Работает ли КПТ: доказательность, критика, границы

Что на самом деле показали сотни исследований КПТ: насколько велик эффект, лучше ли она других терапий и где её границы

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

21 глав ~57 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

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

Коротко: главное

- **КПТ — самая изученная психотерапия, но не «доказанно самая эффективная».** При депрессии она почти не отличается от других добросовестных психотерапий: разница g = 0,06, где 0 означает «разницы нет».
- **Одна и та же терапия даёт разные цифры в зависимости от соперника.** При депрессии эффект КПТ против листа ожидания 0,98, против обычной помощи 0,60, против таблетки-пустышки 0,55.
- **После поправок эффект скромнее, чем в рекламе.** Если убрать слабые контрольные группы, некачественные исследования и учесть неопубликованные, эффект психотерапии депрессии в одной из переоценок падает с 0,70 до 0,31. Это малый, но реальный эффект.
- **«Птица Додо» права наполовину.** При депрессии добросовестные терапии в среднем примерно равны. При ОКР и фобиях методы с экспозицией дают очень большие эффекты.
- **КПТ не «перестала работать».** Вывод 2015 года о падении эффекта не подтвердился в более строгих анализах, хотя спор полностью не закрыт.
- **Терапия может навредить.** Нежелательные события ожидают примерно у 5–20% людей в психотерапии; в британском опросе около 1 из 20 сообщил о стойких плохих последствиях.

- **Приложения помогают немного, онлайн-КПТ с поддержкой специалиста — почти как очная.** У приложений при депрессии g = 0,28: нужно около 12 человек, чтобы одному стало заметно лучше благодаря приложению.
- **Навык не берётся из одного курса.** Терапевты, которые учились КПТ онлайн без супервизии, по записям сессий не отличались от тех, кто не учился вовсе.
- **КПТ-коучинг существует, но данных о нём меньше.** При стрессе на работе, перфекционизме и прокрастинации методы КПТ дают малые и средние, иногда большие эффекты, но исследования небольшие. Коучинг — для целей развития; при признаках расстройства коуч направляет к врачу или психотерапевту.

Хронология

Спор о том, работает ли психотерапия и какая лучше, идёт почти 90 лет. Подробности и источники — в главах ниже.

1936 Саул Розенцвейг предполагает, что разные терапии работают за счёт общих факторов, и берёт фразу птицы Додо из «Алисы в Стране чудес»
ДАННЫЕ

1952 Ганс Айзенк: по его обзору, психотерапия не лучше спонтанного выздоровления
ДАННЫЕ

1975 Люборски и соавторы: сравнительные исследования почти не находят различий — «вердикт птицы Додо»
ДАННЫЕ

1977 Первые рандомизированные испытания когнитивной терапии депрессии
КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1997 Вампольд и соавторы: различия между добросовестными терапиями около нуля
ДАННЫЕ

2012 Хофманн и соавторы: обзор 106 метаанализов КПТ

ДАННЫЕ

2014 Фурукава и соавторы: лист ожидания может работать как ноцебо

ДАННЫЕ

2015 Йонсен и Фриборг: «эффект КПТ при депрессии падает»

ДАННЫЕ

2016 Куйперс и соавторы: эффекты КПТ «значительно переоценены»

ДАННЫЕ

2017 Два повторных анализа не подтверждают устойчивого падения эффекта

ДАННЫЕ

2018 Переоценка «Был ли Айзенк всё-таки прав?»: после поправок эффект психотерапии депрессии около 0,3

ДАННЫЕ

2022 Зонтичный обзор: психотерапия и лекарства дают сопоставимые небольшие эффекты

ДАННЫЕ

2023 Метаанализ 409 испытаний КПТ при депрессии

ДАННЫЕ

2024 Метаанализ 176 испытаний приложений для смартфона

ДАННЫЕ

2025

Синтез базы Metapsy: психотерапия при 12 проблемах и в разных регионах мира

ДАННЫЕ

Как читать: метки надёжности

Почти каждое утверждение здесь — о самих исследованиях, поэтому метка показывает, насколько твёрдо на нём можно стоять.

КПТ — это когнитивно-поведенческая терапия. Это завершающий конспект серии: в нём проверяется сама КПТ. У каждого факта в скобках стоит метка и источник: например, **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2023**.

Метка	Что она значит
Доказано исследованиями	Рандомизированные испытания или метаанализы (что это такое — в первой главе)
Клинический консенсус	Клинические рекомендации (например, британские NICE) или позиция профессиональных ассоциаций
Со слов автора	Так считают сами авторы работы или сторона спора; независимо не проверялось
Трактовка	Прочтение данных, гипотеза или вопрос, который ещё обсуждается
Документальный факт	Даты, публикации, организации
Не проверено	Первоисточник открыть не удалось; относитесь с осторожностью

Если источники расходятся, приведены обе стороны. Мифы отмечены врезкой «Миф и как на самом деле»; в конце они собраны в одну таблицу.

Важно Это просвещение, а не терапия и не диагностика. Цифры здесь описывают группы людей в исследованиях и не предсказывают, что будет с конкретным человеком. В тексте упоминаются суицидальные мысли. Если вам нужна поддержка

прямо сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас» в конце страницы.

Как узнать, что терапия помогла

Одному человеку стало лучше после терапии — это ещё не доказательство, что помогла именно она.

Представьте человека с депрессией. Он прошёл двенадцать встреч с психологом, и ему стало лучше. Помогла терапия? Не обязательно. Депрессия часто идёт на спад сама. Человек мог сменить работу, помириться с близким или просто дождаться весны. Поэтому в науке о психотерапии почти всё строится на сравнении.

Рандомизированное испытание

Рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) устроено так. Берут, например, 200 человек с одной проблемой и жребием делят на группы: одни получают терапию, другие — что-то другое или пока ничего. Вторую группу называют **контрольной**. Жребий нужен, чтобы группы различались только лечением, а не возрастом, тяжестью или мотивацией. Тогда разницу в результате можно приписать терапии.

Списки методов с доказанной эффективностью, например список Общества клинической психологии (12-е отделение Американской психологической ассоциации, APA Division 12), опираются именно на РКИ: только они позволяют делать сильные выводы о причине и следствии **клинический консенсус; APA Division 12, FAQ**.

Метаанализ и его родственники

Одного испытания мало: его результат может быть случайным. Поэтому дальше идёт **метаанализ** — статистическое объединение результатов многих испытаний в одну среднюю цифру. У метаанализа есть известная слабость: «мусор на входе — мусор на выходе». Если исходные исследования смещены, метаанализ аккуратно сложит и их ошибки.

У метаанализа есть несколько разновидностей:

- **Сетевой метаанализ** сравнивает несколько вмешательств сразу, в том числе те, которые напрямую никогда не сравнивали. Если метод А сравнивали с листом ожидания и метод Б тоже, можно косвенно оценить А против Б.
- **Метаанализ индивидуальных данных** объединяет не средние цифры исследований, а данные каждого участника. Так можно спросить, кому метод помогает больше: например, людям с лёгкой или с тяжёлой депрессией.

- **Зонтичный обзор** — это обзор метаанализов.
- **Metapsy** — открытая и постоянно обновляемая база испытаний психотерапии, которую ведут исследователи более 25 университетов во главе со Свободным университетом Амстердама **документальный факт; VU Amsterdam, Metapsy**. Ею может пользоваться любой желающий на metapsy.org.

Пример **Как сетевой метаанализ находит неожиданное.** В 2014 году японский психиатр Тошиаки Фурукава с коллегами сравнили через сетевой метаанализ разные контрольные группы в испытаниях КПТ при депрессии: лист ожидания, отсутствие лечения и психологическое плацебо (49 испытаний, 2730 участников). Что они нашли, разобрано в главе «Против кого выигрывает КПТ» **документальный факт; Furukawa et al., 2014**.

Источники главы: APA Division 12, FAQ · VU Amsterdam, Metapsy · Furukawa et al., 2014

Размер эффекта на человеческом языке

Главная цифра любого исследования терапии — не «значимо», а «насколько». Её можно перевести в понятные доли из 100 человек.

Что такое g и d

Размер эффекта показывает, насколько группа после терапии в среднем отличается от контрольной группы. Его измеряют в стандартных отклонениях — то есть относительно того, насколько сильно люди в группе вообще различаются между собой. В статьях он обозначается **d** (d Коэна) или **g** (g Хеджеса — то же самое с поправкой на маленькие выборки). В метаанализах психотерапии обычно используют g.

Психолог Джейкоб Коэн предложил грубые ориентиры: 0,2 — малый эффект, 0,5 — средний, 0,8 — большой. По пересказу методологических обзоров, сам Коэн считал эти пороги условными и советовал опираться на них, только когда нет ориентиров из своей области **клинический консенсус; Jané et al., Benchmarks; оригинал Cohen, 1988, не открывался**.

Миф и как на самом деле **Миф:** «статистически значимо» значит «заметно помогает». **Как на самом деле:** значимость говорит только о том, что разница, вероятно, не случайна. О её размере она не говорит ничего. В очень большом исследовании значимой окажется и крошечная разница. Поэтому важно смотреть на размер эффекта **трактовка; общепринятый методологический принцип**.

Перевод на проценты

Ниже g переведены в понятные показатели по стандартным формулам при допущении нормального распределения. Это наш расчёт, а не данные исследования; метод сверен с метаанализом Cuijpers et al. (2016): при g = 0,75 он даёт ту же цифру NNT 3,86, что и в статье **трактовка; наш расчёт**.

g	Как называют	Средний человек после терапии лучше, чем … из 100 в конт
0,2	малый	58
0,24	ориентировочный порог, заметный пациентам с депрессией	59
0,5	средний	69
0,8	большой	79

NNT (number needed to treat, «сколько нужно пролечить») — число людей, которых нужно пролечить, чтобы на одного больше получил заметное улучшение, чем без лечения. Чем меньше NNT, тем сильнее метод. В таблице NNT посчитан при допущении, что в контрольной группе улучшение наступает у 19% людей, как в Cuijpers et al. (2016). При другом допущении получится другой NNT.

Главное, что видно из таблицы: даже при «большом» эффекте две группы совпадают примерно на две трети. Многим людям без терапии лучше, чем многим людям с ней. Средняя цифра показывает, как сдвигается вся группа, а не что произойдёт с конкретным человеком.

Пример **100 человек.** Эффект 0,5 означает: средний человек после терапии чувствует себя лучше, чем 69 человек из 100, которые её не получали. Но 31 человек из этих 100 без всякой терапии чувствует себя лучше него.

Малый — не значит бесполезный

Куйперс и соавторы (2014) показали, что универсального порога «клинически важного» эффекта нет. Для депрессии они предварительно оценили минимальную разницу, которую замечают сами пациенты, примерно в 0,24 **доказано исследованиями, оценка предварительная; Cuijpers et al., 2014**. То есть эффект около 0,3 — небольшой, но для людей он может быть ощутимым.

Ответ и ремиссия

Кроме размера эффекта, в исследованиях считают доли людей:

- **Ответ на лечение** — обычно снижение симптомов на 50% и больше.
- **Ремиссия** — симптомы опустились ниже порога расстройства.
- **Ухудшение** — надёжное, больше погрешности измерения, ухудшение состояния.

В обзоре Хофманна и соавторов (2012) доля ответивших на КПТ в разных обзорах колебалась от 38% при ОКР до 82% при дисморфофобии (навязчивой озабоченности мнимым дефектом внешности). В листе ожидания — от 2% при булимии до 14% при генерализованном тревожном расстройстве **доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012**.

Источники главы: Cuijpers et al., 2014 · Cuijpers et al., 2016 · Hofmann et al., 2012 · Jané et al., Benchmarks

Что показали сотни исследований КПТ

Самые крупные сводки данных о КПТ согласны в главном: метод работает, но его эффект зависит от проблемы, с которой человек пришёл.

Обзор 106 метаанализов (2012)

Стефан Хофманн и соавторы нашли 269 метаанализов КПТ, опубликованных с 2000 года, и подробно разобрали представительную выборку из 106 **доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012**. Их выводы:

- **Сильнее всего КПТ поддержана** при тревожных расстройствах, соматоформных расстройствах (когда телесные симптомы причиняют страдание, но не объясняются болезнью), булимии, проблемах с гневом и общем стрессе.
- **При тревожных расстройствах** эффекты большие при ОКР и специфических фобиях и не ниже средних — при социальной тревоге, панике и ПТСР. При ПТСР КПТ и EMDR (терапия движениями глаз) оказались равны.
- **При депрессии** — средний эффект против листа ожидания, смешанные результаты против других активных методов и возможное смещение из-за неопубликованных исследований.
- **Ограничения, которые назвали сами авторы:** для многих проблем мало исследований и маленькие выборки, мало долгосрочных данных, почти нет метаанализов по этническим меньшинствам и людям с низким доходом.

Метаанализ 409 испытаний при депрессии (2023)

Самая большая на сегодня работа о КПТ при депрессии — метаанализ Пима Куйперса и соавторов: 409 испытаний и 52 702 пациента. Авторы называют его крупнейшим

метаанализом одного вида психотерапии при одном расстройстве
доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2023.

С чем сравнивали КПТ	Результат
Контрольные условия (лист ожидания, обычная помощь)	g = 0,79; результат устойчив и сохраняется через 6–12 месяцев
Другие психотерапии	g = 0,06; в большинстве проверочных анализов незначимо
Антидепрессанты сразу после лечения	Значимой разницы нет
Антидепрессанты через 6–12 месяцев	g = 0,34 в пользу КПТ, но исследований мало и результат неустойчив
Сочетание КПТ и антидепрессанта против одного антидепрессанта	g = 0,51 сразу, 0,32 в долгосрочной перспективе
Сочетание против одной КПТ	Сочетание не лучше
КПТ в формате самопомощи без специалиста	g = 0,45
Дети и подростки	g = 0,41

Качество испытаний со временем росло: больше исследований с низким риском ошибки, меньше листов ожидания, крупнее выборки
доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2023.

Есть цифра, о которой редко пишут в рекламе. По разбору этого метаанализа в издании The Mental Elf, меньше половины людей, получавших КПТ при депрессии, были отнесены к ответившим на лечение, и около трети достигли ремиссии
доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2023, в изложении Babbage & Loades, 2023.

Зонтичный обзор 2022 года

Фальк Лейксенринг, Джон Иоаннидис и соавторы собрали 102 метаанализа (3782 испытания, 650 514 пациентов) по психотерапии и лекарствам при основных психических расстройствах взрослых. Они брали только метаанализы с оценкой качества и исключили слабые контрольные группы вроде листа ожидания
доказано исследованиями; Leichsenring et al., 2022.

- Психотерапия против плацебо или обычной помощи: 0,34.

- Лекарства против плацебо или обычной помощи: 0,36.
- Психотерапия против лекарств напрямую: 0,11, разница незначима.
- Сочетание против любого одного метода: ещё 0,31.

Авторы делают вывод, что после более чем 50 лет исследований эффекты лечения остаются ограниченными. Они говорят о «потолке» нынешних исследований и о необходимости менять подход к ним **со слов авторов; Leichsenring et al., 2022**. Обратите внимание: это вывод о психотерапии и лекарствах вообще, а не о КПТ отдельно.

Синтез Metapsy (2025)

В 2025 году команда Матиаса Харрера и Куйперса свела базу Metapsy по 12 проблемам: 1029 исследований, 85 952 пациента. Это данные о психотерапии в целом, не только о КПТ **доказано исследованиями; Harrer et al., 2025**.

Проблема	Эффект психотерапии (g)
Психоз	0,32
Суицидальные мысли	0,34
Пограничное расстройство личности	0,46
Затяжное горе	0,49
Депрессия	0,73
Игровая зависимость	0,80
Паническое расстройство	0,83
Генерализованное тревожное расстройство	0,86
Социальная тревога	0,95
ОКР	1,18
ПТСР	1,18
Специфические фобии	1,25

Эти цифры — без поправок на слабые контрольные группы, о которых дальше. Их полезно читать как сравнение проблем между собой: при фобиях и ОКР психотерапия даёт заметно больший эффект, чем при психозе.

Подробно по отдельным расстройствам доказательная база и рекомендации разобраны в выпусках 7–10 (депрессия, тревога, ОКР и ПТСР, бессонница, расстройства пищевого поведения, зависимости, психоз), а пограничное расстройство личности — в выпусках 11–12.

Источники главы: Hofmann et al., 2012 · Cuijpers et al., 2023 · Babbage & Loades, 2023 · Leichsenring et al., 2022 · Harrer et al., 2025

Против кого выигрывает КПТ

Цифра эффекта без слов «против кого» ничего не значит: самый частый соперник в исследованиях — и самый слабый.

Одна терапия — три разных цифры

Контрольные группы бывают разные. От самой слабой к самой строгой:

1. **Лист ожидания** — людям говорят: «Помощь будет, но через два месяца».
2. **Отсутствие лечения.**
3. **Обычная помощь** — то, что человек получил бы и без исследования.
4. **Психологическое плацебо** — встречи без «активных» техник.
5. **Таблетка-пустышка** (плацебо).
6. **Активное сравнение** — другая полноценная терапия или лекарство.

В 2016 году Куйперс и соавторы разделили 144 исследования КПТ (11 030 пациентов) по тому, с чем её сравнивали **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2016**:

Расстройство	Против листа ожидания	Против обычной помощи	Против таб
Депрессия	0,98	0,60	0,55
Генерализованное тревожное расстройство	0,85	0,45	1,32 (всего 3
Паническое расстройство	0,96	0,27 (незначимо, 4 исследования)	0,28
Социальная тревога	0,98	0,44 (3 исследования)	0,47

А против других психотерапий при депрессии, как мы видели, — 0,06 **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2023**. Метод тот же; разница — только в сопернике. Цифры, за которыми стоят 3–5 исследований, ненадёжны.

В исследованиях тревожных расстройств около 80% испытаний сравнивали КПТ именно с листом ожидания **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2016**.

Лист ожидания как ноцебо

Ноцебо — это плацебо наоборот: ухудшение из-за ожиданий. В сетевом метаанализе Фурукавы и соавторов (2014) у людей, которым вообще ничего не обещали, шансы на улучшение оказались выше, чем у людей в листе ожидания: отношение шансов 2,9 (95% доверительный интервал 1,3–5,7) **доказано исследованиями; Furukawa et al., 2014**.

Возможное объяснение: человек, которому сказали «подождите, помощь будет», меньше ищет её сам и меньше меняет в жизни **трактовка**. Но у результата серьёзная оговорка: после поправки на неопубликованные исследования разница не устояла, а анализ только качественных исследований провести не удалось. Авторы сами называют вывод предварительным **со слов авторов; Furukawa et al., 2014**.

> Пример **Как это выглядит в жизни.** Представьте два бега. В первом вашим соперником был человек, который стоял на месте. Во втором — бегун-любитель. Ваша скорость одна и та же, а отрыв во втором забеге будет намного меньше. С терапией так же: «эффект 0,98» против листа ожидания и «0,06» против другой терапии могут описывать один и тот же метод.

Источники главы: Cuijpers et al., 2016 · Cuijpers et al., 2023 · Furukawa et al., 2014

Что раздувает красивые цифры

Неопубликованные исследования, слабый дизайн, симпатии авторов и отсутствие «слепой» оценки делают результаты лучше, чем они есть. Это касается всех школ терапии, не только КПТ.

Неопубликованные исследования

Публикационное смещение возникает, когда исследования с отрицательным результатом реже публикуют. Метаанализ видит только опубликованное, и картина получается розовее. Есть статистические способы оценить, сколько исследований «пропало». Например, метод «обрезки и заполнения» (trim-and-fill). В Cuijpers et al. (2016) такая поправка снизила эффект КПТ при депрессии с 0,75 до 0,65, при

генерализованной тревоге — с 0,80 до 0,59. Для паники и социальной тревоги «пропавших» исследований не нашлось **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2016**.

Качество исследований

Из 144 исследований в той же работе все четыре критерия качества выполнили только 25, то есть 17,4% **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2016**.

Сегодня качество испытаний оценивают по стандарту Кокрейн RoB 2 («риск систематической ошибки»). В нём пять вопросов **документальный факт; Sterne et al., 2019**:

1. Честно ли распределили участников по группам?
2. Получили ли люди то лечение, которое им назначили?
3. Не слишком ли много данных пропало?
4. Знал ли тот, кто оценивал результат, кто в какой группе?
5. Не выбрали ли авторы для отчёта самый удачный результат из нескольких?

Симпатии исследователя

Эффект приверженности исследователя: когда исследование проводит сторонник одного из сравниваемых методов, этот метод чаще выигрывает. Томас Мундер и соавторы (2013) объединили 30 метаанализов и нашли умеренную связь между приверженностью авторов и результатом: r = 0,26 **доказано исследованиями; Munder et al., 2013**. Связь держалась для разных видов лечения и групп пациентов.

Это касается всех. Хофманн и соавторы сами приводят пример: единственный обзор в их выборке, где ответ на КПТ был ниже, чем на психодинамическую терапию (при расстройствах личности), выполнили исследователи психодинамической ориентации **документальный факт; Hofmann et al., 2012**. С тем же основанием осторожно читают и исследования, которые проводят сторонники КПТ.

Слепая оценка

Слепой называют оценку, при которой оценщик не знает, кто в какой группе. В метаанализе КПТ при шизофрении (Jauhar et al., 2014) эффект на общие симптомы в целом был малым, 0,33. В исследованиях, где оценщик знал, кто получал терапию, эффект составил 0,62. Там, где не знал, — 0,15, то есть примерно вчетверо меньше **доказано исследованиями; Jauhar et al., 2014**. Авторы делают вывод: у КПТ при шизофрении малый эффект, и он уменьшается, если учитывать источники смещения.

«Был ли Айзенк всё-таки прав?»

В 1952 году британский психолог Ганс Айзенк опубликовал обзор: по его данным, психотерапия не лучше спонтанного выздоровления

документальный факт; Eysenck, 1952; подробнее — в выпуске 1. Почти через 70 лет Куйперс и соавторы назвали свою переоценку психотерапии депрессии с вызовом: «Был ли Айзенк всё-таки прав?» документальный факт; Cuijpers et al., 2019.

- Без поправок эффект психотерапии против контроля — g = 0,70.
- Низкий риск ошибки был только у 23% исследований.
- После того как авторы убрали лист ожидания, ограничились качественными исследованиями и учли неопубликованные, эффект снизился до 0,31 доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2019.
- По разбору этой работы в The Mental Elf, после строгих поправок малый значимый эффект сохранился у КПТ и у поддерживающего консультирования; для решения проблем, интерперсональной терапии и поведенческой активации качественных исследований не хватило доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2019, в изложении Gant, 2019.

Ответ авторов на собственный вопрос — «нет»: эффект меньше, чем казалось, но он есть и превышает порог, заметный пациентам со слов авторов; Cuijpers et al., 2019.

Факт **Спор о переоценке.** Работа Куйперса не осталась без ответа. Группа Мундера, в которую вошли Лейксенринг и Вампольд, повторно проанализировала те же данные иначе: убрала выбросы и сравнивала с разными контрольными группами по отдельности. По их расчёту, против обычной помощи эффект психотерапии депрессии около 0,31, против других контрольных групп — 0,43. Их вывод: психотерапия депрессии у взрослых эффективна доказано исследованиями; Munder et al., 2019. Обе стороны согласны, что эффект реален; спорят о том, насколько он велик.

Миф и как на самом деле **Миф:** метаанализ — это окончательная истина. **Как на самом деле:** метаанализ суммирует и ошибки исходных исследований. В переоценке психотерапии депрессии эффект после поправок упал с 0,70 до 0,31, а другие исследователи на тех же данных получили другие цифры доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2019; Munder et al., 2019.

Источники главы: Cuijpers et al., 2016 · Sterne et al., 2019 · Munder et al., 2013 · Hofmann et al., 2012 · Jauhar et al., 2014 · Eysenck, 1952 · Cuijpers et al., 2019 · Gant, 2019 · Munder et al., 2019

Как читать новость о психотерапии: 10 вопросов

Всё, о чём шла речь выше, складывается в чек-лист. Разберём его на вымышленном заголовке.

Пример **Вымышленный пример.** Заголовок, исследование и все его цифры ниже придуманы и собраны из типичных ошибок подачи. Совпадения с реальными исследованиями, приложениями и изданиями случайны.

Заголовок: «Учёные доказали: 8 недель КПТ через приложение избавляют от тревоги лучше таблеток. Эффект — 85%!»

Что было в исследовании на самом деле: 120 студентов одного университета с тревогой по самоотчёту, набранных через рекламу приложения. Одна группа 8 недель пользовалась приложением, другая ждала своей очереди. С таблетками не сравнивали: это сравнение журналист взял из пресс-релиза компании. «85%» — доля тех, у кого тревога хоть немного снизилась, среди 60 человек, закончивших программу; начинали 90, 30 бросили. Через полгода не измеряли. Двое авторов — основатели компании-разработчика; план исследования заранее не регистрировали; о нежелательных эффектах не сообщалось.

№	Вопрос	Что не так в вымышленном примере	На что опираться
1	Что это за исследование?	Одно небольшое испытание; слово «доказали» к нему не подходит	Методы признают по нескольким хорошим испытаниям разных команд **клинический консенсус; APA Division 12**
2	С чем сравнивали?	С листом ожидания; с таблетками не сравнивали вообще	При депрессии КПТ против листа ожидания — 0,98, против обычной помощи — 0,60 (Cuijpers et al., 2016)
3	Кто участвовал?	Студенты одного вуза, тревога по самоотчёту; переносить на людей с тревожным расстройством нельзя	83–86% данных о психотерапии — из богатых западных стран (Harrer et al., 2025)
4	Насколько большой эффект — в цифрах?	«85%» — не размер эффекта, а доля «хоть немного лучше»	У реальных приложений при тревоге g = 0,26 (Linardon et al., 2024)
5	Сколько выбыло и кого посчитали?	30 из 90 бросили, их не учли. Если считать всех 90, получится 51 из 90, то есть 57%, и то при допущении, что бросившим не стало лучше	Подсчёт только завершивших завышает эффект (Dash, 2017)
6	Кто и как мерил результат?	Самоотчёт людей, которые знали, что получают «новое лечение»	При шизофрении слепая оценка уменьшает эффект КПТ примерно вчетверо (Jauhar et al., 2014)
7	Что было через полгода и год?	Не измеряли; «избавляют» не обосновано	Большинство исследований

№	Вопрос	Что не так в вымышленном примере	На что опираться
			психотерапии и лекарств краткосрочные (Leichsenring et al., 2022, по пересказу Simons, 2022)
8	Кто проводил и кто платил?	Авторы — основатели компании	Связь приверженности авторов и результата r = 0,26 (Munder et al., 2013)
9	Был ли план заранее и повторил ли кто-то результат?	Протокол не зарегистрирован, повторений нет	Пятый вопрос RoB 2 — не выбрали ли самый удачный результат (Sterne et al., 2019)
10	Сообщили ли о вреде?	Ни слова	Вред отслеживали лишь в 21% из 132 испытаний психологических методов (Linden & Schermuly-Haupt, 2014)

Честная версия того же заголовка могла бы звучать так: «В небольшом исследовании разработчиков приложения студенты, которые им пользовались, отмечали меньше тревоги, чем те, кто ждал своей очереди. С лекарствами не сравнивали, долгосрочных данных нет».

Если запоминать только три вопроса:

1. **С чем сравнивали?** С теми, кто просто ждал, или с настоящей помощью?
2. **Насколько большой эффект?** Есть ли цифра, а не только слово «доказали»?
3. **Кто проверял?** Независимая команда, слепая оценка, повторение результата?

Источники главы: APA Division 12, FAQ · Cuijpers et al., 2016 · Harrer et al., 2025 · Linardon et al., 2024 · Dash, 2017 · Jauhar et al., 2014 · Leichsenring et al., 2022 · Munder et al., 2013 · Sterne et al., 2019 · Linden & Schermuly-Haupt, 2014

Птица Додо: все ли терапии равны

Почти 90 лет идёт спор: работают ли разные психотерапии одинаково хорошо? Ответ, по-видимому, зависит от того, с какой проблемой пришёл человек.

Откуда название

В «Алисе в Стране чудес» Льюиса Кэрролла промокшие звери бегут по кругу, чтобы обсохнуть, без старта и финиша. В конце птица Додо объявляет: «Все победили, и все должны получить призы». В 1936 году американский психолог Саул Розенцвейг взял эту фразу для статьи о «неявных общих факторах» разных психотерапий. Он предположил, что разные методы работают примерно одинаково, потому что у них много общего: отношения с терапевтом, надежда, понятное объяснение того, что с человеком происходит

документальный факт; Rosenzweig, 1936, цитируется по Wampold et al., 1997; оригинал не открывался.

В 1975 году Лестер Люборски и соавторы просмотрели сравнительные исследования психотерапий и почти не нашли различий в результатах. С этого времени выражение «вердикт птицы Додо» вошло в обиход

документальный факт; Luborsky et al., 1975, по описанию в Wampold et al., 1997; оригинал не открывался.

Метаанализ Вампольда (1997)

Брюс Вампольд и соавторы проверили гипотезу Додо на прямых сравнениях **добросовестных** (bona fide) терапий — то есть терапий, задуманных как лечебные, с теорией и обученным терапевтом. Плацебо и «альтернативные» условия они исключили. Результаты легли кучно вокруг нуля. Даже при самых щедрых допущениях верхняя граница истинной разницы между терапиями — около 0,20. Разница не росла с годами публикации (то есть более точные методы её не обнаружили) и не зависела от того, насколько сравниваемые терапии были непохожи. Вывод авторов: эффективность добросовестных терапий примерно одинакова **доказано исследованиями; Wampold et al., 1997**

.

Для масштаба Вампольд приводит ориентиры: психотерапия против отсутствия лечения — около 0,82, психотерапия против плацебо — около 0,48

доказано исследованиями, данные 1990-х; бенчмарки Ламберта и Бергина, приведённые в Wampold et al., 1997

.

Возражения

Сторонники того, что методы различаются, отвечали так:

- Сам Вампольд оговаривает: его результат не значит, что все терапии одинаково работают при всех расстройствах и у всех людей **со слов автора; Wampold et al., 1997**.

- В «добросовестные» терапии попадали методы, которые не обязаны были иметь доказанную эффективность, — только быть задуманными как лечебные (трактовка критиков, по пересказу; Dodo bird verdict, Wikipedia; оригиналы Hunsley & Di Giulio, 2002, и Chambless, 2002, не открывались).
- При тревожных расстройствах повторный анализ данных Толина (Baardseth et al., 2013) нашёл у КПТ малое и среднее преимущество на шкалах, которые измеряют симптомы самого расстройства, но не нашёл превосходства на более общих показателях **доказано исследованиями; Baardseth et al., 2013**.
- При ОКР и фобиях методы с экспозицией — намеренной встречей с тем, чего человек боится, — дают эффекты больше единицы **доказано исследованиями; Harrer et al., 2025; Hofmann et al., 2012**. Такие эффекты трудно объяснить одними общими факторами **трактовка**.

Где Додо прав, а где нет

Ситуация	Что показывают данные
Депрессия в целом	КПТ почти равна другим добросовестным терапиям: g = 0,06 (Cuijpers et al., 2023)
Депрессия: КПТ против поддерживающей терапии и поведенческой активации	Значимого преимущества у КПТ нет (Cuijpers et al., 2023)
ПТСР: КПТ против EMDR	Равны (Hofmann et al., 2012)
Тревожные расстройства	Преимущество КПТ на шкалах симптомов расстройства, нет — на общих показателях (Baardseth et al., 2013)
ОКР, фобии	Методы с экспозицией дают очень большие эффекты (Harrer et al., 2025)
Депрессия: КПТ против антидепрессантов	Сразу после лечения равны (Cuijpers et al., 2023)

Итог: при депрессии Додо, похоже, прав; при ряде тревожных расстройств — скорее нет **трактовка; по Cuijpers et al., 2023; Baardseth et al., 2013**. Окончательного ответа нет.

Миф и как на самом деле **Миф:** раз все терапии равны, неважно, что делать. **Как на самом деле:** равенство показано в среднем и не при всех проблемах. При ОКР и

фобиях методы с экспозицией дают очень большие эффекты **доказано исследованиями; Harrer et al., 2025**. К тому же «равны» относится к добросовестным терапиям с обученными специалистами, а не к любому разговору.

Британские рекомендации NICE по депрессии у взрослых (NG222, 2022) опираются на ту же картину: вместо одного «лучшего» метода они предлагают «меню» вариантов, из которых человек выбирает вместе со специалистом. КПТ — одна из опций **клинический консенсус; NICE, 2022**.

Источники главы: Wampold et al., 1997 · Rosenzweig, 1936 · Luborsky et al., 1975 · Dodo bird verdict, Wikipedia · Baardseth et al., 2013 · Harrer et al., 2025 · Hofmann et al., 2012 · Cuijpers et al., 2023 · NICE, 2022

Отношения или техника

Если терапии примерно равны, может быть, дело в отношениях с терапевтом? Честный ответ: пока не знаем.

Специфические факторы — это техники конкретного метода: проверка мыслей, экспозиция, поведенческая активация. **Общие факторы** есть во всех терапиях: отношения, эмпатия, ожидания, понятное объяснение проблемы. Сторонники общих факторов, начиная с Розенцвейга, считают, что эффект терапий объясняется прежде всего ими. Вампольд развивает эту мысль в своей «контекстуальной модели» **со слов автора; Wampold et al., 1997**.

Альянс

Терапевтический альянс — это согласие клиента и терапевта о целях и о том, что делать, плюс сама связь между ними. Крупнейший метаанализ (Flückiger et al., 2018) объединил 295 исследований и больше 30 000 пациентов. Связь альянса с результатом — r = 0,28; в онлайн-терапии она почти такая же, r = 0,275 **доказано исследованиями; Flückiger et al., 2018**.

Но это корреляция, то есть связь, а не доказанная причина. Возможно, альянс хороший потому, что человеку уже стало лучше, а не наоборот **трактовка**.

Что нужно, чтобы назвать что-то механизмом

Куйперс, Рейндерс и Хёйберс (2019) разобрали, что известно о механизмах. Все исследования посредников — факторов, через которые терапия влияет на результат, — пока корреляционные. Чтобы назвать фактор механизмом, нужно показать, что он меняется раньше улучшения, что больше фактора — больше эффект, исключить третьи причины, подтвердить экспериментом и иметь сильную теорию. Ни один общий и ни

один специфический фактор этим критериям пока не соответствует доказано исследованиями, обзор; Cuijpers et al., 2019, Annual Review.

> Миф и как на самом деле **Миф:** главное — отношения, техники не важны. **Как на самом деле:** связь альянса с результатом надёжна, но корреляционна. Причинность ни общих, ни специфических факторов строго не доказана доказано исследованиями; Flückiger et al., 2018; Cuijpers et al., 2019, Annual Review. Скорее всего, важно и то, и другое.

Этот же вопрос — что именно меняется в терапии — подробнее разобран в выпуске 13 о третьей волне и подходе, основанном на процессах.

Источники главы: Wampold et al., 1997 · Flückiger et al., 2018 · Cuijpers, Reijnders & Huibers, 2019

КПТ перестала работать?

В 2015 году вышла работа о том, что эффект КПТ при депрессии падает. Через два года её вывод оспорили, и строгие анализы падения не нашли.

Что нашли Йонсен и Фриборг

Норвежские исследователи Тор Йонсен и Оддгейр Фриборг проанализировали 70 исследований КПТ при депрессии, проведённых с 1977 по 2014 год, и сообщили, что эффект снижался с годами доказано исследованиями, вывод оспорен; Johnsen & Friborg, 2015, по пересказам Jarrett, 2015, и Dash, 2017

.

Их гипотеза: раньше КПТ подавали как «золотой стандарт», и люди приходили с большой надеждой; когда стали выходить исследования, где она не лучше других методов, надежда и вера в метод могли ослабнуть, а вместе с ними и эффект трактовка; гипотеза авторов в пересказе Jarrett, 2015. Гипотеза не доказана.

Ответы

- **Методика.** В анализ вошли и нерандомизированные исследования; эффект считали только «до и после» внутри группы, без сравнения с контролем; учитывали только тех, кто закончил лечение документальный факт; Dash, 2017.
- **Cristea et al., 2017.** Команда, в которую входили Куйперс и Холлон, оставила только рандомизированные испытания и добавила 30 новых. Год публикации оказался значим лишь в части расчётов «до и после» и ни в одном сравнении с контрольной

группой. Тренд проявлялся только в исследованиях из США. Вывод авторов: линейное «падение», скорее всего, ложная находка
доказано исследованиями; Cristea et al., 2017.

- **Ljótsson et al., 2017.** Шведская группа нашла, что снижение остановилось примерно с 1995 года **доказано исследованиями; Ljótsson et al., 2017, по описанию в Friborg & Johnsen, 2017**.
- **Ответ Фриборга и Йонсена (2017).** Авторы не согласились с критиками и настаивают, что снижение есть **со слов авторов; Friborg & Johnsen, 2017**.
- **Метаанализ 2023 года.** Эффект КПТ при депрессии не снижался между периодами публикации: до 2001 года, 2001–2010 и после 2011 года
доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2023.

В споре есть и конфликт интересов: часть авторов повторного анализа — обученные КПТ-терапевты, на что указывает обзор The Mental Elf **документальный факт; Dash, 2017**.

Итог: в зависимости от способа анализа эффект падает, падал до середины 1990-х или не меняется. Более строгие анализы, только по рандомизированным испытаниям и в сравнении с контролем, падения не показывают
трактовка; Dash, 2017; Cristea et al., 2017; Cuijpers et al., 2023.

Миф и как на самом деле **Миф:** КПТ перестала работать. **Как на самом деле:** вывод 2015 года не устоял в более строгих анализах, а метаанализ 409 испытаний 2023 года снижения эффекта не нашёл **доказано исследованиями; Cristea et al., 2017; Cuijpers et al., 2023**. Спор полностью не закрыт, но заголовок «КПТ больше не работает» данными не подтверждается.

Источники главы: Johnsen & Friborg, 2015 · Jarrett, 2015 · Dash, 2017 · Cristea et al., 2017 · Ljótsson et al., 2017 · Friborg & Johnsen, 2017 · Cuijpers et al., 2023

Где КПТ работает слабо и может ли терапия навредить

У любого метода есть границы и неприятные эффекты. Знать о них — право клиента, а не повод отказываться от помощи.

Где КПТ — не первый выбор или помогает мало

- **Психоз.** Малый эффект, при слепой оценке ещё меньше
доказано исследованиями; Jauhar et al., 2014; мало влияет на рецидивы и госпитализации
доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012. КПТ здесь — дополнение к лечению у врача.
- **Биполярное расстройство.** Малые и средние эффекты; данных о пользе КПТ как самостоятельного лечения мало — её применяют как дополнение к лекарствам

доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012.

- **Опиоидная и алкогольная зависимость.** КПТ уступает лекарственной заместительной терапии доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012.
- **Расстройства личности.** Данные смешанные; для пограничного расстройства есть специализированные методы — ДБТ и схема-терапия (выпуски 11–12).
- **Тревога в пожилом возрасте.** В одном из обзоров КПТ не дала выигрыша сверх обучения расслаблению доказано исследованиями; Hofmann et al., 2012.
- **Депрессия в целом.** Даже здесь, где данных больше всего, ответ на лечение — меньше чем у половины людей доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2023, в изложении Babbage & Loades, 2023.

При психозе, биполярном расстройстве, тяжёлой депрессии с суицидальным риском и зависимостях КПТ может быть только частью лечения, которое ведёт врач трактовка; по данным Hofmann et al., 2012.

Важно **Когда сначала к врачу.** Начинать стоит не с психолога или коуча, а с врача — психиатра, а при телесных симптомах терапевта, — если есть: мысли о самоубийстве или самоповреждении (тогда сразу раздел «Если нужна помощь прямо сейчас»); признаки мании — несколько дней почти без сна с необычным подъёмом сил и рискованными поступками; голоса, видения или убеждения, которые окружающим кажутся странными; быстрая потеря веса или отказ от еды; зависимость от алкоголя или успокоительных, при которой резкая отмена может быть опасна; выраженные провалы памяти или спутанность; новые телесные симптомы, похожие на тревогу, например сердцебиение или одышка. Лекарства назначает, меняет и отменяет только врач; бросать их самостоятельно опасно, даже если терапия помогает трактовка; обобщение рекомендаций, разобранных в выпусках 7–10.

Побочные эффекты психотерапии

Немецкие исследователи Михаэль Линден и Мари-Луиза Шермули-Хаупт (2014) предложили различать клинический консенсус; Linden & Schermuly-Haupt, 2014:

Понятие	Что это значит
Нежелательное событие	Всё неприятное, что произошло за время терапии, независимо от причины
Неблагоприятная реакция	Нежелательное событие, вызванное самой терапией
Побочный эффект	Неблагоприятная реакция на правильно проведённую терапию
Эффект неправильной практики	Вред от плохо или неправильно проведённой терапии
Неудача лечения	Терапия не помогла; её часто путают с побочным эффектом

Примеры нежелательных событий из их обзора: новые или усилившиеся симптомы, напряжение в отношениях вплоть до развода, проблемы на работе, стигматизация, зависимость от терапии и терапевта. По их оценке, нежелательные события, включая неудачу и ухудшение, стоит ожидать примерно у 5–20% людей в психотерапии. Из 132 испытаний психологических методов вред отслеживали лишь 21%, а способ сбора таких данных и сами события описывали 3%
доказано исследованиями, обзор; Linden & Schermuly-Haupt, 2014.

> Пример **Побочный эффект, а не ошибка.** При экспозиции человек намеренно встречается с тем, чего боится. Временный рост тревоги в начале — ожидаемая часть метода; о нём специалист предупреждает заранее. Это пример того, что неприятное в терапии не всегда значит «терапия вредит», — но о таких вещах нужно говорить до начала работы.

Британский опрос: 1 из 20

Майк Кроуфорд и соавторы (2016) опросили 14 587 человек, прошедших психологическое лечение депрессии и тревоги в 184 службах Англии и Уэльса. 763 человека, 5,2%, то есть примерно 1 из 20, сообщили о стойких плохих последствиях терапии **доказано исследованиями, опрос; Crawford et al., 2016**.

Чаще о таком сообщали представители сексуальных и этнических меньшинств и те, кто не знал, какую именно терапию получал. Реже — те, кому до начала дали достаточно информации о терапии, и люди старше 65 лет **доказано исследованиями; Crawford et al., 2016**. Это опрос в один момент времени: он показывает связи, а не причины.

Важно **Что из этого следует для клиента.** Это не повод отказываться от помощи. Это повод задать специалисту вопросы до начала: что это за метод, чего ждать, что может быть неприятно, сколько примерно встреч и как вы вместе поймёте, что помогает или не помогает. Информированное согласие — право клиента, и в опросе Кроуфорда достаточная информация до начала была связана с меньшим числом плохих последствий.

Миф и как на самом деле **Миф:** разговорная терапия не может навредить. **Как на самом деле:** нежелательные события ожидают примерно у 5–20% людей в психотерапии, а около 1 из 20 сообщает о стойких плохих последствиях **доказано исследованиями; Linden & Schermuly-Haupt, 2014; Crawford et al., 2016**.

Источники главы: Jauhar et al., 2014 · Hofmann et al., 2012 · Cuijpers et al., 2023 · Babbage & Loades, 2023 · Linden & Schermuly-Haupt, 2014 · Crawford et al., 2016

Другая культура, онлайн и приложения

Большая часть данных собрана в богатых западных странах. Что известно о других культурах и о терапии через экран?

Работает ли КПТ в незападных культурах

По синтезу Metapsy 2025 года, 83–86% данных о психотерапии получены в богатых западных странах. Признаков того, что психотерапия хуже работает в странах с низким и средним доходом или в незападных культурах, авторы не нашли **доказано исследованиями; Harrer et al., 2025**.

Культурная адаптация — это изменение метода под язык, ценности, роль семьи и то, как человек сам описывает свои симптомы. Что о ней известно:

- **Hall et al., 2016:** 78 исследований, 13 998 участников. Адаптированные методы против разных других условий — g = 0,67; против неадаптированной версии того же метода — 0,52, но таких прямых сравнений всего 9. Язык, страна и совпадение этнической принадлежности терапевта и клиента на результат не влияли **доказано исследованиями; Hall et al., 2016**.
- **Rathod et al., 2018:** обзор 12 обзоров. Уверенно можно сказать только одно: адаптированные методы лучше обычной помощи; с неадаптированными версиями их почти не сравнивали. Адаптация работала лучше, когда учитывала ценности и убеждения человека и то, как он описывает симптомы; при психозе методы были эффективнее, когда на встречи приходили родственники **доказано исследованиями, обзор; Rathod et al., 2018**.

Миф и как на самом деле **Миф:** КПТ — западный метод, у нас не сработает. **Как на самом деле:** данных из незападных стран меньше, но признаков более слабого эффекта психотерапии там нет; культурная адаптация, вероятно, помогает, хотя строгих сравнений мало
доказано исследованиями; Harrer et al., 2025; Hall et al., 2016; Rathod et al., 2018.

Онлайн-КПТ с поддержкой специалиста

Управляемая онлайн-КПТ — интернет-программа по методам КПТ, которую человек проходит с регулярной поддержкой специалиста. Обзор Андерссона и соавторов (2019) приводит обновлённый метаанализ 20 испытаний, где она сравнивалась с очной КПТ: разница g = 0,05, то есть эффекты эквивалентны. Для тревожных расстройств качество этих доказательств низкое. Ухудшение в группах лечения — 3,4%, в контрольных группах — 7,6% **доказано исследованиями; Andersson et al., 2019**.

Каритаки и соавторы (2021) объединили индивидуальные данные 36 исследований (8107 человек) и сравнили онлайн-КПТ с поддержкой и без неё. Ответ на лечение: 48% с поддержкой против 37% без неё. При лёгких симптомах разницы почти нет; чем тяжелее депрессия, тем больше выигрыш от поддержки специалиста. Через 6–12 месяцев разница сглаживается **доказано исследованиями; Karyotaki et al., 2021**.

В опросе 175 организаций из восьми европейских стран для тяжёлой депрессии только онлайн-КПТ рекомендовали бы 1,9% участников опроса, смешанный формат (очно плюс онлайн) — 27% **клинический консенсус, опрос; Andersson et al., 2019**.

Приложения для смартфона

Метаанализ Линардона и соавторов (2024) объединил 176 испытаний приложений **доказано исследованиями; Linardon et al., 2024**:

- Депрессия: g = 0,28, NNT = 11,5 (33 567 участников).
- Генерализованная тревога: g = 0,26, NNT = 12,4 (22 394 участника).
- Эффекты больше у приложений с элементами КПТ и, при депрессии, у приложений с чат-ботом.

Это малые эффекты: около 12 человек должны пользоваться приложением, чтобы одному стало заметно лучше именно благодаря ему. По разбору в The Mental Elf, против групп, которые ничего не делали, приложения выглядят лучше, чем против групп с какой-либо помощью, — часть эффекта может быть «цифровым плацебо». Там же отмечено, что все пять критериев качества выполнили только 6% исследований **трактовка; Valentine, 2024**.

Миф и как на самом деле **Миф:** приложение заменит терапевта. **Как на самом деле:** у приложений малые эффекты (g ≈ 0,26–0,28), а онлайн-КПТ с поддержкой

специалиста сопоставима с очной **доказано исследованиями; Linardon et al., 2024; Andersson et al., 2019**. Приложение может быть разумным первым шагом при лёгких состояниях, но не заменой специалисту, когда тяжело.

Источники главы: Harrer et al., 2025 · Hall et al., 2016 · Rathod et al., 2018 · Andersson et al., 2019 · Karyotaki et al., 2021 · Linardon et al., 2024 · Valentine, 2024

Кто может проводить КПТ и как ей учатся

Метод, доказанный в исследованиях, — это метод в руках обученных терапевтов под супервизией. Без этого его эффект не гарантирован.

Зачем нужна супервизия

В испытаниях терапевты обучены, следуют руководству и получают **супервизию** — регулярный разбор своей работы с более опытным специалистом. Насколько это важно, показало испытание Раковщик и соавторов (2016). 61 терапевта, работающего в обычной практике, жребием разделили на три группы: онлайн-курс КПТ с рабочим листом для самостоятельного разбора; тот же курс плюс супервизия по Skype; обучение позже, после окончания исследования. Компетентность оценивали по записям реальных сессий. У группы с супервизией компетентность выросла сильнее, чем у двух других. Группа без супервизии не отличалась от тех, кто ещё не учился **доказано исследованиями; Rakovshik et al., 2016**.

Миф и как на самом деле **Миф:** пройдёшь онлайн-курс — и умеешь КПТ. **Как на самом деле:** в испытании 2016 года онлайн-обучение без супервизии не улучшило навыки по сравнению с отсутствием обучения; с супервизией — улучшило **доказано исследованиями; Rakovshik et al., 2016**.

Что обычно в рамках подготовки психолога или коуча, а что требует клинической квалификации

Это общая рамка, а не юридическая справка: требования к психологам, коучам и психотерапевтам различаются по странам, и законодательство здесь не разбирается **трактовка**.

Обычно в рамках подготовки психолога или коуча	Требует клинической подготовки,
Рассказать о модели «мысли — эмоции — поведение»	Диагностика психических расстро
Работа с повседневным стрессом, прокрастинацией, неуверенностью без признаков расстройства	Лечение депрессии, тревожных ра по протоколам КПТ
Самонаблюдение (например, дневник ситуаций), планирование дел у людей без клинической депрессии	Экспозиция при ОКР, ПТСР, паник
Рассказать о самопомощи с хорошей доказательной базой, с учётом тяжести состояния	Работа с суицидальным риском, пс расстройством, расстройствами пи зависимостями
Регулярно отслеживать результат и давать информированное согласие	«КПТ» без обучения и супервизии
Знать, когда направить к психотерапевту или психиатру	

Две рамки обязательны для любого специалиста, будь то психолог, психотерапевт или коуч. **Конфиденциальность и её пределы.** То, что рассказывает клиент, без его согласия никому не передают, но у правила есть границы: например, серьёзный риск для жизни клиента или других людей и требования закона. О них честно говорят на первой встрече, а конкретные правила зависят от законов страны **трактовка**. **Двойные отношения.** Когда специалист одновременно приходится клиенту другом, родственником, начальником или деловым партнёром, это мешает работе и создаёт риск злоупотребления, поэтому таких ситуаций избегают **трактовка**. В этическом кодексе BABCP, например, сказано, что безопасность клиентов и других людей стоит выше других обязательств, что личные и профессиональные отношения нужно чётко разделять и что отношениями с клиентом нельзя злоупотреблять — сексуально, эмоционально, финансово или иначе **документальный факт; BABCP Standards of Conduct, Performance and Ethics, 2009, ред. 2022**.

Как устроена сертификация

Примеры требований серьёзных организаций **документальный факт; данные с сайтов организаций, ноябрь 2026**:

- **Академия когнитивных и поведенческих терапий (A-CBT, США).** Основана в 1996 году как некоммерческая организация для сертификации КПТ-специалистов. Для сертификации нужны профессиональная степень и лицензия на самостоятельную практику (если в стране лицензирования нет, документы рассматривают индивидуально), не менее 40 часов обучения, не менее года практики и 10 клиентов, а также запись реальной сессии и письменная концептуализация случая, которые оценивают специалисты академии **документальный факт; A-CBT**.
- **Институт Бека (Beck Institute, США)** ведёт многоуровневую сертификацию: клиницист, мастер-клиницист, супервизор. Сначала идёт теоретическая часть, затем оценка клинической работы **документальный факт; Beck Institute**.
- **BABCP (Великобритания).** Для аккредитации как КПТ-психотерапевта нужна признанная «базовая профессия» в области психического здоровья или портфолио, подтверждающее эквивалентную подготовку **документальный факт; BABCP**.
- **EABCT** — Европейская ассоциация поведенческих и когнитивных терапий. На её сайте есть список национальных ассоциаций, аккредитованных EABCT; в ноябре 2026 года в нём 32 ассоциации из 25 стран, в том числе из России, Украины, Грузии, Эстонии и Турции. Ассоциаций из Азербайджана и Казахстана в списках членов и аккредитованных на тот момент не было **документальный факт; EABCT**.

Как выбрать специалиста и школу

Специалист: вопросы на первой встрече. Задавать их нормально, а хороший специалист отвечает без раздражения (трактовка; составлено по требованиям BABCP и A-CBT; Crawford et al., 2016 — те, кому до начала дали достаточно информации о терапии, реже сообщали о стойком вреде):

1. Какое у вас базовое образование и где вы учились КПТ?
2. Есть ли у вас сейчас супервизия?
3. Состоите ли вы в профессиональной ассоциации, какому этическому кодексу следуете и куда можно обратиться с жалобой?
4. Как вы понимаете мою проблему и какой метод предлагаете? Почему именно его?
5. Сколько примерно встреч, как часто и сколько длится встреча?
6. Как мы поймём, что терапия помогает? Будем ли мы измерять результат?
7. Что может быть неприятно или тяжело, например экспозиция, и что делать, если станет хуже?
8. Будут ли задания между встречами?
9. Что остаётся между нами, кто видит записи и в каких случаях вы обязаны нарушить конфиденциальность?
10. В каких случаях вы направите меня к психиатру или другому специалисту?

Тревожные признаки трактовка: гарантии результата; «метод от всего»; специалист не может объяснить, что и зачем делает; не называет своего обучения и супервизии; давит — купить большой пакет встреч, не ходить к врачу, бросить лекарства; размывает границы — дружба, деловые предложения, романтические отношения с клиентом; узнаваемо рассказывает о других клиентах; месяцами не проверяет, есть ли улучшение, и винит клиента, если его нет.

Реестры. В некоторых странах квалификацию можно проверить по открытому реестру. Пример — CBT Register британской ассоциации BABCP: по имени или номеру членства видно, есть ли у человека статус аккредитованного или зарегистрированного специалиста. Реестр аккредитован британским Управлением профессиональных стандартов (Professional Standards Authority), а входящие в него специалисты следуют этическому кодексу BABCP документальный факт; BABCP, CBT Register. Если в стране нет такого реестра, как сейчас в Азербайджане нет аккредитованной EABCT ассоциации, остаётся спрашивать напрямую: об образовании, часах обучения и супервизии трактовка.

Школа: короткий чек-лист

трактовка; составлен по требованиям A-CBT, BABCP, EABCT и данным Rakovshik et al., 2016:

1. Есть ли школа или её ассоциация в списке аккредитованных EABCT или подобной организации?
2. Опубликованы ли стандарты: часы теории, часы супервизии, число клиентов под супервизией?
3. Оценивают ли реальную работу — запись сессии по шкале компетентности, а не только тест?
4. Кто преподаёт и какая у преподавателей квалификация?
5. Входит ли в обучение супервизия?
6. Нет ли обещаний вроде «сертификат КПТ-терапевта за выходные»?

Бесплатно о доказательности можно читать на metapsy.org (открытые базы испытаний), в разборах The Mental Elf, в BPS Research Digest и на сайте APA Division 12 (div12.org), где методы перечислены с уровнем доказательности.

Источники главы: Rakovshik et al., 2016 · A-CBT · Beck Institute · BABCP · BABCP, CBT Register · BABCP Standards of Conduct, Performance and Ethics · EABCT · Crawford et al., 2016

КПТ вне диагнозов и когнитивно-поведенческий коучинг

С чем чаще всего приходят к психологу и коучу, что об этом известно и где проходит граница с терапией.

Многие обращаются не с расстройством, а с трудностью: стресс на работе, перфекционизм, неуверенность в себе, откладывание дел, вспышки гнева. Модели КПТ применяют и здесь. Но данных меньше, чем о лечении расстройств: исследования чаще небольшие, нередко на студентах, а результат оценивают сами участники **трактовка**.

Пять частых запросов

- **Стресс на работе и выгорание.** В метаанализе 36 исследований (55 программ, 2847 человек) программы управления стрессом на работе в среднем дали умеренный эффект (d = 0,53), а когнитивно-поведенческие — самый большой: d = 1,16 против 0,50 у релаксации **доказано исследованиями; Richardson & Rothstein, 2008**. Выгорание ВОЗ описывает как результат хронического стресса на работе, с которым не удалось справиться: истощение, отстранённость или цинизм по отношению к работе, снижение профессиональной эффективности. В МКБ-11 это «профессиональный феномен», а не медицинское состояние **документальный факт; ВОЗ, 2019**. Похожие симптомы бывают при депрессии, поэтому при стойком упадке сил стоит обратиться к врачу **трактовка**.
- **Перфекционизм.** В метаанализе 15 рандомизированных испытаний (912 человек, средний возраст 23 года) КПТ снижала перфекционизм (по разным шкалам g = 0,57–0,89) и уменьшала симптомы депрессии (g = 0,60), тревоги (g = 0,42) и расстройств пищевого поведения (g = 0,61) **доказано исследованиями; Galloway et al., 2022**. Чем перфекционизм отличается от ОКР — в выпуске 9.
- **Самооценка.** По модели Мелани Феннел, в основе низкой самооценки лежит негативный общий вывод о себе, «нижняя строка» («я недостаточно хорош»). Его прикрывают «правила жизни» вроде «всё должно быть идеально»; когда правило под угрозой, растут тревога и самокритика, а охранительное поведение будто подтверждает вывод **со слов автора модели; Fennell, в изложении Kolubinski et al., 2018**. В обзоре 7 исследований (821 человек, все в Великобритании) самооценка после еженедельных встреч заметно росла (1,12), после однодневного семинара — меньше (0,34). Это изменения «до и после» без сравнения с контрольной группой, поэтому эффект, вероятно, завышен **доказано исследованиями; Kolubinski et al., 2018**.
- **Прокрастинация.** В метаанализе 12 рандомизированных испытаний (718 человек) психологическая помощь уменьшала прокрастинацию немного (g = 0,34), в подгруппе КПТ — умеренно (g = 0,55). Но в подгруппе всего 3 исследования и 236 человек, и риск систематической ошибки высокий **доказано исследованиями; Rozental et al., 2018**. Как работают с отложенным делом в поведенческой активации — в выпуске 6.

- **Гнев.** В метаанализе 96 исследований психологические методы работы с гневом (когнитивные, КПТ, релаксация, тренинг навыков и другие) дали в среднем умеренный эффект (0,76); примерно 8 встреч выглядели достаточными, дальше выигрыш был небольшим **доказано исследованиями; Saini, 2009**.

Что такое когнитивно-поведенческий коучинг

Когнитивно-поведенческий коучинг использует те же модели — связь мыслей, эмоций и поступков, модель ABC Эллиса (выпуск 3), решение проблем, — но для целей развития: карьерного решения, переговоров, выступления, а не для лечения симптомов **трактовка**. Основные книги — сборник Майкла Нинана и Стивена Палмера «Cognitive Behavioural Coaching in Practice» (2012) и руководство Нинана и Уинди Драйдена «Cognitive Behavioural Coaching» (3-е издание, 2020; первоначально — «Life Coaching: A Cognitive Behavioural Approach») **документальный факт; Routledge**.

Одна из рабочих схем — модель **PRACTICE** Стивена Палмера, переработка семиступенчатого решения проблем Б. Васик: определить проблему (Problem identification); поставить реалистичные и значимые цели (Realistic, relevant goals); найти варианты (Alternative solutions); взвесить последствия (Consideration of consequences); выбрать самое выполнимое (Target most feasible solution); выполнить выбранное (Implementation of Chosen solution); оценить результат (Evaluation) **документальный факт; Palmer, 2008**.

Пример **Карьерный запрос (собирательный пример).** Человек полгода откладывает разговор о повышении. Мысль: «Если откажут, значит, я пустое место». В коучинге её не заменяют «позитивом», а проверяют: какие факты за и против, что ещё может значить отказ. Затем по PRACTICE формулируют цель, перебирают варианты (письмо, встреча, совет наставника), выбирают один и после разговора разбирают, что получилось.

Что показывают данные о коучинге

- В рандомизированном исследовании групповой когнитивно-поведенческий, ориентированный на решение лайф-коучинг в сравнении с листом ожидания повышал целеустремлённость, благополучие и надежду **доказано исследованиями; Green, Oades & Grant, 2006; размер выборки и детали не проверены**.
- В метаанализе 2022 года (20 исследований, 957 человек) коучинг на работе, основанный на психологических подходах, дал большой эффект на достижение целей (g = 1,29) и умеренный на самоэффективность (0,59). Значимых различий между популярными подходами, включая когнитивно-поведенческий, не нашли **доказано исследованиями; Wang et al., 2022**.

Честно: эти данные слабее, чем данные о КПТ как терапии. Исследований меньше, выборки маленькие (в обзоре есть исследования на 10–14 человек), результат чаще оценивают сами участники, сравнений с активным контролем почти нет **трактовка; по Wang et al., 2022**. Эффекты КПТ при расстройствах на коучинг автоматически не переносятся.

Где граница коучинга и терапии

Коучинг — для людей без психического расстройства, которые хотят прийти к цели; терапия — лечение расстройства **трактовка**. Граница важна: коучи без подготовки в области психического здоровья могут не заметить тонких признаков расстройства, а подталкивание человека в депрессии к целям не по силам может навредить **трактовка; Cavanagh, 2005, в изложении Campone, 2014**.

Коуч направляет к врачу или психотерапевту, если видит **трактовка; по таблице выше и выпускам 7–10**:

- подавленность или потерю интереса почти каждый день дольше двух недель;
- мысли о смерти или самоповреждении — тогда сразу раздел «Если нужна помощь прямо сейчас»;
- панические атаки, избегание, которое сужает жизнь, навязчивые ритуалы;
- алкоголь, вещества или еду как главный способ справляться;
- последствия травмы: флешбэки, кошмары;
- цель месяцами не движется, потому что мешает симптом, а не план.

Коучинг и терапия могут идти параллельно, если клиент этого хочет и специалисты договорились о ролях. Коуч при этом не лечит расстройство, а лекарства назначает только врач **трактовка**.

Источники главы: Richardson & Rothstein, 2008 · BO3, 2019 · Galloway et al., 2022 · Kolubinski et al., 2018 · Rozental et al., 2018 · Saini, 2009 · Neenan & Palmer, 2012 · Neenan & Dryden, 2020 · Palmer, 2008 · Green, Oades & Grant, 2006 · Wang et al., 2022 · Campone, 2014

Как говорить о КПТ честно: итог серии

КПТ выдержала проверку — не как чудо, а как хорошее лечение со своими границами.

Серия началась с истории (выпуск 1): Аарон Бек учил пациентов не верить мысли на слово, а проверять её, как гипотезу. Наука сделала то же самое с его методом. Работает ли КПТ? Да: это один из самых изученных методов психотерапии, и в сотнях исследований он помогал больше, чем отсутствие помощи. При тревожных

расстройствах, ОКР и фобиях — хорошо. При депрессии — умеренно и примерно так же, как другие добросовестные терапии и антидепрессанты сразу после лечения.

Сторонники КПТ Даниэль Давид, Иоана Кристя и Стефан Хофманн называют её «золотым стандартом» психотерапии, но уточняют: в их понимании это «лучшее из доступного сейчас», а не идеал. Они сами признают, что против обычной помощи эффекты малые и средние, против других активных методов — малые или нулевые, а пространство для улучшения явно есть **со слов авторов; David, Cristea & Hofmann, 2018**. Авторы раскрывают свои связи с КПТ-организациями.

Формулировки

Не говорить	Точнее сказать	Основание
«Доказанно самая эффективная терапия»	«Одна из самых изученных терапий с сильной доказательной базой»	Cuijpers et al., 2023; David et al., 2018
«Научно доказано, что КПТ работает»	«В сотнях испытаний КПТ помогала больше, чем отсутствие помощи; против обычной помощи эффект скромнее»	Cuijpers et al., 2016, 2023
«Помогает 80%»	«При депрессии ответ на лечение — меньше чем у половины; по разным расстройствам доля сильно различается»	Babbage & Loades, 2023; Hofmann et al., 2012
«Без побочных эффектов»	«Как любое лечение, может давать неприятные эффекты; о них стоит говорить заранее»	Linden & Schermuly-Haupt, 2014; Crawford et al., 2016
«Лучше таблеток»	«При депрессии сразу после лечения сопоставима с антидепрессантами; сочетание лучше одних таблеток»	Cuijpers et al., 2023
«Пройдите курс — и станете КПТ-терапевтом»	«Навыку нужны обучение и супервизия»	Rakovshik et al., 2016

Почему это важно не только для честности. Йонсен и Фриборг предполагали, что подача КПТ как «золотого стандарта» могла завысить ожидания, а их разочарование — снизить эффект **трактовка; гипотеза в пересказе Jarrett, 2015**. Гипотеза не доказана, но это ещё один довод в пользу трезвой подачи.

Пример **Упражнение на минуту: три вопроса к заголовку.** В следующий раз, когда увидите «учёные доказали, что…» про психологию, задайте три вопроса. С чем сравнивали — с теми, кто просто ждал, или с настоящей помощью? Насколько большой эффект — есть ли цифра, а не только слово «доказали»? Кто проверял — независимая команда или авторы метода? Если ответов нет, относитесь к новости как к рекламе. Это упражнение — про чтение новостей, а не про лечение. Если вам сейчас тяжело, не ждите идеального метода: обратитесь к специалисту и спросите, как вы вместе поймёте, что помогает.

Источники главы: David, Cristea & Hofmann, 2018 · Cuijpers et al., 2016, 2023 · Jarrett, 2015

Мифы о КПТ: короткая проверка

Все мифы этого текста в одной таблице.

Миф	Как на самом деле	Метка
КПТ — доказанно самая эффективная терапия	Самая изученная; при депрессии почти не отличается от других добросовестных терапий (g = 0,06)	**Доказано исследованиями**
КПТ помогает 80% людей	При депрессии ответ — меньше чем у половины, ремиссия — около трети	**Доказано исследованиями**
Статистически значимо — значит заметно	Значимость говорит о неслучайности, а не о размере; даже при g = 0,8 группы перекрываются примерно на 69%	**Трактовка, расчёт**
Метаанализ — это истина	Он суммирует и ошибки исследований; после поправок эффект может уменьшиться вдвое	**Доказано исследованиями**
Раз все терапии равны, неважно, что делать	Равенство — в среднем и не при всех проблемах; при ОКР и фобиях экспозиция даёт очень большие эффекты	**Доказано исследованиями**
Главное — отношения, техники не важны	Связь альянса с результатом надёжна, но корреляционна; причинность не доказана ни для чего	**Доказано исследованиями**
КПТ перестала работать	Вывод 2015 года не устоял в более строгих анализах	**Доказано исследованиями, спор не закрыт**
Терапия не может навредить	Нежелательные события — у 5–20%; около 1 из 20 сообщает о стойких плохих последствиях	**Доказано исследованиями**
КПТ — западный метод, у нас не сработает	Признаков более слабого эффекта в незападных культурах нет; данных меньше	**Доказано исследованиями**
Приложение заменит терапевта	Эффекты приложений малые; онлайн-КПТ с поддержкой специалиста сопоставима с очной	**Доказано исследованиями**

Миф	Как на самом деле	Метка
Пройдёшь онлайн-курс — и умеешь КПТ	Без супервизии навыки не отличались от отсутствия обучения	**Доказано исследованиями**

Проверьте себя

1. **Почему эффект КПТ против листа ожидания больше, чем против обычной помощи?** Лист ожидания — слабый соперник и, возможно, даже ноцебо. При депрессии — 0,98 против 0,60.
2. **Что значит g = 0,5 на человеческом языке?** Средний человек после терапии чувствует себя лучше, чем 69 из 100 в контрольной группе; группы при этом перекрываются примерно на 80%.
3. **Чем при депрессии КПТ отличается от других добросовестных психотерапий?** Почти ничем: g = 0,06, в большинстве проверочных анализов незначимо.
4. **Что такое «вердикт птицы Додо» и где он, похоже, не работает?** Тезис о том, что добросовестные терапии примерно равны; при ОКР и фобиях методы с экспозицией дают очень большие эффекты.
5. **Почему вывод о «падении» эффекта КПТ оспорили?** В анализ вошли нерандомизированные исследования, эффекты «до и после» без контроля и только завершившие лечение; в анализе только рандомизированных испытаний со сравнением с контролем падения нет.
6. **Какой вопрос задать специалисту до начала терапии?** Что это за метод, чего ждать, что может быть неприятно и как вы вместе поймёте, что помогает.
7. **Чем когнитивно-поведенческий коучинг отличается от КПТ-терапии и когда коуч направляет к специалисту?** Те же модели, но для целей развития, а не лечения; данные слабее. При признаках расстройства — стойкой подавленности, мыслях о самоповреждении, панике, ритуалах, зависимости — коуч направляет к врачу или психотерапевту.

Что запомнить

- **Цифра без соперника ничего не значит.** Всегда спрашивайте: против кого сравнивали?
- **КПТ работает, но умеренно.** Против отсутствия помощи — заметно, против обычной помощи — скромнее, против других хороших терапий при депрессии — почти вровень.

- **Сильнее всего данные при тревожных расстройствах, ОКР и фобиях;** слабее — при психозе, биполярном расстройстве и зависимостях.
- **Терапия может навредить,** и об этом стоит говорить заранее.
- **Метод в исследованиях — это метод в руках обученного специалиста под супервизией.**
- **Коучинг на основе КПТ — для целей, а не для лечения;** его данные слабее, и граница с терапией должна быть ясна обоим.
- **Честная формула:** «один из методов с самой сильной доказательной базой», а не «доказанно лучший».

Источники

1. Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: From innovation to implementation. *World Psychiatry, 18*(1), 20–28. https://mhpsshub.org/wp-content/uploads/2024/09/Andersson-et-al.-2019-Internet-delivered-psychological-treatments-from-.pdf
2. APA Division 12 (Society of Clinical Psychology). Frequently Asked Questions — Research-supported psychological treatments. https://div12.org/?p=3006
3. A-CBT (Academy of Cognitive and Behavioral Therapies). Become a Certified CBT Therapist; A-CBT History. https://www.academyofcbt.org/certification · https://www.academyofcbt.org/a-cbt-history
4. Baardseth, T. P., et al. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review, 33*. https://iro.uiowa.edu/esploro/outputs/journalArticle/Cognitive-behavioral-therapy-versus-other-therapies-Redux/9984359947402771
5. Babbage, C., & Loades, M. (2023). Is cognitive behavioural therapy the best we've got for depression? The Mental Elf. https://nationalelfservice.net/?p=163263
6. BABCP. Core Professions. https://babcp.com/Core-Professions/
7. Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. CBT Certification. https://beckinstitute.org/certification/
8. Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J., & Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry, 208*(3), 260–265. https://pure.royalholloway.ac.uk/en/publications/patient-experience-of-negative-effects-of-psychological-treatment
9. Cristea, I. A., Stefan, S., Karyotaki, E., David, D., Hollon, S. D., & Cuijpers, P. (2017). The effects of cognitive behavioral therapy are not systematically falling: A revision of Johnsen and Friborg (2015). *Psychological Bulletin, 143*(3), 326–340.

https://scholars.mssm.edu/en/publications/the-effects-of-cognitive-behavioral-therapy-are-not-systematicall/

10. Cuijpers, P., Turner, E. H., Koole, S. L., van Dijke, A., & Smit, F. (2014). What is the threshold for a clinically relevant effect? The case of major depressive disorders. *Depression and Anxiety, 31*(5), 374–378. https://research.vu.nl/en/publications/what-is-the-threshold-for-a-clinically-relevant-effect-the-case-o/

11. Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry, 15*(3), 245–258. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5032489

12. Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Ebert, D. D. (2019). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(1), 21–30 (онлайн 2018). https://doi.org/10.1017/S2045796018000057

13. Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 207–231. https://research-portal.uu.nl/en/publications/the-role-of-common-factors-in-psychotherapy-outcomes/

14. 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://research.vu.nl/en/publications/cognitive-behavior-therapy-vs-control-conditions-other-psychother/

15. Dash, S. (2017). Battle of the meta-analyses: Is CBT becoming less effective over time? The Mental Elf. https://www.nationalelfservice.net/treatment/cbt/battle-of-the-meta-analyses-is-cbt-becoming-less-effective-over-time/

16. David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 4. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00004/full

17. Dodo bird verdict. Wikipedia (вторичный источник для навигации по спору). https://en.wikipedia.org/wiki/Dodo_bird_verdict

18. EABCT. Find a member association; Associations accredited by EABCT. https://eabct.eu/?p=163 · https://eabct.eu/training-and-accreditation/accredited-association

19. Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319–324. https://psychclassics.yorku.ca/Eysenck/psychotherapy.htm

20. Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316–340. https://www.societyforpsychotherapy.org/the-alliance-in-adult-psychotherapy/

21. Friborg, O., & Johnsen, T. J. (2017). The effect of cognitive–behavioral therapy as an antidepressive treatment is falling: Reply to Ljótsson et al. (2017) and Cristea et al. (2017). *Psychological Bulletin, 143*(3), 341–345. https://munin.uit.no/handle/10037/12727

22. Furukawa, T. A., Noma, H., Caldwell, D. M., et al. (2014). Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: A contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 130*(3), 181–192. https://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/mdl-24697518

23. Gant, E. (2019). Psychotherapy for adult depression: Is it as good as it's cracked up to be? The Mental Elf. https://www.nationalelfservice.net/treatment/psychotherapy/psychotherapy-adult-depression/

24. Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy, 47*(6), 993–1014. https://wou.edu/wp/ibarakia/files/2018/08/Hall-et-al.-2016-BT.pdf

25. Harrer, M., Miguel, C., van Ballegooijen, W., … Cuijpers, P. (2025). Effectiveness of psychotherapy: Synthesis of a "meta-analytic research domain" across world regions and 12 mental health problems. *Psychological Bulletin, 151*(5), 600–667. https://pure.amsterdamumc.nl/en/publications/effectiveness-of-psychotherapy-synthesis-of-a-meta-analytic-resea/

26. 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

27. Jané, M. B., et al. Benchmarks (онлайн-руководство по размерам эффекта). https://matthewbjane.quarto.pub/Benchmarks.html

28. Jarrett, C. (2015). Cognitive Behavioural Therapy for depression is losing its efficacy. BPS Research Digest. https://bps.org.uk/research-digest/cbt-depression-losing-its-efficacy

29. 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://researchprofiles.herts.ac.uk/en/publications/cognitive-behavioural-therapy-for-the-symptoms-of-schizophrenia-s/

30. Johnsen, T. J., & Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 141*(4), 747–768. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25961373/

31. Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., et al. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 78*(4), 361–371. https://mhpsshub.org/wp-content/uploads/2024/09/KAryotaki_Depression.pdf

52. Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S., & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: An umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry, 21*(1), 133–145. https://doi.org/10.1002/wps.20941

53. Linardon, J., Torous, J., Firth, J., Cuijpers, P., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2024). Current evidence on the efficacy of mental health smartphone apps for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis of 176 randomized controlled trials. *World Psychiatry, 23*(1), 139–149. https://research.vu.nl/en/publications/current-evidence-on-the-efficacy-of-mental-health-smartphoneapps-/

54. Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry, 13*(3), 306–309. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4219072/

55. Ljótsson, B., Hedman, E., Mattsson, S., & Andersson, E. (2017). The effects of cognitive–behavioral therapy for depression are not falling: A re-analysis of Johnsen and Friborg (2015). *Psychological Bulletin, 143*(3), 321–325.

56. Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry, 32*(8), 995–1008.

57. Munder, T., Brütsch, O., Leonhart, R., Gerger, H., & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clinical Psychology Review, 33*(4), 501–511. https://www.ethicalpsychology.com/2016/01/researcher-allegiance-in-psychotherapy.html

58. Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(3), 268–274. https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-30058524

59. NICE (2022). NICE creates new menu of treatment options for those suffering from depression (рекомендации NG222). https://www.nice.org.uk/news/nice-creates-new-menu-of-treatment-options-for-those-suffering-from-depression

60. Rakovshik, S. G., McManus, F., Vazquez-Montes, M., Muse, K., & Ougrin, D. (2016). Is supervision necessary? Examining the effects of Internet-based CBT training with and without supervision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(3), 191–199. https://eprints.glos.ac.uk/10999/

61. Rathod, S., Gega, L., Degnan, A., Pikard, J., Khan, T., Husain, N., Munshi, T., & Naeem, F. (2018). The current status of culturally adapted mental health interventions: A practice-focused review of meta-analyses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 14*, 165–178. https://www.dovepress.com/the-current-status-of-culturally-adapted-mental-health-interventions-a-peer-reviewed-fulltext-article-NDT

52. Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412–415.
53. Simons, P. (2022). Major review finds limited effectiveness for medication and therapy. Mad in America (вторичный пересказ Leichsenring et al., 2022). https://www.madinamerica.com/?p=229411
54. Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., et al. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ, 366*, l4898. https://eprints.whiterose.ac.uk/150579/1/bmj.l4898.full.pdf
55. Valentine, L. (2024). Apps for depression and anxiety: Big new meta-analysis supports effectiveness. The Mental Elf. https://www.nationalelfservice.net/mental-health/depression/apps-for-depression-and-anxiety-big-new-meta-analysis-supports-effectiveness/
56. VU Amsterdam. Metapsy. https://vu.nl/en/research/more-about/metapsy
57. Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin, 122*(3), 203–215. https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203
58. BABCP. CBT Register. https://portal.babcp.com/therapist/register
59. BABCP. Standards of Conduct, Performance and Ethics (принят 16.07.2009, редакция 05.12.2022; с 01.05.2027 вступает обновлённая версия). https://babcp.com/about/who-are-babcp/our-policies/standards-of-conduct-performance-ethics/
60. Campone, F. (2014). At the border: Coaching a client with dissociative identity disorder. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring, 12*(1), 1–13 (приводит Cavanagh, 2005). https://radar.brookes.ac.uk/radar/file/f0eb1fe8-6d5a-4afd-8c6d-2182e2c52b6d/1/vol12issue1-paper-01.pdf
61. Galloway, R., Watson, H., Greene, D., Shafran, R., & Egan, S. J. (2022). The efficacy of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy for perfectionism: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 51*(2), 170–184. https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1952302
62. Green, L. S., Oades, L. G., & Grant, A. M. (2006). Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. *The Journal of Positive Psychology, 1*, 142–149.
63. Kolubinski, D. C., Frings, D., Nikčević, A. V., Lawrence, J. A., & Spada, M. M. (2018). A systematic review and meta-analysis of CBT interventions based on the Fennell model of low self-esteem. *Psychiatry Research, 267*, 296–305. https://eprints.kingston.ac.uk/41225
64. Neenan, M., & Dryden, W. (2020). *Cognitive Behavioural Coaching: A Guide to Problem Solving and Personal Development* (3rd ed.). Routledge. https://www.routledge.com/Cognitive-Behavioural-Coaching-A-Guide-to-Problem-Solving-and-Personal-Development/Neenan-Dryden/p/book/9780367461621

55. Neenan, M., & Palmer, S. (Eds.) (2012). *Cognitive Behavioural Coaching in Practice: An Evidence Based Approach*. Routledge. https://www.karnacbooks.com/product/cognitive-behavioural-coaching-in-practice-an-evidence-based-approach/32563
56. Palmer, S. (2008). The PRACTICE model of coaching: Towards a solution-focused approach. *Coaching Psychology International, 1*(1), 4. https://www.ukcentreforrebt.com/wp-content/uploads/2019/04/Practice_CPI_Article_1_1_2008.pdf
57. Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*(1), 69–93. https://activityinsight.pace.edu/krichardson/intellcont/Richardson%20JOHP%202008-1.pdf
58. Rozental, A., Bennett, S., Forsström, D., Ebert, D. D., Shafran, R., Andersson, G., & Carlbring, P. (2018). Targeting procrastination using psychological treatments: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 9*, 1588. https://discovery-pp.ucl.ac.uk/10054305/6/Rozental_fpsyg-09-01588.pdf
59. Saini, M. (2009). A meta-analysis of the psychological treatment of anger: Developing guidelines for evidence-based practice. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 37*(4), 473–488. https://jaapl.org/content/37/4/473
60. Wang, Q., Lai, Y.-L., Xu, X., & McDowall, A. (2022). The effectiveness of workplace coaching: A meta-analysis of contemporary psychologically informed coaching approaches. *Journal of Work-Applied Management, 14*(1), 77–101. https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JWAM-04-2021-0030/full/html
61. World Health Organization (2019, 28 May). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. https://www.who.int/news-room/detail/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases

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.