Когнитивная модель

Ситуация, мысль, эмоция, тело и поведение: как это связано, что считается мыслью и почему до сих пор спорят, как работает КПТ

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

17 глав ~36 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

Доказано исследованиями **Клинический консенсус** **Со слов автора**
Трактовка / спорно **Документальный факт** **Не проверено**

Коротко: главное

- **Реакцию запускает не само событие, а то, как мы его поняли.** Это центральное положение когнитивной модели Аарона Бека. Одно и то же сообщение от руководителя у одного человека вызывает тревогу, у другого интерес, у третьего раздражение.
- **Мысль, эмоция, тело и поведение — четыре разные вещи.** Мысль — это оценка или толкование («он мной недоволен»), эмоция обычно называется одним словом («тревога»), тело — ощущения («сжалось в груди»), поведение — то, что человек сделал. Фраза «я чувствую, что я неудачница» — это мысль, а не чувство.
- **Под быстрой мыслью лежат два уровня убеждений.** Посередине — правила и допущения «если — то», которые человек редко произносит вслух. В основании — короткие абсолютные убеждения о себе вроде «я некомпетентная» или «меня невозможно любить».
- **Убеждения могут «спать».** У людей, вылечившихся от депрессии, важнее всего оказалось не то, как они думают в хороший день, а насколько резко мышление портится от лёгкой грусти: у тех, у кого оно портилось сильно, депрессия за 18 месяцев вернулась у 69%, у тех, у кого почти не менялось, — у 30%.
- **Модель хорошо описывает, как устроена реакция,** и частично объясняет, почему одни люди уязвимее других. Гипотеза о том, что у каждого расстройства своё содержание мыслей, подтвердилась лишь наполовину.
- **То, что КПТ работает именно потому, что меняет мысли, не доказано.** Мышление меняется при любом успешном лечении депрессии. Поведенческая часть терапии в одном из ключевых испытаний справилась не хуже полной когнитивной терапии.

Обзор 35 исследований механизмов не нашёл ни одного, которое отвечало бы всем критериям доказательства.

- **Но и обратное не доказано.** Вывод «мысли менять не нужно» из этих данных не следует: поведение тоже меняет мысли, а после окончания когнитивной терапии депрессия возвращалась реже, чем после отмены лекарств.

Хронология

Как развивалась когнитивная модель и её проверка: от первых клинических наблюдений до исследований механизмов. Подробности — в главах ниже.

1963
Статья Бека «Мышление и депрессия»: особое содержание мыслей и искажения у пациентов с депрессией
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1964–1967
Бек описывает схемы как основу депрессивного мышления
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1979
«Когнитивная терапия депрессии» Бека, Раша, Шоу и Эмери; здесь впервые упомянута техника «стрелка вниз»
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1980
Дэвид Бёрнс развивает «стрелку вниз» в книге «Feeling Good»
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1990
ДеРубейс и соавторы: изменения в мышлении на середине когнитивной терапии предсказывают дальнейшее улучшение
ДАННЫЕ

1996
Джекобсон и соавторы: полная когнитивная терапия не лучше своей поведенческой части
ДАННЫЕ

1999 Танг и ДеРубейс описывают «внезапные улучшения» в терапии

ДАННЫЕ

2001 Метаанализ Бек и Перкинс: «у каждого расстройства свои мысли» подтверждается лишь частично

ДАННЫЕ

2004 Стивен Хейс пишет о «третьей волне»: менять не содержание мыслей, а отношение к ним

ТРЕТЬЯ ВОЛНА

2005 Холлон и соавторы: после окончания когнитивной терапии депрессия возвращается реже, чем после отмены лекарств

ДАННЫЕ

2006 Сегал и соавторы: то, как мышление реагирует на лёгкую грусть, предсказывает возврат депрессии

ДАННЫЕ

2014 Бек и Хей предлагают «общую когнитивную модель» для всех расстройств

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

2016 Обзор Лемменс и соавторов: ни одно из 35 исследований механизмов не отвечает всем критериям

ДАННЫЕ

2018 Осмо и соавторы: три категории глубинных убеждений на проверке раскладываются на четыре

ДАННЫЕ

Как читать: метки надёжности

У каждого факта здесь есть метка: она показывает, насколько твёрдо на нём можно стоять.

Это открытый конспект о когнитивной модели, второй в серии о КПТ (когнитивно-поведенческой терапии); его можно читать отдельно. Метка стоит в скобках первой, за ней источник. **Доказано исследованиями** — рандомизированные испытания (участников по жребию делят на группы и сравнивают результат) или метаанализы (сводки многих испытаний). **Клинический консенсус** — клинические рекомендации и общепринятая практика. **Со слов автора** — так считает создатель подхода или его институт; это теория, а не проверенный факт. **Трактовка** — прочтение данных, о котором спорят. **Документальный факт** — даты, публикации. **Не проверено** — первоисточник открыть не удалось. Если источники расходятся, приводятся обе версии.

> **Важно** Это просвещение, а не терапия и не диагностика. Техники описаны так, как их применяют в терапии, а не как инструкция для самостоятельной работы. В тексте упоминаются мысли о том, что жить не стоит. Если вам нужна поддержка прямо сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Между событием и чувством: модель в одной схеме

Главная идея когнитивной модели помещается в одну строку: между тем, что произошло, и тем, что мы почувствовали, есть толкование.

Представьте пятницу, без двадцати четыре. Руководитель пишет в рабочий мессенджер: «Анна, зайдите ко мне в 17:00». Больше в сообщении ничего нет.

Анна — собирательный персонаж, имя условное. Но такое сообщение получал почти каждый, кто работал в офисе. Что первым пришло бы в голову вам?

Одна ситуация, три вечера

Вот три возможные реакции на одно и то же сообщение:

Первая мысль	Эмоция	Что человек делает
«Я что-то сделала не так»	тревога, стыд	перечитывает отчёты за неделю, не может работать
«Наконец-то обсудим мой проект»	интерес, лёгкое волнение	набрасывает пару тезисов
«Опять в пятницу вечером, серьёзно?»	раздражение	пишет подруге, что задержится

Ситуация одна, вечера разные. Разницу создаёт не сообщение, а то, как его прочитали. Это и есть когнитивная модель: эмоции, телесные реакции и поведение зависят не столько от самой ситуации, сколько от её интерпретации, то есть толкования **со слов автора; Beck & Haigh, 2014**.

Четыре звена реакции

В КПТ реакцию раскладывают на части:

1. **Ситуация.** Внешнее событие (сообщение, разговор), а иногда внутреннее: телесное ощущение, воспоминание или даже другая мысль.
2. **Автоматическая мысль.** Быстрая оценка, которая возникает сама: «Я что-то сделала не так».
3. **Реакция,** у которой три стороны: **эмоция** (тревога), **тело** (сжатие в груди, холодные руки, трудно сосредоточиться) и **поведение** (перепроверить отчёты, написать коллеге «ты не знаешь, что случилось?»).
4. **Последствия.** Поведение влияет на то, что происходит дальше, и может подкреплять исходное толкование. К этому вернёмся в главе о теле и поведении.

Психологи, работающие в КПТ, помогают человеку различать мысли, чувства и поведение **клинический консенсус; Beck & Haigh, 2014, с. 16**. Почему это различение так важно, видно в следующей главе.

Это не про вину

Сразу важная оговорка. Модель не говорит «вы сами виноваты в своей тревоге». У Анны мог быть опыт, когда такие вызовы заканчивались увольнением, и тогда её мысль не взялась из ниоткуда. Бек в поздней работе прямо описывает вклад генетики, раннего опыта и стресса в уязвимость **со слов автора; Beck & Haigh, 2014**. Толкование — это не причина для вины, а место, где можно что-то изменить.

Миф и как на самом деле **Миф:** по КПТ, мысли создают чувства, значит, человек сам виноват в своей депрессии. **Как на самом деле:** модель включает биологическую предрасположенность, ранний опыт и реальный стресс **со слов автора; Beck & Haigh, 2014**. Толкование — точка, с которой удобно начинать работу, а не единственная причина.

Что считается мыслью

Первый навык в КПТ — отличить мысль от эмоции. Это сложнее, чем кажется: в обычной речи мы постоянно их смешиваем.

Автоматические мысли

Автоматическая мысль — это быстрая оценка ситуации, которая возникает сама, без намерения, и воспринимается как правда, а не как мнение. В КПТ это обычно первая мишень работы **клинический консенсус; Wenzel, 2012**. Венцель описывает автоматические мысли как мысли, привязанные к конкретной ситуации и связанные с ухудшением настроения **клинический консенсус; Wenzel, 2012**.

Их признаки:

- **Быстрые.** Мысль проносится за долю секунды, часто параллельно с тем, что человек говорит или делает.
- **Конкретные.** Они о данной ситуации: «Я не справлюсь с этим отчётом», а не «Я вообще ни на что не годна».
- **Правдоподобные.** В момент реакции они не ощущаются как гипотеза. Кажется, что так и есть.
- **Связаны с эмоцией.** Чем сильнее эмоция, тем вероятнее, что за ней стоит «горячая» мысль.

Бек и Хей описывают автоматическую мысль как производную более глубокого убеждения в конкретной ситуации. Их пример: юрист с депрессией и убеждением «Я некомпетентен» на просьбу перезвонить клиенту думает «Я не смогу» **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 6**.

Слово «автоматическая» здесь значит «возникает сама». В той же статье Бек и Хей говорят и об «автоматической системе обработки» — быстрой, экономной и склонной к ошибкам, в отличие от медленной рефлексивной **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 4**. Это родственные, но не одинаковые понятия, и путать их не стоит **трактовка**.

Мысль или эмоция: простой тест

В повседневной речи слово «чувствую» часто стоит перед мыслью. «Я чувствую, что он меня не уважает». «Я чувствую, что я неудачница». Грамматически это чувство, по сути — оценка: её можно проверить фактами, с ней можно согласиться или нет.

Рабочее правило, которым пользуются в психообразовании: эмоцию обычно можно назвать одним словом (тревога, грусть, стыд, злость, радость), а мысль — это утверждение, у которого есть содержание **трактовка; общепринятая практика КПТ, по Beck & Haigh, 2014, с. 16**.

Фраза	Что это	Почему
«Мне тревожно»	эмоция	называется одним словом
«Я чувствую, что всё испорчу»	мысль	это прогноз, его можно проверить
«У меня колотится сердце»	телесное ощущение	это про тело, а не про оценку
«Я чувствую себя неудачницей»	мысль (и, вероятно, за ней — грусть или стыд)	«неудачница» — это оценка себя
«Я ушла с вечеринки раньше»	поведение	это действие
«Наверное, им со мной скучно»	мысль	толкование чужого поведения

Пример **Как это звучит на сессии.** Человек говорит: «Я чувствую, что меня на работе никто не ценит». Терапевт уточняет: «Это важная мысль, давайте её запишем. А какое чувство за ней стоит — обида, грусть, злость? И насколько сильное, от 0 до 100?» Собирательный пример.

Мысль бывает не только словами

Мысль не всегда звучит фразой. Иногда это мелькнувшая картинка: например, как руководитель хмурится, читая отчёт. В КПТ для поиска мыслей используют и воображение: человека просят мысленно вернуться в ситуацию. Бек и Хей отмечают, что образы помогают распознавать мысли **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 16**. Бек показывал

на семинарах, как выявлять автоматические мысли с помощью воображения и ролевых игр прямо на сессии **документальный факт; Beck Institute, 2021**.

Поэтому стандартный вопрос терапевта звучит не «что вы подумали?», а шире: «Что пронеслось у вас в голове в этот момент?» Так в ответ попадают и слова, и образы.

Какие мысли важны

Не каждая мысль требует внимания. В записи семинара Бек разделяет мысли, нагруженные эмоцией, и мысли, которые мешают достигать целей **документальный факт; Beck Institute, 2021**. Первые — «горячие»: «Я что-то сделала не так» при тревоге на 80 из 100. Вторые могут быть почти спокойными, но тормозят дело: «Начну, когда будет настроение». И с теми, и с другими работают; «холодную» мысль вроде «надо купить молоко» разбирать незачем.

Частые ошибки при разборе

Начинающие специалисты и сами клиенты часто делают одно и то же **клинический консенсус; не проверено по отдельному первоисточнику**:

- путают мысль и эмоцию («Я чувствую, что я неудачница» записывают в графу «эмоция»);
- берут абстрактную ситуацию («вообще на работе») вместо одного конкретного эпизода;
- сразу начинают спорить с мыслью, хотя человек ещё не почувствовал, что его поняли;
- преподносят модель как «вы сами создаёте свои чувства», и у человека появляется стыд.

Три этажа под одной мыслью

Почему у Анны возникла именно эта мысль, а не «наконец-то обсудим проект»? По модели, ответ лежит глубже — в убеждениях, которые она, возможно, никогда не произносила вслух.

Модель описывает познание как несколько уровней. Удобно представить дом: сверху — комнаты, где происходят ситуации, ниже — этаж правил, ещё ниже — подвал.

Верхний этаж: автоматические мысли

О них была предыдущая глава. Это то, что человек может заметить и записать: «Я что-то сделала не так».

Средний этаж: промежуточные убеждения

Промежуточные убеждения — это правила, установки и допущения, которые задают, как человеку жить. Термин ввела Джудит Бек, психолог, дочь Аарона Бека и автор широко используемого учебника по КПТ **документальный факт; Wenzel, 2012**. Чаще всего такие убеждения не проговариваются **клинический консенсус; Wenzel, 2012**. Они бывают трёх видов:

- **Правило** — требование к себе или другим: «Я должна делать всё безупречно».
- **Установка** — оценочное отношение: «Ошибаться — недопустимо».
- **Допущение** — условная связь «если — то»: «Если я ошибусь, все поймут, какая я на самом деле».

У допущений часто есть позитивная и негативная стороны. Венцель приводит пример студента: «Если я получаю только пятёрки, я успешен» и «Если я получаю что-то ниже пятёрки, я неудачник» **клинический консенсус; Wenzel, 2012; в оригинале речь об оценках A**. Такие правила часто жёсткие и задают невыполнимую планку.

С промежуточными убеждениями связаны **компенсаторные стратегии** — привычное поведение, которое помогает «не встретиться» с болезненным глубинным убеждением: перфекционизм, избегание, угождение, гиперконтроль **со слов автора; J. S. Beck, 2020 — книга открыта только по оглавлению, не проверено**.

Подвал: глубинные убеждения

Глубинные убеждения (core beliefs) — «фундаментальные, негибкие, абсолютные и генерализованные» убеждения о себе, других, мире или будущем **клинический консенсус; Wenzel, 2012, со ссылкой на J. S. Beck, 2011**. Звучат они коротко: «Я некомпетентная», «Меня невозможно любить», «Люди опасны».

Джудит Бек объединяет негативные убеждения о себе в три большие группы **со слов автора; по Osmo et al., 2018**:

Категория	Как может звучать
Беспомощность	«Я слабая», «Я не справляюсь», «Я в ловушке», «Я хуже других»
Нелюбимость	«Я нежеланная», «Меня отвергнут», «Со мной что-то не так, раз меня не любят»
Никчёмность	«Я плохая», «Я ничего не стою»

Формулировки в таблице — иллюстрации, а не пункты опросника.

Факт **Три категории оказались четырьмя.** В 2018 году бразильские исследователи разработали опросник негативных глубинных убеждений и проверили его на 1083 взрослых. Три категории Дж. Бек в чистом виде не подтвердились: беспомощность распалась на две части — «беспомощность/неполноценность» («я хуже других») и «беспомощность/уязвимость» («я не могу себя защитить»). Вместе с нелюбимостью и никчёмностью получилось четыре группы убеждений о себе плюс отдельная группа убеждений о других людях **доказано исследованиями; Osmo et al., 2018**. Это одно исследование на неклинической выборке, поэтому вывод осторожный: категории — удобная рабочая схема, а не закон природы.

Описание этих категорий разнится и у самих авторов КПТ. Венцель называет темы любимости, адекватности (компетентности) и беспомощности **клинический консенсус; Wenzel, 2012**. Бек и Хей для депрессии перечисляют убеждения «никчёмный, нелюбимый, некомпетентный или беспомощный» **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 13**.

Миф и как на самом деле **Миф:** у каждого человека есть один из трёх «типов»: нелюбимый, беспомощный или никчёмный. **Как на самом деле:** это рабочие категории для концептуализации случая, а не типы личности и не диагнозы. У одного человека может быть несколько глубинных убеждений, а проверка на данных дала не три категории, а четыре **доказано исследованиями; Osmo et al., 2018**.

Ещё глубже: схемы

Схема — устойчивая внутренняя структура, которая упорядочивает информацию: от неё зависит и то, во что человек верит, и то, что он вообще замечает. Глубинное убеждение — это содержание схемы **клинический консенсус; Wenzel, 2012**. Схема работает как фильтр: человек со схемой неполноценности заметит одну ошибку в отчёте и пропустит десять похвал. Отобранные так «доказательства» ещё больше укрепляют убеждение **клинический консенсус; Wenzel, 2012**.

Бек и Хей описывают у схем несколько свойств, в том числе плотность и «заряд»: схема, которую часто активировали, становится плотнее, а сильно заряженную легко включить **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 6**.

Важная деталь: по их модели, при утяжелении расстройства условные убеждения превращаются в безусловные. «Если я не справляюсь, значит, я беспомощен» становится просто «Я беспомощен» **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 7**.

«Схемы» в когнитивной терапии Бека и «ранние дезадаптивные схемы» в схема-терапии Джеффри Янга — не одно и то же; о схема-терапии пойдёт речь в выпуске 12.

Одна мысль на всех уровнях: пример Анны

Как выглядит «многоэтажка» целиком на одном собирательном примере и как до неё добираются в терапии.

«Стрелка вниз»

Чтобы от автоматической мысли добраться до убеждений, в КПТ используют технику **«стрелка вниз»** (downward arrow). Впервые её упоминают Бек, Раш, Шоу и Эмери в 1979 году, а развил её Дэвид Бёрнс в 1980-м **документальный факт; Wenzel, 2012**. Принцип такой: терапевт не спорит с мыслью, а на время принимает её и спрашивает о её значении — снова и снова, пока не останется ничего глубже **клинический консенсус; Wenzel, 2012**.

Вот как это могло бы выглядеть у Анны (собирательный пример):

1. «Я что-то сделала не так» — *автоматическая мысль*. Терапевт: «Допустим, это так. Что это значит для вас?»
2. «Меня будут отчитывать, и он увидит, что я не справляюсь». «А если увидит, что тогда?»
3. «Если я ошибаюсь, значит, я плохо работаю» — *допущение*. «А что это говорит о вас?»
4. «Если люди увидят мои ошибки, они поймут, какая я на самом деле» — *допущение*. «И какая вы на самом деле — по этой мысли?»
5. «Я некомпетентная. Я не тяну» — *глубинное убеждение* (категория: беспомощность).

На этом месте часто наступает пауза. Признаки того, что дошли до глубинного уровня: формулировка короткая, абсолютная и о себе; следующий вопрос «что это значит?» уже не даёт нового смысла; заметно усиливается эмоция; человек узнаёт убеждение как давнее **клинический консенсус; Wenzel, 2012; Manhattan CBT**.

Вся «многоэтажка»

Уровень	У Анны
Ситуация	«Зайдите ко мне в 17:00»
Автоматическая мысль	«Я что-то сделала не так» → тревога 80 из 100, сжатие в груди, перепроверка отчётов
Компенсаторные стратегии	перепроверяет работу по три раза, не просит помощи, берёт лишнее, остаётся допоздна
Промежуточные убеждения	правило «Я должна делать всё безупречно»; установка «Ошибаться — недопустимо»; допущения «Если я ошибусь, все поймут, какая я на самом деле» и «Если я работаю больше всех, меня не раскроют»
Глубинное убеждение	«Я некомпетентная»

Та же ситуация — другие подвалы

Одни и те же слова руководителя у разных людей задевают разное (собирательные примеры):

Человек	Цепочка мыслей	Куда приводит «стрелка вниз»	Категория
Анна	«Я что-то сделала не так»	«Я некомпетентная»	беспомощность
Марина	«Он на меня злится» → «Он меня больше не ценит» → «Меня рано или поздно все бросают»	«Меня невозможно любить»	нелюбимость
Олег	«Я подвёл команду» → «Из-за меня у всех проблемы» → «Я только мешаю»	«Я плохой, я ничего не стою»	никчёмность

Почему это делают с терапевтом

«Стрелку вниз» не применяют на первой встрече. К работе с глубинными убеждениями обычно переходят, когда уже есть доверие (терапевтический альянс) и человек освоил работу с автоматическими мыслями **клинический консенсус; Wenzel, 2012; Manhattan CBT**. Причины практические:

- внимание к глубинным убеждениям на сессии может усиливать негативные чувства, а между сессиями возможен временный рост симптомов, поэтому нужен план, что делать, если станет тяжелее **клинический консенсус; Wenzel, 2012**;
- глубинные убеждения «почти никогда» не меняются за одну сессию **клинический консенсус; Wenzel, 2012**;
- наводящие вопросы терапевта («то есть вы считаете себя неудачницей?») легко подменяют формулировку клиента чужой **клинический консенсус; Manhattan CBT**.

> **Важно** Спускаться до «подвала» в одиночку не стоит: можно остаться наедине с фразой «я никчёмная» без поддержки. Если, разбираясь в своих мыслях, вы замечаете безнадёжность или мысли о том, что жить не стоит, это повод обратиться за помощью сразу; см. раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Что делают с найденным убеждением

Подробно — в выпусках 5 и 6. Коротко, Венцель описывает больше десяти способов **клинический консенсус; Wenzel, 2012**. Среди них:

- **Когнитивный континуум.** Шкала от 0 до 100 между «совсем некомпетентный» и «полностью компетентный». На ней размещают реальных людей и факты, и глобальное «я некомпетентная» превращается в вопрос степени.
- **Дневник позитивных данных.** Каждый день записывают факты в пользу нового, более точного убеждения («Я справляюсь с большинством задач и иногда ошибаюсь, как все»).
- **Поведенческий эксперимент.** Из правила выводят предсказание («если я попрошу коллегу проверить текст, она решит, что я не тяну») и проверяют его в жизни.
- **Исторический тест.** Проходят по периодам жизни и собирают, что подтверждало убеждение, а что ему противоречило.

Честная оговорка: данных о том, добавляет ли работа с глубинными убеждениями эффект сверх работы с автоматическими мыслями и поведением, почти нет **клинический консенсус; Wenzel, 2012**. Гипотеза Венцель — такая работа закрепляет результат и защищает от рецидива — пока остаётся гипотезой **трактовка; Wenzel, 2012**.

Тело и поведение: как реакция поддерживает убеждение

Реакция не заканчивается на эмоции. То, что человек делает дальше, может незаметно сохранять убеждение, из которого она выросла.

Защитное поведение

Когда страшно, хочется что-то сделать, чтобы стало легче: перепроверить, избежать, попросить заверений («скажи, что всё нормально»), отвлечься. Бек и Хей называют это защитным поведением (safety behaviors): оно на время снижает дистресс, но со временем поддерживает расстройство **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 9**. Механизм простой: если всё обошлось, человек приписывает это защите, а не тому, что опасности не было. Убеждение так и остаётся непроверенным.

Порочный круг Анны

Компенсаторные стратегии Анны работают: её хвалят за надёжность. Но у них есть цена — усталость. И каждый раз, когда «пронесло», мозг засчитывает это не как «я компетентна», а как «хорошо, что я перепроверила» **трактовка; та же логика, что у защитного поведения по Beck & Haigh, 2014**. Так поведение подкрепляет допущение «если я работаю больше всех, меня не раскроют», а оно, в свою очередь, охраняет «я некомпетентная».

Тело

Телесная сторона реакции — не просто фон. При панике, по модели, именно телесное ощущение становится ситуацией, которую толкуют катастрофически: «сердце колотится — значит, инфаркт» **клинический консенсус; не проверено в этом конспекте, подробно — в выпуске 8**. Тогда ощущение усиливает страх, а страх усиливает ощущение. Подробнее о тревоге и панике — в выпуске 8.

Поэтому в КПТ меняют не только мысли, но и поведение: отказ от защитного поведения и поведенческие эксперименты дают возможность проверить убеждение на опыте **со слов автора; Beck & Haigh, 2014**.

Я, мир, будущее — и разные расстройства

Бек предположил, что мысли при разных расстройствах различаются по содержанию. Данные подтвердили это лишь частично.

Когнитивная триада

Одна из самых известных идей Бека — **когнитивная триада** депрессии: негативный взгляд на себя («Я неудачник»), на мир и свой опыт («Всем на меня плевать») и на будущее («Так будет всегда») (документальный факт; Beck, 1967 — по изложению The Open University, курс OpenLearn «Exploring depression», разд. 3.3; книги Бека не открывались). Третья часть, безнадёжность, отдельно изучается как фактор риска.

Гипотеза специфичности содержания

Бек пошёл дальше и предположил, что у каждого расстройства свой «сценарий» мыслей **со слов автора; Beck & Haigh, 2014**:

- депрессия — потеря, неудача, никчёмность, самообвинение;
- тревога — угроза, опасность, «я не справлюсь»;
- паника — катастрофическое толкование телесных ощущений (документальный факт: так панику описывает когнитивная модель Д. Кларка; Clark, 1986, *Behaviour Research and Therapy, 24*(4), 461–470; подробно — в выпуске 8);
- ОКР — условные убеждения о заражении или ответственности, например «Если я дотронусь до незнакомого предмета, я могу заразиться»; по мере утяжеления оно становится безусловным «Я заражён» **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 7**.

Что показала проверка

В 2001 году Р. Бек и Т. Перкинс объединили 13 исследований. Депрессивное содержание мыслей оказалось сильнее связано с депрессией, чем с тревогой, — то есть в какой-то мере специфично. А тревожное содержание было связано и с тревогой, и с депрессией. Кроме того, разные меры содержания мыслей сильно коррелировали между собой. Вывод авторов: результаты «в целом не согласуются» с гипотезой специфичности содержания **доказано исследованиями; Beck & Perkins, 2001**. Р. Бек, автор метаанализа, — не Аарон Бек.

Это неудивительно, если вспомнить, как часто тревога и депрессия идут вместе. В 2014 году Аарон Бек и Э. Хей предложили компромисс — **общую когнитивную модель**: процессы у разных расстройств общие (внимание, толкование, память, защитное поведение), а различается содержание убеждений **со слов автора; Beck & Haigh, 2014**. Там же они описывают расстройства как преувеличение нормального приспособления: разница между нормой и расстройством, по их словам, «в основном количественная» **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 3**. Склонность замечать плохое, по их версии, эволюционно полезна, потому что ловит реальную опасность, хотя и «ценой множества ложных тревог» **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 4**.

Миф и как на самом деле **Миф:** если в голове негативные мысли, это депрессия. **Как на самом деле:** негативные автоматические мысли бывают у всех. Модель

описывает непрерывный ряд от нормы к расстройству, а не два разных мира **со слов автора; Beck & Haigh, 2014**.

Почему убеждения спят, а потом просыпаются

Если у человека есть убеждение «меня невозможно любить», почему у него не всё время плохое настроение? Ответ когнитивной теории — убеждения бывают латентными.

Предрасположенность плюс нагрузка

Модель «диатез — стресс» объясняет расстройство сочетанием предрасположенности (диатеза) и стресса. В когнитивной теории предрасположенность — это дремлющие дисфункциональные убеждения и схемы, которые просыпаются от подходящего события: разрыв отношений может разбудить «меня невозможно любить», провал на работе — «я некомпетентная» **со слов автора; Beck & Haigh, 2014; примеры наши**. По Беку и Хей, даже когда симптомы ушли, убеждение может оставаться латентным и снова активироваться, если само оно существенно не изменилось **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 20**.

Эксперимент с грустной музыкой

Самое наглядное исследование этой идеи провели в 2006 году Зиндел Сегал и коллеги **доказано исследованиями; Segal et al., 2006**:

1. 301 пациента с большим депрессивным расстройством по жребию распределили на лечение антидепрессантами (152 человека) или КПТ (149).
2. Из тех, кто достиг ремиссии, 99 человек (40 после лекарств и 59 после КПТ) прошли «наведение грусти»: десять минут слушали через наушники фрагмент из «Александра Невского» Прокофьева, проигранный на половинной скорости, и вспоминали время, когда им было грустно.
3. До и после этого измеряли дисфункциональные установки — по Шкале дисфункциональных установок (DAS) — опроснику о жёстких правилах и установках.
4. Затем 18 месяцев наблюдали, у кого вернётся депрессия.

Результаты:

- После антидепрессантов установки от грусти заметно ухудшались, после КПТ — нет.
- Чем сильнее мышление «проседало» от грусти, тем выше был риск рецидива — возврата депрессии.
- Среди тех, у кого установки после грусти заметно ухудшились, депрессия вернулась у 69%. Среди тех, у кого они почти не изменились, — у 30%.

- При этом общая частота рецидивов после КПТ (39%) и после лекарств (47,5%) значимо не различалась.

Смысл в том, что после выздоровления важнее не то, как человек думает в хороший день, а насколько быстро его мышление портится от обычной грусти. Это называют **когнитивной реактивностью**. Ограничение: выборка небольшая — 99 человек **документальный факт; Segal et al., 2006**.

На идеях о когнитивной реактивности во многом построена когнитивная терапия на основе осознанности (MBCT) — о ней в выпуске 13. Британские клинические рекомендации NICE предлагают групповую КПТ или MBCT для профилактики рецидива депрессии **клинический консенсус; NICE NG222, 2022, по Kendrick et al., 2022**.

> **Важно** Данные по механизмам в этом и следующем разделе получены почти только на депрессии. Для тревожных расстройств, ОКР и ПТСР картина своя, и переносить выводы напрямую нельзя.

Работает ли КПТ потому, что меняет мысли?

Логика кажется железной: мысли вызывают чувства, значит, терапия работает, потому что меняет мысли. Проверка заняла больше тридцати лет и дала ответ сложнее, чем «да».

Сначала три понятия. **Механизм изменения** — причина, по которой лечение помогает. **Медиатор** — то, через что лечение влияет на результат: например, изменение установок. Чтобы считать что-то механизмом, методологи требуют много условий: сильную и специфическую связь, повторяемость результатов, изменение медиатора раньше симптомов, связь «больше изменения — больше эффект» и, в идеале, эксперимент, в котором медиатор меняют намеренно **клинический консенсус; Kazdin, 2007, по Lemmens et al., 2016**.

Свидетельство «за»: мышление меняется, и это связано с улучшением

В исследовании ДеРубейса и коллег 1990 года 64 пациента с депрессией получали либо когнитивную терапию, либо только лекарства. В группе когнитивной терапии изменения к середине лечения по трём шкалам (атрибутивный стиль, дисфункциональные установки, безнадёжность) предсказывали дальнейшее снижение депрессии, а в группе лекарств — нет. Авторы заключили, что когнитивные изменения играют посредническую роль, но данные не позволяют считать их «достаточными» медиаторами **доказано исследованиями; DeRubeis et al., 1990**.

Разобрать терапию на части

В 1996 году группа Нила Джекобсона провела **исследование компонентов** — сравнение полной терапии с её частями **доказано исследованиями; Jacobson et al., 1996**. 150 амбулаторных пациентов с большой депрессией по жребию получали одно из трёх:

1. **Поведенческую активацию** — возвращение к делам, которые приносят удовольствие и чувство смысла, без прямой работы с мыслями;
2. поведенческую активацию плюс работу с автоматическими мыслями;
3. полную когнитивную терапию, включая работу с глубинными убеждениями.

Полная версия не дала лучших результатов ни сразу после лечения, ни через 6 месяцев. Более того, поведенческая активация и вариант с автоматическими мыслями меняли негативное мышление и атрибутивный стиль так же, как полная когнитивная терапия **доказано исследованиями; Jacobson et al., 1996**. Через два года у 137 участников полная терапия не лучше своих частей защищала и от рецидивов **доказано исследованиями; Gortner et al., 1998**. Всю терапию вели четыре опытных когнитивных терапевта, и, как пишут сами авторы, у исследования была явная предвзятость в пользу полной когнитивной терапии — то есть она работала бы в её пользу **документальный факт; Jacobson et al., 1996, аннотация: «a clear bias favoring CT»**.

Позже результат поддержали другие испытания:

- **Димиджиан и соавторы, 2006:** 241 взрослый с большой депрессией. У пациентов с более тяжёлой депрессией поведенческая активация сработала примерно так же, как антидепрессанты, и обе оказались лучше когнитивной терапии **доказано исследованиями; Dimidjian et al., 2006**.
- **COBRA, 2016:** 440 пациентов в Великобритании. Поведенческую активацию проводили младшие специалисты без профессиональной психотерапевтической подготовки, КПТ — психотерапевты. Через 12 месяцев поведенческая активация не уступила КПТ (разница 0,1 балла по шкале депрессии PHQ-9) и обошлась дешевле. Многие участники параллельно принимали антидепрессанты **доказано исследованиями; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017**.
- **Сетевой метаанализ 2021 года** (45 испытаний, 3382 участника): когнитивная реструктуризация, поведенческая активация и их сочетание в КПТ по эффективности при депрессии не различались; все три были лучше обычной помощи и листа ожидания. Данных по «чистой» когнитивной реструктуризации меньше всего **доказано исследованиями; Ciharova et al., 2021**.

Мысли меняются у всех

В 2015 году Кристя и соавторы объединили 26 рандомизированных испытаний (2002 пациента). КПТ умеренно уменьшает дисфункциональное мышление по сравнению с контрольными группами (g = 0,50; g — мера размера эффекта, где 0 значит «нет

эффекта», а 0,5 — средний эффект), и эффект держится при последующем наблюдении (g = 0,46). Но по сравнению с другими психотерапиями значимой разницы нет (g = 0,17), и по сравнению с лекарствами тоже (g = 0,04; всего 4 исследования). Авторы допускают, что дисфункциональные мысли могут быть «ещё одним симптомом», который меняется вместе с лечением **доказано исследованиями; Cristea et al., 2015**.

В канадском исследовании 2008 года 130 пациентов с депрессией получали КПТ, межличностную терапию или лекарства. При сравнении КПТ с межличностной терапией данные подходили к модели, где изменение установок объясняет эффект КПТ. При сравнении КПТ с лекарствами лучше подходила обратная модель: сначала уменьшаются симптомы, а уже потом меняются установки **доказано исследованиями; Quilty et al., 2008 — по аннотации**.

Улучшение приходит скачком

Тони Танг и Роберт ДеРубейс в 1999 году заметили, что улучшение часто идёт не плавно, а рывком. **Внезапное улучшение** — резкое и устойчивое падение симптомов между двумя соседними сессиями: минимум на 7 баллов по шкале депрессии Бека и минимум на 25% **документальный факт; критерии по Norton et al., 2010**. В архивных данных 61 клиента нашли 29 таких скачков у 24 человек. Один скачок в среднем давал 51% всего улучшения за терапию; чаще всего он случался около пятой сессии 16-недельного курса. А на сессии прямо перед скачком у клиентов происходили заметные изменения в мышлении **доказано исследованиями; Tang & DeRubeis, 1999, в изложении Norton et al., 2010**. Для сторонников когнитивной модели это был сильный аргумент.

Поворот случился позже. Метаанализ 2020 года (50 исследований, 6355 участников) показал, что внезапные улучшения предсказывают итог лечения (g = 0,68 сразу после терапии и 0,61 при последующем наблюдении) и встречаются не только в КПТ. Авторы называют их «повсеместным феноменом психотерапии» **доказано исследованиями; Shalom & Aderka, 2020**. Значит, скачки — аргумент за то, что изменение в мышлении может запускать улучшение, но не за то, что этот путь есть только у КПТ **трактовка**.

Что говорят обзоры механизмов

Обзор 2016 года (Лемменс и соавторы) разобрал 35 исследований медиаторов в психотерапии депрессии. Дисфункциональные установки и негативные автоматические мысли как посредники когнитивной терапии оказались значимыми в 4 исследованиях из 7 каждое. Лишь 12 из 35 исследований (34%) измеряли возможный механизм хотя бы три раза за лечение. Ни одно не меняло предполагаемый механизм экспериментально, и ни одно не отвечало всем критериям **доказано исследованиями; Lemmens et al., 2016**. Алан Кэздин ещё в 2007 году приводил когнитивную терапию депрессии как пример: даже для хорошо изученных терапий мы не можем доказательно объяснить, как они работают **трактовка; Kazdin, 2007**.

Спор «нужно ли оспаривать мысли»

В 2007 году Р. Лонгмор и М. Уоррелл вынесли вопрос в название статьи: «Нужно ли оспаривать мысли в когнитивно-поведенческой терапии?» По их выводу, исследования компонентов почти не показывают, что когнитивные техники добавляют эффективности **трактовка; Longmore & Worrell, 2007**. Стефан Хофманн ответил, что одинаковая эффективность поведенческих и когнитивных методов ещё не доказывает, что мысли не важны: поведенческие методы тоже могут менять мысли, просто другим путём **трактовка; Hofmann, 2008**. Лонгмор и Уоррелл возразили, что Хофманн исказил их главный тезис **трактовка; Worrell & Longmore, 2008**. Спор остался открытым.

Бек и Хей держатся своей версии: и поведенческая активация, по их мнению, работает через убеждения, потому что даёт возможность проверить негативные представления о себе и мире **со слов автора; Beck & Haigh, 2014, с. 18**. Критики отвечают, что если любое улучшение объяснять изменением убеждений, модель становится трудно опровергнуть **трактовка; Longmore & Worrell, 2007**. Стивен Хейс предложил другой путь — менять не содержание мысли, а отношение к ней **со слов автора; Hayes, 2004**; об этом выпуск 13.

Аргумент в пользу когнитивной работы: устойчивость

В исследовании Холлона и соавторов 2005 года сравнивали, что происходит после окончания лечения у 104 человек, которые хорошо ответили на него. Депрессия вернулась у 30,8% тех, кто закончил когнитивную терапию, у 76,2% тех, кого после лекарств перевели на плацебо, и у 47,2% тех, кто продолжал принимать лекарства. Разница между КТ и продолжением лекарств статистически не значима. Авторы заключили, что у когнитивной терапии есть эффект, который сохраняется после окончания лечения **доказано исследованиями; Hollon et al., 2005**. Это результат о профилактике рецидива, а не рекомендация отменять лекарства: решение о медикаментах принимают с врачом.

Но и здесь данные спорят: в долгом наблюдении группы Джекобсона полная когнитивная терапия не лучше поведенческой части защищала от рецидивов **доказано исследованиями; Gortner et al., 1998**.

Миф и как на самом деле **Миф:** раз поведенческая активация работает не хуже, мысли не важны. **Как на самом деле:** поведенческая активация меняла негативное мышление так же, как полная когнитивная терапия **доказано исследованиями; Jacobson et al., 1996**. Возможно, мысли меняются через поведение. Равный результат двух методов не опровергает того, что изменение идёт через мысли **трактовка; Hofmann, 2008**.

Что из этого следует: доказано и не доказано

Одна таблица вместо долгих выводов. Почти все данные — о депрессии.

Утверждение	Что известно	Ключевые работы
Толкование связано с эмоцией и поведением	Основа модели и протоколов КПТ; хорошо согласуется с клиническими данными	Beck & Haigh, 2014
У депрессии своё содержание мыслей	Частично подтверждено	Beck & Perkins, 2001
У тревоги своё содержание мыслей	Не подтверждено: тревожное содержание связано и с депрессией	Beck & Perkins, 2001
Реактивность мышления на грусть предсказывает рецидив	Подтверждено в одном испытании с небольшой выборкой	Segal et al., 2006
КПТ меняет дисфункциональное мышление	Подтверждено метаанализом	Cristea et al., 2015
Это изменение есть только при КПТ	Не подтверждено: другие терапии и лекарства меняют мышление сопоставимо	Cristea et al., 2015; Quilty et al., 2008
Изменение мыслей — причина улучшения	Не доказано: данные смешанные, ни одно исследование не отвечает всем критериям	Lemmens et al., 2016; DeRubeis et al., 1990
Когнитивная часть добавляет эффект к поведенческой (депрессия)	Не подтверждено	Jacobson et al., 1996; Dimidjian et al., 2006; Ciharova et al., 2021
Эффект КТ сохраняется после окончания	Подтверждено в испытании; есть и противоречащие данные	Hollon et al., 2005; Gortner et al., 1998

Утверждение	Что известно	Ключевые работы
Внезапные улучшения связаны с итогом лечения	Подтверждено метаанализом, во многих видах терапии	Shalom & Aderka, 2020

Самая честная формулировка: утверждение «КПТ работает, потому что меняет мысли» не доказано, но и утверждение «мысли менять не нужно» тоже не доказано. Хорошо показано, что при успешном лечении мышление меняется, и что один из сильных способов изменить убеждение — проверить его на опыте, а не только спорить с ним в голове **трактовка**.

Мифы о когнитивной модели: короткая проверка

Мифы из этого текста и ещё несколько распространённых — в одной таблице.

Миф	Как на самом деле	Метка
КПТ — это позитивное мышление	КПТ ищет точную и полезную мысль, а не приятную; альтернативная мысль может быть неприятной, но реалистичной	**Клинический консенсус**
Вы сами создаёте свои чувства и виноваты в депрессии	Модель включает предрасположенность, ранний опыт и стресс	**Со слов автора (Beck & Haigh, 2014)**
«Я чувствую, что я неудачница» — это чувство	Это мысль, оценка себя; за ней может стоять грусть или стыд	**Трактовка, общепринятая практика КПТ**
Глубинное убеждение можно найти за одно упражнение и «отпустить»	Убеждения почти никогда не меняются за одну сессию; их обсуждение может временно усиливать дистресс	**Клинический консенсус (Wenzel, 2012)**
Людей можно разделить на типы: нелюбимые, беспомощные, никчёмные	Это рабочие категории, а не типы; на данных их четыре, а не три	**Доказано исследованиями (Osmo et al., 2018)**
Доказано, что КПТ работает за счёт изменения мыслей	Не доказано: ни одно исследование механизмов не отвечает всем критериям	**Доказано исследованиями (Lemmens et al., 2016)**
Раз поведенческая активация работает не хуже, мысли не важны	Поведенческая активация тоже меняет мысли; вопрос открыт	**Трактовка (Hofmann, 2008)**
Бек первым придумал, что мысли влияют на чувства	Идея восходит к стоикам, параллельно её развивал Эллис; вклад Бека — эмпирическая программа проверки (см. выпуск 1)	**Трактовка**

Попробуйте: четыре вопроса

Упражнение на одну минуту. Это первый шаг самонаблюдения, а не терапия; оно не заменяет работу со специалистом.

Пример **Одна ситуация, четыре вопроса.** Вспомните момент на этой неделе, когда настроение заметно испортилось. Не самый тяжёлый — просто заметный. Ответьте себе:

1. Что происходило?
2. Что пронеслось в голове — дословно, как вы сказали бы это себе? Может быть, это была картинка?
3. Что вы почувствовали — одним словом — и насколько сильно, от 0 до 100?
4. Что вы сделали дальше?

Не спорьте с мыслью и не копайте глубже. Просто заметьте, что между событием и чувством была мысль.

Именно с этого в КПТ начинается психообразование: терапевт берёт свежую конкретную ситуацию, спрашивает, что пронеслось в голове, уточняет эмоцию и её силу, телесные ощущения и поведение, а потом рисует цепочку вместе с клиентом. Следующие шаги — проверка мыслей фактами, сократический диалог, дневник мыслей — разбираются в выпуске 5, а когнитивные искажения — в выпуске 3.

Важно **Чего не делать.** Не используйте упражнение, чтобы ставить диагнозы себе или другим, и не пытайтесь в одиночку добраться до глубинного убеждения. Если мысли, которые вы находите, тяжёлые и не отпускают, или появляются мысли о том, что жить не стоит, не продолжайте в одиночку и обратитесь за помощью: см. раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Проверьте себя

1. **Чем автоматическая мысль отличается от глубинного убеждения?** Автоматическая мысль конкретная и привязана к ситуации («Я не справлюсь с этим отчётом»); глубинное убеждение абсолютное и общее («Я некомпетентная»).
2. **«Я чувствую, что меня не ценят» — это мысль или эмоция?** Мысль: это оценка, её можно проверить фактами. Эмоцией за ней может быть обида или грусть.
3. **Назовите три вида промежуточных убеждений.** Правило («Я должна…»), установка («Ошибаться — ужасно»), допущение («Если…, то…»).

4. **Что показал эксперимент Сегала с грустной музыкой?** У выздоровевших людей, чьё мышление сильно ухудшалось от лёгкой грусти, депрессия возвращалась чаще: 69% против 30% за 18 месяцев.
5. **Почему исследование Джекобсона 1996 года так важно для спора о механизмах?** Полная когнитивная терапия не превзошла свою поведенческую часть, а поведенческая активация меняла негативное мышление так же, как полная терапия.

Что запомнить

- Между событием и чувством есть толкование; реакция состоит из эмоции, телесных ощущений и поведения.
- Мысль — это утверждение с содержанием, эмоция обычно называется одним словом; мысль может быть и образом.
- Под автоматическими мыслями лежат промежуточные убеждения (правила, установки, допущения) и глубинные убеждения о себе, других и мире.
- Защитное поведение и компенсаторные стратегии приносят облегчение, но не дают проверить убеждение.
- Убеждения могут спать и просыпаться от стресса и даже от лёгкой грусти.
- Мышление меняется при любом успешном лечении депрессии; что именно в КПТ делает её эффективной, пока не доказано.

Источники

1. Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry, 9*, 324–333. (Цитируется по Beck & Haigh, 2014; первоисточник не открывался.)
2. Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. (Не открывалась.)
3. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press. (Не открывалась.)
4. Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 1–24. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734 · PDF
5. Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). Guilford Press. Страница книги
6. Beck Institute (2021). Grossman, H. Automatic thoughts in CBT (Part 2); Ways to elicit automatic thoughts. Блог Beck Institute. Часть 2 · Как выявлять мысли

7. Beck, R., & Perkins, T. S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 651–663. https://doi.org/10.1023/A:1012911104891
8. Ciharova, M., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., et al. (2021). Cognitive restructuring, behavioral activation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of adult depression: A network meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89*(6), 563–574. Аннотация
9. Cristea, I. A., Huibers, M. J. H., David, D., Hollon, S. D., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 42*, 62–71. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.003
10. DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Hollon, S. D., Garvey, M. J., Grove, W. M., & Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(6), 862–869.
11. Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 658–670. Аннотация
12. Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 377–384.
13. Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639–665.
14. Hofmann, S. G. (2008). Common misconceptions about cognitive mediation of treatment change: A commentary to Longmore and Worrell (2007). *Clinical Psychology Review, 28*, 67–70.
15. Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*(4), 417–422.
16. Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295–304. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295
17. Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1–27.
18. Kendrick, T., Pilling, S., Mavranezouli, I., et al. (2022). Management of depression in adults: Summary of updated NICE guidance. *BMJ*. https://doi.org/10.1136/bmj.o1557
19. Lemmens, L. H. J. M., Müller, V. N. L. S., Arntz, A., & Huibers, M. J. H. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research

aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review, 50*, 95–107. PDF

10. Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*(2), 173–187.
11. Manhattan CBT. How to use the downward arrow technique in CBT. https://manhattancbt.com/downward-arrow-technique/ (практический ресурс клиники, не научный источник).
12. Norton, P. J., Klenck, S. C., & Barrera, T. L. (2010). Sudden gains during cognitive behavioral group therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(8), 887–892. Полный текст
13. Osmo, F., Duran, V., Wenzel, A., de Oliveira, I. R., Nepomuceno, S., Madeira, M., & Menezes, I. (2018). The Negative Core Beliefs Inventory (NCBI): Development and psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 32*(1), 67–84. Статья
14. Quilty, L. C., McBride, C., & Bagby, R. M. (2008). Evidence for the cognitive mediational model of cognitive behavioural therapy for depression. *Psychological Medicine, 38*(11). https://doi.org/10.1017/S0033291708003772
15. Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., et al. (2016). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*. Полный отчёт: Richards, D. A., et al. (2017). *Health Technology Assessment, 21*(46). Отчёт
16. Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry, 63*(7), 749–755. PDF
17. Shalom, J. G., & Aderka, I. M. (2020). A meta-analysis of sudden gains in psychotherapy: Outcome and moderators. *Clinical Psychology Review, 76*, 101827. Аннотация
18. Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 894–904.
19. Wenzel, A. (2012). Modification of core beliefs in cognitive therapy. In I. R. de Oliveira (Ed.), *Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy*. InTech. CC BY 3.0. PDF
20. Worrell, M., & Longmore, R. J. (2008). Challenging Hofmann's negative thoughts: A rebuttal. *Clinical Psychology Review, 28*, 71–74.

Если нужна помощь прямо сейчас

Если жизни угрожает опасность, звоните в экстренную службу: 112 в большинстве стран, 911 в США и Канаде, 999 в Великобритании, 000 в Австралии. Линии поддержки по странам — на странице **Помощь**.

Источники изображений

На этой странице нет чужих изображений.