Как КПТ видит случай: концептуализация и структура сессии

Как терапевт КПТ собирает гипотезу о проблеме, как устроены 50 минут сессии и что об этом говорят исследования

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

19 глав ~50 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

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

Коротко: главное

- **Диагноз — это категория, концептуализация — гипотеза.** В КПТ терапевт строит индивидуальное объяснение: почему у этого человека появились именно эти трудности и что их сейчас поддерживает. Это объяснение проверяют и меняют по ходу работы.
- **Случай описывают на трёх уровнях.** Что происходит (мысли, эмоции, тело, поведение, обстоятельства жизни), почему это не проходит (замкнутые круги), откуда это взялось (история, убеждения, правила).
- **Лечат в первую очередь то, что держит проблему сейчас.** Прошлое в КПТ не игнорируют, но первые мишени — петли, которые воспроизводят проблему каждый день.
- **Самый спорный уровень — глубинные убеждения.** Когда 115 специалистов независимо описали один и тот же случай, в описании проблем они сходились хорошо, в глубинных убеждениях — заметно хуже. Достаточно хорошими эксперты признали 44% формулировок.
- **Пользу формулировки для результата пока не доказали.** Обзор 24 исследований (2018): её значение для эффективности КПТ «ещё предстоит показать». В исследовании фобий стандартное лечение было не хуже, а местами лучше индивидуального.

- **Сессия КПТ устроена одинаково:** проверка настроения → мост → повестка → обзор домашнего задания → работа → новое задание → итог и обратная связь. Повестку составляют вместе.
- **Вопросы задают из любопытства, а не чтобы подвести к ответу.** В исследовании депрессии на сессиях, где терапевт задавал больше сократических вопросов, симптомы к следующей встрече снижались сильнее.
- **Отношения важны, но всё сложнее, чем кажется.** Альянс связан с результатом во всех терапиях, а в начале КПТ депрессии отношения скорее крепнут после первых улучшений, чем предсказывают их.
- **КПТ ограничена по времени и заканчивается по плану.** Обычно это 5–15 сессий; в британской государственной службе в среднем около 8 сессий высокой интенсивности. К концу встречи разрежают, вместе составляют план профилактики рецидива, после курса бывают бустерные сессии.

Хронология

Ключевые работы о концептуализации и структуре сессии. Подробности и источники — в главах ниже.

1979 Бек, Раш, Шоу и Эмери, «Когнитивная терапия депрессии»: структурированная, ограниченная по времени терапия

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1980 Янг и Бек создают шкалу оценки сессии когнитивной терапии (CTRS); её первый пункт — повестка

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1990 Падески и Муни описывают модель пяти областей

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1993 Падески: «Сократические вопросы: менять мнение или направлять открытие?»

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1997 Шульте: стандартное лечение фобий не хуже индивидуализированного

ДАННЫЕ

2001 Пересмотренная шкала компетентности терапевта CTS-R

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

2005 Кайкен и коллеги: 115 специалистов формулируют один случай

ДАННЫЕ

2006 Персонс: 58 пациентов в частной практике; Гадери: стандартная и индивидуальная КПТ при булимии

ДАННЫЕ

2008 Кайкен, Падески и Дадли: модель «тигля»; книга Персонс о формулировке

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

2010 Мури: «порочный цветок» депрессии; Странк и коллеги: альянс и ранние улучшения

ДАННЫЕ

2015 Браун и коллеги: сократические вопросы и снижение симптомов

ДАННЫЕ

2018 Обзор 24 исследований концептуализации; метаанализ альянса по 295 исследованиям

ДАННЫЕ

2020 Третье издание учебника Джудит Бек: «план действий» и «лучшая часть недели»

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

2024

Швеция: баллы компетентности терапевтов не связаны с результатом пациентов

ДАННЫЕ

«Когнитивная линия» здесь — развитие идей и инструментов внутри когнитивной терапии; «Данные» — исследования, которые проверяют, работают ли эти идеи.

Как читать: метки надёжности

У каждого факта в скобках стоит метка, за ней — источник. **Доказано исследованиями** — эмпирические исследования, испытания, метаанализы (и их ограничения указаны рядом). **Клинический консенсус** — клинические рекомендации (например, британские NICE) и профессиональные учебные ресурсы. **Со слов автора** — позиция или наблюдение создателя модели, независимо не проверенные. **Трактовка** — вывод или прочтение данных, о котором спорят. **Документальный факт** — даты, публикации, названия. **Не проверено** — первоисточник открыть не удалось. Если источники расходятся, приводятся обе версии. КПТ — когнитивно-поведенческая терапия. Это самостоятельная статья, её можно читать без видео; соседние темы серии упоминаются как «выпуск N».

Важно Это просвещение, а не терапия и не диагностика. Пример в тексте вымышленный. В главе об оценке одной фразой упоминается проверка риска самоубийства — это стандартная часть любой клинической оценки. Если вам нужна поддержка прямо сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Диагноз и концептуализация: в чём разница

Два человека с одним диагнозом могут нуждаться в разной работе. Концептуализация объясняет, почему.

Представьте двух людей с одним и тем же диагнозом — депрессия. Один почти перестал выходить из дома после развода. Другой работает по четырнадцать часов, недавно получил повышение и просыпается в четыре утра с мыслью «я не тяну». Название состояния одно. А то, что каждого из них держит в этом состоянии, — разное.

Диагноз отвечает на вопрос «что это за состояние?». Он нужен, чтобы выбрать модель расстройства и протокол лечения с доказательной базой. Но он не объясняет, почему у конкретного человека всё сложилось именно так. Для этого в КПТ есть

концептуализация случая (case conceptualization), её же называют **формулировкой случая** (case formulation). Оба слова в литературе используются как синонимы документальный факт; Psychology Tools, «Case formulation».

Концептуализация — это индивидуальная рабочая гипотеза о том, как возникли и чем поддерживаются трудности человека и что из этого следует для лечения клинический консенсус; Persons, 2008; Kuyken, Padesky & Dudley, 2009. Гипотеза — ключевое слово. Это не окончательная правда о человеке, а предположение, которое проверяют данными сессий, опросников и экспериментов в жизни.

Кайкен, Падески и Дадли пишут, что ведущие специалисты считают концептуализацию «первым принципом КПТ», а сами называют её основой когнитивно-поведенческой терапии со слов автора; Kuyken, Padesky & Dudley, 2008. Билинг и Кайкен ещё в 2003 году назвали её «сердцем доказательной практики» со слов автора; Bieling & Kuyken, 2003, цит. по Kuyken et al., 2008. Насколько эта высокая оценка подтверждается данными — отдельный вопрос, ему посвящена глава «Помогает ли формулировка».

Три известные модели

В КПТ нет одной обязательной схемы концептуализации. Чаще всего опираются на три подхода:

Модель	Автор(ы)	Главная идея
Диаграмма когнитивной концептуализации	Джудит Бек	Лестница от истории жизни к убеждениям, правилам, стратегиям и конкретным ситуациям
Подход формулировки случая	Джеклин Персонс	Проблемы, механизмы, провоцирующие факторы и истоки; формулировка проверяется еженедельными измерениями
«Тигель» совместной концептуализации	Виллем Кайкен, Кристин Падески, Роберт Дадли	Формулировка растёт по уровням, строится вместе с клиентом и включает сильные стороны

Модели не спорят друг с другом, а смотрят на случай с разных сторон. Дальше они используются вместе на одном вымышленном примере.

Карта темы

Процесс в КПТ обычно идёт по кругу **клинический консенсус; Persons, 2008; Kuyken et al., 2008**:

1. **Оценка**: интервью, опросники, список проблем, цели, риски.
2. **Концептуализация**: гипотеза о случае на трёх уровнях.
3. **План лечения**: на какие механизмы влиять, в каком порядке, какими методами.
4. **Сессии** по устойчивой структуре.
5. **Мониторинг**: опросники каждую неделю.
6. Данные возвращаются в концептуализацию: гипотеза уточняется или отбрасывается.

Источники главы: Kuyken, Padesky & Dudley, 2008 · Persons, 2008 · Kuyken, Padesky & Dudley, 2009 · Psychology Tools: Case formulation

С чего начинается: оценка

Прежде чем что-то объяснять, терапевт собирает факты: что происходит, насколько сильно, чего человек хочет и на что может опереться.

Первая встреча (иногда две) в КПТ похожа на совместное расследование. Обычно на этом этапе собирают следующее **клинический консенсус; Persons, 2008; Weinstock, CDP**:

- **Список проблем.** Все трудности во всех сферах: настроение, сон, работа, отношения, здоровье, деньги, быт. В подходе Персонс полный список проблем — первый компонент формулировки **со слов автора; Persons, 2008, в изложении Wilson & Antony**.
- **Диагностическая оценка.** Структурированное интервью помогает понять, какая модель расстройства и какой протокол могут подойти.
- **Опросники.** Стандартные шкалы депрессии и тревоги заполняют не один раз, а регулярно, часто каждую неделю.
- **История жизни.** Значимые события, отношения, культура, прежний опыт лечения; это материал для объяснения «откуда».
- **Цели словами клиента**, как можно конкретнее. Не «чувствовать себя лучше», а «уходить с работы до семи».
- **Сильные стороны и ресурсы.** В модели Кайкена, Падески и Дадли это один из трёх принципов, а не приятное дополнение **со слов автора; Kuyken et al., 2008**.
- **Оценка рисков**, включая мысли о самоубийстве и самоповреждении, — стандарт любой клинической оценки **клинический консенсус**.

Зачем мерить каждую неделю

Персонс построила на измерениях целый метод: если не измерять, нельзя понять, работает ли то, что вы делаете. В её исследовании 58 амбулаторных пациентов с

тревогой и депрессией получали КПТ на основе формулировки с еженедельным мониторингом; 40 из 58 получали дополнительную помощь (включая лекарства), выбранную по формулировке и данным мониторинга. Тревога и депрессия снизились статистически и клинически значимо, в целом сопоставимо с рандомизированными испытаниями доказательных терапий отдельных расстройств **доказано исследованиями; Persons et al., 2006**. Важная оговорка: контрольной группы не было, поэтому это хороший знак, но не доказательство, что помогла именно формулировка.

Вымышленный пример: Алекс

Пример **Алекс — вымышленный собирательный пример для обучения, не история реального человека.** 34 года, руководитель проектов в IT-компании, полгода назад получил(а) повышение. Последние три месяца Алекс плохо спит и просыпается в 4 утра с мыслями о работе; сидит над задачами до ночи, но всё равно сдаёт их с опозданием; по выходным почти никуда не ходит — «нет сил»; раздражается на партнёра и потом винит себя. Сам(а) говорит: «Я, наверное, просто не тяну эту должность». Диагноз здесь не ставится: для примера достаточно сказать «сниженное настроение и тревога».

Что терапевт мог бы записать после оценки:

Что собирают	У Алекса
Список проблем	Сон, переработки и откладывание, усталость, отказ от встреч с друзьями, ссоры с партнёром, самокритика
Опросники	Шкалы депрессии и тревоги в начале и каждую неделю
Цели	«Уходить с работы до 19:00», «вернуть субботние встречи с друзьями», «перестать просыпаться в 4 утра»
Сильные стороны	Ответственность, чувство юмора, раньше бегал(а), быстро учится, есть близкий друг
Риски	Проверены, острых рисков нет

Источники главы: Persons et al., 2006 · Wilson & Antony, Praxis CET · Weinstock, CDP · Kuyken et al., 2008

Уровень 1. Что происходит: модель пяти областей

Самая простая карта КПТ: одна конкретная ситуация, разложенная на мысли, эмоции, тело, поведение и обстоятельства жизни.

Кайкен, Падески и Дадли описывают концептуализацию как рост от уровня к уровню. Первый уровень — **описательный**: что происходит, на языке когнитивной модели **со слов автора; Kuyken et al., 2008**. Самый популярный инструмент для этого — модель пяти областей.

Её описали Кристин Падески и Кэтлин Муни в 1990 году в короткой статье профессионального бюллетеня «Как представить клиенту когнитивную модель» **документальный факт; Padesky & Mooney, 1990**. Потом модель вошла в книгу для клиентов «Mind Over Mood» Гринбергера и Падески.

Как она устроена

- **Мысли** — что человек говорит себе о ситуации.
- **Настроение (эмоции)** — тревога, стыд, грусть, злость.
- **Тело** — физические реакции: напряжение, сердцебиение, бессонница.
- **Поведение** — что человек делает или не делает.
- **Среда (жизнь)** — обстоятельства вокруг: работа, семья, деньги, культура, прошлый опыт. Она окружает остальные четыре.

Четыре внутренние области связаны стрелками в обе стороны: изменение в одной влияет на все остальные **со слов автора; Padesky & Mooney, 1990**. В 2020 году Падески подчеркнула, что среда — центральная часть модели: через неё в концептуализацию входят жизненные события и социокультурные факторы **со слов автора; Padesky, 2020**. Подробнее о том, как мысли связаны с эмоциями и что такое автоматические мысли, — в выпуске 2 о когнитивной модели.

> Пример **Вторник, 22:40.** Алекс открывает недописанный отчёт для директора. **Среда:** новая должность, дедлайн в среду, неделю назад директор сделал замечание на планёрке. **Мысли:** «Это опять слабо», «Завтра все увидят, что я не тяну». **Эмоции:** тревога (80 из 100), стыд (60 из 100). **Тело:** сжатая грудь, ком в горле, потом не уснуть. **Поведение:** переписывает одно и то же до двух ночи и так и не отправляет.

Как модель показывают клиенту

Падески и Муни советовали делать это на первой или второй сессии, после интервью **со слов автора; Padesky & Mooney, 1990**:

1. С помощью вопросов заполнить модель примером из жизни клиента.
2. Показать, как изменение в одной области тянет за собой другие и накапливается.
3. Привести пример, как маленькое изменение в одной области помогает остальным.
4. Дать задание: записывать поведение и настроение, чтобы проверить, подходит ли модель к жизни клиента.

По наблюдению авторов, клиентов модель часто успокаивает: разрозненные проблемы оказываются связанными, а нужные изменения — небольшими **со слов автора; Padesky & Mooney, 1990**. Для Алекса это первый сдвиг: не «я сломан(а)», а связанные между собой вещи, на которые можно влиять.

Миф и как на самом деле **Миф:** «горячая булочка» (hot cross bun) — авторское название модели Падески. **Как на самом деле:** в статье 1990 года этого слова нет **документальный факт; Padesky & Mooney, 1990**. Так позже прозвали круговую схему: четыре круга, перечёркнутые стрелками, похожи на пасхальную булочку с крестом; сегодня это общепринятое название (документальный факт; Davies, Salkovskis & Laidlaw, 2025, *Cambridge Guide to CBT*, гл. 1: «commonly known as the hot cross bun model»). Кто ввёл прозвище, найти не удалось **не проверено**.

Источники главы: Padesky & Mooney, 1990 · Padesky, 2020 · Kuyken et al., 2008

Уровень 2. Почему это не проходит: поддерживающие циклы

Проблема держится не потому, что когда-то началась, а потому, что реакции на неё каждый день её воспроизводят.

Второй уровень у Кайкена, Падески и Дадли — **поперечный объяснительный**: он ищет триггеры и факторы, которые поддерживают проблему сейчас **со слов автора; Kuyken et al., 2008**. «Поперечный» значит «срез настоящего», в отличие от «продольного» взгляда на историю.

Ключевая идея КПТ: лечение в первую очередь нацелено на то, что поддерживает проблему сейчас, а не на то, что её когда-то вызвало **клинический консенсус; Kuyken et al., 2008; Persons, 2008**. Такие петли называют **поддерживающими циклами** (maintenance cycles): человек реагирует на трудность так, что реакция её и закрепляет.

Типичные петли

Петля	Как она работает	Пример из жизни
Избегание	Сейчас становится легче, но нет опыта, который опроверг бы страх	Не звонить врачу, потому что «наверняка что-то плохое»
Защитное поведение	Человек приписывает «спасение» ритуалу, а не тому, что катастрофы и так бы не случилось	Держаться за стену, «чтобы не упасть в обморок»
Отстранение и снижение активности	Меньше приятного — ниже настроение — меньше сил	Отменять встречи, потому что «нет сил»
Руминация и самокритика	Пережёвывание проблемы усиливает подавленность	Часами прокручивать, «почему я такой»
Сверхкомпенсация	Перфекционизм и перепроверки истощают и подтверждают правило «только так можно»	Переделывать отчёт до ночи
Межличностные петли	Поведение вызывает у других реакции, которые подтверждают убеждение	Резко отказать партнёру — получить обиду — «я всех подвожу»

Сводка по клиническим источникам

клинический консенсус; Padesky & Mooney, 1990; Padesky, 2020; Moorey, 2010.

Пример **Две петли Алекса.** Терапевт и Алекс смотрят на несколько ситуаций за неделю и замечают повторы. **Петля 1, перфекционизм и откладывание:** «Отчёт должен быть безупречным, иначе все увидят, что я не тяну» → тревога растёт → откладывает, потом переписывает до ночи → сдаёт поздно, с ошибками от недосыпа → «вот видишь, я не тяну». **Петля 2, отстранение:** усталость → «нет сил на друзей» → отменяет субботу → выходные на диване с ноутбуком → меньше радости и сил → следующая встреча тоже отменяется.

«Порочный цветок»

Британский психиатр Стирлинг Мури предложил для депрессии модель шести поддерживающих циклов — «порочный цветок» **документальный факт; Moorey, 2010; биография С. Мури на сайте Confer**. В центре — депрессивное состояние, вокруг шесть «лепестков», каждый из которых питает центр, а центр — их **со слов автора; Moorey, 2010**:

1. Автоматические негативные мысли.
2. Руминация и самоатаки.
3. Настроение и эмоции.
4. Отстранение и избегание.
5. Неполезное поведение.
6. Мотивация и физические симптомы.

Всю систему окружает среда. У Алекса особенно заметны три лепестка: мысли («я не тяну»), отстранение (отменённая суббота) и физические симптомы (сон, усталость). Подробнее о КПТ при депрессии — в выпуске 7.

Как петлю проверяют

В КПТ петлю не просто называют, а проверяют. Терапевт может предложить Алексу эксперимент: на этой неделе отправить отчёт в версии «достаточно хорошо» в 19:00 и записать прогноз («директор скажет, что это халтура») и что произошло на самом деле. Это поведенческий эксперимент, а не уговоры **клинический консенсус; Kuyken et al., 2008**. Подробно поведенческие эксперименты разобраны в выпуске 6.

Источники главы: Moorey, 2010 · Kuyken et al., 2008 · Padesky & Mooney, 1990 · Persons, 2008

Уровень 3. Откуда это: убеждения, правила и стратегии

КПТ работает и с прошлым: самый глубокий уровень формулировки объясняет, почему у человека именно такие мысли.

Третий уровень — **продольный объяснительный**: он описывает предрасполагающие и защитные факторы во времени **со слов автора; Kuyken et al., 2008**. Кайкен и коллеги подчёркивают, что концептуализация растёт по ходу терапии: продольный уровень добавляют на средних и поздних этапах, а не на первой встрече.

Диаграмма Джудит Бек

Джудит Бек, дочь основателя когнитивной терапии Аарона Бека (о нём — в выпуске 1), предложила диаграмму когнитивной концептуализации (Cognitive Conceptualization Diagram). Её поля сверху вниз **документальный факт; Beck Institute, по J. Beck, 2020**:

1. **Значимая история жизни и провоцирующие факторы.**
2. **Глубинное убеждение** — базовая, глобальная идея о себе, других или мире («я недостаточно хорош»).
3. **Промежуточные убеждения** — правила, установки, допущения вида «если..., то...».
4. **Стратегии совладания** — поведение, которое защищает от того, чтобы убеждение «включилось». В ранних изданиях их называли компенсаторными стратегиями.
5. **Три типичные ситуации**: для каждой — автоматическая мысль, её значение для человека, эмоция и поведение.

Нижняя часть диаграммы показывает, как когнитивная модель работает в конкретных ситуациях, верхняя — почему у человека именно такие автоматические мысли. Поле «значение автоматической мысли» служит мостом между ними **со слов автора; Beck Institute, по J. Beck, 2020**. Глубинные и промежуточные убеждения подробно разобраны в выпуске 2.

Пример **Гипотеза для Алекса (её предлагают как вопрос, а не как вывод).** **История:** в семье высоко ценили только отличные оценки; за «четвёрку» было молчание и разочарованный взгляд. Провоцирующие события — повышение и замечание директора. **Глубинное убеждение:** «Я недостаточно хорош(а)». **Правила:** «Если сделаю безупречно, меня не разоблачат», «Если попрошу помощи, все поймут, что я не справляюсь», «Ошибаться — значит провалиться». **Стратегии:** перепроверять, работать дольше всех, не делегировать, не просить помощи, откладывать, если нельзя сделать идеально. **Ситуации:** отчёт в 22:40 («это опять слабо» → тревога → переписывает до ночи); коллега предлагает помощь («он думает, что я не тяну» → стыд → отказ); партнёр зовёт в кино («я не заслужил(а) отдыха, пока не доделал(а)» → вина, раздражение → резкий отказ).

Стратегии Алекса не «глупые». Когда-то они помогали ребёнку получать одобрение; сейчас они же держат проблему. Речь не о том, кто виноват, а о том, чему человек научился.

Важно **Это самый спорный уровень.** Именно в глубинных убеждениях и правилах специалисты хуже всего сходятся между собой **доказано исследованиями; Kuyken et al., 2005**, а часть клиентов воспринимает формулировку как неприятный опыт **доказано исследованиями; Chadwick et al., 2003**. Поэтому продольные гипотезы предлагают позже, когда накопились наблюдения и доверие, и как вопрос: «Похоже ли это на правду для вас?» Подробности — в главе «Помогает ли формулировка».

Миф и как на самом деле **Миф:** КПТ не работает с прошлым. **Как на самом деле:** продольная концептуализация прямо включает детство, историю и происхождение убеждений **документальный факт; Beck Institute, по J. Beck, 2020; Kuyken et al., 2008**. Но лечение в первую очередь нацелено на то, что поддерживает проблему сейчас.

Источники главы: Beck Institute: Cognitive Conceptualization Diagram · Kuyken et al., 2008 · Kuyken et al., 2005 · Chadwick et al., 2003

От формулировки к плану: Персонс и «тигель»

Формулировка нужна не сама по себе: из неё следует, на что влиять в первую очередь. И строят её вместе с клиентом.

Формулировка по Персонс

Джеклин Персонс описывает формулировку через четыре компонента **со слов автора; Persons, 2008, в изложении Wilson & Antony и Psychology Tools**:

- **Проблемы** — симптомы и трудности во всех сферах.
- **Механизмы** — психологические факторы, которые вызывают или поддерживают проблемы. Это главная мишень лечения.
- **Провоцирующие факторы** — ближайшие триггеры: стресс, событие, телесное ощущение.
- **Истоки** — отдалённые причины, из-за которых сложились механизмы.

Гипотезы о механизмах Персонс берёт из теорий с доказательной базой (теорий научения, когнитивных теорий, теорий эмоций) и проверяет всё время лечения **со слов автора; Persons, 2008, описание издателя**.

Компонент	У Алекса	Что из этого следует
Проблемы	Сон, переработки, отстранение, ссоры, самокритика	Отслеживать опросниками каждую неделю
Механизмы (гипотеза)	Правила перфекционизма, избегание просьб о помощи, отказ от приятного	Эксперименты с «достаточно хорошо», просьба о помощи, возвращение приятных дел
Провоцирующие факторы	Повышение, замечание директора	Разбирать конкретные рабочие ситуации
Истоки	Одобрение «за результат» в детстве	Позже, если понадобится, — работа с убеждением «я недостаточно хорош(а)»

Примерный порядок для Алекса (иллюстрация, а не протокол): сначала пять областей, объяснение модели и цели; затем возвращение активности и первые эксперименты; затем правила перфекционизма, просьбы о помощи и сон; и только потом, если ещё актуально, — глубинное убеждение и профилактика рецидива.

«Тигель» Кайкена, Падески и Дадли

Кайкен, Падески и Дадли сравнивают концептуализацию с тиглем — «прочным сосудом, в котором разные элементы проходят процесс глубокого и устойчивого изменения» **со слов автора; Kuyken et al., 2008**. В тигле соединяются опыт клиента и теория с исследованиями КПТ. У модели три принципа **со слов автора; Kuyken et al., 2008**:

1. **Уровни концептуализации.** От описания к объяснению «почему держится» и затем к объяснению историей — постепенно, по мере терапии.
2. **Совместный эмпиризм** (collaborative empiricism) — «жар» тигля. Терапевт приносит знание теории, клиент — знание своей жизни; вместе они формулируют гипотезы и проверяют их данными. Простыми словами: два исследователя, а не эксперт и пациент.
3. **Сильные стороны и устойчивость** — на каждом этапе. По мнению авторов, формулировка с ресурсами меньше подавляет клиента и подсказывает цели.

Первая глава книги авторов называется «Прокрустова дилемма» **документальный факт; Kuyken, Padesky & Dudley, 2009, оглавление**. Прокруст из греческого мифа укладывал путников на своё ложе и обрубал тех, кто не помещался. Дилемма в том, как применить общую теорию к уникальному человеку и не обрезать его под шаблон.

Пример **Что держит Алекса на плаву.** Ответственность — та же черта, что питает перфекционизм, может помочь выполнять задания между сессиями. Юмор помогает смотреть на свои мысли со стороны. Опыт бега — ресурс для возвращения активности. Близкий друг — поддержка. Умение учиться — значит, навыки КПТ освоить реально.

Источники главы: Persons, 2008 · Wilson & Antony, Praxis CET · Kuyken et al., 2008 · Kuyken, Padesky & Dudley, 2009

Помогает ли формулировка: что говорят данные

Концептуализацию называют основой КПТ. Проверка показывает две неудобные вещи: специалисты часто не сходятся, а польза для результата пока не доказана.

115 специалистов, один случай

В 2005 году Виллем Кайкен и коллеги дали 115 специалистам в области психического здоровья, пришедшим на обучающие семинары, одно и то же описание случая и попросили написать формулировку по диаграмме Джудит Бек. Затем сравнили формулировки между собой и с эталонной формулировкой самой Дж. Бек **доказано исследованиями; Kuyken et al., 2005**.

- В описательных частях специалисты в целом сходились.
- В частях, где нужен теоретический вывод (глубинные убеждения, правила), согласие падало.
- Качество варьировало от очень плохого до хорошего; хотя бы достаточно хорошими признаны **44%** формулировок.
- И согласие, и качество были выше у более опытных и аккредитованных специалистов.

Что это значит для клиента? Если терапевт уверенно говорит на третьей встрече «ваша проблема в том, что в детстве вы решили, что недостаточно хороши», — это может быть верно. А может быть связной историей, которую другой специалист рассказал бы иначе. Связность ещё не доказательство **трактовка; по Kuyken et al., 2008**.

Делает ли формулировка терапию эффективнее

- **Обзор 24 исследований** (Easden & Kazantzis, 2018): опытные терапевты, по-видимому, могут надёжно строить некоторые компоненты формулировки, но её значение для эффективности КПТ «ещё предстоит показать» **доказано исследованиями; Easden & Kazantzis, 2018**. Это отсутствие доказательств пользы, а не доказательство её отсутствия.

- **Фобии.** Немецкий исследователь Дитмар Шульте сравнивал лечение фобий: стандартное, выбранное только по диагнозу, и индивидуально подобранное. Стандартное оказалось не хуже, а местами лучше. Терапевты формулировали проблемы пациентов с одинаковым диагнозом по-разному, но эти разные формулировки не привели к разным стратегиям лечения **доказано исследованиями; Schulte, 1997**. Сам Шульте сделал вывод, что диагноз и анализ проблемы должны дополнять друг друга.
- **Булимия.** Ата Гадери случайно распределил 50 пациентов между КПТ по руководству и более индивидуальной КПТ. Обе группы улучшились; в целом различий почти не было, но по трём показателям лучше был индивидуальный вариант. Из 10 человек, которым лечение не помогло, 8 были в группе «по руководству». Автор назвал эффекты умеренными и призвал к повторным исследованиям на больших выборках **доказано исследованиями; Ghaderi, 2006**.
- **Психоз.** В КПТ психоза после формулировки терапевты оценивали отношения с клиентами как улучшившиеся, а на тревогу и депрессию формулировка заметно не повлияла. Шесть клиентов описали её как хотя бы частично неприятный опыт **доказано исследованиями; Chadwick et al., 2003**.

Ответ сторонников

Кайкен, Падески и Дадли отвечают так: эти исследования проверяли формулировки, которые терапевт строил в основном в одиночку и сообщал клиенту; совместная, многоуровневая формулировка с сильными сторонами как следует ещё не проверена **со слов автора; Kuyken et al., 2008**. Второй аргумент: протоколы созданы для одного расстройства, а у многих людей их несколько сразу; чтобы выбрать и совместить протоколы, нужна формулировка **со слов автора; Dudley, Kuyken & Padesky, 2011; Persons et al., 2006**.

Честная позиция — держать в голове обе стороны. Эффективность протоколов КПТ — отдельная, хорошо изученная тема (подробно — в выпуске 14). Спорна именно добавочная польза индивидуальной формулировки по сравнению со стандартным протоколом **трактовка; Easden & Kazantzis, 2018; Kuyken et al., 2008**.

Миф и как на самом деле **Миф:** хорошая формулировка — доказанный залог успеха терапии. **Как на самом деле:** доказательств, что индивидуальная формулировка улучшает результат по сравнению со стандартным протоколом, пока нет **доказано исследованиями; Easden & Kazantzis, 2018; Schulte, 1997**. Её главная предполагаемая ценность — для людей с несколькими проблемами сразу и для тех, кому стандарт не подошёл **со слов автора; Kuyken et al., 2008**.

Протокол или гибкость

Протокол — пошаговое руководство по лечению конкретного расстройства. Спор «протокол или индивидуальный подход» часто решают формулой группы Филипа Кендалла — **гибкость в рамках верности** (flexibility within fidelity). Руководство служит каркасом, а клиническое мастерство нужно, чтобы применять его в каждый момент встречи. Менять можно подачу: делать короткие блоки с перерывами, упрощать задания, подбирать игры, для ребёнка заменять набор мыслей одной фразой вроде «Будь смелым». Принципы при этом остаются: если терапевт не проводит экспозицию, потому что она «слишком трудная», это уже несоблюдение протокола **со слов автора; Beidas, Benjamin, Puleo, Edmunds & Kendall, 2010**. Статья написана о программе Coping Cat для тревожных детей, но сама логика — меняй форму, держи принцип — применима шире **трактовка**. Другой ответ на ту же проблему — трансдиагностические протоколы, один на общие механизмы нескольких расстройств, например Единый протокол Барлоу (подробно — в выпуске 8).

Источники главы: Beidas et al., 2010 · Kuyken et al., 2005 · Easden & Kazantzis, 2018 · Schulte, 1997 · Ghaderi, 2006 · Chadwick et al., 2003 · Kuyken et al., 2008 · Dudley et al., 2011

Как устроена сессия КПТ

У каждой встречи есть устойчивый порядок. В нём нет ничего тайного, и клиенту полезно его знать.

Структурированность — одна из визитных карточек когнитивной терапии со времён первого руководства Бека и соавторов (1979). Обычная сессия длится 45–50 минут, в повестке — не больше двух-трёх пунктов **клинический консенсус; Weinstock, CDP**.

Часть	Что происходит	Зачем	Типичная ошибка
1. Проверка настроения	Короткий обзор состояния с прошлой встречи, часто по опроснику	Видеть динамику, вовремя заметить ухудшение и риск	Растянуть пересказ недели на полсессии
2. Мост	Что главное клиент унёс с прошлой сессии	Связать встречи в один процесс	Каждая сессия начинается «с нуля»
3. Повестка	Вместе выбрать и упорядочить 2–3 темы	Прозрачность, совместность, фокус на целях	Терапевт решает сам; слишком много пунктов
4. Обзор домашнего задания	Что получилось, что мешало, какой вывод	Перенести навык в жизнь; показать, что задание важно	«Сделали? Молодец» без вывода
5. Работа по повестке	Методы КПТ, связанные с концептуализацией; короткие резюме	Основное изменение	Разговор «обо всём»; техника без связи с формулировкой
6. Новое задание	Вырастает из работы на сессии; обсуждают препятствия	Практика между встречами	Дать задание в последнюю минуту
7. Итог и обратная связь	Клиент формулирует главное; терапевт спрашивает, что было полезно и что мешало	Корректировать работу, вовремя заметить напряжение в отношениях	Не спросить или спросить формально

Порядок и функции частей — по учебному ресурсу американского Center for Deployment Psychology, который готовит специалистов для помощи военнослужащим **клинический консенсус; Weinstock, CDP** и показательному разбору сессии у Джудит Бек **документальный факт; J. Beck, 2020, аннотированный транскрипт**. Отдельных экспериментов о том, как влияет на результат каждый элемент (мост, повестка) по отдельности, в источниках этого конспекта не найдено **не проверено**. Есть косвенный сигнал: в исследовании Странка и коллег из всех пунктов шкалы компетентности сильнее всего с последующим снижением симптомов был связан пункт «повестка», r = 0,48 **доказано исследованиями; Strunk, Brotman, DeRubeis & Hollon, 2010b**. Это корреляция в одной выборке из 60 пациентов, а не проверка причины.

Что изменилось у Джудит Бек в 2020 году

В третьем издании учебника Джудит Бек домашнее задание называется **планом действий** (Action Plan). В показательной второй сессии с клиентом Эйбом терапевт спрашивает о **лучшей части недели** и помогает сделать из неё выводы; в пояснении сказано, что это отличается от традиционного начала КПТ с вопроса о том, что пошло не так **документальный факт; J. Beck, 2020, аннотированный транскрипт**. В той же сессии клиент сам выбирает, с какой цели начать, а пункты нового плана действий упрощают или делают необязательными, если клиент оценивает их как слишком трудные.

Пример **Сессия 4 с Алексом (50 минут, всё вымышлено; минуты — ориентир). 0–3. Настроение.** «По опроснику сон немного лучше, тревога на прежнем уровне. Как бы вы сами описали неделю?» — «Чуть легче. Два вечера ушёл(ушла) с работы в восемь». **3–5. Мост.** «Что вы унесли с прошлой встречи?» — «Что тревога и переписывание до ночи — это круг, а не моя лень». **5–10. Повестка.** Алекс хочет обсудить отменённую субботу; терапевт предлагает разобрать эксперимент с отчётом. Порядок выбирает Алекс. **10–15. Обзор задания.** Прогноз был «директор скажет, что это халтура», уверенность 85%. На деле директор попросил добавить один график. «Что это значит для правила "если не идеально — меня разоблачат"?» — «Что не всё так строго». Уверенность в прогнозе — 50%. **15–38. Работа.** Сначала — вопросы об эксперименте и резюме: «вы ждали разгрома, а получили одну правку». Затем пять областей для момента, когда Алекс отменил(а) встречу; находится мысль «я не заслужил(а) отдыха, пока не доделал(а)». **38–45. Новый план действий.** Встретиться с другом в субботу на один час и отметить настроение до и после по шкале 0–10; ещё один отчёт в 19:00 с прогнозом. «Насколько вероятно, что получится? Что может помешать?» — «70%. Могу начать доделывать работу с утра». — «Что тогда?» — «Поставлю будильник на 11 и закрою ноутбук». **45–50. Итог и обратная связь.** Алекс своими словами формулирует главное. «Что было полезно? Было ли что-то неприятное?» — «Немного неприятно было про субботу, будто меня отчитали». — «Спасибо, что сказали. Если в следующий раз почувствуете то же, остановите меня сразу».

Сколько длится КПТ

Короткий ответ: обычно от 5 до 15 сессий, в зависимости от того, с чем человек пришёл **клинический консенсус; NHS 111 Wales**. В британских материалах для пациентов встречи описаны как еженедельные или раз в две недели, по 30–60 минут; сессии экспозиции бывают длиннее **клинический консенсус; Patient.info**. Стандартная индивидуальная сессия КПТ — 45–50 минут (см. выше). Решение о длительности терапевт и клиент принимают вместе **со слов автора; J. Beck, ответы на вопросы о когнитивной терапии**.

Ориентиры британских клинических рекомендаций NICE и других профессиональных организаций по отдельным состояниям:

Состояние	Что рекомендуют и в каком объёме	Длина и частота встреч	М
Депрессия, менее тяжёлая	Среди вариантов: управляемая самопомощь — обычно 6–8 встреч; групповая КПТ — обычно 8 сессий; индивидуальная КПТ — обычно 8, иногда больше (при сопутствующих проблемах со здоровьем, сложной социальной ситуации, остаточных симптомах)	—	
Депрессия, более тяжёлая	Индивидуальная КПТ — обычно 16 сессий, одна или вместе с антидепрессантом	—	
Генерализованное тревожное расстройство	Управляемая самопомощь — обычно 5–7 встреч; КПТ или прикладная релаксация — обычно 12–15 сессий; меньше при раннем выздоровлении, больше при клинической необходимости	Самопомощь: 20–30 мин, раз в 1–2 недели; КПТ: 1 час, еженедельно	
Паническое расстройство	КПТ всего 7–14 часов, закончить в пределах 4 месяцев	Обычно еженедельно, по 1–2 часа	
Социальная тревога, взрослые	Индивидуальная КПТ по модели Кларка и Уэллса — до 14 сессий примерно за 4 месяца	До 90 минут	
Социальная тревога, дети и подростки	Индивидуальная или групповая КПТ — 8–12 встреч; родители могут участвовать	Индивидуально — 45 мин, в группе — 90 мин	
ОКР	Лёгкое нарушение: низкоинтенсивная помощь с экспозицией и предотвращением ритуала (ЭПР) — до 10 часов работы терапевта (кратко индивидуально с материалами для самопомощи, по	—	

Состояние	Что рекомендуют и в каком объёме	Длина и частота встреч	М
	телефону или в группе). Умеренное: СИОЗС или более интенсивная КПТ с ЭПР — больше 10 часов. Тяжёлое: СИОЗС вместе с КПТ с ЭПР		
ПТСР	Травма-фокусированная КПТ — обычно 8–12 сессий, больше при клинической необходимости, например после нескольких травм	—	
Тревога о здоровье	5–10 сессий КПТ; через год нормального уровня тревоги о здоровье достигли вдвое больше людей, чем при обычной помощи, эффект держался 2 года	—	
Хроническая бессонница	КПТ бессонницы — обычно 4–8 сессий; очно, по видеосвязи или через приложение	—	
Булимия, взрослые	Управляемая самопомощь — 4–9 встреч; КПТ — до 20 сессий за 20 недель, в начале дважды в неделю	Самопомощь: около 20 мин	
Компульсивное переедание, взрослые	Управляемая самопомощь — 4–9 встреч; групповая КПТ — 16 еженедельных встреч за 4 месяца	Самопомощь: около 20 мин; группа: около 90 мин	
Анорексия, взрослые	КПТ — до 40 недель (9–10 месяцев), первые 2–3 недели дважды в неделю	Еженедельно	
Психоз	Индивидуальная КПТ — не меньше 16 встреч; семейная работа — не меньше 10 встреч за срок от 3 месяцев до года	—	

Как это выглядит на практике. Робинсон, Келлетт и Дельгадильо проанализировали данные больше 100 тысяч пациентов британской государственной программы IAPT (сейчас NHS Talking Therapies, подробно — в выпуске 6) за 2014–2017 годы. В среднем

было 3,7 сессии низкой интенсивности (у средней половины пациентов — от 1 до 6) и 8,3 сессии высокой интенсивности (от 4 до 12). У 95% тех, кто достиг надёжного и клинически значимого улучшения, оно наступило к 7-й сессии низкой интенсивности и к 14-й — высокой. Больше всего сессий — 6–16 высокой интенсивности — понадобилось при ПТСР и ОКР. Авторы предлагают пересматривать план, если к этим срокам улучшения нет, а тем, у кого улучшение уже наметилось, не ограничивать терапию произвольно: продление до 24 сессий может быть оправдано **доказано исследованиями; Robinson, Kellett & Delgadillo, 2020**. Это наблюдательные данные одной системы, а не эксперимент. Руководство программы тоже требует никогда не ограничивать число сессий произвольно **клинический консенсус; NHS Talking Therapies Manual, 2024**.

Важно Эти числа — ориентиры британской государственной системы, а не обещание. Число встреч зависит от тяжести, сопутствующих проблем и того, как быстро наступает улучшение. Сколько примерно встреч понадобится и как вы вместе поймёте, что терапия помогает, — нормальный вопрос к специалисту на первой встрече.

Что известно о «дозе»:

- В метарегрессии по 70 исследованиям психотерапии депрессии (92 сравнения, 5403 пациента) общее число сессий было связано с эффектом слабо, и связь исчезала при учёте других характеристик исследований. А частота была связана: переход с одной на две сессии в неделю при том же общем числе сессий повышал эффект на g = 0,45 **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2013**. Это сравнение между исследованиями, а не эксперимент; авторы просят подтвердить устойчивость результата.
- Модель «достаточного уровня» (good-enough level) предполагает, что люди меняются с разной скоростью и заканчивают терапию, когда им стало достаточно хорошо. В метаанализе 15 исследований связь длительности терапии с результатом в целом не была значимой при очень большой неоднородности данных **доказано исследованиями; Bone, Delgadillo & Barkham, 2021**.

Миф и как на самом деле **Миф:** структура делает КПТ холодной и механической. **Как на самом деле:** структура включает совместную повестку и обратную связь в конце каждой встречи **клинический консенсус; Weinstock, CDP**, а в учебнике Дж. Бек 2020 года сессия начинается с вопроса о лучшей части недели **документальный факт; J. Beck, 2020**.

Источники главы: Weinstock, CDP · J. Beck, 2020, аннотированный транскрипт сессии 2 · Kendrick et al., 2022 · NICE CG113 · Warnock-Parkes et al., 2020 · Cuijpers et al., 2013 · Bone et

al., 2021 · NHS 111 Wales · Patient.info · NICE CG113, рекомендации · NICE CG113, паника · NICE CG159, дети · OCD-UK о NICE CG31 · GPnotebook о NICE NG116 · Beck Institute о CHAMP · AASM, 2021 · NICE NG69 · NICE CG178 · Robinson et al., 2020

Путь клиента: от первой встречи до последней

КПТ с самого начала ограничена по времени. Поэтому её конец планируют так же, как начало, и клиенту полезно знать весь маршрут заранее.

Первая встреча и информированное согласие

Первая встреча — обычно оценочная (подробно — в главе «С чего начинается: оценка»): специалист расспрашивает о трудностях, истории и целях, часто просит заполнить опросники. На этой же встрече клиент даёт **информированное согласие** — соглашается на работу, понимая, во что соглашается. В этическом кодексе Американской психологической ассоциации это сформулировано так: как можно раньше рассказать клиенту о характере и предполагаемом ходе терапии, об оплате, об участии третьих лиц и о пределах конфиденциальности и дать достаточно возможности задать вопросы и получить ответы **документальный факт; APA, Ethical Principles, стандарт 10.01**. Кодексы разных стран различаются в деталях, но этот набор тем — хороший ориентир для клиента в любой стране **трактовка**.

Формулировка, цели и активная фаза

На первых сессиях вместе строят формулировку случая (главы выше) и договариваются о целях: что должно измениться в жизни, чтобы терапию можно было считать успешной. Затем идёт активная фаза: встречи обычно раз в неделю, у каждой — структура из главы о сессии, на каждой — короткий опросник. Если улучшения долго нет, это повод вместе пересмотреть план; в данных британской службы почти все, кому терапия помогла, заметно улучшились к 7-й сессии низкой интенсивности или к 14-й — высокой **доказано исследованиями; Robinson, Kellett & Delgadillo, 2020**.

Разрежение встреч

Когда состояние улучшается, встречи разрежают: сначала раз в две недели, потом раз в три. Так клиент пробует применять навыки сам, пока терапия ещё продолжается **со слов автора; J. Beck, ответы на вопросы о когнитивной терапии**.

Последняя сессия и план профилактики рецидива

Завершение в КПТ — отдельная тема: в учебнике Джудит Бек 2020 года ему посвящена глава «Завершение терапии и профилактика рецидива» **документальный факт; J. Beck, 2020, оглавление**. В британской рамке компетенций КПТ (UCL, Roth & Pilling) есть отдельное умение — завершать терапию планово и планировать, как

удержать достигнутое после её окончания; в завершение входят обзор прогресса и план на случай риска рецидива. Авторы рамки подчёркивают, что выход из терапии часто так же важен, как вход в неё **клинический консенсус; Roth & Pilling, UCL CORE**. При депрессии NICE предлагает тем, у кого ремиссия наступила после психотерапии, рассмотреть продолжение той же терапии, адаптированной для профилактики рецидива **клинический консенсус; NICE NG222, схема «Профилактика рецидива»**.

Бустерные сессии

Бустерные (поддерживающие) сессии — отдельные встречи после окончания курса. Джудит Бек рекомендует их через три, шесть и двенадцать месяцев после завершения терапии **со слов автора; J. Beck, ответы на вопросы о когнитивной терапии**. На них проверяют, держится ли результат, и разбирают трудности, которые возникли за это время.

Пример **План профилактики рецидива Алекса (вымышленный, одна страница).** *Что помогло:* пять областей для трудных моментов; эксперименты вместо «доделаю идеально»; суббота без работы. *Ранние признаки:* снова отправляю отчёты после полуночи, отменяю встречи с друзьями, сон меньше шести часов три ночи подряд. *Что делаю:* возвращаюсь к расписанию активности на неделю, ставлю один эксперимент, перечитываю записи сессий. *Когда звоню специалисту:* если две недели подряд хуже несмотря на план. *Бустерные встречи:* через 3, 6 и 12 месяцев. Откат при этом — не провал, а ситуация, к которой план и готовит.

Вопросы вместо ответов: управляемое открытие

Сократические вопросы в КПТ — не способ подвести человека к «правильному» ответу, а способ помочь ему самому что-то заметить.

Сократическими вопросами называют последовательность вопросов, которая помогает человеку прийти к выводу самостоятельно. В 1993 году Кристин Падески выступила на Европейском конгрессе поведенческой и когнитивной терапии в Лондоне с докладом «Сократические вопросы: менять мнение или направлять открытие?» **документальный факт; Padesky, 1993**. Она различает два способа спрашивать **со слов автора; Padesky, 1993**:

- **Менять мнение.** У терапевта уже есть ответ, и вопросами он подводит к нему клиента — как адвокат свидетеля.
- **Направлять открытие** (guided discovery, управляемое открытие). Терапевт спрашивает из настоящего любопытства и сам не знает заранее, куда придёт разговор. Вывод принадлежит клиенту.

Падески выступает за второй вариант. Её фраза документальный факт, дословная цитата; Padesky, 1993, с. 6:

> «Если вам на самом деле не любопытно узнать ответ, не задавайте вопрос». Перевод наш; оригинал: "If you are not truly curious to know the answer, don't ask the question."

Четыре шага

Падески описывает управляемое открытие в четыре шага со слов автора; Padesky, 1993:

1. **Информационные вопросы** — такие, на которые человек может ответить: «Что именно сказал директор?»
2. **Слушание** — внимательно, с вниманием к особым словам клиента, его образам и эмоциональным реакциям.
3. **Резюме** — каждые несколько минут, чтобы оба сверили понимание: «То есть вы ждали разгрома, а получили одну правку».
4. **Синтезирующие (аналитические) вопросы** — как новое соотносится с исходной мыслью: «Как это сочетается с правилом "ошибаться — значит провалиться"?»

Что показали данные

В исследовании Брауна и коллег 55 взрослых с депрессией проходили когнитивную терапию; наблюдатели оценивали записи первых трёх сессий по шкале сократических вопросов от 0 до 6. Когда терапевт в данной сессии задавал больше сократических вопросов, чем обычно для этого клиента, к следующей сессии симптомы депрессии снижались сильнее: примерно на 1,5 балла по опроснику депрессии Бека (BDI-II) на одно стандартное отклонение. Эффект сохранялся при учёте качества отношений доказано исследованиями; Braun et al., 2015.

Ограничения: это одно корреляционное исследование, только ранние сессии и только депрессия. Сами авторы пишут, что без эксперимента причинную связь установить нельзя. Средний уровень сократических вопросов в сессиях был невысоким: от 1,16 до 2,68 из 6 доказано исследованиями; Braun et al., 2015.

Подробно сократический диалог и дневник мыслей разобраны в выпуске 5.

Миф и как на самом деле **Миф:** сократический диалог — это когда терапевт вопросами подводит клиента к правильному ответу. **Как на самом деле:** Падески прямо разделяет «менять мнение» и «направлять открытие» и выступает за второе со слов автора; Padesky, 1993.

Источники главы: Padesky, 1993 · Braun et al., 2015

Домашнее задание, или план действий

Между сессиями проходит почти вся жизнь клиента. Задания переносят то, что найдено на встрече, в эту жизнь.

В КПТ задания между сессиями — часть метода, а не формальность. Типичные задания на этапе концептуализации: записать за неделю одну-две ситуации в модель пяти областей; вести дневник «поведение — настроение», чтобы проверить модель **со слов автора; Padesky & Mooney, 1990**; составлять список того, что удалось за день **со слов автора; J. Beck, 2020, транскрипт**; провести поведенческий эксперимент, который проверяет одну гипотезу формулировки **клинический консенсус; Kuyken et al., 2008**.

Что говорят данные

- Метаанализ Казанциса и коллег (17 исследований, 2312 клиентов): и количество выполненных заданий, и качество их выполнения были связаны с лучшим результатом КПТ. После лечения: количество — g = 0,79 (15 исследований), качество — g = 0,78 (3 исследования); в катамнезе связь сохранялась **доказано исследованиями; Kazantzis et al., 2016**. g — это мера величины эффекта; значения около 0,8 обычно считают большими. Данных о качестве выполнения мало, всего три исследования, поэтому этот вывод предварительный.
- Казанцис предлагает говорить не о «послушании» клиента (compliance), а о его вовлечённости, и связывает выполнение заданий с тем, насколько они согласованы с содержанием сессии **со слов автора; Kazantzis, 2021**.

Почему обзор задания нельзя пропускать

Если задание не проверять, клиент быстро усваивает, что оно неважно, и перестаёт его делать **клинический консенсус; Weinstock, CDP**. Хороший обзор — это не «сделали? молодец», а вопрос «что из этого следует?». В примере Алекса вывод из эксперимента снизил уверенность в мрачном прогнозе с 85% до 50%.

Миф и как на самом деле **Миф:** домашнее задание в КПТ — формальность «для галочки». **Как на самом деле:** выполнение заданий связано с результатом терапии **доказано исследованиями; Kazantzis et al., 2016**, а пропущенный обзор, по клиническому опыту, приучает клиента их не делать **клинический консенсус; Weinstock, CDP**.

Источники главы: Kazantzis et al., 2016 · Kazantzis, 2021, Beck Institute · Weinstock, CDP · Padesky & Mooney, 1990

Отношения и навык терапевта

Важны ли в КПТ отношения с терапевтом и его мастерство? Данные отвечают «да», но не так прямолинейно, как хочется.

Альянс: связан с результатом во всех терапиях

Терапевтический альянс — согласие клиента и терапевта о целях и задачах работы плюс эмоциональная связь между ними. Метаанализ Флюкигера и коллег объединил 295 независимых исследований (публикации 1978–2017 годов, более 30 000 пациентов). Связь альянса с результатом в очных терапиях — r = 0,278 (95% доверительный интервал 0,256–0,299), это примерно d = 0,58; в интернет-терапии — r = 0,275 (23 исследования). Для КПТ отдельная скорректированная оценка — r = 0,20 (72 исследования); разные виды терапии значимо не различались **доказано исследованиями; Flückiger et al., 2018**.

Курица или яйцо

Но внутри КПТ депрессии есть поворот. Странк, Бротман и Дерубейс изучили первые пять сессий у 60 пациентов с умеренной и тяжёлой депрессией **доказано исследованиями; Strunk, Brotman & DeRubeis, 2010a**:

- альянс не предсказывал улучшения к следующей сессии (r = 0,15, незначимо);
- а уже случившееся улучшение предсказывало более крепкий альянс (r = 0,34);
- когнитивные методы терапевта (r = 0,44) и структурирование сессии (r = 0,38) предсказывали улучшение и при учёте альянса.

Как совместить? Оба вывода верны одновременно: альянс связан с результатом во всех подходах, а в начале КПТ депрессии хорошие отношения отчасти вырастают из первых успехов. Корреляционные данные не говорят, что здесь причина, а что следствие **трактовка; Flückiger et al., 2018; Strunk et al., 2010a**.

Миф и как на самом деле **Миф:** в КПТ отношения с терапевтом не важны, работают только техники. **Как на самом деле:** альянс связан с результатом во всех подходах, включая КПТ **доказано исследованиями; Flückiger et al., 2018**; в КПТ депрессии он частично следует за ранним улучшением **доказано исследованиями; Strunk et al., 2010a**.

Как оценивают мастерство терапевта

В КПТ есть шкалы, по которым эксперт оценивает запись сессии:

Шкала	Что оценивает	Устройство
CTRS (Young & Beck, 1980)	Сессию когнитивной терапии	11 пунктов по 0–6 баллов; среди них повестка, обратная связь, сотрудничество, темп, управляемое открытие, домашнее задание
CTS-R (Blackburn et al., 2001)	То же, пересмотренная версия	В текущем руководстве 12 пунктов по 0–6 баллов, от «некомпетентно» до «экспертно»; среди пунктов — повестка, обратная связь, сотрудничество, вызывание эмоций, управляемое открытие, концептуальная интеграция, домашнее задание
CCC-RS (Kuyken et al., 2015)	Компетентность в совместной концептуализации	14 пунктов по 0–3 балла; предварительная проверка, связь с результатом не изучалась

Данные — по руководствам и статьям о шкалах **документальный факт; Young & Beck, 1980; Blackburn et al., 2001; Kuyken et al., 2015**. Психометрия CTS-R: высокая внутренняя согласованность, но надёжность отдельных пунктов заметно различалась между парами экспертов **доказано исследованиями; Blackburn et al., 2001**. Бланки шкал защищены авторским правом; CTS-R разрешено бесплатно использовать в рутинной клинической и супервизорской практике, воспроизводить — только с разрешения правообладателя **документальный факт; руководство CTS-R**.

Связан ли балл терапевта с результатом клиента

Здесь данные неудобные:

- Метаанализ Уэбба, Дерубейса и Барбера по 36 исследованиям: ни соблюдение протокола (делает ли терапевт то, что предписывает метод), ни компетентность (насколько хорошо он это делает) не были заметно связаны с результатом пациентов; средние оценки — около нуля **доказано исследованиями; Webb, DeRubeis & Barber, 2010, по вторичным источникам**. Точные коэффициенты в пересказах расходятся (источники расходятся; Owen & Hilsenroth, 2014, приводят r = 0,07 для соблюдения протокола, диссертация White Rose — r = 0,02 для соблюдения и r = 0,07 для компетентности). В исследованиях, где не учитывали альянс, связь компетентности с результатом была больше **со слов автора; по пересказу С. Миллера**.
- В рутинной психиатрической помощи Стокгольма (29 терапевтов, 85 пациентов с депрессией и тревожными расстройствами) средний балл CTS-R был 40,5, у 76% терапевтов — не ниже порога компетентности 36; пациенты значимо улучшились (d =

0,80–1,36), но ни соблюдение протокола, ни компетентность не были связаны с результатом **доказано исследованиями; Bergvall et al., 2024**.

- Есть и данные в другую сторону. В другой работе Странка и коллег (60 пациентов с умеренной и тяжёлой депрессией, шесть терапевтов) компетентность терапевта в первые четыре сессии предсказывала снижение симптомов к следующей сессии (r = 0,28) и более низкий балл по шкале депрессии Гамильтона в конце лечения (r = 0,33); по опроснику Бека BDI-II была лишь незначимая тенденция. Когда учитывали, насколько «трудным» был пациент, связь с ранним улучшением ослабевала до тенденции. Компетентность оказалась важнее для пациентов с более выраженной тревогой и с более ранним началом депрессии; этот анализ авторы называют поисковым **доказано исследованиями; Strunk, Brotman, DeRubeis & Hollon, 2010b**.

Как это понимать? Возможно, в исследованиях все терапевты обучены примерно одинаково, и различиям в навыке не на чем проявиться. Возможно, шкалы измеряют не самое важное. Это открытый вопрос, и он не значит, что навык терапевта неважен **трактовка**. Систематический обзор методов оценки компетентности в КПТ не нашёл консенсуса, как её измерять **доказано исследованиями; Muse & McManus, 2013**.

Источники главы: Flückiger et al., 2018 · Strunk et al., 2010a · Strunk et al., 2010b · Young & Beck, 1980, CTRS · Blackburn et al., 2001 · Руководство CTS-R · Kuyken et al., 2015 · Owen & Hilsenroth, 2014 · Миллер о Webb et al. · Bergvall et al., 2024 · Muse & McManus, 2013

Мифы: короткая проверка

Все мифы из текста в одной таблице.

Миф	Как на самом деле	Метка
КПТ — техники по шаблону, человек там не важен	В КПТ есть развитая традиция индивидуальной концептуализации: модели Дж. Бек, Персонс, Кайкена — Падески — Дадли	**Документальный факт**
КПТ не работает с прошлым	Продольный уровень формулировки включает историю и происхождение убеждений; но в первую очередь лечат то, что держит проблему сейчас	**Документальный факт**
Хорошая формулировка — доказанный залог успеха	Добавочная польза формулировки по сравнению со стандартным протоколом пока не доказана	**Доказано исследованиями**
Любой опытный терапевт увидит в случае одно и то же	Согласие хорошее в описании, хуже — в глубинных убеждениях; достаточно хороши 44% формулировок	**Доказано исследованиями**
«Горячая булочка» — термин Падески	В статье 1990 года этого слова нет	**Документальный факт**
Структура делает КПТ холодной	Повестка совместная, в конце — обратная связь; у Дж. Бек сессия начинается с лучшей части недели	**Клинический консенсус**
В КПТ отношения не важны	Альянс связан с результатом во всех подходах; в начале КПТ депрессии он отчасти следует за улучшением	**Доказано исследованиями**
Чем дольше терапия, тем лучше	Общее число сессий слабо связано с результатом; частота, по данным при депрессии, важнее	**Доказано исследованиями**
Сократический диалог — подвести к правильному ответу	Падески выступает за вопросы из любопытства, без заранее известного ответа	**Со слов автора**
Домашнее задание — формальность	Выполнение заданий связано с результатом	**Доказано исследованиями**

Попробуйте: четыре круга

Упражнение на одну минуту. Это первый шаг самонаблюдения, а не терапия и не диагностика.

Пример **Четыре круга за минуту** (по модели Padesky & Mooney, 1990).

1. Вспомните недавнюю ситуацию, когда было тяжело.
2. Нарисуйте четыре круга: мысли, эмоции, тело, поведение. Впишите в каждый по одной строчке.
3. Вокруг кругов запишите, что происходило в жизни в тот момент.
4. Посмотрите на связи и спросите себя: какое одно маленькое изменение в поведении могло бы потянуть за собой остальные?

Так модель пяти областей используют в терапии на первых встречах: чтобы увидеть, что трудности связаны, а значит, с ними можно работать **со слов автора; Padesky & Mooney, 1990**. Не используйте упражнение, чтобы ставить диагнозы себе или близким и тем более «вычислять» чьи-то глубинные убеждения: как показывают данные, это сложно даже специалистам. Если тяжёлое состояние держится неделями, мешает жить или пугает вас, это повод обратиться к специалисту.

Итоги: проверьте себя и что запомнить

Проверьте себя

1. **Чем концептуализация отличается от диагноза?** Диагноз — категория состояния. Концептуализация — индивидуальная гипотеза о том, как возникли и чем поддерживаются трудности человека; она направляет лечение и проверяется данными.
2. **Какие три уровня концептуализации выделяют Кайкен, Падески и Дадли?** Описательный («что происходит»), поперечный объяснительный («почему не проходит») и продольный («откуда это»).
3. **Из каких частей состоит модель пяти областей?** Мысли, эмоции, тело, поведение и окружающая их среда.
4. **Что показало исследование 115 специалистов?** В описании проблем они сходились хорошо, в глубинных убеждениях — хуже; достаточно хорошими признаны 44% формулировок; лучше справлялись опытные и аккредитованные.
5. **Доказано ли, что формулировка улучшает результат КПТ?** Нет: по обзору 24 исследований, её значение для эффективности «ещё предстоит показать»; в

исследовании фобий стандарт был не хуже индивидуального подхода.

6. **В каком порядке идут части сессии?** Настроение → мост → повестка → обзор задания → работа → новое задание → итог и обратная связь.
7. **Чем «направлять открытие» отличается от «менять мнение»?** У терапевта нет заранее готового ответа, он спрашивает из любопытства, а вывод делает клиент.

Что запомнить

- Концептуализация в КПТ — гипотеза, а не приговор; её строят вместе с клиентом и проверяют.
- Сначала описывают, потом объясняют, что держит проблему сейчас, и только потом — историю.
- Глубинные убеждения — самая ненадёжная часть формулировки; их предлагают как вопрос.
- Польза индивидуальной формулировки сверх стандартного протокола пока не доказана; эффективность самих протоколов КПТ — отдельная тема.
- Сессия КПТ прозрачна: совместная повестка, обзор задания, обратная связь.
- Задания между сессиями и сократические вопросы связаны с результатом, но это корреляции, а не доказательство причины.
- Альянс важен во всех терапиях; в начале КПТ депрессии он отчасти вырастает из первых улучшений.
- Длительность зависит от проблемы и темпа улучшения; конец терапии планируют заранее: разрежение встреч, план профилактики рецидива, бустерные сессии.

Источники

1. Beck Institute. Traditional Cognitive Conceptualization Diagram. © 2018, по J. Beck (2020), Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond (3rd ed.). https://beckinstitute.org/wp-content/uploads/2021/08/Traditional-CCD.pdf
2. Beck, J. S. (2020). Annotated transcript, Session 2 (Abe). В: Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond (3rd ed.). Guilford Press / Beck Institute. https://beckinstitute.org/wp-content/uploads/2021/06/BB3-Session-2-Annotated-Transcript.pdf
3. Bergvall, H., et al. (2024). Quality of cognitive-behavioural therapy in routine psychiatric care: Therapist adherence and competence, and patient outcomes for depression and anxiety disorders. BMC Psychiatry, 24, 887. https://doaj.org/article/b47cb80fc9a2413497261127a34921d2
4. Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? Clinical Psychology: Science and Practice, 10(1), 52–69. https://doi.org/10.1093/clipsy/10.1.52

5. Blackburn, I.-M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001). The Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): Psychometric properties. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29(4), 431–446. https://doi.org/10.1017/S1352465801004040
6. Blackburn, I.-M., James, I. A., Milne, D. L., & Reichelt, F. K. (2001). The Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R) [руководство]. Northumberland, Tyne & Wear NHS Trust. https://psychosisresearch.com/wp-content/uploads/2022/01/CTS-R.pdf
7. Bone, C., Delgadillo, J., & Barkham, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of the good-enough level (GEL) literature. Journal of Counseling Psychology, 68(2), 219–231. https://doi.org/10.1037/cou0000521
8. Braun, J. D., Strunk, D. R., Sasso, K. E., & Cooper, A. A. (2015). Therapist use of Socratic questioning predicts session-to-session symptom change in cognitive therapy for depression. Behaviour Research and Therapy, 70, 32–37. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.05.004
9. Chadwick, P., Williams, C., & Mackenzie, J. (2003). Impact of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis. Behaviour Research and Therapy, 41(6), 671–680. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00033-5
.0. Cuijpers, P., Huibers, M. J. H., Ebert, D. D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. Journal of Affective Disorders, 149(1–3), 1–13. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.030
.1. Dudley, R., Kuyken, W., & Padesky, C. A. (2011). Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualisation. Clinical Psychology Review, 31, 213–224. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.005
.2. Easden, M. H., & Kazantzis, N. (2018). Case conceptualization research in cognitive behavior therapy: A state of the science review. Journal of Clinical Psychology. https://doi.org/10.1002/jclp.22516
.3. Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. Psychotherapy. https://doi.org/10.1037/pst0000172
.4. Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. Behaviour Research and Therapy, 44(2), 273–288.
.5. Kazantzis, N. (2021). What is the status of homework in cognitive behavior therapy 50 years on? Beck Institute blog. https://beckinstitute.org/blog/what-is-the-status-of-homework-in-cognitive-behavior-therapy-50-years-on/
.6. Kazantzis, N., Whittington, C., Zelencich, L., Kyrios, M., Norton, P. J., & Hofmann, S. G. (2016). Quantity and quality of homework compliance: A meta-analysis of relations with outcome in cognitive behavior therapy. Behavior Therapy, 47(5), 755–772. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.05.002
.7. Kendrick, T., Pilling, S., Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Ruane, C., Eadon, H., & Kapur, N. (2022). Management of depression in adults: Summary of updated NICE guidance. BMJ,

378, o1557. https://doi.org/10.1136/bmj.o1557

18. Kuyken, W., Beshai, S., Dudley, R., Abel, A., Görg, N., Gower, P., McManus, F., & Padesky, C. A. (2015). Assessing competence in collaborative case conceptualization: Development and preliminary psychometric properties of the Collaborative Case Conceptualization Rating Scale (CCC-RS). Behavioural and Cognitive Psychotherapy. https://doi.org/10.1017/S1352465814000691

19. Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M., & Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. Behaviour Research and Therapy, 43(9), 1187–1201. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.007

20. Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2008). The science and practice of case conceptualization. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36, 1–12. https://doi.org/10.1017/S1352465808004815

21. Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy. Guilford Press (твёрдая обложка вышла в декабре 2008). https://www.guilford.com/books/Collaborative-Case-Conceptualization/Kuyken-Padesky-Dudley/9781462504480/contents

22. Moorey, S. (2010). The six cycles maintenance model: Growing a "vicious flower" for depression. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38, 173–184. https://doi.org/10.1017/S1352465809990580

23. Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. Clinical Psychology Review, 33(3), 484–499. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.010

24. NICE (2011). Generalised anxiety disorder in adults: Management in primary, secondary and community care (CG113), full guideline. https://nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/anxiety-full-guidance-pdf-136340461

25. Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. Journal of Counseling Psychology, 61(2), 280–288. https://doi.org/10.1037/a0035753

26. Padesky, C. A. (1993). Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery? Доклад на European Congress of Behaviour and Cognitive Therapies, London. https://padesky.com/wp-content/uploads/2012/11/socquest.pdf

27. Padesky, C. A. (2020). Collaborative case conceptualization: Client knows best. Cognitive and Behavioral Practice. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.003

28. Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (1990). Presenting the cognitive model to clients. International Cognitive Therapy Newsletter, 6, 13–14. https://www.padesky.com/wp-content/uploads/2022/10/v6no_1_2_present_model-web2022.pdf

29. Persons, J. B. (2008). The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy. Guilford Press. https://guilford.com/books/The-Case-Formulation-Approach-to-Cognitive-Behavior-Therapy/Jacqueline-Persons/9781462509485/author

30. Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. Behaviour Research and Therapy, 44(7), 1041–1051.

31. Psychology Tools. Case formulation and disorder-specific models. https://www.psychologytools.com/professional/techniques/case-conceptualization

32. Schulte, D. (1997). Behavioural analysis: Does it matter? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 25(3), 231–249. https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive-psychotherapy/article/abs/behavioural-analysis-does-it-matter/BA1DC023FABFE4DD92E7E0A5430B57E1

33. Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010a). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. Behaviour Research and Therapy, 48(7), 599–606. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.011

34. Warnock-Parkes, E., Wild, J., Thew, G. R., Kerr, A., Grey, N., Stott, R., Ehlers, A., & Clark, D. M. (2020). Treating social anxiety disorder remotely with cognitive therapy. The Cognitive Behaviour Therapist, 13, e30. https://doi.org/10.1017/S1754470X2000032X

35. Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Цифры — по вторичным источникам: Owen & Hilsenroth (2014); https://etheses.whiterose.ac.uk/29293/1/Thesis_White_Rose_UPLOAD.pdf; https://www.scottdmiller.com/eruptions-in-europe-and-in-research

36. Weinstock, M. Staff perspective: CBT for depression — Elements of session structure. Center for Deployment Psychology. https://deploymentpsych.org/node/2832

37. Wilson, G. A., & Antony, M. M. Case formulation in cognitive-behavioral therapy: A principle-driven approach. Praxis CET. https://www.praxiscet.com/blog/case-formulation-cognitive-behavioral-therapy-principal-driven-approa

38. Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). Cognitive Therapy Rating Scale [руководство]; вместе с Affrunti, N. W., & Creed, T. A. (2019). Beck Institute. https://beckinstitute.org/wp-content/uploads/2021/06/CTRS-Full-Documents.pdf

39. Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2010b). Therapist competence in cognitive therapy for depression: Predicting subsequent symptom change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(3), 429–437. https://doi.org/10.1037/a0019631

40. American Psychological Association (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct, стандарт 10.01 «Informed Consent to Therapy». https://www.apa.org/ethics/code (текст стандарта сверен по перепечатке: SAGE, гл. 13, https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/76193_Chapter_13.pdf)

41. Beck, J. S. (2020). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond (3rd ed.), гл. 21 «Termination and Relapse Prevention». Guilford Press. Оглавление: https://www.routledge.com/Cognitive-Behavior-Therapy-Basics-and-Beyond/Beck-Beck/p/book/9781462544196

-2. Beck, J. S. Questions and answers about cognitive therapy (перепечатка: Gateway Psychiatric). https://www.gatewaypsychiatric.com/questions-and-answers-about-cognitive-therapy-from-judith-beck/
-3. Beidas, R. S., Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Edmunds, J. M., & Kendall, P. C. (2010). Flexible applications of the Coping Cat program for anxious youth. Cognitive and Behavioral Practice, 17(2), 142–153. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.11.002
-4. Robinson, L., Kellett, S., & Delgadillo, J. (2020). Dose-response patterns in low and high intensity cognitive behavioral therapy for common mental health problems. Depression and Anxiety, 37(3), 285–294. https://eprints.whiterose.ac.uk/154899/1/CBT_Dose_Response_pre-print_2019.pdf
-5. Roth, A. D., & Pilling, S. (2007). The competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for people with depression and with anxiety disorders. UCL CORE. https://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology//CORE/CBT_Competences/CBT_Competence_List.pdf
-6. NHS England (2024). NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual (v7). https://england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/NHS-talking-therapies-manual-v7-1.pdf
-7. NHS 111 Wales. Cognitive behavioural therapy (CBT). https://111.wales.nhs.uk/encyclopaedia/c/article/cognitivebehaviouraltherapy(cbt)/
-8. Patient.info. Cognitive behavioural therapy (CBT). https://patient.info/health/cognitive-behavioural-therapy-cbt-leaflet
-9. NICE (2011, обновл.). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113), рекомендации. https://nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/1-guidance; для пациентов: https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/ifp/chapter/What-treatments-should-I-be-offered-for-panic-disorder
50. NICE (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment (CG159). Рекомендация 1.3.13 — по goodmedicine.org.uk: https://goodmedicine.org.uk/blog/new-nice-guidance-on-the-recognition-assessment-and-treatment-of-social-anxiety-disorder-2nd-post; для детей и подростков: https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/ifp/chapter/Treatment-for-children-and-young-people
51. NICE (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment (CG31) — по OCD-UK: https://www.ocduk.org/nice-guidelines-for-the-treatment-of-ocd/
52. NICE (2018). Post-traumatic stress disorder (NG116) — по GPnotebook: https://gpnotebook.com/pages/evidence-based-medicine/indications-for-cognitive-behavioural-therapy/cbt-in-post-traumatic-stress-disorder
53. NICE (2017). Eating disorders: recognition and treatment (NG69), информация для пациентов: https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/ifp/chapter/Bulimia-nervosa · https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/ifp/chapter/Binge-eating-disorder · https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/ifp/chapter/Anorexia-nervosa-

54. NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults (CG178), информация для пациентов. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/ifp/chapter/psychological-therapy
55. NICE (2022). Depression in adults (NG222): Preventing relapse [схема]. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/preventing-relapse-pdf-11131007008
56. American Academy of Sleep Medicine (2021). Behavioral and Psychological Treatments for Insomnia: Patient Guide. https://aasm.org/wp-content/uploads/2021/08/Behavioral-and-Psychological-Treatments-for-Insomnia-Patient-Guide.pdf
57. Tyrer, P., et al. (2014). Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial (CHAMP). Lancet, 383(9913), 219–225. Данные — по Beck Institute: https://beckinstitute.org/blog/cbt-is-effective-for-health-anxiety-in-medical-settings/

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.