и тревога // Консультативная психология и психотерапия. 2001. Том 9. № 4. С. 18—48.
5. *Исаева Е.Р., Зуйкова Н.В.* Защитно-совладающий стиль поведения больных депрессивными расстройствами // Сибирский психологический журнал. 2002. № 16—17. С. 84—88.
6. *Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Мовина Л.Г.* Метакогнитивный тренинг для пациентов с депрессией // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Том 31. № 3. С. 85—90.

7. Муравьева О.В., Разуваева Т.Н. Особенности копинг—механизмов у больных депрессией // Медицина. 2001. № 5 С. 7—14.
8. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Том 24. № 3. С. 33—36.
9. Пуговкина О.Д., Сырковашина А.Д., Истомина М.А. [и др]. Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации депрессии: определение понятия и валидность инструментария // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 3. С. 88—115. DOI:10.17759/cpp.2021290307
10. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Журнова О.В. Руминации как психологический механизм формирования и поддержания суицидального поведения [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 124—136. DOI:10.17759/jmfp.2022110112 (дата обращения: 16.01.2024).
11. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М. [и др]. Когнитивная терапия депрессивных руминаций // Журнал неврологии и психиатрии. 2019. Том 1. № 2. С. 62—68.
12. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. С. 182—190.
13. Юдеева Т.Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств : дис. канд. психол. наук. М., 2011. 275 с.
14. Alloy L.B. et al. Behavioral approach system (BAS)—relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective associations // Journal of abnormal psychology. 2009. Vol. 118. № 3. P. 459—471. DOI:10.1037/a0016604
15. Barnow S. et al. Emotionsregulation bei Depression [Электронный ресурс] // Psychologische Rundschau. 2013. Vol. 64. № 4. URL: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1026/0033-3042/a000172> (дата обращения: 16.01.2024).
16. Bieling P.J., Israeli A.L., Antony M.M. Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct // Personality and individual differences. 2004. Vol. 36. № 6. P. 1373—1385. DOI:10.1016/S0191-8869(03)00235-6
17. Burns D.D. The spouse who is a perfectionist // Medical aspect of human sexuality. 1983. Vol. 17. № 3. P. 219—230.
18. Ciesla J.A., Roberts J.E. Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood // Emotion. 2007. Vol. 7. № 3. P. 555—565. DOI:10.1037/1528-3542.7.3.555
19. Ender N.S., Parker J.D. State and trait anxiety, depression and coping styles // Australian Journal of Psychology. 1990. Vol. 42. № 2. P. 207—220. DOI:10.1080/00049539008260119
20. Flavell J.H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive—developmental inquiry // American psychologist. 1979. Vol. 34. № 10. P. 906—911. DOI:10.1037/0003-066X.34.10.906
21. Frances A., Donovan S. The diagnosis of chronic depression in primary care // WPA Bulletin on Depression. 1998. Vol. 4. № 15. P. 3—5. DOI:10.1136/bmj.l835
22. Ghaznavi S., Deckersbach T. Rumination in bipolar disorder: evidence for an unquiet mind // Biology of mood & anxiety disorders. 2012. № 2. P. 1—11. DOI:10.1186/2045-5380-2-2

23. Hagen R. et al. Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up // *Frontiers in psychology*. 2017. № 8. P. 31—42. DOI:10.3389/fpsyg.2017.00031
24. Jelinek L. et al. Long-term efficacy of Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A randomized controlled trial // *British Journal of Clinical Psychology*. 2019. Vol. 58. № 3. P. 245—259. DOI:10.1111/bjc.12213
25. Jelinek L., Moritz S., Hauschildt M. Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability // *Journal of Affective Disorders*. 2017. № 221. P. 17—24. DOI:10.1016/j.jad.2017.06.003
26. Joormann J., Quinn M.E. Cognitive processes and emotion regulation in depression // *Depression and anxiety*. 2014. Vol. 31. № 4. P. 308—315. DOI:10.1002/da.22264
27. Lam D., Wright K., Smith N. Dysfunctional assumptions in bipolar disorder // *Journal of affective disorders*. 2004. Vol. 79. № 1—3. P. 193—199. DOI:10.1016/S0165-0327(02)00462-7
28. Levitt A., Joffe R.T., Shafir M.S. Major depression and the self-criticism and dependency personality dimensions // *Am J Psychiatry*. 1994. Vol. 151. № 4. P. 597—599. DOI:10.1176/ajp.151.4.597
29. Martin S. The CBT workbook for perfectionism: evidence-based skills to help you let go of self-criticism, build self-esteem, and find Balance. Oakland: New Harbinger Publications, 2019. 226 p.
30. Moritz S., Burlon M., Woodward T.S. Metacognitive training for schizophrenic patients. Manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005. 286 p.
31. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms // *Journal of abnormal psychology*. 2000. Vol. 109. № 3. P. 504—511.
32. Nolen-Hoeksema S., Davis C.G. «Thanks for sharing that»: ruminators and their social support networks // *Journal of personality and social psychology*. 1999. Vol. 77. № 4. P. 801—814. DOI:10.1037/0022-3514.77.4.801
33. Nolen-Hoeksema S., Parker L.E., Larson J. Ruminative coping with depressed mood following loss // *Journal of personality and social psychology*. 1994. Vol. 67. № 1. P. 92—104. DOI:10.1037//0022-3514.67.1.92
34. Olson M.L., Kwon P. Brooding perfectionism: Refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression // *Cognitive therapy and research*. 2008. Vol. 32. P. 788—802. DOI:10.1007/s10608-007-9173-7
35. Papageorgiou C., Wells A. (ed.). Depressive rumination: Nature, theory and treatment. NY.: John Wiley & Sons, 2004. 282 p.
36. Smith J.M., Alloy L.B. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct // *Clinical psychology review*. 2009. Vol. 29. № 2. P. 116—128. DOI:10.1016/j.cpr.2008.10.003
37. Spasojević J., Alloy L.B. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression // *Emotion*. 2001. Vol. 1. № 1. P. 25—37. DOI:10.1037/1528-3542.1.1.25
38. Suh H. et al. Similarities and differences of strategies between bipolar and depressive disorders on stress coping // *Psychiatry Investigation*. 2020. Vol. 17. № 1. P. 71—77. DOI:10.30773/pi.2019.0152
39. Watkins E.R. Constructive and unconstructive repetitive thought // *Psychological bulletin*. 2008. Vol. 134. № 2. P. 163—206. DOI:10.1037/0033-2909.134.2.163

40. Watkins E.R. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression. NY.: The Guilford Press, 2018. 360 p. DOI:10.1192/bjp.bp.110.090282
41. Weizman A. et al. Direct and indirect assessment of perfectionism in patients with depression and obsessive-compulsive disorder [Электронный ресурс] // PLOS ONE. 2022. № 10. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0270184> (дата обращения 06.12.2023).
42. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. NY.: The Guilford Press, 2009. 316 p.
43. Wenzlaff R.M., Bates D.E. Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking // Journal of personality and social psychology. 1998. Vol. 75. № 6. P. 1559—1571.

REFERENCES

1. Vasserman, L.I. Ababkov V.A., Trifonova E.A. i dr. Psikhologicheskaya diagnostika sovladayushchego so stressom povedeniya: monografiya [Psychological diagnosis of stress-coping behavior]. Saint-Petersburg: Skifiya-print, 2014, pp. 323—345. (In Russ.).
2. Garanyan N.G. Perfektsionizm i psikhicheskie rasstroistva (obzor zarubezhnykh empiricheskikh issledovaniy) [Perfectionism and mental disorders (review of foreign empirical research)]. *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya = Modern foreign psychology*, 2006, № 1, pp. 31—40. (In Russ.).
3. Garanyan N.G. Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Faktornaya struktura i psikhometricheskie pokazateli oprosnika perfektsionizma: razrabotka trekhfaktornoj versii [Factor structure and psychometric indicators of the perfectionism questionnaire: development of a three-factor version]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya = Consultative psychology and psychotherapy*, 2018, vol. 26, № 3, pp. 8—32. DOI:10.17759/cpp.2018260302 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Perfektsionizm, depressiya i trevoga [Perfectionism, depression and anxiety]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya = Consultative psychology and psychotherapy*, 2001, vol. 9, № 4, pp. 18—48.
5. Isaeva E.R., Zuikova N.V. Zashchitno-sovladayushchii stil' povedeniya bol'nykh depressivnymi rasstroistvami [Protective and coping style of behavior of patients with depressive disorders]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal = Siberian psychological journal*, 2002, № 16—17, pp. 84—88. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Minyaicheva M.V., Rubailova V.E., Movina L.G. Metakognitivnyi trening dlya patsientov s depressiei [Metacognitive training for patients with depression]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya = Social and clinical psychiatry*, 2021, vol. 31, № 3, pp. 85—90. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Murav'eva O.V., Razuvaeva T.N. Osobennosti koping-mekhanizmov u bol'nykh depressiei [Features of coping mechanisms in patients with depression]. *Medicina = Medicine*, 2001, № 5, pp. 7—14. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Papsuev O.O., Movina L.G., Minyaicheva M.V. Metakognitivnyi trening dlya bol'nykh shizofreniei i rasstroistvami shizofrenicheskogo spektra [Metacognitive training for patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya = Social and clinical psychiatry*, 2014, vol. 24, № 3, pp. 33—36 (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Pugovkina O.D., Syrokvashina A.D., Istomin M.A. [i dr]. Ruminativnoe myshlenie kak kognitivnyi faktor khronifikatsii depressii: opredelenie ponyatiya i validnost' instrumentariya [Ruminative thinking as a cognitive factor of chronic depression: definition of the concept and validity of the toolkit]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psihoterapiya = Consultative psychology and psychotherapy*, 2021, vol. 29, № 3, pp. 88—115. DOI:10.17759/cpp.2021290307 (In Russ., abstr. in Engl.).
10. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Zhirnova O.V. Ruminatsii kak psikhologicheskii mekhanizm formirovaniya i podderzhaniya suitsidal'nogo povedeniya [Elektronnyi resurs] [Rumination as a psychological mechanism for the formation and maintenance of suicidal behavior]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Modern foreign psychology*, 2022, vol. 11, № 1, pp. 124—136. DOI:https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110112 (Accessed 16.01.2024). (In Russ., abstr. in Engl.).
11. Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonskii V.M. [i dr]. Kognitivnaya terapiya depressivnykh ruminatsii [Cognitive therapy of depressive ruminations]. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2019, vol. 1, № 2, pp. 62—68. (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Tarabrina N. V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Saint-Petersburg: Piter, 2001, pp. 182—190. (In Russ.).
13. Yudeeva T.Yu. Perfeksionizm kak lichnostnyi faktor depressivnykh i trevozhnykh rasstroistv. Diss. kand. psikhol. nauk [Perfectionism as a personal factor of depressive and anxiety disorders. Ph.D (Psychology)]. Moscow, 2011. 275 p. (In Russ.).
14. Alloy L.B. et al. Behavioral approach system (BAS)—relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective associations. *Journal of abnormal psychology*, 2009, vol. 118, № 3, pp. 459—471. DOI:10.1037/a0016604
15. Barnow S. et al. Emotionsregulation bei Depression [Elektronnyi resurs]. *Psychologische Rundschau*, 2013, vol. 64, № 4. URL: https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1026/0033-3042/a000172 (Accessed 16.01.2024).
16. Bieling P.J., Israeli A.L., Antony M.M. Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and individual differences*, 2004, vol. 36, № 6, pp. 1373—1385. DOI:10.1016/S0191-8869(03)00235-6
17. Burns D.D. The spouse who is a perfectionist. *Medical aspects of human sexuality*, 1983, vol. 17, no, pp. 219—230.
18. Ciesla J.A., Roberts J.E. Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood. *Emotion*, 2007, vol. 7, № 3, pp. 555—565. DOI:10.1037/1528-3542.7.3.555
19. Endler N.S., Parker J.D. State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*, 1990, vol. 42, № 2, pp. 207—220. DOI:10.1080/00049539008260119
20. Flavell J.H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive—developmental inquiry. *American psychologist*, 1979, vol. 34, № 10, pp. 906—911. DOI:10.1037/0003-066X.34.10.906
21. Frances A., Donovan S. The diagnosis of chronic depression in primary care. *WPA Bulletin on Depression*, 1998, vol. 4, № 15, pp. 3—5. DOI:10.1136/bmj.l835
22. Ghaznavi S., Deckersbach T. Rumination in bipolar disorder: evidence for an unquiet mind. *Biology of mood & anxiety disorders*, 2012, vol. 2, pp. 1—11. DOI:10.1186/2045-5380-2-2

23. Hagen R. et al. Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Frontiers in psychology*, 2017, vol. 8, pp. 31—42. DOI:10.3389/fpsyg.2017.00031
24. Jelinek L. et al. Long-term efficacy of Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 2019, vol. 58, № 3, pp. 245—259. DOI:10.1111/bjc.12213
25. Jelinek L., Moritz S., Hauschildt M. Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability. *Journal of Affective Disorders*, 2017, vol. 221, pp. 17—24. DOI:10.1016/j.jad.2017.06.003
26. Joormann J., Quinn M.E. Cognitive processes and emotion regulation in depression. *Depression and anxiety*, 2014, vol. 31, № 4, pp. 308—315. DOI:10.1002/da.22264
27. Lam D., Wright K., Smith N. Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 2004, vol. 79, № 1-3, pp. 193—199. DOI:10.1016/S0165-0327(02)00462-7
28. Levitt A., Joffe R.T., Shafir M.S. Major depression and the self-criticism and dependency personality dimensions. *Am J Psychiatry*, 1994, vol. 151, № 4, pp. 597—599. DOI:10.1176/ajp.151.4.597
29. Martin S. The CBT workbook for perfectionism: evidence-based skills to help you let go of self-criticism, build self-esteem, and find Balance. Oakland: New Harbinger Publications, 2019. 226 p.
30. Moritz S., Burlon M., Woodward T.S. Metacognitive training for schizophrenic patients. Manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005. 286 p.
31. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 2000, vol. 109, № 3, pp. 504—511.
32. Nolen-Hoeksema S., Davis C.G. «Thanks for sharing that»: ruminators and their social support networks. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 77, № 4, pp. 801—814. DOI:10.1037/0022-3514.77.4.801
33. Nolen-Hoeksema S., Parker L.E., Larson J. Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of personality and social psychology*, 1994, vol. 67, № 1, pp. 92—104. DOI:10.1037//0022-3514.67.1.92
34. Olson M.L., Kwon P. Brooding perfectionism: Refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression. *Cognitive therapy and research*, 2008, vol. 32, pp. 788—802. DOI:10.1007/s10608-007-9173-7
35. Papageorgiou C., Wells A. (ed.). Depressive rumination: Nature, theory and treatment. NY.: John Wiley & Sons, 2004. 282 p.
36. Smith J.M., Alloy L.B. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical psychology review*, 2009, vol. 29, № 2, pp. 116—128. DOI:10.1016/j.cpr.2008.10.003
37. Spasojević J., Alloy L.B. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 2001, vol. 1, № 1, pp. 25—37. DOI:10.1037/1528-3542.1.1.25
38. Suh H. et al. Similarities and differences of strategies between bipolar and depressive disorders on stress coping. *Psychiatry Investigation*, 2020, vol. 17, № 1, pp. 71—77. DOI:10.30773/pi.2019.0152
39. Watkins E.R. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin*, 2008, vol. 134, № 2, pp. 163—206. DOI:10.1037/0033-2909.134.2.16.

40. Watkins E.R. Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression. NY.: Guilford Publications, 2018. 360 p. DOI:10.1192/bjp.bp.110.090282
41. Weizman A. et al. Direct and indirect assessment of perfectionism in patients with depression and obsessive-compulsive disorder [Elektronnyi resurs]. *PLOS ONE*, 2022, № 10. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0270184> (Accessed 06.12.2023)
42. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. NY.: The Guilford Press, 2009. 316 p.
43. Wenzlaff R.M., Bates D.E. Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of personality and social psychology*, 1998, vol. 75, № 6, pp. 1559—1571.

Информация об авторах

Миняйчева Мария Владимировна, медицинский психолог третьего общепсихиатрического отделения, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6729-3809>, e-mail: minyaycheva@gmail.com

Рубайлова Вероника Евгеньевна, медицинский психолог первого детского отделения, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3833-6912>, e-mail: ve.rubaylova@gmail.com

Пуговкина Ольга Дмитриевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>, e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

Information about the authors

Maria V. Minyaycheva, Medical Psychologist, Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology Named after VP Serbsky, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6729-3809>, e-mail: minyaycheva@gmail.com

Veronika E. Rubaylova, Medical Psychologist, Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology Named after VP Serbsky, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3833-6912>, e-mail: ve.rubaylova@gmail.com

Olga D. Pugovkina, Ph.D., Associate Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Clinical and Counseling Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2878-9843>, e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

Получена 07.03.2024

Received 07.03.2024

Принята в печать 06.06.2024

Accepted 06.06.2024