

ВЫПУСК 3

# “АКБТ”

СЕНТЯБРЬ

2025

ЖУРНАЛ

**СОВРЕМЕННЫЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ И  
ДОСТИЖЕНИЯ В  
ОБЛАСТИ  
КОГНИТИВНО-  
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ  
ТЕРАПИИ**

ВНУТРЕННИЙ ЖУРНАЛ АКБТ ДЛЯ ЧЛЕНОВ  
АССОЦИАЦИИ И ИНТЕРЕСУЮЩИХСЯ  
КОЛЛЕГ

**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 Унифицированному Трансдиагностическому протоколу 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!

С радостью представляю вам новый номер нашего журнала о когнитивно-поведенческой терапии. Каждый выпуск — это возможность объединить научные исследования, клинический опыт и практические техники, помогающие специалистам глубже понимать клиентов и находить новые пути к изменению.

В этом номере собраны материалы, отражающие богатство и разнообразие современной КПТ.

Вы найдёте обзор исследований по социальной тревожности, фобиям и ловушкам прокрастинации — темам, остающимся актуальными для клиницистов и исследователей во всём мире. Мы также представляем технику «Интраперсональное интервью негативного копинга», открывающую новый взгляд на внутренний диалог клиента, и практику работы на стульях, которая уверенно входит в арсенал когнитивно-поведенческих терапевтов.

Надеюсь, представленные статьи вдохновят вас на профессиональные открытия, помогут углубить практику и создадут пространство для размышлений. Мы стремились сделать номер полезным как для опытных специалистов, так и для тех, кто только начинает свой путь в когнитивно-поведенческой терапии.

Желаю вам приятного чтения и вдохновения в работе с людьми, доверяющими нам самое ценное — свои истории и надежды на перемены.

**Главный редактор,**  
Денис Московченко

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ при Социальной тревожности	5
обзор исследований эффективности КПТ при Социальной тревожности	5
Список литературы	10
Часть 2. Публикации членов АКБТ	12
Гижицкий Виктор Владимирович Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий анализ ловушек прокрастинации	12
Список литературы	19
Буранова Нилуфар Маликовна, Красавцева Юлия Владимировна Эффективность экспозиционной терапии с использованием дополненной реальности в лечении арахнофобии	22
Список литературы	27
Часть 3. Техники когнитивной терапии	30
Падве Сергей Ефимович Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ	28
Список литературы	41
Михайлова Наталья Вячеславовна Первые десять минут когнитивно-поведенческой сессии: структура, задачи и критерии оценки в классическом подходе Института Бека	43
Список литературы	49

## Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ при Социальной тревожности

Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), опубликованный в 2023 году, позволяет оценить, насколько когнитивно-поведенческая терапия является эффективной и при каких условиях она может быть предпочтительна или уступать альтернативным подходам для лечения социального тревожного расстройства у взрослых. Ниже представлен подробный разбор включённых в обзор исследований, сгруппированных по основным сравниваемым методам терапии.



### Групповая КПТ и программы осознанности

Исследование Goldin и соавт. (2016) является одним из наиболее цитируемых в области групповой терапии социального тревожного расстройства (СТР). В выборку вошли 108 пациентов, не получавших медикаментозного лечения, которые были рандомизированы в три группы: групповая когнитивно-поведенческая терапия (CBGT), программа снижения стресса на основе осознанности (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) и контрольная группа листа ожидания. Участники активных условий прошли 12 занятий. Согласно результатам, обе интервенции продемонстрировали значительные преимущества по сравнению с контролем: у пациентов отмечалось снижение выраженности социальной тревожности, депрессии и руминации, а также повышение качества жизни (Goldin et al., 2016). Прямое сравнение активных условий показало отсутствие существенных различий в клинической эффективности, за исключением более выраженного уменьшения избегающего поведения в группе CBGT. Авторы сделали вывод о том, что практики осознаннос-



---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ при Социальной тревожности

---

ти могут рассматриваться как эффективная альтернатива групповой КПТ, при этом традиционный подход лучше воздействует на поведенческие компоненты СТР.

В более позднем рандомизированном контролируемом исследовании Koszycki и соавт. (2021) сопоставлялись когнитивно-поведенческий протокол и интервенция на основе осознанности, адаптированная для СТР (Mindfulness-Based Intervention for Social Anxiety Disorder, MBI-SAD). В исследовании приняли участие 52 пациента, распределённых в группы CBGT и MBI-SAD. Результаты показали, что CBGT обеспечила более выраженное снижение симптоматики социальной тревожности по основным клиническим шкалам. В то же время терапия на основе осознанности ассоциировалась с более значительным улучшением вторичных показателей, включая уровень депрессии и удовлетворённость жизнью. Авторы пришли к выводу, что программы, основанные на осознанности, могут выступать ценным дополнением к когнитивно-поведенческим подходам, особенно в контексте повышения общего психологического благополучия (Koszycki et al., 2021).

### **КПТ и модификация внимания при социальной тревожности**

Исследователи Huppert и соавт. (2018) изучали вопрос о том, может ли полноценная когнитивно-поведенческая терапия быть заменена сессиями переключения внимания, учитывая растущий интерес к цифровым и краткосрочным методам лечения. В пилотном рандомизированном контролируемом исследовании приняли участие 43 пациента, которые были распределены в две группы: первая проходила восемь 20-минутных сеансов модификации предвзятости внимания (Attention Bias Modification, ABM), а вторая — традиционную когнитивно-поведенческую терапию.

Результаты оказались однозначными: к концу лечения клинически значимый ответ достигли 57% участников в группе КПТ и лишь 17% в группе ABM. Более того, выраженное изменение дисфункциональных когнитивных убеждений наблюдалось исключительно в группе КПТ, и именно этот показатель напрямую коррелировал со снижением симптомов социальной тревожности.

Авторы сделали вывод, что, несмотря на привлекательность быстрого и технологичного компьютерного тренинга, модификация внимания не способна заменить когнитивно-поведенческую терапию. Однако данный метод может рассматриваться как потенциальный вспомогательный инструмент в комплекс-



---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ при Социальной тревожности

---

ных программах лечения (Huppert et al., 2018).

### Вторая и третья волны КПТ при лечении социальной тревожности

Исследование Craske и соавт. (2014) было посвящено сравнению когнитивно-поведенческой терапии и терапии принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) при социальном тревожном расстройстве. В выборку вошли 87 пациентов, которые были рандомизированы в три группы: КПТ, АСТ и лист ожидания. Каждое активное вмешательство включало 12 сессий.

Результаты показали, что обе активные терапии оказались значительно эффективнее контрольного условия: у пациентов наблюдалось снижение выраженности социальной тревожности, улучшение клинических оценок и повышение качества выступлений в публичных ситуациях. При этом статистически значимых различий между КПТ и АСТ выявлено не было. Однако при 12-месячном катамнестическом наблюдении оказалось, что пациенты с низкой исходной психологической гибкостью (склонностью к избеганию) достигли лучших результатов именно в группе КПТ.

Авторы сделали вывод, что АСТ сопоставима с КПТ по эффективности в краткосрочной перспективе, однако традиционный когнитивно-поведенческий подход может обладать преимуществами в долгосрочной работе с пациентами, испытывающими выраженные трудности в адаптации (Craske et al., 2014).

### КПТ, традиционная психодинамическая и системная терапия

В многоцентровом исследовании Leichsenring и соавт. (2013) проводилось прямое сравнение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), психодинамической терапии (ПДТ) и листа ожидания. Это масштабное рандомизированное контролируемое исследование включало 495 пациентов и предусматривало 25 сеансов терапии. Результаты показали, что уровень ремиссии составил 36% в группе КПТ, 26% в группе ПДТ и лишь 9% в контрольной группе. Показатели ответа (значимого клинического улучшения) достигли 60% в КПТ, 52% в ПДТ и 15% в листе ожидания. Таким образом, обе активные интервенции продемонстрировали значительное преимущество перед контролем, однако именно КПТ обеспечила более высокую вероятность достижения полной ремиссии. Авторы подчеркнули, что психодинамический подход остаётся ценной альтернативой для пациентов, которые ориентированы на более глубокую и длительную работу



---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ при Социальной тревожности

---

сличностными и межличностными аспектами тревоги (Leichsenring et al., 2013).

Ещё одним направлением является системная терапия (СТ), акцентирующая внимание на межличностных отношениях и динамике внутри семьи. В пилотном рандомизированном контролируемом исследовании Hunger и соавт. (2020) приняли участие 38 амбулаторных пациентов, рандомизированных в группы КПТ и СТ (по 20 сеансов). Обе интервенции привели к значительному снижению симптомов социальной тревожности. При этом СТ показала более крупный размер эффекта ( $d = 1,67$ ) и более высокий процент ремиссии (39% против 15% в группе КПТ). Авторы отметили, что, несмотря на ограниченный масштаб исследования, полученные результаты указывают на перспективность системной и семейной работы в лечении пациентов с выраженными трудностями в сфере социальных взаимодействий (Hunger et al., 2020).

### Вариации групповой терапии

В исследовании Kocovski и соавт. (2013) рассматривалось сравнение традиционной групповой когнитивно-поведенческой терапии (CBGT) и нового формата — mindfulness- и acceptance-ориентированной групповой терапии (Mindfulness and Acceptance-based Group Therapy, MAGT). В выборку вошли 137 взрослых пациентов, которые были рандомизированы в три группы: MAGT, CBGT и лист ожидания.

Результаты показали, что обе активные терапии оказались значительно эффективнее контроля: у пациентов наблюдалось снижение выраженности симптомов социальной тревожности. При этом существенных различий между CBGT и MAGT по основным показателям выявлено не было. Эти данные позволяют предположить, что групповые интервенции, основанные на принципах осознанности и принятия, могут рассматриваться как равноценная альтернатива традиционным когнитивно-поведенческим подходам, особенно для пациентов, проявляющих интерес к медитативным практикам и навыкам принятия (Kocovski et al., 2013).

### Долгосрочная эффективность

Наконец, исследование Willutzki и соавт. (2012) было сосредоточено на долгосрочном наблюдении пациентов, ранее прошедших ресурсно-ориентированную когнитивно-поведенческую терапию (Resource-Oriented Cognitive Behavioral



---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ при Социальной тревожности

---

Therapy, ROCBT) и когнитивную терапию (КТ). Повторное обследование проводилось через два и десять лет после завершения лечения. Результаты показали, что терапевтические достижения сохранялись на протяжении двух лет, а спустя десять лет у пациентов отмечалось дальнейшее улучшение по ряду шкал социальной тревожности. Существенных различий между ROCBT и КТ выявлено не было, что подтверждает долгосрочную стабильность эффекта когнитивно-поведенческих вмешательств, включая их различные модификации (Willutzki et al., 2012).

Сводный анализ представленных исследований подтверждает, что когнитивно-поведенческая терапия остаётся «золотым стандартом» лечения социального тревожного расстройства (СТР). КПТ в индивидуальном и групповом форматах значительно снижает выраженность симптомов и чаще приводит к ремиссии по сравнению с листом ожидания или вмешательствами, направленными исключительно на тренировку внимания. Вместе с тем современные альтернативы — практики осознанности, терапия принятия и приверженности (АСТ), психодинамическая и системная терапия — демонстрируют сопоставимую эффективность в снижении тревоги и могут быть особенно полезны для отдельных категорий пациентов.

Важным направлением дальнейших исследований является выявление предикторов терапевтической эффективности. Так, данные Craske и соавт. (2014) показали, что низкая психологическая гибкость предсказывает лучшие результаты именно при использовании КПТ, тогда как пациенты, мотивированные к медитативным практикам, могут извлечь больше пользы из mindfulness-ориентированных программ (Goldin et al., 2016; Kocovski et al., 2013). В случаях выраженных семейных трудностей перспективным направлением выглядит системная терапия (Hunger et al., 2020). Это подтверждает необходимость персонализированного подхода, сочетающего КПТ с техниками осознанности, семейной работой и долгосрочным сопровождением.

Важно подчеркнуть, что во всех анализируемых рандомизированных исследованиях когнитивно-поведенческая терапия реализовывалась по стандартизированным протоколам. Наиболее часто в групповых программах (Goldin et al., 2016; Koszycki et al., 2021; Kocovski et al., 2013; Bjornsson et al., 2011) использовался протокол групповой КПТ, разработанный Ричардом Хеймбергом и Ребеккой Бекер. Этот подход включает 12 сеансов продолжительностью 2–2,5 часа, проводимых двумя обученными клиническими психологами. Основные компоненты программы охватывают:



---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ при Социальной тревожности

---

- психообразование о природе социальной тревоги и механизмах её поддержания;
- когнитивное реструктурирование иррациональных убеждений;
- экспозиционные задания в группе и в реальных социальных ситуациях;
- обучение навыкам социальных взаимодействий и ролевые игры;
- работу с руминативными мыслями и снижением самофокусировки;
- домашние задания для закрепления навыков;
- профилактику рецидивов, где обсуждаются способы поддержания достижений и предотвращения возврата симптомов.

Некоторые индивидуальные исследования, включая работы Craske и соавт. (2014) и Leichenring и соавт. (2013), использовали адаптированный индивидуальный вариант руководства Managing Social Anxiety (Hope, Heimberg & Turk, 2006/2010). Данный протокол включает ключевые компоненты когнитивно-поведенческой терапии: психообразование, когнитивные техники и контролируемые экспозиции, применяемые в индивидуальном формате, а также аналогичные домашние задания для закрепления навыков. В пилотном исследовании Huppert и соавт. (2018) эти элементы сочетались с ресурсно-ориентированным подходом, однако базовые механизмы вмешательства оставались идентичными.

Таким образом, несмотря на различия в формате реализации (групповой или индивидуальный, ресурсно-ориентированный или традиционный), все включённые в систематический обзор рандомизированные контролируемые исследования опирались на мануализированный протокол КПТ для социального тревожного расстройства. Его ядро составляют три ключевых компонента: психообразование, когнитивная реструктуризация и постепенные экспозиции, которые обеспечивают устойчивый терапевтический эффект.

### Список литературы

1) Craske M. G., Niles A. N., Burklund L. J., Wolitzky-Taylor K. B., Vilardaga J. C., Arch J. J., Saxbe D. E., Lieberman M. D. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2014. – Vol. 82, № 6. – P. 1034–1048. DOI: 10.1037/a0037212.



---

## Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ при Социальной тревожности

---

2) Goldin P. R., Morrison A., Jazaieri H., Brozovich F., Heimberg R., Gross J. J. Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2016. – Vol. 84, № 5. – P. 427–437. DOI: 10.1037/ccp0000092.

3) Hunger C., Hilzinger R., Klewinghaus L., Deusser L., Sander A., Mander J., Bents H., Ditzen B., Schweitzer J. Comparing Cognitive Behavioral Therapy and Systemic Therapy for Social Anxiety Disorder: Randomized Controlled Pilot Trial (SOPHO-CBT/ST) // *Family Process*. – 2020. – Vol. 59, № 4. – P. 1389–1406. DOI: 10.1111/famp.12492.

4) Huppert J. D., Kivity Y., Cohen L., Strauss A. Y., Elizur Y., Weiss M. A pilot randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy versus attentional bias modification for social anxiety disorder: An examination of outcomes and theory-based mechanisms // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2018. – Vol. 59. – P. 1–9. DOI: 10.1016/j.janxdis.2018.08.002.

5) Kocovski N. L., Fleming J. E., Hawley L. L., Huta V., Antony M. M. Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial // *Behaviour Research and Therapy*. – 2013. – Vol. 51, № 12. – P. 889–898. DOI: 10.1016/j.brat.2013.10.007.

6) Koszycki D., Guérin E., DiMillo J., Bradwejn J. Randomized trial of cognitive behaviour group therapy and a mindfulness-based intervention for social anxiety disorder: Preliminary findings // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 2021. – Vol. 28, № 1. – P. 200–218. DOI: 10.1002/cpp.2502.

7) Leichsenring F., Salzer S., Beutel M. E., Herpertz S., Hiller W., Hoyer J., Huesing J., Joraschky P., Nolting B., Poehlmann K., Ritter V., Stangier U., Strauss B., Stuhldreher N., Tefikow S., Teismann T., Willutzki U., Wiltink J., Leibing E. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial // *American Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 170, № 7. – P. 759–767. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12081125.

8) Willutzki U., Teismann T., Schulte D. Psychotherapy for social anxiety disorder: long-term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder // *Journal of Clinical Psychology*. – 2012. – Vol. 68, № 6. – P. 581–591. DOI: 10.1002/jclp.21842.

---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий анализ ловушек прокрастинации

---



**Гижицкий Виктор Владимирович**  
**К.п.н., клинический психолог Аккредитованный по**  
**стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт**

Прокрастинация определяется как иррациональная склонность к откладыванию выполнения значимых задач, несмотря на негативные последствия подобного поведения (Steel, 2007).

В последние десятилетия интерес к данному феномену значительно возрос, что связано с изменением характера труда и обучения в условиях цифровизации. Современный человек сталкивается с постоянной многозадачностью, избытком информационных стимулов и высокой степенью неопределённости будущего. Эти факторы усиливают когнитивную нагрузку и снижают способность к саморегуляции, делая прокрастинацию одним из наиболее распространённых барьеров на пути к личной и профессиональной эффективности (Sirois & Pychyl, 2013).

Актуальность исследования прокрастинации обусловлена её широким распространением: различные работы показывают, что от 20% до 25% взрослого населения систематически откладывают выполнение задач (Steel, 2007). В академической среде данный показатель такого поведения у студентов достигает 50–70% (Sirois, 2016). Последствия прокрастинации включают снижение академической и профессиональной результативности, рост уровня тревожности и депрессии, хронический стресс и снижение субъективного благополучия (van Eerde, 2015).

Практическая значимость анализа феномена заключается в том, что прокрастинация рассматривается не как простая «леность», а как результат нарушения саморегуляции и искажённой когнитивной обработки. Выявление её когнитивно-поведенческих «ловушек» открывает возможности для разработки целевых психотерапевтических интервенций, направленных на повышение продуктивности и психологического благополучия. Особенно перспективным представляется использование когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и схема-терапии, позволяющих работать с иррациональными убеждениями, перфекционизмом и избеганием.

Цель настоящей статьи — систематизировать и проанализировать основные когнитивно-поведенческие «ловушки прокрастинации» и рассмотреть их в контексте современных теорий мотивации и самоконтроля, что имеет как теоретическое, так и практическое значение для психологии труда, образования и



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий анализ ловушек прокрастинации

---

психотерапевтической практики.

### Теоретические основы

Современные исследования прокрастинации опираются на междисциплинарный подход, объединяющий когнитивную психологию, нейронауку и поведенческую экономику.

С точки зрения нейропсихологии, ключевую роль играет взаимодействие префронтальной коры, ответственной за постановку и реализацию долгосрочных целей, и лимбической системы, ориентированной на немедленное вознаграждение (Heatherton & Wagner, 2011). Дисбаланс в пользу лимбической активности в условиях стресса и истощения объясняет склонность к выбору краткосрочных удовольствий (Tice & Bratslavsky, 2000).

Согласно «Теории временной мотивации» (Temporal Motivation Theory, Steel, 2007), вероятность прокрастинации возрастает при высокой субъективной отдалённости вознаграждения и низкой ожидаемой ценности результата. Этот эффект подтверждён в мета-анализе Svartdal с соавторами (2018), где показано, что студенты чаще откладывают задачи с неопределённым или долгосрочным исходом.

Мета-анализ van Eerde (2015), включивший более 200 исследований, выявил значимые связи прокрастинации с низким уровнем саморегуляции, высоким уровнем импульсивности и сниженной толерантностью к стрессу. Более того, прокрастинация была тесно связана с эмоциональной дисрегуляцией, включая тревожность и депрессивные симптомы.

Современные лонгитюдные исследования подтверждают, что прокрастинация оказывает кумулятивный негативный эффект на психическое здоровье. Так, Sirois (2016) показал, что хроническая прокрастинация ассоциирована с повышенным уровнем соматического стресса и риском хронических заболеваний. Аналогично, Gustavson et al. (2014) продемонстрировали, что прокрастинация имеет наследуемый компонент и коррелирует с чертами невротизма и низкой добросовестности.

Перфекционизм рассматривается как один из важнейших медиаторов прокрастинации: Flett и Hewitt (2016) показали, что именно «неадаптивный перфекционизм» усиливает избегающее поведение и препятствует началу деятельности.

Интересное направление представляют исследования цифровой среды. Так, Reinecke et al. (2018) выявили, что использование социальных сетей часто выступа-



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий анализ ловушек прокрастинации

---

ет как «поведенческое избегание», усиливающее прокрастинацию и выступающее краткосрочной стратегией регуляции настроения.

Таким образом, накопленные данные позволяют рассматривать прокрастинацию как результат сложного взаимодействия когнитивных искажений, дефицита самоконтроля и эмоциональной регуляции. В рамках когнитивно-поведенческого подхода особое значение приобретает выявление специфических мыслительных и поведенческих паттернов, которые поддерживают откладывание и препятствуют целенаправленной деятельности.

Основываясь на клинической практике и анализе эмпирических данных, можно выделить ряд типичных «ловушек прокрастинации». Эти когнитивно-поведенческие паттерны являются наиболее часто встречающимися у клиентов с жалобами на откладывание и отражают ключевые механизмы, описанные в современных теориях саморегуляции. Ниже рассмотрим пять таких ловушек, их когнитивные и эмоциональные особенности, а также практические примеры их проявления.

### Ловушка дефицита

Определение. Индивид объясняет откладывание задач отсутствием необходимых ресурсов: времени, энергии, подходящих условий или эмоционального состояния. Подобная когниция связана с феноменом субъективной нехватки ресурсов (Sirois, 2016).

Когнитивные механизмы. Формируется установка «я не могу начать, пока не будут соблюдены все условия». Это отражает иррациональное требование идеального соответствия обстоятельств задаче.

Эмоциональные и физиологические корреляты. Часто сопровождается ощущением усталости, сонливости, сниженной мотивацией. Эмоционально может проявляться как апатия или раздражительность.

Поведенческие проявления. Индивид откладывает начало работы, ожидая «подходящего момента», который, однако, редко наступает.

Пример. Студент, которому необходимо подготовить курсовую работу, утверждает, что не может приступить без «подходящего настроения». В результате он проводит часы в социальных сетях, а к работе обращается лишь перед дедлайном, что усиливает стресс и снижает качество выполнения.



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий анализ ловушек прокрастинации

---

### Ловушка неопределённости

**Определение.** Характеризуется стремлением к абсолютной уверенности в правильности выбора средств и методов. Невозможность достичь полной определённости вызывает сомнения и откладывание действий (Carleton, 2016).

**Когнитивные механизмы.** Проявляется в форме нетерпимости к неопределённости и ошибочным установкам «если я не уверен на 100%, лучше не начинать».

**Эмоциональные и физиологические корреляты.** Вызывает тревогу, нерешительность, внутренний конфликт между долгосрочными и краткосрочными интересами.

**Поведенческие проявления.** Затягивание принятия решений, чрезмерный сбор информации, постоянные сомнения в выбранной стратегии.

**Пример.** Молодой специалист, планирующий смену работы, месяцами откладывает отправку резюме, убеждая себя, что «ещё не до конца разобрался в рынке» и «нужны дополнительные курсы». В итоге он сохраняет неудовлетворительное положение из-за страха неопределённости.

### Ловушка перфекционизма

**Определение.** Основана на убеждении, что выполнение задачи допустимо только в идеальном варианте. Перфекционизм тесно связан с прокрастинацией через страх ошибок и чрезмерные стандарты (Flett & Hewitt, 2016).

**Когнитивные механизмы.** Установка «лучше не делать вовсе, чем делать несовершенно».

**Эмоциональные и физиологические корреляты.** Усиление тревоги, самокритики, раздражения. На физиологическом уровне — напряжение, проблемы со сном.

**Поведенческие проявления.** Многократные переписывания, откладывание начала работы до появления «идеального плана», отказ от выполнения в условиях ограниченного времени.

**Пример.** Аспирантка, готовящая статью для публикации, многократно редактирует введение и откладывает отправку рукописи, опасаясь, что редакторы «найдут недочёты». В результате публикация затягивается на месяцы.



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий анализ ловушек прокрастинации

---

### Ловушка масштаба

**Определение.** Выражается в искажённом восприятии объёма задачи: она кажется либо чрезмерно сложной, либо, напротив, незначительной и поэтому не требующей срочного выполнения.

**Когнитивные механизмы.** Катастрофизация («эта работа непосильна») или минимизация («можно потом»). Обе формы связаны с искажением оценки усилий (Kahneman, 2011).

**Эмоциональные и физиологические корреляты.** В первом случае доминирует страх и подавленность; во втором — ложное спокойствие и иллюзия контроля.

**Поведенческие проявления.** При гипертрофии масштаба индивид избегает начала задачи; при минимизации — систематически откладывает.

**Пример.** Сотрудник компании воспринимает подготовку отчёта как «невыполнимый объём» и откладывает его неделю, пока не оказывается перед жёстким сроком. Альтернативно, тот же сотрудник может убеждать себя, что «отчёт займёт всего пару часов», откладывая до последнего, затем сталкиваясь с авралом.

### Ловушка прогноза

**Определение.** Заключается в негативных ожиданиях относительно будущего опыта («будет слишком скучно», «это вызовет тревогу»). Содержит элементы катастрофизации и избегания (Beck, 2011).

**Когнитивные механизмы.** Ошибочное предсказание интенсивности негативных эмоций и игнорирование закономерности «эмоциональной адаптации» (трудность лишь в первые минуты).

**Эмоциональные и физиологические корреляты.** Ожидание дискомфорта усиливает тревогу и снижает готовность к действию.

**Поведенческие проявления.** Человек откладывает работу, выбирая немедленное вознаграждение (отдых, развлечение) вместо деятельности.

**Пример.** Программист планирует приступить к сложному проекту, но предсказывает, что работа вызовет сильный стресс. В итоге он переключается на просмотр видео, что временно снижает тревогу, но впоследствии усиливает чувство вины и давление сроков.

### Обсуждение

Рассмотренные «ловушки прокрастинации» можно интерпретировать как про-



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий анализ ловушек прокрастинации

---

явления специфических когнитивных искажений и стратегий эмоционального избегания. Их систематизация имеет не только теоретическую, но и прикладную ценность, поскольку позволяет формулировать целевые интервенции в рамках когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и смежных направлений.

### Работа с ловушкой дефицита

Основным искажением здесь является гиперболизация нехватки ресурсов. Эффективными техниками являются:

Когнитивная реструктуризация: формирование реалистичных оценок собственных ресурсов («усталость не мешает началу работы, а первые шаги могут восстановить энергию»).

Метод малых шагов: «поведенческая активация» через минимальное действие (например, открыть файл, написать один абзац).

Техника «если-то» (implementation intentions): заранее подготовленные сценарии («если я чувствую усталость, то выполняю задачу хотя бы 10 минут»).

### Работа с ловушкой неопределённости

Ключевым механизмом прокрастинации здесь является нетерпимость к неопределённости.

Экспозиционные техники: постепенное выполнение действий в условиях неполной информации, что формирует толерантность к неопределённости.

Когнитивное разделение (cognitive defusion) из АСТ: осознание мыслей как ментальных событий, а не фактов («я не обязан быть на 100% уверен»).

Техника «достаточно хорошо»: обучение принятию решений при неполной информации.

### Работа с ловушкой перфекционизма

Здесь при прокрастинации доминирует установка «всё или ничего».

Когнитивная реструктуризация: выявление иррациональных убеждений («идеала не существует», «ошибки — часть процесса»).

Поведенческий эксперимент: намеренное выполнение задачи «неидеально» и анализ последствий (обычно они менее катастрофичны, чем ожидалось).

Техника ограничения времени: выполнение задачи в заданный лимит, чтобы снизить стремление к бесконечной доработке.



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий анализ ловушек прокрастинации

---

### Работа с ловушкой масштаба

Искажение при прокрастинации заключается в катастрофизации или минимизации задачи.

Метод «разбиения на части» (task chunking): разделение крупной задачи на конкретные подзадачи с достижимыми результатами.

Использование внешних инструментов: чек-листы, диаграммы Ганта, тайм-менеджмент (метод «Помидора»).

Когнитивная переоценка: смещение фокуса с объёма на процесс («я могу сделать первый шаг прямо сейчас»).

### Работа с ловушкой прогноза

Основное искажение при прокрастинации здесь — негативное предсказание эмоционального состояния.

Поведенческие эксперименты: проверка на практике — как изменяется уровень тревоги в течение первых 15 минут работы.

Техника «отсроченного отдыха»: договор с собой о перерыве только после минимального выполнения задачи.

Навыки саморегуляции: дыхательные упражнения, майндфулнесс, самонаблюдение для снижения тревожных ожиданий.

### В целом, наиболее перспективными направлениями интервенций являются:

1. когнитивная реструктуризация иррациональных убеждений,
2. экспозиция к тревожным состояниям,
3. тренировка навыков планирования и организации,
4. формирование устойчивости к неопределённости,
5. развитие самосострадания как противовеса самокритике (Neff, 2011).

Таким образом, борьба с прокрастинацией требует многоуровневого подхода: от когнитивной переоценки до формирования новых поведенческих привычек. Эмпирические данные подтверждают, что комбинированные интервенции оказываются наиболее результативными (Rozenal et al., 2018).

### Заключение

Прокрастинация является сложным многофакторным феноменом, отражаю-



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий анализ ловушек прокрастинации

---

щим взаимодействием когнитивных искажений, эмоциональной дисрегуляции и дефицита навыков саморегуляции. Анализ пяти «ловушек прокрастинации» позволяет продемонстрировать, что откладывание дел редко связано с отсутствием мотивации в традиционном понимании; скорее, оно обусловлено неадаптивными когнитивными схемами, которые усиливают тревогу и препятствуют началу деятельности.

Практическая значимость работы заключается в том, что выделение когнитивных искажений открывает возможности для их целенаправленной психотерапевтической коррекции. Развитие осознанности собственных когнитивных паттернов выступает ключевым фактором преодоления прокрастинации. Исследования показывают, что регулярная практика осознанности снижает автоматические реакции избегания, повышает способность к толерантности к неопределённости и способствует формированию более гибкой саморегуляции (Sirois & Tosti, 2012; Howell & Buro, 2011).

Осознание того, что негативные прогнозы часто являются искажёнными, а требование идеальности — недостижимым, позволяет человеку дистанцироваться от иррациональных установок и предпринять первые действия. Таким образом, формирование метакогнитивной позиции — способности наблюдать и распознавать собственные когнитивные искажения — становится фундаментальным условием снижения прокрастинации.

Перспективы дальнейших исследований связаны с разработкой комбинированных интервенций, сочетающих когнитивно-поведенческие техники с методами тренировки осознанности (mindfulness-based interventions). Такой подход способен не только снижать выраженность прокрастинации, но и повышать общее психологическое благополучие, устойчивость к стрессу и эффективность личностного и профессионального функционирования.

### Список литературы

- 1) Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252–1265.
- 2) Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.



## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно-поведенческий анализ ловушек прокрастинации

---

- 3) Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 5–21.
- 4) Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2016). Perfectionism and procrastination. In Flett, G. L. (Ed.), *Perfectionism in childhood and adolescence: A developmental approach* (pp. 205–227). American Psychological Association.
- 5) Gustavson, D. E., Miyake, A., Hewitt, J. K., & Friedman, N. P. (2014). Genetic relations among procrastination, impulsivity, and goal-management ability: Implications for the evolutionary origin of procrastination. *Psychological Science*, 25(6), 1178–1188.
- 6) Heatherton, T. F., & Wagner, D. D. (2011). Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(3), 132–139.
- 7) Howell, A. J., & Buro, K. (2011). Relations among mindfulness, achievement-related self-regulation, and well-being. *The Journal of Happiness Studies*, 12(6), 1007–1022.
- 8) Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- 9) Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12.
- 10) Reinecke, L., Meier, A., Beutel, M. E., Schemer, C., Stark, B., Wölfling, K., & Müller, K. W. (2018). The relationship between trait procrastination, Internet use, and psychological functioning: Results from a community sample of German adolescents. *Computers in Human Behavior*, 86, 147–156.
- 11) Rozental, A., Forsström, D., Tangen, J., & Carlbring, P. (2018). Procrastination, stress, and chronic health conditions: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 780–791.
- 12) Sirois, F. M. (2016). Procrastination, stress, and chronic health conditions: A temporal perspective. In Flett, G. L. (Ed.), *Procrastination, health, and well-being* (pp. 67–92). Academic Press.
- 13) Sirois, F. M., & Pychyl, T. A. (2013). Procrastination and the priority of short-term mood regulation: Consequences for future self. *Social and Personality Psychology Compass*,



## **Часть 2. Публикации членов АКБТ: Когнитивно- поведенческий анализ ловушек прокрастинации**

---

7(2), 115–127.

14) Sirois, F. M., & Tosti, N. (2012). Lost in the moment? An investigation of procrastination, mindfulness, and well-being. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 30(4), 237–248.

15) Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133(1), 65–94.

16) Svartdal, F., Granmo, S., & Farevaag, M. (2018). Procrastination and delay in higher education: A scoping review and thematic analysis of assessment and intervention. *Frontiers in Psychology*, 9, 806.

17) Tice, D. M., & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, 11(3), 149–159.

18) Van Eerde, W. (2015). Procrastination and well-being at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(2), 215–225.



## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Эффективность экспозиционной терапии с использованием дополненной реальности в лечении арахнофобии



**Буранова Нилуфар Маликовна**  
Клинический психолог, Провайдер (тренер и супервизор) Унифицированного трансдиагностического протокола для лечения эмоциональных расстройств  
Схематерапевт продвинутого уровня



**Красавцева Юлия Владимировна**  
К.п.н., психолог, преподаватель психологии (МГУ им. М.В. Ломоносова, МГМУ им. И.М. Сеченова)  
Специалист по когнитивно-поведенческой терапии  
Член Ассоциации Когнитивно-Бихевиоральных Терапевтов (АКБТ)

Название оригинальной статьи: The efficacy of augmented reality exposure therapy in the treatment of spider phobia—a randomized controlled trial

Авторы: Tomas Jurcik, Svetlana Zaremba-Pike, Vladimir Kosonogov, Abdul-Raheem Mohammed, Yulia Krasavtseva, Tadamasa Sawada, Irina Samarina, Nilufar Buranova, Peter Adu, Nikita Sergeev, Andrei Skuratov, Anastasia Demchenko, Yakov Kochetkov

Источник: Frontiers in Psychology, 2024, DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1214125

### Введение

Современная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) активно интегрирует цифровые технологии для повышения эффективности и доступности лечения. Одним из перспективных направлений является экспозиционная терапия с использованием дополненной реальности (ARET), которая позволяет пациентам безопасно взаимодействовать с фобическими стимулами в контролируемой среде. Исследование, опубликованное в 2024 году в журнале Frontiers in Psychology, оценивает эффективность ARET в лечении арахнофобии в сравнении с традиционной экспозицией *in vivo* (IVET) и группой ожидания (WLC). Это исследование особенно актуально в контексте журнала АКБТ, посвященных цифровым инновациям и персонализации терапии, поскольку ARET использует доступные технологии, такие как смартфоны для расширения возможностей КПТ.



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Эффективность экспозиционной терапии с использованием дополненной реальности в лечении арахнофобии

---

него, мы провели исследование при участии терапевтов Центра когнитивной терапии на базе Высшей школы экономики [Jurcik и др., 2024].

### Основные положения исследования

#### Обзор исследования

Авторы провели рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) с участием пациентов, страдающих арахнофобией. Участники были случайным образом распределены в три группы:

- 1.Группа ARET: Пациенты проходили терапию с использованием приложения для смартфона, генерирующего изображения пауков в дополненной реальности.
- 2.Группа IVET: Пациенты подвергались экспозиции с использованием реального паука в контролируемых условиях.
- 3.Группа WLC: Контрольная группа ожидания, не получавшая лечения в течение периода исследования.

Терапия проводилась под руководством терапевтов, что обеспечивало стандартизацию подхода. Основные показатели включали:

- Поведенческий тест приближения (BAT): Измерял готовность пациентов приближаться к паукам.
- Кожный проводимый ответ (SCR): Оценивал активность автономной нервной системы как индикатор физиологического страха.
- Самоотчетные шкалы: Опросник страха пауков (FSQ), Опросник арахнофобии (SPQ), а также общие показатели психического здоровья (GHQ) и депрессии (PHQ).

Исследование измеряло изменения до и после лечения, а также через месяц после завершения терапии, чтобы оценить устойчивость эффектов.

#### Ключевые результаты

Результаты исследования представлены в таблице ниже:



## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Эффективность экспозиционной терапии с использованием дополненной реальности в лечении арахнофобии

Таблица 1. Результаты

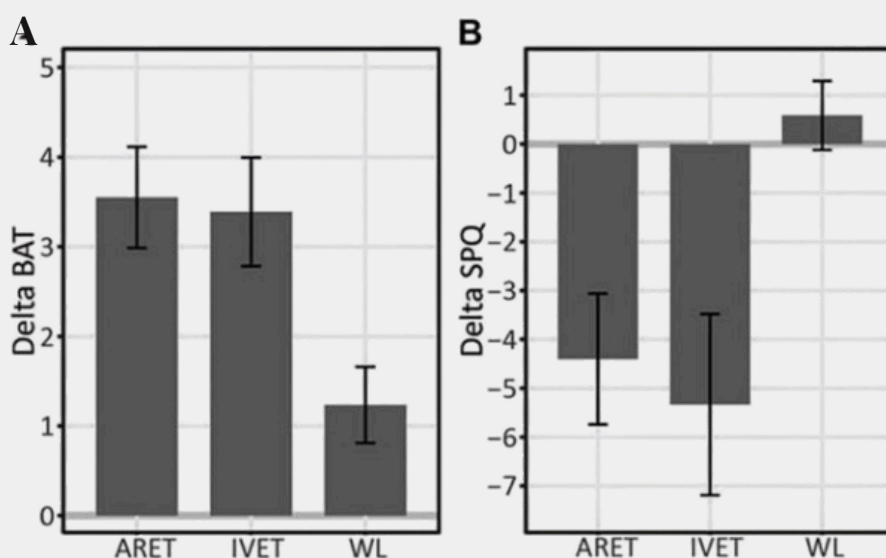
Показатель	ARET	IVET	WLC
BAT (поведенческий тест)	Значительное улучшение ( $d > 1.0$ )	Значительное улучшение ( $d > 1.0$ )	Без изменений
SCR (физиологический)	Снижение активности	Снижение активности	Без изменений
SPQ (субъективный)	Улучшение	Улучшение	Без значительных изменений
FSQ (субъективный)	Нет значительных улучшений	Нет значительных улучшений	Без изменений
GHQ/PHQ (общие)	Смешанные результаты	Смешанные результаты	Смешанные результаты

- Поведенческий тест приближения (BAT): Группы ARET и IVET показали значительное увеличение готовности приближаться к паукам по сравнению с WLC, с большими размерами эффекта ( $d > 1.0$ , постфактум  $1-\beta > 0.80$ ).
- Кожный проводимый ответ (SCR): В группах лечения наблюдалось снижение

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Эффективность экспозиционной терапии с использованием дополненной реальности в лечении арахнофобии

физиологической активности, но через месяц уровни SCR были схожими во всех группах, что может указывать на временный характер физиологических изменений.

- Самоотчетные шкалы: Группы лечения продемонстрировали улучшения по SPQ по сравнению с WLC, но FSQ не показал значительных различий, что может быть связано с ограниченной чувствительностью шкалы или недостаточной мощностью исследования.
- Общие показатели психического здоровья: GHQ и PHQ показали смешанные результаты, что указывает на специфичность эффектов лечения для арахнофобии, а не общего психического состояния.



### Практическое значение

Исследование подтверждает, что ARET является эффективной альтернативой IVET в лечении арахнофобии, демонстрируя сопоставимые результаты по поведенческим и физиологическим показателям. Использование смартфонов делает ARET доступным и менее стигматизирующим методом, что особенно важно для пациентов, избегающих традиционной экспозиции из-за сильного страха. Этот подход поддерживает тенденции цифровизации КПТ и открывает возможности для расширения терапии в условиях ограниченного доступа к специалистам.



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Эффективность экспозиционной терапии с использованием дополненной реальности в лечении арахнофобии

---

### Обсуждение

Исследование согласуется с предыдущими работами, демонстрирующими эффективность технологий виртуальной и дополненной реальности в лечении фобий [Wrzesien et al., 2011, 2015; Botella et al., 2016]. Отличительной особенностью является сравнение ARET не только с WLC, но и с IVET, что позволяет оценить её конкурентоспособность по сравнению с золотым стандартом лечения фобий.

Смешанные результаты по субъективным шкалам (FSQ) подчеркивают необходимость дальнейшей разработки инструментов оценки, более чувствительных к изменениям, вызванным ARET. Ограниченная мощность исследования могла повлиять на выявление различий, что согласуется с замечаниями авторов о важности включения контрольной группы ожидания для учета спонтанного улучшения [Eysenck, 1952].

Возможность использования смартфонов делает метод особенно подходящим для пациентов, которые избегают традиционных методов из-за страха или логистических ограничений.

### Практические рекомендации для специалистов КПТ

1. Внедрение ARET: Рассмотрите использование ARET для пациентов с арахнофобией, особенно тех, кто избегает контакта с реальными пауками. Приложения для смартфонов могут быть интегрированы в клиническую практику.
2. Стандартизация подхода: Обеспечьте руководство терапевта при использовании ARET для поддержания качества вмешательства, как это было сделано в исследовании.
3. Мониторинг прогресса: Используйте поведенческие (BAT) и физиологические (SCR) показатели для оценки эффективности, дополняя их самоотчетными шкалами, такими как SPQ.
4. Дальнейшая адаптация: Исследуйте возможность применения ARET к другим специфическим фобиям или тревожным расстройствам, адаптируя контент приложений.

### Заключение

Исследование демонстрирует, что ARET является эффективным и доступным ме-



---

## Часть 2. Публикации членов АКБТ: Эффективность экспозиционной терапии с использованием дополненной реальности в лечении арахнофобии

---

тодом лечения арахнофобии, сопоставимым с традиционной IVET. Использование технологий дополненной реальности открывает новые перспективы для КПТ, особенно в условиях роста спроса на цифровые и персонализированные подходы. Дальнейшие исследования должны сосредоточиться на долгосрочных эффектах ARET, её применении к другим расстройствам и разработке более точных инструментов оценки субъективных изменений.

### Список литературы

- 1) Jurcik T., Zaremba-Pike S., Kosonogov V., Mohammed A.-R., Krasavtseva Y., Sawada T., Samarina I., Buranova N., Adu P., Sergeev N., Skuratov A., Demchenko A., Kochetkov Y. The efficacy of augmented reality exposure therapy in the treatment of spider phobia— a randomized controlled trial // *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. Article 1214125. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1214125.
- 2) Wrzesien M., Burkhardt J.-M., Alcañiz M., Botella C., Bretón-López J., Ortega M. et al. Adapting videogames for the treatment of emotional disorders: Past, present and future // *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine*. 2011. Vol. 9. P. 121–126.
- 3) Wrzesien M., Bretón-López J., Botella C., Burkhardt J.-M., Alcañiz M., Pérez-Ara M.Á., Ortega M., del Blanco Á., Herrero R., Baños R.M. A pilot evaluation of a therapeutic game applied to small animal phobia treatment // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2015. Vol. 18(12). P. 756–761. DOI: 10.1089/cyber.2015.0263.
- 4) Botella C., Fernández-Álvarez J., Guillén V., García-Palacios A., Baños R.M. Recent progress in virtual reality exposure therapy for phobias: A systematic review // *Current Psychiatry Reports*. 2016. Vol. 18(7). P. 42. DOI: 10.1007/s11920-016-0687-3
- 5) Eysenck H.J. The effects of psychotherapy: An evaluation // *Journal of Consulting Psychology*. 1952. Vol. 16(5). P. 319–324. DOI: 10.1037/h0063633.
- 6) Ferreira T., Sousa M., Coelho H., Melo M. Extended Reality and Phobia Treatments: A Systematic Literature Review // *Procedia Computer Science*. 2025. Vol. 256. P. 1064–1072. DOI: 10.1016/j.procs.2025.01.173.



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

---



**Падве Сергей Ефимович**

**Психолог, супервизор РПА, Beck Institute CBT Certified Clinician, Associated Fellow, Albert Ellis Institute; IAREBT – Level 3, TEAM-CBT – Level 1**

«Покажи мне, не рассказывай» - говорил Якоб Леви Морено, реализуя основной принцип психодрамы. Как правило, КПТ-практикам сложно применять этот принцип в своей ежедневной практике, однако экспериенциальные техники (4,7,8) все чаще используются и в КПТ.

Нам проще думать о рескриптинге, или о работе на стульях, как о классическом использовании экспериенциальных практик на этапе работы с ядерными убеждениями, однако этот подход применим и на других этапах терапии, на которых мы, по привычке, чаще используем когнитивные приемы и техники.

Например, все мы знаем технику «Матрица анализа недостатков и преимуществ» (1), или похожее упражнение «Баланс принятия решения» (6) из унифицированного протокола Д. Барлоу. Эта техника часто используется на ранних этапах работы, когда мы хотим лучше концептуализировать негативные копинги клиента, например «беспокойство», «перфекционизм», «самокритику» и т.п. или для работы с мотивацией клиента.

Это отличная техника, при аккуратном ее применении позволяющая не просто получить материалы для поддержки мотивации клиента («что плохого в копинге», «что будет хорошего, если я буду вести себя по-другому», но и позволяющая увидеть возможные точки сопротивления («что будет плохого, если я откажусь от копинга»).

Предлагаем посмотреть на эту технику через более динамическую призму с опорой на теорию ролей и работу на стульях как технику реализации – так, как на нее смотрели изначально (2,3,5).

### **Теория работы на стульях**

Для описания теории мы будем опираться на материалы Mathew Pugh & Tobin Bell (4,7,8) как на наиболее известных популяризаторов интеграции работы на стульях в КПТ. Работа на стульях базируется на трех предпосылках (воркшоп Chairwork: Beyond the Basics, M. Pugh, T. Bell, 2025):



### Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

- Множественности «Я» - внутри нас существуют разные роли (голоса);
- Персонификация - эти роли возможно идентифицировать и «посадить» на стул;
- Между этими частями возможен Диалог;

Эти предпосылки позволяют выделить принципы и процессы:

Принципы	Процессы
Множественность «Я»	Отделение (сепарация)
Обмен информацией	Анимация (воплощение)
Трансформация	Разговор

Опора на эти принципы и процессы позволяет создавать и применять теорию ролей для практически любых клиентов и проблем.

В настоящее время работа на стульях активно используется как в «классических» направлениях КПТ (когнитивная терапия в «бековском» подходе и РЭПТ) так и в более современных направлениях (EFT, CFT, IFS, схематерапия).

#### **Техника «Матрица анализа преимуществ и недостатков»**

Основными задачами данной техники в КПТ (воркшоп «CBT for Anxiety», Beck Institute for CBT) являются:

- понимание функции проблемного поведения или мышления;
- поддержка мотивации к изменениям;
- поддержка конструктивной реструктуризации;
- снижение тревоги по поводу амбивалентности и сложности отказа от негативных копингов.



### Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

Пример заполнения матрицы (вымышленный клиент):

	<b>Беспокойство</b>	<b>Планирование, подготовка и проблем-солвинг в текущем моменте</b>
<b>Преимущества</b>	Помогает избегать опасности. Помогает лучше подготовиться. Помогает быть “на высоте” в работе. Помогает чувствовать себя лучше/продуктивнее.	Могу сэкономить время и сделать больше. По словам других — это больше помогает. Буду чувствовать себя лучше (возможно). Будет больше энергии. Смогу уделять больше времени тому, что считаю ценным.
<b>Оценка преимуществ</b>	25	60
<b>Недостатки</b>	Причиняет боль. Занимает очень много времени. Усложняет жизнь. Бессонница. Не сильно-то помогает. Чувствую себя опустошенным. Приводит к вечной усталости. Не всегда удается так пере...	Я не знаю как. Я могу делать это неправильно. Я все равно могу чувствовать опустошение. Могу не справиться.
<b>Оценка недостатков</b>	75	40

В монодраме (это адаптация психодрамы для индивидуальной работы) существует ряд упражнений, которые повторяют эту логику (см. например А. Чеснер «Психодрама на двоих», где описывается техника «Компас зависимостей» - упражнение, в котором клиент по очереди озвучивает «голоса» своей зависимос-



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

---

(«что она мне дает», «от чего она защищает», «какую цену она требует») и интегрируется это на уровне «мудрой» части, которая слушает эти голоса и делает выводы.

Если посмотреть на матрицу, то у нас есть голос негативного копинга клиента, который нам надо идентифицировать и отделить, также у нас есть «разумный/мудрый» голос клиента, который может оценивать последствия и делать предположения. Задача остается прежней – как можно точнее концептуализировать копинг, однако метод будет выглядеть иначе.

### Техника “Интраперсональное интервью копинга”

Ниже представлен план проведения интервенции «Интраперсональное интервью» на примере изучения беспокойства, а также предложен пример такого интервью. Кроме этого, будут даны клинические рекомендации о возможных сложностях применения техники.

Основные задачи:

Поиск первопричин, триггеров (модификаторов) и содержимого процесса.

Идентификация глубинных страхов (концептуализация ядерных убеждений), которые могут запускать эти процессы.

Поощрение отделения (расщепления) и децентрации от когнитивных процессов.

Этапы:

- Идентификация негативного процесса (руминация, беспокойство, самокритика, сравнение и т.п.).
- Определение роли – клиенту необходимо увидеть треугольник «мысли-чувства-поведение», связанный с этим процессом, иначе ему будет сложно персонализировать его в работе. Например, в контексте беспокойства он может выглядеть, так: «я не должен ничего упустить – тревога – бесконечные перепроверки». Обычно достаточно одного-двух таких циклов, но некоторым клиентам может понадобиться достаточно подробное описание.
- Терапевт предлагает обоснование использования техники: *«Мы обнаружили с вами, что вы страдаете от постоянного беспокойства. Вы очень часто испытываете тревогу в разных сферах – дома, на работе, с друзьями, вы часто перепроверяете все по многу раз, вам сложно принимать решения, вы*



---

### Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

---

*заставляете себя искать все новые и новые доводы «за» и «против» - так ли это? Хорошо. Для нашей работы мне необходимо очень хорошо понимать как корни этого беспокойства, так и то, как это происходит реальности – как беспокойство звучит в вашей голове, какими словами оно к вам обращается и к чему может привести отказ от него. Я хочу предложить вам сегодня новую технику – это будет Интервью с вашим беспокойством, где вы сыграете роль беспокойства, а я буду задавать ему вопросы. Это хорошо изученная техника, входящая в то, что называется «работа на стульях». Это интервью позволит нам быстро и полно узнать все, что нужно о вашем беспокойстве. Готовы ли вы попробовать?»*

- Дальше клиента необходимо «ввести в роль». В психодраме есть принципы «чистоты роли», и нам важно объяснить клиенту, что ему может быть поначалу непривычно, но мы просим его выбрать место для стула беспокойства (при онлайн работе важно, чтобы клиент или использовал второй стул, или менял местоположение своего) – и как только он сядет на этот стул, то он «перестанет» озвучивать свой голос, и станет голосом своего беспокойства – и мы будем теперь говорить о нем (клиенте) в третьем лице. Во время всего упражнения задачей терапевта является следить за чистотой роли: не давать клиенту выпадать из роли беспокойства (другого негативного процесса) – иначе упражнение будет не эффективно.
- Клиент занимает стул процесса и «становится» процессом.
- Терапевт начинает процесс «интервью» процесса.
- По окончании интервью клиент возвращается на свое место (лучше это сделать через подъем со стула, несколько подпрыгиваний, интенсивных движений руками и т.п. чтобы было проще «расщепиться» с процессом. Дальше может происходить обсуждение через резюме, построение плана действий или продолжение интервенций (например, диалог беспокойства и «мудрой» части, если она активизируется во время рефлексии).

#### **Вымышленный пример интервью с негативным копингом – беспокойством клиента Василия.**

— Добрый день! Спасибо вам большое, что согласились немного поговорить. Я знаю, что вы — это Беспокойство Василия. Как вам будет удобно, чтобы я к вам обращался? — Да, так и можно: «Беспокойство Василия».



---

### **Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ**

---

— Окей. Я знаю, что вы хотите Василию только хорошего и всячески заботитесь о нём — это так?

— Да, конечно. Он товарищ непутёвый — совсем без меня пропадёт...

— А как вы ему помогаете?

На начальном этапе важно «пройти сопротивление» и наладить контакт — обычно это происходит через подчеркивание чего-то «хорошего», что есть в этом копинге.

— Ну, я всегда на стреме, всегда готов подсказать, на что нужно обратить внимание, о чём надо подумать, к чему подготовиться...

— Это звучит очень поддерживающим образом... Скажите, а в каких ситуациях вы обычно появляетесь?

— Однозначно — на работе. Всегда, когда предстоит важное совещание или нужно сделать отчёт — всё то, где повышенная ответственность.

— А ещё?

— Ну, обычно перед встречей с отцом — там важно следить за многими вещами и хорошо подготовиться...

Подобные вопросы позволяют идентифицировать триггеры — также мы можем выяснить наличие значимых модификаторов.

— Скажите, а есть ли какие-то значимые факторы, наличие которых может сильно влиять на то, что вы появляетесь? Например, уровень ответственности (одно дело — директор, другое — совещание с горизонтальными сотрудниками), или ещё что-то?

— Ну, понятно, что чем выше уровень руководства, тем активнее я проявляюсь.

— А с отцом — есть ли что-то, что может повлиять на ваше появление и интенсивность?

— Да, если мы встречаемся один на один, то я гораздо сильнее проявляюсь, а если это «семейная» встреча, то можно и расслабиться.

— Скажите, а как вы непосредственно к нему обращаетесь, что вы ему говорите, когда появляетесь?

— Ну, что ему надо проверить, что он должен убедиться, что подготовился...

— Вы знаете, Василий мне рассказывал, что обычно это звучит несколько иначе. Что вы его пугаете и обзываете не самыми лучшими словами. Вы можете быть честны и откровенны со мной?

— Ну да, он просто не понимает по-нормальному...

— И что вы говорите?



---

### **Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ**

---

— Что он тряпка, что его все накажут, что он будет выглядеть идиотом, если опять обосрется, что он должен быть на 100% уверен, иначе будет провал — и это будет крах, он не справится... Станет ничтожеством!

— Я правильно понимаю, что вы его очень серьезно пугаете?

— Ну, а как без этого?

Важно, чтобы мы «показали истинное лицо» этого копинга. Как мы помним, критика к внутренней речи отсутствует, и нам очень важно, чтобы копинг озвучил свою речь так, как она звучит в реальности — с матом, угрозами, оскорблениями и унижениями. Клиенту важно услышать это от самого себя. Обычно, выходя на глубинные (П. Гилберт называет их «архетипическими») страхи, мы слышим ядерные схемы клиента.

— Хорошо. А скажите, вы когда появились в жизни Василия?

— Ну, я как бы давно очень...

— Но не с рождения?

— Нет, не с рождения.

— А когда?

— Ну, в школе у него начались сложности с математикой, там, физикой, и отец жёстко так сказал, что не потерпит, чтобы сын учился как двоечник.

— То есть вы появились после этих слов?

— Думаю, что да. Ему было очень тяжело, он сам не тянул — нужно было как-то ему помочь.

Это классическая часть интервью. Мы можем подробно узнать про ранний значимый опыт — иногда полезно спросить про конкретные ситуации, они понадобятся для рескриптинга. Также бывает важно показать, что этот копинг не являлся частью клиента — он появился после каких-то значимых отрицательных событий.

— И я так понимаю, что вы очень ему помогали?

— Да, он отлично закончил школу, с хорошими оценками, и его за них не ругали.

— А за что-то другое ругали?

— Конечно, но я старался ему везде помогать.

— Вы называете помощью запугивание, угрозы и унижение?

— Ну, а как иначе? Он не смог бы по-другому!

— Хорошо. Я бы хотел узнать, что вас больше всего пугает, если вас не будет в его жизни?

— Так он не справится без меня.



---

### Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

---

— Как не справится?

— Он всё завалит, у него ничего не получится — я же уже говорил. Его выгонят с работы, отец будет относиться как к лузеру, и вся его жизнь развалится.

— Скажите, это вы в этом уверены или Василий тоже так считает?

— Да кто его спрашивает-то. Я точно так считаю, поэтому я и здесь.

— А он?

— Я не знаю. Ну, наверное... Может, он думает, что он может где-то справиться.

Подобные интервенции помогают расщепиться с копингом и увидеть, что многие убеждения, в которых клиент уверен, относятся не к нему, а к «голосу» копинга (и тревоги).

— Правильно ли я понимаю, что если бы вы были уверены, что он справляется самостоятельно, то ваше постоянное присутствие не было бы столь необходимым?

— Эм... Ну, наверное. Но он не сможет без меня!

— Да, я понимаю. Но повторю: если бы вы были уверены, что он в целом справляется, то были бы вы готовы отойти? Может быть, только в исключительных ситуациях, где реально необходимо ваше присутствие?

— Так таких ситуаций много. Они постоянно...

— Вы хотите сказать, что постоянно происходят ситуации, реально угрожающие жизни?

— Да нет. Он и в обычных ситуациях может не справиться...

— То есть, если я правильно понимаю, вы очень невысокого мнения о возможностях Василия? Вы к нему очень свысока относитесь, считая, что он сам не справится?

Этот ход обычно срабатывает, и клиенты видят оборотное лицо своего копинга, за который они так держатся. Однако важно быть очень внимательным — если коморбидно присутствует голос самокритика (вина), он может включиться и разрушить все интервью. Работа с критиком требует большей аккуратности и зачастую начинается происходить после обнаружения и закрепления «мудрого/заботливого/доброего» голоса.

— Нет, ну он нормальный парень, но вот как-то так складывается, что может не сдюжить...

— Хорошо, я вернусь к своему вопросу. Если бы вы были уверены в том, что он справляется в ежедневных ситуациях — дома, на работе, в социальной жизни — вы могли бы остаться только для критических случаев?



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

---

— Ну, наверное, да.

— Хорошо. Тогда, если мы с Василием договоримся о проведении разных экспериментов на отказ от привычных действий для снижения тревоги — вы сможете нам не мешать?

— Да, думаю, это возможно.

— Хорошо! Спасибо большое, что согласились поговорить со мной. Всего доброго!

— И вам не хворать.

### **Завершение техники и возможные сложности**

Во время проведения интервью можно руководствоваться логикой матрицы анализа преимуществ и недостатков, или упражнения «баланс принятия решения». Тогда вопросы терапевта будут последовательно двигаться по необходимой траектории:

Что хорошего вы ему (клиенту) даете? Что вы ему обещаете? А вы понимаете какую цену он платит? Как это сказывается на его (настроении, активности, сне, питании и т.п.)? Чего вы боитесь произойдет, если вы уйдете? Что будет самого страшного?

После окончания интервью нам необходимо получить обратную связь и зафиксировать выводы. Например, терапевт может оформить матрицу анализа преимуществ и недостатков и зафиксировать значимые данные для концептуализации:

Пример в таблице на основании приведенного выше интервью:



### Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

	<b>Беспокойство (нынешняя стратегия)</b>	<b>Альтернатива: Осознанное планирование / самоподдержка</b>
<b>Преимущества</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Помогает быть начеку и не пропустить угрозу.</li><li>– Подталкивает к подготовке.</li><li>– Помог завершить школу с хорошими оценками.</li><li>– Позволяет избежать осуждения и наказания.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Более доброжелательный способ напоминания о задачах.</li><li>– Помогает сохранять энергию.</li><li>– Повышает уверенность и уважение к себе.</li><li>– Улучшает самочувствие и снижает стресс.</li></ul>
<b>Недостатки</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Постоянно пугает, критикует, унижает.</li><li>– Истощает эмоционально и физически.</li><li>– Подрывает уверенность в себе.</li><li>– Возникает даже при незначительной угрозе.</li><li>– Удерживает ощущение, что «я не справлюсь сам»</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Может быть непривычно и поначалу неубедительно.</li><li>– Есть риск, что «не всё получится».</li><li>– Требуется времени на освоение.</li><li>– Не сразу даёт чувство безопасности.</li></ul>

#### **Заметки для концептуализации (это гипотезы, требующие проверки):**

##### 1. Жизненные обстоятельства / история

- В детстве — высокая требовательность отца, особенно в академических успехах.
- В школе — сложности с точными науками → угроза наказания от отца.
- После жёсткой критики за плохую успеваемость — формирование внутреннего "стража" (беспокойства).
- Выученная стратегия: чрезмерная тревожность = подготовленность = избежание наказания.



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

---

### 2. Ключевые (ядерные) убеждения

- «Я недостаточно хороший».
- «Если я ошибусь — меня отвергнут».
- «Я сам не справлюсь».
- «Моя ценность зависит от результата».

### 3. Промежуточные убеждения / правила

- «Я должен тревожиться и всё перепроверять, тогда я смогу избежать провала».
- «Если я не идеален — я ничтожество».
- «Беспокойство — это мой единственный способ не облажаться».

### 4. Копинг-стратегии

- Постоянное беспокойство перед важными событиями.
- Самокритика, запугивание себя.
- Избегание спонтанности.
- Гиперконтроль, перфекционизм.
- Эмоциональное и физическое истощение.

### 5. Текущая активирующая ситуация

- Подготовка к совещанию или встреча с отцом.

### 6. Цепочки ABC

#### Цепочка 1

А (Ситуация): Предстоящее важное совещание на работе.

В (Автоматическая мысль): «Ты должен быть на 100% уверен, иначе будет провал — и это будет крах».

С (Последствия): – Эмоции: Тревога, страх, внутреннее напряжение. – Поведение: Многократная перепроверка, невозможность спать, прокрастинация, истощение. Возможная рациональная альтернатива: «Я достаточно компетентен, чтобы справиться с рабочими задачами без тотального контроля. Я могу себе доверять и подготовиться без изнуряющей тревоги».

#### Цепочка 2

А (Ситуация): Встреча с отцом один на один.



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

---

В (Автоматическая мысль): «Если опять облажаешься — ты ничтожество».

С (Последствия): – Эмоции: Стыд, страх осуждения, безысходность (подавленность)  
– Поведение: Эмоциональное самобичевание, попытка всё предугадать и проконтролировать, потеря уверенности.

Возможная рациональная альтернатива: «Мне не нужно быть идеальным, чтобы быть достойным. Даже если я не скажу что-то идеально, это не делает меня ничтожеством. Я взрослый человек и могу выдержать реакцию отца. Его мнение — это не приговор».

7. Возможные поведенческие эксперименты:

1) Минимизация избыточной подготовки

Что попробовать: Подготовиться к совещанию в обычном режиме (не дольше 1,5–2 часов) и не возвращаться к материалам накануне.

Дать поручение коллеге без перепроверки.

2) Провести встречу с отцом без мысленного сценария

Что попробовать: Не репетировать фразы перед разговором, позволить беседе идти естественно.

### **Обратная связь и домашнее задание**

В соответствии с традициями КПТ нам нужно собрать обратную связь и предложить клиенту какие-то домашние задания, связанные с этим упражнением:

— Как вы себя чувствуете? Поделитесь вашими впечатлениями от этой работы. Что вы можете сейчас сказать по поводу вашего беспокойства?

— Как вы сейчас относитесь к вашему беспокойству? Вам кажется, это ваш друг? Насколько вы ему доверяете в его оценках и указаниях?

— Как вам кажется, что вы могли бы делать на следующей неделе, отталкиваясь от этой работы? Можем ли мы договориться, что вы начнете анализировать какое ваше поведение связано с беспокойством и служит для снижения тревоги (цели избегания (avoidance goals), а какое поведение связано с желанием что-то сделать (цели приближения (approaching goals)? Как вы будете это фиксировать? Когда? Где? Что вам может помешать? Что вам это может дать?



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

---

### Альтернативное завершение

Многие терапевты, хорошо знакомые с принципами работы на стульях после интервью негативного копинга/процесса предпочитают также поговорить с альтернативой этого копинга («беспокойство» vs «здоровое волнение»), или с «мудрой» частью – это позволит не просто зафиксировать логические контраргументы страхов отказа от копинга, но и добавить к ним эмоциональные краски.

### Тайминг

Это упражнение может занять всю сессию, если вы хотите провести глубинное интервью, либо его можно сократить, сосредоточившись только на самом важном (когда появился копинг, какие у него задачи, какие убеждения он активирует, какие страхи и какие условия отказа от него), но вместе с рефлексией это вряд ли займет меньше получаса.

### Возможные сложности

- неготовность клиента к работе на стульях. Некоторые клиенты не будут проявлять желание что-то «играть», становится «чем-то» или «кем-то». При этом, терапевт всегда может делать акцент на проведении упражнения в качестве эксперимента с последующей оценкой.
- сложности в идентификации роли (недостаточно хорошо описан негативный процесс) и удержании чистоты роли (клиент выпадает из роли и переключается между голосом копинга и собственным). Техника становится эффективной только при достаточном профессионализме терапевта и владении базовыми навыками работы с ролями.
- наличие выраженных депрессивных симптомов и чувства вины – эти «голоса» могут усиливаться во время работы и не позволят выслушать голос выбранного копинга.

\*\*\*

Кит и Дебора Добсон отмечали, что анонимные опросы КПТ-терапевтов в США и Канаде, посвященные экспозиции, показали не самые приятные результаты –



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Интраперсональное интервью негативного копинга. Работа на стульях в КПТ

---

выяснилось, что лишь треть специалистов активно используют экспозицию при работе с тревогой. Основной причиной этого отказа была тревога самих терапевтов перед экспозицией. Похожая история может возникать и при использовании работы на стульях – эти интервенции мы редко тренируем на базовых курсах по КПТ и у нас мало уверенности по поводу ее использования. Однако, для тех из нас, кто стал активно использовать стулья в работе – они стали мощным инструментом, который запоминается клиентами и способствует активной работе не только на когнитивном, но и на эмоциональном уровне.

### Список литературы

1. Бек, Джудит С. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. 3-е изд., СПб.: Питер, 2024. — 512 с. издательский дом «Питер».
2. Чеснер А. (ред.) Психодрама на двоих: практическое руководство. — М.: Независимая фирма «Класс», 2021. — 264 с.
3. Лейтц Г. Психодрама. Теория и практика. Классическая психодрама Я. Л. Морено. — М.: Прогресс, 1994. — 528 с.
4. Пью М. Техника пустого стула в когнитивно-поведенческой терапии. Отличительные особенности. — М.: Вильямс, 2024. — 190 с. (Пер. с англ. издания Cognitive Behavioural Chairwork: Distinctive Features)
5. Фон Франц М.-Л. Алхимия: введение в символизм и психологию. — М.: Городец, 2017. — 208 с.
6. Barlow, D. H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K.K., Bullis, J.R., Bentley, K.H., Boettcher, H.T., Cassiello-Robbins, C. (2018). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Workbook (2-е изд.). Oxford University Press. ISBN978-0-19-068601-7
7. Pugh, Matthew; Bell, Tobyn; Waller, Glenn; Petrova, Emma. Attitudes and applications of chairwork amongst CBT therapists: a preliminary survey. — The Cognitive Behaviour



**Часть 3. Техники когнитивной терапии - история,  
описание, разбор случая  
Интраперсональное интервью негативного копинга.  
Работа на стульях в КПТ**

---

Therapist, 2021, Vol. 14, Article e20.

8. Pugh, Matthew; Salter, S. Motivational Chairwork: An Experiential Approach to Resolving Ambivalence. — European Journal of Counselling Theory, Research and Practice, 2018, Vol. 2, Article 1–15.



## Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая: Первые десять минут когнитивно-поведенческой сессии: структура, задачи и критерии оценки в классическом подходе Института Бека



**Михайлова Наталья Вячеславовна**

**Психолог, преподаватель психологии, аккредитованный когнитивно-поведенческий терапевт, супервизор, член АКБТ и АКПП, член Президиума АКБТ.**

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) характеризуется четкой структурированностью. В отличие от более свободных или экспрессивных направлений психотерапии, классическая модель, разработанная А.Беком с коллегами, придает особое значение структуре каждой сессии с клиентом. Можно разделить сессию на 3 структурные части: начало, середина и окончание. Исходя из рекомендуемой длительности сессии в 45-55 минут, на начало и окончание отводится приблизительно по 10 минут, а середина сессии составляет примерно 30 минут.

Первые десять минут сессии — не просто второстепенный «разогрев» и налаживание контакта. Напротив, именно этот отрезок сессии, выполненный корректно, реализует множество терапевтических задач.

Первые десять минут служат своеобразным «диагностическим окном» и «организационным каркасом». Они позволяют:

- поддерживать ощущение предсказуемости и безопасности у клиента;
- сохранять баланс между гибкостью и структурой;
- обеспечить непрерывность между сессиями;
- формировать терапевтический альянс;
- повышать вовлеченность клиента в терапевтический процесс.

Для супервизии и обучения этот фрагмент сессии используется как показатель уровня компетентности терапевта наравне с рабочей серединой сессии.

В Институте Бека (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, США) сформулированы задачи первых 10 минут сессии, которые имеют учебное и оценочное значение: от того, насколько последовательно терапевт соблюдает структуру начала сессии, зависит эффективность его работы с клиентом и уровень профессиональной подготовки.

В данной статье рассмотрим, что именно должно входить в первые десять минут когнитивно-поведенческой сессии, как оценивается работа терапевта в начале сессии на базе шкалы CTRS-R с учетом методических материалов и публикаций.



---

## **Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая: Первые десять минут когнитивно-поведенческой сессии: структура, задачи и критерии оценки в классическом подходе Института Бека**

---

### **Краткая справка по шкале CTRS-R**

Шкала CTRS-R — Cognitive Therapy Rating Scale Revised — разрабатывается и улучшается Институтом Бека для оценки профессионального уровня специалистов в когнитивно-поведенческом подходе, а также для профессионального обучения. Шкала используется во всем мире для оценки. CTRS-R является надежным и валидным инструментом, однако необходимо уделять внимание специализированному обучению оценщиков, так как уровень их обучения влияет на результаты оценки.

При прохождении супервизии или сертификации в Институте Бека для оценки будет использована именно эта шкала (2024-2025).

В шкале CTRS-R используется в целом 11 критериев:

1. Повестка. Терапевт владеет навыками определения, обсуждения и приоритизации повестки.
2. Обратная связь. Терапевт систематически получает обратную связь от клиента и адекватно на нее реагирует.
3. Понимание. Терапевт демонстрирует, что слышит и понимает клиента и его эмоциональное состояние.
4. Межличностная эффективность. Терапевт проявляет безусловное принятие и отсутствие осуждения в отношении клиента, проявляет эмпатию и теплое отношение.
5. Сотрудничество. Терапевт и клиент работают совместно, учитывая приоритеты клиента.
6. Эффективное использование времени. Терапевт регулирует темп и содержание сессии таким образом, чтобы уделить достаточное количество внимания и времени на все необходимые структурные и смысловые элементы сессии.
7. Направляемое открытие. Терапевт использует процесс направляемого открытия как основной метод изменений.
8. Фокус на ключевых когнициях и поведении. Терапевт работает с конкретными и важными когнициями, эмоциями, поведением, ценностями и т.п., имеющими непосредственное значение для проблемы клиента.
9. Стратегия для изменения. Терапевт использует для интервенций



---

## **Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая: Первые десять минут когнитивно-поведенческой сессии: структура, задачи и критерии оценки в классическом подходе Института Бека**

---

доказательные техники КПТ, обсуждая их применение с клиентом.

10. Применение техник КПТ. Терапевт демонстрирует теоретическое знание и практические навыки применения техник КПТ в корректной манере, как описано в литературе.
11. План действий. Терапевт работает над прошлым и будущим планом действий для клиента.

По каждому критерию можно получить от 0 до 3 баллов, общий максимум — 33 балла. Сессия считается оцененной положительно при общем количестве баллов от 22 и выше. Для этого необходимо по каждому критерию набрать минимум 2 балла, что считается «средний уровень навыков».

Начало терапевтической сессии затрагивает как минимум 7 критериев, соответственно, по первым десяти минутам сессии обучающийся КПТ специалист может получить или, напротив, недополучить значимое количество баллов, что, в свою очередь, значительно увеличит или снизит общий балл оценки всей сессии. По некоторым критериям шкалы будет невозможно получить максимальные 3 балла, если в начале сессии важная характеристика отсутствует или демонстрируется лишь частично.

### **Основные задачи первых десяти минут**

#### **1. Проверка настроения и общего состояния клиента**

Сессия начинается с короткой беседы о текущем самочувствии клиента. Важно не ограничиваться общим вопросом «Как выживаете?», а использовать конкретные способы оценки:

- субъективная оценка настроения, симптомов или поведения: например, тревожность или телесная симптоматика на прошлой неделе по шкале от 0 до 10 баллов;
- фиксация ключевых симптомов, с которыми работает клиент;
- фиксация изменений по сравнению с предыдущей неделей;
- стандартизированные методики, например, PHQ-9;
- вопросы о позитивных и негативных событиях за прошедшую неделю, с целью определить те из них, которые максимально повлияли на обсуждаемую проблему.



---

## **Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая: Первые десять минут когнитивно-поведенческой сессии: структура, задачи и критерии оценки в классическом подходе Института Бека**

---

Хотя этот пункт не всегда явно выделяется в учебниках, важно уделить внимание быстрой проверке возможных рисков: суицидальных мыслей, кризисных переживаний, резких обострений состояния. При выявлении таких факторов повестка может быть перестроена.

Если клиент принимает медикаменты или проходит лечение в связи с текущей психотерапией и текущим психологическим состоянием, то необходимо проверить, насколько выполняются рекомендации по назначениям и приверженность лечению. Отсутствие у специалиста, работающего в когнитивно-поведенческом подходе, медицинского образования или знаний о фармакологическом лечении психологических расстройств не является поводом для пропуска этих вопросов. Устойчивая приверженность медикаментозному лечению — фактор психического благополучия клиента, что, в свою очередь, является высшей целью работы для специалиста в области ментального здоровья.

Если обнаружены проблемы с приемом назначенных медикаментов, необходимо включить в повестку текущей сессии решение этих проблем.

### **2. Связь с предыдущей встречей**

Смысловая и терапевтическая связь с предыдущей встречей — «бридж» или «мостик» — позволяет выработать отношение к терапии как к непрерывному процессу, а не к набору разовых, оторванных друг от друга встреч. Значительное количество информации, озвученной во время сессии, со временем утеряется. Важно, чтобы у клиента оставались активны ключевые моменты терапии. Бридж выполняет именно эту функцию.

### **3. Обсуждение выполнения домашнего задания**

В классической КПТ домашние задания или «план действий» — центральный элемент терапии. Первые десять минут включают обязательный возврат к нему:

- выяснение, какие задания были выполнены полностью или частично,
- обсуждение трудностей, препятствий и сопротивления,
- фиксация удачных шагов и позитивное подкрепление.

Важный момент: в рамках начала сессии делается только краткое резюме домашнего задания, только результат или выводы. Более подробное обсуждение фиксируется в повестке текущей сессии и происходит в рамках рабочей середи-



---

## Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая: Первые десять минут когнитивно-поведенческой сессии: структура, задачи и критерии оценки в классическом подходе Института Бека

---

ны сессии.

### 4. Формулировка повестки текущей сессии

Одно из базовых требований Института Бека — совместное составление повестки текущей сессии. Терапевт предлагает сам и предлагает клиенту обозначить основные темы или проблемы, которые тот хотел бы обсудить сегодня. Далее специалист резюмирует все предложения и формирует сводную повестку.

Нюансы:

- максимум 2–3 темы на сессию, включая обсуждение домашнего задания с прошлой встречи;
- обязательный баланс между проработкой долгосрочных целей и реакцией на актуальные события недели;
- согласование формулировок: важно, чтобы клиент и терапевт одинаково понимали, что именно будет обсуждаться;
- приоритизация повестки: важно расставить приоритеты по пунктам повестки.

Таким образом, первые минуты обеспечивают предсказуемость и структурность сессии, повышают вовлеченность клиента и предотвращают «расплывание» сессии.

### Пример оценки начала сессии по шкале CTRS-R

Если в начале сессии имело место все перечисленное:

- бридж;
- выявление важных событий;
- краткий обзор домашнего задания или плана действий на прошлой неделе;
- проверка настроения;
- определение конкретных задач или проблем для работы на текущей сессии —

это будет оцениваться в критерии «Повестка» и получит 2 балла. Если пункты повестки были приоритизированы клиентом — это дополнительная «галочка», но пока ещё не целый балл. Если имела место лишь часть из перечисленных пунктов, но не все — это будет оценено в 1 балл. Если не будет наблюдаться ничего из вышеперечисленного, то оценка составит 0 баллов.

Остальные критерии шкалы находят свое отражение в первые 10 минут сессии, но не оцениваются отдельными баллами. Иными словами, к примеру, чтобы набрать



---

## **Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая: Первые десять минут когнитивно-поведенческой сессии: структура, задачи и критерии оценки в классическом подходе Института Бека**

---

по шкале «Обратная связь» за всю сессию три максимально возможных балла, необходимо получить обратную связь от клиента в том числе в начале сессии. Если в начале сессии терапевт не получил отношение клиента и его понимание происходящего, то не стоит рассчитывать на 3 балла за всю сессию.

Дальше приведем возможные примеры, как критерии шкалы находят отражение в начале сессии:

- Обратная связь: «Что вы думаете по поводу такой повестки?», «Как вы реагируете на мое предложение обсудить этот вопрос?», «Для вас будет иметь практический смысл, если мы сегодня поговорим об этом?»
- Понимание: «Получается, что явных негативных событий не было, но есть проблема с чрезмерным курением на прошлой неделе, что огорчает вас, я верно резюмирую?», «Я вижу, вы рады, что у вас получилось это сделать!»
- Межличностная эффективность: «Отлично получилось! Это явно отражает ваше упорство! Какую цель вы хотели бы поставить теперь?»
- Сотрудничество: «Что конкретно вы хотели бы обсудить сегодня?», «Вы хотели бы что-то добавить в сегодняшнюю повестку, которая у нас получается?»
- Эффективное использование времени. Начало сессии заняло не более 10-15 минут. Длительность должна быть обоснована, например, сложностью кейса, особенностями или состоянием клиента, кризисной ситуацией.
- Фокус на ключевых когнициях и поведении. «Давайте сегодня продолжим работу над глубинным убеждением о никчемности, поскольку оно очевидно влияло на вас на прошедшей неделе?»
- План действий. Сделан краткий обзор результатов плана действий на прошлой неделе, внесены первые предложения в будущий план действий.

### **Заключение**

Классическая модель КПТ, разработанная Аароном Беком и поддерживаемая Институтом Бека, подчеркивает важность первых десяти минут каждой сессии, как критического элемента, определяющего эффективность работы. В этот период формируется рабочая повестка, актуализируется эмоциональное состояние клиента, проверяется выполнение домашних заданий и задается общий тон взаимодействия. Корректное выполнение задач начала сессии значительно влияет на общий балл по шкале оценки компетентности терапевтов CTRS-R



---

## **Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая: Первые десять минут когнитивно-поведенческой сессии: структура, задачи и критерии оценки в классическом подходе Института Бека**

---

Института Бека.

Элементы начала сессии, несмотря на кажущуюся простоту, требуют от терапевта высокой компетенции и внимательности, поскольку они напрямую способствуют вовлеченности клиента и эффективности терапевтического процесса.

Владение этой частью сессии является необходимым условием профессиональной компетентности когнитивно-поведенческого терапевта.

### **Список литературы**

- 1) Бек Д.С. Когнитивная терапия: полное руководство. «ИД Вильямс», 2006.
- 2) Бек Д.С. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. «Питер», 2024.
- 3) Бек Д.С. Когнитивная терапия для сложных случаев: что делать, когда простые решения не работают. «Диалектика», 2020.
- 4) Бек А.Т., Раш А. Дж.; Шоу Б. Ф.; Эмери Г., Когнитивная терапия депрессии. «Питер», 2003.
- 5) A. Miller. Cognitive Therapy Rating Scale-Revised: Scoring Rubric and CBT Session Checklist. Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, 2022.
- 6) Affrunti, N.W., Creed, T.A. The Factor Structure of the Cognitive Therapy Rating Scale (CTRS) in a Sample of Community Mental Health Clinicians. *Cogn Ther Res* 43, 642–655 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10608-019-09998-7>
- 7) Kazantzis, N., Clayton, X., Cronin, T.J. et al. The Cognitive Therapy Scale and Cognitive Therapy Scale-Revised as Measures of Therapist Competence in Cognitive Behavior Therapy for Depression: Relations with Short and Long Term Outcome. *Cogn Ther Res* 42, 385–397 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9919-4>



**Часть 3. Техники когнитивной терапии - история,  
описание, разбор случая: Первые десять минут  
когнитивно-поведенческой сессии: структура, задачи и  
критерии оценки в классическом подходе Института  
Бека**

---

8) Goldberg S., Baldwin S.A., Merced K., Caperton D.D., Imel Z.E., Atkins D.C., Creed T., The Structure of Competence: Evaluating the Factor Structure of the Cognitive Therapy Rating Scale, Behavior Therapy, Volume 51, Issue 1, 2020, Pages 113-122, ISSN 0005-7894, <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.008>.