Поведенческие техники и шкалы

Как КПТ меняет состояние через действие: поведенческая активация, экспозиция, эксперименты и опросники для измерения результата

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

19 глав ~45 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

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

Коротко: главное

- **У КПТ две половины, и поведенческая старше.** Когнитивная часть спрашивает «правда ли эта мысль?», поведенческая — «что будет, если сделать иначе, и что я из этого узнаю?». Метод Вольпе вышел в 1958 году, раньше первых статей Бека.
- **Урезанная терапия не проиграла полной.** В исследовании 1996 года 150 человек с депрессией получали либо только поведенческую часть когнитивной терапии, либо её же с работой над мыслями, либо полную терапию. Полная версия не оказалась лучше, а негативное мышление изменилось и у тех, кто с мыслями напрямую не работал.
- **Поведенческая активация — полноценный метод, а не совет «займись делом».** Она ищет, чего человек избегает, и шаг за шагом возвращает его к тому, что для него ценно. В британских рекомендациях NICE 2022 года она входит в список методов первого выбора при депрессии.
- **«Лучше таблеток» — неверно.** В одном исследовании 2006 года при тяжёлой депрессии она сработала примерно как антидепрессант, но повторный анализ других данных этого не подтвердил. Решение о препаратах принимает врач.
- **Экспозиция работает не так, как думали раньше.** Снижение тревоги во время упражнения плохо предсказывает результат. Старый страх не стирается: рядом с ним формируется новая память «безопасно», и они конкурируют. Цель упражнения — проверить ожидание, а не дождаться, пока станет легче.
- **Поведения безопасности держат страх.** Вода в сумке, место у двери, друг рядом приносят облегчение сейчас, но мешают узнать, что опасность преувеличена.
- **Измерение — часть КПТ.** Регулярные опросники немного улучшают результат терапии и помогают раньше заметить, что она не работает. PHQ-9 и GAD-7 можно свободно использовать, BDI-II и BAI защищены авторским правом. Опросник — не диагноз.
- **Помощь устроена ступенями.** В британской государственной службе сначала предлагают наименее интенсивное подходящее вмешательство: управляемую самопомощь, группу, онлайн-формат. Это рекомендованные варианты, а не «урезанная КПТ». При более тяжёлой депрессии, ПТСР и социальной тревоге начинают сразу с индивидуальной терапии высокой интенсивности.

Хронология: от Вольпе до NHS Talking Therapies

Главные вехи поведенческой половины КПТ и измерения результата. Подробности и источники — в главах ниже.

1958 Книга Вольпе о реципрокном торможении: систематическая десенсибилизация

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

1961 Шкала депрессии Бека (BDI): КПТ с самого начала измеряет

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1966 Мейер описывает экспозицию с предотвращением ритуала при ОКР

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

1970-е Левинсон: депрессия как нехватка подкрепления

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

1996 Джейкобсон и коллеги разбирают когнитивную терапию на части; выходит BDI-II

ДАННЫЕ

2001 Книга Мартелла, Аддиса и Джейкобсона: поведенческая активация как отдельный метод; выходит PHQ-9

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

2006 Исследование Димиджиан: активация, когнитивная терапия и антидепрессант; выходит GAD-7

ДАННЫЕ

2008 Краск и коллеги: экспозиция как новое научение, а не привыкание

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ЛИНИЯ

2010 Pfizer открывает свободный доступ к PHQ-9 и GAD-7

ДАННЫЕ

2014 Краск и коллеги: стратегии экспозиции; метаанализ поведенческой активации (26 испытаний)

ДАННЫЕ

2016 COBRA: активация от младших специалистов не хуже КПТ

ДАННЫЕ

2019 Повторный анализ данных 1996 года не подтверждает преимущество активации при тяжёлой депрессии

ДАННЫЕ

2022 NICE NG222: поведенческая активация среди методов первого выбора при депрессии

ДАННЫЕ

2023 ○ IAPT переименована в NHS Talking Therapies

ДАННЫЕ

Линии здесь — способ рассказать историю, а не строгая классификация (подробнее о «волнах» — в выпуске 1).

Как читать: метки надёжности

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

Это самостоятельный конспект о поведенческих техниках КПТ и шкалах оценки. КПТ — когнитивно-поведенческая терапия. Метка стоит в скобках первой, за ней источник: например, **доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2007**.

Метка	Что она значит
Доказано исследованиями	Рандомизированные испытания (участников по жребию делят на группы и сравнивают) или метаанализы (сводка многих испытаний)
Клинический консенсус	Клинические рекомендации (например, британские NICE) или позиция профессиональных организаций
Со слов автора	Так описывает метод его автор; независимо не проверялось
Трактовка	Прочтение фактов или вопрос, который ещё обсуждается
Документальный факт	Даты, публикации, условия правообладателей
Не проверено	Первоисточник открыть не удалось; относитесь с осторожностью

Если источники расходятся, мы приводим обе версии. Пункты опросников здесь не воспроизводятся: шкалы описаны своими словами.

Важно Это просвещение, а не терапия и не диагностика. Техники описаны так, как их применяют в терапии, а не как инструкция для самолечения. В тексте упоминаются мысли о смерти и самоповреждении (в связи с опросником PHQ-9). Если вам нужна поддержка прямо сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Две половины КПТ: думать и делать

Когнитивные техники проверяют мысль словами, поведенческие — опытом. Обе работают с одним и тем же механизмом: избеганием.

В выпуске 5 речь шла о когнитивных техниках: сократическом диалоге и дневнике мыслей. Там мысль проверяют вопросами: «какие есть доказательства?», «как ещё можно на это посмотреть?». Поведенческие техники задают другой вопрос: «что будет, если сделать иначе, и что я из этого узнаю?».

Поведенческая половина КПТ старше когнитивной. Джозеф Вольпе разработал систематическую десенсибилизацию в 1948–1956 годах, книга вышла в 1958 году **документальный факт; Carona et al., 2023**. Экспозицию с

предотвращением ритуала при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) Виктор Мейер описал в 1966 году документальный факт; Ruggiero et al., 2018. Об этой ранней истории подробно — в выпуске 1.

У депрессии и тревоги есть общий механизм, который поддерживает проблему: **избегание**. Избегание — это всё, что приносит облегчение прямо сейчас, но мешает жизни в долгую: не открывать почту, не ездить в метро, лежать в кровати вместо встречи. Облегчение настоящее, поэтому избегание закрепляется: поведение поддерживается своими последствиями клинический консенсус; Veale, 2008.

Поведенческие техники работают с избеганием двумя путями:

- **при депрессии** — возвращают человека к действиям, которые приносят смысл, удовольствие или ощущение «я справился» (поведенческая активация);
- **при тревоге** — помогают встретиться с тем, чего человек боится, и узнать, что происходит на самом деле (экспозиция).

Между ними стоит **поведенческий эксперимент**: действие, которое используют, чтобы проверить конкретное убеждение. Это мост между поведенческой и когнитивной частью.

Пример Человек думает: «если я откажу коллеге, он обидится навсегда». Когнитивная техника — разобрать доказательства «за» и «против». Поведенческая — один раз вежливо отказать и посмотреть, что будет через неделю.

Почему депрессия сужает жизнь: подкрепление и избегание

Поведенческая модель депрессии проста: хорошего в жизни становится меньше, человек отступает, и хорошего становится ещё меньше.

Модель Левинсона

В 1970-х психолог Питер Левинсон предложил смотреть на депрессию через **подкрепление**. Подкрепление — это хорошее последствие, которое следует за действием: позвонили другу — получили тёплый разговор, доделали работу — почувствовали, что справились. По модели Левинсона, главный фактор депрессии — низкий уровень такого подкрепления, которое зависит от действий самого человека трактовка; Carvalho et al., 2011; Vanderkruik & Whisman, 2021. Ключевая работа — Lewinsohn (1974), «Поведенческий подход к депрессии». Чуть раньше, в 1973 году, Чарльз Ферстер описал депрессию как снижение частоты поведения, которое подкрепляется, и рост избегания документальный факт по вторичным источникам; сам текст 1973 года не открывался .

Почему подкрепления становится меньше, по этой модели: вокруг меньше событий, которые могли бы радовать; они менее доступны; не хватает навыков, чтобы их получать (например, социальных); больше неприятных событий трактовка; Carvalho et al., 2011. Из модели вырос практический вывод: увеличивать приятную активность и контакты. Для этого Левинсон создал «Список приятных событий» документальный факт; Vanderkruik & Whisman, 2021.

Важно: это модель, гипотеза о механизме. Она не объясняет всё о депрессии, но из неё вырос очень практичный метод.

Круг избегания

Схематично круг выглядит так: потеря или трудное событие → меньше хорошего → подавленность → человек отходит от дел и встреч → хорошего становится ещё меньше.

Психиатр Дэвид Вил в обзоре 2008 года перечисляет пять форм избегания при депрессии со слов автора; Veale, 2008:

Форма	Как выглядит
Социальная изоляция	Не отвечать на сообщения, отменять встречи
Несоциальное избегание	Много времени в постели, откладывать дела
Когнитивное избегание	Не принимать решений
Отвлечение	Часы в ленте, азартные игры, «заедание»
Эмоциональное избегание	Алкоголь и другие вещества, чтобы не чувствовать

TRAP и TRAC: ловушка и колея

В учебных материалах по поведенческой активации используют две аббревиатуры клинический консенсус; учебные материалы по ПА кафедры психиатрии Университета Эмори. Их связывают с работами Мартелла, Аддиса и Джейкобсона, 2001 не проверено по первоисточнику:

- **TRAP** (англ. «ловушка»): Trigger — Response — Avoidance Pattern, то есть событие → эмоциональная реакция → привычное избегание;
- **TRAC** (англ. «колея»): Trigger — Response — Alternative Coping, то есть событие → реакция → другой способ справиться.

Пример Начальник раскритиковал отчёт (событие). Стыд и тяжесть (реакция). Человек не открывает почту и рано ложится спать (избегание): сегодня легче, завтра писем больше, а стыд сильнее. Колея — та же ситуация, но с маленьким шагом навстречу: ответить на одно письмо. Не на все, на одно.

Руминация тоже избегание

Руминация — это пережёвывание одних и тех же вопросов по кругу: «почему я такой?», «почему со мной это случилось?», «если бы я тогда...». В поведенческой активации руминацию считают формой избегания: человек как будто занят проблемой, но ничего не меняет со слов автора; Veale, 2008. Приём, который предлагает Вил: переводить вопросы «почему» и «если бы» в вопросы «как». Не «почему я не могу встать», а «как мне встать завтра в 9:30» со слов автора; Veale, 2008.

Эксперимент 1996 года: какая часть терапии работает

Исследование, которое должно было показать силу полной когнитивной терапии, показало, что её поведенческая часть справляется не хуже.

К середине 1990-х когнитивная терапия депрессии Бека была хорошо изучена. В ней много слоёв: планирование активности, работа с автоматическими мыслями, затем с глубинными убеждениями (схемами). Психолог Нил Джейкобсон (1949–1999) с коллегами задал вопрос: какая часть из этого действительно работает?

Такое исследование называют **разбором на компоненты** (component analysis): терапию делят на части и сравнивают части с целым.

150 амбулаторных пациентов с большим депрессивным расстройством по жребию распределили в три группы доказано исследованиями; Jacobson et al., 1996:

1. только поведенческая активация;
2. поведенческая активация плюс работа с автоматическими мыслями;
3. полная когнитивная терапия, включая работу со схемами.

Все группы вели четыре опытных когнитивных терапевта.

Результат. Полная когнитивная терапия не дала лучших результатов ни в конце лечения, ни через 6 месяцев. Поведенческая активация и работа с мыслями изменили негативное мышление и атрибутивный стиль (то, чем человек объясняет события) так же, как полная терапия доказано исследованиями; Jacobson et al., 1996. Атрибутивный стиль предсказывал исход в группе активации, но не в группе полной терапии: возможно, механизмы у методов разные трактовка.

Неочевидный вывод: группа, где с мыслями напрямую не работали, изменила мышление не хуже. Иногда до мысли проще дойти через действие. Почему так происходит, точно не установлено трактовка.

Миф и как на самом деле **Миф:** КПТ работает только за счёт исправления мыслей. **Как на самом деле:** в исследовании 1996 года одна поведенческая часть дала тот же результат, что и полная когнитивная терапия, и изменила мышление не хуже доказано исследованиями; Jacobson et al., 1996. Это не значит, что мысли не важны: значит, к ним можно прийти разными путями.

Оговорки трактовка. Исследование проводили люди, которые потом сами развивали поведенческую активацию: у таких исследований результаты обычно лучше для «своего» метода (это называют эффектом приверженности исследователей). Кроме того, активацию проводили когнитивные терапевты, которые хорошо знали когнитивную модель.

Рождение отдельного метода

После этого исследования коллеги Джейкобсона, Кристофер Мартелл и Майкл Аддис, выпустили книгу «Депрессия в контексте» (Depression in Context, 2001) документальный факт; Buyck, 2002. В ней поведенческая активация описана как самостоятельная терапия: депрессия рассматривается как то, что происходит с человеком в его жизненном контексте, а главный объект лечения — избегание со слов авторов, по рецензии Buyck, 2002. Нил Джейкобсон умер в 1999 году, ещё до выхода книги документальный факт; Behavioural and Cognitive Psychotherapy, некролог. Сегодня основное руководство для специалистов — книга Мартелла, Димиджиан и Херман-Данн «Поведенческая активация при депрессии» документальный факт; Guilford.

Как устроена поведенческая активация

Это структурированный метод из нескольких шагов, а не совет «возьмите себя в руки». Ниже — как это делают в терапии.

Обычно курс занимает от 12 до 24 сессий клинический консенсус; Veale, 2008. В британском исследовании COBRA было до 20 сессий за 16 недель и до 4 поддерживающих документальный факт; Mental Elf, 2016.

Шаги

1. **Объяснение модели.** Терапевт и клиент разбирают круг «меньше хорошего → избегание → ещё хуже». Человек видит, что его состояние понятно, а не «с ним что-то не так».
2. **Наблюдение за активностью.** Обычно неделю ведут дневник: что делал и какое было настроение. Ничего не меняют, только наблюдают. В когнитивной терапии Бека у каждого дела отмечают ещё две оценки: **мастерство** («насколько я справился») и **удовольствие** («насколько понравилось»). Дневник показывает, насколько сузилась жизнь и как действия связаны с настроением клинический консенсус; Veale, 2008.
3. **Ценности.** Что для человека важно в отношениях, работе или учёбе, здоровье, доме, отдыхе. Не что «надо», а что ценно. Действия связывают с этими направлениями со слов автора; Veale, 2008.
4. **Функциональный анализ.** Разбирают, какую функцию выполняет поведение. Вил описывает схему ABCDE: что было перед поведением; само поведение и мысли; его немедленные и непреднамеренные последствия; другие действия, связанные с ценностями; их эффект со слов автора; Veale, 2008.

5. **Лестница активности.** Список дел от простого к сложному. Пункты конкретные и не являются сами по себе избеганием клинический консенсус; Leonard & McCullars, 2020.
6. **Расписание.** Действие планируют как встречу с собой: когда, где, сколько. Не «надо бы погулять», а «во вторник в 11:00, 15 минут, до парка и обратно».
7. **Работа с руминацией.** Вопросы «почему» переводят в «как» со слов автора; Veale, 2008.
8. **Разбор препятствий** на каждой встрече. Домашние задания выполняются чаще, когда клиент сам участвует в их составлении и время и место заранее договорены клинический консенсус; Veale, 2008.

Главный принцип: действовать по плану, а не по настроению со слов автора; Veale, 2008. Его часто формулируют как «снаружи внутрь»: сначала меняется поведение, а чувства догоняют трактовка; формулировку в первоисточнике проверить не удалось.

Пример Через неделю дневника видно то, чего изнутри не видно: после звонка сестре настроение 6 из 10, после трёх часов ленты — 2. Первая ступень лестницы может быть совсем маленькой: встать до 9:30. Последняя — то, что давно откладывается.

Частые препятствия

Вил описывает типичные трудности со слов автора; Veale, 2008:

- пытаться изменить всё сразу вместо маленьких шагов;
- ждать, «когда захочется», вместо того чтобы действовать по плану;
- применять решение проблем к гипотетическим «а что если», а не к реальным задачам.

Ещё одна ловушка — заполнять день делами ради дел. Цель не в количестве активности, а в том, чтобы вернуть смысл, удовольствие и ощущение «я справился» и перестать избегать.

Миф и как на самом деле **Миф:** поведенческая активация — это «займись чем-нибудь приятным». **Как на самом деле:** действия выбирают по их функции: что поддерживает избегание и что связано с ценностями. Приятное — лишь одна из категорий, наряду с рутиной и тем, что важно клинический консенсус; Veale, 2008; Leonard & McCullars, 2020. При депрессии фраза «просто займись делом» звучит как обесценивание; метод устроен иначе.

Насколько это работает: данные о поведенческой активации

Данные в пользу метода сильные, но с важными оговорками. Главная из них: «лучше антидепрессантов» — неверный вывод.

Метаанализы

- **Cuijpers и коллеги (2007):** 16 исследований, 780 участников. По сравнению с контрольными группами эффект большой: 0,87 (95% доверительный интервал 0,60–1,15). По сравнению с когнитивной терапией (10 исследований) разницы почти нет: 0,02. Результат сохранялся при последующем наблюдении доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2007.
- **Ekers и коллеги (2014):** 26 рандомизированных испытаний, 1524 участника. Против контроля SMD −0,74 (−0,91…−0,56); против лекарств в 4 исследованиях −0,42 (−0,83…−0,00). Сами авторы пишут, что качество большинства исследований низкое, а периоды наблюдения короткие доказано исследованиями; Ekers et al., 2014.

Как читать эти цифры. Размер эффекта показывает, насколько группы различаются в стандартных единицах: около 0,2 — малый, 0,5 — средний, 0,8 — большой (общепринятые ориентиры Коэна). Большой эффект против контроля обычно уменьшается, когда метод сравнивают с другой активной терапией.

Исследование 2006 года и его судьба

Сона Димиджиан с коллегами сравнила у 241 взрослого с большой депрессией поведенческую активацию, когнитивную терапию, антидепрессант и плацебо. Главный вывод: у людей с более тяжёлой депрессией поведенческая активация была сопоставима с антидепрессантом, и оба метода были значимо лучше когнитивной терапии **доказано исследованиями; Dimidjian et al., 2006**.

По критическому реферату этого исследования, ремиссии при тяжёлой депрессии достигли 56% после активации, 36% после когнитивной терапии и 23% на антидепрессанте; при умеренной депрессии значимых различий не было. Из группы антидепрессанта ушли 44% участников, возможно, из-за быстрого повышения дозы пароксетина до 40 мг за 6 недель **трактовка; Baas & Ruhé, 2007; цифры по реферату, полный текст статьи не открывался**.

Затем было наблюдение тех, кто ответил на лечение. В первый год рецидивы чаще всего случались у тех, кому препарат заменили на плацебо (59%), реже после когнитивной терапии (39%) и активации (50%). Когнитивная терапия значимо лучше защищала от рецидива, чем отмена препарата; у активации была лишь незначимая тенденция. За два года обе психотерапии были не хуже продолжения препарата **доказано исследованиями; Dobson et al., 2008**.

Главная оговорка. В 2019 году Лоренсо-Луасес и Добсон заново проанализировали данные исследования 1996 года тем же способом и не нашли преимущества активации над когнитивной терапией при тяжёлой депрессии. Они прямо пишут, что результаты 2006 года не воспроизвелись **доказано исследованиями; Lorenzo-Luaces & Dobson, 2019**.

Миф и как на самом деле **Миф:** поведенческая активация сильнее антидепрессантов. **Как на самом деле:** в одном исследовании при тяжёлой депрессии она сработала примерно как антидепрессант (Dimidjian et al., 2006), но повторный анализ других данных этого преимущества не подтвердил (Lorenzo-Luaces & Dobson, 2019). Корректно так: это полноценный метод с хорошими данными, а решение о препаратах принимает врач.

COBRA: метод могут проводить не психотерапевты

Британское исследование COBRA (2016) включило 440 взрослых с депрессией. Поведенческую активацию проводили младшие специалисты после 5 дней обучения, КПТ — профессиональные терапевты. Через 12 месяцев баллы PHQ-9 снизились одинаково: разница 0,1 балла (95% ДИ −1,3…1,5), то есть активация оказалась не хуже КПТ **доказано исследованиями; Richards et al., 2016**. Стоимость самого вмешательства у активации была примерно на 21% ниже **документальный факт; NIHR Evidence, 2016**.

Ограничения: значительная часть участников принимала антидепрессанты, и это не было полностью учтено; около трети в каждой группе посетили меньше 8 сессий **трактовка; NIHR Evidence, 2016; Mental Elf, 2016**.

Что говорят рекомендации

В британских рекомендациях NICE по депрессии (NG222, 2022) поведенческая активация входит в списки методов первого выбора: при менее тяжёлой депрессии — групповая и индивидуальная, при более тяжёлой — индивидуальная, рядом с КПТ и антидепрессантами **клинический консенсус; NICE, 2022**. О КПТ при депрессии в целом — в выпуске 7.

Экспозиция: от Вольпе до сегодняшнего дня

Экспозиция — намеренная встреча с тем, чего человек боится и избегает. От первоначальной идеи осталась лестница страха и шкала дискомфорта, а не обязательное расслабление.

Систематическая десенсибилизация

Южноафриканский психиатр Джозеф Вольпе (1915–1997) исходил из идеи **реципрокного торможения**: нельзя одновременно быть глубоко расслабленным и сильно тревожиться. Метод выглядел так: человека учат глубокой мышечной релаксации, составляют список пугающих ситуаций от лёгкой к самой страшной, и в расслабленном

состоянии он по очереди их представляет документальный факт; Carona et al., 2023. Вольпе сообщал, что почти 90% из 210 его пациентов «по-видимому, вылечились или значительно улучшились» со слов автора. Это отчёт самого автора без контрольной группы, а не клиническое испытание.

Что осталось от Вольпе:

- **лестница страха** (иерархия) — список ситуаций по возрастанию тревоги;
- **шкала SUDS** (Subjective Units of Distress, «субъективные единицы дискомфорта») от 0 до 100. Её связывают с Вольпе и обычно датируют его книгой «Практика поведенческой терапии», 1969 не проверено по тексту книги.

Что не подтвердилось. По данным Краск и коллег (2012), расслабление не усиливает постепенную экспозицию, а экспозиция без строгой постепенности работает не хуже постепенной доказано исследованиями, в изложении Carona et al., 2023. Действующим началом, по-видимому, оказалась сама встреча со страхом.

Миф и как на самом деле **Миф:** сначала нужно научиться расслабляться, а потом уже встречаться со страхом. **Как на самом деле:** расслабление не делает экспозицию эффективнее (Craske et al., 2012, по Carona et al., 2023). При панике оно может даже превратиться в поведение безопасности: «я выжил, потому что правильно дышал».

Какой бывает экспозиция

Вид	Что это	Пример
В реальности (in vivo)	Встреча с ситуацией в жизни	Поездка в лифте при страхе лифтов
В воображении	Пугающую сцену подробно представляют	Мысленно пройти по тёмной улице
Интероцептивная	Встреча с телесными ощущениями, которых человек боится	Намеренно вызвать сердцебиение при панике
В виртуальной реальности	Ситуацию моделируют в VR	Высота, полёт
Постепенная	По ступеням лестницы	От видео до поездки
Наводнение (flooding)	Сразу верхняя ступень, долгое пребывание	Редкий формат, не для самопомощи

документальный факт; Torrents-Rodas et al., 2015

Миф и как на самом деле **Миф:** экспозиция — это бросить человека в самый страх. **Как на самом деле:** чаще её делают постепенно и по договорённости с терапевтом; наводнение — отдельный и редкий формат документальный факт; Torrents-Rodas et al., 2015.

Экспозиция с предотвращением ритуала (ЭПР) при ОКР

При ОКР используют особую версию: человек встречается с тем, что запускает навязчивость, и при этом не выполняет ритуал. Ритуалом может быть и мытьё рук, и скрытое действие, и **поиск разуверений**: повторные просьбы подтвердить, что всё хорошо («ты точно закрыл дверь?» в пятый раз). В клиническом примере Краск упражнения строились так, чтобы жена пациента не присутствовала и не успокаивала его документальный факт; Torrents-Rodas et al., 2015. Подробно об ОКР — в выпуске 9.

Что известно об эффективности

Состояние	Что показали данные
Специфические фобии	33 испытания: экспозиция даёт большие эффекты против отсутствия лечения и превосходит плацебо и другие активные методы; экспозиция в реальности лучше сразу после лечения, но не при последующем наблюдении **доказано исследованиями; Wolitzky-Taylor et al., 2008**
Тревожные и связанные расстройства	КПТ (включая экспозицию) против плацебо: g = 0,56 по основным симптомам, 41 исследование **доказано исследованиями; Carpenter et al., 2018**
ОКР	Против листа ожидания эффект 1,31 (37 испытаний; Öst et al., 2015). Но в метаанализе 2021 года преимущество ЭПР сильно зависело от группы сравнения, а в 8 исследованиях с низким риском предвзятости ЭПР эффективной не оказалась **источники расходятся; Reid et al., 2021**

Сквозной урок: большие эффекты против листа ожидания заметно уменьшаются при сравнении с активными методами и в исследованиях высокого качества **трактовка**. Это стоит помнить каждый раз, когда звучит «доказанный метод». О доказательности КПТ в целом — в выпуске 14.

Нужно ли ждать, пока тревога упадёт

Долгое время считалось, что упражнение работает, только если тревога снизилась. Исследования показали, что это не так, и объяснили почему.

Старое объяснение: привыкание

Габитуация — снижение реакции при повторной встрече с одним и тем же. Логика была такой: человек остаётся в пугающей ситуации, пока тревога не снизится, и в следующий раз её меньше. С этим связана теория эмоциональной переработки (Foa & Kozak, 1986): снижение страха во время сессии и между сессиями считалось признаком успеха **трактовка; Craske et al., 2008; Krause et al., 2022**.

Новое объяснение: ингибиторное научение

В 2008 году Мишель Краск, профессор психологии и психиатрии в UCLA, и её коллеги свели вместе исследования и пришли к неудобному выводу: величина снижения страха к концу упражнения или серии упражнений не предсказывает результат **доказано исследованиями; Craske et al., 2008, 2014**.

Объяснение — **ингибиторное научение** (от «торможение»). Старая связь «метро → опасно» при угашении не стирается, а остаётся нетронутой. Рядом формируется новая связь «метро → безопасно», и они конкурируют. Какая победит в конкретный момент, зависит от места, времени и обстоятельств **доказано исследованиями; Craske et al., 2014**.

Отсюда **возврат страха**. Исследования угашения описывают четыре его варианта **документальный факт; Craske et al., 2014**:

Явление	Что происходит
Спонтанное восстановление	Со временем после угашения страх частично возвращается
Обновление	Страх возвращается в другом месте, чем то, где его «угасили»
Восстановление после стресса	Страх возвращается после неожиданного неприятного события
Быстрое переобучение	Если пугающее снова случилось, страх возвращается быстрее, чем был выучен впервые

Это не провал терапии, а то, как устроена память.

Что из этого следует для практики

- **Цель — проверить ожидание.** Перед упражнением формулируют, чего именно человек боится («у меня будет атака, и я потеряю сознание»), и насколько он в это верит. Окончание упражнения определяется тем, что ожидание опровергнуто, а не снижением страха **доказано исследованиями; Craske et al., 2014**.
- **Показатель в моменте и научение — разное.** «Конец сессии — просто индекс того, что человек выполнил в моменте», — говорит Краск в интервью; научение проверяется позже **со слов автора; SSCP, интервью с М. Краск**.
- **Разнообразие.** Упражнения делают в разных местах, в разное время, в разном порядке: так новая память крепче.

В обзоре 2014 года Краск и коллеги перечисляют стратегии усиления экспозиции **документальный факт; Craske et al., 2014, аннотация**:

1. нарушение ожиданий — строить упражнение так, чтобы как можно сильнее опровергнуть предсказание;
2. углублённое угашение — соединять несколько пугающих стимулов;
3. эпизодическое подкреплённое угашение;
4. удаление сигналов безопасности;
5. вариативность — разный порядок, длительность, стимулы;
6. сигналы, которые помогают вспомнить новое научение;
7. разные контексты;
8. называние чувств словами.

Миф и как на самом деле **Миф:** экспозиция сработала, только если тревога упала. **Как на самом деле:** снижение тревоги во время упражнения не предсказывает результат (Craske et al., 2008, 2014). Важно, что человек узнал. Но это не значит «можно выйти, когда страшно»: упражнение продолжают, пока ожидание не проверено.

Ограничения модели

Многие стратегии проверены в лабораторных и аналоговых исследованиях (на людях без клинического диагноза), а не в крупных клинических испытаниях **трактовка; Krause et al., 2022**. Значительная часть людей не получает клинически значимого улучшения от экспозиции **доказано исследованиями; Craske et al., 2014**. Ряд протоколов, например при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), по-прежнему используют SUDS и снижение тревоги как ориентир. Это сильная научная модель, но не окончательный приговор старой.

Лестница страха: как её строят в терапии

Собирательный пример, чтобы показать логику. Иерархию составляют вместе со специалистом, цифры у каждого свои.

Пример **Пример собирательный, это не история реального клиента.** Около года назад у взрослого человека случилась паническая атака в метро. С тех пор он ездит на такси или автобусе, а если всё же спускается в метро, то только с другом, с бутылкой воды и сидя у дверей. Жизнь сузилась: он отказался от курсов в другом районе и опаздывает на работу.

Сначала разбирают три вещи:

- **чего человек избегает** — метро, особенно в час пик и на длинных перегонах;
- **чего именно боится** — не «метро вообще», а конкретного исхода: «у меня будет атака, я потеряю сознание, и никто не поможет»;
- **какие поведения безопасности использует** — друг рядом, вода, место у дверей, успокаивающая музыка, проверка пульса.

Шкала SUDS: опорные точки

Чтобы оценивать одинаково, договариваются об опорных точках: 0 — лежу дома, всё спокойно; 25 — лёгкое напряжение; 50 — заметная тревога, мешает сосредоточиться; 75 — сильная тревога, хочется уйти; 100 — максимум, который я могу представить.

Десять ступеней

№	Ситуация	SUDS	Ожидание «будет атака и я потеряю сознание», %	Что убираем
1	Посмотреть 5-минутное видео поездки в метро	15	0	—
2	Постоять у входа в станцию 5 минут	25	5	Звонок другу
3	Спуститься в вестибюль, купить билет, постоять 10 минут	35	10	Воду в руке
4	Постоять на платформе, пропустить два поезда	45	20	Наушники
5	Проехать одну станцию вне часа пик с другом	50	25	Друг стоит в другом конце вагона
6	Проехать одну станцию вне часа пик одному	60	35	Место у дверей
7	Проехать три станции одному, стоя в центре вагона	70	45	Проверку пульса
8	Проехать длинный перегон	80	55	Воду в сумке
9	Проехать три станции в час пик	90	65	Все поведения безопасности
10	40 минут в час пик с пересадкой, после бега по лестнице	100	80	Всё + намеренно вызванное сердцебиение

Ступень 10 соединяет два страха: толпу и телесные ощущения. У Краск это называется углублённым угашением **документальный факт; Craske et al., 2014**. Намеренное вызывание телесных ощущений (интероцептивная экспозиция) — часть протоколов при панике; при болезнях сердца, астме, беременности такие упражнения согласуют с врачом **клинический консенсус**.

Как было и как сейчас

	Классическая логика (привыкание)	Логика ингибиторного научения
Порядок	Строго снизу вверх	Обычно с нижних ступеней, но порядок можно менять
Когда заканчивать	Когда тревога заметно снизилась	Когда ожидание проверено; тревога может оставаться высокой
Что считать успехом	«Тревога снизилась»	«Я узнал, что…», «я выдержал»
Что записывать	SUDS до, во время, после	Ожидание до и после и что я узнал
Повторение	В одном месте, пока не станет легко	В разных местах, в разное время

трактовка на основе Craske et al., 2014; Torrents-Rodas et al., 2015

Лист одного упражнения

Для ступени 6, «одна станция одному»:

1. Что я ожидаю? «Начнётся атака, я упаду, никто не поможет».
2. Насколько я в это верю? 35%.
3. Как я пойму, что это случилось? Я окажусь на полу вагона.
4. Что я убираю? Место у дверей, звонок другу.
5. Делаю: захожу, стою в центре, еду одну станцию, выхожу.
6. Что произошло? Сердце колотилось, SUDS 65, я не упал и доехал.
7. Что я узнал? «Сильная тревога неприятна, но не опасна; я могу ехать с ней».
8. Насколько теперь верю в исходное ожидание? 15%.
9. Что дальше? Повторить на другой ветке, затем ступень 7.

Частые ошибки

- Выйти из вагона, как только тревога выросла: так избегание закрепляется.
- Тайно сохранить поведение безопасности («просто держу таблетку в кармане»). Если человек связывает исход с таблеткой, она работает как сигнал безопасности и мешает научению — Краск разбирает именно такой пример **со слов автора; SSCP, интервью с М. Краск**.
- Делать упражнения редко, раз в месяц.
- Считать неудачей день, когда тревога не упала.
- Начинать с самой страшной ступени без подготовки.

Важно **Когда не делать самому.** ПТСР и травматические воспоминания, ОКР, паника с частыми атаками, расстройства пищевого поведения, мысли о самоповреждении — экспозиция только со специалистом, это специализированные протоколы. Если тревога мешает жить больше месяца, а тем более если вы перестали выходить из дома, — это повод обратиться к психотерапевту, при необходимости к психиатру.

Поведения безопасности и поведенческие эксперименты

Поведения безопасности незаметно поддерживают страх. Поведенческий эксперимент — способ проверить убеждение делом.

Поведения безопасности

Поведение безопасности — всё, что человек делает, чтобы страшное не случилось: держать воду, сидеть у выхода, ехать только с подругой, носить таблетку. **Сигнал безопасности** — предмет или человек, рядом с которым спокойнее: другой человек, терапевт, телефон, лекарство, вода **документальный факт; Torrents-Rodas et al., 2015**.

Почему это проблема: человек выучивает не «метро безопасно», а «метро безопасно, если у меня с собой вода». Без воды страх возвращается. Ещё в 1991 году Пол Салковскис показал, что просьба отказаться от поведений безопасности улучшала результат **доказано исследованиями; Salkovskis, 1991, по Craske et al., 2014**.

Но данные не однозначны: часть исследований нашла вред от поведений безопасности, другие — нет **источники расходятся; Torrents-Rodas et al., 2015**. Общая рекомендация: выявить их и убирать — постепенно, чтобы человек не бросил терапию, или сразу, если он готов **клинический консенсус; Craske et al., 2014; Torrents-Rodas et al., 2015**.

Миф и как на самом деле **Миф:** поведения безопасности всегда вредны, и от них надо отказаться немедленно. **Как на самом деле:** исследования противоречат друг другу; обычно их убирают постепенно, в темпе, о котором договорились с терапевтом (Torrents-Rodas et al., 2015).

Поведенческий эксперимент

Поведенческий эксперимент — запланированное действие в сессии или между сессиями, цель которого — получить новую информацию, чтобы проверить убеждение или построить новое. Главное руководство — «Оксфордское руководство по поведенческим экспериментам в когнитивной терапии» (Oxford University Press, 2004); главу о том, как строить эффективные эксперименты, написал Джеймс Беннетт-Леви **документальный факт; Bennett-Levy, 2004**. Текст руководства открыть не удалось, поэтому шаги ниже — общая схема, как её обычно описывают **не проверено по тексту руководства**:

1. Убеждение и вера в него, 0–100%.
2. Конкретное предсказание: что именно случится и как я это пойму.
3. Альтернативное объяснение.
4. План: что, где, когда; какие поведения безопасности уберу.
5. Выполнение.
6. Что произошло на самом деле.
7. Что я узнал; вера в старое и новое убеждение, 0–100%.

Пример Убеждение: «если я задам вопрос на встрече, все решат, что я глупый», вера 80%. Предсказание: «кто-то усмехнётся, начальник посмотрит с раздражением». Эксперимент: задать один вопрос. Результат: двое кивнули, один коллега потом сказал, что хотел спросить то же самое. Вера после — 30%.

Чем эксперимент отличается от экспозиции? Классическая экспозиция была нацелена на привыкание, эксперимент — на проверку убеждения. В модели ингибиторного научения разница почти исчезает: Краск прямо пишет, что её подход пересекается с моделями, где экспозицию используют для опровержения убеждений, хотя и шире их **документальный факт; Craske et al., 2014**. Оба отвечают на вопрос «что мне нужно узнать?».

Ещё один практический вывод: работу с мыслями Краск советует переносить после экспозиции, а не до, чтобы опыт мог удивить **со слов автора; SSCP, интервью с М. Краск**. При этом в одном небольшом исследовании на людях с клаустрофобией работа с мыслями до экспозиции результат не ухудшила **доказано исследованиями, одно исследование; Krause et al., 2022**.

Релаксация и решение проблем

Два старых навыка, которые до сих пор входят в КПТ, но играют не ту роль, которую им отводили раньше.

Релаксация

Прогрессивная мышечная релаксация — по очереди напрягать и расслаблять группы мышц. Её описал врач Эдмунд Джейкобсон в книге «Progressive Relaxation», впервые вышедшей в 1929 году в издательстве Чикагского университета; часто цитируют её издание 1938 года (**документальный факт; Jacobson, 1929, библиографическая запись Center for Research Libraries**). Это другой человек, не Нил Джейкобсон из исследования 1996 года: их часто путают.

Прикладная релаксация (Ларс-Гёран Ёст, 1987; не проверено по первоисточнику) — навык быстро расслабиться в реальной ситуации, который тренируют поэтапно.

Какую роль релаксация играет сегодня:

- как обязательная ступень перед экспозицией — нет: она не усиливает экспозицию (**доказано исследованиями; Craske et al., 2012, по Carona et al., 2023**);
- как самостоятельный метод при генерализованном тревожном расстройстве (ГТР) — да: NICE предлагает на выбор КПТ или прикладную релаксацию, обычно 12–15 еженедельных сессий по часу с обученным специалистом (**клинический консенсус; NICE CG113**). Психотерапия ГТР в целом против контроля даёт g = 0,84; сравнений прикладной релаксации с другими методами мало, и есть признаки, что КПТ эффективнее в долгосрочной перспективе (**доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2014**). О тревожных расстройствах подробно — в выпуске 8.

Решение проблем

Терапия решения проблем — пошаговый метод для реальных проблем: относиться к проблеме как к части жизни, которую можно решать; чётко её сформулировать; придумать варианты без оценки; взвесить плюсы и минусы; выбрать; составить план; выполнить; оценить результат. Метод восходит к статье Д'Зуриллы и Голдфрида «Problem solving and behavior modification» (документальный факт; D'Zurilla & Goldfried, 1971, *Journal of Abnormal Psychology, 78*(1), 107–126; текст статьи не открывался).

Данные при депрессии (**доказано исследованиями; Cuijpers et al., 2018**): 30 испытаний, 3530 участников. Против контроля g = 0,79, но с очень большим разбросом между исследованиями. В 9 исследованиях с низким риском предвзятости — g = 0,34, сопоставимо с другими психотерапиями. В прямых сравнениях метод был чуть лучше других, но авторы допускают, что это эффект приверженности исследователей.

Важное ограничение: решение проблем — для реальных задач, а не для гипотетических «а что если завтра всё рухнет» (**со слов автора; Veale, 2008**).

Зачем КПТ всё время измеряет

Опросники в КПТ нужны не для отчёта, а чтобы видеть, работает ли терапия, и вовремя менять курс.

КПТ строится на измерении с самого начала: шкала депрессии Бека (BDI) появилась в 1961 году (**документальный факт; Beck Institute**). Сегодня это называют **мониторингом результата** (routine outcome monitoring): клиент регулярно заполняет короткий опросник, а терапевт смотрит на динамику. Некоторые системы сравнивают траекторию клиента с ожидаемой и предупреждают, если он «не идёт по курсу».

Помогает ли это

Крупный метаанализ 2021 года (58 исследований, 110 эффектов, 21 699 пациентов) показал: обратная связь по опросникам немного улучшает результат, d = 0,15 (95% ДИ 0,10–0,20); у клиентов, которые «не идут по курсу», d =

0,17. Отсев из терапии тоже немного снижается доказано исследованиями; de Jong et al., 2021. Это малый, но реальный эффект: регулярное измерение не творит чудес, но помогает раньше заметить, что терапия не работает.

NICE при тревожных расстройствах прямо рекомендует использовать регулярные измерения результата и вовлекать клиента в оценку эффективности клинический консенсус; NICE CG113.

Ступени помощи: низкая и высокая интенсивность

Британская государственная служба психологической помощи устроена ступенями. Это объясняет, почему одному человеку предлагают книгу или онлайн-курс с поддержкой специалиста, а другому — сразу курс индивидуальной терапии.

В Англии есть государственная программа психологической помощи NHS Talking Therapies; до января 2023 года она называлась IAPT документальный факт; Nuffield Trust.

Наименее интенсивное подходящее вмешательство

Программа работает по **ступенчатой модели** (stepped care): человеку предлагают наименее интенсивное вмешательство, которое подходит его состоянию клинический консенсус; NHS Talking Therapies Manual, 2024. В рекомендациях NICE при генерализованном тревожном расстройстве это сформулировано так: сначала предлагать наименее инвазивное из эффективных вмешательств клинический консенсус; NICE CG113, 1.2.1. Модель работает в обе стороны: если на низкой ступени человек не выздоравливает, его переводят на курс высокой интенсивности, а если становится уместна менее интенсивная помощь — на ступень ниже. Число сессий при этом не должно ограничиваться произвольно клинический консенсус; NHS Talking Therapies Manual, 2024.

Кто ведёт низкую интенсивность

Низкоинтенсивную помощь проводят **практики психологического благополучия** (Psychological Wellbeing Practitioner, PWP), высокоинтенсивную — **высокоинтенсивные терапевты** (high-intensity therapist, HIT) документальный факт; NHS Talking Therapies Manual, 2024. PWP — не психотерапевты: их готовят по отдельной программе. Например, в UCL обучение длится год: день в неделю в университете и четыре дня работы в службе под супервизией; учат низкоинтенсивным когнитивно-поведенческим вмешательствам в формате управляемой самопомощи для людей с лёгкой и умеренной депрессией и тревогой документальный факт; UCL, описание программы PG Cert. К низкой интенсивности программа относит управляемую самопомощь, цифровую терапию, психообразовательные группы и групповые программы физической активности документальный факт; NHS Talking Therapies Manual, 2024. На практике это в среднем 3,7 встречи против 8,3 сессии высокой интенсивности доказано исследованиями; Robinson, Kellett & Delgadillo, 2020; подробно — в выпуске 4.

Кому сразу нужна высокая интенсивность

По рекомендациям NICE, сразу высокоинтенсивную помощь получают люди с более тяжёлой депрессией, а также с социальным тревожным расстройством и ПТСР: для низкой интенсивности при этих двух состояниях нет сильной доказательной базы клинический консенсус; NHS Talking Therapies Manual, 2024, со ссылкой на NICE. При ОКР низкая интенсивность уместна только при лёгком нарушении клинический консенсус; NICE CG31, подробно — в выпуске 9
.

Форматы: рекомендованные варианты, а не «урезанная КПТ»

При менее тяжёлой депрессии NICE перечисляет среди вариантов **управляемую самопомощь** — печатные или цифровые материалы с поддержкой обученного специалиста очно, по телефону или онлайн, обычно 6–8 встреч — и **групповую КПТ**: обычно 8 сессий, два специалиста, около восьми участников. Варианты выбраны по данным о клинической эффективности и экономической оправданности, а выбор обсуждают с самим человеком клинический консенсус; NICE NG222, в сводке Kendrick et al., 2022. Групповая КПТ в британской программе относится к высокой интенсивности, и вести её должен обученный высокоинтенсивный терапевт. Цифровые варианты

подходят не всем, поэтому их всегда предлагают в ряду других, включая нецифровые; служба должна давать человеку осознанно выбрать формат клинический консенсус; NHS Talking Therapies Manual, 2024.

Миф и как на самом деле **Миф:** самопомощь с поддержкой специалиста, группа и онлайн-курс — «урезанная» КПТ для тех, кому не досталось настоящей терапии. **Как на самом деле:** это отдельные варианты, которые рекомендации NICE предлагают при определённой тяжести состояния клинический консенсус; NICE NG222; NICE CG113. Если они не помогают, человека переводят на ступень выше, а при более тяжёлой депрессии, ПТСР и социальной тревоге начинают сразу с высокой интенсивности клинический консенсус; NHS Talking Therapies Manual, 2024. Подходит ли формат конкретному человеку — вопрос к специалисту трактовка.

Как там измеряют результат

Результат в NHS Talking Therapies считают по двум коротким опросникам:

- **«случай»** — человек с баллом PHQ-9 от 10 или GAD-7 от 8 в начале лечения;
- **выздоровление** — переход из «случая» в начале лечения в «не случай» в конце документальный факт; Moller et al., 2019.

В 2017/18 году выздоровели 50,8% документальный факт; Moller et al., 2019. В мае 2026 года по Англии: выздоровление 50,7%, надёжное улучшение 68,6%, надёжное выздоровление 48,1%; курс за месяц закончили 50 884 человека документальный факт; NHS England, 2026. **Надёжное улучшение** — изменение больше погрешности измерения; в метриках программы это снижение PHQ-9 не меньше чем на 6 баллов или GAD-7 не меньше чем на 4 (документальный факт; IAPT Manual, Appendices and helpful resources, NHS England, 2018, обновл. 2019, табл. 1; MindStep, 2018).

Критика трактовка: «выздоровление» по двум опросникам — упрощение; давление на показатели; заметный разрыв в результатах между бедными и благополучными районами — в 2024/25 году около 40,5% в наиболее и 52,4% в наименее неблагополучных районах документальный факт; Nuffield Trust.

Шкалы: что они меряют и какими можно пользоваться

Опросник показывает, насколько выражены симптомы, но не ставит диагноз. У каждой шкалы свой правовой статус: одни можно свободно использовать, другие защищены.

Три правила

1. **Шкала — не диагноз.** Опросник показывает выраженность симптомов за последний период (у PHQ-9, GAD-7 и WHO-5 — за последние две недели). Диагноз ставит специалист по клиническому интервью. Об этом пишут и сами правообладатели: низкий результат WHO-5 — повод для дальнейшей оценки документальный факт; BO3, WHO-5; PSS не диагностическая шкала и не имеет порогов документальный факт; PhenX; PCL-5 не заменяет структурированного интервью документальный факт; ISTSS.
2. **Смотрят на динамику, а не на одну точку.** Высокий балл — повод обратиться к специалисту; низкий балл не отменяет обращения, если вам плохо.
3. **Пункты защищённых шкал не публикуют.** Их можно назвать и описать своими словами.

Важно **Девятый пункт PHQ-9** спрашивает о мыслях о смерти или о самоповреждении. Любой ответ, кроме «ни разу», — повод сразу поговорить со специалистом клинический консенсус. Если такие мысли есть сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Шкалы, которые свободны для использования

Шкала	Что показывает	Пунктов и баллы	Как читать	Статус
PHQ-9	Выраженность симптомов депрессии	9 пунктов, 0–27	5 / 10 / 15 / 20 — лёгкая / умеренная / умеренно тяжёлая / тяжёлая (Kroenke et al., 2001)	Свободна: разрешение не нужно для воспроизведения, перевода, показа и распространения (phqscreeners.com, по CamCOPS)
PHQ-2	Короткий скрининг депрессии	2 пункта	Только первичный скрининг; при положительном результате — PHQ-9 и специалист	Свободна (то же заявление)
GAD-7	Выраженность тревоги	7 пунктов, 0–21	5 / 10 / 15 — лёгкая / умеренная / тяжёлая (Spitzer et al., 2006)	Свободна (то же заявление)
WHO-5	Благополучие	5 пунктов, 0–25 (×4 = 0–100)	Сырой балл ниже 13 — низкое благополучие, повод для дальнейшей оценки (ВОЗ)	Некоммерческое использование по лицензии CC BY-NC-SA 3.0 IGO (ВОЗ)
PSS-10	Воспринимаемый стресс	10 пунктов	Порогов нет, смотреть на динамику	Без разрешения для некоммерческих академических и образовательных целей (PhenX)

Насколько точны пороги **доказано исследованиями**:

- **PHQ-9.** В исследовании 6000 пациентов (580 из них дополнительно опросил специалист) балл от 10 выявлял большую депрессию с чувствительностью 88% и специфичностью 88% (Kroenke et al., 2001). Чувствительность — доля людей с расстройством, которых тест находит; специфичность — доля людей без расстройства, которых тест правильно не отмечает.
- **GAD-7.** Балл от 10 выявлял ГТР с чувствительностью 89% и специфичностью 82% (Spitzer et al., 2006). Но тот же порог срабатывает и при панике (74% / 81%), социальной тревоге (72% / 80%) и ПТСР (66% / 81%) (Kroenke et al., 2010, по CamCOPS). Поэтому GAD-7 — общий индикатор тревоги, а не «тест на ГТР» **трактовка**.

Откуда свобода PHQ-9 и GAD-7. Их разработали Роберт Спитцер, Джанет Уильямс и Курт Кроенке при поддержке Pfizer; в 2010 году компания открыла к ним доступ «без ограничений авторского права и бесплатно», с переводами почти на 80 языков **документальный факт; Pfizer, 2010; News-Medical, 2010**. Насколько хорошо проверена каждая конкретная русская версия, для этого конспекта не проверялось.

Шкалы, которые нельзя просто скачать и выложить

Шкала	Что меряет	Почему нельзя
BDI-II (Beck, Steer, Brown, 1996)	Депрессию, 21 пункт	Продаёт Pearson специалистам с подтверждённой квалификацией (уровень B), бланки платные **документальный факт; Pearson**
BAI (Beck et al., 1988)	Тревогу, 21 пункт	«Beck Anxiety Inventory» и «BAI» — зарегистрированные товарные знаки Pearson; уровень B, бланки платные **документальный факт; Pearson**
Y-BOCS (Goodman et al., 1989)	Тяжесть ОКР; это клиническое интервью	Распространение без отдельного разрешения не допускается **документальный факт; CamCOPS**
ISI (Morin; Bastien et al., 2001)	Тяжесть бессонницы, 7 пунктов	Правообладатель — проф. Ч. Морен, разрешения через Mapi Research Trust **документальный факт; ePROVIDE**
WSAS (Mundt et al., 2002)	Насколько проблема мешает работе и жизни, 5 пунктов	Авторское право И. Маркса; воспроизведение без ясного разрешения не допускается **документальный факт; CamCOPS**
K10 (Kessler et al.)	Психологический дистресс, 10 пунктов	«All rights reserved»; неограниченное использование явно разрешено только для переводов **документальный факт; Harvard Medical School**
EDE-Q 6.0 (Fairburn & Beglin, 2008)	Симптомы расстройств пищевого поведения, 28 вопросов	Свободна только для некоммерческих исследований; тема требует бережной подачи, без самотестирования **документальный факт; CREDO Oxford**
PCL-5 (Weathers et al., 2013)	Симптомы ПТСР, 20 пунктов	Свободна как работа правительства США, но адресована специалистам и исследователям; тема травмы — не для формата «пройдите сами» **документальный факт; ISTSS; CamCOPS**

Миф и как на самом деле **Миф:** опросник поставит диагноз, а шкалу Бека можно скачать и выложить. **Как на самом деле:** шкала — инструмент скрининга и наблюдения за динамикой, диагноз ставит специалист. BDI-II защищён авторским правом и продаётся специалистам; для открытого использования есть PHQ-9 и GAD-7.

Как пользоваться шкалой осмысленно

Если вы заполняете свободную шкалу, например вместе со специалистом:

1. заполнять в одно и то же время, например раз в две недели;
2. записывать дату и балл, смотреть на динамику;
3. отвечать за последние две недели, а не за сегодняшний день;
4. если балл растёт или выше порога «умеренно» — обратиться к специалисту;
5. взять результаты на консультацию: специалисту это полезно.

Попробуйте: одно отложенное дело

Упражнение на одну минуту, чтобы почувствовать принцип «действие по плану, а не по настроению». Это не лечение и не замена специалисту.

Пример **Одно дело, один шаг, одно время.**

1. Выберите одно дело, которое откладываете больше недели.
2. Найдите самый маленький его первый шаг: открыть файл, написать одну строку, договориться о времени звонка.
3. Назначьте этому шагу время на завтра, как встречу.
4. До и после оцените от 0 до 10, насколько тяжело и какое настроение.

Так в поведенческой активации проверяют связь между действием и настроением: не ждать, «когда захочется», а сделать маленький шаг и посмотреть, что изменилось.

Важно **Чего не делать.** Не используйте упражнение вместо лечения. Если вам тяжело уже несколько недель подряд, если пропал интерес почти ко всему или появились мысли о том, что не хочется жить, — обратитесь к психологу, психотерапевту или психиатру; при острых мыслях о самоповреждении — в раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Проверьте себя и что запомнить

Короткие вопросы с ответами, а затем главное одной страницей.

Проверьте себя

1. **Что показал разбор когнитивной терапии на компоненты в 1996 году?** — Полная терапия не превзошла ни одну поведенческую активацию, ни активацию с работой над мыслями; негативное мышление изменилось одинаково.
2. **Почему вывод «поведенческая активация лучше антидепрессантов» неверен?** — Он опирается на одно исследование 2006 года; повторный анализ данных 1996 года преимущества при тяжёлой депрессии не нашёл.
3. **Что такое TRAP и TRAC?** — Событие → реакция → избегание (ловушка) и событие → реакция → другой способ справиться (колея).
4. **Почему снижение тревоги во время экспозиции — плохой показатель?** — Оно не предсказывает результат: старая память не стирается, важно новое научение, которое проверяется позже.
5. **Когда заканчивают упражнение в логике ингибиторного научения?** — Когда ожидание проверено, даже если тревога ещё высокая.
6. **Чем поведенческий эксперимент отличается от экспозиции?** — Цель эксперимента — проверить конкретное убеждение; в современной модели экспозиции они сближаются.
7. **Какие шкалы можно свободно использовать, а какие защищены?** — PHQ-9, PHQ-2, GAD-7 — свободно; WHO-5 и PSS-10 — некоммерчески; BDI-II, BAI, Y-BOCS, ISI, WSAS — защищены.
8. **Почему девятый пункт PHQ-9 требует особого внимания?** — Он о мыслях о смерти или самоповреждении; любой ответ, кроме «ни разу», — повод сразу обратиться к специалисту.

Что запомнить

- Поведенческие техники меняют состояние через действие и опыт; общий враг и при депрессии, и при тревоге — избегание.

- Поведенческая активация — самостоятельный метод с хорошими данными и местом в рекомендациях NICE, но не «лучше таблеток».
- Экспозиция работает как новое научение: важно проверить ожидание и убрать поведения безопасности, а не дождаться облегчения.
- Страх может вернуться, и это не провал, а свойство памяти; поэтому упражнения повторяют в разных местах и в разное время.
- Расслабление не усиливает экспозицию, но при ГТР прикладная релаксация — самостоятельный метод.
- Регулярное измерение немного улучшает терапию; шкала — не диагноз; у каждой шкалы свой правовой статус.
- Ступенчатая модель: начинают с наименее интенсивного подходящего варианта и переходят выше, если он не помогает; самопомощь с поддержкой и группа — рекомендованные форматы, а не замена «настоящей» терапии.
- Тяжёлые состояния, травма, ОКР, частые панические атаки, расстройства пищевого поведения — только со специалистом.

Источники

1. Baas, K. D., & Ruhé, H. G. (2007). Gedragsactivatie is effectief bij de behandeling van depressie [реферат Dimidjian et al., 2006]. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 49*(6), 411. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/2/articles_1642pdf.pdf
2. Bennett-Levy, J. (2004). Devising effective behavioural experiments. In *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford University Press. doi:10.1093/med:psych/9780198529163.003.0002
3. Buyck, D. (2002). Review: Depression in Context (Martell, Addis, Jacobson, 2001). *Primary Care Companion J Clin Psychiatry, 4*(5), 201. https://psychiatrist.com/read-pdf/24563
4. Carona, C., Ramos, K., & Salvador, C. (2023). Psychotherapy by reciprocal inhibition: Wolpe's unique legacy. *BJPsych Advances, 29*, 218–222. https://www.cambridge.org/core/product/A34DE39AC4C20EA598209C8150F9117F/core-reader
5. Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety, 35*(6), 502–514.
6. Carvalho, J. P., et al. (2011). The Reward Probability Index: Design and validation of a scale measuring access to environmental reward. *Behavior Therapy, 42*(2), 249–262.
7. CamCOPS documentation (University of Cambridge): PHQ-9, GAD-7, Y-BOCS, WSAS, PCL-5, EDE-Q. https://camcops.readthedocs.io/
8. Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 5–27.
9. Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 10–23. doi:10.1016/j.brat.2014.04.006. https://escholarship.org/content/qt5x26t4nd/qt5x26t4nd.pdf
10. Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(3), 318–326. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.001
11. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*, 130–140.
12. Cuijpers, P., de Wit, L., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Ebert, D. D. (2018). Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *European Psychiatry, 48*(1), 27–37.
13. de Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A. V., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 85*, 102002. https://research.vu.nl/en/publications/using-progress-feedback-to-improve-outcomes-and-reduce-drop-out-t/
14. Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 74(4), 658–670. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658

5. Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 468–477.
6. Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression: An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS ONE, 9*(6), e100100.
7. Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295–304. doi:10.1037/0022-006X.64.2.295
8. Krause, K. L., Koerner, N., & Antony, M. M. (2022). Cognitive restructuring before versus after exposure. *Behavior Modification, 46*(6), 1432–1459.
9. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613.
10. Leonard, R., & McCullars, A. (2020). Treating depression during COVID-19: Building connections and increasing engagement. Rogers Behavioral Health (вебинар).
11. Lorenzo-Luaces, L., & Dobson, K. S. (2019). Is behavioral activation (BA) more effective than cognitive therapy (CT) in severe depression? A reanalysis of a landmark trial. *International Journal of Cognitive Therapy, 12*, 73–82. https://link.springer.com/article/10.1007/s41811-019-00044-8
12. The Mental Elf (2016). Behavioural activation not inferior to CBT for depression: the COBRA RCT. https://www.nationalelfservice.net/treatment/cbt/behavioural-activation-not-inferior-to-cbt-for-depression-the-cobra-rct/
13. MindStep (2018). Table 1: outcome definitions. *BMC Psychiatry*. https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1987-1/tables/1
14. Moller, N. P., Ryans, G., Rollings, J., & Barkham, M. (2019). The 2018 UK NHS Digital annual report on the IAPT programme: A brief commentary. *BMC Psychiatry, 19*, 252.
15. NHS England / NHS Digital (2026). NHS Talking Therapies monthly statistics, performance May 2026: outcomes. https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-talking-therapies-monthly-statistics-including-employment-advisors/performance-may-2026/outcomes
16. NICE (2011, обновлено). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113). https://www.nice.org.uk/guidance/cg113
17. NICE (2022). Depression in adults: treatment and management (NG222). https://www.nice.org.uk/guidance/ng222
18. NIHR Evidence (2016). Simpler, cheaper therapy — behavioural activation can be as good as CBT for treating depression. https://evidence.nihr.ac.uk/alert/simpler-cheaper-therapy-behavioural-activation-can-be-as-good-as-cbt-for-treating-depression/
19. Nuffield Trust. NHS Talking Therapies (IAPT) programme. https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/improving-access-to-psychological-therapies-iapt-programme
30. Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*.
31. Pfizer (2010). Pfizer to offer free public access to mental health assessment tools to improve diagnosis and patient care. https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer_to_offer_free_public_access_to_mental_health_assessment_tools_to_improve_diagnosis_and_patient_care
32. Pearson Assessments: Beck Anxiety Inventory; Beck Depression Inventory-II (страницы продукта).
33. PhenX Toolkit. Perceived Stress (protocol 180801). https://www.phenxtoolkit.org/protocols/view/180801
34. Reid, J., Laws, K., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry* (по изложению в BJPsych Open).
35. Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., et al. (2016). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet, 388*(10047), 871–880.

6. Ruggiero, G. M., Spada, M. M., Caselli, G., & Sassaroli, S. (2018). A historical and theoretical review of cognitive behavioral therapies. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 36*, 378–403.
7. Society of Clinical Psychology (SSCP). Transcript of «Maximizing Exposure Therapy for Anxiety Disorders» — interview with Michelle Craske. https://sscpweb.org/page-18148
8. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097.
9. Torrents-Rodas, D., Fullana, M. A., Vervliet, B., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T., & Craske, M. G. (2015). Maximizar la terapia de exposición: un enfoque basado en el aprendizaje inhibitorio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20*(1), 1–24.
0. Vanderkruik, R., & Whisman, M. A. (2021). A cross-cultural examination of pleasant events and depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychology, 77*, 1384–1393.
1. Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment, 14*, 29–36. doi:10.1192/apt.bp.107.004051
2. Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 1021–1037.
3. World Health Organization. WHO-5 Well-Being Index (лицензия CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
4. Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression*. Wiley (не открывалась).
5. Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. W. W. Norton.
6. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. «To do so much»: Neil S. Jacobson, 23 February 1949 – 2 June 1999 (некролог). https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive-psychotherapy/article/to-do-so-much-neil-s-jacobson-23-february-1949-2-june-1999/9B704BA2FD7B2ECB26C5A3ECC0E8DEF4
7. NHS England (2024). NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual (v7; впервые опубликовано в 2018). https://england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/NHS-talking-therapies-manual-v7-1.pdf
8. Kendrick, T., Pilling, S., Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Ruane, C., Eadon, H., & Kapur, N. (2022). Management of depression in adults: Summary of updated NICE guidance. BMJ, 378, o1557. https://discovery.ucl.ac.uk/10152602/3/Mavranezouli_BMJ%20NICE%20Depression%20summary%20accepted.pdf
9. NICE (2011, обновл.). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113), рекомендации 1.2.1, 1.2.14. https://nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/1-guidance
0. NICE (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment (CG31) — по OCD-UK: https://www.ocduk.org/nice-guidelines-for-the-treatment-of-ocd/
1. Robinson, L., Kellett, S., & Delgadillo, J. (2020). Dose-response patterns in low and high intensity cognitive behavioral therapy for common mental health problems. *Depression and Anxiety, 37*(3), 285–294. https://eprints.whiterose.ac.uk/154899/1/CBT_Dose_Response_pre-print_2019.pdf
2. UCL. Low Intensity Cognitive Behavioural Interventions for Common Mental Health Problems PG Cert (описание программы подготовки PWP). https://www.ucl.ac.uk/prospective-students/graduate/taught-degrees/low-intensity-cognitive-behavioural-interventions-common-mental-health-problems-pg

Если нужна помощь прямо сейчас

Если жизни угрожает опасность, звоните в экстренную службу: 112 в большинстве стран, 911 в США и Канаде, 999 в Великобритании, 000 в Австралии. Линии поддержки по странам — на странице **Помощь**.

Источники изображений

На этой странице нет чужих изображений.