КПТ при бессоннице, РПП, зависимостях и психозе

Как КПТ ищет «двигатель» четырёх очень разных проблем и что говорят данные о том, насколько это помогает

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

18 глав ~49 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

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

Коротко: главное

- **У каждой проблемы свой «двигатель».** КПТ не применяет одну и ту же схему ко всему. При бессоннице она ищет, что поддерживает плохой сон, при расстройствах пищевого поведения — на чём держится самооценка, при зависимостях — что происходит после первого эпизода, при психозе — как человек объясняет себе свои необычные переживания.
- **Самые сильные данные — у КПТ бессонницы (CBT-I).** Американские терапевты (2016), американские сомнологи (2021) и европейское руководство (2023) называют её первой линией лечения хронической бессонницы, то есть тем, с чего начинать.
- **Гигиена сна в одиночку бессонницу не лечит.** Советы про кофе, шторы и телефон полезны как фон, но американские сомнологи рекомендуют не использовать их как единственное лечение, а европейское руководство пишет, что сама по себе гигиена сна доказательным лечением не является.
- **CBT-I почти не прибавляет часов сна.** Её главный эффект в другом: человек быстрее засыпает, меньше лежит без сна посреди ночи и меньше страдает от бессонницы. Общее время сна в метаанализе выросло всего на 7,6 минуты, и даже это статистически не надёжно.
- **Расстройства пищевого поведения (РПП) — не про силу воли и не про цифру на весах.** По модели Кристофера Фэйрберна, в их основе — самооценка, которая держится в основном на фигуре, весе и контроле над едой. Британские рекомендации прямо запрещают решать, лечить ли человека, по одному показателю вроде индекса массы тела.

- **Один эпизод — ещё не срыв.** В модели Алана Марлатта исход зависит не столько от самого эпизода употребления, сколько от того, как человек его толкует: «ошибка, возвращаюсь к плану» или «всё пропало».
- **КПТ при зависимостях работает, но не лучше других проверенных методов.** Она явно лучше отсутствия лечения; против других специфических методов разницы нет.
- **КПТ при психозе не спорит с голосами.** Её цель — снизить страдание и помочь жить, а не «переубедить». Эффект на симптомы малый, и о его размере в науке идёт настоящий спор. Это всегда часть помощи вместе с психиатром, а не замена лекарствам.

Хронология

Ключевые вехи четырёх направлений на одной ленте. Подробности и источники — в главах ниже.

1952 — Первая психиатрическая статья Бека: случай пациента с бредом, лечение психоаналитическое
ИСТОКИ

1985 — Марлатт и Гордон, книга «Профилактика срывов»
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1991–1994 — Кингдон и Теркингтон: КПТ при шизофрении с «нормализующим объяснением»
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1995 — Фаулер, Гэрети и Кайперс: руководство по КПТ при психозе
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1999 — Метаанализ профилактики срывов: 26 исследований
ДАННЫЕ

2002 — NICE впервые рекомендует КПТ при психозе
ДАННЫЕ

2003 Фэйрберн, Купер и Шафран: трансдиагностическая теория РПП

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

2009 Испытание CBT-E на 154 пациентах с РПП

ДАННЫЕ

2009 Пилотное испытание профилактики срывов на основе осознанности (MBRP)

ТРЕТЬЯ ВОЛНА

2014 Метаанализ Джаухара и коллег: эффект КПТ при шизофрении мал

ДАННЫЕ

2015 Метаанализ Трауэра и коллег: что именно меняет КПТ бессонницы

ДАННЫЕ

2016 Американская коллегия врачей: КПТ бессонницы — начальное лечение для всех взрослых

ДАННЫЕ

2017 Испытание OASIS: лечение бессонницы снижает параноидные мысли у студентов

ДАННЫЕ

2021 Американская академия медицины сна: сильная рекомендация КПТ бессонницы

ДАННЫЕ

2022 NICE рекомендует цифровую программу КПТ бессонницы в первичной помощи

ДАННЫЕ

2023

Европейское руководство по бессоннице: КПТ бессонницы — первая линия, очно или цифрово

ДАННЫЕ

Что значат линии. «Истоки» — предыстория. «Когнитивная линия» — модели и протоколы, в которых работают с мыслями, убеждениями и поведением. «Третья волна» — подходы, где важное место занимают осознанность и принятие (подробнее о третьей волне — в выпуске 13). «Данные» — испытания, метаанализы и клинические рекомендации.

Как читать: метки надёжности

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

КПТ — это когнитивно-поведенческая терапия. Каждое фактическое утверждение в тексте снабжено меткой в скобках, а за ней стоит источник.

Метка	Что она значит
Доказано исследованиями	Рандомизированные испытания (участников по жребию делят на группы и сравнивают результат) или метаанализы (сводки многих испытаний)
Клинический консенсус	Клинические рекомендации, то есть официальные советы специалистам, чем лечить (например, британского института NICE), или позиции профессиональных ассоциаций
Со слов автора	Так описывает свою модель её создатель; независимо это не проверялось
Трактовка	Прочтение данных или вопрос, который ещё обсуждается
Документальный факт	Даты, публикации, решения регуляторов
Не проверено	Первоисточник открыть не удалось; относитесь с осторожностью

Если источники расходятся, мы приводим обе версии.

Важно Это просвещение, а не терапия и не диагностика. Техники ниже описаны так, как их применяют в терапии, а не как инструкция «сделайте сами вместо лечения». При расстройствах пищевого поведения, физической зависимости от алкоголя или

лекарств, психозе и биполярном расстройстве помощь всегда начинается с врача. В тексте упоминаются мысли о самоубийстве. Если вам нужна поддержка прямо сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Один метод — разные двигатели

Почему у КПТ нет одного протокола «на всё» и что объединяет четыре очень разные темы.

Базовая идея КПТ одна и та же для любых проблем: ситуация вызывает мысль, мысль влияет на чувство и поведение, а поведение часто само поддерживает проблему (подробно об этой модели — в выпуске 2). Но то, *что именно* держит проблему на месте, у разных расстройств разное. Поэтому для многих расстройств созданы отдельные протоколы — подробные, проверенные в исследованиях программы лечения.

Удобно представить, что у каждой проблемы есть свой «двигатель», то есть механизм, который раз за разом её воспроизводит. Протокол бьёт именно в него **трактовка; обобщение по материалам глав ниже**.

Проблема	Протокол	Что поддерживает проблему	Цель терапии
Хроническая бессонница	КПТ бессонницы (CBT-I)	Кровать стала местом борьбы со сном, ослаблено естественное «давление сна», тревога о самом сне	Вернуть сон как автоматический процесс
Расстройства пищевого поведения	Усиленная КПТ (CBT-E) Фэйрберна	Самооценка держится в основном на фигуре, весе и контроле над едой	Разорвать круг, который поддерживает расстройство
Зависимости	КПТ и профилактика срывов, вместе с мотивационным интервьюированием и поощрениями	Ситуации высокого риска, ожидание «станет легче», реакция «всё пропало» после эпизода	Снизить употребление и не дать эпизоду превратиться в срыв
Психоз	КПТ при психозе (CBTp)	Пугающие толкования необычных переживаний, страдание, поведение, которое мешает проверить страхи	Снизить страдание и улучшить повседневную жизнь

У всех четырёх тем есть общее. Во-первых, КПТ здесь работает в паре с медициной: сомнологом, психиатром, наркологом, врачом. Во-вторых, у каждой темы есть зона, где психолог без клинической подготовки работать не должен (клинический консенсус; обобщение по рекомендациям AASM, 2021; NICE NG69, 2017; NICE CG115, 2011; NICE CG178, 2014). Это не слабость метода, а граница компетенций.

Важно **О моей практике.** Психоз и биполярное расстройство — вне моей практики. О них я пишу как о части истории и науки КПТ, чтобы было понятно, как выглядит хорошая помощь и куда за ней обращаться.

Бессонница: что её держит

Почему бессонница, начавшаяся из-за стресса, может продолжаться годы после того, как стресс ушёл.

Что считают хронической бессонницей

Хроническая бессонница — это трудности с засыпанием, с поддержанием сна или слишком раннее пробуждение, которые сказываются на дне: усталость, раздражительность, хуже внимание. По международной классификации болезней МКБ-11 такие проблемы должны быть «как минимум несколько раз в неделю не менее 3 месяцев», по классификации нарушений сна ICSD-3 — не реже трёх раз в неделю не менее 3 месяцев **документальный факт; Riemann et al., 2023**. Точных порогов вроде «засыпаю дольше получаса» для диагноза не требуется.

Это частая проблема: в Европе хронической бессонницей страдает до 10% взрослых **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**. Европейское руководство называет её независимым фактором риска депрессии и тревожных расстройств, а также ряда соматических болезней **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**.

Три мотора бессонницы

Представьте человека, который полгода назад пережил тяжёлый период на работе и стал плохо спать. Работа давно наладилась, а сон — нет. Что держит бессонницу, когда исходной причины уже нет? Руководства и обзоры описывают несколько поддерживающих процессов **клинический консенсус; Edinger et al., 2021, обзор; Riemann et al., 2023**. Их удобно свести к трём «моторам» **трактовка; наше обобщение**.

1. **Кровать стала сигналом бодрствования.** Если месяцами лежать в постели без сна, ворочаться и тревожиться, мозг выучивает связь «кровать — место борьбы». Это условная связь, такая же, как у собак Павлова (о законах научения — в выпуске 1). Знакомая картина: человек клюёт носом на диване перед телевизором, а в спальне сон пропадает.

2. **Ослаблено «давление сна».** Давление сна — это потребность в сне, которая копится, пока мы бодрствуем. Когда человек ложится пораньше «на всякий случай», подолгу лежит утром или спит днём, давление расходуется, и ночной сон становится рваным и поверхностным.
3. **Тревога о самом сне.** Мысли вроде «если я не посплю восемь часов, завтра всё пойдёт прахом» сами по себе возбуждают нервную систему. Чем сильнее человек старается уснуть, тем хуже получается: сон — это процесс, который нельзя выполнить усилием.

Европейское руководство описывает это как порочный круг: повышенное возбуждение, тревога ожидания, прокручивание мыслей ночью и лишнее время в постели поддерживают друг друга **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**.

А снотворные?

Снотворные помогают на время, но, как пишет европейское руководство, после их отмены симптомы часто возвращаются или даже усиливаются, тогда как эффект КПТ бессонницы выглядит стабильным; опубликованы наблюдения до 10 лет **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**. Американская коллегия врачей советует решать вопрос о лекарствах вместе с врачом, взвешивая пользу, вред и стоимость, если одна КПТ не помогла **клинический консенсус; Qaseem et al., 2016**. Решения о лекарствах принимает врач, и отменять их самостоятельно не стоит.

Из чего состоит КПТ бессонницы

CBT-I — это не разговоры о проблемах, а набор в основном поведенческих техник, у каждой из которых своя мишень.

КПТ бессонницы (cognitive behavioural therapy for insomnia, CBT-I) — многокомпонентная программа. По европейскому руководству в неё входят психообразование (включая гигиену сна), релаксация, ограничение сна, контроль стимулов и несколько когнитивных стратегий **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**. Её проводят очно, индивидуально или в группе, по телефону, через онлайн-программы и книги самопомощи **клинический консенсус; Qaseem et al., 2016**.

Контроль стимулов: вернуть кровати её смысл

Мишень — первый мотор, связь «кровать — бодрствование». Набор правил такой: ложиться, только когда хочется спать; если не удаётся уснуть — вставать с кровати; кровать — только для сна и секса; вставать в одно и то же время каждый день; избегать дневного сна **клинический консенсус; Edinger et al., 2021, обзор**. Метод описал психолог Ричард Буцин в начале 1970-х **документальный факт; по Penn Behavioral Sleep Medicine; первоисточник 1972 года не открывался**.

У правила «не спится — вставай» есть цена. Американские сомнологи предупреждают о риске ночных падений у пожилых людей, у тех, кто принимает снотворное, и у людей с ограничениями подвижности; для них протокол адаптируют **клинический консенсус; Edinger et al., 2021, обзор**.

Ограничение сна: меньше времени в постели

Мишень — второй мотор, давление сна. Специалист по дневнику сна смотрит, сколько человек реально спит, и на время ограничивает время в постели примерно этим числом. Сон становится плотнее, а потом «окно сна» постепенно расширяют **клинический консенсус; Edinger et al., 2021, обзор**. Звучит парадоксально: лечение бессонницы начинается с того, что времени в постели становится меньше. У этого метода есть заметные побочные эффекты и противопоказания, поэтому ему посвящена отдельная глава ниже. Метод впервые полностью описали Артур Спилман, Пол Саскин и Майкл Торпи в 1987 году **документальный факт; Spielman et al., 1987, по систематическому обзору Maurer, Espie & Kyle, 2018**.

Релаксация

Техники, которые снижают телесное напряжение (дыхательные упражнения, прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка) и умственное возбуждение (направленное воображение, медитация) **клинический консенсус; Edinger et al., 2021, обзор**.

Когнитивные техники

Мишень — третий мотор, тревога о сне. Терапевт и клиент разбирают убеждения о сне и тревогу «выступления»: страх, что без идеального сна завтрашний день обречён. Для этого используют психообразование, сократический диалог (вопросы, которые помогают человеку самому прийти к выводу; подробно — в выпуске 5), записи мыслей и поведенческие эксперименты **клинический консенсус; Edinger et al., 2021, обзор**.

> Пример **Поведенческий эксперимент.** Клиент уверен: «Если я плохо посплю, я не смогу работать». Вместе с терапевтом он записывает прогноз, а после плохой ночи отмечает, что получилось на самом деле: какие задачи сделаны, где было трудно. Часто оказывается, что день прошёл тяжелее обычного, но не катастрофически. Так прогноз проверяют фактами, а не спорят с ним словами. Пример наш, для наглядности; сам приём описан в обзоре AASM (Edinger et al., 2021).

Ещё одна когнитивная стратегия — **парадоксальная интенция**: человеку предлагают лежать, не пытаясь уснуть, чтобы снять тревогу усилия. Европейское руководство относит её к когнитивным стратегиям CBT-I **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**.

Гигиена сна — как фон

Гигиена сна — это общие советы об образе жизни (кофеин, алкоголь, физическая нагрузка) и среде (свет, шум, температура) **клинический консенсус; Edinger et al., 2021, обзор**. В CBT-I она

есть, но как часть психообразования, а не как лечение. Почему — в следующей главе.

Миф и как на самом деле **Миф:** КПТ бессонницы — это разговоры о том, что тебя беспокоит. **Как на самом деле:** главные рабочие компоненты, которые получили рекомендации AASM, — поведенческие: контроль стимулов, ограничение сна, релаксация клинический консенсус; Edinger et al., 2021. Когнитивная работа тоже входит в программу, но отдельно от остальных частей почти не изучена.

Что реально помогает со сном: данные

Что говорят рекомендации и метаанализы — от сильных доказательств к слабым.

Первая линия — КПТ бессонницы

Три крупные организации пришли к одному выводу.

- **Американская коллегия врачей (ACP, 2016):** всем взрослым с хронической бессонницей КПТ бессонницы рекомендована как начальное лечение; сильная рекомендация, умеренное качество доказательств клинический консенсус; Qaseem et al., 2016.
- **Американская академия медицины сна (AASM, 2021):** сильная рекомендация многокомпонентной КПТ бессонницы клинический консенсус; Edinger et al., 2021.
- **Европейское руководство (2023):** КПТ бессонницы рекомендована как первая линия лечения хронической бессонницы, очно или цифрово, высший уровень рекомендации А клинический консенсус; Riemann et al., 2023.

Компоненты по силе рекомендаций

Что	Рекомендация AASM, 2021
Многокомпонентная КПТ бессонницы	Сильная «за»
Краткая поведенческая терапия бессонницы (сокращённая версия)	Условная «за»
Контроль стимулов отдельно	Условная «за»
Ограничение сна отдельно	Условная «за»
Релаксация отдельно	Условная «за»
Гигиена сна как единственное лечение	Условная «против»

клинический консенсус; Edinger et al., 2021. «Условная» значит, что польза, по оценке экспертов, перевешивает вред для большинства, но решение зависит от человека и обстоятельств. Для когнитивной терапии как отдельного метода ни одно исследование не прошло критерии отбора обзора AASM, поэтому оценивать было нечего документальный факт; Edinger et al., 2021, обзор. Это не значит «не работает»: значит, отдельно это мало изучено, а в составе CBT-I когнитивные техники используются.

Почему гигиены сна мало

В обзоре AASM сказано, что гигиена сна сама по себе «не была выявлена как эффективная монотерапия» ни в одном из прежних отчётов доказано исследованиями; Edinger et al., 2021, обзор. Европейское руководство пишет, что гигиена сна сама по себе не является доказательным лечением бессонницы и что советы по гигиене сна в одиночку не рекомендуются при хронической бессоннице клинический консенсус; Riemann et al., 2023.

Возможное объяснение такое: гигиена убирает внешние помехи, но не трогает три мотора бессонницы. Многие люди с многолетней бессонницей и так давно перепробовали и шторы, и отказ от вечернего кофе трактовка; наша интерпретация, не прямой вывод исследований.

Миф и как на самом деле **Миф:** соблюдай гигиену сна — и бессонница пройдёт. **Как на самом деле:** при хронической бессоннице одна гигиена сна не лечит; AASM рекомендует не использовать её как единственное лечение клинический консенсус; Edinger et al., 2021; Riemann et al., 2023. Как фон она полезна.

Что меняется на самом деле

Здесь самый неожиданный результат. Метаанализ Трауэра и коллег (2015) объединил 20 рандомизированных испытаний и 1162 взрослых с хронической бессонницей. После КПТ бессонницы доказано исследованиями; Trauer et al., 2015:

Показатель	Изменение
Время засыпания	быстрее примерно на 19 минут
Время без сна посреди ночи	меньше примерно на 26 минут
Эффективность сна (доля времени в постели, которую человек спит)	выше почти на 10 процентных пунктов
Общее время сна	+7,6 минуты, и доверительный интервал включает ноль, то есть прирост статистически не надёжен

Голландский метаанализ ван Стратен и коллег (2018), 87 рандомизированных испытаний, показал ту же картину в размерах эффекта. Размер эффекта (g) — стандартная мера: около 0,2 считают малым эффектом, около 0,5 — средним, 0,8 и выше — большим. Самый большой эффект — на тяжесть бессонницы по шкале ISI (g = 0,98), дальше эффективность сна (0,71), бодрствование ночью (0,63), время засыпания (0,57), а самый маленький — на общее время сна (0,16) **доказано исследованиями; van Straten et al., 2018**. В этом же метаанализе очные программы из четырёх и больше встреч выглядели эффективнее, чем самопомощь и более короткие форматы.

Выходит, КПТ бессонницы не столько прибавляет часы, сколько делает сон плотнее и снимает изматывающую борьбу с ночью **трактовка; интерпретация данных Trauer et al., 2015; van Straten et al., 2018**.

Миф и как на самом деле **Миф:** терапия бессонницы прибавит пару часов сна. **Как на самом деле:** меньше всего КПТ бессонницы меняет именно общее время сна; сильнее всего — тяжесть бессонницы, засыпание и ночное бодрствование **доказано исследованиями; Trauer et al., 2015; van Straten et al., 2018**.

Держится ли эффект

Метаанализ 30 испытаний с долгим наблюдением показал, что эффект на тяжесть бессонницы со временем ослабевает: g = 0,64 через 3 месяца, 0,40 через 6 месяцев и 0,25 через год, но остаётся значимым **доказано исследованиями; van der Zweerde et al., 2019**. Европейское руководство добавляет, что поддерживающие встречи помогают **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**.

Можно ли лечиться через приложение

Можно, и это одно из самых изученных направлений цифровой психотерапии. Европейское руководство даёт цифровой КПТ бессонницы тот же уровень А, что и очной **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**.

- **Sleepio.** В рандомизированном испытании на 1711 взрослых цифровая CBT-I сравнивалась с просвещением по гигиене сна. Через 24 недели у участников цифровой программы было лучше общее самочувствие, психологическое благополучие и связанное со сном качество жизни; улучшение бессонницы объясняло от 45,5% до 84% этих эффектов **доказано исследованиями; Espie et al., 2019**. Ограничение: 77,7% участников — женщины, 91,1% — белые, поэтому результат хуже переносится на других людей **документальный факт; Espie et al., 2019**. Британский институт NICE в 2022 году рекомендовал Sleepio в первичной помощи как вариант, который экономит средства, для людей, которым иначе предложили бы гигиену сна или снотворное; людям с риском других нарушений сна (например, при беременности или сопутствующих болезнях) перед этим нужна медицинская оценка **клинический консенсус; NICE MTG70, 2022, в 2025 году перенесено без изменений в HTG624**. В 2024

году рецептурная версия программы получила разрешение американского регулятора FDA **документальный факт; AASM, 2024**.

- **SHUTi.** В испытании на 303 взрослых полностью автоматическая онлайн-программа сравнивалась с сайтом с информацией о сне; через год около 70% участников программы сообщили о значимом улучшении, а 56,6% были в диапазоне «нет бессонницы»; в контрольной группе — 43% и 27,3% (доказано исследованиями; Ritterband et al., 2017; цифры по комментарию Annals of Translational Medicine, 2017, полный текст статьи не открывался). На её основе создана рецептурная цифровая терапия, которая в 2020 году получила разрешение FDA **документальный факт; AASM, 2020**.

Названия программ здесь — примеры исследованных программ, а не реклама; доступность в разных странах мы не проверяли. И есть подвох: у полностью автоматических программ отсев выше 50%, поэтому европейские эксперты предпочитают варианты с поддержкой специалиста **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**.

Ограничение сна: сильный метод с ценой

Почему самый мощный компонент КПТ бессонницы проводят только со специалистом.

Ограничение сна — один из ключевых компонентов CBT-I. Но у него есть цена, и о ней редко говорят.

Что происходит в первые недели

В небольшом исследовании Кайла и коллег (2014) 16 взрослых с бессонницей проходили ограничение сна, а их сон измеряли объективно, в лаборатории сна. В первую ночь терапии сон сократился примерно на 91 минуту по сравнению с исходным уровнем, на восьмую — на 78, на 22-ю — на 69 минут. В первые недели росла дневная сонливость, ухудшались внимание и скорость реакции. К трём месяцам эти показатели вернулись к исходному уровню, а тяжесть бессонницы снизилась **доказано исследованиями; Kyle et al., 2014**. Важная оговорка: в исследовании не было контрольной группы, и выборка очень мала.

Американские сомнологи пишут, что пациентов нужно регулярно предупреждать об опасности дневной сонливости, в том числе за рулём **клинический консенсус; Edinger et al., 2021, обзор**.

Кому метод может не подходить

По рекомендациям AASM (2021), ограничение сна может быть противопоказано людям, у которых профессия связана с высоким риском (водители, операторы опасной техники), людям со склонностью к мании или гипомании, с плохо контролируемыми судорожными расстройствами и с выраженной дневной сонливостью **клинический консенсус; Edinger et al., 2021**. Европейское руководство называет противопоказаниями для контроля стимулов и ограничения сна любые формы эпилепсии

и состояния, которые могут ухудшиться от недосыпа **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**. О бессоннице при биполярном расстройстве, по оценке европейских экспертов, данных недостаточно **клинический консенсус; Riemann et al., 2023**.

Кроме того, до начала лечения нужно исключить другие нарушения сна, например апноэ — остановки дыхания во сне **клинический консенсус; NICE MTG70, 2022; Riemann et al., 2023**.

Миф и как на самом деле **Миф:** ограничение сна — это просто «спи меньше». **Как на самом деле:** это протокол с дневником сна, постепенным расширением окна сна, проверкой противопоказаний и контролем сонливости **клинический консенсус; Edinger et al., 2021; Riemann et al., 2023**. Поэтому его подбирает специалист после обследования. Конкретные цифры протоколов мы здесь намеренно не приводим.

Мифы о сне и когда идти к специалисту

Короткая проверка популярных советов и признаки, при которых бессонница — повод обратиться к врачу.

Мифы о сне

Миф	Как на самом деле	Метка
«Не спится — полежи, хоть отдохнёшь»	При хронической бессоннице долгое лежание без сна поддерживает проблему; контроль стимулов предлагает встать	**Клинический консенсус (Edinger et al., 2021, обзор)**
«Хорошая гигиена сна вылечит бессонницу»	Одна гигиена сна хроническую бессонницу не лечит	**Клинический консенсус (Edinger et al., 2021; Riemann et al., 2023)**
«Снотворное — самое надёжное решение»	После отмены симптомы часто возвращаются; эффект КПТ бессонницы стабильнее	**Клинический консенсус (Riemann et al., 2023)**
«КПТ бессонницы не для меня: у меня депрессия или болезнь»	Европейское руководство рекомендует CBT-I и при сопутствующих психических и соматических болезнях	**Клинический консенсус (Riemann et al., 2023)**
«Терапия прибавит часы сна»	Меньше всего меняется именно общее время сна	**Доказано исследованиями (Trauer et al., 2015; van Straten et al., 2018)**
«Приложение — это несерьёзно»	У отдельных программ есть рандомизированные испытания и решения NICE и FDA, но полностью автоматические программы бросает больше половины	**Доказано исследованиями / клинический консенсус (Espie et al., 2019; NICE MTG70, 2022; Riemann et al., 2023)**
«Надо стараться уснуть»	Усилие и тревога о сне мешают; с этим работают когнитивные техники и парадоксальная интенция	**Клинический консенсус (Riemann et al., 2023)**

Пример **«Карточка утра».** С самонаблюдения начинается любая КПТ бессонницы: основа лечения — дневник сна **клинический консенсус; Edinger et al., 2021, обзор; Riemann et al., 2023**. Самый простой вариант — каждое утро в первые минуты после подъёма записывать три вещи: во сколько вы легли; во сколько, по ощущениям, уснули и сколько не спали ночью; во сколько встали. За неделю становится видно, сколько времени вы проводите в кровати без сна. Это

наблюдение, а не лечение. Если бессонница длится больше трёх месяцев, покажите записи специалисту.

Когда идти к специалисту и к кому

- Бессонница бывает три ночи в неделю и чаще и длится больше трёх месяцев (критерии ICSD-3; Riemann et al., 2023) — к специалисту по КПТ бессонницы или к врачу-сомнологу.
- Громкий храп, остановки дыхания во сне, сильная дневная сонливость, засыпание за рулём — к врачу: нужно исключить апноэ **клинический консенсус; NICE MTG70, 2022**.
- Сон ухудшился вместе с подавленностью, потерей интереса, ощущением бессмысленности — к психотерапевту или психиатру (о депрессии — в выпуске 7). При мыслях о самоубийстве — срочная помощь, см. «Если нужна помощь прямо сейчас».
- Человек почти не спит, но полон энергии, говорит быстро, много рискует — к психиатру: так может проявляться мания **трактовка; по AASM, 2021, недосып учитывают как фактор риска при биполярном расстройстве**.
- Бессонница на фоне лекарств, алкоголя или болезней — к врачу.

РПП: почему дело не в еде

Как модель Фэйрберна объясняет, что общего у разных расстройств пищевого поведения.

Важно В этой и следующей главе нет цифр веса и питания, описаний поведения и советов о еде: такие детали могут навредить тому, кто сейчас в этом находится. Речь только о том, как устроена терапия и что говорят данные. РПП — серьёзные расстройства с реальным медицинским риском. Если вы узнали себя или близкого, начните с врача.

Кто такой Фэйрберн и что он заметил

Расстройства пищевого поведения (РПП) — это группа расстройств, к которой относятся нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание. Большинство людей скажет, что это проблема с едой или с весом. Британский психиатр Кристофер Фэйрберн из Оксфорда вместе с Зафрой Купер и Роз Шафран предложил смотреть глубже. В 2003 году они опубликовали «трансдиагностическую» теорию и лечение РПП **документальный факт; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003**.

«Трансдиагностическая» значит «поверх диагнозов». Модель исходит из того, что люди со временем часто переходят из одной диагностической категории РПП в другую: название меняется, а механизм остаётся тем же. Значит, лечить можно сам общий механизм **со слов автора; описание модели по Psychology Tools**.

Ядро: на чём держится самооценка

По модели, в основе РПП лежит особый способ оценивать себя: ценность человека в собственных глазах строится в основном на питании, фигуре, весе и на ощущении, что удаётся их контролировать **со слов автора; описание модели Fairburn et al., 2003, по Psychology Tools**. У большинства людей самооценка опирается на многое: работу, отношения, увлечения, характер. При РПП одна опора вытесняет остальные.

Отсюда круг, который поддерживает расстройство. Если описывать его только в общем виде: жёсткие правила → неизбежные нарушения правил → чувство провала → ещё более жёсткие правила **трактовка; упрощённое описание, без деталей поведения**. Круг замыкается, и дело уже не в еде, а в том, на чём держится самооценка.

Пример **Самооценка с одной опорой.** Представьте стол на одной ножке: любое движение опасно, и всё внимание уходит на то, чтобы его удержать. Самооценка, которая держится почти только на контроле, похожа на такой стол. Поэтому в терапии важно не только работать с самим расстройством, но и постепенно возвращать другие опоры. Образ наш, для наглядности.

Четыре дополнительных механизма

Позже модель расширили. У части людей выздоровлению мешают ещё четыре процесса: клинический перфекционизм (жёсткие, изматывающие требования к себе), глубоко низкая самооценка, непереносимость сильных эмоций и трудности в отношениях **со слов автора; Fairburn et al., 2009; описание по Psychology Tools**. Их добавили потому, что многие люди не выздоравливали полностью на стандартном лечении.

Миф и как на самом деле **Миф:** РПП — это про силу воли или про еду. **Как на самом деле:** по трансдиагностической модели ядро РПП — самооценка, построенная на фигуре, весе и контроле **со слов автора; по Psychology Tools**. А британские рекомендации прямо говорят: не используйте единичные показатели, такие как индекс массы тела или длительность болезни, чтобы решать, предлагать ли лечение **клинический консенсус; NICE NG69, 2017, рек. 1.2.8**. Расстройство не определяется цифрой на весах.

CBT-E: как устроена терапия и что говорят данные

Что известно о результатах усиленной КПТ, чем лечат подростков и почему это всегда командная работа.

Две версии одной терапии

Протокол Фэйрберна называется CBT-E — enhanced, «усиленная» КПТ. Его подробно описали в руководстве 2008 года **документальный факт; Fairburn, 2008; книга нами не открывалась**. У него две версии **со слов автора; Fairburn et al., 2009**:

- **фокусированная** работает только с самим расстройством пищевого поведения;
- **широкая** дополнительно затрагивает те самые четыре механизма: перфекционизм, низкую самооценку, непереносимость эмоций и трудности в отношениях.

Подробные этапы и процедуры по руководству 2008 года мы не сверяли, поэтому не описываем их.

Главное испытание (2009)

Группа Фэйрберна провела рандомизированное испытание в двух центрах Англии. В нём участвовали 154 амбулаторных пациента с РПП без выраженного дефицита массы тела. Одни получали одну из двух версий CBT-E в течение 20 недель, другие сначала 8 недель ждали (так называемый лист ожидания). Результат оценивали специалисты, которые не знали, кто в какой группе. Наблюдение длилось 60 недель после лечения **доказано исследованиями; Fairburn et al., 2009**.

Результаты **доказано исследованиями; Fairburn et al., 2009**:

- пока люди ждали, симптомы почти не менялись; в обеих группах лечения состояние существенно и сходно улучшилось, и улучшение сохранилось на всём сроке наблюдения;
- через 60 недель у 51,3% участников выраженность симптомов РПП была в пределах одного стандартного отклонения от среднего по населению, то есть примерно на уровне, обычном для людей без РПП;
- результат не зависел от диагноза — аргумент в пользу трансдиагностической идеи;
- у людей с выраженными перфекционизмом, низкой самооценкой, непереносимостью эмоций или трудностями в отношениях лучше работала широкая версия, у остальных — фокусированная. Авторы называют фокусированную версию версией по умолчанию.

Честная оговорка: испытание провела группа самого автора метода, а это известный источник возможной предвзятости **трактовка**.

Что говорят британские рекомендации

Британские рекомендации NICE по РПП (NG69) предлагают разные первые шаги для разных расстройств (клинический консенсус; NICE NG69, 2017, редакция 2020 года, рек. 1.3.4, 1.3.10, 1.3.15, 1.4.2, 1.4.4, 1.5.2, 1.5.4, 1.5.6, 1.5.9):

Расстройство	Взрослые	Дети и подростки
Нервная булимия	Самопомощь с сопровождением специалиста, сфокусированная на булимии; если не подходит или не помогла — индивидуальная КПТ для РПП	Семейная терапия, сфокусированная на булимии; если не подходит — индивидуальная КПТ для РПП
Компульсивное переедание	Самопомощь с сопровождением; если не подходит или не помогла — групповая КПТ для РПП	—
Нервная анорексия	Один из трёх вариантов: индивидуальная КПТ для РПП, MANTRA или специализированное поддерживающее клиническое ведение (SSCM)	Семейная терапия, сфокусированная на анорексии; если не подходит — индивидуальная КПТ для РПП или психотерапия анорексии, ориентированная на подростка (AFP-AN)

MANTRA (Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults) — модель лечения анорексии у взрослых, названная по лондонской больнице Модсли. «Самопомощь с сопровождением» — это не чтение книги в одиночку, а программа самопомощи с регулярными встречами со специалистом.

Обзор метаанализов Хофманна и коллег (2012) подытоживает: при булимии КПТ даёт средний по силе эффект и лучшие показатели ремиссии, чем другие психотерапии; при компульсивном переедании психотерапия и структурированная самопомощь дают большие эффекты **доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012**. При анорексии у взрослых данные скромнее и смешаннее: систематический обзор CBT-E при РПП (Atwood & Friedman, 2020) мы не открывали **не проверено**.

Подростки: семья в центре

У детей и подростков с анорексией NICE на первое место ставит семейную терапию, в которой ключевую роль играют родители **клинический консенсус; NICE NG69, 2017, рек. 1.3.10**. Индивидуальная КПТ — вариант, если семейная терапия не подходит (рек. 1.3.15).

В 2022 году Ле Гранж и коллеги сравнили два подхода у 97 подростков с РПП в одном американском центре: 51 получал семейную терапию (FBT), 46 — CBT-E. Семьи сами выбирали лечение, то есть это не рандомизированное испытание **доказано исследованиями, с ограничениями; Le Grange et al., 2022**. Что получилось:

- семейная терапия быстрее восстанавливала вес к концу лечения, но через 6 и 12 месяцев разницы уже не было;
- по самим симптомам расстройства подходы не различались ни в конце лечения, ни позже;
- авторы считают CBT-E жизнеспособной альтернативой, а вопрос, какой подход сильнее, по их словам, должно решить полноценное рандомизированное испытание.

Ограничения серьёзные: группы различались (в группе CBT-E подростки были старше и в более тяжёлом состоянии), оценщики знали, кто как лечится, центр был один **документальный факт; Le Grange et al., 2022**. И отсутствие значимой разницы ещё не доказывает, что подходы равноценны **трактовка**.

Медицинский риск: почему это работа команды

РПП — расстройства с реальным медицинским риском. По метаанализу 36 исследований, риск смерти при анорексии примерно в шесть раз выше, чем в среднем по населению **доказано исследованиями; Arcelus et al., 2011: стандартизированный коэффициент смертности 5,86**. Поэтому помощь при РПП — это команда: врач, психиатр, специалист по РПП, а у подростков — семья. Рекомендации NICE предусматривают и стационарное лечение, когда физическое здоровье серьёзно нарушено **клинический консенсус; NICE NG69, 2017, рек. 1.11.1**.

Если вы подозреваете РПП у себя или у близкого, начните с врача. При обмороках, перебоях в сердце, сильной слабости — к врачу срочно **клинический консенсус**.

Важно **Почему здесь нет тестов.** Опросники для оценки РПП защищены авторским правом и предназначены для специалистов и исследований **документальный факт; CREDO Oxford об опроснике EDE-Q**. Кроме того, их пункты могут быть небезопасны для уязвимых читателей. Оценку проводит специалист.

Зависимости: почему один эпизод не равен срыву

Модель Алана Марлатта: решает не столько сам эпизод, сколько то, как человек его объясняет себе.

Важно При физической зависимости от алкоголя или некоторых успокоительных резкий отказ может быть опасен для жизни. Британские рекомендации предусматривают медицинское сопровождение отмены, а при тяжёлой зависимости — в стационаре **клинический консенсус; NICE CG115, 2011, рек. 1.3.4.5**. Поэтому начинать нужно с врача-нарколога или психиатра.

Профилактика срывов

Американский психолог Алан Марлатт вместе с Джудит Гордон в 1985 году выпустил книгу «Профилактика срывов» (Relapse Prevention) (документальный факт; Marlatt & Gordon, 1985; книга нами не открывалась, модель описана по более поздней статье Марлатта с соавторами, 2005). Модель обращает внимание на момент, который часто пропускают: что происходит после первого эпизода.

Как устроена модель срыва

Всё начинается с **ситуации высокого риска** — обстоятельств, в которых вероятность употребления растёт: стресс, конфликт, компания, где все пьют **со слов автора; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005**.

- Если у человека есть работающий способ справиться, растёт его **самоэффективность** — уверенность, что он способен справиться (понятие ввёл психолог Альберт Бандура). Риск употребления снижается.
- Если способа нет, уверенность падает, а **ожидания от вещества** («сейчас станет легче») усиливаются. Вероятность употребления растёт.

Дальше происходит первое употребление — **единичный эпизод** (по-английски lapse). И здесь развилка **со слов автора; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005**:

- если человек воспринимает эпизод как ошибку и повод чему-то научиться, вероятнее возвращение к своей цели;
- если как доказательство полного провала и собственной безнадёжности, вероятнее продолжение употребления, то есть **срыв** (relapse) — возврат к прежнему паттерну.

Реакцию «всё пропало» Марлатт назвал **эффектом нарушения воздержания** (abstinence violation effect): восприятие эпизода как непоправимого провала, которое само подталкивает к дальнейшему употреблению **со слов автора; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005**.

> Пример **Один бокал.** Человек несколько месяцев не пьёт. Праздник, напряжение, и он выпивает бокал. Дальше два пути. Первый: «Я ошибся. Это эпизод. Что меня к нему привело? Завтра возвращаюсь к плану». Второй: «Всё, я безнадёжен, раз уж сорвался — какая разница». По модели Марлатта, именно толкование, а не сам бокал, во многом решает, станет ли эпизод срывом. Пример наш, для наглядности.

Это рассуждение не только про вещества. Та же логика «раз уж нарушил — всё пропало» знакома многим, кто пытался изменить любую привычку **трактовка**.

Что делают в терапии

Профилактика срывов — когнитивно-поведенческое лечение, сфокусированное на том, как справляться с ситуациями высокого риска; оно сочетает тренировку навыков и

когнитивную работу клинический консенсус; Bowen et al., 2009. На практике это значит заранее знать свои ситуации риска, иметь план на них и иметь план на случай, если эпизод всё-таки случился. Модель также подчёркивает баланс образа жизни: важны занятия, которые дают удовольствие и восстанавливают, — Марлатт называл их «позитивными зависимостями», например физическую нагрузку, чтение, медитацию
со слов автора; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005.

Ещё одна техника — **«сёрфинг тяги»** (urge surfing): тягу наблюдают как волну, которая поднимается, достигает пика и спадает, если не бороться с ней и не подчиняться ей. Она соединяет воображение и расслабление со слов автора; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005.

Миф и как на самом деле **Миф:** один срыв — значит, всё было зря. **Как на самом деле:** модель Марлатта различает единичный эпизод и срыв; исход во многом зависит от толкования эпизода, и реакция «всё пропало» — одна из мишеней терапии
со слов автора; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005.

Что помогает при зависимостях и насколько

КПТ, мотивационное интервьюирование, поощрения за воздержание и осознанность — и честные цифры о каждом.

КПТ: работает, но не лучше других проверенных методов

- **Метаанализ Мэджилл и Рэй (2009):** 53 контролируемых исследования, 9308 участников с алкогольной и наркотической зависимостью. Общий эффект КПТ малый, но значимый (g = 0,15). Наибольший — при зависимости от каннабиса (g = 0,51, 6 исследований). КПТ в сочетании с другим психосоциальным лечением давала больший эффект (0,31), чем одна КПТ (0,17). Со временем эффект ослабевал: через 12 месяцев g = 0,10
доказано исследованиями; Magill & Ray, 2009.
- **Метаанализ Мэджилл и коллег (2019):** 30 рандомизированных испытаний. Против минимального вмешательства КПТ заметно снижала частоту употребления (g = 0,58 в первые 1–6 месяцев и 0,44 позже). Против неспецифической терапии — небольшой эффект в первые месяцы (0,18), позже незначимый. Против другого специфического метода — разницы нет доказано исследованиями; Magill et al., 2019. Вывод авторов: КПТ эффективнее отсутствия лечения, минимального лечения и неспецифического контроля, но не превосходит другие специфические методы.

Это не плохая новость. Это значит, что у человека есть выбор из нескольких проверенных подходов трактовка. Подробнее о том, почему «самая изученная терапия» не значит «самая эффективная», — в выпуске 14.

По обзору метаанализов Хофманна и коллег (2012), КПТ эффективнее при каннабисе и никотине и менее эффективна при опиоидах и алкоголе; при опиоидах и алкоголе лекарственная поддерживающая терапия даёт большие эффекты **доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012**.

Профилактика срывов: данные

Метаанализ Ирвина и коллег (1999) объединил 26 исследований, 9504 участника. Общий эффект профилактики срывов небольшой (r = 0,14); заметнее всего он был при алкоголе (r = 0,37), а сильнее всего профилактика срывов улучшала общую психосоциальную адаптацию человека (r = 0,48) **доказано исследованиями; Irvin et al., 1999; цифры по изложению Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005**. Коэффициент r — ещё одна мера силы связи: около 0,1 — малая, около 0,3 — средняя, 0,5 — большая.

Осознанность: MBRP

Позже ученики и коллеги Марлатта добавили к профилактике срывов практики осознанности (о третьей волне КПТ — в выпуске 13). В пилотном испытании программы MBRP (профилактика срывов на основе осознанности) 168 взрослых после интенсивного лечения получали 8 еженедельных двухчасовых встреч или обычное лечение. Сразу после программы и через 2 месяца у участников MBRP было меньше дней употребления, сильнее снижалась тяга; но через 4 месяца разница с обычным лечением стала незначимой **доказано исследованиями; Bowen et al., 2009**. Ограничения: короткое наблюдение, данные об употреблении — со слов участников, без анализов.

Мотивационное интервьюирование

Рядом с КПТ часто работает мотивационное интервьюирование (МИ), метод Уильяма Миллера и Стивена Роллника. Оно не убеждает и не давит, а помогает человеку разобраться в собственной двойственности: «и хочу бросить, и не хочу». Британские рекомендации предлагают людям, которые редко контактируют со службами помощи, короткие вмешательства на одну-две встречи, сфокусированные на мотивации: с эмпатией, работой с двойственностью и обратной связью без оценок **клинический консенсус; NICE CG51, 2007, по изложению Pilling et al., 2007**. Метаанализы МИ для этого текста мы не открывали **не проверено**.

Поощрения за воздержание

Есть метод, о котором мало кто слышал, хотя данные у него сильные. Это **контингентное подкрепление** (contingency management): человек получает небольшие поощрения, например ваучеры, за подтверждённые анализами периоды без вещества **клинический консенсус; Pilling et al., 2007**. Звучит слишком просто, но метаанализ Прендергаста и коллег (2006) нашёл средний эффект (d = 0,42), выше при опиатах (0,65) и кокаине (0,66); после окончания программы эффект уменьшался. Авторы называют этот подход одним из самых эффективных для поддержания воздержания

доказано исследованиями; Prendergast et al., 2006. Метаанализ 74 испытаний у людей, получающих лекарственную терапию опиоидной зависимости, связал контингентное подкрепление с воздержанием от стимуляторов, нелегальных опиоидов и сигарет и с лучшей приверженностью лечению доказано исследованиями; Bolívar et al., 2021; по краткому пересказу, размеры эффекта не сверены.

Британские рекомендации советуют рассматривать этот метод при злоупотреблении стимуляторами клинический консенсус; NICE CG51, 2007, по Pilling et al., 2007.

Что говорят британские рекомендации об алкоголе

При вредном употреблении алкоголя и лёгкой зависимости NICE рекомендует психологическое вмешательство: КПТ, поведенческие терапии или терапии, которые опираются на социальное окружение человека; КПТ обычно идёт раз в неделю по часу в течение 12 недель. При умеренной и тяжёлой зависимости после отмены — лекарства в сочетании с психологической помощью клинический консенсус; NICE CG115, 2011, рек. 1.3.3.1, 1.3.3.3, 1.3.6.1.

Метод	Что делает	Что говорят данные
КПТ	Работа с мыслями, ситуациями риска, навыками совладания	Малый эффект; лучше отсутствия лечения, не лучше других специфических методов (Magill et al., 2019)
Профилактика срывов	План на ситуации риска и на случай эпизода	Небольшой общий эффект, заметнее при алкоголе и для общей адаптации (Irvin et al., 1999)
MBRP	Осознанность и «сёрфинг тяги»	Пилотное испытание: эффект в первые 2 месяца, через 4 — незначим (Bowen et al., 2009)
Мотивационное интервьюирование	Работа с двойственностью «хочу и не хочу»	Рекомендовано NICE для коротких вмешательств; метаанализы не сверены
Контингентное подкрепление	Поощрения за подтверждённое воздержание	Средний эффект, выше при опиатах и кокаине (Prendergast et al., 2006)

Психоз: от случая Бека до нормализации

Как КПТ пришла к самому трудному для неё полю и почему здесь начинают с нормализации.

Важно Психоз — состояние, при котором человек частично теряет связь с реальностью: могут появляться галлюцинации (например, голоса) и бред (стойкие убеждения, которые не поддаются проверке фактами). Это область психиатрии. Здесь речь только о том, как устроена КПТ при психозе, а не о самопомощи. Если вы замечаете признаки психоза у себя или у близкого, обращайтесь к психиатру.

Случай 1952 года, который часто пересказывают неправильно

Первая психиатрическая статья Аарона Бека, основателя когнитивной терапии (о нём — в выпуске 1), вышла в 1952 году. Бек опубликовал её в 31 год **документальный факт; Padesky, 2004**. Статья называется «Успешная амбулаторная психотерапия хронического больного шизофренией с бредом, основанным на заимствованной вине» **документальный факт; Beck, 1952**.

По описанию историка Гильермо Кормана (2013), пациентом был 28-летний ветеран Второй мировой войны с диагнозом хронической шизофрении. Он был убеждён, что за ним следят агенты ФБР. Терапия заняла 30 амбулаторных встреч раз в неделю, и пациенту стало значительно лучше **документальный факт; Korman, 2013**.

Но лечение было психоаналитическим. Бек тогда работал как психоаналитик и толковал бред через скрытый конфликт: по его интерпретации, пациент отождествлял себя с отцом и принял нечестный поступок отца как собственную вину — отсюда «заимствованная вина» **документальный факт; Korman, 2013**. Корман подаёт этот случай как пример краткого психоаналитического лечения, а не когнитивного **трактовка; Korman, 2013**. Через пятьдесят лет случай переиздали и обсудили уже в рамках когнитивной терапии шизофрении **документальный факт; Padesky, 2004**.

Миф и как на самом деле **Миф:** Бек начинал с когнитивной терапии психоза. **Как на самом деле:** его первая психиатрическая статья (1952) — о пациенте с бредом, но лечение было психоаналитическим; когнитивное прочтение этого случая появилось только через полвека **документальный факт; Korman, 2013; Padesky, 2004**.

Британская школа

Систематически КПТ при психозе начали развивать в Великобритании. Дэвид Кингдон и Дуглас Теркингтон в 1991 году описали использование КПТ с «нормализующим объяснением» при шизофрении, а в 1994 году выпустили книгу «Когнитивно-поведенческая терапия шизофрении» **документальный факт; Dudley et al., 2007**. В 1995 году

Дэвид Фаулер, Филиппа Гэрети и Элизабет Кайперс опубликовали руководство по КПТ при психозе, а британский институт NICE впервые рекомендовал КПТ при психозе в 2002 году **документальный факт; King's College London, 2014**. В 2001 году Гэрети и коллеги предложили когнитивную модель того, как возникают и поддерживаются позитивные симптомы психоза, с учётом и социальных факторов **документальный факт; Garety et al., 2001**. Позитивными называют симптомы, которые «добавляются» к обычному опыту: голоса, бред.

Сам Бек вернулся к теме в 2000-е: вместе с коллегами он выпустил книгу о когнитивной теории и терапии шизофрении (2009), а позже — книгу о когнитивной терапии, ориентированной на восстановление (2020), где опора делается на цели и ценности человека **документальный факт; Beck Institute, список публикаций**.

Нормализация: ключевая идея

Нормализация — это не утверждение, что психотические переживания — признак здоровья. Это мысль, что тревожащие переживания лежат в диапазоне обычного человеческого опыта и не обязательно приводят к страданию и нарушениям. Разница между пугающими и непугающими переживаниями во многом зависит от того, какой смысл человек им придаёт **со слов автора; Dudley et al., 2007**.

Примеры, которые приводят авторы: недосып может вызывать иллюзии, галлюцинации и параноидные мысли; длительная изоляция и сенсорная депривация связаны с психотическими переживаниями; похожие переживания относительно часто встречаются у людей без диагноза **со слов автора; Dudley et al., 2007**.

Задачи этого этапа — построить доверие, снизить стыд и ощущение катастрофы вокруг симптомов и диагноза и вместе с человеком создать менее пугающее объяснение, которое потом проверяют **со слов автора; Dudley et al., 2007**.

Факт **Сон и паранойя.** Испытание OASIS (Фримен и коллеги, 2017) связало две темы этого текста. 3755 студентов с бессонницей по жребию получали либо цифровую КПТ бессонницы, либо обычную помощь. Через 10 недель бессонница снизилась значительно сильнее (d = 1,11), а вместе с ней немного снизились параноидные мысли (d = 0,19) и галлюцинаторные переживания (d = 0,24). Анализ показал, что эти изменения шли через улучшение сна; нежелательных явлений не зарегистрировано **доказано исследованиями; Freeman et al., 2017**. Ограничения: это студенты, а не люди с диагнозом психоза, и эффекты на паранойю малые. Это не лечение психоза, а довод в пользу того, что сон влияет на такие переживания **трактовка**.

КПТ при психозе: цели и спор о данных

Чего добивается КПТ при психозе и почему учёные до сих пор спорят о размере её эффекта.

Цель — не «переубедить»

Цель удивляет многих: не убрать голоса и не переубедить человека. Британский стандарт качества описывает КПТ при психозе так: не меньше 16 запланированных индивидуальных встреч по руководству (мануалу); человек учится видеть связи между своими мыслями, чувствами или действиями и симптомами; вместе с терапевтом пересматривает восприятия, убеждения или рассуждения, связанные с симптомами; а также делает хотя бы одно из следующего: наблюдает за собой, ищет другие способы справляться, снижает страдание, улучшает повседневное функционирование **клинический консенсус; NICE QS80, по рекомендациям CG178, 2014**.

NICE рекомендует предлагать КПТ всем взрослым с психозом или шизофренией вместе с антипсихотиками или отдельно, если человек от лекарств отказывается **клинический консенсус; NICE QS80; CG178, 2014**.

Как это выглядит в работе

Общая последовательность такая: доверие и союз → нормализация → совместная формулировка, то есть общая «карта» того, что происходит (о концептуализации случая — в выпуске 4) → работа с толкованиями голосов и убеждений: альтернативные объяснения, поведенческие эксперименты, способы совладания → сопутствующие тревога, депрессия, самооценка → профилактика рецидива **клинический консенсус; по NICE QS80 и Dudley et al., 2007**. В британском исследовании, о котором сообщал Королевский колледж Лондона, сильнейшим признаком того, что терапия поможет, была готовность человека рассматривать альтернативные объяснения своих убеждений **со слов авторов; King's College London, 2014**.

Пример **Не спорить, а исследовать.** Человек уверен, что соседи обсуждают его за стеной. Терапевт не говорит «это неправда» и не соглашается. Он спрашивает: когда это слышно сильнее всего? Что вы чувствуете в этот момент? Какие ещё объяснения возможны — и как их можно проверить? Бывает ли это сильнее после бессонной ночи? Пример наш, для наглядности; принцип совместной проверки объяснений описан у Dudley et al. (2007).

Миф и как на самом деле **Миф:** КПТ при психозе — это попытка переубедить человека. **Как на самом деле:** цели — увидеть связи между мыслями и симптомами, найти способы совладания, снизить страдание и улучшить жизнь; опора — нормализация и совместная формулировка **клинический консенсус; NICE QS80; со слов автора; Dudley et al., 2007**.

Спор о размере эффекта

Работает ли это? Здесь в науке настоящий спор.

Критики. В 2014 году Джаухар и коллеги объединили 52 исследования. Общий эффект КПТ на симптомы шизофрении оказался малым (−0,33), на позитивные симптомы — −0,25, на

негативные (апатия, бедность речи и эмоций) — −0,13. Ключевое: в исследованиях, где оценщики знали, кто получал терапию, эффект был заметно больше, чем там, где не знали. В маскированных исследованиях эффект на позитивные симптомы почти исчез (−0,08, незначимо). Вывод авторов: эффект КПТ на симптомы шизофрении мал и уменьшается ещё сильнее, когда учитывают источники систематических ошибок **доказано исследованиями; Jauhar et al., 2014**. Отрицательный знак здесь означает снижение симптомов.

Ответы сторонников. В письмах в журнал Бирчвуд и соавторы возразили, что малый эффект — не нулевой и в целом согласуется с британскими рекомендациями, а разнородность результатов может указывать на группы людей, которым КПТ помогает; Бирн указал, что не учтены данные долгого наблюдения **трактовка; позиции переданы по ответу авторов McKenna et al., 2014, сами письма мы не открывали**. Авторы метаанализа ответили, что разнородность объясняется разницей между строгими и нестрогими исследованиями **трактовка; McKenna et al., 2014**. В 2019 году критики повторили свою позицию: эффект на позитивные симптомы мал, на негативные — мал или отсутствует, рецидивы КПТ не предотвращает **трактовка; Jauhar, Laws & McKenna, 2019**.

Другие метаанализы.

- Тёрнер и коллеги (2014), 48 исследований: против других психологических вмешательств КПТ давала небольшое, но устойчивое преимущество по позитивным симптомам (g = 0,16) **доказано исследованиями; Turner et al., 2014**.
- Бигелли и коллеги (2018), сетевой метаанализ 53 испытаний, 4068 участников, все принимали антипсихотики: КПТ против обычного лечения — малый эффект на позитивные симптомы (−0,30, умеренная уверенность в данных). Вывод: КПТ, по-видимому, помогает при позитивных симптомах у людей с умеренной тяжестью, с малым или средним эффектом **доказано исследованиями; Bighelli et al., 2018**.
- По обзору Хофманна и коллег (2012), КПТ мало влияет на рецидивы и госпитализации по сравнению с семейными вмешательствами **доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012**.

Источник	Что сравнивали	Результат
Jauhar et al., 2014	КПТ против контроля, 52 исследования	Позитивные симптомы −0,25; в маскированных исследованиях −0,08 (незначимо)
Turner et al., 2014	КПТ против других психологических вмешательств	g = 0,16 в пользу КПТ
Bighelli et al., 2018	КПТ против обычного лечения, все на антипсихотиках	−0,30, малый эффект

Итог, который мы считаем честным: эффект есть, он малый, и о его размере продолжается спор. Рекомендации включают КПТ как часть комплексной помощи, с акцентом на страдание и повседневную жизнь, а не как замену лекарствам **трактовка**.

Миф и как на самом деле **Миф:** КПТ вылечит шизофрению без лекарств. **Как на самом деле:** КПТ при психозе — дополнение к психиатрической помощи, и её эффект на симптомы скромный **доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012; Jauhar et al., 2014**.

Биполярное расстройство — отдельная граница

По обзору Хофманна и коллег (2012), при биполярном расстройстве эффекты КПТ малые или средние, данных о КПТ без лекарств мало, есть данные о пользе для отсрочки рецидива **доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012**. Недосып может провоцировать манию, поэтому ограничение сна при склонности к мании требует особой осторожности **клинический консенсус; Edinger et al., 2021**. Если человек почти не спит, но полон энергии, говорит быстро и много рискует, это повод обратиться к психиатру.

Проверьте себя

Пять вопросов по главному и короткие ответы.

1. **Что такое «двигатель» проблемы в КПТ и зачем его искать?** — Это механизм, который поддерживает проблему. Протоколы для разных расстройств построены так, чтобы бить именно в него: при бессоннице это, например, связь «кровать — бодрствование», при РПП — самооценка, построенная на контроле.
2. **Почему гигиена сна одна не лечит хроническую бессонницу?** — Она убирает внешние помехи, но не трогает то, что поддерживает бессонницу. AASM рекомендует не использовать её как единственное лечение.
3. **Что сильнее всего меняет КПТ бессонницы?** — Тяжесть бессонницы, время засыпания и ночное бодрствование. Общее время сна меняется меньше всего.
4. **Чем единичный эпизод отличается от срыва в модели Марлатта?** — Эпизод — это одно употребление; срыв — возврат к прежнему паттерну. Многое решает толкование эпизода: реакция «всё пропало» (эффект нарушения воздержания) повышает риск срыва.
5. **Какова цель КПТ при психозе и что говорят данные?** — Снизить страдание и улучшить повседневную жизнь, а не переубедить человека. Эффект на симптомы малый, его размер оспаривается; КПТ — часть помощи вместе с психиатром.

Что запомнить

Главное в одной таблице и несколько фраз на память.

Тема	Сила данных	Главная мысль
Хроническая бессонница	Высокая; первая линия по ACP, AASM и европейскому руководству	Лечат поведением и работой с тревогой о сне, а не одной гигиеной сна
Булимия, компульсивное переедание	Высокая	CBT-E работает независимо от диагноза; рекомендации начинают с самопомощи с сопровождением или КПТ
Анорексия	Умеренная, смешанная	У подростков на первом месте семейная терапия; всегда нужна команда с врачом
Зависимости	Малый эффект КПТ; сильные данные у поощрений за воздержание	КПТ лучше отсутствия лечения, но не лучше других проверенных методов
Психоз	Малая и спорная по размеру	Цель — страдание и функционирование; только вместе с психиатром

- КПТ ищет механизм, который поддерживает проблему, и подбирает протокол под него.
- При бессоннице меньше времени в постели и «не спится — встань» работают сильнее, чем шторы и отказ от кофе. Но ограничение сна — только со специалистом.
- РПП определяется не цифрой на весах, а тем, на чём держится самооценка.
- Одна ошибка — не срыв: многое решает то, как человек её объясняет себе.
- КПТ при психозе не спорит с голосами, а помогает с ними жить.
- Во всех четырёх темах КПТ работает в паре с медициной.

Следующая тема серии — пограничное расстройство личности и диалектическая поведенческая терапия Марши Линехан (выпуск 11).

Источники

Бессонница

1. Qaseem, A., Kansagara, D., Forciea, M. A., Cooke, M., & Denberg, T. D. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine, 165*(2), 125–133. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27136449/
2. Edinger, J. D., Arnedt, J. T., Bertisch, S. M., et al. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 17*(2), 255–262. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7853203/
3. Edinger, J. D., Arnedt, J. T., Bertisch, S. M., et al. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: An AASM systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 17*(2), 263–298. https://escholarship.org/content/qt0hm4834q/qt0hm4834q.pdf
4. Riemann, D., Espie, C. A., Altena, E., et al. (2023). The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of Sleep Research, 32*(6), e14035. https://pure.uva.nl/ws/files/260029353/Journal_of_Sleep_Research_-*2023-Riemann*-_The_European_Insomnia_Guideline.pdf
5. Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M. W., & Cunnington, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 163*(3), 191–204. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26054060/
6. van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., & Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews, 38*, 3–16. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.02.001
7. van der Zweerde, T., Bisdounis, L., Kyle, S. D., Lancee, J., & van Straten, A. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep Medicine Reviews, 48*, 101208. https://dare.uva.nl/id/e2f218ef-2448-4d30-83f2-e1a75a2a4a1f
8. Kyle, S. D., Miller, C. B., Rogers, Z., Siriwardena, A. N., MacMahon, K. M., & Espie, C. A. (2014). Sleep restriction therapy for insomnia is associated with reduced objective total sleep time, increased daytime somnolence, and objectively impaired vigilance: Implications for the clinical management of insomnia disorder. *Sleep, 37*(2), 229–237. https://doi.org/10.5665/sleep.3386
9. Espie, C. A., Emsley, R., Kyle, S. D., et al. (2019). Effect of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on health, psychological well-being, and sleep-related quality of life: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 76*(1), 21–30. https://eprints.lse.ac.uk/90278/
0. Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Ingersoll, K. S., et al. (2017). Effect of a web-based cognitive behavior therapy for insomnia intervention with 1-year follow-up: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 74*(1), 68–75. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3249 (цифры

сверены по комментарию: https://atm.amegroups.org/article/view/14837/html; пресс-релиз: https://www.eurekalert.org/news-releases/653074)

11. NICE (2022). *Sleepio to treat insomnia and insomnia symptoms* (MTG70; с 2025 года — HTG624). https://www.nice.org.uk/guidance/htg624
12. American Academy of Sleep Medicine (2020). Digital treatment for insomnia receives FDA clearance. https://aasm.org/digital-treatment-for-insomnia-receives-fda-clearance/
13. American Academy of Sleep Medicine (2024). FDA clears SleepioRx for chronic insomnia. https://aasm.org/fda-clears-sleepiorx-for-chronic-insomnia/
14. Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G. M., et al. (2017). The effects of improving sleep on mental health (OASIS): A randomised controlled trial with mediation analysis. *The Lancet Psychiatry, 4*(10), 749–758. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30328-0
15. University of Pennsylvania, Behavioral Sleep Medicine. CBT-I foundational papers. https://www.med.upenn.edu/cbti/foundational.html

Обзоры по многим расстройствам

16. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 427–440. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3584580

Расстройства пищевого поведения

17. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509–528. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8
18. Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.
19. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., & Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry, 166*(3), 311–319. https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/15594/
20. NICE (2017, обновлено в 2020). *Eating disorders: recognition and treatment* (NG69). https://www.nice.org.uk/guidance/ng69
21. Le Grange, D., Eckhardt, S., Dalle Grave, R., et al. (2022). Enhanced cognitive-behavior therapy and family-based treatment for adolescents with an eating disorder: A non-randomized effectiveness trial. *Psychological Medicine, 52*(13), 2520–2530. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9647542/
22. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 724–731. Аннотация: https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-21727255 · Пересказ: https://www.nationalelfservice.net/mental-health/eating-disorders/mortality-rates-in-anorexia-nervosa-bulimia-nervosa-and-eating-disorder-not-otherwise-specified-new-meta-analysis/

23. Psychology Tools. Transdiagnostic cognitive behavioral model of eating disorders (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003). https://www.psychologytools.com/resource/transdiagnostic-cognitive-behavioral-model-of-eating-disorders-fairburn-cooper-shafran-2003
24. CREDO Oxford. Publications, measures (EDE-Q). https://credo-oxford.com/7.2.html

Зависимости

25. Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.) (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press.
26. Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(3), 211–228. https://depts.washington.edu/abrc/mbrp/reprints/MBRPAlcoholSUDs2005.pdf
27. Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 563–570.
28. Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., et al. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse, 30*(4), 295–305. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3280682
29. Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*(4), 516–527. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2696292
30. Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., et al. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(12), 1093–1105. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6856400/
31. Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction, 101*(11), 1546–1560. https://ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/contingency-management-treatment-substance-use-disorders
32. Bolívar, H. A., Klemperer, E. M., Coleman, S. R. M., et al. (2021). Contingency management for patients receiving medication for opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 78*(10), 1092–1102. Пересказ: https://www.drugsandalcohol.ie/34666/
33. Pilling, S., Strang, J., & Gerada, C. (2007). Psychosocial interventions and opioid detoxification for drug misuse: Summary of NICE guidance. *BMJ, 335*(7612), 203–205. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1934496
34. NICE (2011). *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence* (CG115). https://www.nice.org.uk/guidance/cg115

Психоз

35. Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry, 15*(3), 305–312.

36. Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 65*(3), 470–486. https://www.redalyc.org/pdf/2290/229029496011.pdf

37. Padesky, C. A. (2004). Aaron T. Beck: Mind, man, and mentor. In R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary Cognitive Therapy*. Guilford Press. https://www.padesky.com/clinical-corner/atb_padesky/

38. Beck Institute (2021). Dr. Aaron T. Beck — publication list. https://www.beckinstitute.org/wp-content/uploads/2021/11/Dr.-Aaron-T.-Beck-Publist-2021.pdf

39. Dudley, R., Bryant, C., Hammond, K., Siddle, R., Kingdon, D., & Turkington, D. (2007). Techniques in cognitive behavioural therapy: Using normalising in schizophrenia. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. https://psykologtidsskriftet.no/asset/article/2007/05/Techniques-in-Cognitive-Behavioural-Therapy-Using-Normalising-in-Schizophrenia/Techniques-in-Cognitive-Behavioural-Therapy-Using-Normalising-in-Schizophrenia.pdf

40. Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31*(2), 189–195. https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/12630/

41. King's College London (2014). Talking therapy for psychosis. https://www.kcl.ac.uk/news/spotlight/talking-therapy-for-psychosis

42. NICE. Quality standard QS80, statement 2: Cognitive behavioural therapy (по CG178, 2014). https://www.nice.org.uk/guidance/QS80/chapter/quality-statement-2-cognitive-behavioural-therapy

43. Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive–behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *British Journal of Psychiatry, 204*(1), 20–29. https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/cognitivebehavioural-therapy-for-the-symptoms-of-schizophrenia-systematic-review-and-metaanalysis-with-examination-of-potential-bias/10B5A4BB22C8A82FE55E578A15975753

44. McKenna, P. J., Radua, J., Jauhar, S., & Laws, K. R. (2014). Authors' reply. *British Journal of Psychiatry, 204*(6), 490. https://cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/7CDC45C74C1CED764653EDD7423C3E68/S0007125000276721a.pdf/authors-reply.pdf

45. Jauhar, S., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2019). CBT for schizophrenia: A critical viewpoint. *Psychological Medicine, 49*, 1233–1236. https://core-prod.cambridgecore.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/07B2B00BC710F8AAF0A40A998F2002DE/S0033291718004166a.pdf/cbt-for-schizophrenia-a-critical-viewpoint.pdf

46. Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological interventions for psychosis: A meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry, 171*(5), 523–538. https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2013.13081159

47. Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., et al. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: Systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry,*

17(3), 316–329. https://boris.unibe.ch/119945/7/Bighelli%20WorldPsychiatry%202018_postprint.pdf

8. Maurer, L. F., Espie, C. A., & Kyle, S. D. (2018). How does sleep restriction therapy for insomnia work? A systematic review of mechanistic evidence and the introduction of the Triple-R model. *Sleep Medicine Reviews*. https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:1111384f-a162-4ed6-8348-a5551a7255ac

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.