Сократический диалог и дневник мыслей

Как в КПТ работают с мыслями: вопросы вместо спора, бланк вместо уговоров и что об этом честно знает наука

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

18 глав ~42 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

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

Коротко: главное

- **Сократический диалог — не способ переспорить мысль.** Это серия вопросов, после которых человек сам приходит к новому выводу из собственных данных. Кристин Падески в 1993 году разделила два стиля: «изменить мнение» (терапевт знает ответ заранее и подводит к нему) и «направить открытие» (терапевт ответа не знает).
- **Четыре шага модели Падески:** информационные вопросы, слушание, резюме, синтезирующий вопрос. Самая частая ошибка — остановиться до четвёртого шага.
- **Дневник мыслей — тот же диалог на бумаге.** Ситуация, эмоции с оценкой 0–100, «горячая» мысль, факты за и против, сбалансированная мысль, повторная оценка. Хороший результат — снижение эмоции примерно на 10–50 %, а не до нуля.
- **КПТ — это не позитивное мышление.** Цель — точная мысль, а не приятная. В лабораторных экспериментах у людей с низкой самооценкой повторение «я достойный любви человек» ухудшало настроение.
- **Доказательства честно смешанные.** КПТ в целом при депрессии работает хорошо. Сократические вопросы в одном наблюдательном исследовании были связаны со снижением симптомов к следующей сессии. Но прямых доказательств пользы метода мало, а вклад именно работы с мыслями в компонентных исследованиях не подтвердился.
- **Самый сильный довод в пользу навыка — защита после терапии.** Те, кто лучше освоил навыки когнитивной терапии и пользовался ими сам, реже переживали рецидив депрессии в течение года.

- **Важно не только «сделал ли домашнее задание», но и «как».** И количество, и качество выполнения домашних заданий связаны с результатом терапии.
- **Большинство «КПТ-приложений» — не дневники мыслей.** Из 36 приложений, которые называют себя инструментами когнитивной реструктуризации, у 21 не было шага, где пишут альтернативную мысль.

Хронология

Как техники работы с мыслями складывались и как их проверяли. Подробности и источники — в главах ниже.

1979

Бек, Раш, Шоу и Эмери, «Когнитивная терапия депрессии»: в книге появляется журнал дисфункциональных мыслей — прообраз дневника мыслей

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1980

Дэвид Бернс, «Feeling Good»: массовая популяризация когнитивной терапии

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1983

Падески делает 7-колоночный дневник: «рациональный ответ» заменён «сбалансированной мыслью»

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1993

Доклад Падески в Лондоне: «изменить мнение или направить открытие?» и четыре шага диалога

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1994

Падески описывает работу с глубинными убеждениями: континуум, журнал позитивных данных, исторический тест

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1995

Первое издание книги Гринбергера и Падески «Mind Over Mood»

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1996 — Джейкобсон и коллеги: поведенческая активация отдельно не уступает полной когнитивной терапии

ДАННЫЕ

2000 — Первый метаанализ Казантзиса и коллег о домашних заданиях

ДАННЫЕ

2003 — Беннет-Леви: поведенческие эксперименты переживаются как более убедительные, чем дневники мыслей

ДАННЫЕ

2007 — Лонгмор и Уоррелл: «Нужно ли оспаривать мысли в КПТ?»; Странк и коллеги: навыки КТ и риск рецидива

ДАННЫЕ

2009 — Вуд и коллеги: позитивные самоутверждения и низкая самооценка

ДАННЫЕ

2015 — Кларк и Иган: прямых доказательств пользы метода нет; Браун и коллеги: первые данные о связи вопросов со снижением симптомов

ДАННЫЕ

2016 — Метаанализ Казантзиса и коллег: важны и количество, и качество домашних заданий

ДАННЫЕ

2019 — Падески, Берлин: «сократический диалог» вместо «сократических вопросов»; обзор 110 разных бланков дневника мыслей

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

2022

Обзор приложений: у 21 из 36 «инструментов реструктуризации» нет шага альтернативной мысли

ДАННЫЕ

Как читать: метки надёжности

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

Метка стоит в скобках первой, за ней — источник. **Доказано исследованиями** — испытания, метаанализы или другие эмпирические исследования (мы отдельно пишем, если исследование одно, маленькое или наблюдательное). **Клинический консенсус** — профессиональные стандарты, руководства и общепринятая практика КПТ. **Со слов автора** — так говорит создатель метода; независимо это не проверялось. **Документальный факт** — даты, публикации, названия. **Трактовка** — прочтение фактов или вопрос, который ещё обсуждается. **Источники расходятся** — приводим обе версии. **Не проверено** — первоисточник открыть не удалось; относитесь с осторожностью. Все примеры диалогов и дневников в тексте собирательные, это не истории реальных людей.

Важно Это просвещение, а не терапия и не диагностика. Техники описаны так, как их используют в терапии, а не как замена ей. В тексте упоминаются мысли о нежелании жить. Если вам нужна поддержка прямо сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Что такое когнитивные техники и где их место в КПТ

Прежде чем менять мысль, её нужно найти; прежде чем найти, нужно договориться, кто и как её ищет.

В предыдущих выпусках серии речь шла о когнитивной модели (выпуск 2), о когнитивных искажениях (выпуск 3) и о том, как терапевт складывает картину случая и строит сессию (выпуск 4). Этот текст — о следующем шаге: что делают с мыслью, когда её уже заметили.

Когнитивные техники — та часть КПТ, которая работает с содержанием мыслей. Это автоматические мысли (быстрые фразы, которые проносятся в голове в ответ на событие: «я всё испортила»), промежуточные убеждения (правила и допущения: «если я

ошибусь, меня перестанут уважать») и глубинные убеждения (общие выводы о себе, людях и мире: «я некомпетентна»). Общее название этой работы — **когнитивная реструктуризация**: мысли исследуют, оценивают и, если нужно, заменяют более точными клинический консенсус; Clark, 2014, цит. по Erhardt et al., 2022.

Внутри когнитивной реструктуризации полезно различать две вещи.

- **Процесс — как терапевт разговаривает.** В КПТ это **управляемое открытие** (guided discovery): человек приходит к новому взгляду сам, опираясь на свою информацию. Главное средство — **сократический диалог**. Это стиль, через который делается всё остальное, а не отдельная техника. Управляемое открытие и сократические вопросы входят в рамку компетенций КПТ, которую используют для обучения терапевтов в Великобритании клинический консенсус; UCL CORE, Roth & Pilling.
- **Инструменты — что делают на бумаге и в жизни.** Дневник мыслей, шкалы, факты за и против, альтернативные объяснения, «двойной стандарт», декатастрофизация, «стрелка вниз», пирог ответственности, континуум, поведенческие эксперименты.

За обоими стоит принцип **совместного эмпиризма** (collaborative empiricism): мысль считается гипотезой, которую терапевт и клиент проверяют вместе. Терапевт не судья, который решает, правильно ли человек думает, а соисследователь клинический консенсус; Padesky, 1993; UCL CORE.

> **Пример** Человек опаздывает на встречу и думает: «Я безответственный». Спор звучал бы так: «Нет, вы ответственный». Совместный эмпиризм — так: «Давайте посмотрим. Как часто вы опаздываете? Что было сегодня? Что сказали бы о вас коллеги?» Результат проверки заранее неизвестен ни одному из двоих.

Нужно ли вообще называть сократический метод сердцевиной КПТ, эксперты спорят. В опросе 15 исследователей КПТ одни назвали его центральной чертой терапии, другие — полезным, но необязательным дополнением трактовка; Clark & Egan, 2018. К этому спору мы вернёмся в главе о доказательствах.

Изменить мнение или направить открытие: четыре шага Падески

Лучший вопрос терапевта — тот, на который он сам не знает ответа.

Два разговора с одной мыслью

Представьте, человек говорит: «Я неудачник».

В первом разговоре терапевт отвечает: «Но у вас есть работа, семья, диплом. Разве неудачник смог бы всё это? Значит, вы не неудачник». Человек кивает. Мысль «опровергнута» за три хода.

Во втором терапевт спрашивает: «Когда вы так подумали в последний раз? Что тогда произошло? Что для вас значит "неудачник"?» Он не знает, куда приведёт разговор, и через несколько минут человек говорит то, чего терапевт не ожидал.

На этом различии психолог Кристин Падески (позже — соавтор книги для самопомощи «Mind Over Mood», 1995) построила пленарный доклад на Европейском конгрессе поведенческой и когнитивной терапии в Лондоне 24 сентября 1993 года документальный факт; Padesky, 1993. Первый стиль она назвала **«изменить мнение»** (changing minds): у терапевта уже есть вывод, и он ведёт к нему серией вопросов по схеме «раз-два-три — ага!». Второй — **«направить открытие»** (guiding discovery): терапевт помогает человеку самому увидеть то, что тот знает, но не замечает со слов автора; Padesky, 1993.

Её рабочее правило звучит так: «Если вам по-настоящему не любопытно узнать ответ — не задавайте вопрос» (со слов автора; Padesky, 1993; перевод наш, в оригинале: "If you are not truly curious to know the answer, don't ask the question"). И ещё одна мысль оттуда же: «Мы не просто решаем проблемы, но и учим способам находить решения» со слов автора; Padesky, 1993; перевод наш.

Почему это важно не только терапевтам? Так же мы разговариваем с собой. Когда внутренний голос говорит «я всё испортила», мы обычно либо верим ему, либо спорим: «нет, ты молодец». Оба варианта — попытка «изменить мнение». Третий путь — расспросить мысль так, будто вы не знаете ответа.

> Миф и как на самом деле **Миф:** сократический метод — это задавать вопросы, пока клиент не признает, что неправ. **Как на самом деле:** именно это Падески называет «изменить мнение». В управляемом открытии терапевт не знает ответа заранее, а вывод формулирует сам человек со слов автора; Padesky, 1993. Рамка компетенций КПТ прямо говорит не навязывать точку зрения через спор, убеждение, «лекцию» или «перекрёстный допрос» клинический консенсус; UCL CORE.

Что такое сократический вопрос

По определению Падески, сократические вопросы — это вопросы, которые со слов автора; Padesky, 1993:

1. клиент **может** ответить — у него есть эти знания;
2. привлекают внимание к важной информации, которая сейчас вне фокуса;
3. обычно идут от конкретного к общему;

4. помогают применить новую информацию, чтобы пересмотреть прежний вывод или построить новый.

Четыре шага

Шаг	Что делает терапевт	Пример вопроса (собирательный)	Зачем
1. Информационные вопросы	Задаёт вопросы, на которые человек может ответить; переводит общее в конкретное	«Когда это было? Что вы увидели? Что ещё происходило в тот день?»	Достат свет д которы у чело но не в фоку
2. Слушание	Ловит неожиданные слова, метафоры, эмоциональные реакции	«Вы сказали "опять". Что значит "опять"?»	Не пропу то, что совпад ожида терапе
3. Резюме	Каждые несколько минут подытоживает словами клиента	«Давайте я соберу, что услышала, а вы поправите»	Увидет картин целик прове поним
4. Синтезирующий (аналитический) вопрос	Просит связать новые данные с исходной мыслью	«Как всё это сочетается с мыслью, что вы "всегда всё портите"?»	Челов форму новый

Названия шагов — по докладу Падески 1993 года **документальный факт; Padesky, 1993**.

Шаг 1 чаще всего начинается с конкретизации. «Я всегда всё порчу» — ярлык; «вчера в 16:40 я отправила отчёт с ошибкой в таблице» — ситуация, с которой можно работать.

Шаг 2 — не пауза перед следующим вопросом, а работа. Неожиданное слово клиента часто важнее заготовленного плана терапевта. Падески предупреждает: «если вы слишком уверены, куда идёте, вы смотрите только вперёд и пропускаете повороты» **со слов автора; Padesky, 1993; перевод наш**.

Шаг 3 Падески называет местом одной из самых частых ошибок: терапевты резюмируют слишком редко со слов автора; Padesky, 1993.

Шаг 4 — то, ради чего всё делалось. По Падески, терапевты часто останавливаются раньше этого «критически важного последнего шага»: факты собраны, а связать их с исходной мыслью человеку так и не предложили со слов автора; Padesky, 1993.

Частые ошибки

По Падески со слов автора; Padesky, 1993:

- задавать вопросы, на которые человек не может ответить (например, «что вы сейчас чувствуете?» тому, кто плохо различает эмоции; иногда лучше спросить о телесных ощущениях);
- «строить дело»: ждать ответов, подтверждающих заготовленный вывод, и не слышать неожиданные;
- мало резюмировать;
- останавливаться до синтеза.

Психолог Скотт Уолтман добавляет ошибку, которую называет **«предоставленным открытием»** (provided discovery): терапевт сам сообщает вывод, к которому клиент «должен» прийти. Он же предупреждает против дневника мыслей как средства доказать человеку, что тот думает искажённо со слов автора; Waltman, 2020.

Что изменилось через 25 лет

В 2019 году на Всемирном конгрессе поведенческой и когнитивной терапии в Берлине Падески вернулась к модели документальный факт; Padesky, 2019. Главные уточнения со слов автора; Padesky, 2019:

- **«Сократический диалог» вместо «сократических вопросов»** — чтобы подчеркнуть совместность.
- **Информацию можно не только спрашивать, но и создавать** через действие. Падески выделяет четыре вида: интерактивное письмо, поведенческие эксперименты, работу с образами и ролевые игры.
- **Резюме — словами клиента.** Терапевт должен быть «скромным попугаем» (humble parrot): использовать только точные слова, метафоры и образы клиента. Резюме полезно записывать.
- **Синтезирующий вопрос не обязательно про проверку мысли.** Он может звучать как «Каким вы хотели бы быть?» или «Какие следующие шаги вы могли бы сделать?».
- **Молчание — тоже вмешательство.** Терапевту нужна смелость молчать, пока человек ищет осмысленный ответ.

Падески сама оговаривает: пока неизвестно, облегчает ли четырёхшаговая модель обучение терапевтов — это не проверяли со слов автора; Padesky, 2019.

Другая версия тех же шагов

Уолтман описывает похожую последовательность со слов автора; Waltman, 2020:

1. **Фокус** — выбрать мысль, которая сильнее всего связана с трудностями и глубинными убеждениями, а не разбирать всё подряд.
2. **Понимание позиции клиента** — понять, почему убеждение имеет смысл с его точки зрения; это основа для валидации (признания, что переживание понятно).
3. **Совместное любопытство** — что человек может упускать, в том числе из-за избегания.
4. **Интеграция** — соединить обе стороны в сбалансированную мысль и спланировать, как проверить её в жизни.

Уолтман подчёркивает: «вопросов — серебряных пуль», которые опровергают любое убеждение, не существует; сократический диалог он называет одним из самых трудных навыков для психотерапевта со слов автора; Waltman, 2020.

Как это выглядит вживую: диалог «Я ничего не довожу до конца»

Собирательный пример: что делает каждый вопрос и чем он отличается от спора.

Собирательная клиентка, назовём её Лана. Тема бытовая: самокритика из-за брошенных дел. Это не история реального человека. Справа — шаг модели Падески и то, что делает вопрос.

№	Реплика	Шаг и что делает вопрос
1	**Т:** Вы сказали: «Я ничего не довожу до конца». Когда сегодня эта мысль пришла?	Шаг 1: от ярлыка к конкретной ситуации
2	**К:** Утром. Открыла ноутбук и увидела курс английского — я его бросила на четвёртом уроке.	
3	**Т:** Насколько вы верите в эту мысль прямо сейчас, от 0 до 100? И что чувствуете — одним-двумя словами?	Шаг 1: шкалы — исходная точка, чтобы потом увидеть сдвиг
4	**К:** Девяносто. Стыд — где-то 70. И раздражение на себя.	
5	**Т:** Давайте соберём данные. Что вы начинали за последние год-два — и брошенное, и законченное? Я запишу в две колонки.	Шаг 1: вопрос, на который клиент может ответить. Терапевт не спорит и не подсказывает список
6	**К:** Курс бросила. Бег бросила. Ремонт в ванной закончила, хоть и на два месяца позже. Годовой отчёт сдала. Права получила — со второй попытки.	
7	**Т:** Я заметила, что про законченное вы каждый раз добавляете: «хоть и позже», «со второй попытки». Что для вас значат эти добавки?	Шаг 2: слушание — неожиданные слова клиента. Наблюдение подано как вопрос, а не как вывод
8	**К:** Ну… если с задержкой, то как будто не считается. Довести — это сразу и без сбоев.	Всплывает правило: «засчитывается только безупречное»
9	**Т:** Давайте я подытожу вашими словами, а вы поправите. Из пяти дел три вы закончили, два бросили. И законченное вы не засчитываете, если по дороге были задержки. Так?	Шаг 3: резюме словами клиента
10	**К:** Так. Когда вы говорите это вслух, звучит странно.	

№	Реплика	Шаг и что делает вопрос
11	**Т:** А чем, на ваш взгляд, законченные дела отличаются от брошенных?	Поиск закономерности: объяснение ищет клиент, а не терапевт
12	**К:** Законченные были для кого-то или со сроком. Ремонт — договорились с мужем, отчёт — дедлайн, права — нужны для работы. А курс и бег — только для себя, и никто не ждёт.	
13	**Т:** Как всё это сочетается с мыслью «я ничего не довожу до конца»? И насколько вы в неё верите сейчас?	Шаг 4: синтезирующий вопрос + повторная оценка
14	**К:** «Ничего» — неправда. Я довожу то, где есть срок или другой человек. Бросаю то, что только для себя. Верю… процентов на сорок. Стыд меньше, раздражение осталось — хочется с этим что-то сделать.	Клиент сам формулирует сбалансированный вывод. Эмоция снизилась, но не до нуля
15	**Т:** Что из этого можно проверить на этой неделе?	Переход к действию: «какой следующий шаг?»
16	**К:** Может, вернуться к курсу, но с внешним сроком — договориться с подругой заниматься вместе по вторникам. Посмотрю, сработает ли.	Гипотеза для поведенческого эксперимента (подробно — в выпуске 6)

Обратите внимание, чего здесь нет. Терапевт ни разу не сказал «это сверхобобщение» и не перечислил достижения Ланы. Самая сильная находка — правило «засчитывается только безупречное» и связь «довожу, когда есть внешний срок» — пришла от неё самой. Терапевт не мог её подсказать: он о ней не знал.

Как не надо

Та же ситуация в стиле «изменить мнение» (собирательно):

Пример **Т:** Но вы же закончили ремонт и сдали отчёт! Значит, мысль «ничего не довожу» иррациональна, это сверхобобщение. **К:** Да, но ремонт — это другое… и вообще с опозданием. **Т:** Опоздание не отменяет результата. Вы видите, что

ошибаетесь? **К:** Наверное... (Верит в мысль так же, как раньше, и теперь ещё стыдно, что «думает неправильно».)

Что здесь пошло не так:

- терапевт знает ответ заранее и «строит дело» (Padesky, 1993);
- вывод называет он сам — «предоставленное открытие» (Waltman, 2020);
- «да, но...» не исследуется, а продавливается, поэтому правило «засчитывается только безупречное» так и не всплыло;
- нет ни резюме, ни синтеза словами клиента;
- ярлык «иррационально» превращает разговор в спор о правоте.

Шпаргалка: что делает каждый вопрос

Функция	Пример
Конкретизировать	«Когда это было? Что вы увидели?»
Измерить	«Насколько верите, от 0 до 100? Насколько сильно чувство?»
Собрать данные	«Что вы начинали — и чем закончилось?»
Услышать слово	«Вы сказали "хоть и позже". Что это значит для вас?»
Подытожить	«Если я правильно поняла...»
Найти закономерность	«Чем одно отличается от другого?»
Синтезировать	«Как это сочетается с исходной мыслью?»
Перейти к действию	«Что можно проверить на этой неделе?»

Работает ли сократический метод: что известно на самом деле

Метод называют краеугольным камнем КПТ, но проверять его начали поздно, и данных пока мало.

Неудобный обзор

В 2015 году австралийские исследователи Гэвин Кларк и Сара Иган опубликовали обзор литературы о сократическом методе в КПТ. Вывод: метод описывают как важную часть КПТ, но эмпирических оснований для этого не собрано, и **прямых доказательств, что он**

полезен в КПТ, нет трактовка; Clark & Egan, 2015. Годом раньше в стенограмме экспертной панели с участием самой Падески признали нерешёнными даже определение сократического диалога и его цель документальный факт; Kazantzis et al., 2014.

Первые данные «за»

В том же 2015 году вышло исследование команды Дэниела Странка из Университета штата Огайо доказано исследованиями, одно наблюдательное исследование; Braun et al., 2015:

- 55 взрослых с большим депрессивным расстройством, 16 недель когнитивной терапии;
- видеозаписи первых трёх сессий оценивали независимые наблюдатели по специально созданной шкале из 5 пунктов (согласие наблюдателей ICC = 0,77; 1 означало бы полное согласие);
- терапевтами были четыре аспиранта с 1–2 годами клинического опыта.

Результат: после сессий, где терапевт задавал больше сократических вопросов, чем обычно для этого клиента, к следующей сессии симптомы депрессии снижались сильнее. Увеличение на одно стандартное отклонение соответствовало примерно на 1,5 балла меньшему результату по шкале депрессии BDI-II (её диапазон — от 0 до 63). Связь сохранялась при учёте терапевтического альянса (качества сотрудничества с терапевтом). А вот между клиентами разницы не нашли: у тех, с кем в среднем задавали больше вопросов, итог не был лучше.

Авторы сами перечисляют ограничения: без экспериментальной манипуляции причинность не доказать; изучены только ранние сессии; результаты относятся к когнитивной терапии депрессии; механизм — меняются ли от вопросов мысли или просто растёт вовлечённость — не проверяли документальный факт; Braun et al., 2015.

На той же выборке позже посмотрели, кому вопросы помогают больше. Связь со снижением симптомов была сильнее у тех, кто особенно мрачно прогнозировал будущее, и у тех, кто не принимал антидепрессанты; эффекты были малыми доказано исследованиями, одно исследование; Vittorio et al., 2021. Следующая работа той же группы, судя по названию, описывает изменение мыслей как посредника этого эффекта; её данные мы не открывали (не проверено; Vittorio et al., 2022, *Behaviour Research and Therapy, 150*, 104035 — открыта только библиографическая запись).

Эксперименты вне клиники

- В аналоговом эксперименте (то есть на модели терапии, а не в настоящей терапии) 144 человека смотрели видео «сессий». Сократическую подачу оценили выше дидактической (объясняющей): вопросы казались полезнее, сильнее ощущалась поддержка самостоятельности, больше было готовности выполнять задания. Часть

эффекта объяснялась альянсом и эмпатией
доказано исследованиями, аналоговое исследование; Heiniger et al., 2018.

- В онлайн-эксперименте на 69 участниках 15-минутная «сократическая» подача меняла распространённое иррациональное убеждение сильнее, чем контрольное чтение, но не сильнее, чем обычное объяснение (психообразование)
доказано исследованиями, малое аналоговое исследование; Harrison et al., 2018.

Что из этого следует

Утверждение	Что есть	Насколько твёрдо
Сократические вопросы связаны со снижением симптомов депрессии к следующей сессии	Braun et al., 2015	Одно наблюдательное исследование, 55 человек
Одним людям вопросы помогают больше, чем другим	Vittorio et al., 2021	Одно исследование, малые эффекты
Сократическая подача воспринимается лучше объясняющей	Heiniger et al., 2018	Аналог, не клиника
Сократическая подача меняет убеждение сильнее, чем объяснение	Harrison et al., 2018	Не подтвердилось в малом эксперименте
Прямых доказательств пользы метода в КПТ нет	Clark & Egan, 2015	Вывод обзора
Эксперты не согласны, обязателен ли метод	Clark & Egan, 2018	Опрос 15 экспертов

Честная формулировка: сократический диалог — общепринятый стиль КПТ с правдоподобным обоснованием и первыми обнадёживающими данными, но не доказанный «главный механизм» терапии **трактовка; по совокупности источников выше**.

Дневник мыслей: тот же диалог на бумаге

Бланк — это способ задать себе те же вопросы, когда терапевта рядом нет.

Падески пишет, что большинство рабочих листов «Mind Over Mood» проводят клиента через сократический диалог с самим собой **со слов автора; Padesky, 2019**. Дневник мыслей (thought record) — главный из них.

Откуда он взялся

- **1979.** В руководстве Бека и соавторов «Когнитивная терапия депрессии» появляется «Ежедневный журнал дисфункциональных мыслей» (Daily Record of Dysfunctional Thoughts) **документальный факт; Beck et al., 1979**. Обычно его описывают как пять колонок: ситуация, эмоции, автоматические мысли, рациональный ответ, результат. Этот состав мы даём по вторичным описаниям, книгу не открывали **не проверено**.
- **1983.** Падески делает 7-колоночный дневник и заменяет «рациональный ответ» на «альтернативную / сбалансированную мысль». По словам Падески и Гринбергера, Бек позже назвал формулировку «рациональный ответ» промахом: она грозила сделать когнитивную терапию похожей на догму **со слов автора; Padesky & Greenberger, 2020, цит. по Psychology Tools**.
- **1995 и 2016.** Первое и второе издания «Mind Over Mood» Гринбергера и Падески, книги для самопомощи, где дневник мыслей — центральный инструмент **документальный факт; Guilford Press**.

Миф и как на самом деле **Миф:** есть один «правильный» бланк дневника мыслей от Бека. **Как на самом деле:** исследователи собрали 110 разных бланков из классических книг по КПТ и от сертифицированных КПТ-терапевтов. Они сводились к 55 уникальным комбинациям элементов: практики используют гораздо больше вариантов, чем описано в учебниках **доказано исследованиями, обзор бланков; Waltman et al., 2019**. Какой вариант лучше для какой проблемы, пока не изучено.

Из чего он состоит

Большинство вариантов включают пять базовых элементов: ситуацию, которая вызвала переживание; названные эмоции; автоматические мысли; альтернативную, более адаптивную мысль; оценку результата — насколько изменилось переживание **клинический консенсус; Erhardt et al., 2022**.

Семиколоночный вариант раскладывает это подробнее. Ниже — логика колонок своими словами **клинический консенсус; по описаниям Padesky & Greenberger, цит. по Psychology Tools**; оформление и тексты бланков из книг защищены авторским правом, поэтому мы их не воспроизводим.

Колонка	Что в ней	Подсказка
1. Ситуация	Что, где, когда, с кем	Как запись камеры: без оценок
2. Эмоции	Каждая одним словом и с силой от 0 до 100	«Тревога 85», а не «мне плохо»
3. Автоматические мысли	Всё, что пронеслось в голове; выделить «горячую»	«Горячая» — та, что сильнее всего связана с эмоцией
4. Факты «за»	Что подтверждает «горячую» мысль	Только наблюдаемое, не интерпретации
5. Факты «против»	Что не вписывается в «горячую» мысль	Факты, а не утешения
6. Сбалансированная мысль	Вывод, который вмещает обе колонки; вера от 0 до 100 %	Часто через «и»: «правки есть, и это не значит, что я некомпетентна»
7. Эмоции сейчас	Повторная оценка тех же эмоций	Сравнить с колонкой 2

Чем 7 колонок отличаются от 5: факты «за» и «против» вынесены в отдельные колонки, а «рациональный ответ» стал «сбалансированной мыслью» **клинический консенсус; Psychology Tools, по Padesky & Greenberger, 2020**. Для первых недель часто используют короткие формы из трёх колонок (ситуация — эмоция — мысль): сначала научиться замечать, потом проверять **клинический консенсус**.

Как пользоваться шкалами

- **Силу эмоции** оценивают, чтобы получить исходную точку для измерения изменений **клинический консенсус; Psychology Tools**. В КПТ для этого обычно используют шкалу от 0 до 100.
- **Веру в новую мысль** оценивают от 0 до 100 % **клинический консенсус; Psychology Tools**.
- **Порядок.** В современных бланках эмоции часто называют и оценивают **до** автоматических мыслей: от сильного чувства легче выйти на «горячую» мысль **клинический консенсус; Psychology Tools**.
- **Чего ожидать.** При удачной работе типичный сдвиг — 10–50 % **клинический консенсус; Psychology Tools со ссылкой на Padesky & Greenberger, 2020, и Waltman et al., 2021**

. Цель — облегчение, а не ноль эмоций.

- **Если почти ничего не изменилось,** возможные причины такие: разбор был поверхностным или слишком директивным; новая мысль недостаточно убедительна; осталась другая тяжёлая мысль; исходная мысль отражает глубинное убеждение, с которым нужна более глубокая работа **клинический консенсус; Psychology Tools**.

Приложения: записывать — не то же самое, что перерабатывать

В обзоре 2022 года исследователи нашли 246 приложений по ключевым словам и отобрали 36, которые подходили под описание инструментов когнитивной реструктуризации. У 21 из них не оказалось шага, где пишут альтернативную мысль: они только фиксировали ситуацию, эмоции или мысли. Из 15 приложений, которые дошли до анализа, все пять базовых элементов были у 7. Исследований, которые напрямую проверяли бы пользу этих приложений, авторы не нашли **доказано исследованиями, обзор приложений; Erhardt et al., 2022**.

Практический вывод: если в приложении нет шага, где вы проверяете мысль и формулируете новую, это дневник настроения, а не дневник мыслей.

Заполненный дневник: «Обсудим завтра в 10»

Собирательный пример по логике 7 колонок, с разбором и частыми ошибками.

Мира, 32 года, работает в маркетинге (собирательный пример). Она отправила руководителю квартальный отчёт. Через час пришёл ответ: «Обсудим завтра в 10». Без «спасибо», без смайлика.

Колонка	Запись Миры
1. Ситуация	Вторник, 16:40, рабочее место. Отправила квартальный отчёт. Ответ руководителя через час: «Обсудим завтра в 10».
2. Эмоции (0–100)	Тревога — 85 · Стыд — 60 · Раздражение на себя — 40
3. Автоматические мысли	«Ему не понравилось». · «Я опять что-то упустила». · **«Я провалила отчёт, и теперь он считает меня некомпетентной» (вера 90 %)** — «горячая». · «Если так пойдёт дальше, меня уволят».
4. Факты «за»	Ответ короткий, без «спасибо», хотя обычно он благодарит. · В прошлом месяце он вернул мою презентацию с правками. · В отчёте был раздел, в котором я не была уверена.
5. Факты «против»	Он назначает встречу по каждому квартальному отчёту — и мне, и коллегам. · Две недели назад он сам предложил мне вести новый проект. · В прошлом месяце правки касались одного слайда из тридцати. · Короткие ответы он пишет с телефона между встречами. · «Обсудим» — это не оценка; о чём будет разговор, я пока не знаю. · Если бы такой ответ пришёл подруге, я бы сказала ей: «Это просто приглашение на встречу».
6. Сбалансированная мысль (вера 0–100 %)	«Короткий ответ значит, что разговор будет, но не значит, что отчёт провален. Возможно, будут вопросы или правки по разделу, в котором я не уверена; правки — обычная часть работы, а не приговор моей компетентности. Завтра я узнаю конкретику» — **75 %**
7. Эмоции сейчас	Тревога — 45 · Стыд — 20 · Раздражение на себя — 15 · Вера в «горячую» мысль — 35 %

После записи. Мира готовит к встрече три вопроса по разделу, в котором не уверена. И ставит маленький эксперимент: в начале встречи спрашивает, что для руководителя главное в отчёте, и записывает, что ей ответили на самом деле. До встречи она записывает предсказание: «скажет, что всё плохо» — вера 60 %. Так дневник превращается в проверку в жизни; о поведенческих экспериментах подробно — в выпуске 6.

Что здесь сделано правильно

- **Эмоции названы до мыслей** — одним словом и с оценкой.
- **«Горячая» мысль — не первая, а самая заряженная:** про некомпетентность, а не «ему не понравилось».
- **Колонка «за» заполнена честно.** Без неё сбалансированная мысль звучала бы как самоуговор.
- **Колонка «против» — факты, а не утешения.** Не «всё будет хорошо», а «он назначает встречи по каждому отчёту». Последний пункт — «двойной стандарт» (о нём ниже).
- **Сбалансированная мысль признаёт вероятные правки.** «Я молодец, отчёт идеальный» было бы позитивным мышлением — и хрупким.
- **Эмоции снизились, но не до нуля** (тревога 85 → 45). Тревога перед разговором с руководителем — нормальна.
- **Финал — действие,** а не только вывод на бумаге.

Частые ошибки при заполнении

Ошибка	Как выглядит	Как лучше
Эмоция вместо мысли	«Мысль: мне тревожно»	Эмоция — в колонку 2; мысль — то, что я себе говорю: «меня уволят»
Вопрос вместо мысли	«А вдруг ему не понравилось?»	Переформулировать в утверждение и оценить веру: «Ему не понравилось» — 70 %
Интерпретация в колонке «за»	«Он меня не уважает»	Только наблюдаемое: «ответ без "спасибо"»
Утешение в колонке «против»	«Всё будет хорошо»	Факт: «он назначает встречи по каждому отчёту»
Позитивная мысль вместо сбалансированной	«Я лучший специалист отдела»	Вывод, который учитывает обе колонки
Цель — ноль эмоций	«Не сработало, тревога осталась»	Снижение на 10–50 % — уже результат
Запись «потом, вечером»	Через сутки детали стёрлись	Колонки 1–3 записать сразу, остальное позже

Почему вопрос надо переформулировать: мысли-вопросы («а вдруг?») плохо поддаются проверке фактами, поэтому их сначала превращают в утверждение **клинический консенсус; Psychology Tools, «What to Try When CBT Thought Records Don't Work»**.

КПТ — это не позитивное мышление

Цель — точная мысль, а не приятная. И иногда точная мысль подтверждает, что проблема настоящая.

Когда люди слышат «КПТ работает с мыслями», они часто понимают это как «замени плохие мысли хорошими». Это не так.

	Когнитивная реструктуризация	**Позитивное мышление и аффирмац**
Цель	Точность и полезность мысли	Хорошее самочувствие
Отношение к негативному	Проверяется; может оказаться частично верным	Заменяется или игнорируется
Результат	Сбалансированная мысль, учитывающая обе колонки	Позитивное утверждение
Кто формулирует	Сам человек, из своих данных	Часто готовая фраза извне

Эксперимент с аффирмациями

В 2009 году психолог Джоанн Вуд и коллеги провели серию экспериментов с фразой «Я достойный любви человек» (I'm a lovable person). У людей с низкой самооценкой повторение этой фразы — или размышление о том, почему она верна, — давало **худшее** настроение, чем отсутствие фразы или вариант, где думали и о том, чем она верна, и о том, чем нет. У людей с высокой самооценкой настроение улучшалось, но лишь немного. Авторы заключают, что позитивные самоутверждения помогают одним и могут давать обратный эффект у тех, кому, казалось бы, нужны больше всего **доказано исследованиями; Wood et al., 2009**.

Оговорка: это лабораторные эксперименты на неклинических выборках. Из них нельзя вывести, что аффирмации вредны всем. Но они хорошо показывают, почему КПТ не строится на позитивных фразах. Уолтман формулирует то же из клинической практики: чисто позитивные переформулировки хрупкие, если не соответствуют реальной жизни человека **со слов автора; Waltman, 2020**.

Миф и как на самом деле **Миф:** в КПТ негативные мысли заменяют позитивными. **Как на самом деле:** цель — сбалансированная мысль, которая учитывает факты обеих сторон. Сам Бек, по словам Падески и Гринбергера, считал даже слово «рациональный» в бланке промахом: терапия не должна выглядеть как набор «правильных» мыслей **со слов автора; Padesky & Greenberger, 2020, цит. по Psychology Tools**.

А если мысль правдива?

Сбалансированная мысль — не всегда «мягче». Если факты подтверждают проблему (человек действительно сталкивается с несправедливостью, угрозой, дискриминацией или насилием), реструктуризация не должна превращаться в «вам кажется». Тогда разговор переходит к решению проблем: что можно сделать, кто может помочь, что нужно для безопасности **клинический консенсус**. Неумелое «оспаривание» рискует прозвучать как «вы неправильно думаете» — это инвалидация, то есть обесценивание переживания **клинический консенсус; Waltman, 2020**.

Инструменты для оценки мысли

Короткий набор техник, которые терапевт подбирает к ситуации. Не все сразу и не все — для самостоятельной работы.

«Двойной стандарт»

Большинство людей судят себя строже, чем близкого друга в той же ситуации. Терапевт показывает этот разрыв: «Вы сказали бы это подруге?» **со слов автора; Burns, 2018**.

Дэвид Бернс, автор «Feeling Good», рассказывает, что увидел технику в 1970-х, во время резидентуры в Пенсильванском университете, у доктора Молтсби (Maultsby), и затем модифицировал её **со слов автора; Burns, 2018**. Поэтому корректно говорить, что Бернс популяризировал технику, а не изобрёл её.

У Бернса есть **парадоксальная версия:** терапевт играет друга клиента и описывает его проблему как свою; клиент отвечает с сочувствием, которого себе не даёт; затем они проверяют, правдив ли этот ответ, и клиент его записывает. По словам Бернса, техника работает при хорошей эмпатии и если двойной стандарт у человека действительно есть, и редко срабатывает у тех, кто ненавидит и себя, и других людей **со слов автора; Burns, 2018**.

Альтернативные объяснения

«Как ещё это можно объяснить? Если бы это случилось с другом, как бы вы это объяснили?» Человек перечисляет три–пять версий и, если нужно, оценивает вероятность каждой **клинический консенсус**.

Пример Подруга не ответила на сообщение. Первая мысль: «Она на меня обиделась». Другие объяснения: занята на работе; прочитала и забыла; ждёт, когда будет время ответить подробно; у неё что-то случилось. Ни одно из них пока не доказано — и первое тоже.

Декатастрофизация

«А что, если случится худшее?» Термин связывают с Альбертом Эллисом и его понятием катастрофизации, а технику развивали и в когнитивной терапии Бека **не проверено; по вторичному источнику**. Шаги **клинический консенсус**:

1. Назвать худший сценарий конкретно.
2. Оценить, насколько он вероятен.
3. «Если это случится — как я справлюсь? Кто и что поможет? Как это будет выглядеть через неделю, месяц, год?»
4. Назвать лучший и самый вероятный сценарий.
5. Составить план на самый вероятный.

Ограничение: при генерализованном тревожном расстройстве разбор содержания одной тревоги часто запускает следующую, поэтому там больше работают с самим процессом беспокойства **клинический консенсус; Psychology Tools**.

«Стрелка вниз»

Техника, чтобы найти убеждение под автоматической мыслью **клинический консенсус; Neenan & Dryden**:

1. Взять автоматическую мысль.
2. Временно принять её как истинную. Её не оспаривают по ходу, иначе глубинное убеждение не всплывёт.
3. Спросить: «Если это правда, что это значит для меня? Что в этом самого плохого?»
4. Повторять, пока ответ не станет общим утверждением о себе, других или мире.
5. Затем работать с каждым звеном.

Впервые технику упоминают Бек и соавторы (1979), а развил её Бернс в «Feeling Good» (1980) (документальный факт; Wenzel, 2012, в кн. *Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy*, InTech). Сам Бернс называет свой вариант «Individual Downward Arrow Technique» и пишет, что разработал его **со слов автора; Burns, блог Feeling Good, 2017**. Что в «Feeling Good» она названа «вертикальной стрелкой», мы по тексту книги не сверяли **не проверено**.

Важно «Стрелка вниз» быстро выводит на болезненное ядро, например «я никчёмная». В терапии её делают в безопасной рамке и оставляют время, чтобы завершить разговор. Это не упражнение, которое стоит доводить до конца в одиночку.

Пирог ответственности

Когда человек винит себя «на все сто», его просят перечислить **все** факторы, повлиявшие на исход: других людей, обстоятельства, случай, информацию, которой тогда не было. Каждому фактору отводят долю круга, а **свою долю вписывают последней**. Потом обсуждают, что получилось, и переоценивают свою ответственность клинический консенсус; Psychology Tools. Корни техники — в когнитивной терапии обсессивно-компульсивного расстройства, где завышенное чувство ответственности считается одним из ключевых механизмов документальный факт; van Oppen & Arntz, 1994. Кто придумал сам «пирог», мы установить не смогли.

Цель — реалистичная доля ответственности, а не нулевая: законная ответственность не снимается клинический консенсус; Psychology Tools.

Пример Сорвался рабочий проект, и руководитель проекта думает: «Это целиком моя вина, 100 %». В круге появляются: поставщик, задержавший данные; изменившиеся требования заказчика; болезнь ключевого сотрудника; сжатый срок, установленный сверху; её собственное решение не поднять тревогу раньше. Своя доля в конце — скажем, 25 %. Это не «я ни при чём», а «моя часть — вот эта, и с ней можно работать». Пирог ответственности в темах утраты, травмы или насилия — работа только с терапевтом.

Континуум

Убеждения вроде «я неудачница» живут в чёрно-белом мире: либо неудачница, либо идеальная. Континуум превращает это в шкалу, на которой появляется место для сомнения клинический консенсус; James & Barton, 2004. Человек сам называет полюса — часто это линия длиной около 10 см клинический консенсус; James & Barton, 2004.

Падески предлагает несколько ходов со слов автора; Padesky, 1994:

- оценивать себя по шкале **нового**, желаемого убеждения (например, 0–100 % «я достойна любви»), а не старого — тогда любой сдвиг заметнее;
- **критериальный континуум:** разбить общее понятие («успешный человек») на конкретные качества и оценить каждое — часто оказывается, что правила человека не дают ему подняться выше нуля;

- **журнал позитивных данных:** ежедневно записывать даже мелкие наблюдения в пользу новой схемы; на это может понадобиться не меньше полугода;
- **исторический тест:** собрать доказательства за и против убеждения по периодам жизни.

Континуум и работа с глубинными убеждениями — следующий уровень после работы с автоматическими мыслями. Её делают после концептуализации случая и при стабильном состоянии человека **клинический консенсус; James & Barton, 2004**.

Нужно ли вообще спорить с мыслями?

Самый неудобный вопрос темы — и ответ, возможно, в том, что остаётся после терапии.

«Понимаю головой, но не чувствую»

Частая жалоба: логично, а тревога та же. Психолог Джеймс Беннет-Леви попросил терапевтов-стажёров попробовать на себе дневники мыслей и поведенческие эксперименты. Эксперименты они оценили как более сильные и убедительные для изменения убеждений. Объяснение автора опирается на модель взаимодействующих когнитивных подсистем (Тисдейл и Барнард): дневник больше работает на уровне «понимаю», действие — на уровне «чувствую» **доказано исследованиями, одно небольшое исследование на стажёрах; Bennett-Levy, 2003**. Отсюда практика: дневник мыслей заканчивается вопросом «как это проверить в жизни?». Есть сообщения, что в эксперименте на неклинической выборке поведенческий эксперимент менял убеждение сразу, а дневник — только через неделю, но первоисточник мы не открывали **не проверено; McManus et al., 2012**.

Компонентное исследование 1996 года

Нил Джейкобсон и коллеги случайным образом распределили 150 амбулаторных пациентов с большой депрессией в три группы **доказано исследованиями, РКИ; Jacobson et al., 1996**:

1. только **поведенческая активация** — работа с действиями и расписанием дня;
2. поведенческая активация + навыки работы с автоматическими мыслями;
3. полная когнитивная терапия, включая работу с глубинными убеждениями.

Полная терапия не оказалась лучше ни сразу после лечения, ни через 6 месяцев. Поведенческая активация без работы с мыслями меняла негативное мышление так же эффективно, как полная когнитивная терапия. Деталь, которая придаёт результату вес: все группы вели четыре опытных когнитивных терапевта, и авторы отмечают явный перевес симпатий в пользу когнитивной терапии **документальный факт; Jacobson et al., 1996**.

Ограничение: это одно испытание при депрессии; на все расстройства его не переносят.

Критический обзор

В 2007 году Ричард Лонгмор и Майкл Уоррелл опубликовали обзор с прямым названием «Нужно ли оспаривать мысли в когнитивно-поведенческой терапии?». Их вывод: компонентные исследования почти не показывают, что когнитивные вмешательства добавляют пользы, а данных о том, что именно изменение мыслей вызывает улучшение, мало **трактовка; Longmore & Worrell, 2007**. Это позиция, которую оспаривали; спор продолжается.

Довод с другой стороны

Дэниел Странк и коллеги наблюдали 35 человек, которые ответили на когнитивную терапию депрессии. Меньший риск рецидива в следующем году предсказывали навыки когнитивной терапии и признаки того, что человек самостоятельно применяет её принципы. Это держалось при учёте тяжести симптомов в конце лечения. Общая самооценка (self-esteem) риск рецидива не предсказывала **доказано исследованиями, малая выборка; Strunk et al., 2007**.

Итог

КПТ при депрессии в целом работает: в метаанализе 409 испытаний (52 702 пациента) эффект против контрольных условий g = 0,79; по сравнению с другими полноценными психотерапиями разница почти нулевая, g = 0,06 **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2023**. Какой вклад вносит именно работа с мыслями — вопрос открытый **трактовка; Jacobson et al., 1996; Longmore & Worrell, 2007**. Возможно, ценность когнитивных техник не столько в том, чтобы быстрее снять симптомы, сколько в навыке, который остаётся после терапии **трактовка; по Strunk et al., 2007**. Это перекликается с мыслью Падески 1993 года: терапия учит способам находить решения.

> Миф и как на самом деле **Миф:** доказано, что сократические вопросы и оспаривание мыслей — главный механизм КПТ. **Как на самом деле:** есть первые данные о связи вопросов с улучшением (Braun et al., 2015), но прямых доказательств мало (Clark & Egan, 2015), а компонентные исследования при депрессии не показали преимущества когнитивной части (Jacobson et al., 1996; Longmore & Worrell, 2007).

Домашние задания: что происходит между сессиями

Если дневник мыслей — это диалог без терапевта, то делается он между встречами. И здесь данные довольно устойчивые.

Исследование	Что вошло	Что нашли
Kazantzis et al., 2000	27 исследований, 1702 участника	Эффект домашних заданий на исход r = 0,36; связь выполнения с исходом r = 0,22
Mausbach et al., 2010	23 исследования, 2183 участника	Связь выполнения с исходом r = 0,26 (95 % ДИ 0,19–0,33), одинаково при депрессии и тревоге; величина зависела от того, как измеряли выполнение
Kazantzis et al., 2016	17 исследований, 2312 клиентов	Количество выполненного: g = 0,79 после терапии (15 исследований), g = 0,51 в катамнезе (7). Качество выполнения: g = 0,78 после терапии и g = 1,07 в катамнезе — но только по 3 исследованиям, с очень широкими доверительными интервалами

Все три — метаанализы **доказано исследованиями; Kazantzis et al., 2000; Mausbach et al., 2010; Kazantzis et al., 2016**.
Коэффициент r показывает силу связи (0 — нет связи, 1 — полная), g — размер разницы (0,2 обычно считают малым, 0,5 — средним, 0,8 — большим). Важная оговорка: это в основном корреляции. Возможно, лучше выполняют задания те, кому и так становится лучше.

Практический вывод: важно не только «сдал или не сдал», но и **как** сделано — понял ли человек процесс. Поэтому в КПТ домашнее задание разбирают в начале следующей встречи **клинический консенсус**.

Каким бывает хорошее домашнее задание **клинический консенсус**: придумано вместе; связано с целью сессии; конкретно — когда, где, сколько; начато пробно ещё на сессии; препятствия обсуждены заранее; невыполненное задание — тоже данные, а не провал.

Границы метода и как узнать хорошего КПТ-терапевта

Дневник мыслей — сильный инструмент, но не универсальный, и не замена помощи.

Когда метод нужно адаптировать или дополнять

- **Когнитивная нагрузка.** Дневник требует письма, концентрации, абстрактного мышления. При тяжёлой депрессии, у детей, при когнитивных нарушениях его

упрощают (три колонки, устно, голосом) или начинают с поведенческой активации клинический консенсус.

- **Не все мысли проверяемы.** Вопросы («а вдруг?»), утверждения о чувствах, общие истины плохо подходят для разбора доказательств; их сначала переформулируют клинический консенсус; Psychology Tools.
- **Реальные проблемы.** Если мысль верна, нужна не реструктуризация, а решение проблем, безопасность и валидация клинический консенсус.
- **Разрыв «голова — сердце».** Помогают поведенческие эксперименты, работа с образами, внимание к тону внутреннего голоса клинический консенсус; Psychology Tools.
- **Культурный контекст.** Там, где от специалиста привыкли ждать совета («скажите, как правильно»), вопросы могут восприниматься как уклонение. Полезно прямо объяснять, зачем терапевт спрашивает: вывод, к которому человек пришёл сам, обычно держится лучше подсказанного трактовка; наблюдение автора конспекта, источников не собирали.
- **Другие подходы.** Терапии третьей волны (ACT, метакогнитивная терапия) предлагают не проверять содержание мысли, а менять отношение к мыслям или работать с процессом беспокойства; о них — в выпуске 13 клинический консенсус.

Важно Дневник мыслей не заменяет очную помощь. Если мысли тяжёлые, возвращаются каждый день, мешают работать и жить, или среди них есть мысли о том, чтобы не жить, — это повод обратиться к психотерапевту или психиатру, а не к бланку. См. раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Как понять, что КПТ-терапевт работает в духе метода

Ориентиры — из описаний метода и рамки компетенций клинический консенсус; Padesky, 1993; UCL CORE:

- больше спрашивает, чем объясняет;
- подытоживает вашими словами и просит поправить;
- не говорит «вы думаете неправильно» и не спорит;
- не торопится к выводу и даёт вам сформулировать новую мысль самим;
- заканчивает разговор вопросом о следующем шаге или проверке в жизни.

Тревожные признаки — когда с вами спорят, читают лекцию или ведут к заранее известному ответу. Рамка компетенций КПТ прямо говорит избегать спора, убеждения, «лекций» и «перекрёстного допроса» и создавать сомнение вместо уверенности клинический консенсус; UCL CORE.

Мифы: короткая проверка

Все мифы из текста в одной таблице.

Миф	Как на самом деле	Метка
КПТ — это заменить негативные мысли позитивными	Цель — точная, сбалансированная мысль; у людей с низкой самооценкой аффирмации в экспериментах ухудшали настроение	**Доказано исследованиями (лабораторные эксперименты)**
Сократический метод — задавать вопросы, пока клиент не признает, что неправ	Это «изменить мнение»; в управляемом открытии терапевт не знает ответа заранее	**Со слов автора (Padesky, 1993)**
Хороший дневник мыслей убирает эмоцию до нуля	Типичный сдвиг — 10–50 %	**Клинический консенсус**
Есть один правильный бланк от Бека	Собрано 110 разных бланков, 55 комбинаций элементов	**Доказано исследованиями (обзор)**
Приложение-дневник — это и есть КПТ	У 21 из 36 «инструментов реструктуризации» нет шага альтернативной мысли; пользу не исследовали	**Доказано исследованиями (обзор)**
Доказано, что вопросы и оспаривание мыслей — главный механизм КПТ	Данные предварительные, компонентные исследования неоднозначны	**Трактовка**
Домашние задания — формальность	Количество и качество выполнения связаны с результатом	**Доказано исследованиями (метаанализы, корреляции)**
Понял головой — значит, сработало	Разрыв «голова — сердце» частый; эксперименты переживаются как более убедительные	**Доказано исследованиями (одно малое исследование)**
Пирог ответственности нужен, чтобы перестать себя винить	Цель — реалистичная доля ответственности, не нулевая	**Клинический консенсус**

Миф	Как на самом деле	Метка
«Двойной стандарт» изобрёл Бернс	По его словам, он увидел технику у доктора Молтсби и модифицировал её	**Со слов автора (Burns, 2018)**

Проверьте себя

1. **Чем «изменить мнение» отличается от «направить открытие»?** В первом терапевт знает ответ и подводит к нему; во втором искренне не знает, и вывод формулирует сам человек.
2. **Назовите четыре шага модели Падески.** Информационные вопросы, слушание, резюме, синтезирующий вопрос.
3. **Что показало исследование Брауна и коллег (2015) и почему это не доказательство причины?** После сессий с бóльшим числом сократических вопросов симптомы депрессии к следующей встрече снижались сильнее, даже с учётом альянса. Но это одно наблюдательное исследование на 55 пациентах без экспериментальной манипуляции.
4. **Чем 7-колоночный дневник отличается от 5-колоночного?** Факты «за» и «против» «горячей» мысли вынесены в отдельные колонки, а «рациональный ответ» заменён «сбалансированной мыслью».
5. **Тревога была 85, после дневника стала 50. Это провал?** Нет. Типичный сдвиг при удачной работе — 10–50 %; цель — облегчение, а не ноль.
6. **Почему в «стрелке вниз» мысль не оспаривают по ходу?** Иначе глубинное убеждение не всплывёт.
7. **Что показал компонентный анализ Джейкобсона (1996)?** Поведенческая активация без работы с мыслями дала столько же, сколько полная когнитивная терапия, и так же меняла негативное мышление.
8. **Какой довод в пользу когнитивных навыков дают данные Странка (2007)?** У тех, кто освоил навыки и применял их сам, риск рецидива в следующем году был ниже.

Что запомнить

- Сократический диалог — это любопытство, а не спор: вопросы, на которые человек может ответить, внимательное слушание, резюме его словами и вопрос, который связывает всё с исходной мыслью.

- Дневник мыслей — тот же диалог на бумаге. Эмоции называют до мыслей, колонку «за» заполняют честно, в колонку «против» пишут факты, а не утешения.
- Сбалансированная мысль — не позитивная. Если факты подтверждают проблему, нужно решать проблему.
- Снижение эмоции на 10–50 % — уже результат.
- Наука честно говорит: КПТ в целом работает, а вклад отдельных когнитивных техник ещё выясняют. Самый сильный довод за них — навык, который остаётся после терапии и связан с меньшим риском рецидива.
- Дневник мыслей заканчивается действием: следующий шаг — проверить вывод в жизни (выпуск 6).
- Тяжёлые, ежедневные мысли или мысли о том, чтобы не жить, — повод обратиться к специалисту, а не к бланку.

Источники

1. Padesky, C. A. (1993). Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery? Пленарный доклад, European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Лондон, 24 сентября 1993. Страница публикаций автора: https://www.padesky.com/clinical-corner/
2. Padesky, C. A. (2019). Action, Dialogue & Discovery: Reflections on Socratic Questioning 25 Years Later. Доклад, Ninth World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Берлин, 18 июля 2019. Страница публикаций автора: https://www.padesky.com/clinical-corner/
3. Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 1*(5), 267–278.
4. 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://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4449800
5. Vittorio, L. N., Braun, J. D., Cheavens, J. S., & Strunk, D. R. (2021). Cognitive bias and medication use moderate the relation of Socratic questioning and symptom change in cognitive behavioral therapy of depression. *Cognitive Therapy and Research, 45*(6). https://doi.org/10.1007/s10608-021-10224-6
6. Vittorio, L. N., Murphy, S. T., Braun, J. D., & Strunk, D. R. (2022). Using Socratic Questioning to promote cognitive change and achieve depressive symptom reduction: Evidence of cognitive change as a mediator. *Behaviour Research and Therapy, 150*, 104035. https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104035

7. Clark, G. I., & Egan, S. J. (2015). The Socratic Method in cognitive behavioural therapy: A narrative review. *Cognitive Therapy and Research, 39*(6), 863–879. https://doi.org/10.1007/s10608-015-9707-3
8. Clark, G., & Egan, S. (2018). Clarifying the role of the Socratic method in CBT: A survey of expert opinion. *International Journal of Cognitive Therapy, 11*(2), 184–199. https://doi.org/10.1007/s41811-018-0016-y
9. Heiniger, L., Clark, G., & Egan, S. (2018). Perceptions of Socratic and non-Socratic presentation of information in cognitive behaviour therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 58*, 106–113. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.09.004
10. Harrison, L., Clark, G., Rock, A., & Egan, S. (2018). The impact of information presentation style on belief change: An experimental investigation of a Socratic Method analogue. *Clinical Psychologist*. https://espace.curtin.edu.au/handle/20.500.11937/72175
11. Kazantzis, N., Fairburn, C. G., Padesky, C. A., Reinecke, M., & Teesson, M. (2014). Unresolved issues regarding the research and practice of cognitive behavior therapy: The case of guided discovery using Socratic questioning. *Behaviour Change, 31*(1), 1–17. https://doi.org/10.1017/bec.2013.29
12. Waltman, S. H. (2020). Rethinking how we teach Socratic questioning. *Psychotherapy Bulletin, 55*(4), 18–21. https://societyforpsychotherapy.org/rethinking-how-we-teach-socratic-questioning-554/
13. UCL CORE. CBT Competences Framework: Guided Discovery and Socratic Questioning (Roth & Pilling). https://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/CBT_Competences/Specific_Competences/Guided_Discovery.pdf
14. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.* Guilford Press.
15. Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2016). *Mind Over Mood* (2nd ed.). Guilford Press. https://www.guilford.com/books/Mind-Over-Mood/Greenberger-Padesky/9781462520428
16. Psychology Tools. Thought Records in CBT: 10 Things Therapists Need to Know (пересказ Padesky & Greenberger, 2020, *The Clinician's Guide to CBT Using Mind Over Mood*, 2nd ed.). https://www.psychologytools.com/articles/thought-records-in-cbt-10-things-therapists-need-to-know
17. Psychology Tools. What to Try When CBT Thought Records Don't Work. https://www.psychologytools.com/articles/what-to-try-when-the-cbt-thought-records-dont-work
18. Psychology Tools. Pie Chart — Responsibility. https://www.psychologytools.com/resource/pie-chart-responsibility
19. Waltman, S. H., Frankel, S. A., Hall, B. C., Williston, M. A., & Jager-Hyman, S. (2019). Review and analysis of thought records: Creating a coding system. *Current Psychiatry Research and Reviews, 15*(1), 11–19. https://doi.org/10.2174/1573400515666190123130725

20. Erhardt, D., Bunyi, J., Dodge-Rice, Z., Neary, M., & Schueller, S. M. (2022). Digitized thought records: A practitioner-focused review of cognitive restructuring apps. *The Cognitive Behaviour Therapist, 15*, e39. https://doi.org/10.1017/S1754470X22000320

21. Bennett-Levy, J. (2003). Mechanisms of change in cognitive therapy: The case of automatic thought records and behavioural experiments. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*(3), 261–277. https://doi.org/10.1017/S1352465803003035

22. McManus, F., Van Doorn, K., & Yiend, J. (2012). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*(1), 540–547.

23. James, I. A., & Barton, S. (2004). Changing core beliefs with the continuum technique. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 431–442. https://doi.org/10.1017/S1352465804001614

24. van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32*(1), 79–87.

25. Burns, D. D. (2018, 16 апреля). 084: Paradoxical Double Standard Technique. Feeling Good Podcast. https://feelinggood.com/2018/04/16/084-paradoxical-double-standard-technique/

26. Neenan, M., & Dryden, W. Challenging thought: downward arrow procedure. Глава в книге издательства Routledge. https://www.taylorfrancis.com/chapters/mono/10.4324/9781315762470-91/challenging-thought-downward-arrow-procedure-michael-neenan-windy-dryden

27. 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://commons.clarku.edu/faculty_psychology/137

28. Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*(2), 173–187.

29. Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W. M., & Alvarez, J. (2007). Patients' competence in and performance of cognitive therapy skills: Relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(4), 523–530. https://vivo.weill.cornell.edu/display/pubid17663607

30. Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry, 22*(1), 105–115. https://doi.org/10.1002/wps.21069

31. Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(2), 189–202. https://ro.uow.edu.au/hbspapers/2582

52. Mausbach, B. T., et al. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updated meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research, 34*(5), 429–438. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20930925/

53. 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

54. Wood, J. V., Perunovic, W. Q. E., & Lee, J. W. (2009). Positive self-statements: Power for some, peril for others. *Psychological Science, 20*, 860–866.

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.