УДК 159.9:615.851(075.8)
ББК 88.6я73
Г79

Печатается по решению Ученого совета ГБОУВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет имени Февзи Якубова»
Протокол от 29 июня 2026 г. № 15

Автор:
Гребенюк Анатолий Анатольевич – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии ГБОУВО РК «КИПУ им. Февзи Якубова».

Рецензенты:
Калина Н. Ф. – доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой глубинной психологии и психотерапии Института «Таврическая академия» ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»;
Убейконь А. А. – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии Медицинского института им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского».

Гребенюк, Анатолий Анатольевич.
Г79 Модель «Пи»: перформ-терапия : учебно-методическое пособие / А. А. Гребенюк. – Москва : Знание-М, 2026. – 128 с.

ISBN 978-5-00255-579-6
DOI 10.38006/00255-579-6.2026.1.128

Учебно-методическое пособие посвящено модели «Пи» как структурной рамке организации перформ-терапевтической помощи, предназначенной для интеграции разрозненных элементов психотерапевтической поддержки в целостную и устойчивую систему практических действий. Излагается двухэтапная логика работы: подготовительный период, направленный на восстановление базовой устойчивости и саморегуляции, и последующая алгоритмизированная регулярная практика.

Пособие адресовано студентам психологических направлений подготовки, магистрантам и аспирантам, а также практикующим психологам и психотерапевтам; может быть использовано в учебных курсах по психологическому консультированию, психотерапии и методам психологической помощи.

УДК 159.9:615.851(075.8)
ББК 88.6я73

ISBN 978-5-00255-579-6

© Гребенюк А. А., 2026
© Знание-М, 2026

Содержание

Введение 5
ТЕМА 1. Современная психотерапия: плюрализм подходов и утрата целостности 9
1.1. Плюрализм современных психотерапевтических подходов 10
1.2. Проблема фрагментации в клинической практике 11
1.3. Феномен «разрыва переводов» 13
1.4. Последствия фрагментации для эффективности терапии 16
1.5. Поиск интегративных моделей 18
1.6. Необходимость смысловой рамки 21
Задания к теме 1 24
ТЕМА 2. Перформ-терапия: восстановление целостности терапевтической практики 26
2.1. Возникновение перформ-терапии в контексте эволюции психотерапевтических парадигм 27
2.2. Ключевые методологические основания перформ-терапии 30
2.3. Перформ-терапия и проблема идентичности 33
2.4. Интеграция традиционных методов в рамке перформ-терапии 35
2.5. Перформ-терапия как культурно-символический метод 38
2.6. Перформ-терапия в клинической практике 40
Задания к теме 2 43
ТЕМА 3. Утрата опоры: ценности как основа эмоциональной устойчивости 46
3.1. Когнитивный диссонанс и утрата Истины 47
3.2. Эстетическое восприятие и утрата Красоты 48
3.3. Моральные эмоции и утрата Добра 49
3.4. Переживание справедливости и утрата Справедливости 50
3.5. Интеграция в перформ-терапию 50
3.6. От аксиологического анализа симптома к практике восстановления 53
Задания к теме 3 57

ТЕМА 4. Модель «Пи» в клинической практике 60
4.1. Границы применения и клиническая безопасность 62
4.2. Клиническоое значение модели «Пи» при тревожно-депрессивных и психосоматических расстройствах 66
4.3. Эмпирический статус метода «Пи» 67
Задания к теме 4 71
ТЕМА 5. Навигационная структура модели «Пи»: уровни регуляции 73
5.1. Физиологическая регуляция и режим дня («корпус лодки») 73
5.2. Симптоматический вызов и поведенческая активация («тигр» и «вёсла») 75
5.3. Ценностная ориентация и этическая навигация («компас») 77
5.4. Целеполагание и фазы интеграции («гавань» и «штиль») 79
5.5. Навигационные протоколы стабилизации: «Шторм» и «Беспокойный тигр» 81
5.6. Клинические перспективы навигационной структуры 84
Задания к теме 5 85
ТЕМА 6. Практическая реализация модели «Пи» 88
6.1. Восстановление базовой устойчивости: работа с режимом дня («корпус лодки») 88
6.2. Регуляция симптоматического состояния («уход за тигром») 90
6.3. Ценностная ориентация: выбор гавани недели 91
6.4. Навигация и поддержка: вёсла, компас, радиосвязь 92
6.5. Протоколы экстренной стабилизации 94
6.6. Судовой журнал и день штиля 96
Задания к теме 6 98
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 102
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 104
ПРИЛОЖЕНИЕ Материалы для организации самостоятельной работы пациента под руководством специалиста 117

ВВЕДЕНИЕ

Современная психотерапевтическая и консультативная практика развивается в условиях выраженного методологического многообразия. Специалист располагает широким кругом средств помощи: клинической диагностикой, фармакотерапевтической поддержкой, психотерапевтическими интервенциями, психокоррекционными приёмами, телесными и поведенческими практиками, методами самонаблюдения, способами эмоциональной регуляции и организации самостоятельной работы пациента. Однако само наличие этих средств ещё не обеспечивает внутренней связности процесса помощи. В практической работе нередко возникает ситуация, когда отдельные рекомендации, упражнения и формы сопровождения воспринимаются пациентом как разрозненные требования, а не как понятная линия восстановления.

Эта проблема особенно заметна в тех случаях, когда терапевтическая работа выходит за пределы одной встречи со специалистом. Между консультациями или психотерапевтическими сессиями пациент остаётся один на один со своим состоянием, привычками, телесным напряжением, тревожными ожиданиями, снижением мотивации, нарушением режима и трудностью удерживать направление работы. Поэтому для специалиста важным становится не только выбор метода воздействия, но и организация такой формы сопровождения, при которой самостоятельная активность пациента получает ясное место в общем процессе помощи.

В настоящем учебно-методическом пособии представлена авторская модель «Пи», разработанная в рамках перформ-терапии и предназначенная для структурирования самостоятельной межсессионной работы пациента под руководством специалиста. Под моделью «Пи» понимается методически организованная система сопровождения, в которой терапевтические рекомендации, повседневные действия пациента, символические опоры, режимные элементы и профессиональная обратная связь соединяются в единую линию восстановления. В этом смысле модель не выступает самостоятельной заменой психотерапии, психиатрической помощи или фармакотерапии, а задаёт рамку, внутри которой различные средства помощи могут быть согласованы между собой.

Актуальность данного пособия определяется необходимостью подготовки специалистов, способных не только знать основные направления психотерапии и психокоррекции, но и методически грамотно организовывать участие пациента в собственном восстановлении. В современной практике всё большее значение приобретает способность переводить профессиональные рекомендации в понятные, выполнимые и удерживаемые формы повседневного действия. Это особенно важно в работе с пациентами, которым трудно сохранять регулярность, различать внутренние состояния, выдерживать терапевтические договорённости и самостоятельно поддерживать достигнутые изменения.

Предметом рассмотрения в пособии является не психотерапия в целом и не отдельная клиническая техника, а учебно-методическая организация сопровождаемой самостоятельной работы пациента. В центре внимания находится вопрос о том, каким образом специалист может помочь пациенту удерживать направление терапии между встречами, не превращая межсессионную работу в формальный перечень заданий. Такой подход требует от будущего психолога понимания границ метода, клинической осторожности, умения соотносить самостоятельные действия пациента с его состоянием, ресурсами, уровнем мотивации и общей задачей помощи.

Пособие предназначено для студентов старших курсов психологических направлений подготовки, магистрантов, обучающихся по клинико-психологическим и консультативным профилям, а также для практикующих психологов, психотерапевтов и врачей-психотерапевтов, использующих в своей работе формы самостоятельной активности пациента между встречами. Пациент в логике данного пособия не рассматривается как автономный пользователь метода. Он выступает участником профессионально организованного процесса, в котором самостоятельная работа вводится, объясняется, сопровождается и корректируется специалистом.

В учебном процессе материалы пособия могут быть использованы при освоении дисциплин, связанных с психотерапией, психокоррекцией, психосоматикой и основами психиатрии. В рамках магистратуры по направлению подготовки 37.04.01 «Психология», магистерская программа «Психология развития, возрастная психология», пособие

соотносится с содержанием дисциплин «Основы психосоматики» и «Современные направления в психокоррекции и психотерапии». В рамках бакалавриата по направлению подготовки 37.03.01 «Психология», профиль «Программа широкого профиля», оно может использоваться при изучении дисциплин «Основы психиатрии», «Основы психокоррекции» и «Основы психотерапии».

Образовательная значимость пособия состоит в том, что оно позволяет связать теоретическое изучение психотерапевтических и психокоррекционных подходов с практической задачей сопровождения пациента. Его материалы могут применяться на лекционных и практических занятиях, при разборе клинических и консультативных ситуаций, в ходе самостоятельной подготовки студентов, при обсуждении границ профессиональной ответственности, а также в супервизионной работе. Особое значение пособие имеет для формирования у обучающихся навыка видеть не только содержание интервенции, но и форму её включения в жизнь пациента.

Теоретическая часть пособия раскрывает предпосылки возникновения перформ-терапии, проблему фрагментации современной психотерапевтической практики, значение смысловой и ценностной рамки в организации помощи, а также место модели «Пи» в структуре психотерапевтического сопровождения. Практическая часть посвящена этапам применения модели, подготовительному периоду, способам удержания пациентом терапевтического направления, работе с колебаниями мотивации, нарушениями режима и трудностями самостоятельного выполнения рекомендаций.

Методический аппарат пособия включает вопросы для обсуждения, задания для самостоятельной работы, материалы для анализа практических ситуаций и приложения, которые могут использоваться специалистом в очной и межсессионной работе с пациентом. Эти материалы не предназначены для механического применения. Их использование предполагает профессиональное объяснение, адаптацию к конкретной ситуации, учёт состояния пациента и соотнесение с задачами проводимой терапии или консультативного сопровождения.

Принципиально важно подчеркнуть, что модель «Пи» не претендует на статус универсального лечебного протокола. Она не заменяет психиатрическую диагностику, фармакотерапию,

специализированную психотерапию и иные формы профессиональной помощи. Её задача точнее и уже: дать специалисту инструмент структурирования межсессионной работы, повысить связность терапевтического процесса, облегчить перевод профессиональных рекомендаций в язык повседневной жизни и создать более устойчивые формы участия пациента в собственном восстановлении.

Таким образом, настоящее пособие выполняет учебно-методическую функцию: оно систематизирует авторскую модель «Пи» как одну из форм представления перформ-терапии и одновременно даёт материал для освоения навыков профессионального сопровождения самостоятельной работы пациента. Дальнейшее изложение последовательно раскрывает теоретические основания модели, её место в современной практике помощи, структуру применения, методические ограничения и практические материалы, которые могут использоваться в учебной аудитории, самостоятельной подготовке студентов и профессиональном обсуждении случаев.

ТЕМА 1. Современная психотерапия: плюрализм подходов и утрата целостности

Современная психотерапия находится в точке, которую можно описать как «богатство техник при дефиците целостности». За последние десятилетия накоплен обширный арсенал доказательных подходов — когнитивно-поведенческая терапия, схем-терапия, диалектико-поведенческая терапия, психодинамические краткосрочные модели, интерперсональная терапия и другие. Их эффективность подтверждается метаанализами и сравнительными исследованиями [1, 2]. Однако параллельно с ростом количества методов усиливается то, что многие авторы называют «фрагментацией клинической практики»: терапевт всё чаще действует «модульно», пациент получает разрозненные предписания, а общая экзистенциальная или ценностная рамка работы растворяется.

Это приводит к тому, что лечение начинает восприниматься не как целостный опыт изменения, а как последовательность отдельных процедур — «сделайте это упражнение», «ведите дневник», «практикуйте майндфулнесс», «принимайте препарат» — без явно артикулированного смысла, ради которого всё это делается. На это указывают и исследователи интегративных подходов, отмечая расхождение между многообразием школ и потребностью пациента в единой, понятной модели изменений [3]. В результате и специалисты, и клиенты всё чаще описывают одно и то же явление: техники работают локально, но не складываются в «жизненный нарратив» человека, не восстанавливают порядок опыта и не отвечают на вопрос «как всё это связано».

Именно поэтому в мировой психотерапии растёт интерес к рамочным и интегративным моделям, которые не отменяют методы, а «собирают» их в осмысленную последовательность — от установления опоры и режима до ценностного выбора и символического закрепления изменений. Такие модели позволяют вернуть человеку переживание целостности лечения: не набор упражнений, а путь.

1.1. Плюрализм современных психотерапевтических подходов

Современная психотерапия представляет собой пространство методологического многообразия, где сосуществуют десятки направлений, каждое из которых опирается на собственные теоретические основания и набор практических техник.

Ещё в начале XX века ведущими оставались психоанализ [4], поведенческая терапия [5] и гуманистическая психология [6, 7].

С 1960–1970-х годов стремительно развивается когнитивная терапия [8], позднее трансформировавшаяся в когнитивно-поведенческую терапию, ставшую одним из ведущих направлений современной клинической практики [9-11].

В 1980–1990-е годы активно развивались новые школы: нарративная терапия [12], схема-терапия [13], терапия принятия и ответственности — ACT [14].

Метаанализы последних десятилетий показывают, что различные направления психотерапии часто имеют сопоставимую эффективность при лечении тревожно-депрессивных расстройств [11, 15], особенно если учитывать так называемые «общие факторы» — терапевтический альянс, структуру взаимодействия и поддержку [1, 16, 17].

Этот феномен в литературе получил название «эффект додо» (dodo bird verdict) — идея о том, что все школы психотерапии оказываются одинаково эффективными при условии достаточного качества терапевтических отношений [18; 19].

Таким образом, современный специалист действует в условиях выраженного методологического плюрализма [3], когда десятки направлений конкурируют не только за эмпирическую валидность, но и за интерпретацию самого понятия психической помощи.

С одной стороны, это многообразие отражает онтологическое богатство человеческого опыта и расширяет возможности индивидуализации вмешательств [20, 21].

С другой стороны, оно ведёт к росту эпистемологической фрагментации, когда терапевты оперируют разными языками описания, а пациенты — теряют ощущение единой логики процесса [1, 17].

Недавние исследования [15, 22, 23] указывают, что именно отсутствие интегративной смысловой рамки снижает долгосрочную эффективность терапии: при прочих равных, успех вмешательства определяется не теоретической школой, а степенью согласованности методов и субъективного восприятия смысла пациентом.

Как подчёркивают Deci и Ryan [24], без внутреннего чувства автономии и смысловой связности пациент не способен устойчиво удерживать мотивацию к изменениям. Тем самым проблема фрагментации выходит за пределы теории и становится практической задачей обеспечения смысловой целостности психотерапии.

1.2. Проблема фрагментации в клинической практике

Несмотря на многообразие и эффективность психотерапевтических подходов, в реальной клинической практике всё чаще фиксируется феномен, который можно обозначить как фрагментация терапии. Он проявляется в том, что различные формы помощи — фармакотерапия, психотерапия, психообразование, рекомендации по образу жизни и психогигиене — не складываются для пациента в единую картину.

Клинический специалист, обладающий профессиональной подготовкой, способен рассматривать назначение антидепрессанта, когнитивные упражнения, дыхательные практики и рекомендации по режиму сна как взаимодополняющие элементы терапии. Однако сам пациент, находящийся в состоянии депрессии, тревоги или психосоматического истощения, воспринимает их как набор разнородных и даже конкурирующих между собой предписаний. В литературе отмечается, что именно разрозненность указаний становится одним из факторов низкой приверженности лечению [25-27].

Приведём типичный пример: пациент с тревожно-депрессивным расстройством получает три параллельных указания в течение одной недели.

Психиатр назначает антидепрессант с вечерним приёмом и предупреждает о возможных побочных эффектах; психотерапевт рекомендует вести «дневник мыслей» для фиксации когнитивных искажений

и их рациональной проработки; врач общей практики советует строго соблюдать режим сна и ограничить использование электронных устройств перед сном.

Для специалиста здесь нет противоречий: каждое вмешательство направлено на разные уровни регуляции — биохимический, когнитивный и поведенческий. Но для пациента это выглядит как три разные системы требований, и невыполнение хотя бы одного пункта (например, режима сна) может привести к ощущению провала и отказу от других элементов лечения.

Клинические исследования показывают, что до 50 % пациентов с депрессией преждевременно прекращают приём препаратов в первые 3 месяца именно из-за субъективного чувства перегруженности, отсутствия единой логики лечения и сомнений в его эффективности [26, 28]. Аналогичные данные приводятся и в отношении психотерапии: около 20–30 % пациентов досрочно прекращают участие в когнитивно-поведенческих программах, мотивируя это отсутствием «смысла» в продолжении [21].

Особенно уязвимой группа пациентов становится в условиях постмодернистской культурной среды, где преобладает ироничный, фрагментарный стиль мышления, а устойчивые основания идентичности размываются. Для обозначения данного состояния нами был предложен термин «синдром постмодернистской идентичности» [29]. Оно проявляется в неспособности удерживать целостное чувство «Я», в постоянной смене ролей и масок, в восприятии жизни как набора разрозненных эпизодов. На таком фоне медицинские и психотерапевтические предписания воспринимаются пациентом так же фрагментарно — как отдельные, несвязанные «куски» помощи.

Отдельного внимания заслуживает феномен, который можно обозначить как «разрыв переводов» [30]. Он заключается в том, что медицинский язык, которым специалисты описывают лечение (нейротрансмиттеры, когнитивные схемы, терапевтический альянс), часто не совпадает с повседневным языком пациента. В результате рекомендации врача интерпретируются упрощённо или искажённо. Так, когнитивные упражнения воспринимаются как «писать непонятные таблицы», фармакотерапия — как «чужая химия», а советы по психогигиене — как «ещё одна обязанность». В итоге пациент

не интегрирует рекомендации в свою жизнь, а воспринимает их как внешнее давление.

Фрагментация влияет и на сам терапевтический альянс. Bordin [31] ещё в 1970-е годы описал три базовых компонента альянса: согласие по поводу целей, согласие по поводу задач и эмоциональная связь. Когда пациент сталкивается с разрозненными предписаниями от разных специалистов, это согласие разрушается. Отсюда — снижение доверия к терапии и риск её преждевременного прекращения. Современные мета-анализы подтверждают, что качество альянса надёжно связано с исходами лечения [17, 32].

Таким образом, феномен фрагментации можно рассматривать как один из центральных вызовов современной психотерапии и клинической практики в целом. Он проявляется в том, что:

- пациент воспринимает лечение как «разные островки», не соединённые в единую карту;
- отдельные элементы терапии начинают конкурировать между собой за внимание и силы пациента;
- любое нарушение воспринимается как крах всей программы;
- доверие к специалисту снижается, если разные рекомендации не соединяются в единую логику.

Эти факторы объясняют, почему даже методы с высокой доказательной базой (КПТ, фармакотерапия) в реальной практике нередко дают ограниченный эффект. Проблема заключается не в самих методах, а в отсутствии смысловой рамки, которая связывала бы их в целостный процесс. В современной психотерапии всё чаще подчёркивается необходимость методологических подходов, способных интегрировать различные уровни вмешательства в единую нарративную структуру. В этом контексте перформ-терапия рассматривается как один из возможных вариантов такой интеграции [33].

1.3. Феномен «разрыва переводов»

Одним из ключевых последствий фрагментации в клинической практике является феномен, который в литературе обозначается как «разрыв переводов» (translation gap) [30]. Речь идёт

о несоответствии между профессиональным медицинским и психотерапевтическим языком и теми повседневными формами, в которых пациент воспринимает свой опыт и рекомендации специалиста.

Врач или психотерапевт объясняет назначение антидепрессанта через механизмы регуляции серотонинергической системы, когнитивное упражнение — через реструктуризацию дисфункциональных убеждений, а рекомендации по режиму сна — через нормализацию циркадных ритмов. Для специалиста это единая логика, основанная на клинической науке [9, 34].

Пациент же, находящийся в состоянии тревоги или депрессии, воспринимает эти предписания в иной семантической рамке. Лекарство для него может означать «чужую химию», когнитивное упражнение — «надо заполнять какие-то непонятные таблицы», а рекомендации по гигиене сна — «ещё одна обязанность, которую я всё равно не выполню».

В результате создаётся ощущение давления, а не помощи. В литературе подчёркивается, что именно несовпадение профессионального и повседневного языка значительно снижает терапевтический альянс [17, 31, 32].

Kirmayer [Kirmayer, 2015] описывает это явление как cultural translation gap: пациент интерпретирует свой опыт через систему образов, метафор и нарративов, а врач — через систему клинических категорий. Если эти системы не согласуются, то даже правильно назначенная терапия воспринимается как чуждая.

Так, в ряде культур пациенты описывают депрессию не как «психическое расстройство», а как «утомление сердца», «тяжесть в теле», «потерю связи с другими» [35]. Врачу, говорящему о «дефиците серотонина», трудно встроить этот язык в свою практику. И наоборот — пациенту сложно увидеть в «серотонине» отражение своего реального страдания.

В российских исследованиях также отмечается, что пациенты чаще описывают тревожные и депрессивные состояния в телесных терминах («ком в горле», «стеснение в груди», «пустота внутри»), тогда как клиницисты фиксируют когнитивные и поведенческие симптомы [36, 37]. В результате возникает двуслойная коммуникация: пациент говорит на языке ощущений и образов, а врач отвечает на языке категорий и диагнозов.