

Научная статья | Original paper

Экспозиция в терапии детской тревожности: общее руководство и разбор клинического случая

В.А. Еремеева¹, М.А. Жукова², Г.В. Орешина³,
Е.М. Заикина⁴, Н.В. Карпова¹, Е.Л. Григоренко⁵ ✉

¹ Научно-технологический университет «Сириус», Федеральная территория «Сириус», Российская Федерация

² Научный центр здоровья при Техасском университете в Хьюстоне, Хьюстон, Техас, Соединенные Штаты Америки

³ Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁴ Клиника Фомина, Российская Федерация

⁵ Хьюстонский университет, Хьюстон, Техас,

Соединенные Штаты Америки

✉ grigorenko.el@talantiuspeh.ru

Резюме

Контекст и актуальность. Экспозиционная терапия (ЭТ) зарекомендовала себя как один из наиболее эффективных методов лечения тревожных расстройств у детей, однако в российской литературе отсутствует систематизированное руководство по ее применению. В условиях растущего спроса на научно обоснованные психотерапевтические подходы данная работа направлена на восполнение этого пробела. **Цель.** Представить рекомендации по применению экспозиционной терапии (ЭТ) при работе с детскими тревожными расстройствами и проиллюстрировать их на примере клинического случая подростка с генерализованной и сепарационной тревожностью. **Материалы и методы.** Для достижения цели исследования применялись метод «case-study» и методики «Revised Children’s Anxiety and Depression Scale» (RCADS); «Family Accommodation Scale — Anxiety» (FASA). **Результаты и выводы.** Продемонстрирована эффективность ЭТ в уменьшении симптомов тревожности в контексте представленного случая. Даны рекомендации по разработке экспозиционной иерархии, которые могут быть полезны для клиницистов, способствуя распространению научно обоснованных практик в детской психологии.

Ключевые слова: экспозиция, иерархия страхов, когнитивно-поведенческая психотерапия, КПТ, детские тревожные расстройства

Финансирование. Статья написана при финансовой поддержке Автономной некоммерческой организации высшего образования «Научно-технологический университет «Сириус».

Благодарности. Авторы благодарят К. (псевдоним) и ее семью за возможность представить результаты работы по программе экспозиции.

Для цитирования: Еремеева, В.А., Жукова, М.А., Орешина, Г.В., Заикина, Е.М., Карпова, Н.В., Григоренко, Е.Л. (2025). Экспозиция в терапии детской тревожности: общее руководство и разбор клинического случая. Консультативная психология и психотерапия, 33(3), 123—147. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330306>

Exposure Therapy in the Treatment of Childhood Anxiety: A Comprehensive Guide and a Case Study

V.A. Eremeeva¹, M.A. Zhukova², G.V. Oreshina³,
E.M. Zaikina⁴, N.V. Karpova¹, E.L. Grigorenko⁵ ✉

¹ Sirius University of Science and Technology, Sirius, Russian Federation

² University of Texas Health Science Center at Houston, TX, 77054, USA

³ National Research University Higher School of Economics,
Saint Petersburg, Russian Federation

⁴ Fomin's Clinic, Russian Federation

⁵ University of Houston, Calhoun Road Houston, Houston, TX, 4800, USA

✉ grigorenko.el@talantiuspeh.ru

Abstract

Context and Relevance. Exposure therapy (ET) is recognized as one of the most effective treatments for anxiety disorders in children. However, there is a lack of manualized protocols or systematic guidance on its implementation in Russian-language literature. Given the growing demand for evidence-based psychotherapeutic approaches, this work aims to help fill that gap. **Aim.** To present principles and practical recommendations for the use of exposure therapy in childhood anxiety disorders, illustrated with a clinical case of a 13-year-old adolescent with generalized and separation anxiety. **Materials and Methods.** Case study; Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS); Family Accommodation Scale — Anxiety (FASA). **Results and Conclusions.** The case example demonstrates the effectiveness of ET in reducing anxiety symptoms. Recommendations are provided for developing an exposure hierarchy, which can aid clinicians and support the dissemination of evidence-based practices in child psychology.

Keywords: exposure, fear hierarchy, cognitive-behavioral psychotherapy, CBT, childhood anxiety disorders

Funding. This work was supported by the «Sirius University of Science and Technology».

Acknowledgments. The authors thank K. (pseudonym) and her family for the opportunity to present the results of the exposure therapy program.

For citation: Eremeeva, V.A., Zhukova, M.A., Oreshina, G.V., Zaikina, E.M., Karpova, N.V., Grigorenko, E.L. (2025). Exposure Therapy in the Treatment of Childhood Anxiety: A Comprehensive Guide and Case Study. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(3), 123—147. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330306>

Введение

Экспозиционная терапия (ЭТ) — поведенческий подход, основанный на принципах условного рефлекса И.П. Павлова, широко применяется в работе с тревожными расстройствами.

ЭТ использует экспозицию, т. е. столкновение с пугающим стимулом или ситуаций в качестве основного инструмента для преодоления тревожных состояний и избегающего поведения. В ЭТ стимулы, вызывающие негативное эмоциональное переживание, предъявляются в безопасной обстановке для снижения чувствительности и реакции на этот стимул (Жукова, Трент, 2022). ЭТ показала свою эффективность и безопасность в лечении тревожных расстройств в том числе у детей и подростков (Davis et al., 2020; Kendall, Hedtke, 2006; Peris, Storch, McGuire, 2020). При этом ряд работ демонстрирует, что более частое применение экспозиции связано с лучшими результатами лечения (Stephen, 2020; Ryan et al., 2017). В отечественной литературе мало работ, посвященных ЭТ-подходам в работе с тревожностью (Аввакумова, Трефилова, 2022; Жукова, Трент, 2022; Муравьев, 2017; Мурашко, 2021; Спрингер, Толин, 2020). Рассматривались, к примеру, применение виртуальной реальности (Мурашко, 2021), а также в целом подходы в работе с тревожностью (Аввакумова, Трефилова, 2022; Жукова, Трент, 2022; Спрингер, Толин, 2020), с фобическими страхами, агорафобией (Мурашко, 2021), однако число подобных публикаций невелико, их тематика охватывает лишь отдельные аспекты применения метода, и на данный момент отсутствуют систематические рекомендации по его использованию. Применение ЭТ анализировалась В.В. Муравьевым, который отметил следующие ее ограничения: эффективность

ЭТ зависит от количества предъявлений стимула, а обучение угасанию страха сильно привязано к ситуациям (Муравьев, 2017). Подобные предположения автор делал с опорой на метаанализ 2006 года, где ЭТ, по сравнению с неэкспозиционными подходами, показала наилучшие результаты ($B = 0,41$, $z(19) = 2,13$, $p < 0,05$).

В то же время в русскоязычной литературе не представлено руководство для применения ЭТ терапевтами. В данной статье мы приводим принципы ЭТ при работе с детскими тревожными расстройствами, а также приводим описание клинического случая для иллюстрации ЭТ. Ввиду отсутствия протоколов по проведению ЭТ у детей с тревожными расстройствами на русском языке, мы опирались на основные научно-доказательные принципы вмешательства, разработанные за рубежом (Жукова, Трент, 2022; Kendall, Hedtke, 2006; Lawrence, Murayama, Creswell, 2009; Radtke, Strega, Ollendick, 2020). Основная задача данной статьи состоит в повышении осведомленности об ЭТ и ее эффективности при работе с детьми и подростками с тревожными состояниями.

Тревожные расстройства в детском возрасте

Частота встречаемости тревожных расстройств у детей составляет от 15 до 20% в генеральной популяции (Beesdo, Knappe, Pine, 2009); в некоторых источниках указываются данные о частоте встречаемости до 31,9% в возрастной категории от 13 до 18 лет (Parker et al., 2018). В отличие от чувства страха, которое является реакцией на стимул в реальном времени, тревога — это переживание, направленное на угрозу в будущем. Механизм развития тревоги связан со способностью оценивать потенциальные угрозы в окружающей среде. В ответ на опасность или стрессовую ситуацию активируется врожденный механизм, выражающийся в дихотомии «сопротивление—бегство» (fight or flight), иногда дополненной третьим доменом «замораживание» (freeze) (Bracha, 2004). Избегание ситуаций, которые вызывают тревогу, может казаться логичным решением и эволюционно оправданным, например, если предмет или ситуация в филогенезе представляли реальную угрозу для выживания. В онтогенезе такая стратегия совладания, как избегание, может мешать адаптации и развитию, закреплять и усиливать ассоциацию между определенным стимулом(-ами) и реакцией тревоги, так как у организма нет возможности проработать ситуацию, справиться с ней, а затем классифицировать ее как знакомую и безопасную. Избегание может включать физический

уход от ситуации, отказ от участия или активного включения в события, прокрастинацию или использование безопасного поведения (например, поиск внешнего подтверждения безопасности) (Davis et al., 2020). Именно разрушение паттерна избегания путем столкновения с пугающей ситуацией лежит в основе ЭТ.

Этапы ЭТ

Программу ЭТ можно разделить на следующие этапы.

1-й этап — подготовительный, диагностический. На этом этапе происходит встреча с родителями и ребенком, собирается информация о тревоге ребенка, его стратегиях совладания, обсуждаются стратегии совладания родителей с тревогой ребенка.

2-й этап — выстраивание программы. Этот этап включает в себя создание иерархии страхов; присвоение уровня тревоги каждому шагу по шкале SUDS (Шкала субъективных единиц дистресса — Subjective Units of Distress Scale); выстраивание иерархии страхов происходит от шага с наименьшим присвоенным значением к шагу с наибольшим значением; определение конечной цели терапии.

3-й этап — реализация программы. Этот этап начинается с шага, которому присвоено наименьшее значение по шкале SUDS, шаги выполняются по возрастанию. Экспозиция продолжается до тех пор, пока рейтинг SUDS у подростка не снизится или не пройдет достаточное количество повторений шага, позволяющих ребенку перенести интенсивность тревоги, не прибегая к защитному поведению.

4-й этап — заключительная оценка пройденной программы, переосмысление выполненных шагов. На этом этапе проводится обсуждение успешности выполнения программы и определяются задания, которые ребенок самостоятельно и регулярно будет выполнять для закрепления полученных результатов.

При этом считается, что стандартная 50-минутная терапевтическая сессия является достаточной для достижения целей каждой сессии, однако продолжительность сессии может быть гибкой (до 120 минут). Точное количество сессий ЭТ не универсально, поскольку каждый случай уникален, однако рекомендованное количество сессий колеблется в пределах 8—16. Обычно встречи проходят раз или два раза в неделю, но в некоторых случаях проводится интенсивная ежедневная ЭТ (Davis et al., 2020).

Отличительные особенности экспозиционной терапии в лечении тревожных расстройств в детском возрасте

При использовании ЭТ с детьми стоит обращать внимание на ряд факторов. Во-первых, важная роль отводится работе с родителями, которые часто сами имеют склонность к тревоге (Hudson, J.L., Rapee, 2004; Lawrence, Murayama, Creswell, 2009; Lebowitz et al., 2013), поэтому необходимо нормализовать их беспокойство и развеять неправильные представления о терапии. Во-вторых, важно учесть возраст и уровень развития ребенка (Gola, 2016). Так, маленьким детям может быть сложнее абстрактно мыслить и предвидеть, как они будут себя чувствовать при проведении ЭТ. В-третьих, клиницисту необходимо учитывать различия в воспитании и отношении к тревожности в разных культурах. Эти различия могут влиять на подход к терапии и требуют особого внимания. ЭТ имеет ряд ограничений: требует специальной подготовки специалиста, предполагает высокую мотивацию ребенка и семьи, регулярные сессии и корректировку методов с учетом реакции, возраста и уровня развития. В ЭТ существует риск преждевременного прерывания терапии и может наблюдаться сложность с генерализацией навыков в реальной жизни (Gola, 2016; Lebowitz et al., 2013).

Существуют различные модели работы с семейной системой в рамках экспозиции. Модель терапии «Передача контроля» может быть использована для постепенной передачи знаний, навыков и методов от терапевта к родителю, а затем от родителя к ребенку (рис. 1). В начале лечения терапевт выступает в роли «тренера», как для родителей, так и для ребенка, а затем постепенно «передает» часть обязанностей тренера родителям, обучая их структурированным способам поддержки ребенка.

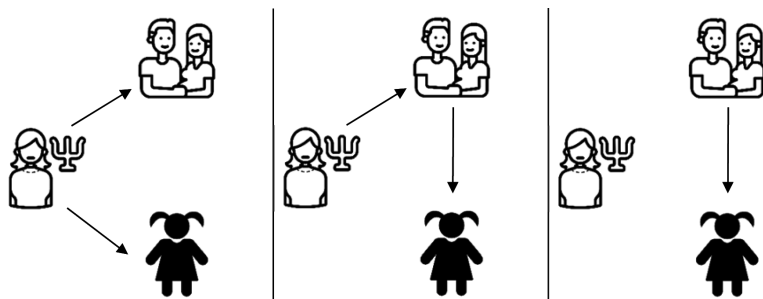


Рис. 1. Модель терапии «Передача контроля»
Fig. 1. Therapy Model: Transfer of Control

Модель опосредованного влияния родителей. В модели предполагается опосредованное влияние на родителей, которые сами испытывают тревожность. Наблюдая за экспозицией под руководством терапевта, родители становятся толерантнее к тревоге, которую они испытывают, наблюдая за дискомфортом ребенка, и узнают, что ребенок тоже может научиться переносить тревогу (рис. 2).

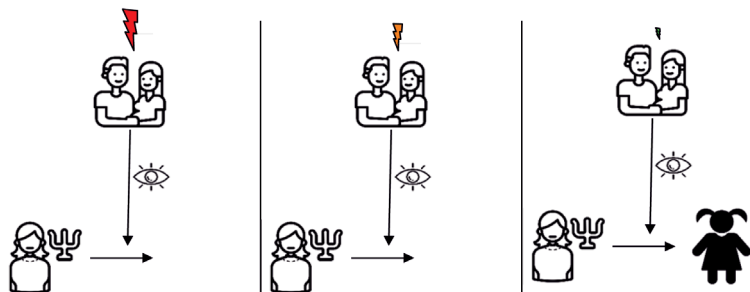


Рис. 2. Модель опосредованного влияния родителей на симптомы детской тревожности

Fig. 2. Model of Indirect Parental Influence on Child Anxiety Symptoms

При планировании лечения клиницисты должны учитывать всех, с кем взаимодействует ребенок. Это могут быть бабушки, дедушки, братья, сестры, поскольку они могут подстраиваться под симптомы ребенка или даже провоцировать их (рис. 3). Может оказаться полезным вовлечь их в процесс воздействия, а также помочь им лучше понять тревогу своего родственника.

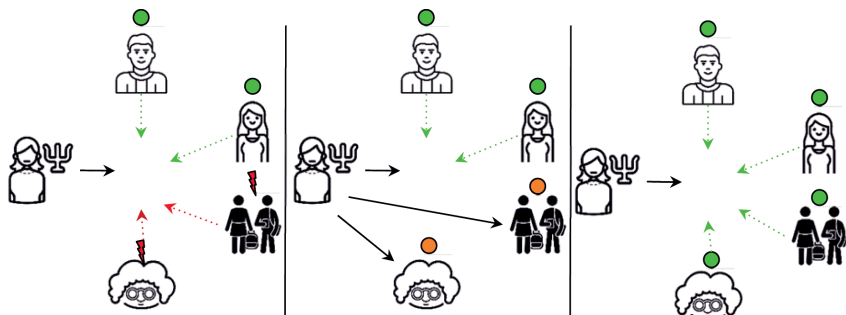


Рис. 3. Модель привлечения родственников в ЭТ

Fig. 3. Model of Family Involvement in Exposure Therapy

Далее мы приведем описание клинического случая, который позволит проиллюстрировать описанную последовательность проведения ЭТ с детьми. Данный пример может быть модифицирован и использован в клинической работе, а также в целом повысит осведомленность об ЭТ. Данный клинический пример является примечательным с точки зрения структуры тревоги клиента и демонстрирует гибкость использования ЭТ.

Описание случая

Для представления данного случая в печати нами было получено информированное согласие от родителей.

К. (псевдоним) — типично-развивающийся подросток, воспитывающийся в полной семье. К. впервые обратилась к психологу по поводу тревоги в 2021 году в возрасте 11 лет. За месяц до обращения К. посмотрела видео на YouTube об аттракционе, который, по ее словам, наделен мистическими свойствами, так как там пропадают люди. Она отмечает, что раньше смотрела видео схожего содержания и интересовалась темой привидений, однако за месяц до обращения видео вызвало негативную реакцию, страх усиливался в течение месяца и мешал сну. В речи отмечаются застревания на тревожной теме (напугавшая ее видеозапись), которые сопровождаются снижением настроения, плаксивостью и напряжением. К. демонстрирует тревогу по нескольким содержательным блокам, включая: 1) интрузивные образы и идеи, связанные с просмотром пугающего контента на YouTube; 2) страх потери близких; 3) тревога о том, какое влияние негативные мысли оказывают на нее («Что, если я не смогу справиться с тревогой?», «Что если совершу глупый поступок из-за мыслей?»); 4) общие тревоги (школа, оценки, COVID-19). Основные стратегии совладания К. до начала работы с психологом включали отвлечение внимания. Клиническая картина соответствовала проявлениям генерализованного тревожного расстройства.

В период с 2021 по 2022 год было проведено 12 виртуальных индивидуальных сессий с психологом в рамках КПТ-подхода на основе программы Coping Cat (Essau, 2005; Peterman et al., 2015). Программа включала когнитивное реструктурирование, релаксационный тренинг, постепенную экспозицию, развитие навыков решения проблем, а также повышение эмоционального контроля. Цели терапии, состоявшие в снижении симптомов и формировании навыков управления тревогой, были достигнуты. Однако спустя год семья К. обратилась с повторным запросом ввиду ухудшения симптомов тревоги. Было проведено 7 дополнительных сессий. По окончании

сессий К. продолжала демонстрировать специфические страхи, связанные с катастрофическими интерпретациями мистического контента, в основном связанные с воспоминаниями о просмотренных видео. В связи с увеличением симптомов, изменением паттерна тревоги и концентрации на прошлых непреодоленных страхах была рекомендована ЭТ, как наиболее эффективный метод, позволяющий справляться с избегаемыми ранее ситуациями.

Было принято решение провести ЭТ офлайн и в интенсивном формате, для чего К. была направлена в другой город, где она работала с психологом. Сроки интенсивной терапии были ограничены до 5 дней. Сессии проводились ежедневно и были разделены на два этапа: утренняя и вечерняя длительностью от 90 до 120 минут. Несмотря на проведенную ранее когнитивную работу не поощрялось использование техник релаксации или отвлечения, поскольку одной из целей терапии было развитие терпимости к тревоге. Запрос на работу с психологом в рамках экспозиционной терапии К. сформулировала как «получить помощь в том, чтобы перестать бояться страшных эпизодов из видео, которое сильно встревожило».

1-й этап. Подготовительный, диагностический

Перед первой сессией проводилась встреча с родителями. В ходе этой встречи было проанализировано влияние поведения родителей на тревогу К., их стратегии совладания с собственной тревогой и с тревогой К., а также проведено психологическое просвещение. Для диагностики и дальнейшей оценки динамики состояния К. была использована методика Revised Children's Anxiety and Depression Scale — RCADS, форма для родителей и форма для ребенка (Chorpita, B.F., Moffitt, C.E., Gray, 2005; Donnelly et al., 2019). RCADS фиксирует выраженность проявлений симптомов тревоги, депрессии и проявления обсессивно-компульсивного расстройства. Мы также использовали методику Family Accommodation Scale — Anxiety (FASA), форма для родителей (Lebowitz et al., 2013). FASA включает вопросы про симптомы тревожного состояния у ребенка, реакцию родителей на них. RCADS и FASA были переведены на русский язык исследовательской командой для данного исследования. Методики прошли обратный перевод и несколько этапов редактирования, однако валидизация для русскоязычной выборки не проводилась, в связи с чем были использованы оригинальные нормы. Данные собирались путем опроса К. и ее родителей до начала терапии, после 5-ой сессии (середина ЭТ), в конце ЭТ и спустя два месяца после завершения программы.

До начала программы экспозиции наиболее высокие баллы в RCADS, согласно самоотчету К., наблюдались по шкале обсессивно-компуль-

сивных состояний (ОКР; 66 баллов при пороговом значении в диапазоне 65—75 баллов). Отмечались интрузивные, навязчивые мысли, а также ритуалы («часто должна думать об определенных вещах или делать вещи определенным образом, чтобы предотвратить плохие события»). Остальные показатели были повышены, но не выходили за пределы нормы. Родители выше, чем К., оценили проявления депрессии (пониженное настроение, проблемы со сном и аппетитом, утомляемость, беспокойство).

По результатам диагностики с помощью методики FASA было отмечено, что мать помогала К. избегать тех вещей, которые могут повысить ее тревогу, а также, что им приходилось изменять повседневный быт семьи, подстраивать рабочее расписание и менять планы на свободное время из-за тревоги К. Проводилось психологическое просвещение, были определены новые стратегии поведения (в том числе обучение подбадриванию, а не успокоению), были оговорены роли родителей в ходе терапии.

Далее была проведена диагностическая встреча с К. для определения структуры страхов и тревоги. Основным тревожным стимулом по-прежнему оставалось видео с исчезновением человека на аттракционе. По результатам опросников были выявлены сепарационное тревожное расстройство и генерализованное тревожное расстройство. Была поставлена общая цель терапии: возможность переносить интенсивность страха, не избегая стимула. Проведена тщательная подготовка К. к началу ЭТ, обозначены ограничения и риски, такие как увеличение тревоги в процессе терапии, столкновение с пугающими стимулами, невозможность использования иных поведенческих техник когнитивной терапии в момент переживания интенсивной тревоги (например, прогрессивной мышечной релаксации), ограниченность количества встреч, интенсивность погружения в терапию.

2-й этап. Выстраивание программы

На первой сессии была создана иерархия страхов; проведена оценка шагов иерархии с помощью методики «Шкала субъективных единиц дистресса» (SUDS); выполнены первые четыре шага из программы (табл. 1); определены цели терапии, которые заключались в тренировке смелости идти навстречу тревоге, в том, чтобы больше узнать о своей тревоге, снизить уровень тревожности при мыслях об аттракционе, уметь выдерживать тревожность несмотря на ее интенсивность. Совместно с психологом К. составила список ситуаций, вызывающих тревогу от наименьшей к наибольшей. Наиболее высокая оценка тревоги (8 баллов из 10) была присвоена идее с формулировкой: «Мои родители оказываются на аттракционе и исчезают». Далее в иерархии К. следовали: «Приехать в место с пугающим стимулом»,

«Прокатиться на аттракционе», — оценив их на 7 и 6 баллов. Несмотря на наглядную демонстрацию иерархии страхов, К. делала упор на тревоге о самом аттракционе, не принимая во внимание того, что наиболее высокий балл тревоги присвоен шагу, находящемуся в иерархии ниже.

Был сделан вывод о том, что К. переоценивает интенсивность тревоги, ее уровень не соотносится с интенсивностью при выполнении шагов.

Домашнее задание заключалось в просмотре нейтральных картинок аттракциона в течение одной минуты каждые 25 минут на протяжении трех часов и чтение трех пугающих статей по три раза вслух на сайте организации, разместившей пугающий ее видеоролик. Также К. установила на оба экрана телефона логотип компании, связанной с аттракционом.

3-й этап. Реализация программы

Со второй по четвертую сессии продолжалась работа, направленная на достижение поставленных целей. Было установлено, что К. боится мыслей, содержание которых связано с пропажей родителей, и избегает их: «Если я буду об этом думать, то это обязательно произойдет». Также К. сообщила о непереносимости тревоги: «Думать об этом невыносимо, не справлюсь с этими эмоциями». К. отметила, что эти тревожные мысли возникают сильнее всего при упоминании конкретного стимула — аттракцион.

В результате ЭТ К. был сделан вывод о том, что она в состоянии выдерживать эмоции и сами по себе эмоции не несут опасности даже при мыслях о самом страшном сценарии, «тревога о тревоге» переносима и не длится вечно. У К. снизилась потребность к избеганию страшных мыслей. К. подчеркнула свою успешность, оценила себя как смелую, настойчивую и целеустремленную.

Домашнее задание заключалось в чтении рассказа про аттракцион на сайте организации и просмотре видеороликов каждые 40 минут; просмотре картинок аттракциона в сети Интернет с пугающими надписями и лицами каждые 30 минут, в течение двух минут; выполнять шаги с 18:00 и завершить за час до сна, отмечая уровень тревоги до и после экспозиции.

На пятой сессии (проводилась во время психофизиологического исследования с применением электроэнцефалограммы, описание которого находится за рамками данной работы) К. сообщила, что при выполнении домашнего задания не вдумывалась в содержание видео, думала о своем, так как тревожилась о том, что тревога будет усиливаться. Старалась не думать о сценарии после просмотра видео.

Во время сессии программа экспозиции была изменена и было добавлено воображаемое воздействие: «представить и описать сценарий, в котором родители катаются на аттракционе и пропадают». Выполнен-

ный шаг был оценен по уровню тревоги на 9 баллов (данный шаг имел самый интенсивный уровень тревоги).

В результате К. был сделан вывод о том, что она может выдержать высокую интенсивность тревоги, она сама по себе не опасна и не длится вечно, уровень сложности совладания с ней ниже предполагаемого. Мысли не опасны, и их произнесение вслух не ведет к их воплощению в жизнь.

Домашнее задание заключалось в написании рассказа с самым катастрофическим исходом на тему «Что произойдет, если мои родители окажутся на аттракционе» и прочтении написанного рассказа вслух один раз.

На шестой сессии К. сообщила, что при написании рассказа все время думала о худшем сценарии, было желание избегать тревогу, но вместо этого прочла рассказ дважды, перевыполнив задание. Обозначила, что уровень тревожности поднимается при мыслях: «Я останусь одна, никто не поддержит и не поможет, обречена на одиночество». Согласно самоотчету, большую часть сессии К. испытывала не тревогу, а грусть.

Домашнее задание заключалось в прослушивании рассказа, записанного на аудио, трижды после сессии.

4-й этап. Заключительная оценка пройденной программы, переоценка выполненных шагов

На седьмой сессии К. сообщила о снижении тревоги. К. могла просматривать пугающие видео с аттракционом самостоятельно, не прибегая к помощи психолога.

Ею был сделан вывод о том, что все поставленные цели достигнуты. К. выполнила самый пугающий шаг в составленной программе, еще раз убедилась в том, что тревога не опасна и она может выдерживать ее интенсивность. Мысли не являются опасными и не несут вреда, видео не такие пугающие, какими казались в начале терапии, а истинным страхом выступает убеждение: «Кто-то из семьи исчезнет», а не стимул «аттракцион».

К. отметила, что одни тревожные мысли могут маскироваться за другими, а избегающее поведение их подкрепляет. К. проследила, что переоценивала сложность выполнения заданий и недооценивала успешность совладания с тревогой.

Восьмая и девятая сессии были посвящены тренировке навыков с использованием разного контекста (например, написание рассказа «Исчезновение близкого в любой другой ситуации», изменить порядок событий в пугающем сценарии, после прослушивания рассказа просмотреть пугающее видео с аттракционом и т. д.) и повторению шагов, которые кажутся все еще наиболее сложными (дважды в день прослушивать записанный на диктофон рассказ, раз в день просматривать видео с аттракционом и т. д.).

Оценка динамики состояния

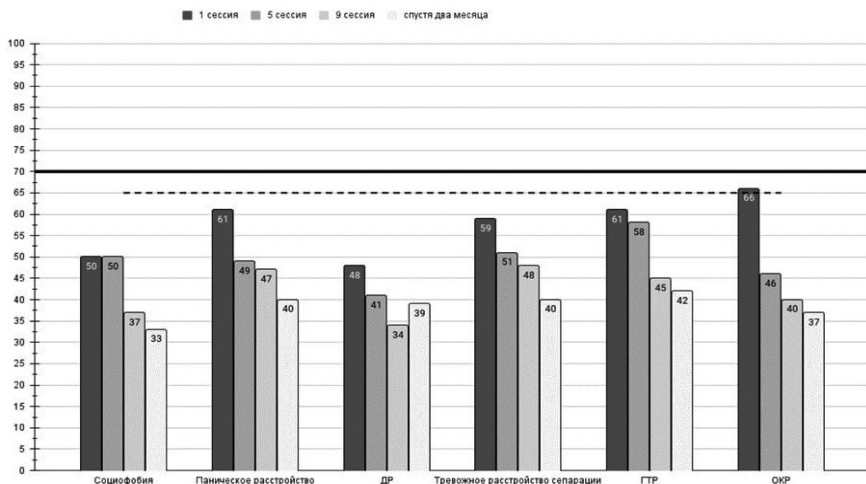


Рис. 4. Динамика изменения показателей RCADS в Т-баллах, оценки клиента: ДР — Депрессивное расстройство, ГТР — Генерализованное тревожное расстройство; ОКР — Обсессивно-компульсивное расстройство. Для перевода в Т-баллы использовались нормы методики, полученные на американской выборке детей, обучающихся в том же классе. Пунктирная линия определяет начало субклинического порога — субклинического уровня проявления симптомов; жирная линия определяет начало клинического порога — клинического уровня проявления симптомов

Fig. 4. Dynamics of Changes in RCADS Scores in T-Scores, Self-Report: MDD — Major Depressive Disorder; GAD — Generalized Anxiety Disorder; OCD — Obsessive-Compulsive Disorder. T-scores were derived using normative data collected from an American sample of children in the same grade. The dashed line indicates the beginning of the subclinical threshold (subclinical level of symptom manifestation); the bold line indicates the beginning of the clinical threshold (clinical level of symptom manifestation)

Так как в процессе очной интенсивной терапии акцент был сделан на применение методов ЭТ, предполагается, что именно ЭТ повлияла на изменения в показателях RCADS. Помимо ЭТ, психолог использовала когнитивную реструктуризацию, проверку негативных предсказаний и копинг-карту, но эти методы применялись лишь в конце терапии для генерализации навыков. Динамика во время пятидневной интенсивной программы, согласно данным самоотчета К. по RCADS, свидетельствует

о снижении симптомов (рис. 4): панического расстройства (с 61 до 47 баллов), депрессивного расстройства (с 48 до 34 баллов), сепарационной тревоги (с 59 до 48 баллов), генерализованного тревожного расстройства (с 61 до 45 баллов) и обсессивно-компульсивного расстройства (с 66 до 40 баллов). По шкале социофобии показатели не изменялись в первые два среза, а затем сократились на завершающем. При этом, спустя два месяца, показатели всех шкал, кроме шкалы депрессии, показали тенденцию к снижению. Несмотря на то, что показатели К. не достигали клинически пороговых значений, можно наблюдать позитивную динамику. Снижение показателей на 12—26 Т-баллов по шкале генерализованной тревоги соответствуют клинически значимым улучшениям (Piqueras et al., 2017).

Одним из положительных результатов ЭТ в данном случае было выявление сепарационной тревоги, несмотря на убежденность К. в том, что ее пугает конкретный стимул «аттракцион». Это приводит нас к выводу, что ЭТ может оказать помощь в дифференцировании структуры тревоги и успешно ее преодолеть с помощью экспозиций, направленных на ядро тревожных мыслей.

Мать К. оценивала RCADS на протяжении терапии и спустя два месяца. В ответах матери наблюдалась положительная динамика по всем шкалам в течение экспозиции, однако оценка спустя два месяца показывает возврат к значениям во время прохождения программы, либо выше (Социофобия) (рис. 5). С учетом того, что выраженность симптомов находится на уровне ниже клинических значений, данный результат не отражает значимого изменения (может быть следствием регрессии к среднему или ошибкой измерения).

Результаты методики FASA через два месяца после проведения программы свидетельствуют о том, что интенсивность реакции матери на симптомы тревоги у ребенка значительно снизилась.

Выводы

1. Применение экспозиционной терапии (ЭТ) у подростка с тревожным расстройством показало значительное снижение симптомов тревожности с сохранением положительной динамики спустя два месяца после завершения терапии.

2. В ходе экспозиции подросток смог лучше осознать природу своей тревоги. Первоначальная фиксация на конкретном объекте («аттракцион») трансформировалась в осознание сепарационных аспектов тревоги, что помогло более точно направить терапевтические усилия.

3. Программа ЭТ представлена в виде четырех этапов, детально описанных в статье, что может служить практическим ориентиром для

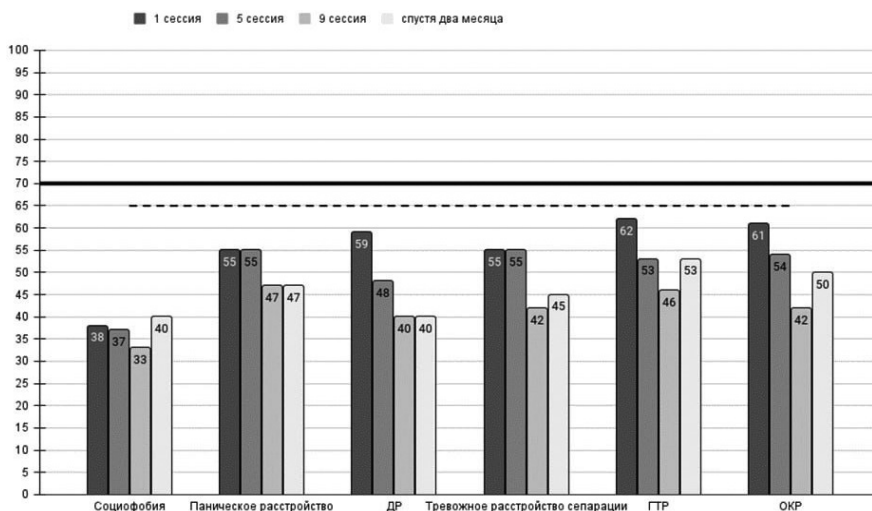


Рис. 5. Динамика изменения показателей RCADS в Т-баллах, оценки матери: ДР — Депрессивное расстройство, ГТР — Генерализованное тревожное расстройство; ОКР — Обсессивно-компульсивное расстройство. Для перевода в Т-баллы использовались нормы методики, полученные на американской выборке детей, обучающихся в том же классе. Пунктирная линия определяет начало субклинического порога — субклинического уровня проявления симптомов; жирная линия определяет начало клинического порога — клинического уровня проявления симптомов.

Fig. 5. Dynamics of Changes in RCADS Scores in T-Scores, Mother's Ratings: MDD — Major Depressive Disorder; GAD — Generalized Anxiety Disorder; OCD — Obsessive-Compulsive Disorder. T-scores were derived using normative data collected from an American sample of children in the same grade. The dashed line indicates the beginning of the subclinical threshold (subclinical level of symptom manifestation); the bold line indicates the beginning of the clinical threshold (clinical level of symptom manifestation)

клиницистов в работе с подростковыми тревожными расстройствами. Данная работа описывает научно обоснованные методы и указывает на этические аспекты, которые стоит учитывать при разработке программы экспозиции с подростками.

4. Разработка и адаптация протоколов ЭТ для русскоязычных специалистов является важным направлением дальнейшей работы, так как позволит повысить доступность и эффективность терапии тревожных расстройств у подростков с учетом социокультурных особенностей.

Приложение

Таблица 1 / Table 1

Программа экспозиции / Exposure Program

Номер сессии / Session Number	Шаг / Step	Предполагаемый уровень тревоги (0—10 SUDS) / Anticipated Anxiety Level (0—10 SUDS)	Реальный уровень тревоги (0—10 SUDS) / Actual Anxiety Level (0—10 SUDS)	Предполагаемая сложность 0—10 / Anticipated Difficulty (0—10)	Реальная сложность 0—10 / Actual Difficulty (0—10)
Сессия 1 / Session 1	Просмотр картинки с пугающим стимулом / Viewing a picture with a feared stimulus	1	0	2	0
Сессия 9 / Session 9		0	0	0	0
Сессия 1 / Session 1	Установка логотипа организации на обои телефона / Setting the organization's logo as phone wallpaper	2	1	3	1
Сессия 9 / Session 9		2	1	1	1
Сессия 1 / Session 1	Зайти на сайт организации, связанной с аттракционом / Visiting the website of the organization associated with the roller coaster	3	3	3	2
Сессия 9 / Session 9		2	2	1	1
Сессия 1 / Session 1	Просмотр картинок аттракциона / Viewing pictures of the roller coaster	4	3	5	2
Сессия 9 / Session 9		2	3—4	1	1
Сессия 2 / Session 2	Обсуждение домашнего задания. Подведение итогов. Формулирование выводов / Discussion of homework. Summarizing results. Drawing conclusions				

Номер сессии / Session Number	Шаг / Step	Предполагаемый уровень тревоги (0—10 SUDS) / Anticipated Anxiety Level (0—10 SUDS)	Реальный уровень тревоги (0—10 SUDS) / Actual Anxiety Level (0—10 SUDS)	Предполагаемая сложность 0—10 / Anticipated Difficulty (0—10)	Реальная сложность 0—10 / Actual Difficulty (0—10)
Сессия 3 / Session 3	Просмотр заставок на видео про аттракционы на сайте организации (3 картинки) / Viewing screenshots from videos about the roller coaster on the organization's website (3 pictures)	4	Наименее страшная — 3 балла Наиболее страшная — 5 баллов / Least frightening — 3 points; Most frightening — 5 points	4	При просмотре наименее страшной — 3 При просмотре наиболее страшной — 5 / Viewing least frightening — 3; Viewing most frightening — 5
Сессия 9 / Session 9		3	4	2	2
Сессия 3 / Session 3	Чтение статьи об аттракционе на сайте организации / Reading an article about the roller coaster on the organization's website	6	Прочтение психологом — 8 Самостоятельное чтение — 7 / Reading by psychologist — 8; Independent reading — 7	6	Прочтение психологом — 8 Самостоятельное чтение — 7 / Reading by psychologist — 8; Independent reading — 7
Сессия 9 / Session 9		4	5	3	3
Сессия 3 / Session 3	Просмотр видео (совместно с психологом) два раза / Watching a video (together with psychologist) twice	6	8 баллов — первый просмотр, 6 — второй просмотр / 8 points — first viewing; 6 — second viewing	8	8 баллов — первый просмотр, 7 баллов — второй просмотр / 8 points — first viewing; 7 points — second viewing

Номер сессии / Session Number	Шаг / Step	Предполагаемый уровень тревоги (0—10 SUDS) / Anticipated Anxiety Level (0—10 SUDS)	Реальный уровень тревоги (0—10 SUDS) / Actual Anxiety Level (0—10 SUDS)	Предполагаемая сложность 0—10 / Anticipated Difficulty (0—10)	Реальная сложность 0—10 / Actual Difficulty (0—10)
Сессия 9 / Session 9		Не выполнялся / Not performed			
Сессия 3 / Session 3	Просмотр двух мистических видео с аттракционом (совместно с психологом) / Watching two mystical videos about the roller coaster (with psychologist)	5	Просмотр первого видео: 9 максимум (10 минут первое видео), 8 максимум (7 минут второе видео) Катастрофическое убеждение: «Родители могут оказаться там» / First video: max 9 (10 min); Second video: max 8 (7 min) Catastrophic belief: "Parents may end up there"	8	5
Сессия 9 / Session 9		5	5	5	2
Сессия 4 / Session 4	Обсуждение домашнего задания. Подведение итогов. Формулирование выводов / Discussion of homework. Summarizing results. Drawing conclusions				
Сессия 5 / Session 5	Представить самый худший сценарий и расказать о нем / Imagine the worst-case scenario and describe it	6,5/5	9	6	8

Номер сессии / Session Number	Шаг / Step	Предполагаемый уровень тревоги (0—10 SUDS) / Anticipated Anxiety Level (0—10 SUDS)	Реальный уровень тревоги (0—10 SUDS) / Actual Anxiety Level (0—10 SUDS)	Предполагаемая сложность 0—10 / Anticipated Difficulty (0—10)	Реальная сложность 0—10 / Actual Difficulty (0—10)
Сессия 9 / Session 9		7	6	7	7
Сессия 6 / Session 6	Обсуждение итогов. Формулирование выводов / Discussion of homework. Summarizing results. Drawing conclusions				
Сессия 7 / Session 7	Написать рассказ об исчезновении близкого, который катается на аттракционе / Writing a story about the disappearance of a loved one riding the roller coaster	8/7 (на первой сессии / перед домашним заданием) / first session / before homework)	7	8/7 (на первой сессии / перед домашним заданием) / 8/7 (at first session / before homework)	6
Сессия 9 / Session 9		Чтение рассказа — 6 Прослушивание рассказа — 4 /	Чтение рассказа — 6 Прослушивание рассказа — 5 / 6; Listening to the story — 5	Прослушивание рассказа — 6 Чтение рассказа — 6 / Listening to the story — 6; Reading the story — 6	Чтение рассказа — 4 Прослушивание рассказа — 5 / 4; Listening to the story — 5
Сессия 7 / Session 7	Написать рассказ об исчезновении близкого, но изменить последовательность в сценарии / Writing a story about the disappearance of a loved one but changing the sequence of events	7	6	7	7
Сессия 9 / Session 9		6	6	7	7

Номер сессии / Session Number	Шаг / Step	Предполагаемый уровень тревоги (0—10 SUDS) / Anticipated Anxiety Level (0—10 SUDS)	Реальный уровень тревоги (0—10 SUDS) / Actual Anxiety Level (0—10 SUDS)	Предполагаемая сложность 0—10 / Anticipated Difficulty (0—10)	Реальная сложность 0—10 / Actual Difficulty (0—10)
Сессия 0 / Session 0	Оказаться возле аттракциона* / Being near the roller coaster*	6		6	
Сессия 9 / Session 9					
Сессия 0 / Session 0	Кто-то из родных прокатится на аттракционе* / A family member rides the roller coaster*	7		6	
Сессия 9 / Session 9					

* Эти шаги были включены в воображаемую экспозицию и стали частью рассказа. Данные шаги не были проведены in vivo, поскольку катастрофическое убеждение было связано с конкретным аттракционом, который, по мнению К., наделен мистическими свойствами и мог привести к исчезновению близких. / These steps were included in the *imaginal exposure* and became part of the story. They were not performed *in vivo*, since the catastrophic belief was associated with a specific roller coaster which, according to K., possessed mystical properties and could cause the disappearance of loved ones.

* Таблица отражает сравнительные данные между первичным и финальным выполнением шагов, позволяя проследить динамику изменений и эффективность проведенной терапии / The table presents comparative data between the initial and final completion of steps, allowing one to trace the dynamics of change and the effectiveness of the therapy.

Список источников / References

1. Аввакумова, А.А., Трефилова, А.А. (2022). Способы борьбы с тревожностью. В: *Концепции, теория и методика фундаментальных и прикладных научных исследований: сборник статей Международной научно-практической конференции* (с. 96—100). Уфа: Омега Сайнс.
Avvakumova, A.A., Trefilova, A.A. (2022). Ways of coping with anxiety. In: *Concepts, theory and methodology of fundamental and applied scientific research: Proceedings of the International scientific and practical conference* (pp. 96—100). Ufa: Omega Science. (In Russ.).
2. Жукова, М., Трент, Э. (2022). Научно обоснованные методы психотерапии для детей дошкольного возраста: краткий обзор для клиницистов. *Клиническая и специальная психология*, 11(2), 22—42. <https://doi.org/10.17759/cpse.2022110202>
Zhukova, M., Trent, E. (2022). Evidence-Based Psychotherapy Practices for Preschool Children: A Brief Review for Clinicians. *Clinical and special psychology*, 11(2), 22—42. <https://doi.org/10.17759/cpse.2022110202>
3. Муравьев, В.В. (2017). Влияние контекстов на угашение реакции страха у людей с арахнофобией. В: *Материалы VII Международной конференции молодых ученых «Психология — наука будущего»* (с. 574—578) М: Институт психологии РАН. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32410973> (дата обращения: 09.09.2025).
Muravyov, V.V. (2017). The influence of contexts on the extinction of a fear response in people with arachnophobia. In: *Proceedings of the VII International conference of young scientists «Psychology — the science of the future»* (pp. 574—578) Moscow: Institute of psychology of the Russian Academy of Sciences. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32410973> (viewed: 09.09.2025). (In Russ.).
4. Мурашко, А.А. (2021). Возможности применения виртуальной реальности в психиатрии. *Социальная и клиническая психиатрия*, 31(2), 101—105. URL: https://psychiatr.ru/files/magazines/2021_08_scp_2096.pdf (дата обращения: 09.09.2025).
Murashko, A.A. (2021). Possibilities of applying virtual reality in psychiatry. *Social and clinical psychiatry*, 31(2), 101—105. (In Russ.). URL: https://psychiatr.ru/files/magazines/2021_08_scp_2096.pdf (viewed: 09.09.2025).
5. Ромицына, Е.Е. (2004). В помощь психологу: исследователю и практику сравнительный анализ тестов тревожности (на материале детей и подростков). *Сибирский психологический журнал*, 20, 120—128. URL: <https://journals.tsu.ru/uploads/import/1381/files/020-120.pdf> (дата обращения: 09.09.2025).
Romitsyna, E.E. (2004) Aiding the psychologist: A comparative analysis of anxiety tests for researchers and practitioners (based on material from children and adolescents). *Siberian psychological journal*, 20, 120—128. (In Russ.). URL: <https://journals.tsu.ru/uploads/import/1381/files/020-120.pdf> (viewed: 09.09.2025).
6. Спрингер, К.С., Толин, Д.Ф. (2020). *Большая книга экспозиций: инновационная и эффективная методика лечения тревожных расстройств на основе когнитивно-поведенческой терапии*. Киев: Диалектика.
Springer, K.S., Tolin, D.F. (2020). *The Big book of exposures: An innovative and effective method for treating anxiety disorders based on cognitive behavioral therapy*. Kyiv: Dialektika. (In Russ.).

7. Ханин, Ю.Л., Спилбергер, К.Д. (1983). Разработка и валидация Русской формы опросника состояний-черт тревожности. *Серия по клинической и общественной психологии: стресс и тревога*, 2, 15—26. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1984-13878-001> (дата обращения: 09.09.2025).
Khanin, Yu.L., Spielberger, K.D. (1983). Development and validation of the Russian form of the State-trait anxiety inventory. *Series on clinical and community psychology: Stress and Anxiety*, 2, 15—26. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1984-13878-001> (viewed: 09.09.2025).
8. Achenbach, T.M. (2017). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, Vt: ASEBA.
9. Beesdo, K., Knappe, S., Pine, D.S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 483—524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
10. Bracha, H.S. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS spectrums*, 9(9), 679—685. <https://doi.org/10.1017/s1092852900001954>
11. Chorpita, B.F., Moffitt, C.E., Gray, J. (2005). Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 43(3), 309—322. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.004>
12. Peris, T.S., Storch, E.A., McGuire, J.F. (2020). *Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Anxiety Disorders*. New York: Academic Press.
13. Donnelly, A., Fitzgerald, A., Shevlin, M., Dooley, B. (2019). Investigating the psychometric properties of the revised child anxiety and depression scale (RCADS) in a non-clinical sample of Irish adolescents. *Journal of Mental Health*, 4(28), 345—356. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437604>
14. Essau, C.A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and anxiety*, 22(3), 130—137. <https://doi.org/10.1002/da.20115>
15. Gola, J.A., Beidas, R.S., Antinoro-Burke, D., Kratz, H.E., Fingerhut, R. (2016). Ethical considerations in exposure therapy with children. *Cogn Behav Pract*, 23(2), 184—193. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.04.003>
16. Davis, J.P., Palitz, S.A., Norris, L.A., Phillips, K.E., Crane, M.E., Kendall, P.C. (2020). Exposure therapy for generalized anxiety disorder in children and adolescents. In: T.S. Paris, E.A. Storch, J.F. McGuire (Ed), *Exposure Therapy for Children with Anxiety and OCD* (pp. 221—243). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815915-6.00010-X>
17. Hudson, J.L., Rapee, R.M. (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model. In: R.G. Heimberg, Turk C.L., D.S. Mennin (Ed.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 51—74). New York: Guilford Press.
18. Kendall, P.C., Hedtke, K.A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Workbook Publishing.
19. Lawrence, P.J., Murayama, K., Creswell, C. (2009). Systematic review and meta-analysis: anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety

- disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 46—60. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.898>
20. Lebowitz, E.R., Woolston, J., Bar-Haim, Y., Calvocoressi, L., Dauser, C., Warnick, E., Scahill, L., Chakir, A.R., Shechner, T., Hermes, H., Vitulano, L.A., King, R.A., Leckman, J.F. (2013). Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 1(30), 47—54. <https://doi.org/10.1002/da.21998>
 21. Ryan, S.M., Strege, M.V., Oar, E.L., Ollendick, T.H. (2017). One session treatment for specific phobias in children: comorbid anxiety disorders and treatment outcome. *J Behav Ther Exp Psy*, 54, 128—134. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095608>
 22. Parker, Z.J., Waller, G., Salas Duhne P.G., Dawson, J. (2018). The role of exposure in treatment of anxiety disorders: a meta-analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18, 111—141. URL: <https://www.ijpsy.com/volumen18/num1/486/the-role-of-exposure-in-treatment-of-anxiety-EN.pdf> (viewed: 09.09.2025).
 23. Radtke, S.R., Strege, M.V., Ollendick, T.H. (2020). Exposure Therapy for Children and adolescents with social anxiety disorder. In: T.S. Paris, E.A. Storch, J.F. McGuire (Ed), *Exposure Therapy for Children with Anxiety and OCD* (pp. 193—219). New York: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815915-6.00009-3>
 24. Peterman, J.S., Read, K.L., Wei, C., Kendall, P.C. (2015). The art of exposure: Putting science into practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, 379—392. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.003>
 25. Piqueras, J.A., Mart n-Vivar, M., Sandin, B., San Luis, C., Pineda, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *J Affect Disord*, 218, 153—169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.022>
 26. Stephen, P.H. Whiteside, Sim, L.A., Morrow, A.S., Farah, W.H., Hilliker, D.R., Hassan, M.M., Wang, Z. (2020). A Meta-analysis to Guide the Enhancement of CBT for Childhood Anxiety: Exposure Over Anxiety Management. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(23), 102—121. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00303-2>

Информация об авторах

Еремеева Валентина Анатольевна, Научно-технологический университет «Сириус» (АНОО ВО «Университет «Сириус»), Краснодарский край, федеральная территория «Сириус», Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2977-0477>, e-mail: erem33vaeva@yandex.ru

Жукова Марина Андреевна, Научный центр здоровья при Техасском университете в Хьюстоне, Техасский университет в Хьюстоне, Хьюстон, Техас, Соединенные Штаты Америки, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3069-570X>, e-mail: marina.zhukova@uth.tmc.edu

Орешина Галина Владимировна, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО «НИУ «ВШЭ»), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5955-6471>, e-mail: oreshinagalina.kosm@gmail.com

Еремеева В.А., Жукова М.А.,
Орешина Г.В., Заикина Е.М., Карпова Н.В.,
Григоренко Е.Л. (2025)
Консультативная психология и психотерапия,
33(3), 123—147.

Eremeeva V.A., Zhukova M.A.,
Oreshina G.V., Zaikina E.M., Karpova N.V.,
Grigorenko, E.L. (2025)
Counseling Psychology and Psychotherapy,
33(3), 123—147.

Заикина Елизавета Михайловна, ООО «Клиника Фомина», Москва, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3069-570X>, e-mail: elizavetapsyhse@gmail.com

Карпова Наталья Владимировна, Научно-технологический университет «Сириус» (АНОО ВО «Университет “Сириус”»), Краснодарский край, федеральная территория «Сириус», Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5505-4530>, e-mail: karpova.nv@talantiuspeh.ru

Григоренко Елена Леонидовна, Хьюстонский университет, Хьюстон, Техас, Соединенные Штаты Америки, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9646-4181>, e-mail: grigorenko.el@talantiuspeh.ru

Information about the authors

Valentina A. Eremeeva, Sirius University of Science and Technology, Krasnodar region, Sirius, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2977-0477>, e-mail: erem33vaeva@yandex.ru

Marina A. Zhukova, University of Texas Health Science Center at Houston, Houston, Texas, United States of America, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3069-570X>, e-mail: marina.zhukova@uth.tmc.edu

Galina V. Oreshina, National Research University Higher School of Economics, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5955-6471>, e-mail: oreshinagalina.kosm@gmail.com

Elizaveta M. Zaikina, Fomin's Clinic, Moscow, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3069-570X>, e-mail: elizavetapsyhse@gmail.com

Natalia V. Karpova, Sirius University of Science and Technology, Krasnodar region, Sirius, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5505-4530>, e-mail: karpova.nv@talantiuspeh.ru

Elena L. Grigorenko, University of Houston, Houston, Texas, United States of America, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9646-4181>, e-mail: grigorenko.el@talantiuspeh.ru

Вклад авторов

Еремеева В.А. — разработка концепции; проведение исследования; курирование данных; написание рукописи.

Жукова М.В. — разработка концепции; разработка методологии; написание рукописи; административное руководство исследовательским проектом; научное руководство.

Орешина Г.В. — проведение исследования; курирование данных; формальный анализ; визуализация; написание рукописи.

Заикина Е.М. — предоставление ресурсов; визуализация.

Карпова Н.В. — предоставление ресурсов; написание рукописи — оформление и редактирование.

Григоренко Е.Л. — разработка концепции; предоставление ресурсов; научное руководство.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Valentina A. Eremeeva — conceptualization, investigation; data curation; writing — original draft preparation.

Marina A. Zhukova — conceptualization; methodology; writing — original draft preparation; project administration; supervision.

Galina V. Oreshina — investigation; data curation; formal analysis; visualization; writing — original draft preparation.

Elizaveta M. Zaikina — resources; visualization.

Natalia V. Karpova — resources; writing — review and editing.

Elena L. Grigorenko — conceptualization; resources; supervision.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Все участники исследования (клиент, психолог-консультант, родители клиента) были заранее информированы о его содержании и дали письменное согласие на участие в нем. Исследование было рассмотрено и одобрено Этическим комитетом АНОО ВО Университет «Сириус» выписка из протокола от 15.04.2021).

Ethics statement

Client as well as their parents and counselor participating in this study provided written informed consent. The study was conducted in compliance with the Declaration of Helsinki and was approved by the Bioethical Committee of the Sirius University of Science and Technology (IRB approval from 04/15/2021).

Поступила в редакцию 03.05.2024

Поступила после рецензирования 25.08.2024

Принята к публикации 15.11.2024

Received 2024.05.03

Revised 2024.08.25

Accepted 2024.11.15