

The key characteristics of the cognitive-behavioral therapy as a performance factor in the psychological practice

Ключові характеристики когнітивно-поведінкової терапії як чинник результативності у психологічній практиці

Mariya Arkhangelska, PhD Candidate of Psychological Sciences, Laboratory of Cognitive Psychology, Institute of Psychology named after G.S.Kostyuk, NAES of Ukraine

Марія Архангельська, аспірантка, лабораторія когнітивної психології, Інститут психології ім. Г.С. Костюка, НАПН України

mracineux11@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-7098-9894>

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is a modern, pragmatic, evidence-based psychotherapeutic approach. Numerous studies have proven the effectiveness of CBT in the treatment of depression, anxiety disorders, eating disorders and personality disorders. CBT is used along with the pharmacological treatment of schizophrenia, bipolar disorder, and other mental disorders.

The research focuses on the main characteristics of cognitive-behavioral therapy, such as therapeutic relationship, conceptualization, psychoeducation, and relapse prevention, which are essential for therapeutic performance.

The ways of reflection development are outlined, the difficulties encountered by a CBT therapist are identified. An evaluation form of the implementation of key components of CBT in practice is proposed, which includes a list of questions for sessions planning and the therapeutic plan development.

Keywords: fundamentals of cognitive-behavior therapy (CBT), principles, conceptualization, therapeutic relationships, psychoeducation, reflection, relapse prevention

Анотація

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є сучасним, прагматичним, науково-обґрунтованим психотерапевтичним напрямом. Численними дослідженнями доведено ефективність когнітивно-поведінкової психотерапії у лікуванні депресії, тривожних розладів, розладів харчової поведінки та розладів особистості. КПТ застосовується разом з медикаментозною терапією при лікуванні шизофренії, біполярного розладу та інших психічних розладів.

У статті наведено основні характеристики когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), такі як терапевтичні відносини, концептуалізація, психоедукація, керування рецидивами, які є ключовими для результативного проведення терапії.

Позначено шляхи розвитку рефлексії, виявлено труднощі, з якими зустрічається психолог, який консультує у методі КПТ. Запропоновано форму оцінки впровадження ключових компонентів КПТ, яка включає перелік питань для планування сесії та розробки терапевтичного плану.

Ключові слова: основні характеристики когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), принципи, концептуалізація, терапевтичні відносини, психоедукація, рефлексія, керування рецидивами.

Вступ

В умовах війни, погіршення соціально-економічного благополуччя та психічного здоров'я в Україні збільшується потреба в ефективних методах психологічного консультування та психотерапії. Багато людей виявилися не готовими до колосальних негативних змін та викликів воєнного часу. Актуальним стає формування життєстійкості, адаптації, гнучкості, а також прийняття невизначеності.

Згідно з когнітивним принципом КПТ саме інтерпретація події, а не сама подія впливають на емоції та поведінку людини (Kennerly et al., 2016). На підставі цієї ідеї розвивається когнітивно-поведінковий психотерапевтичний підхід, що надає допомогу людям, які переживають потрясіння та труднощі психологічного характеру. Одним із ключових завдань у КПТ є корекція дисфункціональних

переконань, що дозволяє змінити ставлення до проблемних реакцій та коригувати неадаптивну поведінку.

Історія розвитку КПТ характеризується трьома послідовними етапами, або «хвилями». Перший етап – біхевіоральний (1950–1980 рр.), другий – когнітивний (1980–1990 рр.) та третій етап «емоційної хвилі» триває з 1990 року до теперо часу. Техніки, розроблені під час першої та другої хвилі розвитку КПТ важливо розглядати як ресурс, який доповнений прийомами та методами третьої хвилі, сфокусованої на емоційному регулюванні (Cottraux, 2020).

Глибоке розуміння теоретичних основ, характеристик та принципів КПТ розширює можливості терапевта, дозволяє при роботі з різними пацієнтами вибирати найбільш підходящі стратегії та плани терапії, техніки та прийоми.

Мета дослідження охарактеризувати ключові складові КПТ, які впливають на результативність терапії та є необхідними для практики. Запропонована оціночна форма ключових компонентів КПТ, як інструмент самоперевірки, сприяє розвитку рефлексії та навичок психолога, що консультує у методі КПТ.

Методи та методики дослідження

В дослідженні застосовано наукові методи аналізу, систематизації, узагальнення актуальних міжнародних літературних джерел, а також власного досвіду КПТ-консультування, участі в професійних групах КПТ фахівців.

Результати

Останнім часом, у період війни, ми часто стикаємося з питанням, як зберегти можливість плідно діяти у важких життєвих обставинах. Саме ті стратегії які передбачають включення розумових процесів, аналіз ситуації, ресурсів, особливостей зовнішньої ситуації, є найбільш продуктивними і дозволяють людині шукати вихід із складної ситуації. У формуванні життєстійкості Чепелева Н.В. виділяє активний пошук смислів, рефлексію,

оволодіння новими видами діяльності (Чепелева, 2024). Процесуально-сміслова модель розвитку життєвої компетентності особистості Рудницької С.Ю. включає рівень складності життєвих ситуації, ступінь її осмислення особистістю, типи життєвих задач, стратегії формування образу бажаного результату, провідні смислові ресурси особистості (Рудницька, 2023). Чотирикрокова КПТ модель формування резилієнтності Падескі К. припускає, що кожна людина може використовувати свої сильні сторони, для того, щоб справлятися з труднощами та досягати бажаних результатів (Padesky & Mooney, 2012).

Психотерапевтичний підхід КПТ зосереджений на рефлексії, розвитку навичок аналізувати своє мислення, давати об'єктивну оцінку ситуацій. Засновник КПТ, Аарон Бек, вивчаючи хворих, які страждали на депресію в 1960-х роках, виявив, що у його пацієнтів є потік негативних думок про себе. Допомагаючи своїм пацієнтам вивчати та оцінювати дисфункціональні думки та реакції на них, А. Бек виявив наявність автоматичних думок депресивного та тривожного змісту. Таким чином, в основі методу КПТ лежить завдання допомогти людині в об'єктивній оцінці реальності, виявлення патернів мислення про себе, навколишній світ і майбутнє.

Вперше ефективність когнітивної терапії депресії була доведена за допомогою рандомізованого дослідження пацієнтів із депресією А. Бека та його колег у 1977 році (Beck et al., 1979). Спочатку розроблені для лікування депресії методи КПТ були адаптовані для групи тривожних розладів, а далі для розладів харчової поведінки, зловживання психоактивними речовинами, розладів особистості.

В даний час КПТ активно розвивається, а дослідження в цій галузі дозволяють продовжувати вивчення когнітивних процесів при психічних розладах, збагачувати клінічну практику та шукати новизну. В основі КПТ лежить когнітивна модель, яка показує взаємозв'язок думок, емоцій, фізіологічних симптомів та поведінки. Когнітивно-поведінковий підхід заснований на важливій властивості людини - здатності мислити та аналізувати своє мислення. Наше мислення формує реальність навколо нас, здатне

спотворювати її, впливає на формування катастрофізації, підвищеної тривожності, безвиході, чи апатії. Ми можемо розглядати інтерпретацію будь-якої події як індивідуальну, ідеосинкретичну конструкцію реальності, на підставі якої виносяться суб'єктивні судження.

У когнітивно-поведінковому підході проблеми людини розглядаються в ракурсі інтерпретації реальності, яка нерідко базується на невірних уявленнях, що склалися в дитинстві та у процесі формування особистості. За допомогою психотерапії проводиться пошук помилкових стратегій мислення та освоєння альтернативного, більш комфортного способу сприйняття навколишнього світу (Beck, 2005; Clark & Beck, 2011).

Котро Ж. позначив такі основні етапи проведення когнітивно-поведінкової терапії: діагностика, мотивація до зміни, взаємовідносини співпраці терапевта та пацієнта, терапевтичний альянс, обстеження та формулювання, психоедукація та визначення мети терапії, підготовка терапевтичної програми, оцінка результатів терапії. На етапі мотивації до змін, Котро виділяє опір пацієнтів до терапії (Cottraux, 2020; Cottraux & Blackburn, 2006). Разом з тим опір є природним при швидких змінах, і важливо звернути увагу на психологічні захисні механізми, а також існування таких копінг-стратегій, як уникнення, які можуть бути звичним способом пацієнта справлятися з труднощами.

За Бек Д. серед принципів КПТ формулювання проблеми пацієнта, що доповнюється протягом терапії, створення терапевтичного альянсу, співпраця терапевта і пацієнта, активна участь пацієнта, орієнтованість на результат, фокусування на те, що відбувається в сьогодні, попередження рецидивів і навчання пацієнта бути самому собі терапевтом, обмеженість терапії в часі (6-14 сесій), структурованість сесій, виявлення та оцінка пацієнтами своїх дисфункціональних думок, використання низки технік, які допомагають змінювати хід думок та поведінку (Beck, 2011).

Серед базових принципів КПТ виділяють когнітивний – індивідуальна інтерпретація події, поведінковий – вплив поведінки на думки та дії, континууму – розгляд ступеня виразності процесу чи явища, тут і тепер – фокус уваги на

поточній проблемі, інтерактивній системі – емоцій поведінки із зовнішнім середовищем, емпіричний – застосування науково-доказових методів у теорії та терапії (Kennerly et al., 2016).

Елементи терапевтичних відносин у КПТ включають навички консультування та слухання терапевта, емпатію та виражене схвалення, позитивне підтвердження. Важливим є отримання зворотного зв'язку, довіра клієнта та взаємна повага. Палаццо Д. у побудові терапевтичних взаємин виділяє емпатію, автентичність та доброзичливість (Palazzolo, 2021). Бек А. у терапевтичних відносинах з пацієнтами відзначає тепле ставлення, емпатію та щирість (Beck et al., 1979). Вирішальну роль грає сприйняття терапевта пацієнтом, а прийняття пацієнта терапевтом передбачає безоцінне ставлення до людини, заохочення вільного вираження почуттів (Bouvet, 2020).

Деякі дослідники вважають, що терапевтичні відносини – це не лише необхідна умова ефективної практики КПТ, це «серце і душа» всіх ефективних психотерапевтичних методів (Okamoto et al., 2019). У структурованому методі КПТ існує ризик зневаги до терапевтичних відносин і, разом з тим, мало вивчено дострокове припинення терапії в модальності КПТ порівняно з іншими модальностями. Дострокове закінчення терапії може бути пов'язане з різними проблемами, наприклад, клієнти не можуть досягти намічених цілей, можуть не отримувати користь від терапії, або можуть мати фінансові причини для припинення терапії.

Емпіризм співпраці передбачає партнерські відносини, в ході яких пацієнт і терапевт працюють над когніціями, аналізуючи, висловлюють здогади щодо адекватності, користі, підбирають докази гіпотез, розбирають як функціонують стереотипи мислення. Для підтримки спільної співпраці та терапії клієнтам ставлять Сократівські питання, які пропонують оцінити ступінь свого прогресу, досягнення цілей терапії, задоволеність та якість життя, обговорити спостереження про зміни в собі (De Mey-Guillard, 2004).

Окрему увагу з характеристик КПТ слід приділити керованому відкриттю. Воно засноване на систематичних питаннях і емпатичному слуханні,

виділенні корисних ідей і коротких пояснень. Сократівські питання допомагають вести клієнта шляхом більшої усвідомленості та кращого розуміння своєї проблеми, своїх очікувань та своєї особистості. Переформулювання використовується для розвитку самодослідження, сприяє підтримці терапевтичного альянсу. Кероване відкриття спрямоване на поліпшення в раціональному мисленні та адаптивній поведінці. Разом з тим необхідно визнати зусилля, вкладені в терапію, висловити відповідний ступінь довіри до пацієнта.

Діагностичний етап та формування концептуалізації клінічного випадку є невід'ємною частиною компетентної практики КПТ (Beck, 2011; Bouvet, 2020). У КПТ концептуалізація є одним із ключових навичок терапевта, вона описує і пояснює проблеми, про які пацієнт повідомляє під час лікування. Концептуалізація узагальнює переживання пацієнта, нормалізує його переживання, сприяє залученню, постановці цілей і завдань, формуванню плану терапії. Концептуалізація спрямовує терапію на зниження стресу та підвищення стресостійкості.

Колаковський А., Павелчик А. представили метод навчання концептуалізації КПТ терапевтів, заснований на аналізі літературних та казкових персонажів. В інтерпретації таких казкових героїв як Червона Шапочка, Бридке каченя, Білосніжка та Попелюшка можна відзначити формування дезадаптаційної та компенсаторної схеми внаслідок раннього дитячого досвіду (Kołakowski & Pawełczyk, 2010).

Когнітивну концептуалізацію зображують у формі діаграми, яку складають спільно клієнт і терапевт, і яка ілюструє психологічні проблеми клієнта. Концептуалізація визначає, що відбувається у клієнта і призначена до виявлення психопатології у вигляді когнітивних і поведінкових сильних та слабких сторін. Це мінлива гіпотеза, яка розвивається, і її доповнюють по проходженню терапії. Формування концептуалізації зосереджено на виявленні когнітивних, емоційних, фізіологічних та поведінкових взаємозв'язків та їх наслідків. Концептуалізація подібна до схеми «А-В-С» у раціонально-емоційно-

поведінковій терапії Елліса та «аналізу поведінкового ланцюжка» у діалектичній поведінковій терапії Лайнен (Easden & Kazantzis, 2017).

Найчастіше згадуваною перешкодою на шляху до успішних результатів лікування психічних розладів, і також розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, вважається повернення до колишньої поведінки, чи «рецидив». Сам термін «рецидив» використовується для позначення повернення до попереднього рівня симптоматичної поведінки. Рецидиви нерідко трапляються при депресії, зловживанні психоактивними речовинами, шизофренії, манії, розладах харчової поведінки та тривожних розладах (Hunter-Reel et al., 2009).

Робота з рецидивами є важливою характеристикою у КПТ практиці. Протягом усього курсу терапії клієнт вчиться сам бути терапевтом, щоб далі справлятися з рецидивами самостійно, без допомоги терапевта. Для цього необхідно не тільки зрозуміти модель КПТ, а й звернути увагу на практичний досвід та рефлексію. Саме теорія навчання дорослих Левіна та Кольба допомагає виділити важливі складові циклу навчання дорослих: досвід, спостереження, рефлексія та планування (Kennerly et al., 2016). Ці чотири елементи важливо уявити пацієнтові у формі Сократівського діалогу, а також включення до рольових ігор та поведінкових експериментів, постановки цілей та планування завдань. Необхідно розвивати здатність аналізу проблемної поведінки та формувати індивідуальний набір необхідних навичок.

Модель попередження рецидиву для пацієнтів з алкогольною залежністю Уітківич К., Марлатт А. допускає кілька змін ризиків рецидиву, хронічну вразливість до рецидиву, безпосередні фактори, що викликають рецидив (Witkiewitz & Marlatt, 2007). Важливо визначити, які фактори ризику відіграють ключову роль у прогнозуванні складності процесу рецидиву, а також вивчити вплив соціальних факторів на внутрішньоособистісні процеси, що сприяють рецидивам (Hunter-Reel et al., 2009; Neenan & Dryden, 2015). Серед психотерапевтичних напрямків для онкологічних хворих крім психодинамічного, інтегративного та екзистенціального підходів, відзначають управління страхом рецидиву за допомогою стратегій третьої хвилі КПТ, АСТ, терапія прийняття та

відповідальності, а також значення надається оптимізації спілкування між пацієнтами та медичними працівниками, EMDR (денсипілізація та переробка рухом очей) для реагування на психотравмуючі ситуації (Dolbeault et al., 2022).

Термін «психоедукація» з'явився нещодавно, а перші згадки у науковій сфері про нього є у 1980-х роках. Психоедукація передбачає надання інформації пацієнту про конкретний психічний розлад та його особливості, для того, щоб краще справлятися з ним. Таким чином, психоедукація сприяє підвищенню почуття особистої ефективності та розширенню можливостей людей з психічними розладами, що є необхідним для їх одужання (Weiner & Lachaux, 2022).

Розвиток психоедукації починається з появою програм психоедукації в реабілітації, в рамках поведінкової та когнітивної терапії із завданням запобігти виникненню рецидиву. Психоедукація в КПТ спрямована на зниження переважної тривоги, нормалізації, валідації, збалансованості самооцінки, зняття стигми психічного розладу. Це важливий аспект КПТ, якому приділяється окрема увага залежно від діагностичних результатів у моделі КПТ та самого діагнозу (Wright, 2006).

У 1980 році Керол Андерсон та її колеги у Сполучених Штатах опублікували первинне дослідження, яке вперше продемонструвало терапевтичну важливість психоедукаційних підходів у лікуванні шизофренії. У своєму дослідженні вони показали, що незалежно від дотримання режиму лікування, психоедукація, запропонована сім'ям людей із шизофренією, дозволила знизити кількість рецидивів на 30-40% протягом одного року (Anderson et al., 1980).

У дослідженні Аврамчука О., Острижко Ю. психоедукація на базі протоколу КПТ з використанням односесійної віртуальної експозиції зарекомендувала себе ефективним способом у зниженні страху студентів у публічних виступах (Аврамчук & Острижко, 2020).

Психоедукація є важливим етапом протягом перших кількох сесій психотерапії у лікуванні обесивно-компульсивного розладу. Особлива увага приділяється діагностичним критеріям ОКР, пояснення когнітивно-поведінкової

моделі розвитку та підтримки симптомів ОКР, а також обґрунтування експозиції та попередження реакціям (Van Norpen et al., 2021).

У дослідженні програм КПТ із психоедукації для пацієнтів з біполярним розладом I типу, що проводяться в психотерапевтичному центрі СММЕ госпіталю Сент-Анн у Парижі, взяли участь двісті дванадцять пацієнтів з біполярним розладом I типу. Основними клінічними результатами були психологічна стабілізація депресії (дисфункціональні переконання, самооцінка) та стабілізація якості життя (соціальні відносини). У пацієнтів з біполярним розладом, незважаючи на фармакологічне лікування, що регулює настрій, спостерігаються рецидиви з сильними психосоціальними наслідками (Mirabel-Sarron et al., 2015).

Згідно з дослідженням, яке проводилося в Квебеку, Канаді, за допомогою пошукового списку досліджень Medline, опублікованих у період з 1971 по 2005 рік, методи психоедукації мають тенденцію покращувати знання про захворювання пацієнтів з біполярним розладом. У значної частини пацієнтів із біполярним розладом спостерігаються рецидиви настрою та зміни у соціально-професійній сфері. КПТ має тенденцію зменшувати симптоми депресії та знижувати ризик маніакального чи депресивного рецидиву. Пацієнти з біполярним розладом отримують користь від психоедукації КПТ, що доповнює фармакологічне лікування (Khazaal et al., 2006).

Робота з автоматичними думками є найважливішим інструментом у когнітивно-поведінковій терапії. Спільний з пацієнтом аналіз автоматичних думок дозволяє проникнути в глибинні когнітивні структури, що погано усвідомлюються, такі як вірування, установки, які часто призводять до спотворення реальності (Cottraux & Blackburn, 2008 ; Fenn & Byrne, 2013). Необ'єктивна інтерпретація веде до різних психічних порушень. Поняття когнітивної схеми А. Бека дозволило розробити технологію діагностики та переробки продуктів неадекватної концептуалізації. Когнітивні спотворення та захисні механізми нерідко відповідальні за спотворення реальності.

Перевага когнітивно-поведінкового підходу як інтегративної психотерапії проявляється в тому, що вона поєднує в собі глибинний когнітивний та поведінковий підходи, роботу з конкретними ситуаціями та порушеннями поведінки, передбачає роботу з їх глибинними механізмами. Допомогти визначити автоматичні думки пацієнтів про конкретну ситуацію, можна запитуючи: « Що у Вас промелькнуло в голові? » (Beck, 2005).

Пацієнт навчається рефлексії, виявленню автоматичних думок та їх взаємозв'язку з емоційним досвідом та поведінкою, розпізнаванню дисфункціональних базисних переконань та вміння конфронтації з ними. При цьому переконання розглядаються як гіпотези. Пацієнтові пропонується роль «спостерігача», досліджувати і збирати дані, а також перевіряти ідеї, що виникають (Rusinek, 2006). За допомогою Сократівських питань пацієнти можуть побачити альтернативні інтерпретації, вчитися змінювати своє сприйняття конкретної ситуації. Разом із когнітивною роботою на сесіях та у вигляді домашніх завдань поетапно проводяться поведінкові інтервенції – експерименти, від простого до більш складного.

Важливе значення має доповнення підходу КПТ прийомами інших психотерапевтичних модальностей. Поєднання інтерперсональної та когнітивно-поведінкової психотерапії зазначено в лікуванні депресії французькими психіатрами L'Hégaret Y., Neveux N., оскільки міжособистісні стосунки нерідко можуть бути причиною стресу та пригніченості пацієнта. (Neveux, 2020).

Результативність КПТ залежить від низки компетенцій терапевта, серед яких використання ключових характеристик когнітивно-поведінкового підходу в практиці. Запропонована нижче форма оцінки ключових компонентів КПТ є інструментом, який допомагає психологу в формуванні базових навичок КПТ, а також в підготовці до сесії і рефлексії про виконану роботу. Шкала оцінки від 0-10, де 10 максимальний бал, дозволяє, як на континууму, оцінити кожен з ключових складових.

В форму оцінки впровадження ключових компонентів КПТ додатково включені питання по типу прихильності, хоча це не є характеристикою КПТ.

Взаємозв'язок між типом прихильності та копінгом-механізмом, тобто способом подолання труднощів впливає на розвиток відносин, допомагає у постановці гіпотези, концептуалізації та формуванні плану терапії.

Таблиця 1. Форма оцінки впровадження ключових компонентів КПТ

Дата:		
Терапевтична сесія №:		
Пацієнт:		
Ключова характеристика КПТ	Оцінка Шкала 1-10 балів	Питання для самоперевірки
Терапевтичні відносини		Чи є контакт із пацієнтом? Співпраця? Емпатія? Який зворотний зв'язок наприкінці сесії? Чи виконує пацієнт домашнє завдання? Чи розуміє пацієнт домашнє завдання? Чи є інсталяцію надії?
Структура сесії		Чи дотримується структура сесії? Чи закінчує терапевт сесію вчасно?
Діагностика у моделі КПТ		Чи є діагноз лікаря-психіатра? Скринінг коморбідних розладів? Який інформації з анамнезу недостатньо для складання концептуалізації?

		<p>Чи поділилися прикладом концептуалізації із пацієнтом?</p> <p>Чи складали її разом?</p> <p>Які підтримуючі цикли відзначили?</p>
Психоедукація		<p>Соціалізація у модель КПТ. Чи розуміє пацієнт когнітивну модель? Когнітивну модель психічного розладу пацієнта?</p> <p>Чи володіє пацієнт інформацією про свою проблему (симптом, психічний розлад)</p>
Попередження рецидиву		<p>Чи знає пацієнт про навчання бути самому собі терапевтом?</p> <p>Чи ознайомлений пацієнт із циклом навчання дорослих?</p> <p>Чи наводяться приклади навчання бути самому собі терапевтом?</p> <p>Навчання рефлексії?</p>
Кероване відкриття		<p>Чи використовуються Сократівські питання на сесії?</p> <p>Переформулювання ?</p>
Вибір технік КПТ / інші напрями психотерапії		<p>Чи є потреба у залученні близьких пацієнта до терапії?</p> <p>Прийоми інших психотерапевтичних напрямів можуть бути необхідні в плані терапії?</p> <p>(3-я хвиля КПТ: схема-терапія, АСТ, ДПТ; інтерперсональна</p>

	психотерапія; емоційно-фокусована терапія)
<p>Додаткові питання</p> <p><u>Деадаптивні схеми терапевта:</u></p> <p>Які схеми терапевта можуть бути задіяні?</p> <p>Чи потрібна допомога колег, супервізора?</p> <p><u>Тип прихильності:</u></p> <p>Який тип прихильності у пацієнта?</p> <p>Як це впливає на перебіг і план терапії, побудову терапевтичного стосунку?</p>	

Висновки

Негативні думки про себе, оточуючих та майбутнє впливають на виникнення негативних емоцій, формують цикли, що підтримують проблему пацієнта, або його психічний розлад. Метою когнітивно-поведінкової терапії є застосування систематичного процесу, щоб перервати такий цикл шляхом виявлення та виправлення необ'єктивних моделей мислення та переконань, допомогти пацієнтові більш об'єктивно ставитися до проблем та вирішувати їх, розбиваючи на невеликі етапи.

Проблеми, пов'язані з достроковим закінченням терапії, невиконанням домашніх завдань, відсутністю контакту, опір, недостатність мотивації, рецидиви є нерідкими у роботі фахівців з методом когнітивно-поведінкової терапії. Принципи та ключові характеристики КПТ, практика їх поетапного впровадження є важливим аспектом у діяльності психолога та підтримують результативність терапії.

Упущення ключових характеристик КПТ у проведенні терапії ведуть до помилкових постановок терапевтичних цілей, втрати контакту з пацієнтом, неефективності терапії, фрустрації пацієнта та терапевта, припинення терапії. Незважаючи на логічність та раціональність КПТ, зберігається його гуманістичність, оскільки особлива увага приділяється спрямованості, цілям і

цінностям особистості. Це робить когнітивно-поведінковий підхід близьким та зрозумілим в українській психологічній практиці.

Конфлікт інтересів

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References

- Anderson, C.M., Hogarty, G.E., Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Shizophrenia Bulletin*, 6 (3). <https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>
- Avramchuk, O., Ostryzhko, J. (2020). The use of psycho-education based on the CBT protocol using a single-session virtual exposure within the psychological support of students with a fear of public speaking: results of a pilot study. *Psychosomatic medicine and general practice*. Vol. 5 No. 1 Retrieved from doi: 10.26766/PMGP.V5I1.224
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bouvet, C. (2020). *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives*. Malakoff : Dunod.
- Butler A., Chapman J., Forman E., Beck A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 26. p.17-31 Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/292026492_Cognitive_therapy_outcomes_A_review_of_meta-analyses

- Chepeleva, N. (2024). Osoblyvosti zhyttyevoyi kompetentnosti v umovah viyiny [Features of life competence in war conditions]. *Tekhnolohiyi rozvytku intelektu – Intelligence development technologies*. Vol. 8. No 1 (35). Retrieved from: <https://doi.org/10.31108/3.2024.8.1.2>
- Clark, D. Beck, A. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York: Guilford.
- Cottraux, J. (2020). *Les psychotherapies cognitives et comportementales*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier.
- Cottraux, J., Blackburn, I. (2008). *Psychothérapies cognitive de la dépression*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- De Mey-Guillard, C. (2014). *Image de soi. Harmoniser être et paraître*. Lyon: Chronique Sociale
- Dolbeault, S., Terrasson, J., Rault, A., Malinowski, D., Bisch, A., Soulié, O., Brédart, A. (2022). Psycho-oncological interventions: What type of psychotherapeutic innovations ? *Bulletin du cancer*. Vol.109 (5), p.548-556 Retrieved from doi: [10.1016/j.bulcan.2022.03.001](https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.03.001)
- Easden M.H, Kazantzis N. (2017). Case conceptualization research in cognitive behavior therapy: A state of the science review. *Journal of Clinical Psychology*. p.1–29. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/jclp.22516>
- Fenn K., Byrne M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT* 6 (9). p. 579-585. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1755738012471029>
- Hunter-Reel, D., McCrady, B., Hildebrandt, T. (2009). Emphasizing interpersonal factors: An extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. *Addiction*.104 (8). Retrieved from doi:[10.1111/j.1360-0443.2009.02611.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02611.x).
- Kennerley, H., Kirk, J., Westbrook, D. (2016). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage.
- Khazaal, Y., Preisig, M., Zullino, D. (2006). Psychoéducation et traitements cognitifs et comportementaux du trouble bipolaire. *Revue Santé mentale au Québec*.Vol.31 (1). p.125-143

- Kořakowski, A., Pawełczyk, A. (2010). *Uczenie wstępnej konceptualizacji poznawczej na podstawie postaci z bajek i literatury pięknej/Teaching the preliminary cognitive conceptualisation based on the characters from fairy tales and literature. Psychiatria i Psychologia Kliniczna.* <https://www.researchgate.net/publication/281450394>
- Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Siobud-Dorocant, E., Dardennes, R., Gorwood, P., Rouillon. (2015). *Psychoéducation et TCC. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Volume 173, Issue 1. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.005>
- Neenan, M., Dryden, W. (2015). *Cognitive Behaviour Therapy. 100 Key points and techniques.* New York: Routledge.
- Neveux, N. (2022). *Prendre en charge la dépression avec la thérapie interpersonnelle.* Malakoff : Dunod.
- Okamoto, A., Dobson, K., Dattilio, F., Kazantzis, N. (2019). *The Therapeutic Relationship in Cognitive Behavioral Therapy: Essential Features and Common Challenges. Practice Innovations.* Vol. 4, No. 2. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/pri0000088>
- Padesky C., Mooney K. (2012). *Strengths-Based Cognitive-Behavioural Therapy: A Four-Step Model to Build Resilience. Clinical Psychology & Psychotherapy* 19 (4) p. 283-290 Retrieved from <https://doi.org/10.1002/cpp.1795>
- Palazzolo J. (2021). *Ma bible des TCC.* Paris: Leduc Editions.
- Rudnytska, S. (2023). *Protsesual'no-smyslova model' rozvytku zhytlyevoyi kompetentnosti osobystosti [Procedural-semantic model of the personality life competence development]. Tekhnolohiyi rozvytku intelektu – Intelligence development technologies.* Vol. 7, 1 (33). Retrieved from: https://psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/616/188
- Rusinek, S. (2006). *Soigner les schémas de pensée. Une approche de la restructuration cognitive.* Paris: Dunod.

Van Noppen, B. Ph.D., Sassano-Higgins, S., Appasani, R., Sapp, F. (2021). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: 2021 Update. Focus. Retrieved from doi: 10.1176/appi.focus.20210015

Weiner, L., Lachaux, E. (2022). Mettre en œuvre un programme de psychoéducation pour la dépression. Malakoff : Dunod.

Witkiewitz, K., Marlatt, A. (2007). Modeling the complexity of post-treatment drinking: it's a complex road to relapse. Clin Psychol Rev 27 (6). Retrieved from <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1995671&blobtype=pdf>

Wright J. (2006). Cognitive Behavior Therapy: Basic Principles and Recent Advances. Focus Psychotherapy 4 (2) p.173-178. Retrieved from <https://doi.org/10.1176/foc.4.2.173>

Ця робота ліцензується відповідно до Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Авторське право (с) 2024 Arkhangelska Mariya Архангельська Марія

Отримано: 13.07.2024

Відрецензовано: 24.09.2024

Опубліковано: 21.10.2024

DOI: <https://doi.org/10.31108/3.2024.8.2.6>