

ВЫПУСК 5

“АКБТ”

ФЕВРАЛЬ

2026

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 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, исследователь профессиональной этики психологов, преподаватель этики, супервизии по вопросам профессиональной этики.

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

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

Грошева Елена Владимировна - клинический психолог, член АКБТ, когнитивно-поведенческий психолог, схема-терапевт

Любенко Софья Александровна - клинический психолог, член АКБТ, когнитивно-поведенческий психолог, схема-терапевт

С радостью представляем вам новый выпуск журнала «Современные исследования и достижения в области когнитивно-поведенческой терапии». Этот номер — результат нашего стремления создать пространство, где встречаются научная строгость и клиническая мудрость, где теория обретает практическое воплощение, а опыт находит концептуальное обоснование. Когнитивно-поведенческая терапия продолжает оставаться одним из наиболее эффективных и доказательных подходов в современной психотерапии. Но за цифрами исследований и метаанализами всегда стоят живые люди — клиенты, которые приходят к нам с надеждой на изменения, и терапевты, которые ищут лучшие способы помочь.

В этом выпуске мы обращаемся к темам, которые объединяют научную актуальность и повседневную клиническую реальность. Вы найдете здесь обзор современных подходов к лечению генерализованного тревожного расстройства — проблемы, с которой сталкивается значительная часть наших клиентов, особенно в условиях возрастающей неопределенности современного мира.

Особое внимание мы уделили теме эмпатии в когнитивно-поведенческой терапии — качеству, которое иногда незаслуженно остается в тени технических навыков и протоколов. Однако именно эмпатия и терапевтический альянс создают тот фундамент, на котором строится любое эффективное вмешательство.

Без подлинного понимания и принятия даже самые совершенные техники остаются лишь инструментами без души.

Также в номере представлен материал об интегративной поведенческой терапии пар (IBCT), подходе, который гармонично сочетает принципы изменения и принятия. Модель DEEP, описанная в статье, предлагает практичный и глубокий взгляд на работу с парными конфликтами, напоминая нам, что за каждым паттерном взаимодействия стоят уязвимости, различия и внешние обстоятельства, требующие не только изменения, но и сострадательного принятия.

Дополняют выпуск практические инструменты работы с когнитивным континуумом — техники, позволяющие помочь клиентам перейти от дихотомического мышления к более гибкому и реалистичному взгляду на себя и мир.

Я верю, что материалы этого номера вдохновят вас на размышления, откроют новые перспективы в работе и укрепят вашу профессиональную уверенность. Пусть каждая статья станет не просто источником информации, но импульсом к развитию — вашему собственному и ваших клиентов. Помните: терапия начинается с нашего искреннего желания понять и помочь, а наука дает нам надежные инструменты для воплощения этого желания в жизнь.

Продолжайте учиться, сомневаться, исследовать и, самое главное, оставаться чуткими к людям, которые доверяют нам свои истории. Именно в этом сочетании профессионализма и человечности рождается настоящее мастерство.

С глубоким уважением и верой в силу терапевтических отношений,
Главный редактор журнала
Московченко Денис Владимирович

ОГЛАВЛЕНИЕ

Современное состояние КПТ:	5
<hr/>	
Эффективность когнитивно-поведенческой и диалектико-поведенческой терапии генерализованного тревожного расстройства: сравнительный анализ, возрастные и гендерные аспекты эффективности в зависимости от формата проводимой терапии	5
Список литературы	11
<hr/>	
Часть 2. Публикации членов АКБТ	15
<hr/>	
Бардюркина Вера Александровна	
Терапевтическая эмпатия в когнитивно-поведенческой терапии	15
Список литературы	21
<hr/>	
Соколова Мария Андреевна	
Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (IPCT)	23
Список литературы	34
<hr/>	
Часть 3. Техники когнитивной терапии	37
<hr/>	
Шабалин Евгений Юрьевич	
Техника “Когнитивный континуум” (Cognitive Continuum)	37
Список литературы	44
<hr/>	

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Эффективность когнитивно-поведенческой и диалектико-поведенческой терапии генерализованного тревожного расстройства: сравнительный анализ, возрастные и гендерные аспекты эффективности в зависимости от формата проводимой терапии

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – чрезмерное и неконтролируемое беспокойство и тревога по поводу различных сфер жизни - сопровождается большим количеством разных физических симптомов (мышечное напряжение, трудности с концентрацией внимания, усталость, нарушение сна, раздражительность и др); может повышать риск суицида (De Martini et al., 2019). ГТР является наиболее распространенным тревожным расстройством в современном мире и активно изучается исследователями. Учитывая, что, не получая адекватного лечения, пациенты могут страдать от данного расстройства около 6-12 лет (Yonkers et al., 2000), то к настоящему моменту разработаны различные методы лечения ГТР, проведено сравнение их эффективности и выделены преимущества и недостатки каждого подхода. Основными методами, широко применяемыми в лечение ГТР, являются когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), диалектико-поведенческую терапию (ДПТ) и медикаментозная терапия.



Когнитивно-поведенческая терапия является одним из основных методов лечения ГТР. Однако КПТ не является полностью удовлетворительной терапией: почти половина пациентов с ГТР, получающих психотерапию, не демонстрируют значимого позитивного эффекта - отсутствует выраженная редукция симптомов или ответ на лечение (Hanrahan et al., 2013, Hunot et al., 2007). Исследование Malivoire B. L. (2020) показало, что лишь 42% пациентов с ГТР демонстрируют значимое клиническое улучшение после КПТ. В контролируемом исследовании в реальных клинических условиях



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Durham R. C. и коллеги (2003), проводя структурированные интервью с пациентами с ГТР, проходящими КПТ, обнаружили, что состояние лишь около 50% испытуемых значительно улучшилось, а 30–40% достигли ремиссии. Также данное исследование подчеркнуло, что терапевтический эффект КПТ зависит от тяжести состояния пациента. Karlin B. E. с соавторами (2008) выявили, что эффективность КПТ связана с возрастом пациентов: по сравнению с молодыми людьми, степень улучшения у пожилых пациентов с ГТР, получающих КПТ, ниже, что может быть обусловлено меньшей осознанностью потребности в услугах психического здоровья. Covin R. и соавт. (2008) отмечают, что индивидуальная терапия обычно даёт больший эффект, хотя стоит отметить, что эффект групповой терапии часто сохраняется дольше.

Stefan N. и коллеги (2019) обнаружили в исследовании, что между различными формами КПТ (РЭПТ, АСТ, АВВТ) не было значимых различий в снижении симптомов генерализованной тревоги. Поэтому подходящую форму КПТ можно выбирать в соответствии с предпочтениями пациентов или суждением психотерапевтов об операциональности.

Сетевой мета-анализ рандомизированных клинических исследований, проведенный Davide Papola и соавт. (2023), показывает, что когнитивно-поведенческая терапия третьей волны (включая терапию принятия и ответственности, осознанность и другие подходы), также как и традиционная КПТ показали умеренную эффективность в лечении ГТР. Однако долгосрочная эффективность психотерапии ГТР (через 3–12 месяцев после завершения вмешательства) оказалась значимой только лишь для традиционной КПТ.

Сущность ДПТ может рассматриваться как обучение пациентов навыкам управления эмоциями. Поэтому рассмотрим лечение ГТР через призму четырёх навыков ДПТ.

Осознанность. Пациенты с ГТР склонны избегать настоящего момента, переключая внимание на будущее через беспокойство (Roemer, Orsillo, 2005). Осознанность направляет пациентов к правильному пониманию и переживанию тревоги, изменению негативной интерпретации тревоги и, как следствие, общему снижению тревожности (Lynch et al., 2006). Evans S. и соавт. (2007) провели 8-недельный курс осознанности для пациентов с ГТР и обнаружили значимое снижение тревоги, напряжения, беспокойства и депрессивных симптомов.

Межличностная эффективность. Newman M. G. с соавт. (2008) установили, что межличностные отношения пациентов с ГТР чаще бывают жёсткими и напряжёнными по сравнению с обычными людьми, а неудачи в межличностной

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

коммуникации могут усугублять тревогу. Исследование Newman M. G. и соавт. (2015) показало, что тревога у пациентов, изучавших навыки межличностной эффективности, значительно снизилась.

Регуляция эмоций. В сравнении с обычными людьми, пациенты с ГТР имеют более низкую толерантность к негативным эмоциям, обычно не полностью понимают собственные эмоциональные изменения, их эмоциональная интенсивность выше, и они часто не могут применять разумные и эффективные способы регуляции эмоций (Mennin et al., 2005). Поэтому крайне важно обучать их рациональным способам регуляции эмоций для правильного понимания собственных эмоциональных проблем.

Толерантность к дистрессу. Siwei Long (2023) выделяет, что низкая толерантность к боли у пациентов с ГТР может приводить к постоянной тревоге или даже повышать суицидальные намерения, а навыки толерантности к дистрессу помогают пациентам повысить толерантность к боли и избежать экстремальных ситуаций.

Таким образом, при лечении ГТР ДПТ обычно служит дополнением или альтернативой КПТ, не охватывая симптомы ГТР столь комплексно, но в некоторых случаях может давать более удовлетворительные результаты, чем другие виды психотерапии.

Возрастные гендерные особенности





Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

По данным Pasiak T. (2009), тревожность у женщин встречается чаще, чем у мужчин. Женщины склонны демонстрировать более высокие показатели тревожных расстройств (Purwoningsih, 2018). У женщин в два раза чаще регистрируются случаи панических атак, ГТР и специфических фобий по сравнению с мужчинами.

Nizamuddin Kamil, Andik Matulesy, Amanda Pasca Rini в 2025 году опубликовали результаты исследования, направленного на изучение эффективности когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в снижении ГТР у подростков с учетом гендерных различий. Респондентами исследования стали 23 подростка (10 юношей и 13 девушек), для которых была проведена интервенция на основе когнитивно-поведенческой терапии. При выявлении учащихся с ГТР использовалась Шкала оценки тревожности Гамильтона (HARS). Применялся метод неслучайной выборки с техникой целевой выборки - отбор участников по определенным характеристикам, релевантным целям исследования. Результаты показали значимое снижение тревожности у всех подростков после КПТ. Анализ по гендерному признаку выявил значимое снижение как в группе юношей, так и в группе девушек. Средний балл тревожности снизился с 15,08 (предтест) до 11,58 (посттест), то есть на 3,50 балла. Хотя изначально девушки демонстрировали более высокий уровень тревожности, после КПТ снижение тревожности в обеих группах было сопоставимым. Это подтверждает эффективность КПТ как универсального метода снижения тревожности независимо от пола.

Рандомизированное контролируемое исследование Sébastien Grenier и соавт. (2023), проводившееся с целью изучения эффективности самопомощи на основе когнитивно-поведенческой терапии (GSH-CBT) под руководством непрофессиональных консультантов для лечения генерализованного тревожного расстройства, включало в себя 150 участников старше 60 лет. Результаты исследования показали, что GSH-CBT под руководством непрофессиональных консультантов представляется эффективным вмешательством для снижения тяжести симптомов ГТР, склонности к беспокойству и уровня тревожности у пожилых людей с ГТР. Также результаты частично подтверждают идею о том, что у пожилых людей наблюдается более высокий уровень стигматизации психических расстройств, и подчеркивают важность применения дифференцированных по возрасту вмешательств для снижения стигмы в отношении психических заболеваний.

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

Групповая КПТ



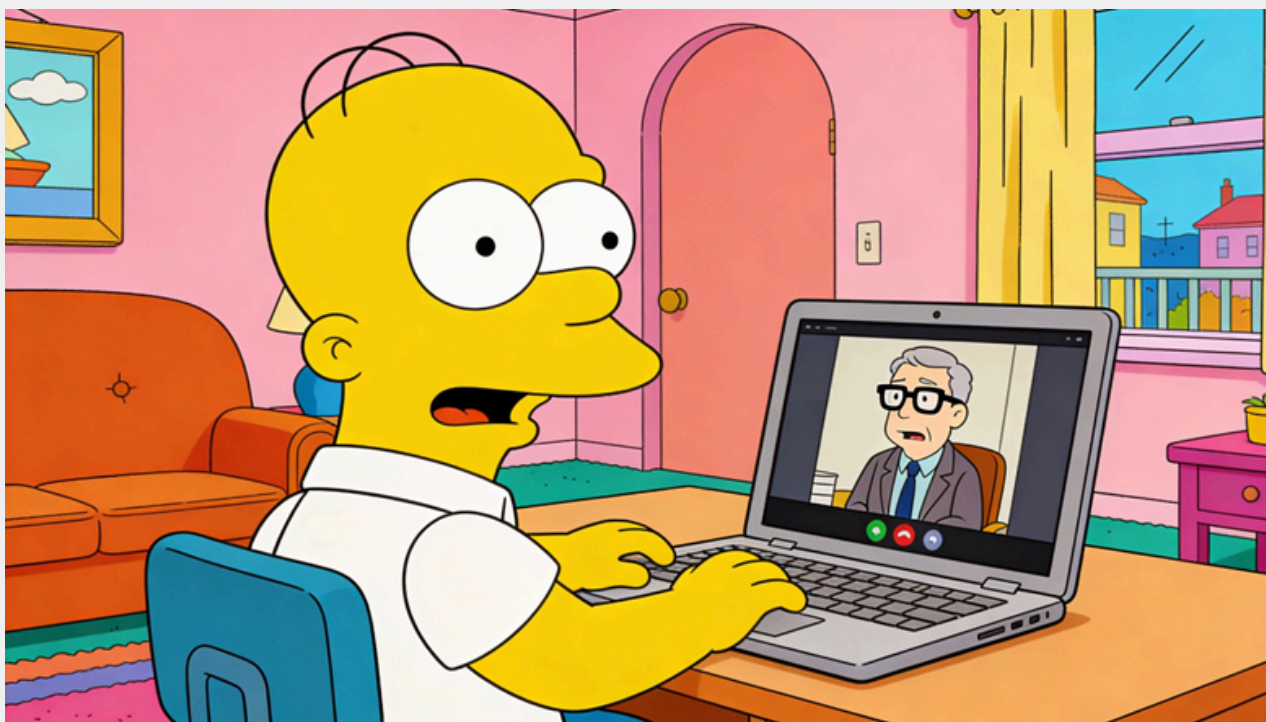
Исследования отмечают эффективность КПТ при тревожных расстройствах в групповом формате. Выдвигаются предположения, что групповая работа может быть столь же эффективной или даже более эффективной, чем индивидуально проводимая КПТ (Oei et al., 2007). Групповая терапия имеет много преимуществ, например, структурированный групповой формат может экономить время и сокращать листы ожидания, а также снижать расходы на помощь людям, которые не получают лечения из-за финансовых проблем (Tucker, Oei, 2007). Групповая терапия позволяет членам группы узнавать друг друга и обмениваться опытом. Побочными положительными продуктами группового лечения являются эффекты альянса и сплоченности, позволяющие членам группы выступать в роли ко-терапевтов и оказывать взаимную поддержку (Norton et al., 2016).

Мета-анализ, оценивающий эффективность групповой психотерапии в лечении тревожных расстройств, подтверждает, что групповая психотерапия более эффективно снижает специфические симптомы тревожных расстройств по сравнению с контрольной группой без лечения. Значительных различий по сравнению с индивидуальной психотерапией или фармакотерапией обнаружено не было (Barkowski et al., 2020). Однако, индивидуальная КПТ была

Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

значительно эффективнее групповой КПТ у подростков, но не у детей (Guo et al., 2021).

Онлайн терапия



Как известно, очная КПТ является наиболее распространенным способом лечения пациентов с ГТР, но в современной практике психотерапии онлайн-формат встреч становится все более востребованным. Мета-анализ, сравнивающий очную и онлайн-когнитивно-поведенческую терапию, показал, что размеры эффекта обоих видов лечения были схожи у пациентов с ГТР (Zhang et al., 2022). Таким образом, один и тот же протокол КПТ при работе с ГТР одинаково эффективен как при очной, так и при онлайн-работе.

В сетевом мета-анализе рандомизированных контролируемых исследований Shiyu Liu и соавт. (2025) дистанционная КПТ (интернет-терапия, терапия по электронной почте) показала противоречивые результаты. В попарных сравнениях она превосходила список ожидания, но в сетевом мета-анализе уступала индивидуальной КПТ и не превосходила обычное лечение. Авторы предполагают, что это связано с трудностями установления терапевтического альянса в дистанционном формате и отсутствием личного контакта между терапев



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

втом и пациентом.

В целом, в результате проведенного анализа, видно, что КПТ в настоящее время является наиболее широко применяемым и популярным методом лечения ГТР в клинической практике. Её эффективность подтверждена большим количеством рандомизированных испытаний, мета-анализов и клинического опыта, но она не обеспечивает достаточно высокого процента выздоровления. Долгосрочная эффективность терапии у некоторых пациентов не оптимистична, а её результативность также зависит от возраста пациента и тяжести симптомов. Таким образом, в настоящее время, похоже, невозможно найти единственную высокоэффективную и широко применимую схему лечения ГТР. А лечение некоторых тяжёлых случаев ГТР по-прежнему требует неэкономичной и сложной схемы с одновременным применением множества методов лечения.

Список литературы

- 1) Barkowski S, Schwartz D, Strauss B, Burlingame GM, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: a systematic review and metaanalysis. *Psychother Res.* 2020;30:965–82. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- 2) DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, TL (2019). Gangguan kecemasan umum. *Jurnal kedokteran internal*, 170 (7), ITC49-ITC64.
- 3) Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721.
- 4) Grenier S, Landreville P, Gosselin P, Carmichael P-H. P158: Efficacy of a self-help cognitive-behavioral therapy (GSH-CBT) guided by lay providers for generalized anxiety disorder (GAD) in older adults: preliminary results. *International Psychogeriatrics.* 2023;35(S1):220-220. doi:10.1017/S1041610223003770
- 5) Guo T, Su J, Hu J, Aalberg M, Zhu Y, Teng T, et al. Individual vs. group cognitive behavior therapy for anxiety disorder in children and adolescents: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry.* 2021;12:674267. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.674267>



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

6) Kamil, Nizamuddin, Andik Matulesy, and Dr. Amanda Pasca Rini. 2025. "The Effect of Cognitive Behavior Therapy (CBT) to Reduce Generalized Anxiety Disorder (GAD) in Adolescents Based on Gender." *Journal of Scientific Research Education and Technology* 4 (1): 208–213. <https://doi.org/10.58526/jsret.v4i1.682>.

7) Koerner N., McEvoy P., Tallon K. Cognitive-behavioral models of generalized anxiety disorder (GAD): Toward a synthesis. In: Gerlach A.L., Gloster A.T., editors. *Generalized Anxiety Disorder and Worrying: A Comprehensive Handbook for Clinicians and Researchers*. Wiley Blackwell; Hoboken, NJ, USA: 2020. pp. 117–150.

8) Liu, S., Xiao, H., Duan, Y. et al. CBT treatment delivery formats for generalized anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Transl Psychiatry* 15, 197 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03414-3>

9) Long S. Review of Therapy for GAD // *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*. 2023. Vol. 11, № 1. P. 311–318. URL: <https://www.researchgate.net/publication/374999809> (дата обращения: 07.02.2026). DOI: 10.54254/2753-7048/11/20230759.

10) Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480.

11) Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310.

12) Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., & Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 135.

13) Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical psychology review*, 31(3), 371-382.



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

- 14) Norton PJ, Kazantzis N. Dynamic relationships of therapist alliance and group cohesion in transdiagnostic group CBT for anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84:146–55. <https://doi.org/10.1037/ccp0000062>
- 15) Oei TP, Boschen MJ. Clinical effectiveness of a cognitive behavioral group treatment program for anxiety disorders: a benchmarking study. *J Anxiety Disord.* 2009;23:950–7. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.06.004>
- 16) Papola D., Miguel C., Mazzaglia M., Franco P., Tedeschi F., Romero S.A., Barbui C. Psychotherapies for generalized anxiety disorder in adults: A systematic review and network Meta-analysis of Randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry.* 2024;81:250–259. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.3971.
- 17) Pasiak, T. (2009). Unlimited potency of the brain. Mizan Pustaka.
- 18) Purwoningsih, E., Nst, M. S., Gultom, D. P., & Fujiati, I. I. (2018). Pengaruh penulisan skripsi terhadap simtom depresi dan simtom kecemasan pada mahasiswa fakultas kedokteran universitas muhammadiyah sumatera utara angkatan 2014. *Jurnal Ibnu Sina Biomedika*, 2(1): 80-90.
- 19) Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety* (pp. 213-240). Springer, Boston, MA
- 20) Stefan, N., Häring, H. U., & Cusi, K. (2019). Non-alcoholic fatty liver disease: causes, diagnosis, cardiometabolic consequences, and treatment strategies. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 7(4), 313-324.
- 21) Tucker M, Oei TPS. Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behav Cogn Psychother.* 2007;35:77–91
- 22) Wong DFK, Sun SYK. A preliminary study of the efficacy of group cognitive behavioural therapy for people with social anxiety in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Psychiatry.* 2007;16:50–56



Современное состояние КПТ: обзор исследований эффективности КПТ

23) Yonkers, K. A., Dyck, I. R., Warshaw, M., & Keller, M. B. (2000). Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *The british journal of psychiatry*, 176(6), 544-549.

24) Zhang W, Du Y, Yang X, Wang E, Fang J, Liu Z, et al. Comparative efficacy of faceto-face and internet-based cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a meta-analysis of randomized controlled trial. *Front Psychiatry*. 2022;13:832167. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.832167>

Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтическая эмпатия в когнитивно-поведенческой терапии



Бардюркина Вера Александровна

Клинический психолог

Аккредитованный по стандартам ЕАВСТ КПТ-терапевт и супервизор

Эмпатия является одним из фундаментальных факторов психотерапевтического воздействия, признанным в различных направлениях психотерапии. Существенный вклад в развитие концепции эмпатии внес Карл Роджерс, предложивший в рамках клиент-центрированного подхода определение эмпатии как способности точно воспринимать как внешние, так и внутренние аспекты опыта другого человека. В его концепции эмпатия является одним из ключевых условий терапевтических изменений наряду с безусловным принятием, конгруэнтностью и позитивным отношением к клиенту.

Современные исследования подтверждают клиническую значимость эмпатии, однако природа данного феномена, а также механизмы его влияния на процесс и результат терапии остаются недостаточно изученными. Отсутствие единого определения эмпатии в клинической литературе усугубляет сложность её концептуализации (Bohart et al., 2002).

Эмпатию можно определить как способность человека частично идентифицироваться с другим человеком, понимать и разделять его переживания, при этом сохраняя осознание того, что эти переживания принадлежат не ему самому, а другому человеку. Было проведено различие между аффективной и когнитивной эмпатией. Когнитивная эмпатия означает признание и понимание чужого опыта, тогда как эмоциональная эмпатия означает умение разделять чужие эмоции (Spinrad et al., 2023). Также выделяют философскую эмпатию - понимание базовых убеждений и установок, на которых строятся эмоции человека (Dryden & Ellis, 1988).

Навыки эмпатии приобретаются человеком с детства и являются частью повседневного общения на протяжении всей жизни. Burns и Auerbach (1996) провели разграничение между естественной эмпатией, характерной для обыденного социального взаимодействия, и терапевтической эмпатией, которая является профессиональным конструктом, представляющим собой сложный комплекс навыков. Такое разграничение подчёркивает совершенно иной уровень развития эмпатических способностей у практикующих специалистов, где базовые эмпатические навыки неспециалиста превращаются в профессиональ-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтическая эмпатия в когнитивно-поведенческой терапии

ный инструмент в процессе обучения и практики.

Место эмпатии в истории когнитивно-поведенческой терапии было спорным. Хотя некоторые пионеры КПТ заявляли о её важной роли в лечении расстройств (например, Beck et al., 1979), другие преуменьшали ее полезность (Эллис, 1962). Несмотря на изначальные разногласия, современные исследования демонстрируют значительный вклад эмпатии в эффективность когнитивно-поведенческой терапии. Особую актуальность приобретает изучение роли эмпатии в непосредственном улучшении состояния пациента, приверженности терапии, а также в повышении готовности к выполнению сложных, эмоционально насыщенных терапевтических заданий. Терапевтическая эмпатия в когнитивно-поведенческой терапии выполняет ряд функций. В первую очередь, она является важнейшим фактором в построении и поддержании терапевтического альянса. Исследования показывают, что формирование доверительных отношений практически невозможно без проявления эмпатии со стороны терапевта (Hardy et al., 2007). Для эффективной работы необходимо создание атмосферы понимания, принятия и эмоциональной безопасности. Это позволяет клиенту открыто обсуждать с терапевтом болезненные переживания и работать с ними. Эмпатия также помогает преодолевать возможные разрывы в отношениях и трудности в терапии. При этом эмпатия может выступать как терапевтический агент изменений, помогая клиентам изменить отношение к себе и своему опыту через новый опыт взаимодействия с терапевтом.

Реализация техник КПТ также существенно усиливается благодаря эмпатическому подходу. Практически любая техника становится более эффективной, когда терапевт демонстрирует понимание переживаний клиента, оказывает поддержку, повышает мотивацию к изменениям.

Эмпатия помогает в сборе информации. Многие клиенты испытывают неловкость или дискомфорт при обсуждении чувств, мыслей, поведения или опыта, которые являются для них болезненными, неприемлемыми, стыдными. Демонстрация понимания чувств клиента, сопереживание ему, а также валидация помогают раскрыться и поделиться своими переживаниями. Что в свою очередь помогает в формулировании проблем клиента. Также эмпатия позволяет терапевту улавливать малейшие изменения в эмоциональном состоянии клиента, прояснять характер этих изменений, что обогащает понимание его убеждений и паттернов поведения. Это особенно полезно, когда проблема проявляется прямо на сессии.

Особенность когнитивно-поведенческого подхода заключается в том, что



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтическая эмпатия в когнитивно-поведенческой терапии

специфичные для диагнозов концептуализации позволяют терапевтам с достаточной точностью прогнозировать спектр эмоций, которые могут испытывать клиенты, а также выявлять типичные мыслительные процессы, убеждения и поведенческие паттерны, связанные с этими эмоциями.

Тем не менее, данное преимущество несёт в себе и потенциальный риск. Использование стандартизированных формулировок может создавать фильтр, который приводит к искажению восприятия опыта клиента, формированию предвзятых или неточных интерпретаций, а также ограничивает полноту понимания уникальной ситуации клиента.

Успешная эмпатическая работа требует от КБТ-терапевта умения использовать собственные эмоциональные реакции для внутреннего отражения и осмысления опыта клиента. При отсутствии данного навыка обработка более сложных эмоциональных состояний может быть неэффективной.

Когнитивно-поведенческий подход требует от специалиста баланса между использованием структурированных диагностических инструментов и сохранением способности к глубокому, индивидуализированному пониманию эмоционального опыта клиента.

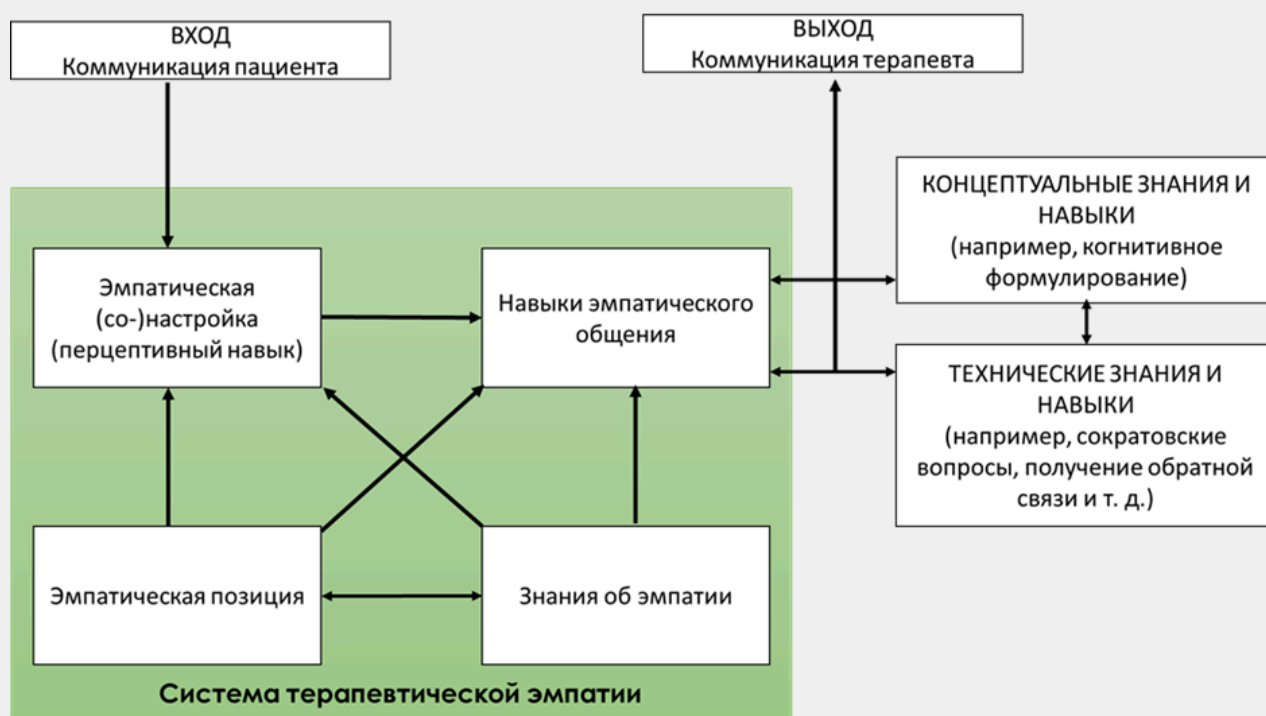
В этом контексте особую значимость приобретает когнитивно-поведенческая концептуализация терапевтической эмпатии, разработанная Р. Туэйтсом и Дж. Беннеттом-Леви (2007), которая описывает основные составляющие терапевтической эмпатии и взаимосвязи между ними. Модель включает элементы, характерные для всех терапевтических направлений, а также элементы, специфичные для когнитивно-поведенческой терапии, и состоит из четырех компонентов (Рис.1): эмпатическая (со-)настройка, эмпатическая позиция, навыки эмпатического общения, знания об эмпатии.

Эмпатическая позиция – это фундаментальная профессиональная установка терапевта, которая представляет собой осознанный выбор способа коммуникации с клиентом, основанный на глубоком понимании (когнитивный компонент) и принятии (эмоциональный компонент) его внутреннего мира. Например, терапевт, понимая, насколько тяжело пациенту с социальной тревожностью дается коммуникация на сессии, выбирает стратегию больше работать с доской, давая клиенту небольшие передышки, что делает общение для него чуть более комфортным. Эмпатическая позиция наполняет другие аспекты навыков сопереживания ((со-)настройка, коммуникативные навыки) чувством доброжелательности, любопытства, заинтересованности. Эмпатическая позиция у многих специалистов формируется еще до прихода в профессию, так как изна-

Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтическая эмпатия в когнитивно-поведенческой терапии

чально ее выбор связан с ориентацией на помощь другим людям. При этом эмпатическая позиция является профессиональным качеством, а не просто свойством личности. Она предполагает системный подход к терапевтическому взаимодействию, активное участие в процессе, а не пассивное сопереживание. Эмпатическая позиция сочетает профессиональную объективность с глубоким эмоциональным вовлечением, а также заключается в готовности воспринимать и разделять эмоциональные переживания клиента без полного отождествления с ним.

Рисунок 1. Графическая концептуализация терапевтической эмпатии



Эмпатическая (со-)настройка – это навык восприятия терапевта (Bennett-Levy, 2006), который Бохарт и др. (2002, с. 90) называют «активным постоянным усилием, направленным на то, чтобы оставаться настроенным на общение с клиентом и происходящими изменениями». Процесс эмпатической настройки пересекается с понятием осознанности во время сеансов, позволяя терапевту управлять своим вниманием, оставаясь открытым ко всему происходящему благодаря непредвзятому осознанию (Safran and Muran, 2000). Эмпатическая (со-)настройка – это процесс настройки терапевта на эмоциональный и когнитивный опыт клиента, включающий синхронизацию с эмоциональным состоянием клиента,



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтическая эмпатия в когнитивно-поведенческой терапии

понимание контекста переживаний клиента и способность видеть ситуацию глазами клиента, а также адаптацию своего состояния под опыт клиента.

Эмпатическая (со-)настройка позволяет отследить изменения, которые происходят с клиентом на сессии, чтобы потом, с помощью навыков эмпатического общения, сообщить информацию об осознании терапевтом состояния клиента, оказать поддержку, побудить к рефлексии.

Например, во время сессии специалист предлагает перейти от одной темы согласованной повестки к другой. В этот момент терапевт замечает едва уловимые изменения в мимике клиента. Задав уточняющий вопрос, терапевт получает возможность узнать причину изменения эмоционального состояния и выяснить, что клиент почувствовал себя не до конца выслушанным, что ему хотелось бы продолжить обсуждение. Эта информация помогает терапевту выбрать дальнейшую стратегию, которая больше соответствует потребностям клиента.

Навыки эмпатического общения – это комплекс профессиональных умений, направленных на установление глубокого эмоционального контакта и эффективного взаимодействия с клиентом. Это активное общение, направленное обратно клиенту, основными компонентами которого являются:

- Активное слушание – способность не просто воспринимать слова, но и улавливать эмоциональный подтекст, невербальные сигналы и контекст коммуникации;
- Эмоциональное отражение – умение точно передавать и подтверждать переживания клиента;
- Когнитивное понимание – способность анализировать мыслительные процессы и внутренние переживания собеседника;
- Вербальная и невербальная поддержка – использование слов и невербальных сигналов для создания безопасной и доверительной атмосферы;
- Способность к эмоциональной (со-)настройке;
- Поддержание профессиональной дистанции;
- Передача обратной связи клиенту.

Знания об эмпатии – это совокупность теоретических и практических знаний о механизмах эмпатии, способах её проявления, ограничениях и возможностях, методах развития эмпатических способностей. Важно отметить, что знания об эмпатии, приобретенные в ходе обучения терапевтов, являются одним из ключе-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтическая эмпатия в когнитивно-поведенческой терапии

вых факторов, отличающих терапевтическую эмпатию от естественной, присущей непрофессионалам. Например, терапевтов могут дидактически обучать тому, как эмпатия способствует укреплению терапевтических отношений, как регулярный сбор обратной связи усиливает эмпатию терапевта, или тому, как эмпатия помогает преодолеть сопротивление клиента (Leahy, 2001).

Знание об эмпатии может быть как эксплицитным (например, знания о важности эмпатии в когнитивно-поведенческой терапии), так и имплицитным (например, часто у терапевтов отсутствует осознанное понимание планов, правил и процедур, которыми они руководствуются, когда проявляют эмпатию). Со временем явное знание об эмпатии встраивается в систему практических правил терапевта и становится неявным (Bennett-Levy, 2007).

Знания об эмпатии служат основой для формирования эмпатической позиции и совершенствования навыков общения и обеспечивают основу для дальнейшего развития.

Однако знания об эмпатии сами по себе не сделают терапевта более чутким. Только с помощью практики, обратной связи и рефлексии эмпатические знания превратятся в систему квалифицированных действий.

Практическая значимость когнитивно-поведенческой концептуализации терапевтической эмпатии заключается в возможности измерять и развивать эмпатические процессы. Разделение концепта эмпатии на четыре составляющие позволяет более точно определять локализацию дефицитов и разрабатывать целенаправленные интервенции для их восполнения, что позволяет терапевтам более эффективно работать с эмоциональным опытом клиентов и повышать качество психотерапевтической помощи.

Важно понимать, что разные компоненты эмпатии могут развиваться неравномерно, и дефицит в одном из них может компенсироваться за счет других. Однако для эффективной психотерапии необходимо развитие всех четырех составляющих.

Анализ трудностей может осуществляться на основе обратной связи от клиентов, супервизии, самосупервизии, просмотра видеозаписей собственных сессий, рефлексии. Для восполнения дефицитов могут быть использованы следующие стратегии:

- Развитие теоретической базы через изучение концепций эмпатии и механизмов её функционирования;
- Практические упражнения на развитие навыков эмпатической коммуникации;



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтическая эмпатия в когнитивно-поведенческой терапии

- Рефлексивная практика;
- Супервизия с анализом случаев дефицита проявления эмпатии;
- Опыт личной терапии

Рассмотрение вопроса о терапевтической эмпатии в контексте когнитивно-поведенческой терапии позволяет сделать важные выводы о её роли и значении в современной психотерапии. Эмпатия выступает не просто как желательное качество терапевта, а как фундаментальный инструмент профессиональной работы. Развитие эмпатии требует комплексного подхода, а понимание её механизмов и способов совершенствования становится необходимым условием успешной психотерапевтической практики.

Список литературы

- 1) Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979.
- 2) Bennett-Levy J., Thwaites R. Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2007. Vol. 35. P. 591–612.
- 3) Bohart A.C., Elliott R., Greenberg L.S., Watson J.C. Empathy in psychotherapy: A research-based perspective // In: Watson J.C., Greenberg S.G., Hayes W.M. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed.). Wiley, 2002. P. 90–131.
- 4) Burns D.B., Auerbach A. Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: does it really make a difference? // In: Salkovskis P. (Ed.) Frontiers of Cognitive Therapy. New York: Guilford, 1996. P. 137–164.
- 5) Degeorge J. Empathy and the Therapeutic Alliance: Their Relationship to Each Other and to Outcome in Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Master's Thesis. University of Massachusetts Amherst, 2008.
- 6) Dryden W., Ellis A. Rational-emotive therapy // In: Dobson K.S. Handbook of Cognitive Behavioral Therapies. The Guilford Press, New York, 1988. P. 214–272.

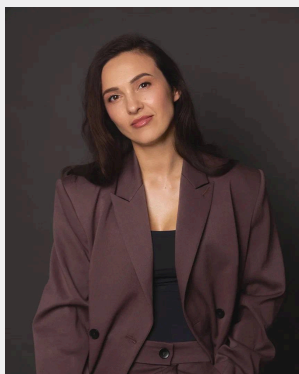


Часть 2. Публикации членов АКБТ: Терапевтическая эмпатия в когнитивно-поведенческой терапии

- 7) Hardy G., Cahill J., Barkham M. Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: a research perspective // In: Gilbert P., Leahy R.L. (Eds.). 2007.
- 8) Leahy R.L. The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2008.
- 9) Matthys W., Schutter D.J.L.G. Moral thinking and empathy in cognitive behavioral therapy for children and adolescents with conduct problems: A narrative review // Clinical Child and Family Psychology Review. 2023. Vol. 26, No. 4. P. 401–415.
- 10) Safran J.D., Muran J.C. Negotiating the Therapeutic Alliance: a relational treatment guide. New York: The Guilford Press, 2000.
- 11) Song M.-K., Choi S.-H., Lee D.-H., Lee K.-J., Lee W.J., Kang D.-H. Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Empathy in Patients with Chronic Pain // Psychiatry Investigation. 2018. Vol. 15, No. 2. P. 139–146. DOI: 10.30773/pi.2017.07.03.
- 12) Spinrad T.L., Eisenberg N., Morris A.S. Empathy-related responding in children // In: Killen M., Smetana J.G. (Eds.) Handbook of moral development. Routledge, 2023. P. 255–271.
- 13) Vyskocilova J., Prasko J., Slepecky M. Empathy in cognitive behavioral therapy and supervision // Activitas Nervosa Superior Rediviva. 2011. Vol. 53, No. 2. P. 72–83.



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (ИБСТ)



Соколова Мария Андреевна

Клинический психолог, кандидат психологических наук, КПТ-терапевт, сертифицированный схема-терапевт, тренер и супервизор по парной схема-терапии

В 2025 году в издательстве «Научный мир» под редакцией А. В. Черникова вышла одна из ключевых книг по Интегративной Поведенческой Парной Терапии «Reconcilable Differences», название переведено на русский язык как «Преодолимые различия. Как восстановить отношения, заново открывая любимого партнера, не теряя при этом себя».

Ввиду возросшего внимания к этому подходу у русскоязычной аудитории, в данной статье мы рассмотрим базовые принципы Интегративной Поведенческой Парной Терапии.

Супружеские и партнерские отношения являются одним из основных источников поддержки и благополучия человека, но одновременно и областью наиболее интенсивных стрессов и конфликтов. Интегративная Поведенческая Парная Терапия (Integrative Behavioral Couple Therapy, IBCT) признаётся как доказательно обоснованный метод терапии дистресса в парах, что подтверждается несколькими рандомизированными клиническими исследованиями [1-7]. IBCT применяется не только для терапии существующих проблем, но и для профилактики дистресса в паре. В этой статье мы рассмотрим теоретические основы IBCT, концептуализацию дистресса в паре, стратегии вмешательств, а также приведём примеры концептуализации и цикла взаимодействия партнеров.

Теоретические основы IBCT

IBCT основана на поведенческих принципах, но включает элементы третьей волны когнитивно-поведенческой терапии, такие как принятие и осознанность. В отличие от традиционной поведенческой парной терапии, которая акцентирует внимание на обучении навыкам коммуникации и изменении поведения (например, через заключение договоренностей и коммуникативные тренинги), IBCT подчёркивает важность эмоционального принятия. Ключевой идеей



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (IBCT)

является то, что многие проблемы в паре возникают из-за естественных различий между партнёрами, которые усиливаются эмоциональными уязвимостями и внешними стрессорами. Являясь интегративным подходом, IBCT сочетает стратегии изменения поведения и эмоционального принятия для решения устойчивых проблем в партнерских отношениях [3]; [6]; [7].

История возникновения и предпосылки развития метода

IBCT была разработана в 1990-х годах Эндрю Кристенсенем и Нилом Джейкобсоном. Позже к команде присоединился Брайан Досс, оказавший большое влияние на адаптацию подхода для широкой аудитории и его популяризацию. Этот метод эволюционировал из традиционной поведенческой терапии для пар (Traditional Behavioral Couple Therapy, ТВСТ). Основные исследования эффективности IBCT проводились путем сравнения ее результатов с результатами терапии ТВСТ. Поэтому рассмотрим этот подход, легший в основу IBCT, чуть подробнее.

ТВСТ – направление парной терапии, доминировавшее в США в 1970-80-х годах. ТВСТ рассматривает дисфункцию отношений как результат дефицита навыков (неумение слушать, выражать просьбы, решать проблемы) и снижения уровня позитивного подкрепления в паре. Соответственно, ТВСТ фокусируется на модификации поведения партнеров через обучение навыкам коммуникации и решения проблем через структурированные упражнения. Хотя ее эффективность была доказана [1]; [4-6], у терапии обнаружились и ограничения: приобретенные навыки часто не использовались в моменты эмоциональной активации, а изменение поведения не всегда приводило к росту удовлетворенности отношениями. Традиционная терапия строится на идее: «Если партнеры будут вести себя лучше, они будут счастливее». Однако исследования показали [7], что во многих парах с более выраженным эмоциональным отчуждением, сильными расхождениями по основным вопросам, с более выраженным дистрессом изменения невозможны [1].

IBCT разрабатывалась как надстройка над ТВСТ, расширившая её рамки с помощью интеграции традиционных техник изменения поведения со стратегиями принятия и толерантности к различиям. Основная гипотеза IBCT, по Э. Кристенсену, гласит [8]: устойчивые улучшения в отношениях происходят не



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (IBCT)

только когда партнеры начинают вести себя иначе, но и когда они учатся эмоционально принимать те аспекты личности и поведения друг друга, которые являются хроническими и маловероятны для фундаментального изменения [3].

Если при IBCT психотерапевт фокусируется на деструктивных видах межличностного поведения и его анализе, при ТВСТ специалист пытается помочь партнерам понять, почему такое поведение вообще возникает. Вместо того чтобы пытаться устранить длительно существующие конфликты, IBCT помогает партнерам прийти к новому пониманию своих непримиримых на первый взгляд различий и использовать эти различия для развития эмпатии, близости и сопереживания друг другу. Чтобы IBCT дала эффект при лечении супружеского дистресса, важно, чтобы пара понимала, какие факторы вносят вклад в возникновение и поддержание дистресса. Этому помогает четкая концептуализация, которую терапевт обсуждает вместе с партнерами. Фокусируясь на принятии, а не на изменении, IBCT создает атмосферу для понимания партнерами причин поведения друг друга, перед тем как они примут решение о том, стоит ли его менять и как именно.

Помимо принятия, IBCT смещает фокус с дефицита навыков на дисфункциональные паттерны взаимодействия, которые поддерживаются естественными различиями партнеров (личность, ценности, привычки) и их реакциями на эти различия. Конфликт возникает не из-за самого различия, а из-за эмоционально-поведенческой или копинговой реакции на него (критика, защита, дистанция). Эти реакции часто носят взаимно усиливающий, циклический характер. То, что IBCT фокусируется на балансе между принятием неизбежных различий в паре и целенаправленными изменениями, делает её особенно эффективной для пар с хроническими конфликтами, испытывающих сложности в осознанности по отношению к своей и партнера внутренней реальности и недостаток мотивации к работе над проявляющемуся в цикле конфликта поведением.

Таким образом, IBCT не отвергает ТВСТ, а надстраивает над ее фундаментом новое понимание проблем в отношениях, интегрируя:

- 1) Техники изменения (Change): для модификации поведения, которое может и должно измениться.
- 2) Техники принятия (Acceptance): для работы с теми аспектами, которые устойчивы к изменениям. Принятие здесь — не пассивная покорность или одобрение, а



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (IBCT)

активный, эмоциональный процесс, позволяющий пережить проблемное поведение партнера без эскалации конфликта и эмоционального дистанцирования.

IBCT вводит фундаментальный баланс: Принятие (Acceptance) + Изменение (Change) и вместо того чтобы пытаться «исправить» партнера, помогает паре понять, почему возникают конфликты, и научиться сопереживать различиям друг друга.

Поведенческая концептуализация в IBCT

Концептуализация дистресса в IBCT строится на модели DEEP (Differences – Emotional sensitivities – External environment – Patterns of interaction), которая включает в себя следующие четыре фактора:

D (Differences): Различия в личностях, интересах или целях (например, один партнёр предпочитает больше независимости, другой – близости). В первую очередь, речь идет про разницу в структуре личности. Э. Кристенсен предлагает анализировать личностные различия с опорой на «Большую пятерку» («Big Five») [3].

E (Emotional sensitivities): Эмоциональные уязвимости, «болевые точки» из прошлого или из текущей жизни, которые каждый из партнеров приносит в отношения (например, страх отвержения, сверхчувствительность к критике или непереносимость контроля).

E (External environment): Внешние стрессоры, усугубляющие проблемы, такие как проблемы на работе, с финансами, эмиграция и социальная изоляция, конфликты с родственниками или изменение распорядка после рождения детей.

P (Patterns of interaction): Циклические паттерны взаимодействия, которые поддерживают дистресс (например, цикл «требование-отстранение»). То, как пара взаимодействует, пытаясь справиться с различиями, в итоге лишь еще больше отдаляет их друг от друга.

Паттерны взаимодействия делятся на две категории: ассиметричные (например, «требования» со стороны одного партнера – «отстранение» со стороны другого) и симметричные («взаимная критика» / «взаимное избегание»). Следование паттернам дает облегчение в краткосрочной перспективе, но обычно это происходит ценой долгосрочного ущерба отношениям.



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (IBCT)

активный, эмоциональный процесс, позволяющий пережить проблемное поведение партнера без эскалации конфликта и эмоционального дистанцирования.

IBCT вводит фундаментальный баланс: Принятие (Acceptance) + Изменение (Change) и вместо того чтобы пытаться «исправить» партнера, помогает паре понять, почему возникают конфликты, и научиться сопереживать различиям друг друга.

Поведенческая концептуализация в IBCT

Концептуализация дистресса в IBCT строится на модели DEEP (Differences – Emotional sensitivities – External environment – Patterns of interaction), которая включает в себя следующие четыре фактора:

D (Differences): Различия в личностях, интересах или целях (например, один партнёр предпочитает больше независимости, другой – близости). В первую очередь, речь идет про разницу в структуре личности. Э. Кристенсен предлагает анализировать личностные различия с опорой на «Большую пятерку» («Big Five») [3].

E (Emotional sensitivities): Эмоциональные уязвимости, «болевые точки» из прошлого или из текущей жизни, которые каждый из партнеров приносит в отношения (например, страх отвержения, сверхчувствительность к критике или непереносимость контроля).

E (External environment): Внешние стрессоры, усугубляющие проблемы, такие как проблемы на работе, с финансами, эмиграция и социальная изоляция, конфликты с родственниками или изменение распорядка после рождения детей.

P (Patterns of interaction): Циклические паттерны взаимодействия, которые поддерживают дистресс (например, цикл «требование-отстранение»). То, как пара взаимодействует, пытаясь справиться с различиями, в итоге лишь еще больше отдаляет их друг от друга.

Паттерны взаимодействия делятся на две категории: ассиметричные (например, «требования» со стороны одного партнера – «отстранение» со стороны другого) и симметричные («взаимная критика» / «взаимное избегание»). Следование паттернам дает облегчение в краткосрочной перспективе, но обычно это происходит ценой долгосрочного ущерба отношениям.



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (ИБСТ)

Приведем пример самого распространенного цикла взаимодействия партнеров «Требование — Отстранение» (Demand-Withdraw):

Триггер: Партнер А чувствует нехватку близости (Различие + Уязвимость).

Реакция: Партнер А начинает критиковать или требовать внимания.

Защита: Партнер Б чувствует давление и «закрывается» или уходит в другую комнату, чтобы избежать конфликта.

Усиление: Видя уход, Партнер А усиливает давление. Видя давление, Партнер Б уходит еще глубже.

В ИБСТ в этом случае говорят о «поляризации»: чем сильнее один тянет в свою сторону, тем сильнее другой сопротивляется, и оба оказываются в позициях, которые они изначально даже не занимали столь радикально. Это усиливает уязвимости и переживания партнеров и приводит к эмоциональному отдалению и внешним конфликтам [1]; [2]; [3].

Этапы ИБСТ

Терапия обычно состоит из 16-30 сессий, часто терапевт предлагает работать «блоками» по 4 сессии с подведением промежуточных результатов. Весь процесс делится на четыре фазы [1]; [3]:

Фаза 1: Диагностика и концептуализация (сессии 1-3)

Совместное и индивидуальные интервью. После первой совместной встречи терапевт назначает не менее одной индивидуальной диагностической встречи для каждого из партнеров.

Основные задачи диагностических встреч:

- Определить уровень дистресса в паре
- Проверить на наличие физического насилия / угрозы насилия
- Определить, насколько партнерам важны отношения и действительно ли они хотят их сохранять
- Нет ли активной измены
- Уровень приверженности отношениям
- Какие ресурсы есть у пары
- Ключевая проблемная тема, паттерны



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (ИБСТ)

- Психические заболевания в анамнезе, принимают ли препараты
- История предыдущих отношений, история детского опыта и их влияние на текущие отношения

Стандартизированные опросники

Стандартные методики, используемые для диагностики в рамках ИБСТ, - это Шкала Диадной Адаптации (Dyadic Adjustment Scale, DAS), Пересмотренный опросник супружеской удовлетворенности (Marital Satisfaction Inventory — Revised); Опросник супружеского статуса (Marital Status Inventory); Опросник о частоте и приемлемости видов поведения партнера (Frequency and Acceptability of Partner Behavior Questionnaire); Шкала тактики поведения в конфликтах (Conflict Tactics Scale). В идеальном случае партнеры должны заполнить все опросники до первой сессии, чтобы психотерапевт мог составить предварительное представление о каждом из партнеров и об уровне и характеристиках дистресса в паре. Помимо использования на диагностическом этапе, опросники могут применяться также в середине вмешательства и после заключительной сессии, чтобы оценить изменения по сравнению с исходными уровнями дистресса и удовлетворенности.

Кроме диагностических опросников, паре предлагается еженедельно заполнять межсессионную анкету, и каждая встреча начинается с ее проверки. В анкете партнеры указывают в числе прочего, не было ли серьезных событий: насилия, употребления ПАВ и других значительных событий.

Формулирование терапевтом концептуализации случая в модели DEEP.

Фаза 2: обратной связи

После диагностического этапа терапевт вновь предлагает паре совместную встречу и делится концептуализацией, которую терапевт представляет паре в виде DEEP - связного рассказа об их проблеме, включающего принципиальные различия, паттерны взаимодействия, истоки их реакций в личной истории. Этот рассказ должен вызывать у пары реакцию узнавания: «это действительно про меня».

Пример обратной связи, основанной на DEEP-анализе собирательного образа



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (IBCT)

пары, назовем партнеров Анна и Алекс: «Давайте начнем с вопросов карьеры. Я вижу, что вы тут разные люди: вы, Анна, такой достигатор - поставили цель и идете к ней... а вы, Алекс, такой человек, который предпочитает неторопливо принимать решения – «все, что должно произойти, произойдет»... И вас, Анна, беспокоит перспектива, что вы будете жить с человеком, который будет от вас сильно зависеть. А хочется иметь в партнерах человека, который свой вес «выжимает». А вам, Алекс, я могу ошибаться, но как будто болезненно то, что на вас постоянно давят? Как будто это с чем-то связано: может, мама к вам все время приходила и требовала... и конечно, не нравится, когда все время давят, и вы начинаете этому сопротивляться...И так получается, что вы, Анна, берете на себя роль расспрашивающего - вам же важно понимать, что происходит. А вы, Алекс, когда вас расспрашивают и при этом давят, закрываетесь, хотите побыстрее скрыться. И потом вы оба расстраиваетесь, друг к другу не подходите, чувствуете напряжение. Но вы достаточно нежно относитесь друг к другу и отношения затем восстанавливаются. Верно я описал?».

Помимо концептуализации, терапевт на этапе обратной связи обсуждает с парой структуру терапии.

Фаза 3: Активная терапия (последующие сессии)

Терапия не является жестко структурированной. Терапевт использует техники, реагируя на «живой материал», который пара приносит на сессию. Основные интервенции активной фазы направлены на «Р», паттерны взаимодействия, и будут описаны чуть ниже.

Фаза 4. Бустерные сессии и завершение терапии

На этом этапе терапевт может делать сеансы с более длительными интервалами, пока пара не будет уверена, что они смогут продолжать самостоятельно. Этот этап завершается заключительным сеансом, на котором проводится углубленный анализ прогресса, достигнутого парой в ходе терапии, и способы устранения неизбежных ошибок и откатов.

Основные интервенции IBCT

IBCT выделяет два типа изменений: contingency-shaped (спонтанные, контек-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (IBCT)

туальные сдвиги через эмоциональные инсайты) и rule-governed (основанные на правилах и инструкциях, как в ТВСТ). Предпочтение отдаётся первому типу с целью достижения более устойчивых результатов [3].

Эндрю Кристенсен выделяет следующие ключевые интервенции IBCT [2]; [3]:

- Содействие принятию (Emotional Acceptance)
- Эмпатическое присоединение (Empathetic Joining)
- Раскрытие уязвимых эмоций: помощь в выражении первичных эмоций (например, страх потерять партнера и внутреннее одиночество, грусть и отчаяние от ощущения собственной неадекватности) вместо вторичных обвинений и гнева. Перевод жалоб и обвинений («Ты эгоист») на язык уязвимости («Я чувствую себя одиноко и беспомощно, когда мы не общаемся»). Это превращает «проблемного партнера» в «общее переживание».
- Совместное дистанцирование (Unified Detachment) с целью единения против проблемы: терапевт помогает паре смотреть на их проблемный цикл взаимодействия со стороны, как на «внешнего врага». Пара учится описывать свой конфликт безоценочно: «О, смотри, мы снова попали в наш цикл «требований и избегания». Совместный анализ паттерна происходит через отзеркаливание и обобщение: терапевт отражает и связывает высказывания партнеров, подчеркивая цикл. Например: «Давайте посмотрим, как это происходит: когда ты чувствуешь X и делаешь Y, ты (обращение ко второму партнеру) чувствуешь Z и реагируешь W. Это похоже на то, что мы обсуждали?»

Содействие изменению поведения (Behavioral Change)

Тренинг коммуникативных навыков и решения проблем

Обучение конструктивному диалогу через поведенческие техники. Например, обучение общению через «Я-сообщения» («Я чувствую...» вместо «Ты всегда...»), тренировка слушания, структурированный тренинг решения проблем.

Позитивный поведенческий обмен

Увеличение количества приятных совместных действий. Два основных шага поведенческого обмена: 1) выявить действия со стороны каждого из партнеров, которые могут способствовать повышению удовлетворенности отношениями;



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (IBCT)

2) повысить частоту такого поведения в повседневном репертуаре пары.

Переход на этап поведенческих изменений возможен только тогда, когда уровень эмоционального напряжения уже снижен за счет принятия.

Пример концептуализации кейса в IBCT на собирательном образе пары
Пара: Елена (32 года) и Михаил (35 лет).

Жалоба: Постоянные ссоры из-за быта и воспитания ребенка. Елена считает Михаила «ленивым и холодным», Михаил считает Елену «вечно недовольной истеричкой».

Анализ DEEP:

D, Различия: Елена нуждается в высоком уровне структуры и планирования. Михаил предпочитает спонтанность и отдых после работы.

E, Эмоциональные Уязвимости: Елена росла в семье, где хаос означал опасность. Михаил рос с контролирующей матерью и остро реагирует на любые указания.

E, Внешние Стрессоры: Маленький ребенок (2 года), ипотека.

P, Паттерны взаимодействия

Ход терапии:

Вместо того чтобы заставлять Михаила мыть посуду по графику, терапевт помогает Елене выразить страх перед «хаосом», а Михаилу — страх перед «потерей свободы». Когда они видят боль друг друга, желание идти навстречу возникает естественным образом.

Доказательная база и заключительные мысли

Эмпирические данные подтверждают эффективность IBCT, особенно в сравнении с ТВСТ. Планируются исследования, которые должны будут оценить эффективность применения IBCT в разнообразных культурах. Согласно имеющимся на данный момент мета-анализам (например, исследования Christensen et al., 2010), IBCT демонстрирует высокую эффективность в сравнении с классической поведенческой терапией:

- Подход показывает универсальность в применении: он эффективен как для пар с высоким уровнем дистресса и длительным стажем конфликтов, так и для



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (IBCT)

- пар с изначально не очень выраженным уровнем дистресса, желающим улучшить свои отношения. В выборке из 21 пары, которые методом случайных чисел были приписаны к ТВСТ и IBCT, у 80% пар после IBCT возросла удовлетворенность своими взаимоотношениями по сравнению с 64% пар после ТВСТ [6].
- Исследования подтверждают, что именно уровень эмоционального принятия является ключевым фактором удовлетворенности отношениями в долгосрочной перспективе.
- Результаты исследований эффективности ТВСТ говорят о том, что две трети пар, прошедших терапию, достигли улучшения качества отношений, в то время как одна треть не продемонстрировала заметных успехов (Jacobson et al., 1987). Более того, из этих двух третей успешных случаев примерно третья часть дала рецидив в течение 1-2 лет после терапии (Jacobson et al, 1984, 1987). Другими словами, ТВСТ является эффективным вмешательством со стойким результатом лишь для половины пар, прошедших данную терапию, тогда как результаты IBCT более стабильны через 2 и 5 лет после завершения терапии [1].

Интересно было бы оценить результаты сравнения с другими доказательными подходами парной психотерапии, такими как парная схематерапия и эмоционально-фокусированная терапия, поскольку в модели IBCT есть много пересечений с этими подходами: понятие цикла в ЭФТ и схематерапии пар; работа с первичными и вторичными эмоциями в ЭФТ (или активными и заблокированными частями в схематерапии); последовательность этапов терапии (поведенческие интервенции проводятся только после эмоционально ориентированных интервенций в парной схематерапии, эффективность чего подтверждена недавними исследованиями в парной схематерапии [8].

С нашей точки зрения, возможным ограничением модели IBCT может являться чрезмерная когнитивная направленность интервенций первого этапа, ориентированного на эмоциональное сближение (например, выявление заблокированных эмоций через прямой вопрос «Билл, вы сейчас злитесь, но за этим есть и другая эмоция – что это за эмоция?»). Аналогичным образом, связь с ранним опытом формулируется больше когнитивно (например, «Получается, тема образования очень важна для вас. А вот у вас в семье как относятся к теме образования?... то есть у вас в семье был пример того, что можно неудачно выб-



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (IBCT)

рать карьеру и всю жизнь об этом жалеть?...»), нежели экспериенциально, как, в частности, это происходит в парной схематерапии с помощью интервенций, направленных на погружение в состояние активации схемы и работу в воображении. Подобный «когнитивный» подход к эмоциям может подойти далеко не всем парам, поскольку уровень саморефлексии и осознанности партнеров сильно отличается, возникающее сочувствие к партнеру может быть больше рациональным, нежели эмоциональным, а также подобный анализ вряд ли будет доступен партнерам, находящимся в состоянии эмоциональной активации.

В любом случае, IBCT помогает парам понять и почувствовать, что конфликт — это не признак несовместимости, а результат естественных различий, усиленных копинговыми реакциями партнеров, образующих цикл. Переход от «Ты должен измениться» к «Я понимаю, почему нам обоим больно в этом цикле» создает пространство для подлинной близости. Структурированная и объемная модель IBCT помогает терапевтам «сверху» посмотреть на проблемы взаимодействия партнеров и прийти к глубокому пониманию проблем через DEEP концептуализацию и фокус на циклах взаимодействия, включающих эмоциональную подоплеку. Понятная и вместе с тем учитывающая изменяемые и неизменные факторы концептуализация позволяет выстроить терапевтическую стратегию с учетом особенностей и потенциала каждой конкретной пары.

Список литературы

- 1) Клиническое руководство по психическим расстройствам Д. Барлоу. 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 875-902[25]
- 2) Э. Кристенсен, Б.Досс, Н. Джейкобсон. «Преодолимые различия. Как восстановить отношения, заново открывая любимого партнера, не теряя при этом себя». - М.: Научный мир, 2025. – с. 496 (Reconcilable Differences: Rebuild Your Relationship by Rediscovering the Partner You Love--without Losing Yourself by Christensen Phd, Andrew, Doss PhD, Brian D., Jacobson PhD, N Paperback, Second Edition, 2014)
- 3) Christensen A., IBCT Didactic Course, <https://ibct.org>[26]



Часть 2. Публикации членов АКБТ: Содействие принятию и изменениям в терапии отношений через DEEP-концептуализацию и стратегии Интегративной Поведенческой Парной Терапии (ИБСТ)

4) Christensen, A., Baucom, D. H., Atkins, D. C., & Yi, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 225–235

5) Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 176–191

6) Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 351–355

7) Wheeler, J. G., & Christensen, A. (2002). Integrative behavioral couple therapy. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*, Guilford Press, 251–277[27]

8) World Schema Therapy Day 2025, ISST, L. Goetstouwers.
<https://www.schematherapysociety.org/>



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника “Когнитивный континуум” (Cognitive Continuum)



Шабалин Евгений Юрьевич

Клинический психолог, глава аккредитационного комитета АКБТ, преподаватель MIST, КПТ и Схема-терапевт

История техники

Техника «когнитивный континуум» сформировалась в рамках классической когнитивной терапии Аарона Бека (Beck, 1967; Бек, 2003) как один из инструментов работы с дихотомическим (черно-белым, “все или ничего”) мышлением и катастрофизацией. В модели Бека дихотомическое мышление рассматривается как ключевое когнитивное искажение, особенно характерное для депрессии, тревожных и личностных расстройств. Когда крайне негативные оценки ситуаций приводят к крайне интенсивным негативным эмоциям. “Когнитивный континуум” стал логичным терапевтическим ответом на это искажение. Если мышление клиента категорично, то терапевтическая задача – помочь ему восстановить способность видеть мир в виде непрерывного спектра (континуума), а не только в двух крайних категориях (Успех / Провал). Хотя А. Бек не выделял «континуум» как отдельную технику с фиксированным названием, сама процедура систематически описывается в его клинических руководствах как способ ослабления крайних ошибок.

Далее Джудит Бек (2021) систематизирует технику континуума как часть когнитивной реструктуризации для модификации глубинных и промежуточных убеждений на примере бинарных категорий “успех” vs “провал”. Роберт Лихи в книге “Техники когнитивной психотерапии” (2003) дает пошаговый алгоритм использования “когнитивного континуума” на примере снижения катастрофизации события. Кристин Падески (Padesky, 1994) считается одним из главных разработчиков применения континуума для изменения глубинных убеждений (схем) и построения новых, адаптивных убеждений. Например, она подчеркивает, что для некоторых клиентов более продуктивным будет определять шкалу не от “максимально негативного” к “максимально позитивному”, а формулировать шкалу от “дезадаптивного” к “адаптивному” полюсу, что позволяет фокусировать внимание на возможностях, а не недостатках



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника “Когнитивный континуум” (Cognitive Continuum)

Описание применения техники “когнитивный континуум”

Предварительный этап: Технику применяют после того, как автоматическая мысль / убеждение идентифицированы, и обнаружено лежащее в их основе дихотомическое мышление.

Шаг 1: Идентификация крайней оценки.

- Попросите клиента четко сформулировать его крайнюю, категоричную мысль.
- Пример: «Я полный неудачник из-за этой ошибки на работе».

Шаг 2: Создание континуума (визуализация).

- Нарисуйте на листе бумаги горизонтальную линию. Объясните, что это шкала измеряемого качества (например, «компетентность», «успешность», «хорошесть человека»).
- Левый край (0%) — абсолютное отсутствие качества (например, «Абсолютный неудачник, который никогда и ни в чем не преуспел»).
- Правый край (100%) — абсолютное, идеальное наличие качества (например, «Абсолютный успех, который никогда не ошибался и преуспел во всем»).
- Подчеркните, что в реальной жизни почти никто не занимает эти крайние позиции.

Шаг 3: Первоначальное размещение клиента на континууме.

- Спросите: «Где бы вы поместили себя на этой линии согласно вашей текущей мысли?»
- Клиент, как правило, ставит себя близко к негативному краю (например, на 10%).

Шаг 4: Исследование и деконструкция критериев (самый важный этап!).

- Спросите: «А из чего вообще состоит это качество (например, компетентность)? Какие объективные, измеримые критерии определяют, где находится человек на этой линии?»
- Помогите клиенту составить список из 5-10 разнообразных критериев. Для «компетентности» это могут быть: профессиональные навыки, способность учиться на ошибках, отношения с коллегами, умение отдыхать, забота о здоровье, навыки ведения хозяйства, хобби и т.д.
- Ключевой момент: критерии должны быть независимыми. Ошибка в одной сфере не должна автоматически обнулять успехи в другой.



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника “Когнитивный континуум” (Cognitive Continuum)

Шаг 5: Переоценка с использованием критериев.

- По каждому критерию предложите клиенту оценить себя по шкале от 0 до 100%.
- Затем усредните оценки или визуально представьте их на континууме в виде «позиций» по разным критериям.
- Вопрос-инсайт: «Глядя на этот разброс, где вы теперь видите свою общую, усредненную позицию на изначальной линии?»
- Позиция неизбежно сдвигается к середине (например, на 50-70%).

Шаг 6: Сравнение с другими.

- Чтобы усилить эффект, попросите клиента поместить на эту же линию других людей: реальных (знакомых, коллег, исторических фигур) или гипотетических.
- «Где был бы Альберт Эйнштейн, допустивший множество ошибок в расчетах? Где был бы ваш коллега, который справляется с проектами, но имеет конфликты в семье?»
- Это показывает, что практически все люди находятся в средней части спектра.

Шаг 7: Формулирование сбалансированного вывода.

- Помогите клиенту сформулировать новую, более адаптивную мысль на основе проделанной работы.
- Пример: вместо “Я полный неудачник из-за этой ошибки на работе”, “Да, я допустил серьезную ошибку на работу в одном проекте. Но все люди совершают ошибки и это не делает их автоматически неудачниками. В других сферах моей работы и жизни я достаточно хорош (60-80%).”

Пример вымышленного диалога терапевта и клиента в технике “когнитивный континуум”

Терапевт:

Давайте ещё раз чётко сформулируем мысль, которая у вас возникает, когда вы вспоминаете эту ситуацию.

Клиент:

Я думаю, что я полный неудачник. Если бы я был нормальным специалистом, я бы так не ошибся.

Терапевт:

То есть в этой мысли ошибка равна полной профессиональной несостоятельности?



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника “Когнитивный континуум” (Cognitive Continuum)

Клиент:

Да. Именно так.

Терапевт (рисует на листе горизонтальную линию):

Предлагаю рассмотреть это не в категориях «да или нет», а на шкале.

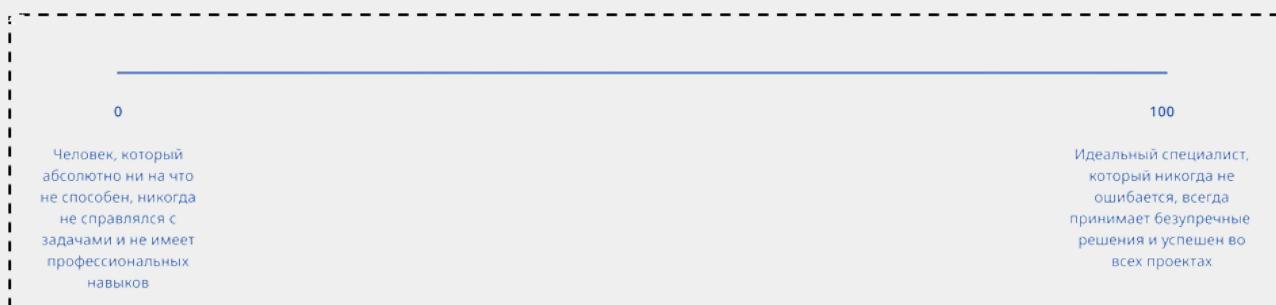
Эта линия — шкала профессиональной компетентности.

Левый край — 0 %:

«Человек, который абсолютно ни на что не способен, никогда не справлялся с задачами и не имеет профессиональных навыков».

Правый край — 100 %:

«Идеальный специалист, который никогда не ошибается, всегда принимает безупречные решения и успешен во всех проектах».



Клиент:

Да. Именно так.

Терапевт (рисует на листе горизонтальную линию):

Предлагаю рассмотреть это не в категориях «да или нет», а на шкале.

Эта линия — шкала профессиональной компетентности.

Левый край — 0 %:

«Человек, который абсолютно ни на что не способен, никогда не справлялся с задачами и не имеет профессиональных навыков».

Правый край — 100 %:

«Идеальный специалист, который никогда не ошибается, всегда принимает безупречные решения и успешен во всех проектах».

Важно отметить: в реальной жизни почти никто не находится на этих крайних точках.

Клиент:

Понимаю.



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника “Когнитивный континуум” (Cognitive Continuum)

Терапевт:

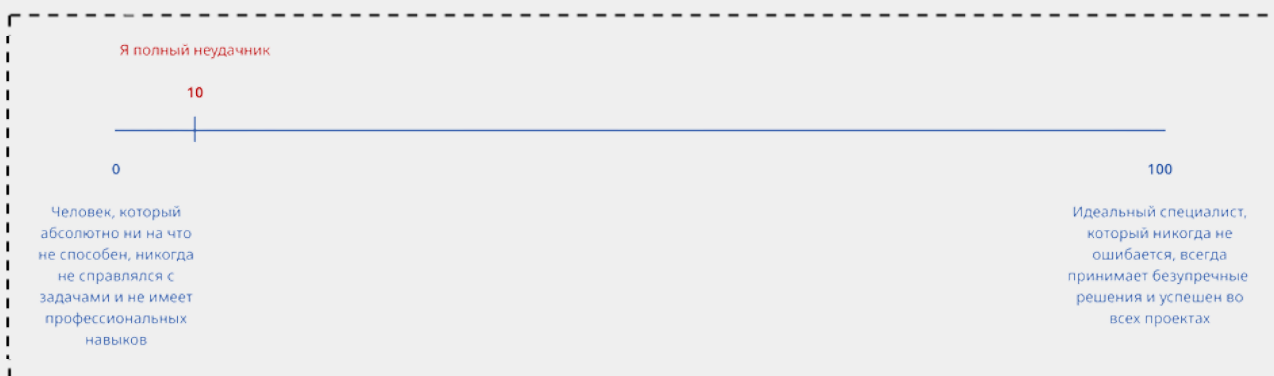
Если исходить из вашей текущей мысли — где бы вы поместили себя на этой линии?

Клиент:

Где-то очень близко к нулю. Может быть... на 10 %.

Терапевт:

Хорошо, зафиксируем это как исходную позицию.



Терапевт:

Давайте остановимся здесь. А из чего вообще состоит профессиональная компетентность?

По каким объективным, измеряемым признакам мы можем оценить, где человек находится на этой шкале?

Клиент (после паузы):

Ну... знание своей работы.

Терапевт:

Отлично. Запишем: профессиональные знания. Что ещё?

Клиент:

Умение решать сложные задачи.

Терапевт:

Хорошо. Ещё?

Клиент:

Ответственность... умение работать с коллегами... опыт.

Терапевт:

Давайте добавим ещё несколько сфер, не связанных напрямую с одной ошибкой:



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника “Когнитивный континуум” (Cognitive Continuum)

- способность учиться на ошибках,
- устойчивость к стрессу,
- соблюдение рабочих договорённостей,
- баланс между работой и отдыхом.

Получается около девяти критериев. Обратите внимание: каждый из них относительно независим. Сбой в одном не обнуляет автоматически остальные.

Профессиональная компетентность:

- Профессиональные знания
- Умение решать сложные задачи
- Ответственность
- Умение работать с коллегами
- Опыт
- Способность учиться на ошибках
- Устойчивость к стрессу
- Соблюдение рабочих договоренностей
- Баланс между работой и отдыхом

Клиент (кивает):

Да, логично.

Терапевт:

Теперь давайте по каждому пункту отдельно оценим вас по шкале от 0 до 100 %.
Начнём с профессиональных знаний.

Клиент:

Наверное, 70 %.

Терапевт:

Умение решать задачи?

Клиент:

60 %.

Терапевт:

Ответственность?

Клиент:

80 %.



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника “Когнитивный континуум” (Cognitive Continuum)

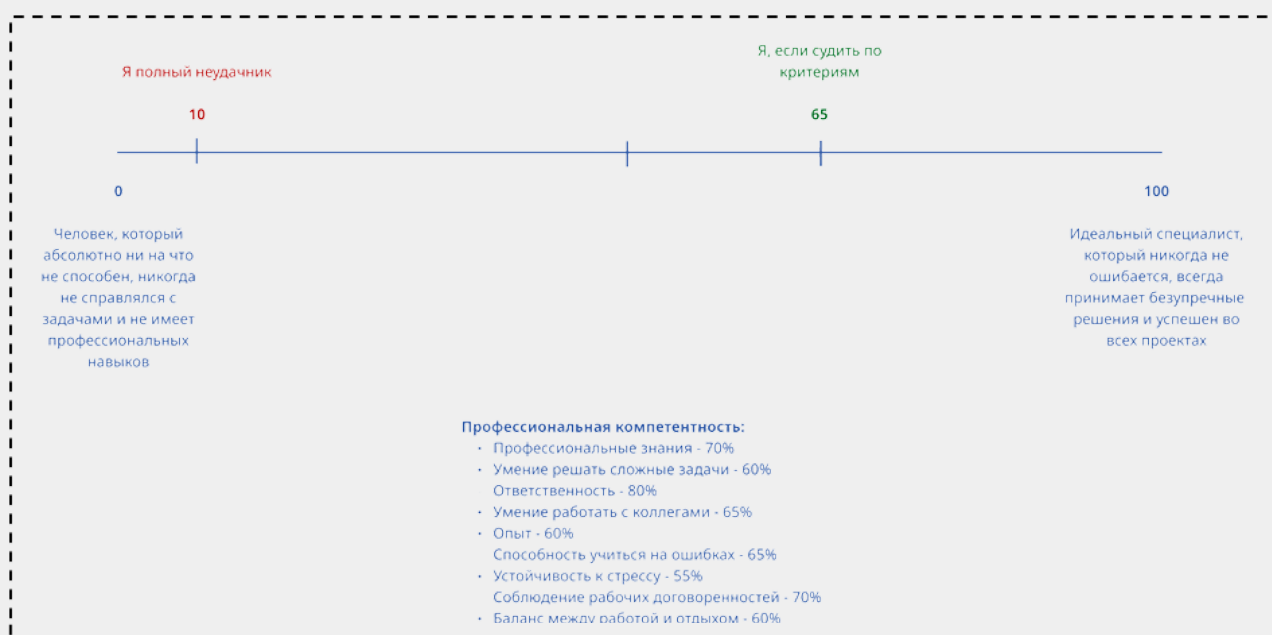
Терапевт:

Если посмотреть на весь этот набор, мы видим разброс от 55 до 80 %.

Глядя на это, где бы вы теперь разместили свою общую, усреднённую позицию на исходной шкале?

Клиент (задумывается):

Где-то на 65 %. Точно не на 10.



Терапевт:

Давайте усилим это наблюдение.

Представьте коллегу, который стабильно справляется с задачами, но регулярно конфликтует с командой. Где он будет?

Клиент:

Наверное, тоже где-то в районе 60–70 %.

Терапевт:

А теперь представим очень успешного профессионала, который допустил серьёзные ошибки на нескольких проектах, прежде чем добиться признания. Где он будет?

Клиент:

Точно не на нуле. Скорее, в той же средней зоне.



Часть 3. Техники когнитивной терапии – история, описание, разбор случая Техника “Когнитивный континуум” (Cognitive Continuum)

Терапевт:

Что это говорит нам о том, где обычно находятся реальные люди?

Клиент:

Похоже, почти все — где-то посередине.



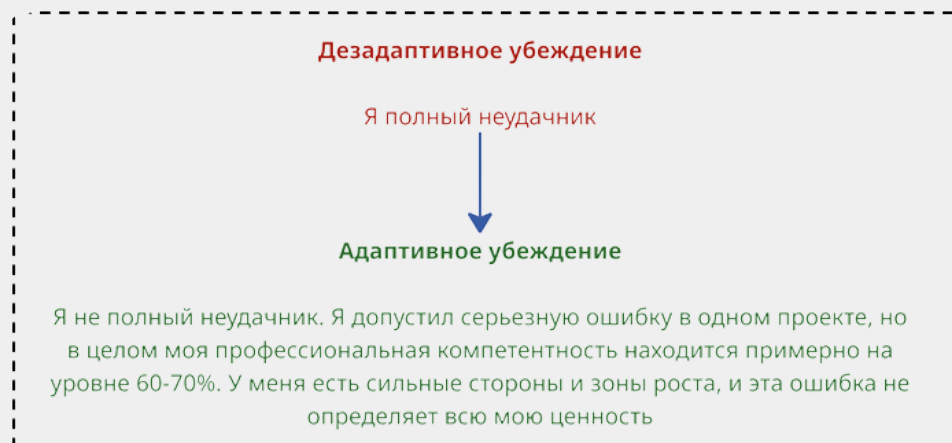
Терапевт:

Попробуйте теперь сформулировать новую мысль, опираясь на всё, что мы разобрали.

Клиент:

Наверное, так:

«Я не полный неудачник. Я допустил серьезную ошибку в одном проекте, но в целом моя профессиональная компетентность находится примерно на уровне 60–70%. У меня есть сильные стороны и зоны роста, и эта ошибка не определяет всю мою ценность».





Часть 3. Техники когнитивной терапии - история, описание, разбор случая Техника “Когнитивный континуум” (Cognitive Continuum)

Терапевт:

Как вы себя чувствуете, когда думаете так?

Клиент:

Гораздо спокойнее. Появляется ощущение, что ситуацию можно исправить.

Список литературы

- 1) Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2003. — 304 с.
- 2) Beck A. T. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. — New York: Harper & Row, 1967. — 370 p.
- 3) Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. — СПб.: Питер, 2017. — 592 с.
- 4) Бек Дж. С. Когнитивно-поведенческая терапия: от основ к направлениям. — 3-е изд. — М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2021. — 432 с.
- 5) Padesky C. A. Schema change processes in cognitive therapy // Clinical Psychology & Psychotherapy. — 1994. — Vol. 1. — P. 267–278.