

СЕКЦІЯ 5. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.615.851:616.891.6
DOI 10.32999/ksu2312-3206/2024-2-7

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ЯК СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПЕРШОГО ВИБОРУ В ЛІКУВАННІ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

Архангельська Марія Вікторівна,
клінічний психолог Київського центру Когнітивно-поведінкової терапії, аспірантка

*Інститут психології імені Г. С. Костюка
Національної академії педагогічних наук України*

mracineux11@gmail.com

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

Анотація. Мета статті – надати огляд когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в лікуванні тривожних розладів. **Методи.** Методи містять проведення теоретичного аналізу наукових досліджень з когнітивно-поведінкової терапії (далі – КПТ) тривожних розладів, виявлення мішені надання психотерапевтичної допомоги людям, які переживають тривогу, розгляд когнітивного формулювання тривоги та етапів роботи з тривогою в моделі КПТ. **Результати.** Виявлено мішені психологічної допомоги при симптомах тривоги, психотерапевтичні втручання щодо окремих тривожних розладів відповідно до міжнародної практики. Коли тривога підвищується, увага пацієнтів зосереджується на тому, що вони сприймають як загрозу. Тривожні пацієнти помічають більше потенційних загроз і можуть сприймати нейтральні ситуації як загрозливі, вони схильні не помічати знаків безпеки, мають тенденцію бути надмірно зосередженими на своїх думках, відчуттях та поведінці, пов'язаних із тривогою. Це заважає їхній продуктивності та призводить до зниження активності, працездатності, погіршенню психічного здоров'я. Дослідження показують, що КПТ знижує занепокоєння та є ефективним засобом лікування тривожних розладів: соціофобії, посттравматичного стресового розладу, генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, obsесивно-компульсивного розладу. **Висновки.** Ключова ідея когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії полягає в тому, що одні й ті самі події викликають різну реакцію залежно від інтерпретації цих подій індивідом. Ця базова ідея, яка лежить в основі когнітивної моделі, має ще додаткову цінність у тому, що допомагає формувати резильєнтність, витривалість та працездатність, необхідні кожній людині в умовах війни. Когнітивно-поведінкова терапія має доведену ефективність і діє як система психотерапевтичних втручань першого вибору в лікуванні тривожних розладів. Отримані дані досліджень свідчать про те, що в лікуванні тривожних розладів ефективно застосовується також терапія прийняття та відповідальності АСТ, психодинамічний напрям психотерапії. Визначено перспективу подальших досліджень – проведення експериментального дослідження лікування тривожних розладів в умовах війни в Україні.

Ключові слова: тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), генералізований тривожний розлад (ГТР), obsесивно-компульсивний розлад (ОКР), панічний розлад (ПР), негативні автоматичні думки (НАМ), когнітивна модель, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AS A SYSTEM OF PSYCHOTHERAPEUTIC FIRST CHOICE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS

Arkhangelska Mariya Viktorivna,

Clinical Psychologist at Kyiv Center of Cognitive-Behavior Therapy,
Postgraduate Student

*Institute of Psychology named after G.S. Kostyuk of the National Academy
of Pedagogical Sciences of Ukraine*

mracineux11@gmail.com

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

Purpose. The purpose of the article is to provide with a review of the cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of anxiety disorders. **Methods.** The methods include conducting a theoretical analysis of scientific research on cognitive-behavioral therapy (CBT) of anxiety disorders, identifying the targets of providing psychotherapeutic help to people experiencing anxiety, reviewing the cognitive formulation of anxiety and the practical methods of working with anxiety in the CBT model. **Results.** The main targets



of psychological assistance to people suffering from the symptoms of anxiety, as well as the international practice of psychotherapeutic interventions for certain anxiety disorders have been studied. When anxiety increases, patients' attention focuses on what they perceive as threats. Anxious patients notice larger threats and they may perceive neutral situations as threatening, they tend to overlook safety, and to be overly focused on their anxiety-related thoughts, feelings, and behaviors. This interferes with their productivity and leads to a decrease in activity, work capacity, and deterioration of mental health. The research shows that CBT reduces anxiety and is an effective treatment for anxiety disorders: social phobia, post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, panic disorder, and obsessive-compulsive disorder. **Conclusions.** The fundamental idea in the cognitive-behavioral therapy is that the same events cause different reactions depending on the interpretation of these events by an individual. This basic idea which forms the cognitive model has an additional value as it helps to build the resilience, endurance and work capacity that every person needs in the conditions of war. Cognitive-behavioral therapy has proven effectiveness and acts as a system of psychotherapeutic interventions of first choice in the treatment of the anxiety disorders. The obtained research data indicate that the acceptance and commitment therapy ACT, the psychodynamic psychotherapy are recognized as effective in the treatment of anxiety disorders. Prospects for further research are determined: conducting experimental research in the treatment of anxiety disorders in the conditions of war in Ukraine.

Key words: anxiety disorders, post-traumatic stress disorder (PTSD), generalized anxiety disorder (GAD), obsessive-compulsive disorder (OCD), panic disorder (PD), negative automatic thoughts (NAM), cognitive model, cognitive-behavioral therapy (CBT).

Вступ. В умовах війни та соціоекономічних потрясінь в Україні фахівці сфери охорони здоров'я постають перед необхідністю працювати з численними психологічними наслідками пережитих людьми трагедій та стресів. Населення України зазнає різноманітних психологічних наслідків травматичного стресу, які виражаються в низці емоційних порушень і соматичних скаргах. Ці порушення можуть виражатися в окремих симптомах гострого стресу, депресії, тривоги, які потребують уважного ставлення та кваліфікованої допомоги. Без своєчасної та грамотно наданої допомоги є ризик переходу цих станів у клінічно окреслені психічні розлади зі складною клінічною картиною. небезпечними є тяжкі наслідки у вигляді хроніфікації та обтяження розладів, алкохолізації та суїцидальної поведінки.

Вибір адекватних методів допомоги багато в чому залежить від компетентності фахівців, від їх підготовки в галузі роботи з розладами, пов'язаними з травмою, до яких належать посттравматичний стресовий розлад, депресія, панічний розлад та інші тривожні та соматоформні розлади.

Теоретичне обґрунтування проблеми. Когнітивно-поведінкова терапія ефективно застосовується в лікуванні широкого спектра психічних розладів. Історію розвитку когнітивно-поведінкової терапії (далі – КПТ) можна простежити від античних часів стоїків до теорій фізіолога І. Павлова, провідних дослідників поведінкової терапії Б. Ф. Скіннера та Д. Вольпе у 50-х роках минулого століття. Когнітивна терапія А. Елліса та А. Бека фокусувалася на зміні когнітивних здібностей, припускаючи емоційні та поведінкові зміни. На базі поведінкової та когнітивної терапії сформувалися різні підходи й техніки когнітивно-поведінкового напрямку, засновником якого є відомий американський психіатр А. Бек.

КПТ стає поширеним методом лікування психопатологічних розладів. Дослідницькі центри та центри навчання цього методу відкриті в Америці, Європі, країнах Азії та Африці, проводяться міжнародні конференції, симпозиуми, конгреси, присвячені проблематиці психічного здоров'я та допомоги населенню за допомогою методів КПТ.

За час розвитку когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії розроблено протоколи проведення КПТ пацієнтам із тривожними розладами, депресією та іншими психічними розладами. КПТ має доведену ефективність у лікуванні, проте для кожного психотерапевта важливо визначати конкретні компоненти лікування, які призводять до сприятливих результатів та покращують якість життя пацієнтів із тривогою. КПТ зазвичай є короткостроковим лікуванням, воно орієнтоване на розвиток навичок і спрямоване на зміну неадаптивних емоційних реакцій шляхом зміни думок і поведінки (Kennerly, Kirk, Westbrook, 2011).

Пацієнти з тривожними розладами звертаються по допомогу до терапевтів, гастроентерологів, кардіологів, неврологів, часто виникають труднощі при визначенні діагнозу. Симптоми тривоги, стресу, депресії призводять до зниження якості життя, неможливості сприймати, аналізувати та відтворювати інформацію, ухвалювати рішення, що негативно впливає на життєдіяльність індивіда.

Сучасні методи лікування конкретизовані для кожного тривожного розладу. Незважаючи на різноманітність протоколів КПТ для лікування тривожних розладів, між ними є подібності. До того ж важливо зазначити, що методи КПТ мають науково доведену ефективність. Цей структурований підхід орієнтований на мішені терапії, а в основі лежить когнітивна модель (Palazzolo, 2023).

Спираючись на когнітивну модель, у підході КПТ інтегровано різні техніки, серед яких є також запозичені з інших психотерапевтичних напрямів. У межах когнітивно-поведінкового підходу відбувається модифікація дисфункційних переконань та хибних способів переробки інформації. Серед теоретичних засад велика увага приділяється експериментальному складнику.

Когнітивна модель психопатологічних розладів створює стратегічну основу для терапії та містить когнітивні процеси, елементи й зміст. Когнітивна модель показує, як думки та їх інтерпретація впливають на емоції, фізіологічні симптоми та поведінку. Робота в методі КПТ пов'язана з «негативними автоматичними думками», що є реакцією на конкретну ситуацію, а також глибинними переконаннями людини про себе, оточення, майбутнє (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979). Згідно з когнітивною моделлю тривоги, коли люди переоцінюють ризики та серйозність загроз і небезпеки, недооцінюють свої ресурси, тоді для того, щоб упоратися з цим, і з'являється тривожність (Beck J., Beck A., 2020).

Мета статті – надати огляд когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в лікуванні тривожних розладів. **Методологія та методи.** Методи містять теоретичний аналіз і синтез, здійснено узагальнення інформації, її порівняння та критичне осмислення. У таблиці 1 наведено приклади негативних когнітивних оцінок з клінічних випадків пацієнтів, що сприяють підтримці тривоги, депресії.

Результати та дискусії. Посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР) є наслідком травматичних подій, розвивається в людей, які пережили загрозливу для життя ситуацію. У групі ризику – ветерани війни та військові, цивільні, що перебували чи перебувають у зоні бойових дій, жертви сексуального чи фізичного насильства, полонені, люди, що перебували в зоні стихійних лих та кризових

ситуаціях. Серед тих, хто пережив травматичні події, більшість одужує без лікування, однак є група людей, у яких розвивається стійкий ПТСР (Lynn, 2012).

Фахівці Оксфордського університету Елерс і Кларк розробили модель ПТСР, яка пов'язує типове для ПТСР почуття постійно присутньої загрози з низкою когнітивних поведінкових чинників: постраждалі можуть спотворено оцінювати власну поведінку під час події як стан заціпеніння і трактувати як ознаку слабкості чи нездатності справлятися з труднощами. Когнітивні оцінки події та можливих наслідків породжують відчуття постійно присутньої загрози, наприклад «Світ небезпечний», або виходять від самої людини «Я не здатний постояти за себе» (Dunmore, Clark, Ehlers, 2001).

Отже, у межах когнітивної моделі ПТСР необхідно розглянути когнітивну оцінку травми, специфіку запам'ятовування травматичного досвіду, дисфункційні поведінкові та когнітивні стратегії долання, попередній досвід та глибинні переконання (схеми), уявлення про свою особистість, навколишній світ та майбутнє (Cottraux, 2021) (табл. 1).

Згідно з когнітивною моделлю ПТСР за Foa, Westbrook, Cottraux, Clark, терапія передбачає роботу з такими процесами, як:

- інтегрування травматичного досвіду;
- когнітивна реструктуризація дисфункційних когнітивних оцінок травми та її наслідків;
- корекція дисфункційних стратегій подолання, які блокують пам'ять про травматичну подію.

Виявлення негативних когнітивних оцінних суджень та їх переформулювання формується за допомогою Сократівського діалогу та інших технік КПТ, як-от заперечення негативних думок. Пацієнти з ПТСР, панічними атаками, депресією та іншими психічними розладами часто кидають заняття, які раніше приносили їм задоволення. У них може виникати відчуття, що їхнє життя застигло на трав-

Таблиця 1

Приклади негативних оцінок, що сприяють підтримці тривоги, депресії (приклади з клінічних випадків пацієнтів, які звернулися за допомогою, 2022–2023 рр.)

Предмет оцінювання	Приклади негативних когнітивних оцінок
Факт травматичної події	«Що тепер робити?» «Що буде завтра?» «Я ніколи не поверну нормальне життя, яке було раніше»
Переживання того, що сталося	«Я сам винен у всьому, заслужив, що це сталося зі мною» «Зі мною щось не так, я не зробив що повинен був зробити»
Наслідки травми	«Я втрачу свою професію» «Я залишуся на вулиці»
Переживання травми, кошмари	«Я ніколи не позбудуся цього»
Ставлення до себе	«Є люди кращі за мене» «Я живу не своє життя» «Я втратив час» «Я надто багато часу провів не на тій роботі»



матичній події, тоді рекомендується відновити колишні види діяльності (Cottraux, 2021).

Для інтегрування травматичного досвіду в пам'ять використовують техніку пролонгованого занурення в уяві, коли стимулюють пацієнта до складання повного опису травматичної події (Watkins, Sprang, Rothbaum, 2018). Пожвавлення травматичних спогадів може бути в присутності терапевта або пацієнт може самостійно підготувати письмову розповідь. Такий прийом сприяє інтеграції розрізнених спогадів травми, відбувається відновлення дисоційованих фрагментів спогадів. Пацієнти зачитують терапевту свою розповідь, працюють з емоціями, виявляють суперечливі чи дисфункційні переконання, що допомагає виявити когнітивні оцінки травми та спростувати уявлення про те, що пацієнт «втратить контроль над собою», якщо детально обміркуюватиме трагічну подію.

Експозиція *in vivo* передбачає поступове зіткнення із ситуаціями, які викликають травматичні спогади, що допомагає подолати поведінку уникнення, а також позбутися відчуття небезпеки. Пацієнта заохочують відвідувати ті місця або виконувати ті види діяльності, які викликають страх та уникнення. Таке занурення й навчання виявляти сенсорні стимули проводиться з пацієнтом поступово (Clark, Beck, 2011). Методи КПТ ефективні в лікуванні супутніх симптомів коморбідних розладів (тривоги, депресії, панічного розладу, зловживання психоактивними речовинами), які трапляються у 83 % людей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад (Lynn, 2012).

У Південній Африці проводилося дослідження з використанням методів КПТ для корінного населення із симптомами ПТСР. Методи КПТ були реалізовані з урахуванням культурних особливостей та містили когнітивну реструктуризацію катастрофізації, інтроцептивну експозицію, розвиток навичок майндфулнес, емоційного регулювання та навчання «любви до доброти» (Jalal, Kruger, Hinton, 2018).

Восьмирічна війна та подальший стрес в Ірані призвели до того, що психологічні розлади стали поширеною проблемою серед іранських воїнів, ветеранів та членів їхніх сімей. Ті, хто вижив у війні, та їхні сім'ї страждають від широкого спектра психологічних травм, як-от посттравматичний стресовий розлад, розлади настрою та тривожні розлади, агресія, конфлікти та депресія. У дослідженні в Дизфулі в Ірані вивчалася ефективність когнітивно-поведінкової терапії та терапії прийняття й відповідальності (АСТ) у підвищенні рівня резильєнтності, надії та щастя серед ветеранів з ПТСР. Результати показали, що терапія АСТ допомагає ветеранам ефективніше, ніж КПТ (Hatami, Golkar, Farshadi, 2021).

Генералізований тривожний розлад (далі – ГТР) виражений сильним занепокоєнням, яке слабо піддається контролю, є тривалим і виникає щодо різних ситуацій. ГТР має тенденцію переходити в хронічну форму і може стати рисою особистості пацієнтів, які повідомляють про себе, що завжди турбувалися й відчували тривожність. ГТР часто має коморбідність з панічними атаками та депресією. На думку Clark, Cottraux, Borzo, пацієнти з ГТР мають нижчу толерантність до невизначеності, ніж пацієнти з іншими тривожними розладами.

Методи лікування ГТР передбачають управління стресом, навчання релаксації, медитацію, психотерапію та фармакотерапію. Когнітивно-поведінковий напрям психотерапії зарекомендував себе як ефективний спосіб корекції патологічного занепокоєння. У роботі з пацієнтами ГТР успішно застосовують багато класичних технік КПТ, як-от виявлення проблемних когніцій, формування альтернативного погляду на ситуацію, Сократівський діалог, усвідомлення низької толерантності до невизначеності та її прийняття, виявлення продуктивних і непродуктивних переживань, методи експозиції, навчання альтернативних стратегій розв'язання проблем, подолання когнітивного уникнення (Cottraux, 2021, Borzo, 2017). Лікування ГТР може містити уявну дію (наприклад, уяву найгіршого сценарію, пов'язаного з конкретним занепокоєнням). Цікавою є сфера подальших досліджень ефективності експозиційної терапії лікування ГТР.

Важливо зазначити, що тривога – це нормальна емоція, яку відчуває кожна людина. Тривога є нормальною, коли вона виникає у відповідь на реальну загрозу. Коли люди вірять, що загрозою є сама тривога, вони зосереджуються на ній усередині, і тоді тривога посилюється. Чим більше тривога посилюється, тим більше пацієнти внутрішньо зосереджені на ній. Так формується порочне коло, або цикли, які підтримують тривогу. Важливо оцінити переконання пацієнтів щодо самої тривоги, а також корисно порівнювати непатологічні переживання тривоги з переживаннями, які посилюються (Beck, 2020).

Панічний розлад (далі – ПР) характеризується появою панічних атак, які можуть виникати в різних ситуаціях. Приступи за частотою виникнення можуть бути різними: кілька разів на місяць або щодня, можливо, під час сну. У лікуванні панічного розладу проводиться психоедукація про тривогу, виявляються проблемні когніції, що підтримують цикли цього розладу. Мішені терапії містять помилкову інтерпретацію симптомів тривоги пацієнтом, захисну поведінку та уникнення, зниження румінацій та переживань. У лікуванні розладу ефективно зарекомендували себе методи поведінкового експерименту та експозиції

(Salkovkis, 2017). Цікава сфера вивчення особистісних характеристик та патернів мислення пацієнтів із ПР, а також ефективність когнітивних технік у терапії цього розладу.

У 2014 році в Німеччині на підставі 403 рандомізованих досліджень були сформульовані настанови з роботи з тривожними розладами, які оновили у 2022 році. КПТ виокремлено як психотерапію першого вибору, перевагу віддають психодинамічному напряму психотерапії у випадках неефективності КПТ, а також рекомендоване фармакологічне лікування, що містить селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (далі – СІЗЗС) та інгібіторів зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (далі – СІЗЗСН) (Bandelow, Werner, Kopp, Rudolf, Wiltink, Beutel, 2022).

Обсесивно-компульсивний розлад (далі – ОКР) – розлад, у клінічній картині якого є нав'язливі думки (обсесії), що викликають тривогу, і нав'язливі дії (компульсії). Люди з ОКР виконують нав'язливі дії для зниження тривожного стану. Симптоми ОКР різноманітні: страх забруднення, нав'язливе миття, сумніви щодо заподіяння шкоди та повторної перевірки, неприпустимі думки, упорядкування. Часто пацієнти з обсесивно-компульсивною симптоматикою звертаються по медичну допомогу тільки в разі сильного ступеня вираженості цього розладу, оскільки він може суттєво знижувати якість життя, соціальну адаптацію та працездатність.

Наявні в США рекомендації Американської психологічної асоціації з лікування містять три методи першого втручання в лікуванні ОКР: СІЗЗС, КПТ, СІЗЗС і КПТ. Комбіноване лікування рекомендовано для пацієнтів з незадовільною відповіддю на монотерапію або для пацієнтів з важким ОКР. Практичні рекомендації Індійського психіатричного товариства з лікування ОКР рекомендують СІЗЗС, КПТ та їх комбінацію як терапію першої лінії для всіх пацієнтів, хоча також зазначають, що КПТ і СІЗЗС кращі за монотерапію при важкому ОКР. Однак в індійському контексті СІЗЗС є препаратами першої лінії, переважно КПТ, через їх здійсненність, доступність та обмежену кількість терапевтів КПТ. Також КПТ можна розглянути, якщо СІЗЗС не ефективні без психотерапії (Nezgovorova, Reid, Fineberg, Hollander, 2022).

У психотерапії напрямі КПТ з пацієнтом розглядається когнітивна модель ОКР, виникнення нав'язливих думок, що викликають емоцію страху та тривоги, і поведінка – нав'язливі дії (компульсії). Терапія містить когнітивні техніки, роботу з глибинними переконаннями, поведінковий експеримент, який спрямований на корекцію наданого значення, навчання методам прогресувальної релаксації за Джейкобсоном. Найчастіше використовується метод експозиції та запобігання ритуалам

ERP (англ. exposure and response prevention). Метод ERP націлений на усунення компульсій, а когнітивні методи спрямовані на усунення обсесій. Стратегія терапії сфокусована на корені проблеми – нормалізації рівня тривоги пацієнта (Cottraux, 2020).

Соціальна фобія характеризується вираженим і стійким страхом соціальних ситуацій. Людина відчуває емоційний дискомфорт, занепокоєння та страх оцінки себе оточенням, побоюється соціальних контактів. Пацієнти, які страждають соціальною фобією, зосереджені на страху негативної оцінки з боку інших людей і помилково інтерпретують події, фізичні відчуття, поведінку людей у соціумі, а у своїй уяві можуть уявляти себе знедоленими та приниженими.

Основні цілі психологічної допомоги людям з високим рівнем соціальної тривожності передбачають соціальне уникнення, страх негативної оцінки та відчуження, невпевненість і негативне ставлення до себе, недовіру. Методи терапії містять формування альтернативних когніцій та переоцінку дисфункційних переконань, розвиток емпатії, зміну фокусу уваги від себе на світ, проведення поведінкових експериментів (Bricot, Chareron, 2020).

Специфічна фобія належить до групи тривожних розладів, вона виражена надмірним страхом конкретного об'єкта або ситуації (тварини, замкнуті простори, висота тощо), що несумірні з реальною загрозою. Згідно з мета-аналізом Wolitzky-Taylor, що налічує 33 рандомізовані дослідження щодо ефективності психологічних підходів у лікуванні специфічної фобії, виділяється експозиція, яка має значний ефект порівняно з відсутністю лікування. Лікування, що містить контакт *in vivo* з мішенню фобії, перевершує альтернативні способи впливу (наприклад, уявна дія). Важливо, що багатосеансове лікування перевершує односеансове за показниками фобічної дисфункції (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, Telch, 2008).

Висновки. У США, Індії, Європі, Ірані, Африці дослідні дані підтверджують ефективність та можливості адаптації методів КПТ у роботі з наслідками травм і тривожних розладів. Підсумовуючи розгляд основних мішеней психологічної допомоги людям, які страждають від симптомів тривожних розладів, зазначимо, що когнітивно-поведінковий напрям психотерапії зарекомендував себе як структурований метод з науково-доведеною ефективністю. У терапії прийняття та відповідальності (АСТ), психодинамічної психотерапії передбачається застосування когнітивних технік, підвищення інформованості про думки та почуття, полегшення емоційного вираження, поведінкові втручання, націлені на покращення якості життя пацієнтів. Перспективи подальших досліджень поляга-



ють у проведенні експериментальних досліджень лікування тривожних розладів в умовах війни в Україні, вивчення особистісних характеристик та патернів мислення пацієнтів із ПР, а також ефективність когнітивних технік у терапії цього розладу.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Bandelow, B., Werner, A., Kopp, I., Rudolf, S., Wiltink, J., Beutel, M. (2022). The German Guidelines for the treatment of anxiety disorders: first revision. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01324-1>
2. Bricot, L., Chaperon, A. (2020). *L'affirmation de soi*. Malakoff: Dunod.
3. Beck, J., Beck, A. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
4. Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
5. Borza, L. (2017). *Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety*. *Dialogues in Clinical Neurosciences*. Vol. 19. Retrieved from <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza>
6. Clark, D., Beck, A. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders Science and Practice*. New York: Guilford Press.
7. Cottraux, J. (2020). *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
8. Dunmore, E., Clark, D., Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behavior Research and Therapy*, p. 1063-1084. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00088-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7)
9. Hatami, M., Golkar, M., Farshadi, S. (2021). Comparing the effect of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy of hope, reliance, and happiness of veterans with psychopathy. *Laplace em Revista (International)*. Volume 7, 3A. p.707-718. Retrieved from doi:10.24115/S2446-6220202173A1761
10. Jalal, B., Kruger, Q., Hinton, D. (2018). Adaptation of CBT for Traumatized South African Indigenous Groups: Examples from Multiplex CBT for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*. Volume 25, Issue 2. p. 335–349. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.07.003>
12. Kaczurkin, A., Foa, E. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, p. 347–346. Retrieved from doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin
13. Kennerly, H., Kirk, J., Westbrook, D. (2011). *An introduction to cognitive behavioral therapy*. London: Sage.
14. Lynn, S. (2012). Post-traumatic Stress Disorder: Cognitive Hypnotherapy, Mindfulness, and Acceptance-Based Treatment Approaches. *American Journal of Clinical Hypnosis*. Retrieved from doi: 10.1080/00029157.2011.645913
15. Nezgovorova, V., Reid, J., Fineberg, N., Hollander, E. (2022). Optimizing first line treatments for adults with OCD. *Comprehensive Psychiatry*. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152305>
16. Palazzolo, J. (2023). *Les essentiels des TCC*. Paris : Hermann.
17. Salkovskis, P. (2007). Cognitive-behavioural treatment for panic. *Psychiatry*. Vol.6 (5), p. 193–197. Retrieved from DOI: 10.1016/j.mppsy.2007.03.002
18. Watkins, L., Sprang, K., Rothbaum, B. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. Retrieved from doi: 10.3389/fnbeh.2018.00258
19. Wolitzky-Taylor, K., Horowitz, J., Powers, M., Telch, M. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, Volume 28, Issue 6. p. 1021–1037. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.007>

Стаття надійшла до редакції 30.04.2024
The article was received 30 April 2024