

ВЫПУСК 2

# “АКБТ”

И Ю Н Ъ

2 0 2 5

Ж У Р Н А Л

**С О В Р Е М Е Н Н Ы Е  
И С С Л Е Д О В А Н И Я И  
Д О С Т И Ж Е Н И Я В  
О Б Л А С Т И  
К О Г Н И Т И В Н О -  
П О В Е Д Е Н Ч Е С К О Й  
Т Е Р А П И И**

В Н У Т Р Е Н Н И Й Ж У Р Н А Л А К Б Т Д Л Я Ч Л Е Н О В  
А С С О Ц И А Ц И И И И Н Т Е Р Е С У Ю Щ И Х С Я  
К О Л Л Е Г

**Издается с 2025 года**

**Периодичность:** 4 раза в год

Все права защищены. Название журнала, логотип, рубрики, все тексты и иллюстрации являются собственностью журнала и защищены авторским правом. Перепечатка материалов журнала и использование иллюстраций допускаются только с письменного разрешения редакции.

**Связь с редакцией:** [xedin-90@mail.ru](mailto:xedin-90@mail.ru) [Mail@zakharova.info](mailto:Mail@zakharova.info)

**Члены редакционной коллегии журнала:**

**Московченко Денис Владимирович** - главный редактор

Кандидат психологических наук, аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт и супервизор, Сертифицированный тренер и супервизор по Индивидуальной схематерапии (ISST).

Сертифицированный провайдер (тренер и супервизор) по УТП для лечения эмоциональных расстройств.

**Захарова Юлия Владимировна** - научный редактор

Клинический психолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт.

**Агасарян Эмма Георгиевна** - президент АКБТ, кандидат медицин-ских наук, Врач-психотерапевт, Аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт и супервизор, сертифицированный тренер и супервизор по индивидуальной схематерапии (ISST).

**Столбова Ольга Олеговна** - член Президиума АКБТ, когнитивно-поведенческий психолог

**Васильева Елена Игоревна** - когнитивно-поведенческий психолог, менеджер АКБТ.

Уважаемые коллеги!

Прошло совсем немного времени с момента выхода первого номера нашего журнала Ассоциации когнитивно-бихевиоральных терапевтов, но за этот короткий промежуток случилось немало значимых событий. Центральным из них, безусловно, стала масштабная конференция, объединившая под своей эгидой широкое сообщество специалистов — от клинических психологов и психотерапевтов до исследователей в области психиатрии. Насыщенные дискуссии, живые круглые столы, обмен опытом и новейшими практиками сделали эту встречу по-настоящему ярким и вдохновляющим событием, которое, смеем надеяться, задаст тон профессиональному диалогу на годы вперёд.

В этом выпуске мы предлагаем вашему вниманию подробный обзор прошедшей конференции: ключевые доклады, панельные обсуждения, экспериментальные мастер-классы и, конечно, яркие впечатления участников. Кроме того, мы подготовили для вас подборку актуальных исследований и практических материалов по когнитивно-поведенческой терапии, призванных расширить профессиональный инструментарий и вдохновить на новые клинические и научные свершения. Особый акцент сделан на междисциплинарные проекты, демонстрирующие, как синергия разных подходов усиливает эффективность лечения и открывает новые горизонты для дальнейших исследований.

Мы искренне благодарим всех, кто остаётся с нами, поддерживает инициативы Ассоциации и вносит вклад в развитие когнитивно-поведенческой терапии. Уверены, что нынешний номер станет для вас не только источником полезной информации, но и отправной точкой для новых идей, сотрудничества и профессионального роста.

Приятного чтения!

**Главный редактор,**  
Денис Московченко

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Современное состояние КПТ: обзор исследований. АКБТ 2025: Конференция, которая формирует российское сообщество КПТ	5
Современные когнитивно-поведенческие модели и методы терапии ОКР (2020–2025)	13
Список литературы	18
Часть 2. Публикации членов АКБТ	19
Захарова Юлия Владимировна Терапевтические отношения и этика уважения в когнитивно- поведенческой терапии: баланс техник и человечности	19
Список литературы	23
Бурдин Михаил Валерьевич Определение и оценка уровня «социализации в КПТ» как значимого фактора терапии	25
Список литературы	28
Часть 3. Техники когнитивной терапии	30
Московченко Денис Владимирович Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)	30
Список литературы	39



---

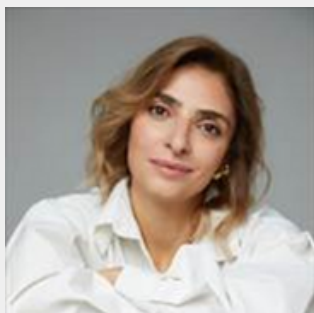
## Современное состояние КПТ: обзор исследований АКБТ 2025: Конференция, которая формирует российское сообщество КПТ

---

В апреле 2025 года в Санкт-Петербурге в гостинице “Москва” прошла ежегодная конференция Ассоциации когнитивно-поведенческой терапии (АКБТ) — ведущего объединения специалистов в области когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в России. Несмотря на сжатые сроки подготовки, ограниченный бюджет и небольшой оргкомитет, конференция стала заметным событием для профессионального сообщества, объединив экспертов, практиков и студентов, а также предоставив уникальную образовательную и коммуникативную платформу.

Оргкомитет уделил особое внимание деталям: от четкой координации волонтеров до создания максимально комфортных условий для участников и спикеров. Этот подход отмечался во всех отзывах — участники подчеркивали заботу, внимание к мелочам и дружелюбную атмосферу, способствующую открытому профессиональному общению. Волонтеры отмечали, что с первых дней чувствовали поддержку и четкую организацию, что позволило им не только выполнять свои обязанности, но и учиться у ведущих специалистов. Даже в стрессовых ситуациях (например, при опоздании) координаторы проявляли понимание и человечность, что формировало ощущение сопричастности к большому и важному делу.

Своими впечатлениями о конференции поделились Президент АКБТ Эмма Агасарян, Председатель программного комитета Яков Кочетков, волонтеры конференции Карина Мириева, Дженетт Сарыбаева и Ульяна Шумилина, спикеры конференции Марина Гармаш, Ольга Титова, Наталья Злотина, Даниил Ривин и Артем Ефремов.



### **Эмма Агасарян, президент АКБТ**

*В апреле 2025 года прошла конференция АКБТ. Она готовилась в очень сжатые сроки — оргкомитет состоял всего из нескольких человек, а бюджет был небольшой, чтобы сделать стоимость участия доступной. Несмотря на это, конференция получилась потрясающей. Оргкомитет продумал каждую мелочь, создав максимально комфортные условия для обучения и общения между коллегами. А поучиться было чему: доклады Кристин Пурдон, разбор случая с Кристианом Штирли, острые дискуссии на круглых столах и практикоориентированные мастер-классы. Я до*

---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований АКБТ 2025: Конференция, которая формирует российское сообщество КПТ

---

сих пор просматриваю видеозаписи конференции (они доступны целый год!) и, кажется, мне их хватит надолго. На конференции я встретила дорогих коллег, с которыми часто общаюсь онлайн, но редко вижу вживую. Я, безусловно, не могу быть объективной во всех вопросах, но точно могу сказать: единственная вкусная еда в гостинице «Москва» была именно на кофе-брейках конференции. И такой внимательный подход оргкомитет проявил ко всему.



### Председатель программного комитета Яков Кочетков

Уважаемые коллеги, хочу сказать пару слов как председатель программного комитета конференции. Впервые, ещё и ещё раз хочу поблагодарить организаторов, которые сделали невозможное для того, чтобы конференция получилась в столь краткий срок. На мой взгляд, наша задумка удалась. Нашей идеей была конференция, в которой будет место дискуссиям, размышлениям и сомнениям. Некоторое время назад мы решили отойти от привычного формата конференции, где есть доклады и ограниченное время на вопросы и минимум общения и обсуждений. Поэтому на нашей конференции докладов практически не было, не считая научной секции. Я побывал далеко не на всех дискуссиях, но на тех, на которых я был, атмосфера была дискуссионная.

Да, не всегда в результате этих обсуждений находились ответы на вопросы, но для было важнее, чтобы люди задумались. Мы привыкли к тому, что наши коллеги-психологи часто поглощают информацию без критического анализа, ориентируясь на авторитеты. И когда люди выходили и говорили, что у них больше вопросов, чем ответов, я думаю, что наша цель была достигнута. Конференция — это место, которое учит людей думать в первую очередь, а не просто узнавать новое.

Отдельная история — это научная секция. Начиная с этой конференции, и, я надеюсь, мы продолжим эту традицию, у нас появилась научная секция. К сожалению, в нашей стране пока наука в области психотерапии сильно отстаёт от общемировых трендов. Но, тем не менее, нам было важно показать, что члены нашей ассоциации, наши коллеги-психологи проводят очень интересные исследования, многие из которых вполне соответствуют современной методологии и даже публикуются в международных рецензируемых журналах.



---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований АКБТ 2025: Конференция, которая формирует российское сообщество КПТ

---

На мой взгляд, эта секция удалась. Хотелось бы, чтобы в следующий раз на ней присутствовало больше людей, но я надеюсь, что вы посмотрите её в записи. Это стоит того, потому что разнообразие докладов очень впечатляет: от технологий дополненной реальности до использования аватар-терапии психозов, от исследований долгосрочных последствий депрессии после родов до интереснейшего доклада про руминации при редком генетическом синдроме. Поэтому, коллеги, думайте, смотрите научные доклады, читайте статьи и обязательно присоединяйтесь к следующей конференции.



### Мириева Карина, волонтер

Узнав о возможности присоединиться к группе волонтеров конференции АКБТ, ожидала рутинную волонтерскую работу. Моими «лучиками надежды» были спикеры и программа, которые смогли бы компенсировать рутину. Все изменилось буквально с первого сообщения в общем чате и знакомства с координаторами, они удивили меня продуманностью организации: у каждого волонтера были четкие задачи и график, поддержка чувствовалась на каждом шагу.

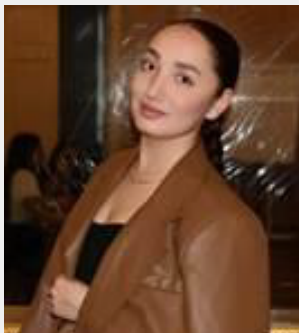
В один из дней я проспала и начала паниковать: мне казалось, что меня могут осудить и исключить из состава волонтеров. Но каково было мое удивление, когда на мои сообщения с предупреждением о задержке координаторы ответили: "Так бывает, неприятности случаются. Хорошо, что ты уже едешь!" В этот момент мое сердце наполнилось теплом, я осознала, что моя деятельность здесь — не очередная галочка в моем портфолио для получения стипендии. Я ощутила себя частью чего-то большего, важного для меня как будущего специалиста. И я искренне восхищаюсь сообществом АКБТ: их чуткостью, вниманием к деталям и умением создавать атмосферу, где каждый важен.



---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований АКБТ 2025: Конференция, которая формирует российское сообщество КПТ

---



### Сарыбаева Дженнет, волонтер

*Для меня, как студента-психолога, участие в конференции АКБТ в роли волонтера — ценный опыт. Не только потому, что помогала на мероприятиях, но и потому, что смогла погрузиться в живое, подлинное обсуждение тем, которые нечасто звучат в учебных аудиториях.*

*Особое впечатление на меня произвёл разбор сложного клинического случая ОКР. Было по-настоящему познавательно наблюдать за тем, как специалисты высокого уровня анализируют динамику симптомов, формулируют гипотезы, выстраивают терапевтическую стратегию.*

*Я благодарна организаторам за возможность быть частью этого события. Оно оставило у меня не только новые знания, но и чувство сопричастности — к сообществу, где ценят осмысленность, развитие и человеческое участие.*



### Шумилина Ульяна, волонтер

*Опыта участия в подобных мероприятиях у меня было, пожалуй, немного, однако волонтерство на АКБТ дало мне колоссальное количество новых навыков. На этом мероприятии самой важной задачей было просто оставаться собой. Ведь собранная команда организаторов со всей России заряжала нас именно этой энергией.*

*Нужно было отвечать на вопросы участников и спикеров и не бояться трудностей.*

*На протяжении всех трёх дней я получала невероятный заряд вдохновения и удовольствия от работы с АКБТ. Когда видишь вокруг столько профессионалов, других эмоций просто не может быть!*

*Я искренне верю, что любое мероприятие создают в первую очередь люди. И, судя по отзывам всех причастных и своим ощущениям, могу с уверенностью сказать: конференцию АКБТ делают Люди с большой буквы. Я благодарна, что была частью этого события!*



---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований АКБТ 2025: Конференция, которая формирует российское сообщество КПТ

---

Программа конференции была насыщенной и многоплановой. В числе главных событий — доклады международных экспертов, разборы клинических случаев, круглые столы и практико-ориентированные мастер-классы. Особое внимание привлекли выступления Кристин Пурдон (Christine Purdon), одного из ведущих мировых специалистов по КПТ и обсессивно-компульсивному расстройству (ОКР). Пурдон известна как автор ряда работ и книг по терапии ОКР, в том числе бестселлера "Overcoming Obsessive Thoughts". Ее доклад был посвящен интеграции ценностно-ориентированных подходов (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) и КПТ в работе с ОКР, что вызвало большой интерес у российских специалистов. **Наталья Злотина, психолог, спикер конференции:** *"Доклад Кристин Пурдон показал, как близки принципы работы в АСТ и КБТ, было очень полезно рассмотреть такую сложную работу с ОКР и как сочетать ценности и экспозицию, чтобы клиент не просто так выдерживал тревогу, а это было осмысленное действие"*.

Разбор сложного клинического случая ОКР, проведенный Кристианом Штирли (Christian Stierli), стал еще одним ярким моментом программы. Участники отмечали, что наблюдение за профессиональным анализом симптомов, формулированием гипотез и построением терапевтической стратегии позволило им значительно расширить свои профессиональные компетенции.

Среди других значимых событий — круглые столы по нейроотличиям, обсуждение глубинных убеждений в КПТ, а также дискуссия "Терапевтический поворот", позволившая взглянуть на психотерапию в более широком культурном и философском контексте.

Мастер-классы отличались практической направленностью. Особенно отмечался мастер-класс "От ненависти к заботе: КБТ-трансформация отношения к телу", где участники осваивали техники работы с телесным недовольством и дисморфофобией, что актуально для современных клиентов. Также проводились мастер-классы по адаптации моделей КПТ и схематерапии для клиентов с нейроотличиями.

Отзывы волонтеров и участников подчеркивают, что атмосфера конференции была наполнена профессионализмом, поддержкой и вдохновением. Для студентов-психологов участие стало не только возможностью получить новые знания, но и почувствовать себя частью профессионального сообщества, где каждый важен. Многие отмечали, что волонтерство дало им не только практические навыки, но и уверенность в себе, а также желание участвовать в



---

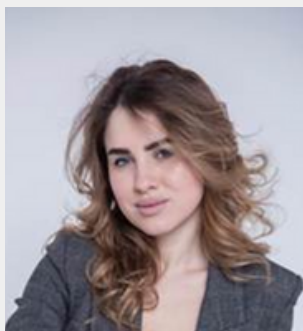
## Современное состояние КПТ: обзор исследований АКБТ 2025: Конференция, которая формирует российское сообщество КПТ

---

организации подобных мероприятий в будущем.

Спикеры и опытные специалисты отмечали высокий уровень организации, насыщенность программы и уникальную возможность живого общения с коллегами. Для многих важным стало то, что конференция позволила не только обменяться знаниями, но и обсудить актуальные вопросы развития психотерапии в России, ее культурный и этический контекст. **Даниил Ривин, психолог, спикер конференции:** *“Мне бы хотелось отметить исключительно высокий уровень организации конференции. По всем параметрам она ничуть не уступала европейскому конгрессу. Тайминги, залы, техническое оснащение, кейтеринг, отношение к участникам и докладчикам – все это было сделано на самом высшем уровне. Огромная благодарность всему организационному комитету и всем, кто приложил к этому руку”.*

Участники также отмечали дружелюбную атмосферу, легкость включения в профессиональные дискуссии, а также заботу оргкомитета о каждом участнике и спикере. Отдельно подчеркивалось качество технической поддержки и кейтеринга, что создавало дополнительный комфорт.



### **Марина Гармаш, детский психиатр, спикер конференции**

*Участие в конференции по когнитивно-поведенческой терапии от ассоциации АКБТ стало для меня важным и вдохновляющим событием. Особенно приятно (и ответственно!) было мне модерировать круглый стол про нейрот-отличия, так как эта тема представляет мой профессио-  
нальный интерес, и дискуссия с коллегами на эту тему в живом и динамичном формате была очень ценной. Конференция была наполнена так, что было сложно выбрать куда пойти - многое буду смотреть еще и в записи. Хочу отметить организационный комитет: все было четко и продумано, и оставалось только получать удовольствие от атмосферы происходящего и от встреч с коллегами и друзьями. Уехала с с ощущением сопричастности к чему-то действительно ценному.*



---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований АКБТ 2025: Конференция, которая формирует российское сообщество КПТ

---



### Артем Ефремов, психиатр, спикер конференции

*Принимал участие в виде спикера, очень рад, что позвали выступить вместе с такими классными профессионалами в сфере ментального здоровья. Получил огромное удовольствие от общения с коллегами за чашечкой кофе и вкусными сэндвичами. Во время выступления был спокоен за техническое сопровождение, так как заранее феи (у нас были на секции девушки) технической службы всё рассказали и были всегда рядом, готовые помочь. Особенно меня радует, что абсолютно все, и организаторы, и участники открыты к общению, дискуссиям, чувствуется, что можно подойти к любой компании коллег и включиться в разговор, не чувствуя себя чужим и неуместным. Желая организатором сил, питерской погоде чуточку большей предсказуемости и жду приглашения на следующий год.*



### Ольга Титова, психиатр, спикер конференции

*17-19 апреля я побывала на конференции АКБТ в Санкт-Петербурге. Это была отличная возможность увидеться очно с большим числом коллег - отличных специалистов, пообщаться не в привычном онлайн-формате, а вживую видеть их улыбки, вместе дышать свежим воздухом с Невы. В наши дни это особенно важно с учетом большого количества онлайн работы.*

*Также хочется сказать большое спасибо организаторам конференции, которые в сжатые сроки сделали огромную работу и максимально позаботились об участниках (в том числе спикерах) конференции, обязательно у каждого из спикеров уточнили, что будет нужно, все показали, благодаря чему было очень комфортно.*

*Кроме того, удалось узнать много нового и интересного, поучаствовать в дискуссиях. Была как замечательная научная секция и круглые столы на важные темы (например по работе с глубинными убеждениями в КБТ и гипо-/гипердиагностике нейроотличий), так и очень хочется отметить мастер-класс «От ненависти к заботе: КБТ-трансформация отношения к телу». Тема отношений с*



## Современное состояние КПТ: обзор исследований АКБТ 2025: Конференция, которая формирует российское сообщество КПТ

---

*телом сейчас встречается в работе с большим количеством клиентов, и было важно улучшить свои знания и навыки в работе с ней.*

*Также я рада была представить свой мастер-класс по адаптации моделей КБТ- и схематерапии для клиентов с нейроотличиями и хочется поблагодарить организаторов конференции за заботу и всех участников моего МК - за внимание и включенность, благодаря которым остались самые теплые воспоминания.*

Конференция АКБТ в апреле 2025 года стала ярким примером того, как даже при ограниченных ресурсах возможно создать профессиональное событие высокого уровня, способствующее развитию российского сообщества КПТ. Событие объединило специалистов разных уровней — от студентов до ведущих экспертов, позволило обменяться опытом, освоить новые методы и почувствовать себя частью единой профессиональной семьи.

Для многих участников конференция стала источником вдохновения, новых знаний и профессионального роста. Многочисленные положительные отзывы подтверждают, что ключ к успеху подобных мероприятий — это не только насыщенная программа, но и атмосфера поддержки, открытости и уважения к каждому участнику. Оргкомитет АКБТ заслуженно получил благодарность за четкую и продуманную организацию, а профессиональное сообщество — за активное участие и стремление к развитию. Конференция 2025 года стала очередным шагом к формированию сильного и сплоченного профессионального сообщества КПТ в России, и многие уже с нетерпением ждут следующей встречи в Перми.



---

## Современные когнитивно-поведенческие модели и методы терапии ОКР (2020–2025)

---

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) остаётся тяжёлым и устойчивым к лечению заболеванием, однако когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) с экспозицией и предотвращением реакции (ERP) признаётся «золотым стандартом» психотерапии ОКР. Последние мета-анализы и рандомизированные исследования подтверждают её высокую эффективность, одновременно выявляя нюансы и альтернативные подходы (Spencer S.D. et al., 2023).

### Эффективность КПТ с ERP

Крупный мета-анализ РКИ (Reid et al., 2021) включил 36 исследований (2020 пациентов) и показал, что КПТ с ERP даёт значительное сокращение симптомов ОКР по сравнению с контрольными группами. Объединённый размер эффекта оказался большим (Hedges'  $g \approx 0.74$ ), что соответствует крупному клиническому эффекту. При сравнении с психологическим плацебо (имеются ввиду психологические беседы) КПТ проявила ещё более выраженный эффект ( $g \approx 1.13$ ). Однако важно подчеркнуть, что КПТ с ERP не превосходит другие активные психотерапевтические методики (например, гештальт-терапия, а также поддерживающие разговоры) – эффект был примерно таким же, как у альтернативных методик ( $g \approx -0.05$ ; то есть разница статистически незначима). Аналогично, при прямом сравнении с адекватной медикаментозной терапией разница была минимальной ( $g \approx 0.32-0.36$ ). Эти данные указывают, что хотя КПТ/ERP весьма эффективна, другие подходы (например, психофармакотерапия или иные методики) могут быть сопоставимы по силе эффекта. Авторы исследования также обращают внимание на эффект «научной заинтересованности»: в тех исследованиях, где авторы явно выступали сторонниками ERP, сообщался очень большой эффект ( $g \approx 0.95$ ), тогда как в независимых исследованиях КПТ не давала заметного преимущества ( $g \approx 0.02$ ). Это подчёркивает важность объективного дизайна исследований и необходимости дальнейшей верификации эффективности КПТ/ERP в различных условиях.

Множественные исследования оценивают сочетание КПТ/ERP с медикаментозным лечением. Мета-анализ китайских исследователей (Mao et al., 2022) включил 21 РКИ (1113 пациентов) и сравнивал «ERP + СИОЗС» против «только лекарства». Выяснилось, что комбинация ERP и медикаментов даёт значительно лучшее снижение симптомов, чем медикаменты в одиночку. В частности, среднее снижение балла по шкале Y-BOCS оказалось на 6.60 пунктов больше в комбинированной группе (MD = -6.60, 95% ДИ: -8.35 до -4.84). Эффект сохранился



---

## Современные когнитивно-поведенческие модели и методы терапии ОКР (2020–2025)

---

и при последующих наблюдениях. Кроме того, комбинированное лечение ERP+ психофармакотерапия также лучше снижало сопутствующую депрессию, чем психофармакологическое лечение.

### Интернет-форматы КПТ

Из-за дефицита квалифицированных терапевтов возрастают интерес и к онлайн-форматам КПТ. Сетевой мета-анализ Zhang et al. (2023) сравнил эффективность «очной» КПТ с различными формами онлайн КПТ. Включив 25 РКИ (1642 участника), авторы установили следующее: очная КПТ оказалась статистически более эффективной, чем онлайн КПТ. Стоит отметить, что значимость эффекта не была сильной и может являться погрешностью в анализе. Однако все перечисленные виды КПТ (очная и интернет-форматы) оказались значительно эффективнее, чем отсутствие терапии, лист ожидания и плацебо. Более того, комбинирование очной КПТ с медикаментозным лечением давало ещё лучший результат, чем любые из схем терапий без медикаментов.

Клиническая практика стремится преодолеть барьеры доступа к терапии (география, кадровый дефицит). Развитие телеконсультаций возродило интерес к дистанционной ERP. Feusner et al. (2025) опубликовали результаты большого наблюдательного исследования в JMIR, где анализировали 2173 ребёнка и подростка с ОКР, получавших ERP через онлайн-терапию. Результаты впечатляют: медианное снижение симптомов составило –38.46% за 13–17 недель терапии, а 53.4% пациентов достигли «полного ответа» (существенного клинического улучшения). Причём улучшение отмечалось у пациентов со всеми уровнями исходной тяжести ОКР. Авторы подчёркивают, что значимый эффект достигнут при относительно небольшом количестве сеансов (~11,5 часов) и хорошо сохранялся при последующих наблюдениях (до года). Эти данные свидетельствуют, что удалённая ERP через видеосвязь может быть эффективной и экономичной, расширяя доступ к терапии без потери качества результатов.

Авторы делают вывод, что, если классическая оффлайн терапия недоступна, онлайн КПТ может быть хорошим выбором.

### Виртуальная реальность (VR) и Экспозиция с предотвращением реакции

Технологии виртуальной реальности всё активнее внедряются в психотерапию ОКР. РКИ Salmani et al. (2022) из Ирана специально исследовало пациентов с контаминационным типом ОКР. В группе интервенции проводились ERP с по-



---

## Современные когнитивно-поведенческие модели и методы терапии ОКР (2020–2025)

---

мощью VR-сцен с «загрязнённой» обстановкой, в контрольной — стандартная *in vivo* ERP. По итогам лечения в 12 недель у интервенционной группы обнаружено существенно более сильное снижение симптомов ОКР. Авторы делают вывод, что виртуальная экспозиция безопасно и эффективно активирует страх перед загрязнением, облегчая процесс терапии. Заключение исследования гласит, что VR-ERP демонстрирует хорошую эффективность и может использоваться как альтернативный инструмент экспозиции в КПТ при ОКР. Это подтверждают статистические данные: например, общее число симптомов по Y-BOCS в группе VR упало сильнее ( $F=60.97$ ,  $p < 0.001$ ). VR-технологии обещают новый, контролируемый способ «контактировать» с психотравмирующими стимулами, сохраняя при этом безопасность и удобство.

Помимо стандартной ERP, появляются обоснованные и другие психологические методы лечения ОКР.

**АСТ (терапия принятия и ответственности).** Мета-анализ Soondrum et al. (2022) включил 14 исследований (413 пациентов) и показал, что АСТ приводит к статистически значимому снижению симптомов ОКР по Y-BOCS, по сравнению с контрольными условиями (без психотерапии). Это свидетельствует, что фокус на принятии и механизмах формирования ценностного поведения могут быть полезным дополнением или альтернативой в лечении ОКР. Авторы делают вывод, что АСТ заслуживает внимания как обещающий клинический подход, однако пока нужны более крупные качественные РКИ для уточнения её роли.

**МСТ (метакогнитивная терапия).** Пилотное РКИ Hansmeier et al. (2021) сравнивало МСТ и ERP ( $n=24$ ) и исследовало изменение метакогнитивных убеждений. Оказалось, что обе терапии приводят к значительному снижению «патологических когнитивных процессов», таких как переоценка значимости навязчивых мыслей и ответственность за них. При этом МСТ показала большую эффективность в изменении специфического компонента «слияния мысли и действия» (thought-action fusion), а также в снижении убеждений о ритуалах по сравнению с ERP. Важно отметить, что степень изменений в метакогнитивных установках, особенно в убеждениях о необходимости выполнять ритуалы, предсказывала более выраженные клинические улучшения при ОКР. Эти данные говорят о том, что работа с метакогнициями важна для лечения ОКР, и МСТ может служить эффективным дополнением к традиционной ERP, особенно для пациентов с выраженными метакогнитивными нарушениями.

Современные исследования подтверждают, что КПТ с ERP остаётся ведущим, высокоэффективным методом лечения ОКР. Комбинация ERP с медикаментозным лечением усиливает терапевтический эффект. Новые технологии — виртуа-



## Современные когнитивно-поведенческие модели и методы терапии ОКР (2020–2025)

льная реальность и видеотелетерпия — расширяют инструментарий КПТ, предлагая эффективные альтернативы и решения для повышения доступности терапии. Наконец, альтернативные подходы (АСТ, МСТ) проявляют свою эффективность и могут быть полезны либо в качестве самостоятельных вмешательств, либо в комбинации с классическим ERP.

*Основные выводы и ссылки на исследования представлены в таблице ниже.*

### Основные исследования (2020–2025)

Исследование	Дизайн	Выборка	Интервенция	Основные результаты	Ссылка
Reid et al. (2021)	Мета-анализ РКИ	2020 (36 исследований)	КПТ с ERP vs разные контролы	Большой эффект ( $g \approx 0.74$ ) в пользу КПТ+ERP vs контроль превосходит другие активные терапии	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34111111">pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34111111</a>
Mao et al. (2022)	Мета-анализ РКИ	1113 (21 исследование)	ERP + лекарства vs лекарства	ERP+фармакотерапия значимо эффективнее получаемой фармакологической помощи без психотерапии	<a href="https://www.frontiersin.org">frontiersin.org</a>
Zhang et al. (2023)	Системат. обзор, сетевой МА	1642 (25 RCT)	CBT vs TG-ICBT vs UG-ICBT vs контроль	Очная КПТ эффективнее терапевт-курируемого ICBT; TG-ICBT $\approx$ UG-ICBT; все виды CBT превосходят ожидание и плацебо	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov">pubmed.ncbi.nlm.nih.gov</a>



## Современные когнитивно-поведенческие модели и методы терапии ОКР (2020–2025)

### Основные исследования (2020–2025)

Исследование	Дизайн	Выборка	Интервенция	Основные результаты	Ссылка
Salmani et al. (2022)	РКИ (Иран)	29 (Страх перед заражением или загрязнением)	ERP + VR vs традиционная ERP	КПТ с VR-экспозицией в группе со страхом перед заражением или загрязнением существенно снизило симптомы ОКР по сравнению с контрольной ERP	<a href="https://www.bmcpsychiatry.biomedcentral.com">bmcpsychiatry.biomedcentral.com</a>
Feusner et al. (2025)	Наблюдательное (JMIR)	2173 (дети/подростки)	Видеотелетерапия ERP	Медианное снижение симптомов –38.5% за 13–17 нед; 53.4%	<a href="https://www.jmir.org">jmir.org</a>
Soondrum et al. (2022)	Мета-анализ	413 (14 исследований)	АСТ	АСТ даёт значимое снижение Y-BOCS по сравнению с контролем (выраженный ответ в клинических исследованиях)	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov">pubmed.ncbi.nlm.nih.gov</a>
Hansmeier et al. (2021)	РКИ (пилот)	24	MCT vs ERP	Обе терапии снизили метакогн. убеждения; MCT давала большее уменьшение «слияния мысль-действие»; изменения metacog связаны с исходом	<a href="https://www.frontiersin.org">frontiersin.org</a>

Нейровизуализационные исследования подтверждают изменения мозговой активности после КПТ. Систематический обзор ФМРТ, ПЭТ, МРТ и ЭЭГ показал: после КПТ-ERP у пациентов снижается активность в орбитофронтальной коре и стриатуме и повышается в мозжечке (Poli A, et al., 2022). Эти нейробиологические изменения отражают клинические улучшения (снижение Y-BOCS), что указывает на реструктуризацию CSTC-цепей (кортико-стриатально-таламо-кортикальных цепях) под действием терапии. Кроме того, КПТ нормализует функциональную связанность мозга: в недавнем исследовании функционального покоя после СВТ отмечено увеличение связности в «высшей визуальной сети» (HVN), а более высокая исходная связность в «языковой сети» (LN) была связана с большим улуч-



---

## Современные когнитивно-поведенческие модели и методы терапии ОКР (2020–2025)

---

улучшением симптомов (Mafalda Machado-Sous et al., 2025).

Наконец, нейробиологические находки свидетельствуют о повышении когнитивной гибкости и контроле: к примеру, снижение исполнительных дисфункций после ERP коррелирует с уменьшением симптоматики, а активация фронтопариетальных сетей в задаче WCST у больных ОКР связана с интенсивностью дисфункциональных убеждений (Kim S.T. et al., 2021). Таким образом, современный когнитивно-поведенческий подход подкрепляется данными о перестройке нейрональных и поведенческих механизмов при успешной терапии ОКР.

### Список литературы

- 1) Poli A, Pozza A, Orrù G, Conversano C, Ciacchini R, Pugi D, Angelo NL, Angeletti LL, Miccoli M and Gemignani A (2022) Neurobiological outcomes of cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Front. Psychiatry* 13:1063116. doi: 10.3389/fpsy.2022.1063116
- 2) Mafalda Machado-Sousa, Sara Bertolín, Maria Picó-Pérez, Ana Daniela Costa, Rita Vieira, Pino Alonso, José M. Menchón, Pedro Morgado, Carles Soriano-Mas, Neurobiological correlates of CBT response in OCD through the analysis of resting state networks, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Volume 25, Issue 2, 2025.
- 3) Kim ST, Park CI, Kim HW, Jeon S, Kang JI and Kim SJ (2021) Dysfunctional Metacognitive Beliefs in Patients With Obsessive–Compulsive Disorder and Pattern of Their Changes Following a 3-Month Treatment. *Front. Psychiatry* 12:628985. doi: 10.3389/fpsy.2021.628985
- 4) Spencer SD, Stiede JT, Wiese AD, Goodman WK, Guzick AG, Storch EA. Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2023 Mar;46(1):167-180.



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтические отношения и этика уважения в когнитивно-поведенческой терапии: баланс техник и человечности

---



**Захарова Юлия Владимировна**

**Клинический психолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт**

В данной статье мы рассматриваем базовую для когнитивной терапии технику оценивания автоматических мыслей в контексте терапевтических отношений и важного этического принципа уважения, а также предлагаем рекомендации для минимизации рисков ее применения.

Миф о том, что когнитивно-поведенческая психотерапия – это, скорее, обучение клиентов и применение специфических терапевтических методов, а не терапевтические отношения, имеет под собой ряд оснований. Обычно традиционная когнитивно-поведенческая психотерапия направлена на облегчение состояния и уменьшение симптомов клиентов при помощи техник, направленных на когнитивные и поведенческие изменения. Взаимодействие психотерапевта и клиента нацелено на достижение определенных терапевтических целей, при этом сам процесс терапевтического взаимодействия зачастую упускается из вида (Добсон, Добсон, 2021). А. Бек и коллеги в своей первой книге о когнитивной терапии депрессий уделили терапевтическим отношениям особое внимание, посвятив им целую главу. Однако в когнитивной терапии такие отношения, в отличие, например, от гуманистической психотерапии, центрированной на клиенте К. Роджерса, являются «важным, но недостаточным» вкладом в изменения (А. Бек и др., 2003). При этом, у последователей А. Бека акцент на важности терапевтических отношений значительно минимизировался, уступив место подробному описанию когнитивных и поведенческих техник (Westbrook et al., 2007). Также в исследованиях в русле когнитивно-поведенческого подхода, терапевтические отношения и техники часто рассматриваются в отрыве друг от друга, как отдельные категории. В публикациях часто большее внимание уделяется конкретным аспектам терапии, в исследованиях упор делается на техники. При этом важность неспецифических для КБТ, общих терапевтических факторов занижается, чаще они контролируются, а не изучаются напрямую. Таким образом, терапевтические отношения в когнитивной терапии являются не инструментом, а контекстом, в котором происходят терапевтические изменения. Их соотношение выражается в метафоре «применения специальных техник в котле отношений» (Добсон, Добсон, 2021).



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтические отношения и этика уважения в когнитивно-поведенческой терапии: баланс техник и человечности

---

Развитие теории общих факторов психотерапии продолжается более ста лет. В фокусе внимания этой теории находятся факторы, которые влияют на эффективность психотерапии. Так называемый «пирог Ламберта» представляет собой круговую диаграмму соотношения четырех факторов, влияющих на результат психотерапии. По мнению М. Ламберта и его коллег (Дж. Норкросс и другие) уникальные специфические методы и техники разных видов психотерапии, которые адаптированы для лечения конкретных проблем, приносят в эффективность психотерапии не более 15 процентов. На факторы, связанные с взаимоотношениями между клиентом и психотерапевтом, встречающиеся в различных терапевтических подходах, такие как, например, эмпатия и терапевтический альянс, приходится 30% изменений. Остальные факторы связаны с внутерапевтическими изменениями, то есть, с факторы со стороны клиента или его окружения, которые помогают в выздоровлении независимо от участия клиента в психотерапии (40%). Также вклад в эффективность вносят улучшения, которые являются результатом ожидания клиентом помощи, веры в эффективность психотерапии, то есть, плацебо-эффектами (15%). Очевидно, что терапевтические отношения являются важным фактором, которым необходимо управлять (Coad, 2024).

Развитие искусственного интеллекта в последние годы также меняет отношение к уникальным специфическим терапевтическим методам. Современный метаанализ показал среднее или большое влияние на снижение симптомов депрессии при взаимодействии пользователей с чат-ботами, работающими на базе искусственного интеллекта (Feng et al., 2025). При этом не только специальные приложения, но и обычные чаты на основе искусственного интеллекта при надлежащем промптинге могут быть использованы для психотерапевтической работы, особенно в части хорошо операционализированного КПТ-подхода. Однако несмотря на возрастающую привязанность людей к разговорам в таких чатах, создание хороших терапевтических отношений все еще пока является прерогативой живых психотерапевтов. Это неизбежно сказывается на изменении клиентских ожиданий от процесса психотерапии: клиенты все больше хотят видеть в совместной работе именно проявления терапевтических отношений, а не, например, технику декатастрофизации, которую отлично может исполнить и GPT-чат. Поэтому недостаточная бережность при выполнении базовых техник, которую клиенты могут простить «машине», может грозить разрывами терапевтического альянса в случае психотерапии «человек-человек». Очевидно, что терапевтические отношения становятся ключевым элементом



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтические отношения и этика уважения в когнитивно-поведенческой терапии: баланс техник и человечности

---

психотерапии, что возвращает нас к вопросу об их этической и практической значимости в КПТ.

Терапевтические отношения неразрывно связаны с профессиональной этикой психологов и психотерапевтов. В соответствии с моделью аккультурации специалистам следует стремиться к интеграции личных ценностей с правилами и ценностями профессии, которые отражаются в этических кодексах (Anderson, Handelsman, 2010). Этический кодекс АКБТ, основанный на этическом кодексе Коллегии по этике психологов и психотерапевтов, включает в себя несколько этических принципов: уважения, компетентности, ответственности и честности. Принцип уважения является базовым для современной медицинской биоэтики и наследующей ей этике психологов. «Уважение включает в себя общее уважение, соблюдение конфиденциальности, использования в работе информированного согласия, уважение права на самоопределение и автономность. Психологи уважают права, честь и достоинство всех людей, избегают предвзятого отношения, которое может вести к дискриминации. Психолог относится ко всем людям с равным уважением, понимает индивидуальные, культурные, ролевые различия, которые могут быть связаны с ограниченными возможностями (не только физическими), полом, сексуальной ориентацией, этнической, национальной или религиозной принадлежностью, языком, социально-экономическим статусом. Психолог уважает и поддерживает права клиента самому принимать решения относительно своей жизни вообще и терапии в частности.» (Этический кодекс АКБТ, 2020).

Исследователи выделяют техники когнитивно-поведенческой психотерапии, которые, наряду с другими могут подрывать не только сложные в данной терапевтической модели отношения, но и входить в конфликт с этическими принципами, особенно, с принципом уважения. Так, например, можно выделить входящую в когнитивную реструктуризацию технику оценивания автоматических мыслей. Традиционное для когнитивной терапии обучение клиента конфронтации с мыслями содержит совместное с психотерапевтом оценивание автоматических мыслей с точки зрения достоверности и полезности клиенту, выявления когнитивных искажений и поиск адаптивного ответа на эти мысли. Мысли клиента квалифицируются как «негативные автоматические мысли» (в более ранних работах), «дисфункциональные мысли», содержащие «когнитивные искажения» и «ошибки мышления» (Дж. Бек, 2016). Нетрудно заметить, что такие квалификации содержат негативные коннотации. В нашей практике мы неоднократно замечали: при недостаточно бережной квалификации мыслей,



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтические отношения и этика уважения в когнитивно-поведенческой терапии: баланс техник и человечности

---

клиенты могут расстраиваться, что помимо принесенных психологу проблем у них еще и «неправильное» мышление. Также клиенты могут воспринимать когнитивную реструктуризацию как проявление недостаточного уважения к их автономии и проявлениям их мышления как части идентичности.

Лидер диалектико-поведенческой терапии Марша Линехан, работая с клиентами с пограничным расстройством личности, которые сильно нуждаются в валидации, одной из первых заметила, что подход к оцениванию мыслей клиента с позиций достоверности может выглядеть для клиентов инвалидирующим и не учитывающим автономию клиента. «Задача ДПТ состоит в валидации, а не в эмпирическом или логическом опровержении». М. Линехан видела задачу ДПТ-психотерапевта в обучении клиента наблюдению и описанию его мыслей, различению клиентом события и его интерпретации. Также она предложила обсуждать точку зрения клиента без критики, искать «крупички истины» в восприятии клиентом событий, не отказывать в истинности видению клиентом событий, даже если доказательства отсутствуют. Считать «более приемлемыми [для психотерапевта] свои ценности и мнения, тем самым обесценивая точку зрения другого человека», М. Линехан обозначила как проявления неуважения к ценностям клиента, к его отличиям (Лайнен, 2008). Эти идеи перекликаются с возникшей в современном контексте необходимостью более гибкого и осознанного применения традиционных для классических подходов КПТ техник, особенно в контексте работы с клиентами, чувствительными к инвалидации их опыта.

При использовании базовых техник оценивания автоматических мыслей необходимо учитывать, что недостаточно бережное обхождение с клиентским материалом может содержать для ряда клиентов потенциальный вред, наносить ущерб терапевтическим отношениям, противоречить этическому принципу уважения. Учитывая описанные риски, связанные с техникой оценивания автоматических мыслей, важно сформулировать рекомендации, которые помогут сохранить терапевтический альянс и соблюсти принцип уважения:

1. Отслеживать проявления позиции терапевтического превосходства и навязывания своей точки зрения на события в жизни клиента.
2. Проявлять внимание к вербальным и невербальным проявлениям клиента при применении базовых техник, связанных с оцениванием автоматических мыслей.
3. Запрашивать у клиента обратную связь относительно восприятия квалификации мыслей клиента психотерапевтом.



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтические отношения и этика уважения в когнитивно-поведенческой терапии: баланс техник и человечности

---

4. Акцентировать внимание клиента на том, что ошибки мышления присущи всем людям, сослаться на то, что психолог тоже допускает ошибки в своем мышлении.

5. При резком неприятии клиентом такого вида работы предложить клиенту отойти от оценки достоверности мыслей и сконцентрироваться на вопросах оценки их полезности.

Таким образом, современные вызовы создают необходимость пересмотра роли терапевтических отношений в когнитивно-поведенческой терапии. Терапевтические отношения становятся важны не только как контекст, но и в качестве активного элемента изменений. Этический принцип уважения требует переосмысления традиционных техник, таких как оценивание достоверности автоматических мыслей, чтобы избежать инвалидации клиента и разрыва терапевтического альянса. Интеграция валидации, гибкости и обратной связи позволяет сохранить эффективность КПТ, не жертвуя человечностью взаимодействия. В условиях развития ИИ этот баланс становится ещё более актуальным, подчеркивая уникальную роль психотерапевта как участника терапевтических отношений и носителя этических ценностей.

### Список литературы

- 1) Бек Дж. Когнитивная терапия: полное руководство. —М: Вильямс, 2006. — 400.
- 2) Добсон Д., Добсон К. Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. Санкт-Петербург: Питер, 2021. — 395.
- 3) Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. - М.: Питер, 2003. - 298 с.
- 4) Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. - Москва: Вильямс, 2008. - 590 с.
- 5) Этический кодекс АКБТ, 2020. URL: <https://russian-cbt.ru/associacija-kognitivno-bihevioralny/ethics/ethical-code/>. Дата обращения: 19.05.2025.



## **Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтические отношения и этика уважения в когнитивно- поведенческой терапии: баланс техник и человечности**

---

6.) Anderson S. K., Handelsman M. M. Ethics for psychotherapists and counselors: A proactive approach. Wiley-Blackwell. – 2010. – URL: <https://psycnet.apa.org/record/2009-11315-000> Дата обращения: 30.03.2025.

7) Coad, M. 2024. The common factors theory: exploring the evidence and critiques of the common factors theory. An argument for technical eclecticism. Open Access Te Herenga Waka-Victoria University of Wellington. Retrieved May 19, 2025, from [https://openaccess.wgtn.ac.nz/articles/thesis/THE\\_COMMON\\_FACTORS\\_THEORY\\_EXPLORING\\_THE\\_EVIDENCE\\_AND\\_CRITIQUES\\_OF\\_THE\\_COMMON\\_FACTORS\\_THEORY\\_AN\\_ARGUMENT\\_FOR\\_TECHNICAL\\_ECLECTICISM/27020842/1](https://openaccess.wgtn.ac.nz/articles/thesis/THE_COMMON_FACTORS_THEORY_EXPLORING_THE_EVIDENCE_AND_CRITIQUES_OF_THE_COMMON_FACTORS_THEORY_AN_ARGUMENT_FOR_TECHNICAL_ECLECTICISM/27020842/1)

8) Westbrook D., Kennerley H. and Kirk J. An Introduction to Cognitive Behavioural Therapy: Skills and Applications London: Sage Publications, 2007. pp. 296.

9) Feng Y, Hang Y, Wu W, Song X, Xiao X, Dong F, Qiao Z. Effectiveness of AI-Driven Conversational Agents in Improving Mental Health Among Young People: Systematic Review and Meta-Analysis. J Med Internet Res. 2025 May 14;27. doi: 10.2196/69639. PMID: 40367506.

10) Paul, S., & Charura, D. (2015). What the research tells us. In What the research tells us (pp. 24-43). SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781473909854.n3>

---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Определение и оценка уровня «социализации в КПТ» как значимого фактора терапии

---



**Бурдин Михаил Валерьевич**  
**Кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт**  
**Аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт и**  
**супервизор**

Термин “социализация в КПТ” относится к процессу, происходящему на ранних этапах организации когнитивно-поведенческой терапии. В целом он подразумевает знакомство пациента с основной идеей КПТ или “когнитивной моделью” — о том, что наши когнитивные процессы влияют на наше эмоциональное состояние и поведение. Как многократно отмечалось в классических руководствах, это понимание является необходимым для установления продуктивных терапевтических отношений, поскольку коллаборативный эмпиризм в КПТ невозможен без того, чтобы основные участники процесса, пациент и терапевт, разделяли базовые теоретические предпосылки относительно того, как функционирует проблема, над которой они договорились работать (см. например Westbrook, D., Kennerley, H., Kirk, J., 2007).

Как свидетельствует супервизионная практика, социализация в КПТ обычно не упускается специалистами, как правило терапевт, осознавая важность этого этапа, отчетливо акцентируется на нем, применяя при этом набор собственных способов предъявления когнитивной модели. Чаще всего используются приемы исследования собственной ситуации пациента либо предъявление сторонних ситуаций, на примере которых показывается роль когниций в последующих реакциях (к примеру, классический пример “взломщика” Арона Бека). Однако исследование возникающих в последующей терапии проблем нередко выявляет, что пациент: не использует знание когнитивной модели в соответствующей ситуации; понимает ее парциально (“в принципе я согласен с тем, что вы говорите, но в этот момент у меня не было никаких мыслей”) либо неспособен ее применить в трудных для себя случаях (например, когда есть необходимость понять и описать в соответствии с моделью поступки значимых других).

Нередко также выясняется, что пациент не вполне понимает шаги, предлагаемые терапевтом, причем анализ этого непонимания приводит к выводу, что пациент “не помнит” о том, что происходило на первых сессиях или не связывает полученную им информацию с текущими интервенциями. А терапевт, в свою очередь, неприятно удивлен тем, что работа по социализации в КПТ, которая считалась проведенной успешно, не подтверждается уровнем сотрудничества,



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Определение и оценка уровня «социализации в КПТ» как значимого фактора терапии

---

который показывает пациент.

Разумеется у этих явлений могут быть различные причины. Однако нередко прицельная оценка степени согласия пациента с моделью выявляет именно недостаточную социализацию.

И даже если мы обратимся не к проблемным, а к позитивным явлениям, происходящим в ходе психотерапии, мы сможем обнаружить нередкие ситуации, когда, уже на более поздних этапах работы, пациент, получив отчетливый эффект от когнитивного реструктурирования, сообщает: «вот только теперь я понял, что вы имеете в виду, когда говорили, что изменение мыслей влияет на настроение». При всей заслуженности этого успеха и радости этого момента невозможно не задаться вопросом – а каков был уровень понимания пациентом когнитивной модели в период между первичной социализацией и моментом получения непосредственного живого свидетельства, которое и вызвало инсайт-переживание. Очевидно этот уровень был ниже.

Это заставляет обратить внимание на определение термина «социализация» и критерии её успешного проведения.

Интересно, что при всей важности этого процесса для всей последующей терапии, четкое определение ему обычно не приводится (Roos, J., Wearden, A., 2009). Аналогом его служат выражения «предъявление когнитивной модели» или «адаптация пациента к терапии», которые описываются как последовательность рекомендованных действий (Beck A., 1979, Бек, Дж., 2024). Эдриан Уэлш назвал социализацию “продажей когнитивной модели и предоставлением базовой ментальной установки для понимания природы терапии”, но также не приводит определение (Wells, A., 1997).

Roos, J., Wearden, A. провели исследование с целью прояснения, как термин понимается специалистами и как они узнают, что клиент социализирован в КПТ (Roos, J., Wearden, A., 2009). В исследовании применялась специализированная процедура, т.н. «модель Delphi», которая заключалась в поэтапном опросе экспертов (почти все из которых были КПТ-терапевтами) с контент-аналитической обработкой полученных данных.

В результате были получены ответы на два вопроса.

Первый вопрос: “Что такое социализация в соответствии с моделью?” – «это процесс, посредством которого клиент и специалист приходят к общему пониманию возникшей трудности. В ходе этого процесса клиницист выдвигает гипотезы и формулирует симптомы и опыт пользователя услуги в терминах модели, которая будет использоваться для вмешательства. Терапевт предоставля-



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Определение и оценка уровня «социализации в КПТ» как значимого фактора терапии

---

ет информацию о практических последствиях выбранной модели терапевтического вмешательства, чтобы клиент мог полностью погрузиться в терапевтический процесс и понять его обоснование».

Отметим, что понятая таким образом социализация в КПТ органично перетекает в процесс совместного формулирования, что соответствует клинической практике.

Второй вопрос – «Как вы узнаете, что клиент социализирован в соответствии с моделью?». Ключевые показатели сведены авторами к следующим пяти итоговым пунктам:

1. Клиент делает спонтанные заявления, касающиеся понимания и согласия с моделью вмешательства
2. Клиент и специалист поддерживают общее понимание и согласие в отношении возникающих трудностей и того, как это объясняется с точки зрения модели вмешательства
3. Клиент выражает положительную реакцию на модель, например, повышенную мотивацию, вовлеченность, общее позитивное выражение чувства понимания/надежды на результат.
4. Клиент использует спонтанные и независимые стратегии, соответствующие модели вмешательства
5. Клиент использует собственные примеры в качестве подтверждения модели или концептуализации трудностей.».

Объединив перечисленные выше проблемы, возникающие из-за недостаточной социализации с определением и основными показателями социализации из приведенного исследования, можно сформулировать типичную проблему, которая может возникнуть на этапе проведения социализации, или адаптации к модели, а именно - социализация понимается терапевтом как некое разовое действие, которое должно быть совершено, после чего можно перейти к следующим шагам.

Проверка понимания пациентом когнитивной модели при этом может иногда происходить также разово и иногда поверхностно. Пациент может выражать согласие с моделью, поскольку она звучит разумно на примерах, которые привел терапевт и на примерах собственной жизни. Может быть и так, что пациент соглашается пассивно, поскольку не рискует выразить свои сомнения. Возможно также, что клиент, используя выражение Уэллса, не вполне понимает, что именно он «купил» и что его подтверждение согласия с идеей, что мысли влияют на поведение, будет определять так или иначе всю терапию.



## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Определение и оценка уровня «социализации в КПТ» как значимого фактора терапии

---

Исходя из этого, социализацию полезно рассматривать не как разовое действие – проведена/не проведена, а именно как постоянный процесс, больше похожий на спираль, в которой на каждом следующем витке понимание пациентом когнитивной модели растет, в первую очередь в результате интеграции получаемого в терапии собственного нового опыта, а терапевт разными способами фасилитирует это движение. В конечном итоге пациент оказывается способен к т.н. «опережающей социализации», т.е. может генерализовать свои знания для новых контекстов, что является хорошим предиктором и успеха терапии и способности пациента справляться в дальнейшем.

Мы предлагаем шкалу оценки уровня социализации, отражающую этот процессуальный, континуальный принцип. Введение 10-бальной шкалы, подразумевающей оценивание терапевтом уровня социализации клиента по приведенным параметрам, позволяет избежать поверхностной дихотомической оценки. Выявление «уровней социализации» может, с нашей точки зрения, помочь в определении того, насколько текущий статус этого параметра позволяет выполнять терапевтические задачи. Мы предполагаем, что этот инструмент может использоваться и как периодического мониторинга и как способ мгновенной оценки ситуации терапевтом, в том числе в супервизионной, интервизионной и рефлексивной практике.

### Список литературы

- 1) Бек, Дж. Когнитивно-поведенческая терапия: от основ к направлениям. 3-е издание. - СПб. Питер. 2024. -512с.
- 2) Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- 3) Roos, J., & Wearden, A. (2009). What Do We Mean by “Socialization to the Model”? A Delphi Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 341–345. doi:10.1017/S1352465809005281
- 4) Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy for Anxiety Disorders*. Chichester: John Wiley and Sons.

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Определение и оценка уровня «социализации в КПТ» как значимого фактора терапии

5) Westbrook, D., Kennerley, H. and Kirk, J. (2007). An Introduction to Cognitive Behavioural Therapy: skills and applications, London: Sage Publications.

6) Orne, M. and Wender, P. (1968). Anticipatory socialization for psychotherapy: method and rationale. American Journal of Psychiatry, 124, 1202–1212.

### Приложение 1. Бланк: «Шкала оценки уровня социализации в КПТ»

**ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЯ СОЦИАЛИЗАЦИИ В КБТ**

Под социализацией в КПТ понимается степень усвоения пациентом основной идеи когнитивно-поведенческой терапии: о влиянии мышления на эмоции и поведение. Применительно к той или иной проблеме эту идею принято обозначать как когнитивная модель расстройства (проблемы).

Социализация в КПТ – одна из основных задач терапевта в ходе проведения психотерапии. Представление, какого уровня пациент/клиент достиг в понимании когнитивной модели – важный критерий в общей оценке терапевтом качества проводимой работы и планирования дальнейших шагов.

При этом однократное объяснение пациенту когнитивной модели, даже качественно проведенное, с последующей проверкой понимания, не может считаться окончательной социализацией. В ходе терапии понимание пациентом основной идеи КПТ может возрастать и развиваться. То есть социализацию в КПТ полезней рассматривать не как разовое действие, а как процесс, поэтому и оценивать ее удобнее в виде континуума, а не в виде дихотомии – социализирован/не социализирован.

Ниже предлагается шкала оценки уровня социализации, исходя из этого континуального принципа.

0	<b>Низкий уровень</b>	Клиент не принимает идею влияния мыслей на эмоции и поведение, оспаривает ее, выдвигая другие концепции. Когнитивная модель принимается формально - не может применить основную идею КПТ для анализа собственных значимых ситуаций и получить пользу от этого (например, заметить свою автоматическую мысль и начать ее оспаривание). Не видит смысла в практике отслеживания АМ (например, не может объяснить своими словами необходимость заполнения дневника для достижения своих целей). Когнитивная модель понимается нечетко (например, в дневнике встречаются регулярные ошибки – отнесение мыслей в графу эмоций и т.д.)	Клиент нуждается в дальнейшей социализации для эффективной работы в модели КПТ
1			
2			
3	<b>Средний уровень</b>	Клиент принимает идею когнитивной модели, иногда умеет ее использовать в конкретных обстоятельствах жизни, но нуждается во внешней помощи, напоминании и постоянном возвращении к ней	Уровень позволяет решать основные задачи терапии
4			
5			
6			
7	<b>Высокий уровень</b>	Эффект когнитивного реструктурирования, то есть получение «живого» свидетельства, что изменение мыслей снижает интенсивность эмоций или меняет поведение, ограничен или касается только одной-двух ситуаций	Уровень позволяет клиенту работать самостоятельно, быть психотерапевтом для самого себя
8			
9			
10			
		В новых обстоятельствах навык не использует или использует редко	
		Клиент принимает идею когнитивной модели, умеет ее использовать в конкретных обстоятельствах жизни	
		Имеет отчетливый собственный «живой» опыт реструктурирования, на который может опираться	
		Может применять когнитивную модель для анализа на других ситуациях, не обсуждавшихся в ходе терапии	
		Может дать корректное объяснение когнитивной модели другим людям	

Пермский Центр когнитивной терапии cbt-perm.ru



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)

---



**Московченко Денис Владимирович**  
**Кандидат психологических наук**  
**Аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт и супервизор, Сертифицированный тренер и супервизор по Индивидуальной схематерапии (ISST), Сертифицированный провайдер (тренер и супервизор) по Унифицированному Трансдиагностическому протоколу для лечения эмоциональных расстройств**

Метод прикладного напряжения впервые предложен шведскими исследователями Л.-Г. Эстом и У. Стернером в конце 1980-х для лечения фобии крови (blood-injury phobia). Её уникальность связана с тем, что она напрямую противостоит вазовагальному ответу при виде крови: напряжение мышц повышает артериальное давление и снижает риск обморока (Crystal D. et al., 2013). В рамках современной когнитивно-поведенческой терапии пациентов обучают применять прикладное напряжение совместно с экспозицией к стимулу, а также оставаться сидящими, чтобы предотвратить падение давления. Такой навык закрепляется за несколько сеансов: исследования показали, что уже однократная двухчасовая тренировка АТ приводит к значительным улучшениям – примерно 70% пациентов сообщали об освобождении от фобии через год после лечения (Hellström K, 1996 et al.). До появления прикладного напряжения применялись общие методы терапии фобий, однако они не учитывали физиологическую особенность фобии крови – склонность к обмороку. Проблема вазовагального обморока оставалась неразрешенной до тех пор, пока не был внедрен подход, усиливающий кровообращение в критический момент. Именно прикладное напряжение впервые привнесло такой механизм (Holly C. et al., 2013).

Рассмотрим некоторые подходы, которые применялись для терапии фобии крови:

Психоанализ. В первой половине XX века фобии лечили с точки зрения психоанализа, пытаясь вывести бессознательные конфликты. Такие длительные аналитические методы не давали быстрого облегчения и практически не влияли на физические проявления фобии (например, сердечную реакцию или риск обморока), поэтому при гемофобии их эффективность была невысока (Holly C. et al., 2013).

Поведенческая терапия (систематическая десенсибилизация и экспозиция). С середины XX века (по Вольпе и др.) широко применялись техники постепенной



---

### **Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)**

---

десенсибилизации и прямая экспозиция к объекту страха. Эти методы снижали субъективную тревогу, но при работе с кровью и инъекциями пациенты часто теряли сознание. В классических экспозиционных протоколах не предусматривалось специальных приёмов против обморока – в результате терапия прерывалась из-за вазовагальной реакции, и процесс выздоровления был затруднён (Holly C. et al., 2013). Рассмотрим некоторые подходы, которые применялись для терапии фобии крови:

Релаксационные техники. Прогрессивная мышечная релаксация Якобсона, аутогенная тренировка и другие методы релаксации применялись для снятия тревоги. Эти методики снижали уровень общего напряжения, но в условиях фобии крови избыточное расслабление могло ещё сильнее понижать кровяное давление. Поэтому, несмотря на уменьшение тревожности, риск обморока оставался высоким. В результате чисто релаксационные подходы при фобии крови показали ограниченную эффективность (Holly C. et al., 2013).

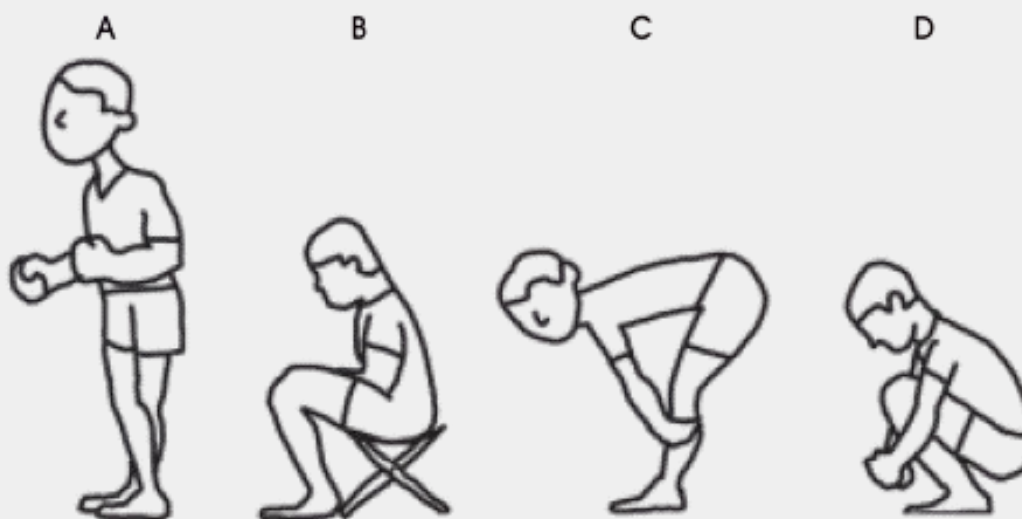
В 1987 г. Л.-Г. Эст и У. Стернер описали прикладное напряжение как поведенческую стратегию профилактики обморочных реакций при контакте с кровью или инъекциями. В последующих клинических исследованиях метод сравнивали с традиционными подходами. Так, в 1989 г. Эст и соавт. провели рандомизированное исследование трёх групп (прикладное напряжение, прикладная релаксация, их комбинация), показавшее сопоставимую эффективность всех методов, но при этом короткий курс прикладного напряжения давал такой же результат за половину времени. Уже тогда авторы констатировали, что прикладное напряжение даёт эффективность, сравнимую с другими методами, но заметно быстрее. В 1991 г. Л.-Г. Эст и коллеги опубликовали крупное исследование, где 90% пациентов, обученных технике прикладного напряжения, достигли клинического улучшения в конце курса (в сравнении с 40% при чистом экспозиционном лечении). Уровни улучшения поддерживались год спустя (100% vs. 50%). На основании этих данных авторы рекомендовали считать прикладное напряжение методом выбора при фобии крови.

Метод принципиально отличается от классической систематической десенсибилизации или прикладной релаксации тем, что не стремится к снижению тревоги через расслабление, а наоборот — вызывает временное мышечное напряжение, чтобы «искусственно» повысить артериальное давление. Он специально разработан для пациентов с физиологической предрасположенностью к вазовагальной реакции (головокружение и обмороки)



### Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)

при виде крови или медицинских манипуляций. В отличие от поведенческой экспозиции без контроля за физиологией, прикладное напряжение направлено именно на предотвращение обморочного компонента реакции.



*Физические маневры для обморока. Скрещивание ног и растяжение мышц выполняется одновременно путем напряжения мышц рук, груди, живота, ягодиц и ног, пока ноги скрещены (а). Сидеть (б). Понижение головы (С). Приседание рекомендуется, если предыдущие физические маневры не могут остановить головокружение (D). Обратите внимание, что высота головки уменьшается при переходе от стоящего положения в положение приседа.*

#### **Физиологический механизм действия и показания**

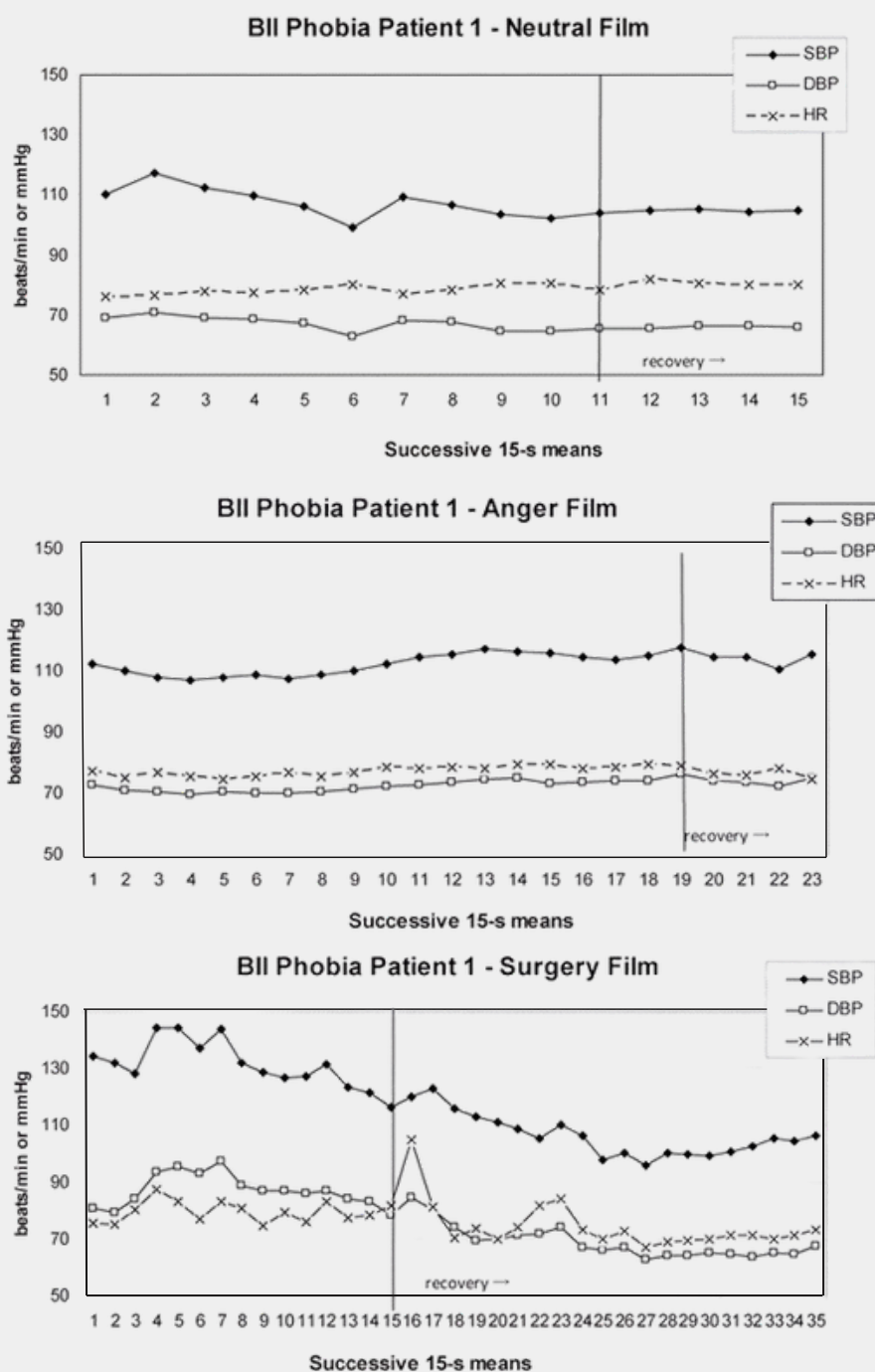
Фобия крови принципиально отличаются тем, что у многих пациентов при контакте с пугающим стимулом происходит вазовагальный обморок (Han B.I. et al., 2006; Ritz T. et al., 2010). Характерно двухфазное изменение вегетативных реакций: сначала наблюдается всплеск симпатической активности (рост сердечного ритма и АД), затем – резкое включение вагусной (парасимпатической) реакции, падение АД и замедление ЧСС, приводящие к предсинкопальному состоянию или обмороку.

На рисунке ниже показан пример «двухфазной» реакции у пациента с фобией



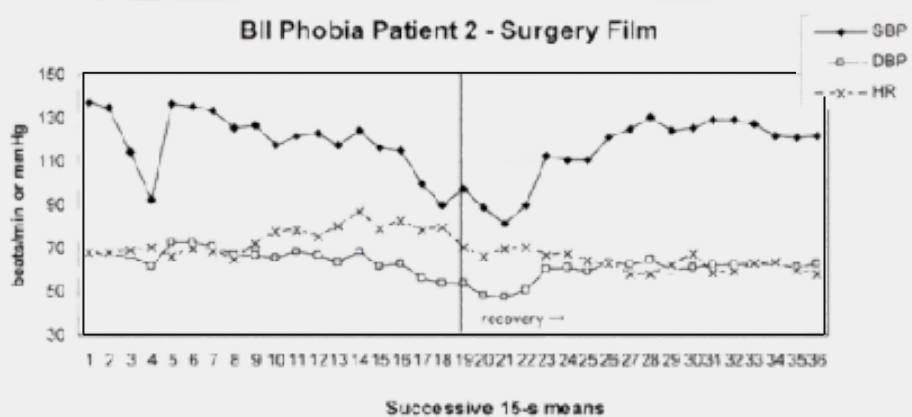
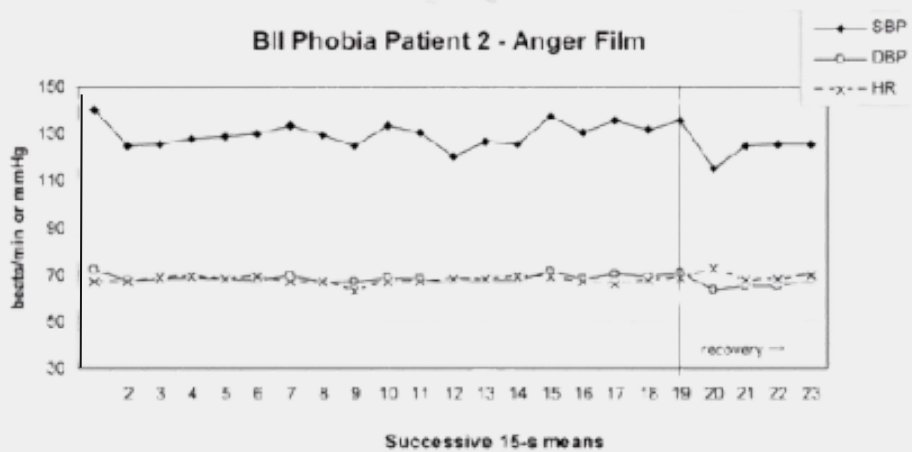
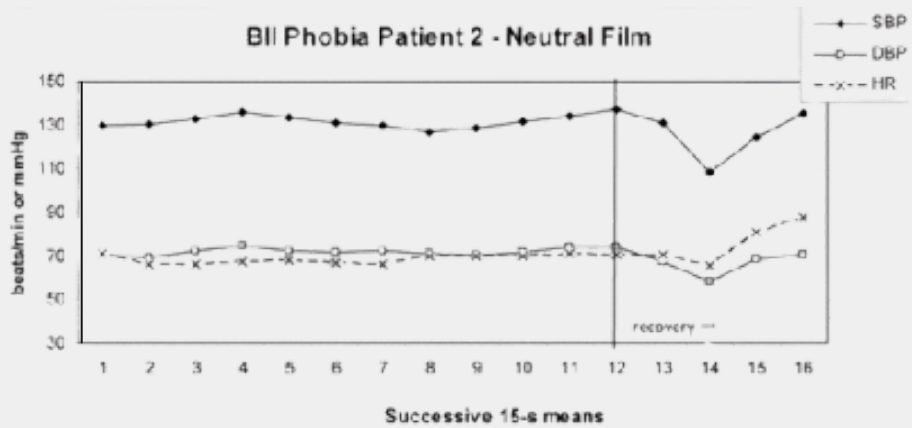
### Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)

крови. В ответ на нейтральный стимул показатели стабильны, тогда как при сильном тревожном стимуле (медицинское вмешательство) отмечается кратковременный подъём АД с последующим резким спадом (и изменением ЧСС) – классический вазовагальный паттерн.



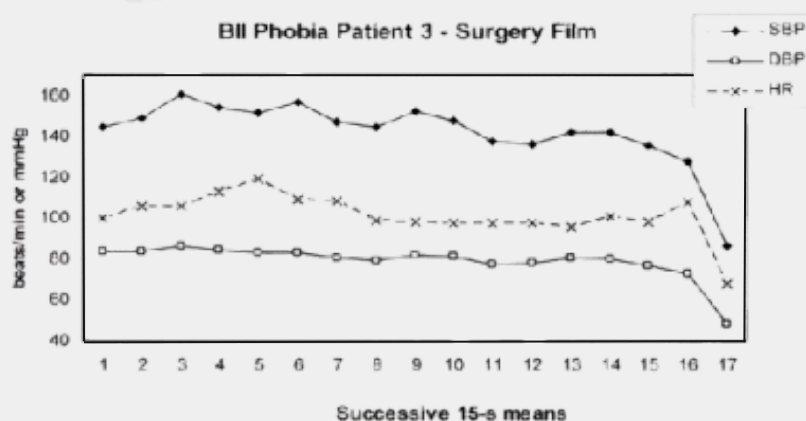
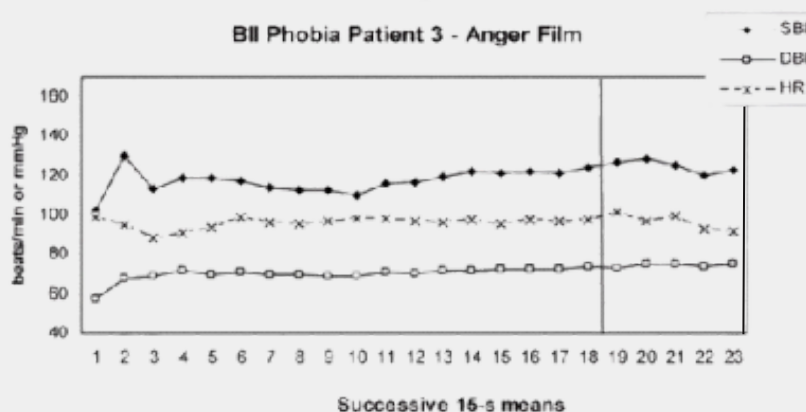
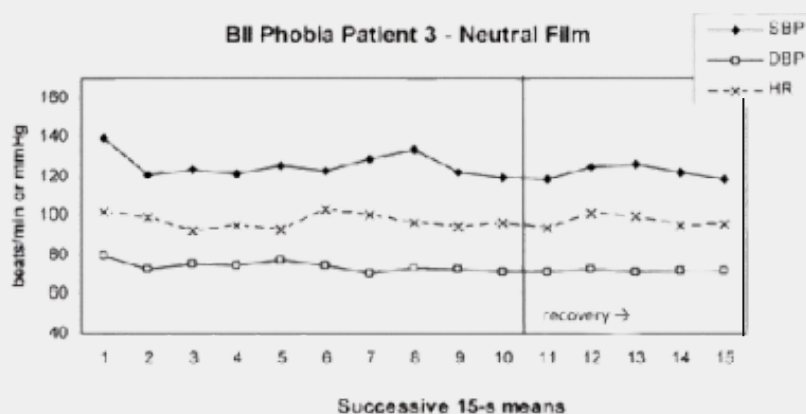


### Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)





### Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)





## Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)

Классический «двухфазный» вегетативный ответ у пациента с ВП-фобией (данные из Ritz et al., 2010). При умеренном стимуле нет резких изменений, а при сильном стимуле («хирургический» ролик) возникает острый рост АД с последующим резким падением и соответствующей динамикой ЧСС. Прикладное напряжение призвано компенсировать фазу падения: напряжение крупных мышц увеличивает венозный возврат, сердечный выброс и сосудистый тонус, держит АД на более высоком уровне и препятствует развитию обморока (Ditto B et al., 2009). На физиологическом уровне у доноров крови и пациентов с ВП-фобией применение АТ (Applied Tension Technique) приводило к стабильности ЧСС и гашению парасимпатического всплеска, тогда как в контрольной группе без АТ отмечались падение ЧСС и повышенная вагусная активность. Авторы отмечают, что основным эффектом АТ является подавление вагусной активности и предотвращение вазовагальной рефлекторной реакции.

Основные показания к применению метода «прикладного напряжения» – состояния, при которых психофизиологический ответ связан с риском обморока. В частности:

- Фобии крови и травм: при страхе вида крови, ран, ранений АТ применяется, чтобы снизить вероятность обморока и головокружения при контакте со стимулом
- Фобия инъекций: в медицинских контекстах (вакцинация, анализы крови и т.п.) АТ позволяет пациентам удерживать АД на безопасном уровне, несмотря на панические реакции
- Доноры крови и пациенты с вазовагальными реакциями: у добровольцев, ранее испытывавших слабость при сдаче крови, обучение АТ показало снижение предобморочных симптомов



**!!!** Для остальных специфических фобий (например, агорафобии или социальной фобии) АТ не используется, поскольку в них ключевым является страх, а не физиологический спад давления.



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)

---

### Этапы обучения пациента и рекомендации

**1) Объяснение и подготовка.** Врач объясняет пациенту механизм фобии: почему при взгляде на кровь или иглу возможен обморок. Затем демонстрируется цель АТ – предотвратить падение давления. Пациент садится в удобное кресло (чтобы не упасть при обмороке) и пробует поинструкционно выполнить упражнение.

**2) Практика напряжения.** Пациент напрягает мышцы рук, туловища и ног на 10–15 секунд (до появления легкого тепла в лице) и потом полностью расслабляется. Через 20–30 секунд процедура повторяется. Рекомендуется повторять циклы напряжения–расслабления пять раз подряд во время одного подхода.

**3) Регулярность упражнений.** Для закрепления техники пациенту советуют практиковать всю последовательность (5 напряжений) 2–3 раза в день в течение недели. Это позволяет контролировать длительность напряжения (10–15 с) и эффективно «научиться» чувствовать повышение давления.

**4) Интеграция с экспозицией.** После освоения на практике АТ применяется непосредственно при контакте со страхом: во время постепенного приближения к стимулу (например, сначала показ изображений игл, затем демонстрация шприца и т.п.) при первых признаках головокружения пациент выполняет упражнение напряжения (Peterson A.L., 2004)

### Рекомендации при применении АТ:

- Упражнения следует выполнять в положении **сидя или лёжа**, чтобы исключить падение при возможном обмороке.
- Не задерживайте дыхание: дышите ровно во время напряжения.
- Если при тренировках появляются головные боли, **исключите напряжение мышц головы и лица**. Остальные мышцы корпуса и конечностей напрягайте как обычно.
- По возможности сочетайте АТ с методами релаксации: при выраженной панике (учащённое дыхание, страх) используйте успокаивающие дыхательные техники (глубокое диафрагмальное дыхание). Такие комбинированные подходы доказали свою эффективность: исследования показали, что экспозиция, дополненная глубоким дыханием и прикладным напряжением, значительно снижает страх перед инъекциями.

**!!!** Внимание: прикладное напряжение устраняет физиологический компонент



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)

---

*(предобморочное состояние), но не лечит сам страх. Как отмечено в литературе, АТ «позволяет пережить укол, но не устраняет иррациональный страх». Для долговременного преодоления фобии технику следует комбинировать с классической экспозицией и другими методами когнитивно-поведенческой терапии.*

### **Клинический пример (из работы Peterson A.L.)**

Рассмотрим описанный случай 41-летней беременной женщины со страхом инъекций и повторными обмороками при медицинских процедурах. На обследовании у пациентки отмечались явные предобморочные симптомы (головокружение, бледность) при взгляде на шприц или перед взятием крови. Функциональное исследование (ТКДГ-сонография) подтвердило вазовагальный характер реакций: при провокации инъекцией регистрировалось резкое падение артериального давления.

Пациентке был назначен курс поведенческой терапии с применением прикладного напряжения. На первом этапе ей показали технику: она осваивала последовательное напряжение мышц на 10–15. Затем в течение нескольких сессий проводилась градуированная экспозиция: от изображений иглы до условной установки для взятия крови. При первых признаках вегетативного дискомфорта пациентка выполняла упражнение напряжения (сильно напрягала мышцы ног, рук и корпуса). При каждом следующем упражнении наблюдалось повышение систолического давления и стабилизация состояния (что коррелировало с данными исследований: сочетание «перекрещивания ног + напряжение мышц» предотвращало падение давления и тем самым прерывало предобморок). В результате после полного курса лечения пациентка смогла самостоятельно перенести взятие крови и другие инвазивные процедуры без обмороков и с существенно сниженной тревогой.

Таким образом, техника прикладного напряжения оказалась эффективным средством компенсации вазовагальной реакции у этой пациентки. Как отметили авторы случая, АТ является «эффективным и относительно недорогим» методом лечения вазовагального обморока при инъекционных фобиях и может применяться и в других ситуациях с вазовагальным синдромом.

Вывод: техника «прикладное напряжение» наглядно продемонстрировала свою эффективность: благодаря контролю сосудистого тонуса пациентка преодолела



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника «Прикладное напряжение» (Applied Tension Technique)

---

фобию инъекций, избежав обморока во время реальной процедуры. Этот клинический пример подтверждает данные исследований: при грамотном обучении АТ позволяет значительно снизить частоту синкопальных реакций при фобии крови/инъекций и улучшить качество повседневной жизни таких пациентов.

### Список литературы

- 1) Ditto B, Byrne N, Holly C. Physiological correlates of applied tension may contribute to reduced fainting during medical procedures. *Ann Behav Med.* 2009 Jun;37(3):306-14. doi: 10.1007/s12160-009-9114-7. PMID: 19730965.
- 2) Han BI, Oh HJ, Bang OY, Lee JH. Successful treatment of vasovagal syncope due to blood-injury phobia by physical maneuvering. *J Clin Neurol.* 2006 Mar;2(1):66-9. doi: 10.3988/jcn.2006.2.1.66. Epub 2006 Mar 20. PMID: 20396487; PMCID: PMC2854945.
- 3) Hellström K, Fellenius J, Ost LG. One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia. *Behav Res Ther.* 1996 Feb;34(2):101-12. doi: 10.1016/0005-7967(95)00060-7. PMID: 8741718.
- 4) Holly C. D. , Balegh S, Ditto B. Applied tension and blood donation symptoms: the importance of anxiety reduction. *Health Psychol.* 2011 May;30(3):320-5. doi: 10.1037/a0022998. PMID: 21463037.
- 5) Ost LG, Sterner U, Fellenius J. Applied tension, applied relaxation, and the combination in the treatment of blood phobia. *Behav Res Ther.* 1989;27(2):109-21. doi: 10.1016/0005-7967(89)90069-7. PMID: 2564772.
- 6) Ritz T, Meuret AE, Ayala ES. The psychophysiology of blood-injection-injury phobia: looking beyond the diphasic response paradigm. *Int J Psychophysiol.* 2010 Oct;78(1):50-67. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2010.05.007. Epub 2010 May 31. PMID: 20576505; PMCID: PMC6688615.
- 7) Peterson AL, Isler WC 3rd. Applied tension treatment of vasovagal syncope during pregnancy. *Mil Med.* 2004 Sep;169(9):751-3. doi: 10.7205/milmed.169.9.751. PMID: 15495734.