

Часть 2
**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД
В ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:
ПРАКТИКА АППЛИЦИРОВАНИЯ
И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

УДК 159.9

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

**THE COGNITIVE BEHAVIORAL
THERAPY IN INFERTILITY**

М. В. Вашкевич-Василевская, психолог (Минск, Беларусь)

M. V. Vashkevich-Vasileuskaya, psychologist (Minsk, Belarus)

Аннотация. По данным различных исследователей от 20 до 79 % женщин, проходящих лечение бесплодия, нуждаются в психологической помощи, однако отсутствует специализированный протокол КПТ для ведения таких клиентов. Данный обзор – попытка разработать возможный протокол работы КПТ-терапевта при работе с бесплодием на основе имеющихся научных данных. Обзор содержит: поддерживающий цикл женского бесплодия, особенности диагностики, возможный протокол работы (психообразование, майндфулнесс, работа с убеждениями) и цели психологических интервенций, формат завершения терапии.

Ключевые слова: бесплодие, когнитивно-поведенческая терапия, стресс.

Annotation. According to studies, from 20 to 79 % of women undergoing infertility treatment need psychological counseling, but there is no specialized CBT protocol for infertility. This review is an attempt to develop a possible evidence-based CBT protocol for infertility. The review contains: the vicious cycle of female infertility, diagnostic features, possible protocol and goals of interventions (psychoeducation, mindfulness, discussing beliefs), format of completion of the treatment.

Keywords: cognitive behavioral therapy, infertility, stress.

Введение. Значительная часть женщин, проходящих лечение бесплодия, находятся в неблагоприятном психо-эмоциональном состоянии: по оценкам российских исследователей их доля 52–79,4 % [1; 4], по данным Европейского общества репродукции человека и эмбриологии – 20 % [10], а в исследовании китайских ученых, которые ориентируются на результаты структурированных психиатрических диагностических процедур, приводится цифра в 40,2 % [19]. В систематическом обзоре за 2018 год указывается, что от 25 % до 60 % людей с бесплодием демонстрируют психиатрические симптомы [21].

Психотерапевтические интервенции при лечении бесплодия обеспечивают не только улучшение психологического состояния, но и оказывают статистически значимое влияние на вероятность наступления беременности [9]. Однако в настоящее время не существует единого стандартизированного подхода в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) к оказанию психологической помощи при нарушениях репродуктивного здоровья.

Чтобы создать эффективный КПТ-протокол ведения клиентов, проходящих лечение бесплодия, необходимо не только создать четкую последовательность психологических интервенций, но и понять суть психологических изменений при нарушениях репродуктивной функции. Данный материал ставит перед собой цель сформулировать возможную структуру такого протокола на основе имеющихся исследований.

Модель поддерживающего цикла

В 2018 году одновременно вышло два обзора с описанием взаимосвязи стресса, образа жизни и бесплодия для мужчин и женщин. Систематический обзор, посвященный мужскому бесплодию, содержит перечень факторов, влияющих на окислительные процессы в организме, и является прямой рекомендацией по изменению образа жизни [15]. Обзор, посвященный женскому бесплодию, может быть полезен с точки зрения КПТ, как так содержит описание цикла, поддерживающего у женщин репродуктивные проблемы [16].

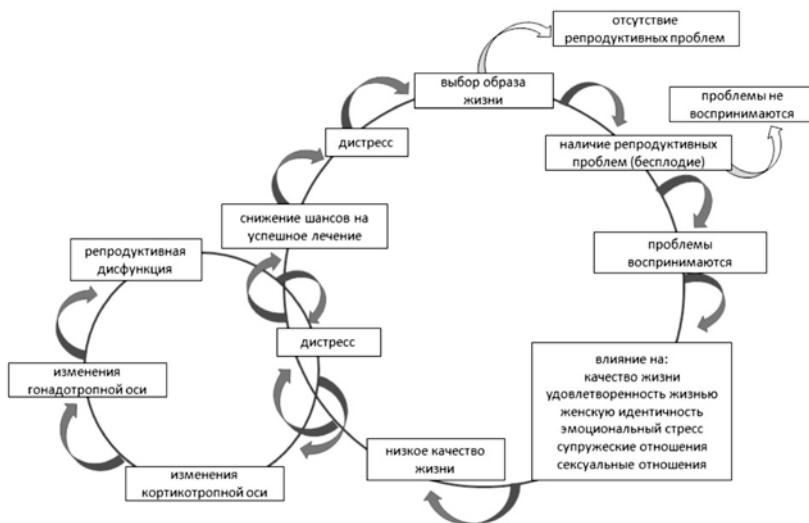


Рисунок – Порочный круг: взаимосвязь стресса, качества жизни и репродуктивных проблем

Не существует однозначной «точки входа» в этот цикл: он может начинаться с самого факта бесплодия, с выбора определенного образа жизни или с дистресса. Все эти три фактора демонстрируют взаимное влияние. На биологическом уровне при этом под воздействием стресса происходят изменения в гормональной системе женщины, ухудшающие эффективность лечения бесплодия. Вовлеченность в данный порочный круг неизменно влечет ухудшение качества жизни, под которым авторы понимают комплексную оценку физического здоровья, психологического состояния, социальных отношений, убеждений и отношения к средовым факторам.

Индивидуальное восприятие факта бесплодия в данном цикле является важной переменной, влияющей на качество жизни, отношения, эмоциональное состояние и социальную адаптацию. И именно оно, в первую очередь, может стать мишенью для КПТ.

Диагностика. Наиболее распространенными среди женщин с нарушениями репродуктивного здоровья являются тревожные и депрессивные расстройства [1, 4, 10, 19]. Поэтому при диаг-

ностике клиента обязательно оценивать уровень тревоги и депрессии. Помимо этого, исходя из вышеприведенного цикла, можно выделить следующие темы для исследования и последующей концептуализации случая:

1. Уровень стресса
2. Уровень удовлетворенности жизнью
3. Качество социальных связей
4. Качество сексуальной жизни
5. Качество супружеских отношений
6. Идентичность

В настоящее время, не существует валидных специализированных русскоязычных тестовых методик для комплексной оценки состояния разных сфер жизни женщины при нарушениях репродуктивного здоровья.

Утвержденная Министерством здравоохранения Беларуси инструкция «Рациональное клиническое ведение беременности и родов с установлением психологического статуса женщин в программе ЭКО» содержит 3 рекомендованных теста [2]:

1. Методика определения тревожности Спилберга – Ханина.
2. Опросник депрессии Бека.
3. Тест САН (самочувствие, активность, настроение).

В то же время инструкция по психологической помощи для медиков и младшего медицинского персонала от Европейского общества репродукции человека и эмбриологии [10] содержит рекомендации на 12 тестовых методик, 6 из которых специализированы под оценку психологического состояния пациентов при лечении бесплодия. Двум стоит уделить особое внимание.

Fertility Quality of Life (FertyQol) [7]. Тест позволяет оценить поведение клиента, его эмоциональное состояние, качество отношений и опыт лечения. Данная методика находится в свободном доступе и переведена согласно данным официального сайта (<http://sites.cardiff.ac.uk/fertiqol>) более чем на 30 языков. Русскоязычная версия содержит неточности перевода, не валидизирована, однако содержит большой список вопросов, которые позволяют быстро получить информацию об опыте и состоянии клиента.

SCREENIVF [22]. Дает оценку уровня тревоги, депрессии, качества социальных связей и характера убеждений в отношении бесплодия. Тест находится в свободном доступе на английском языке, перевод на русский – отсутствует. Важно то, что данный опросник позволяет оценить изменения в когнициях, а значит, более оперативно определить мишени для работы с убеждениями.

Разработка или адаптация специализированного русскоязычного опросника для оценки психо-эмоционального состояния и качества жизни женщин с нарушениями репродуктивного здоровья может быть одним из возможных направлений для дальнейших исследований.

Протокол работы. К сожалению, проблема бесплодия часто воспринимается как исключительно медицинская, и это ведет к обесцениванию возможного эффекта от психотерапевтического вмешательства [10]. Согласно утвержденной Министерством здравоохранения Беларуси инструкции [2], цель психотерапевтических вмешательств при прохождении лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) – формирование адекватного отношения к бесплодию и повышение мотивации на лечение. Эта задача в большей степени связана с комфортным взаимодействием врач/пациент, а не с потребностями самих пациентов. Сложность заключается еще и в том, что женщинам с нарушениями репродуктивного здоровья легче обратиться к психологу, если это рекомендует врач и объясняет цель и задачи такого обращения [14].

В то же время, еще в 2001 году Европейское общество репродукции человека и эмбриологии разработало руководство для психологов и консультантов, содержащее общие принципы и цели психологической помощи при лечении бесплодия, не зависящие от психологического направления, в котором работает специалист [13]. Согласно этому руководству, цели и задачи консультирования связаны с потребностями клиента на разных этапах лечения и восприятием самого факта бесплодия. Есть еще ряд особенностей такой работы [14]:

1. В фокусе внимания терапевтического процесса – фрустрированное желание и/или цель в жизни. Поэтому в

процессе терапии точный диагноз имеет меньшее значение, чем преодоление страдания, связанного с особенностями клиента и его восприятием ситуации.

2. Желание иметь ребенка, связано с созданием еще не существующего третьего, интересы которого необходимо учитывать в процессе терапии. Отсутствие этого третьего лица поднимает этические вопросы, которые должны быть озвучены. В частности, нужно учитывать все возможные конфликты между интересами пациентов, проходящих лечение ВРТ, и предполагаемыми интересами ребенка.

3. Нереализованное желание иметь ребенка часто сопровождается повторными циклами медицинских вмешательств, исход которых неопределён. Этот длительный процесс создает эмоциональное напряжение, сопровождаемое разочарованием или даже отчаянием.

4. Медицинские диагностические и лечебные процедуры оказывают влияние на интимную жизнь. Таким образом, динамика отношений пары, сексуальность и способность преодолевать дистресс, связанный с лечением, должны рассматриваться дополнительно, вне контекста лечения бесплодия.

Исходя из вышесказанных особенностей и с учетом данных о поддерживающем цикле при женском бесплодии [16] существуют 3 основные цели при консультировании женщин с нарушениями репродуктивного здоровья:

1. Уменьшение дистресса.
2. Улучшение качества жизни.
3. Консультирование по принятию решений.

Для того, чтобы выбрать наиболее эффективную схему терапевтического вмешательства, можно обратиться к исследованиям, представленным в базах данных электронных библиотек: NCBI (<https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), www.elibrary.ru и cyberleninka.ru. Критерии для отбора материалов были следующие:

1. Исследования эффекта психотерапевтического вмешательства при лечении бесплодия.

2. В материале должно присутствовать описание терапевтического вмешательства.

3. Метод психотерапевтического вмешательства должен быть ассоциирован с когнитивно-поведенческой терапией.

Результаты представлены в таблице 1 «Применение КПТ при бесплодии» [1; 3; 8; 11; 12; 17; 18; 20]. Если сравнить указанные в исследованиях вмешательства, подавляющее большинство связано с психообразованием в начале терапии. Просвещение может быть связано либо с медицинским вмешательством, либо с объяснением взаимосвязи стресса и бесплодия. С учетом того, что бесплодие можно определить как состояние максимальной неопределенности [6], психообразование имеет важное значение для снижения стресса. В русскоязычных программах вслед за психообразованием следует этап обучения вербализации чувств и мыслей и на этом вмешательство заканчивается. В программах, разработанных в дальнем зарубежье, предполагается более глубокая работа с мышлением и поведением женщины с нарушением репродуктивного здоровья [8; 11; 12; 17; 18, 20]. Почти во всех англоязычных исследованиях обучение навыкам релаксации – обязательный элемент терапевтических интервенций [8, 12, 17, 18, 20]. Далее протокол работы зависит от выбора направления. Если выбран метод Майндфулнесс, следующие задачи – обучение клиента осознанности и работа с когнитивными искажениями через дистанцирование от мыслей. Если выбран классический КПТ Бека – обучение клиента распознаванию когнитивных искажений и работе с негативными убеждениями.

Применение Майндфулнесс при лечении бесплодия дает 2 позитивных эффекта [5]:

1. Существенное улучшение психологических параметров: снижение тревоги, депрессии, улучшение самочувствия, а также снижение эмоциональной реактивности и увеличение эмоциональной, когнитивной и поведенческой гибкости.

2. Улучшение биологических параметров. Так как исследования указывают на взаимосвязь улучшения репродуктивной функции с эффектом расслабления.

И хотя все представленные исследования базируются на групповых вмешательствах, индивидуальную работу можно проводить по аналогичному плану. Также, с учетом концептуализации случая, возможно будут полезны модули тренинга навыков из Диалектической поведенческой терапии или некоторые модули Универсального трансдиагностического протокола КПТ, которые также содержат элементы Майнд-фуллесс.

Таблица 1 – Применение КПТ при бесплодии

| Автор | Год | Дизайн исследования | Метод | Количество участников | Результат |
|-------|------|----------------------|--|-----------------------|---|
| Domar | 1990 | Пре-пост дизайн NRCT | <p>КПТ + релаксация</p> <p>Групповые занятия по 2 часа 10 недель. Каждое занятие включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Групповая релаксация. 2. Обсуждение домашней практики. 3. Вводная лекция на тему дня. 4. Групповые или парные упражнения. 5. Мини-упражнение на расслабление. <p>Темы занятий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психообразование. Стресс, его физиология, рефлекс расслабления. Взаимосвязь стресса и бесплодия. 2. Диафрагмальное дыхание и мини-упражнения на релаксацию. 3. Когнитивная реструктуризация и убеждения: | 54 | <p>↓ Депрессия.</p> <p>↓ Утомляемость.</p> <p>↓ Тревога .</p> <p>↓ Раздражительность.</p> |

| Автор | Год | Дизайн исследования | Метод | Количество участников | Результат |
|----------|------|---------------------|--|--|---|
| | | | <p>конфронтация и переформулирование негативных автоматических мыслей.</p> <p>4. Развитие самосострадания и сочувствия.</p> <p>5. Йогатерапия с рекомендациями по режиму дня.</p> <p>6. Майндфулнесс: повышение осознанности чувств и восприятия.</p> <p>7. Эмоции.</p> <p>8. Гнев и прощение.</p> <p>9. Воскресная сессия на полный день с партнерами.</p> <p>10. Повторение материала, рекомендации.</p> | | |
| Galhardo | 2013 | NRCT | <p>Майндфулнесс + АСТ</p> <p>Групповые занятия по 2 часа 10 недель.</p> <p>Каждое занятие включает:</p> <p>1. 30 минут обсуждение домашней практики.</p> <p>2. 1,5 часа практика</p> <p>1, 6 и 8 занятия с мужьями.</p> <p>Занятия сконцентрированы на обучении участников жизни «здесь и сейчас», используются медитации осознанного принятия пищи, сканирования тела, медитации на дыхание,</p> | 55 основная группа, 37 группа контроля | <p>↓ Депрессия.</p> <p>↓ Тревога .</p> <p>↑ Осознанность.</p> |

| Автор | Год | Дизайн исследования | Метод | Количество участников | Результат |
|-------------|------|---------------------|--|--|---|
| | | | звук и мысли, психообразование и рекомендации по образу жизни | | |
| Facchinetti | 2002 | NRCT | <p>Групповая КПТ в парах 12 недель.</p> <p>Общие цели вмешательства:</p> <ul style="list-style-type: none"> улучшение артикуляции эмоций и мыслей, связанных с переживанием бесплодия. <p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обозначить ожидания от лечения. 2. Осознать и обозначить эмоции, связанные с этими ожиданиями. 3. Осознать и обозначить влияние этих ожиданий и эмоций на взаимоотношения в паре. <p>Также использовались техники: конфронтации к убеждениям и ожиданиям в отношении лечения и персонала, психообразование о процессе лечения, вербализация чувств, связанных с различными этапами терапевтической программы</p> | 19 основная группа, 12 группа контроля | ↓ вегетативный и нейроэндокринный ответ на стресс |

| Автор | Год | Дизайн исследования | Метод | Количество участников | Результат |
|--------------|------|---------------------|--|--|--|
| Кулаков | 2007 | Пре-пост дизайн | КПТ 12 недель. Групповые занятия по 1,5 часа. Цель – достижение пациентами большего понимания процессов ВРТ и мотивация их на лечение, осознание влияния эмоционального состояния на когнитивную сферу. Задачи: 1. Психообразование о процедуре лечения. 2. Стимулирование вербального выражения чувств, связанных с лечением | ? | ↓ Кортизол. |
| Гарданова | 2017 | NRCT | КПТ 6 сессий за 3 недели 1. Обсуждение убеждений, ожиданий, связанных с медицинским персоналом. 2. Психообразование в отношении медицинского вмешательства | 24 основная группа, 22 группа контроля | ↓ Кортизол. ↑ Адаптация |
| Mosala-pejad | 2012 | RCT | Групповая КПТ + БОС-терапия и релаксация 15 сессий еженедельно по 1,5 часа 1. Индивидуальные цели, знакомство 2. Психообразование. Причины стресса и факторов, которые на него влияют. Техники релаксации. | 16 основная группа, 15 группа контроля | ↓ Депрессия. ↓ Стресс. ↓ Тревога |

| Автор | Год | Дизайн исследования | Метод | Количество участников | Результат |
|-------|-----|---------------------|---|-----------------------|-----------|
| | | | <p>3–4. Распознавание когнитивных искажений и негативных мыслей, эффект этих факторов на психику, мышление, социальное взаимодействие. Техники релаксации.</p> <p>5–6. Изменение убеждений, замена убеждений на позитивные мысли, письменное упражнение на эмоциональный катарсис, арт-терапия и релаксационные техники.</p> <p>7–9. Техники блокировки негативных мыслей, воображение и БОС-терапия. Техники релаксации.</p> <p>10–11. Коммуникативные техники и техники решения проблем для облегчения выражения эмоций и потребностей и разрешения кризиса бесплодия. Техники релаксации.</p> <p>12–13. Улучшение сексуального взаимодействия в паре в сторону философии брака и супружества. Релаксационные техники.</p> <p>14. Литература по исследованию бесплодия. Последние</p> | | |

| Автор | Год | Дизайн исследования | Метод | Количество участников | Результат |
|-----------|------|---------------------|--|--|--|
| | | | достижение и возможности. 15. Подведение краткого итога курса и сравнение его с целями сессии 1. | | |
| Faramarzi | 2013 | RCT | КПТ + релаксация по Джейкобсону (с 5-й недели) 10 недель, групповые занятия по 2 часа 1–3 сессии: введение в кпт и причины бесплодия (совместно с гинекологами). Просвещение и социализация в основные понятия КПТ и мотивация на изменение дисфункциональных убеждений в 5 проблемных сферах (социальные связи, секс, супружеские отношения, сопротивление бездетному образу жизни и желание стать родителем). 4–6 сессии: изменение иррациональных убеждений относительно бесплодия. 7–10 сессии: обучение поддержанию изменений дисфункциональных убеждений относительно бесплодия | 29 основная группа, 30 группа контроля | ↓ Депрессия. ↓ Стресс. ↓ Напряжение В 5 проблемных сферах |

| Автор | Год | Дизайн исследования | Метод | Количество участников | Результат |
|-------|------|---------------------|---|--|---|
| Nery | 2019 | RCT | Майндфулнесс 10 недель, 2 часовые групповые занятия. 1 и 10 занятие – организационное. 2–9 – Майндфулнесс. Занятия включали медитации, релаксации, аутотренинг, БОС-терапию и экспериментальные техники | 62 основная группа, 37 группа контроля | ↓ Депрессия. ↓ Стресс. ↑ Общее самочувствие |

Завершение терапии. Все указанные психотерапевтические интервенции проводились в период до 4 месяцев. Это срок, который достаточен как для первичной подготовки к медицинскому вмешательству в рамках ВРТ, так и для подготовки к повторному протоколу ВРТ.

Продолжительность психотерапевтического сопровождения при лечении бесплодия определяется индивидуально. Согласно рекомендациям Европейского общества репродукции человека и эмбриологии [13] психологическое сопровождение пациента должно осуществляться на протяжении всего лечения бесплодия и заканчиваться либо ведением беременности, либо консультированием по принятию решения об отказе от дальнейшего лечения, так как каждое новое медицинское вмешательство может провоцировать новую стрессовую реакцию. В то же время, исходя из поддерживающего цикла женского бесплодия, основные цели терапевтического вмешательства – это улучшение качества жизни и усвоение клиентом навыков преодоления дистресса. В случае достижения этих целей методами КПТ продолжение терапии может быть нерационально.

Выводы. Клиент с нарушениями репродуктивного здоровья может демонстрировать большое количество коморбидных симптомов. Возможно, именно с этим связано отсутствие четкого

протокола ведения бесплодия в КППТ. Тем интереснее может быть тема психотерапии при бесплодии для дальнейшего исследования.

На базе существующих исследований можно сделать вывод о пользе психообразования и повышения осознанности при работе с бесплодием. А также важно обсуждение убеждений, связанных с восприятием бесплодия, и их влияния на жизнь женщин с нарушениями репродуктивного здоровья.

Литература

1. Кулаков, В. И. Психотерапевтическая коррекция аффективных расстройств у женщин, получающих помощь по программе вспомогательных репродуктивных технологий / В.И. Кулаков [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107, №1. – С. 21–25.

2. Пересада, О. А. Рациональное клиническое ведение беременности и родов с установлением психологического статуса женщин в программе ЭКО : Инструкция по применению / О. А. Пересада, А. В. Лебедько, Н. С. Милюк // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования». – Минск. – 2012.

3. Гарданова, Ж. Р. Тревожные расстройства у женщин старшего репродуктивного возраста в программе вспомогательных репродуктивных технологий (эко, икси) / Ж. Р. Гарданова [и др.] // Наука, техника и образование. – 2017. №11(41). – С. 64–69.

4. Чернышова, И. В. Гормональная детерминированность психопатологических реакций у гинекологических больных / И.В. Чернышова // Пермский медицинский журнал. – 2012. Т. XXIX, №6. – С. 121–127.

5. Patel, A. Application of mindfulness-based psychological interventions in infertility / A. Patel, P. Sharma, P. Kumar // Journal of Human Reproductive Sciences. – 2020, - V. 13. – P. 3-21.

6. Covington, S. Fertility Counseling: Clinical Guide and Case Studies / Edited by S. Covington. – Cambridge: Cambridge University Press, 2015. – P. 324.

7. Boivin, J. Development and preliminary validation of the fertility quality of life (FertiQoL) tool. / J. Boivin, J. Takefman, A. Braverman // *Human Reproduction*. – 2011. V. 26, №8. – P. 2084-2091.

8. Domar, A. The Mind/Body Program for Infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility / A. Domar, M. Seibel, H. Benson // *Fertility and Sterility*. – 1990. – V. 53, №2. – P. 246–249.

9. Frederiksen, Y. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis / Y. Frederiksen [et al.] // *BMJ Open*. – 2015. – V. 5, №1: e006592.
10. S. Gameiro, S.ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for fertility staff / S. Gameiro [et al.] // *Human Reproduction*. – 2015. – V. 30, №11. - P. 2476-2485.
11. Facchinetti, F. Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction / F. Facchinetti, M. Tarabusi, A. Volpe // *Psychoneuroendocrinology*. – 2004. – V. 29, №2. – P. 162–173.
12. Galhardo, A. Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study / A. Galhardo, M. Cunha, J. Pinto-Gouveia // *Fertility and Sterility*. – 2013. – V. 100, №4. – P. 1059-1067.
13. Boivin, J. Guidelines for counselling in infertility / J. Boivin [et al.] // *The European Society of Human Reproduction and Embryology*. – 2001.
14. Boivin, J. Guidelines for counselling in infertility: Outline version / J. Boivin [et al.] // *Human Reproduction*. – 2001. – V. 16, №6. – P. 1301–1304.
15. Palomba, S. Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility / S. Palomba [et al.] // *Reproductive Biology and Endocrinology*. – 2018. – V. 16, №1. – Article №113.
16. Ilacqua, A. Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on male fertility / A. Ilacqua [et al.] // *Reproductive Biology and Endocrinology*. – 2018. – V. 16, №1. – Article №115.
17. Nery, S. Mindfulness-based program for stress reduction in infertile women: Randomized controlled trial / S. Nery [et al.] // *Stress and Health*. – 2019. – V. 35, №1. – P. 49–58.
18. Mosalanejad, L. Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy / L. Mosalanejad, A. Koolae, S. Jamali // *Iranian Journal of Reproductive Medicine*. - 2012. - V. 10, №5. - P. 483-488.
19. Chen, T.-H. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic / T.-H. Chen [et al.] // *Human Reproduction*. - 2004. – V. 19, №10. P. 2313-2318.
20. Mahbobeh, F. The Effect of The Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy on Infertility Stress: A Randomized Controlled Trial /

F. Mahbobeh [et al.] // International Journal of Fertility and Sterility. – 2013. – V. 7, №3. – P. 199–206.

21. Rooney, K. The relationship between stress and infertility / K. Rooney, A. Domar // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2018. – V. 20, №1. P. 41–47.

22. Ockhuijsen, H. Validation study of the SCREENIVF: An instrument to screen women or men on risk for emotional maladjustment before the start of a fertility treatment / H. Ockhuijsen [et al.] // Fertility and sterility. – 2017. – V. 107, №6. – P. 1370–1379.

УДК 159.9

**ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-СОДЕРЖАТЕЛЬНЫХ
ХАРАКТЕРИСТИК САМОСОЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ В ХОДЕ
ОБУЧЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**DYNAMICS OF STRUCTURAL AND CONTENT
CHARACTERISTICS OF SELF-AWARENESS OF STUDENTS
IN THE COURSE OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY**

*Д. Г. Дьяков,
кандидат психологических наук, доцент,
Институт психологии БГПУ (Минск, Беларусь)*

*В. В. Гаврилова,
магистрант Института психологии
БГПУ (Минск, Беларусь)*

*D. G. Dyakov,
PhD in Psychology, associate Professor
The Institute of Psychology of BSPU (Minsk, Belarus)*

*V. V. Gavrilova,
Master's student at the Institute
of Psychology BSPU (Minsk, Belarus)*

Аннотация. В статье представлены результаты изучения динамики структурно-содержательных компонентов самосознания у студентов в ходе обучения эмпирически обоснованному методу оказания психологической помощи – когнитивно-поведенческой