

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С. КОСТЮКА

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С. КОСТЮКА

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**АРХАНГЕЛЬСЬКА МАРІЯ ВІКТОРІВНА**

УДК 159.964.2:159.97

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**СТАНОВЛЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО НАПРЯМУ  
ПСИХОТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

053 психологія

05 соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

\_\_\_\_\_ М.В. Архангельська

Науковий керівник  
доктор психологічних наук,  
професор Рудницька С.Ю.

Київ – 2026

## АНОТАЦІЯ

*Архангельська М.В.* Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії у галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 – психологія. – Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Київ, 2026.

У дисертації представлено теоретичне узагальнення культурно-історичних, теоретико-концептуальних і професійних аспектів становлення когнітивно-поведінкової психотерапії як сучасної психологічної практики. Обґрунтовано роль когнітивно-поведінкового підходу в системі психологічної допомоги та професійної підготовки фахівців, зокрема в умовах воєнного часу та травматизації населення.

Основною метою дослідження є визначення культурно-історичних, теоретико-концептуальних і професійних аспектів становлення когнітивно-поведінкової психотерапії в сучасній психологічній практиці. Досягненню цієї мети посприяло вирішення завдань дослідження, у межах яких виокремлено культурно-історичні передумови становлення КПТ як сучасної психологічної практики; розроблено модель соціально-професійного самовизначення когнітивно-поведінкової психотерапевтичної спільноти; проаналізовано ключові аспекти становлення української школи когнітивно-поведінкової психотерапії; визначено теоретико-концептуальні аспекти становлення КПТ, проаналізовано виклики та напрями її адаптації в умовах війни; побудовано модель базових професійних компетентностей КПТ-фахівця в умовах війни; розроблено й апробовано програму навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни»; розроблено й апробовано діагностичний

інструментарій оцінювання сформованості професійних компетентностей КПТ-фахівця в умовах війни.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

*уперше:* розроблено структурно-аналітичну модель культурно-історичних передумов становлення когнітивно-поведінкової терапії, що інтегрує філософсько-теоретичний, експериментально-психологічний, соціокультурний та інноваційний виміри її розвитку та забезпечує теоретичне обґрунтування методологічної цілісності й доказової ефективності КПТ у різних історичних і культурних контекстах; розроблено модель соціально-професійного самовизначення когнітивно-поведінкової психотерапевтичної спільноти; побудовано модель базових професійних компетентностей КПТ-фахівця в умовах війни; розроблено й апробовано програму навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни».

*поглиблено та розширено:* теоретичні положення культурно-історичного та професійного становлення КПТ як сучасної психологічної практики;

*подальшого розвитку набули:* уявлення про ключові аспекти становлення української школи когнітивно-поведінкової психотерапії.

**Теоретичне значення результатів дослідження** зумовлено їхньою науковою новизною та полягає в систематизації культурно-історичних і теоретико-концептуальних засад когнітивно-поведінкової психотерапії, обґрунтуванні моделі соціально-професійного самовизначення когнітивно-поведінкового товариства та розробці моделі базових професійних компетентностей КПТ-фахівця в умовах війни.

Наукові пошуки та здобутки висвітлено в трьох розділах дисертаційної роботи. У *першому розділі* – «Когнітивно-поведінковий напрям психотерапії в культурно-історичному і професійному контекстах» – обґрунтовано становлення та розвиток когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в контексті культурно-історичних змін. Проаналізовано зв'язки когнітивно-поведінкової терапії з провідними психологічними та філософськими

теоріями, виокремлено основні групи культурно-історичних передумов і чинників розвитку. Розроблено структурно-аналітичну модель культурно-історичних передумов становлення КПТ, що інтегрує філософсько-теоретичний, експериментально-психологічний, соціокультурний та інноваційний виміри її розвитку, що дозволило концептуалізувати КПТ як цілісну методологічну систему з власною внутрішньою логікою еволюції. Визначено провідне місце КПТ у сучасному психотерапевтичному дискурсі, зумовлене високим рівнем доказовості, офіційним визнанням міжнародних професійних організацій, широким застосуванням та здатності до контекстної адаптації в умовах соціальних трансформацій, зокрема в ситуаціях тривалої суспільної нестабільності та війни.

Запропонована модель соціально-професійного самовизначення когнітивно-поведінкової психотерапевтичної спільноти відображає процеси інституціалізації КПТ, формування професійної ідентичності фахівців та інтеграцію наукових, клінічних і культурних вимірів психотерапевтичної діяльності. Визначено становлення КПТ як відкритої професійної спільноти, розвиток якої зумовлений взаємодією теоретичних засад, суспільних запитів і професійних стандартів.

Обґрунтовано інституціоналізацію та динамічний розвиток української школи КПТ через інтеграцію міжнародних стандартів і розширення освітніх програм, що актуалізує подальше системне вдосконалення професійної підготовки фахівців в умовах сучасних викликів.

У другому розділі – *«Теоретико-концептуальні основи когнітивно-поведінкового підходу в психотерапії»* – визначено теоретико-концептуальні засади становлення когнітивно-поведінкової терапії як доказово орієнтованого напрямку сучасної психотерапії, висвітлено методологічні основи та засади КПТ, де центральну роль у формуванні психологічного дистресу відіграють дисфункціональні переконання, когнітивні схеми та автоматичні думки. Обґрунтовано, що історичний розвиток КПТ – від класичних когнітивних і поведінкових підходів до сучасних інтегративних

моделей – зумовив її структурованість, психоедукаційну спрямованість та орієнтацію на активну позицію клієнта. Встановлено, що саме ці характеристики забезпечують універсальність КПТ і можливість її застосування в умовах підвищеного та тривалого стресу, зокрема в контексті війни.

Узагальнено, що ефективність КПТ як втручання першого вибору ґрунтується на цілісній системі когнітивних моделей психопатології, які дозволяють ідентифікувати та коригувати механізми підтримання розладів, зокрема негативні автоматичні думки, когнітивні спотворення, глибинні переконання та дезадаптивні поведінкові стратегії. Встановлено що структурованість, короткостроковість і доказова ефективність роблять КПТ особливо релевантною в умовах високої поширеності психічних розладів, у тому числі за умов масової психотравматизації населення.

Проаналізовано місце КПТ як психотерапевтичного втручання першого вибору у роботі з широким спектром психічних розладів. Виокремлено принципи та специфічні виклики застосування КПТ в умовах війни, пов'язані з кумулятивною травматизацією, переживанням втрати та хронічним стресом, руйнуванням базових когнітивних схем безпеки, контролю й передбачуваності, феноменом «нечітких» втрат та пролонгованим горюванням. Обґрунтовано напрями адаптації когнітивно-поведінкового підходу до воєнного контексту які передбачають посилення стабілізаційних інтервенцій, розширення психоедукаційної складової та розвиток психологічної гнучкості.

У третьому розділі – *«Професійна підготовка фахівців когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни»* – розроблено та теоретично обґрунтовано модель сформованості базових професійних компетентностей КПТ-фахівця в умовах війни, структуровано її компоненти та конкретизовано загальні й спеціальні компетентності. До загальних компетентностей віднесено: здатність встановлювати та підтримувати терапевтичний альянс в умовах невизначеності; розуміння базових принципів і структури КПТ; вміння

працювати з когніціями, емоціями та поведінкою в умовах невизначеності. Спеціальні компетентності включають вміння проводити концептуалізацію випадку та виявляти підтримуючі цикли; здатність застосовувати КПТ при тривозі, депресії та горі; вміння застосовувати КПТ-підхід у регуляції інтенсивних емоцій та подоланні кризових станів в умовах війни.

На основі запропонованої моделі розроблено, впроваджено та апробовано навчальний курс «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни». На підставі аналізу результатів комплексної оцінки ефективності курсу емпірично підтверджено його високу результативність та практичну доцільність, що відповідає актуальним суспільним запитам щодо забезпечення якісної та своєчасної психологічної допомоги населенню в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення країни.

*Практичне значення результатів дослідження* полягає в можливості їх використання для розв'язання науково-практичних завдань у сфері психологічної допомоги, психотерапевтичної практики та психологічного консультування.

Матеріали й висновки дисертаційного дослідження можуть бути застосовані у професійній діяльності практичних психологів і психотерапевтів, у процесі підготовки та підвищення кваліфікації фахівців у межах когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії, а також у роботі з тривожними й депресивними розладами, наслідками психотравматичних подій, хронічного стресу та емоційного вигорання.

Практичну цінність має розроблений у межах дослідження навчальний курс «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни», що відповідає актуальним запитам сучасної психологічної практики.

**Ключові слова:** когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), техніки КПТ, війна, стрес, професійне зростання, становлення, психологічна практика, Mindfulness, травмофокусована психотерапія, психічна травма, здоров'я, ресурси подолання, соціально-психологічна допомога, базові компетентності КПТ-фахівця, навчальний курс.

## ABSTRACT

*Arkhangelska M.V.* The development of cognitive-behavioral psychotherapy in contemporary psychological practice. – Qualifying scientific work, manuscript rights reserved.

The thesis for the PhD degree, in the field of knowledge 05 – social and behavioral sciences, specialty 053 – psychology.– G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv, 2026.

The dissertation presents a theoretical generalization of the cultural-historical, theoretical-conceptual, and professional aspects of the development of cognitive-behavioral therapy as a contemporary psychological practice. The role of the cognitive-behavioral approach in the system of psychological assistance and professional training of specialists is substantiated, particularly in the context of wartime and the traumatization of the population.

The main aim of the study is to identify the cultural-historical, theoretical-conceptual, and professional aspects of the development of cognitive behavioral psychotherapy in contemporary psychological practice. The achievement of this aim was facilitated through addressing the research objectives, within which the cultural-historical prerequisites for the development of CBT as a modern psychological practice were identified; a model of socio-professional self-determination of the cognitive behavioral psychotherapeutic community was developed; key aspects of the formation of the Ukrainian school of cognitive behavioral psychotherapy were analyzed; the theoretical-conceptual aspects of the development of CBT were defined, and the challenges its adaptation under wartime conditions were examined; a model of basic professional competencies of a CBT specialist in wartime conditions was developed; a training course programme entitled «Basic Competencies of a CBT Specialist in Wartime Conditions» was developed and tested; diagnostic instruments for assessing the development of professional competencies of CBT specialists in wartime conditions were developed and validated.

The scientific novelty of the obtained results lies in the fact that:

*for the first time:* a structural-analytical model of the cultural and historical foundations of the development of cognitive-behavioral therapy was developed, integrating its philosophical-theoretical, experimental-psychological, sociocultural, and innovative dimensions, and providing a theoretical substantiation of the methodological integrity and evidence-based effectiveness of CBT across different historical and cultural contexts; a model of the socio-professional self-determination of the cognitive-behavioral psychotherapeutic community was developed; a model of the basic professional competencies of a CBT specialist in wartime conditions was constructed; and a training program entitled «Basic Competencies of a CBT Specialist in Wartime Conditions» was developed and empirically validated.

*deepened and expanded:* the theoretical propositions regarding the cultural-historical and professional development of CBT as a contemporary psychological practice.

*further advancement was achieved in:* conceptions of the key aspects of the development of the Ukrainian school of cognitive-behavioral therapy.

The theoretical significance of the research results is determined by their scientific novelty and lies in the systematization of the cultural-historical and theoretical-conceptual foundations of cognitive-behavioral therapy, the substantiation of the model of socio-professional self-determination of the cognitive-behavioral community, and the development of the model of core professional competencies for a CBT specialist in wartime conditions.

The scientific research and findings are presented in three chapters of the dissertation. *In the first chapter – «The Cognitive-Behavioral Psychotherapy in Cultural-Historical and Professional Contexts»* – the development and evolution of the cognitive-behavioral direction of psychotherapy in the context of cultural and historical transformations are substantiated. The connections between cognitive-behavioral therapy and leading psychological and philosophical theories are analyzed, and the main groups of cultural-historical prerequisites and developmental factors are identified. A structural-analytical model of the cultural-historical



foundations of CBT development is elaborated, integrating its philosophical-theoretical, experimental-psychological, sociocultural, and innovative dimensions, which made it possible to conceptualize CBT as a coherent methodological system with its own internal logic of evolution. The leading position of CBT in contemporary psychotherapeutic discourse is determined, conditioned by its high level of evidence, official recognition by international professional organizations, broad application, and capacity for contextual adaptation amid social transformations, particularly in situations of prolonged societal instability and war.

The proposed model of socio-professional self-determination of the cognitive-behavioral psychotherapeutic community reflects the processes of institutionalization of CBT, the formation of professional identity among specialists, and the integration of scientific, clinical, and cultural dimensions of psychotherapeutic practice. The development of CBT is defined as that of an open professional community shaped by the interaction of theoretical foundations, societal demands, and professional standards.

The institutionalization and dynamic development of the Ukrainian school of CBT are substantiated through the integration of international standards and the expansion of educational programmes, which actualizes the need for further systematic improvement of professional training for specialists in the context of contemporary challenges.

In the second chapter – «*The Theoretical-Conceptual Foundation of the Cognitive-Behavioral Approach in Psychotherapy*» – the theoretical and conceptual foundations of the development of cognitive behavioral therapy as an evidence-based direction of contemporary psychotherapy are defined, and its methodological principles are elucidated, emphasizing the central role of dysfunctional beliefs, cognitive schemas, and automatic thoughts in the formation of psychological distress. It is substantiated that the historical evolution of CBT – from classical cognitive and behavioral approaches to modern integrative models – has shaped its structured format, psychoeducational orientation, and focus on the client's active role in the therapeutic process. It is established that these characteristics ensure the

universality of CBT and the possibility of its application under conditions of heightened and prolonged stress, particularly in the context of war.

It is generalized that the effectiveness of CBT as a first-line intervention is grounded in a coherent system of cognitive models of psychopathology that enable the identification and modification of disorder-maintaining mechanisms, including negative automatic thoughts, cognitive distortions, core beliefs, and maladaptive behavioral strategies. It is established that its structured nature, relative short-term format, and strong evidence base make CBT particularly relevant in conditions of high prevalence of mental disorders, including situations of mass psychological traumatization.

The role of CBT as a first-line psychotherapeutic intervention in the treatment of a wide range of mental disorders is analyzed. The principles and specific challenges of applying CBT in wartime conditions are identified, including cumulative traumatization, experiences of loss and chronic stress, disruption of basic cognitive schemas of safety, control, and predictability, the phenomenon of ambiguous loss, and prolonged grief. The directions for adapting the cognitive-behavioral approach to the wartime context are substantiated, including the strengthening of stabilization interventions, expansion of the psychoeducational component and development of psychological flexibility.

*In the third chapter – «Professional Training of Cognitive-Behavioral Therapy Specialists in Wartime Conditions»* – a model of the formation of basic professional competencies of a CBT specialist in wartime conditions was developed and theoretically substantiated, its structural components were systematized, and general and specialized competencies were specified. The general competencies include the ability to establish and maintain a therapeutic alliance under conditions of uncertainty; understanding of the fundamental principles and structure of CBT; and the ability to work with cognitions, emotions, and behaviors in contexts of instability. The specialized competencies comprise the ability to conduct case conceptualization and identify maintaining cycles; the capacity to apply CBT in the

treatment of anxiety, depression, and grief; and the ability to use the CBT approach in regulating intense emotions and addressing crisis states in wartime conditions.

Based on the proposed model, the training course «Basic Competencies of a CBT Specialist in Wartime Conditions» was developed, implemented, and empirically validated. The analysis of the comprehensive evaluation results confirmed its high effectiveness and practical relevance, corresponding to current societal demands for the provision of high-quality and timely psychological assistance during martial law and the post-war recovery period.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy (CBT), CBT techniques, war, stress, professional development, development, psychological practice, mindfulness, trauma-focused psychotherapy, psychological trauma, health, coping resources, psychosocial support, core competencies of a CBT practitioner, training course.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### 1. Статті в наукових фахових виданнях з психології, включених до переліку, затвердженого МОН України (категорії Б):

1.1. Архангельська, М.В. (2024). Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних «втручань першого вибору» в лікуванні тривожних розладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2, 49–54. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2024-2-7>

1.2. Архангельська, М.В. (2024). Потенціал когнітивно-поведінкового підходу в психотерапії особистих розладів. *Вісник Національного університету оборони України*, 81(5), 17–26. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-81-5-17-26>

1.3. Архангельська, М.В. (2024). Ключові характеристики когнітивно-поведінкової терапії як чинник результативності у психологічній практиці. *Технології розвитку інтелекту*, 8, 2(36). <https://doi.org/10.31108/3.2024.8.2.6>

1.4. Архангельська, М.В. (2026). Професійні компетентності фахівця когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни. *Перспективи та інновації науки*, 1(59), 3067–3076. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1\(59\)-3067-3076](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1(59)-3067-3076)

### 2. Статті та тези апробаційного характеру:

2.1. Архангельська, М.В. (2024). Розвиток когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в історичному контексті. *Věda a perspektivy*, 9(40). [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-9\(40\)-254-264](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-9(40)-254-264)

2.2. Архангельська, М.В. (2024). Когнітивно-поведінкова терапія в діяльності психолога. *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації*, збірник матеріалів ІХ Всеукраїнської науково-

практичної конференції уклад. В.С. Бліхар. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. <https://repositsc.nuczu.edu.ua>

2.3. Архангельська, М.В. (2024). Основні моделі когнітивно-поведінкової терапії. *Кіберпсихологія в інформаційному суспільстві: підтримка, навчання, розвиток*, матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024.

[https://newlearning.org.ua/sites/default/files/tezy/2024\\_2/Arkhangelska\\_Mariya\\_2024.pdf](https://newlearning.org.ua/sites/default/files/tezy/2024_2/Arkhangelska_Mariya_2024.pdf)

2.4. Архангельська, М.В. (2024). Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії у психологічній практиці. *Освіта сьогодення: життєтворчість як основа національного відродження та єдності*, збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції за ред. В. В. Нечипоренко. Запоріжжя: Хортицька національна академія, 2024. <https://sites.google.com/khnnra.edu.ua/education-of-today/збірник-тез>

2.5. Архангельська, М.В. (2026). Когнітивно-поведінковий підхід у професійній підготовці психологів в умовах війни. *Проблеми та перспективи сучасної науки та освіти*, матеріали XVII Міжнародної науково-практичної конференції. Львів: Львівський науковий форум, 2026. <https://ir.lib.vntu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/50537/193995.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

2.6. Архангельська, М.В. (2026). Роль когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни. *«Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень»*, матеріали XI Міжнародної науково-теоретичної конференції. Чернівці, 2026. <https://doi.org/10.62731/mcnd-06.02.2026>

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	16
РОЗДІЛ 1 КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВИЙ НАПРЯМ ПСИХОТЕРАПІЇ В КУЛЬТУРНО-ІСТОРИЧНОМУ КОНТЕКСТІ .....	24
1.1. Культурно-історичні передумови розвитку когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії як психологічної практики XX-XXI століть.....	24
1.2. Соціально-професійне самовизначення когнітивно-поведінкової психотерапевтичної спільноти.....	45
1.3. Місце когнітивно-поведінкового напрямку в сучасній психотерапії.....	53
1.4. Особливості становлення української школи когнітивно-поведінкової психотерапії .....	63
Висновки до першого розділу.....	78
РОЗДІЛ 2 ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО НАПРЯМУ ПСИХОТЕРАПІЇ .....	82
2.1. Загальна характеристика когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії як складової психологічної практики.....	82
2.1.1. Зміст і провідні принципи когнітивно-поведінкової терапії.....	82
2.1.2. Основні моделі когнітивно-поведінкового напрямку психотерапевтичної допомоги.....	93
2.2. Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних «втручань першого вибору».....	103
2.3. Специфіка когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни: виклики та напрями адаптації.....	110
Висновки до другого розділу .....	127
РОЗДІЛ 3 РОЗВИТОК КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ КПТ-ФАХІВЦЯ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	131

3.1. Професійні компетентності фахівця когнітивно-поведінкової психотерапії під час війни.....	131
3.2. Розробка навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни» .....	144
3.3. Оцінка продуктивності впровадження навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни» .....	166
Висновки до третього розділу.....	197
ВИСНОВКИ .....	200
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	203
ДОДАТКИ .....	248

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** У сучасному світі спостерігається зростання психоемоційної напруженості та посилення психологічної нестійкості населення, що зумовлено впливом війни, хронічного стресу, соціальної нестабільності та невизначеності майбутнього. За таких умов особливої актуальності набуває проблема формування ефективних стратегій подолання життєвих труднощів і надання психологічної допомоги, спрямованої на збереження та підтримку психічного здоров'я як окремої особистості, так і її найближчого соціального оточення.

Психологічна допомога в умовах повномасштабної війни в Україні набуває критичної суспільної значущості. Масова психотравматизація населення, спричинена бойовими діями, вимушеним переміщенням, втратою звичного способу життя формує нагальний запит на ефективні, доказові й доступні психотерапевтичні інтервенції, релевантні до умов тривалої нестабільності. У цьому контексті когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) постає як один із найбільш науково обґрунтованих підходів, що демонструє високу ефективність щодо зниження тривожної та депресивної симптоматики, розвитку навичок саморегуляції та формуванні адаптивної поведінки (Ж. Котро, К. Добсон, Д. Бек, Д. Давід, І. Данмор, Ж. Коен, А. Батлер, К. Буве, А. Харвей, У. Мансел тощо).

Теоретичне та методологічне підґрунтя когнітивно-поведінкового психотерапевтичного напрямку було закладене у працях провідних зарубіжних дослідників (А. Елліса, Д. Мейхенбаума, Д. Барлоу тощо). А. Бек обґрунтував когнітивну модель психічних розладів і роль дисфункційних переконань у формуванні емоційних порушень. Становлення КПТ пов'язано з науковими напрацюваннями Д. Кларка, А. Фримана, П. Салковскіса, К. Падескі, Ж. Фарел, Д. Гринберга, Ф. Даттіліо, С. Рахман, К. Вера, Е. Фоа, З. Сігала, С. Гейза, С. Хофмана, М. Лінехан, М. Ліхі, Д. Янга тощо, у яких висвітлено



динаміку розвитку КПТ, її доказову ефективність, а також специфіку сучасних модифікацій.

Окремі аспекти становлення на застосування когнітивно-поведінкового підходу в українській психологічній науці та практиці представлені в працях вітчизняних дослідників (О. Аврамчук, В. Горбунова, В. Климчук, О. Романчук, С. Дерев'янка, А. Карачевський, Л. Засєкіна, І. Данилюк, Н. Буркало, Н.Я Рубель, О. Ігумнова, А. Михайлов, С. Потюк, О. Парфенюк, А. Черняк тощо). Зокрема висвітлено особливості використання КПТ у контексті соціальної ізоляції та пандемічних викликів (Т. Тріандофілова, Я. Раєвська); у сфері професійного зростання та саморегуляції фахівців (В. Балахтар, К. Павленок); специфіку застосуванні технік уяви в КПТ (Є. Пушко); особливості сучасних модифікацій КПТ із залученням практик усвідомленості «mindfulness» (Д. Старков) та цифрових інтервенцій (О. Марциняк-Дорош); досвід підтримки психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойового стресу (Н. Висятицька, М. Лиса).

Водночас значна частина наявних досліджень має прикладний, оглядовий або фрагментарний характер і представлена у формі окремих наукових статей та матеріалів конференцій. В українському науковому просторі обмежено представлено систематизовані теоретичні та навчально-методичні праці, що постає перешкодою для формування цілісної науково-методичної бази когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії, розвитку професійних компетентностей КПТ-фахівця та ефективної імплементації зазначеного підходу у вітчизняну психотерапевтичну практику.

Отже, необхідність дослідження теоретико-концептуальних та професійних аспектів становлення когнітивно-поведінкової психотерапії в контексті сучасної психологічної практики та воєнних викликів зумовлена наявністю розбіжностей між зростаючими потребами українського суспільства в доступній доказовій психотерапії, адаптованій до реалій тривалої травматизації та фрагментарністю наукового обґрунтування та методичного забезпечення професійної підготовки КПТ-фахівців в умовах

війни та післявоєнного відновлення України. Останнє й зумовило вибір теми дослідження: **«Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці».**

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження було проведено в межах комплексних науково-дослідних тем лабораторії когнітивної психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України: «Дискурсивне конструювання досвіду в контексті розвитку особистості» (державний реєстраційний номер 0120U100198) та «Розвиток життєвої компетентності особистості в дискурсивному просторі» (державний реєстраційний номер 0123U100154). Тему дисертації затверджено вченою радою Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (протокол 6 від 29.01.2022 р.).

**Мета дослідження:** визначити культурно-історичні, теоретико-концептуальні та професійні аспекти становлення когнітивно-поведінкової психотерапії в сучасній психологічній практиці.

Відповідно до мети визначено **основні завдання дослідження:**

1. Виокремити культурно-історичні передумови становлення КПТ як сучасної психологічної практики.
2. Розробити модель соціально-професійного самовизначення спільноти фахівців КПТ.
3. Проаналізувати ключові аспекти становлення української школи когнітивно-поведінкової психотерапії
4. Визначити теоретико-концептуальні аспекти становлення КПТ, проаналізувати виклики та напрями її адаптації в умовах війни.
5. Побудувати модель базових професійних компетентностей КПТ-фахівця в умовах війни.
6. Розробити й апробувати програму навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни».

**Об'єкт дослідження:** когнітивно-поведінкова парадигма сучасної психологічної практики.

**Предмет дослідження:** становлення когнітивно-поведінкової психотерапії в контексті сучасної психологічної практики та воєнних викликів.

### **Теоретико-методологічні засади дослідження.**

Загальнометодологічною базою дослідження є інтегративний підхід, що поєднує принципи історико-психологічного аналізу становлення психотерапевтичних напрямів (Г. Елленбергер, Р. Портер, Е. Скалл, Е. Шортер), компетентнісний підхід у психології (І. Бевзюк, Р. Бояцис, М. Головань, Г. Гамел, Л.А. Лепіхова, О.М. Лозова, Д. МакКлелланд, К. М. фон Тройєр, К. Прахалад, Н. Рейнольдс, О. Савченко), зокрема компетентнісну парадигму професійної підготовки фахівців допомагаючих професій (Б. Вамполд, Ф. Вайнерт, Р. Епштейн, Дж. Равен, Д. Шон, Е. Шейн) та засади доказової психотерапевтичної практики (Л. Боркевек, Д. Сакетт, Дж. Норкросс, С. Хейз, Д. Чамблесс).

Дослідження спирається на психологічну герменевтику (В. Дільтей, Г.-Г. Гадамер, П. Рікер, Н. Чепелєва) як методологію розуміння та інтерпретації смислових трансформацій у розвитку психотерапевтичних концепцій, наративний підхід (Дж. Брунер, Л. Засекіна, Д. Макадамс, Т. Сарбін, Т. Титаренко) до аналізу професійного становлення КПТ-спільноти в Україні.

Теоретичним підґрунтям роботи є базові положення когнітивної психології (А. Бек, А. Елліс, Д. Канеман, Дж. Келлі, У. Найссер), концепції когнітивно-поведінкової психотерапії та її сучасних модифікацій (Д. Барлоу, Дж. Бек, Д. Кларк, М. Лінехан, К. Падескі, П. Салковскіс, С. Хофман, Е. Фoa, Дж. Янг), концепції освіти дорослих та андрагогіки (О. Аніщенко, С. Брукфілд, П. Джарвіс, Дж. Мезіров, Н. Ничкало, М. Ноулз), теоретичні основи професійної перепідготовки та безперервного професійного розвитку фахівців допомагаючих професій (П. Беннер, Д. Колб, Н. Побірченко, В. Сидоренко, Д. Шон).

У дослідженні використано концепції психологічної стійкості та подолання травматичного стресу (Р. Лазарус, С. Максименко, Н. Панова,

С. Фолкман, С. Хобфолл), теоретичні напрацювання щодо психотерапевтичної допомоги в умовах воєнних конфліктів та масової травматизації (Н. Буркало, Б. ван дер Колк, С. Вамсер-Нанні, Дж. Вілсон, Ш. Вілсон, В. Горбунова, Дж. Герман, О. Ігумнова, Р. Йегуда, А. Карачевський, В. Климчук, О. Кокун, Дж. Кукуян, Е. Лайтц, Б. Луб, А. Михайлов, П. Ресік, К. Род, О. Романчук, Т. Снайдер, М. Фрідман, Н. Хамітов, А. Холлідей, Л. Царенко, Дж. Шей), а також теоретичні засади професійної підготовки та перепідготовки практичних психологів у системі вищої та післядипломної освіти України (О. Бондарчук, І. Данилюк, Л. Карамушка, С. Максименко, В. Панок, О. Санакоєва, Л. Сігаєва).

### **Методи дослідження:**

*загальнотеоретичні методи та прийоми пізнання:* аналіз і синтез наукових джерел з метою вивчення теоретико-методологічних засад КПТ та особливостей її становлення в сучасній психологічній практиці; порівняння, зіставлення, узагальнення, інтерпретація теоретичних положень з проблеми дослідження та отриманих емпіричних даних щодо визначення ефективності навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни»; теоретичне наукове моделювання для концептуалізації теоретико-методологічних засад дослідження з метою розробки моделей соціально-професійного самовизначення когнітивно-поведінкового товариства та професійних компетентностей КПТ-фахівців в умовах війни;

*емпіричні методи:* спостереження (форма-бланк спостереження за залученістю учасників курсу в рольові вправи та практичні заняття); анкетування (анкета для виявлення рівня обізнаності, уявлень і професійних очікувань учасників курсу, анкета самооцінювання професійних компетентностей, анкета-самозвіт); тестування (тест оцінювання сформованості базових компетентностей КПТ).

*методи математичної статистики:* дескриптивний аналіз з метою обчислення середніх стандартних відхилень для характеристики рівнів сформованості компонентів професійної компетентності КПТ-фахівця до та

після проходження навчального курсу; t-критерій Стьюдента для залежних вибірок для оцінки динаміки змін складових професійної компетентності КПТ-фахівця учасників курсу до та після його проходження; кореляційний аналіз за Пірсоном для встановлення взаємозв'язків між компонентами професійної компетентності; множинний регресійний аналіз для визначення внеску окремих компонентів у загальний показник професійної компетентності в КПТ. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS Statistics 22.0.

**Надійність і достовірність результатів дослідження** забезпечується теоретико-методологічною обґрунтованістю концептуального апарату дослідження; моделей соціально-професійного самовизначення когнітивно-поведінкового товариства, професійних компетентностей КПТ-фахівців в умовах війни, програми навчального курсу; надійністю дослідницького інструментарію та його релевантністю меті та завданням; наскрізним зв'язком між усіма етапами дослідження; застосуванням методів математичної статистики для обчислення емпіричних даних та апробацією отриманих результатів.

**Наукова новизна результатів дослідження** полягає в тому, що

*уперше:*

- розроблено модель соціально-професійного самовизначення спільноти фахівців КПТ;
- побудовано модель базових професійних компетентностей КПТ-фахівця в умовах війни;
- розроблено й апробовано програму навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни».

*поглиблено та розширено:*

- теоретичні положення культурно-історичного та професійного становлення КПТ як сучасної психологічної практики;

*подальшого розвитку набули:*

– уявлення про ключові аспекти становлення української школи когнітивно-поведінкової психотерапії.

**Практичне значення результатів дослідження** полягає в можливості їх використання для розв’язання науково-практичних завдань у сфері соціально-психологічної допомоги, психотерапевтичної практики та психологічного консультування.

Матеріали й висновки дисертаційного дослідження можуть бути застосовані у професійній діяльності практичних психологів і психотерапевтів, у процесі підготовки та підвищення кваліфікації фахівців у межах когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії, а також у роботі з тривожними й депресивними розладами, наслідками психотравматичних подій, хронічного стресу та емоційного вигорання.

Практичну цінність має розроблений у межах дослідження навчальний курс «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни», що відповідає актуальним запитам психологічної практики в умовах воєнного часу.

**Результати дослідження впроваджено** в практичну діяльність товариства з обмеженою відповідальністю «Джерело довголіття» (довідка №98/03 від 29.12.2025 р.); закладу дошкільної освіти (ясла-садок) №26 Шевченківського району м. Києва (довідка № 04-42/42, від 26.12.2025 р.), приватного підприємства «Клініка антистаріння «Медіком» (довідка № 353 від 30.12.2025 р.), товариства з обмеженою відповідальністю «Лагард» (довідка № 28.12/25 від 28.12.2025 р.), садівничого товариства «Заліське» (довідка № 796 від 31.01.2026 р.), товариства з обмеженою відповідальністю фірма «Гарант» (довідка № 12-01/26 від 12.01.2026 р.).

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення і результати дослідження було оприлюднено та обговорено у низці наукових та науково-практичних заходів, серед яких *міжнародні конференції*: Міжнародна науково-практична конференція Хортицької національної академії «Освіта сьогодення: життєтворчість як основа національного відродження та єдності» (Запоріжжя, 2024 р.); *XVII Міжнародна науково-практична конференція*

*«Проблеми та перспективи сучасної науки та освіти»*, Львівський науковий форум (Львів, 2026); XI Міжнародна науково-теоретична конференція «Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень» (Чернівці, 2026); *всеукраїнські конференції*: X Всеукраїнська науково-практична конференція Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я в умовах війни» (Київ, 2025 р.); II Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН «Кіберпсихологія в інформаційному суспільстві: підтримка, навчання, розвиток, матеріали» (Київ, 2024 р.); IX Всеукраїнська науково-практична конференція Львівського державного університету внутрішніх справ «Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації» (Львів, 2024 р.).

**Публікації.** Основний зміст і результати дисертаційного дослідження відображено в 10 публікаціях автора. Серед них 4 статті в наукових періодичних фахових виданнях з психології, включених до переліку, затвердженого МОН України (категорії Б); 6 статей і тез апробаційного характеру в збірниках матеріалів науково-практичних конференцій (в т. ч. міжнародних).

**Структура й обсяг роботи.** Дисертація складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, додатків. Основний обсяг складає 186 сторінок. Робота містить 2 рисунків, 27 таблиць, які займають 12 сторінок. Загальний обсяг дисертації становить 329 сторінок. Список використаних джерел включає 428 позицій, із них 313 іноземними мовами.

## **РОЗДІЛ 1**

### **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВИЙ НАПРЯМ ПСИХОТЕРАПІЇ В КУЛЬТУРНО-ІСТОРИЧНОМУ КОНТЕКСТІ**

У розділі обґрунтовано становлення та розвиток когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в контексті культурно-історичних змін. Проаналізовано зв'язки цього психотерапевтичного напрямку з провідними психологічними теоріями, визначено основні групи культурно-історичних передумов і чинників розвитку когнітивно-поведінкової терапії. Висвітлено провідне місце КПТ серед сучасних психотерапевтичних напрямів завдяки високій доказовій базі, підтвердженій численними науковими дослідженнями, офіційним визнанням міжнародних професійних організацій та широким клінічним застосуванням. Запропоновано модель соціально-професійного самовизначення професійної спільноти фахівців КПТ, яка показує інтегративність КПТ та її здатність поєднувати наукові, професійні й культурні виміри, що забезпечує її стійкість і перспективність у сучасному суспільстві.

#### **1.1. Культурно-історичні передумови розвитку когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії як психологічної практики XX-XXI століть**

У період глобальної нестабільності й невизначеності, спричиненої війнами, масовою міграцією, економічними кризами та зростанням соціальної тривожності, особливої актуальності набувають доказові, ефективні, структуровані й науково обґрунтовані засоби соціально-психологічної допомоги, серед яких когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) посідає провідне місце [176; 246].

Виникнення цього підходу в другій половині XX століття, у період після Другої світової війни, в умовах швидкої урбанізації, відбулося у специфічних



соціокультурних умовах: на перетині наукового раціоналізму, зростання інтересу до поведінкових наук, а також прагнення до стандартизації психотерапевтичних методів [207; 360].

Еволюція КПТ відображає зрушення від суто симптомо-центрованого підходу до роботи з глибинними переконаннями, смислами та цінностями [240; 248]. В результаті із розрізнених поведінкових і когнітивних підходів сформувався «уніфікований стандарт», що поєднує ефективність і адаптивність до різних культур [200; 246]. Крім терапевтичного ефекту, КПТ сприяє переосмисленню смислів і цінностей та особистісному розвитку [240].

Вагомий внесок у розвиток когнітивно-поведінкової терапії зробили провідні фахівці у сфері ментального здоров'я, серед яких А. Beck [138], J. Beck [139], D. Barlow [134], D. Clark [182], J. Cottraux [192], F. Dattilio [197], A. Ellis [213], E. Foa [223], S. Hayes [239], C. Padesky [344], R. Leahey [284], M. Linehan [291], S. Hofmann [246], D. Meichenbaum [314], R. Menzies [315], S. Rachman [360], M. Robichaud [80], S. Rusinek [370], J. Young [414], P. Salkovskis [371], Z. Segal, J. Teasdale [375], W. Dryden [207], P. Barrett [135], C. Fairburn [217], D. Westbrook [21] тощо.

Важливою віхою в історії КПТ стало формування концепції «хвиль» розвитку. Основними теоретиками, які заклали підґрунтя до третьої хвилі КПТ, є S. Hayes – засновник терапії прийняття і відповідальності (АСТ) [25], J. Young – автор схема-терапії [414], а також Z. Segal, J. Teasdale – розробники терапії, основаної на майндфулнес-підході (МВСТ) [375], М. Linehan, яка створила діалектико-поведінкову терапію (DBT) [292].

Наукові здобутки D. Meichenbaum, S. Brewin та S. Rachman суттєво вплинули на розуміння когнітивних процесів у психотерапії. Вони досліджували еволюцію КПТ, аналізували історію поведінкової терапії та її теоретичне підґрунтя [166; 314; 360]. За S. Brewin, вразливість до емоційних розладів пов'язана з наявністю в пам'яті негативних репрезентацій – дисфункціональних схем, які активуються під впливом тригерів і підтримують негативний афективний стан [166]. Сучасні дослідження у сфері

метакогнітивної терапії підтверджують існування множинних автобіографічних спогадів, що конкурують під час актуалізації [404]. Відповідно до цієї концепції, КПТ не усуває негативні змісти безпосередньо, а змінює баланс активації між позитивними й негативними репрезентаціями, сприяючи переважанню функціональних. Такий підхід відкриває нові горизонти для пояснення механізмів впливу КПТ на симптоми емоційних розладів – фобії, нав'язливі думки, флешбеки – і може слугувати об'єднувальною рамкою для класичних і новітніх форм КПТ [200; 360].

У працях S. Rachman окреслено історичні передумови становлення поведінкової терапії, що виникла на основі біхевіористської психології, яка в середині XX століття запропонувала принципово нове бачення природи психічних розладів [360]. Спершу ідея лікувати поведінку, а не «психічні структури», зустріла опір як з боку психоаналітичної традиції, так і з боку медичної спільноти. Водночас саме біхевіоризм, адаптований до клінічної практики у 1950-х роках, започаткував систематичне використання механізмів навчання й умовних рефлексів у психотерапії [302; 360; 380].

Когнітивний аналіз, що почав розвиватися пізніше, посилив ефективність поведінкових втручань, дозволивши глибше зрозуміти роль мислення у формуванні та підтриманні психопатологічних станів [142; 213]. У США та Великій Британії паралельно формувалися різні, але концептуально споріднені напрями поведінкової терапії. Згодом їх інтеграція з когнітивними моделями мислення привела до формування когнітивно-поведінкової терапії [138].

Соціальні зміни, включаючи демократизацію знань, розвиток охорони психічного здоров'я, збільшення уваги до якості життя та зменшення стигматизації психічних розладів, також відіграли ключову роль у поширенні КПТ [180; 255; 318]. Цей підхід швидко адаптувався до нових соціальних запитів, включаючи ефективну роботу з тривожними, депресивними та стресовими розладами, що значно підвищило його практичну цінність і

зробило однією з найвпливовіших форм психотерапії сучасності [176; 200; 246].

У межах даного дослідження нами було виокремлено чотири основні групи культурно-історичних передумов розвитку когнітивно-поведінкової терапії:

- Філософсько-теоретичні
- Експериментально-психологічні
- Соціально-культурні
- Сучасні інноваційні

На відміну від традиційного хронологічного підходу, що описує розвиток КПТ у вигляді послідовної зміни етапів або «хвиль» [239; 248; 360], запропонована класифікація ґрунтується на структурно-аналітичному принципі. Вона дозволяє виокремити й описати якісно різні виміри становлення КПТ – від філософських засад до сучасних технологічних інновацій.

Такий підхід не лише фіксує історичні етапи, а й виявляє міждисциплінарні джерела, що впливали на формування методу: епістемологічні концепції (раціоналізм, емпіризм, прагматизм) [302; 321], експериментальна психологія та навчальні теорії [225; 286; 380], соціокультурні виклики (кризи, війни, урбанізація) й новітні інтегративні напрями в психотерапії [204; 241].

Запропонована типологія дозволяє розглядати розвиток КПТ не як лінійну послідовність змін, а як взаємодію чинників різного рівня й походження, що формують цілісну, динамічну й адаптивну систему. Це відкриває можливості для більш глибокого розуміння джерел ефективності методу, його трансформацій у відповідь на культурні виклики, а також окреслює потенціал для подальшого розвитку.

Інноваційність цієї класифікації полягає в тому, що вона пропонує не просто історичний опис, а «аналітичну карту впливів», яка дозволяє

осмислити багатовимірну природу КПТ у контексті наукової, соціальної та культурної еволюції. Кожна з виокремлених передумов відображає специфічний вимір, у якому формувалися та закріплювалися ключові ідеї, принципи й методи КПТ. Нижче розглянуто детальніше кожен з зазначених груп передумов.

### *Філософсько-теоретичні передумови*

Формування когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії було значною мірою зумовлене історією розвитку психотерапії, яка умовно поділяється на два основні етапи: донауковий і науковий періоди, що охоплюють час від XIX століття до сьогодення. Погляди на зв'язок між мисленням, емоціями та поведінкою мають витоки ще в античній філософії.

У філософії стоїцизму, а також у східних філософських традиціях наголошується на тому, що в основі людських емоцій лежать ідеї та уявлення. Широко відома думка Епіктета про те, що людей засмучують не речі самі по собі, а їхні уявлення про речі. Згідно з цим підходом, змінивши власні уявлення, людина здатна впливати навіть на найінтенсивніші емоційні стани (E. Murguia, K. Diaz [321]). Філософська школа стоїцизму стала одним із джерел формування сучасної когнітивної терапії. Зокрема, основоположник когнітивної терапії А. Бек у праці «Когнітивна терапія депресії» підкреслює зв'язок між переконаннями, когніціями та емоційними реакціями, що концептуально перегукується з ідеями стоїцизму про вплив мислення на переживання [142].

У філософії Нового часу ці ідеї отримали подальший розвиток. Р. Декарт увів інтроспективне поняття свідомості, а також поняття рефлексу, якому судилося відіграти важливу роль у формуванні сучасної фізіології нервової діяльності [184]. У психологічному вченні Б. Спінози простежується тісний зв'язок між матеріальним і духовним світами, людські прагнення розмежовуються на волю, бажання та потяг, введено поняття афекту [233].

У контексті становлення емпіричної традиції в психології особливу роль відіграли філософські концепції Д. Локка, Т. Гоббса та Д. Юма. Д. Локк

розвинув положення про походження психічного з індивідуального досвіду, виокремлюючи дві його форми: зовнішній, що пов'язаний із відчуттями навколишнього світу, та внутрішній, який відображає пізнання діяльності власного розуму (S. Nicolas [335]). Ідеї Д. Локка знайшли подальший розвиток в інтроспективній та асоціативній психології. Т. Гоббс розглядав поведінку та психіку людини як підпорядковані законам механіки, де елементи свідомості пов'язуються між собою на основі механістичних за своєю природою зв'язків, які згодом отримали назву асоціацій. Д. Юм розвинув теорію асоціацій, згідно з якою ідеї в свідомості поєднуються за принципами суміжності, подібності та причинності. Д. Юм наголошував, що ці зв'язки не є вродженими, а формуються поступово через досвід (C. Lecadet, M. Mehanna [283]).

Емпірична традиція, представлена Дж. Локком і Д. Юмом, сприяла розвитку уявлень про роль досвіду, навчання та асоціативного мислення у формуванні особистості. На зламі XIX–XX століть у межах американського прагматизму (В. Джеймс, Д. Дьюї) утвердилася орієнтація на практичне застосування знань (C. Mariné, C. Escibe [306]). Ідеї ефективності, корисності та доцільності стали ідейним підґрунтям для подальшої прагматизації психотерапії, зокрема у формі когнітивно-поведінкових підходів.

Початок наукової психології традиційно пов'язують з 1879 роком, коли німецький психолог В. Вундт заснував у місті Лейпциг першу лабораторію експериментальної психології. Ця подія ознаменувала початок систематичного впровадження експериментального методу в усі галузі психологічного знання, а також дала поштовх до дослідження структури людського мислення (S. Nicholas, L. Ferrand [337]).

Подальшого розвитку набув метод інтроспекції, тобто внутрішнього самоспостереження, який дозволяв людині пізнавати власні психічні стани. Незважаючи на дослідницький потенціал, метод інтроспекції виявився обмеженим через високий рівень суб'єктивізму та недостатню об'єктивність отриманих даних. Інтроспекція тісно пов'язана з феноменом рефлексії, яка, у свою чергу, активно використовується в сучасній когнітивно-поведінковій

терапії як інструмент усвідомлення і трансформації дисфункціональних думок і переконань (D. Greenberger, C. Padesky [232])

Наприкінці XIX – на початку XX століття в англо-американському науковому середовищі активно розвивався функціоналізм (У. Джеймс, Д. Д'юї, Д. Енджелл, Р. Вудвортс, Г. Спенсер) [304]. Представники цього напрямку розглядали психіку з позицій виконуваних нею функцій, виокремлюючи окремі психічні процеси як самостійні функціональні елементи. Зокрема, у дослідженнях функціоналізму спостерігалось прагнення до локалізації психічних функцій у мозку, прикладом чого є визначення зон Брока та Верніке, відповідальних за мовлення [297]. У подальшому погляди функціоналістів зазнали суттєвого перегляду у зв'язку з розвитком когнітивної психології, нейропсихології та нейробіології, які надали глибше уявлення про складність, взаємозалежність і динамічність психічних процесів, виходячи за межі уявлень про їх фрагментарну функціональність [228; 265; 306; 313].

Отже, філософсько-теоретичні передумови становлення когнітивно-поведінкової терапії відображають складний і багатовимірний процес еволюції уявлень про взаємозв'язок мислення, емоцій та поведінки. Від античних філософських систем до раціоналізму, від емпіризму до прагматизму – зазначені інтелектуальні традиції заклали концептуальні основи, на яких ґрунтується сучасна когнітивно-поведінкова психотерапія. Вони сприяли формуванню ключових принципів КПТ, таких як роль усвідомленого мислення, значення досвіду та рефлексії, а також орієнтація на практичну ефективність психотерапевтичного втручання. Ці ідейні витoki є важливими не лише з історичної точки зору, але й для глибшого розуміння теоретичних засад і методологічних орієнтирів сучасної психотерапевтичної практики.

#### *Експериментально-психологічні передумови*

На початку XX століття формуються кілька впливових психологічних теорій, що спрямовані на аналіз сутності людської психіки та закономірностей її розвитку. Серед них варто відзначити психоаналіз, біхевіоризм, когнітивну, гуманістичну та трансперсональну психологію.

З появою біхевіоризму, з іменами Д. Уотсона, Е. Торндайка та Б. Скіннера, психологія починає формуватися як експериментальна гілка природничих наук, головною теоретичною метою якої стає передбачення поведінки та управління нею. Основний акцент у цьому підході робиться на спостережуваних реакціях і зовнішніх стимулах, які підлягають об'єктивному вимірюванню (J. Marmion [307]).

Вагомий внесок у становлення наукових засад біхевіоризму зробили дослідження І.П. Павлова у сфері фізіології та вищої нервової діяльності. Зокрема введення ним понять умовного та безумовного рефлексу стало основою для пояснення механізмів навчання. Концепція другої сигнальної системи відкрила нові можливості для наукового вивчення мислення, мовлення та взаємодії психології з лінгвістикою [82; 228].

Однією з базових теорій, що стали підґрунтям для розвитку поведінкової психології, є теорія класичного зумовлення. У результаті експериментальних досліджень із собаками, проведених І. П. Павловим, було встановлено, що нові форми поведінки можуть виникати внаслідок формування зв'язку між вродженими поведінковими реакціями, безумовними рефlekсами та новим, раніше нейтральним стимулом, який у процесі навчання набуває властивостей умовного подразника (G. Mandler [304]; C. Lecadet [283]).

Згідно з уявленнями Д. Уотсона, засновника радикального біхевіоризму, предметом психологічної науки є поведінка як сукупність зовнішньо спостережуваних реакцій організму на зовнішні подразники. У межах поведінкової моделі саме поведінка, а не внутрішні психічні стани, вважається основним об'єктом наукового дослідження [380]. Один із найвідоміших експериментів Д. Уотсона був спрямований на вивчення формування страху за допомогою класичного зумовлення. У цьому дослідженні у немовляти на ім'я Альберт виник страх перед білою щуркою. У процесі багаторазового поєднання приємного стимулу (тварини) з гучним неприємним шумом, який лунав за спиною Альберта в момент його взаємодії з твариною, сформувалася стійка реакція страху. У подальшому дитина реагувала страхом лише на

вигляд щурки, що свідчить про закріплення умовного зв'язку (S. Nicolas, L. Ferrand [337]). Цей експеримент набув широкого розголосу та залишився в історії психології як приклад формування фобії шляхом навчання (W. Pickeren, D. Dewsbury [353]).

Теорія навчання, розроблена на основі досліджень з тваринами Е. Торндайка, дозволяє узагальнити різноманітні форми поведінки, виходячи з припущення про існування універсальних закономірностей процесу засвоєння [335]. В експериментах Е. Торндайка тварина (зокрема, кішка) поміщалась у спеціально сконструйований ящик, з якого вона могла вибратися лише шляхом натискання на важіль. У міру збільшення кількості спроб час, необхідний для звільнення з ящика, скорочувався, що свідчило про поступове формування навички. Цей спосіб розв'язання задачі, який передбачає активне випробування різних варіантів дій, отримав назву «метод проб і помилок» [352]).

Згідно з принципами оперантного навчання, поведінка, яка супроводжується позитивним підкріпленням, має вищу ймовірність повторення в майбутньому. Водночас застосування покарання або настання несприятливих наслідків знижує ймовірність повторення такої поведінки та може призводити до її поступового згасання [358].

Подальшого розвитку теорія навчання набула у концепції оперантного зумовлення, запропонованій американським психологом Б. Скіннером, згідно з якою в основі свідомої поведінки лежить механізм зворотного зв'язку між діями суб'єкта та їх об'єктивними наслідками [380]. Головна відмінність оперантного зумовлення від класичного полягає в тому, що у процесі оперантного навчання живий організм активно впливає на навколишнє середовище через власну поведінку та у відповідь стикається з певними наслідками. У випадку ж формування класичного умовного рефлексу організм пасивно реагує на поєднання зовнішніх стимулів, не змінюючи при цьому середовища. Б. Скіннер доводив, що стимулів зовнішнього світу та



поведінкових реакцій достатньо для виникнення нових форм поведінки або для модифікації вже наявних [381].

Експериментальні дослідження у сфері класичного та оперантного зумовлення стали основою для розвитку моделей виникнення психічних розладів і відповідних психотерапевтичних методів (D. David, I. Cristea, S. Hofmann [199]). Згодом у цих підходах були також враховані принципи модельного (спостережуваного) навчання та передачі знань. Навчання відбувається за умови, коли індивід отримує значущу інформацію про наявність зовнішніх або внутрішніх чинників, що впливають на його подальше самопочуття, когніції, поведінку та фізіологічні реакції [360].

Г. Айзенк проводив ґрунтовні дослідження ефективності психотерапевтичних методів, він є автором трьохфакторної теорії особистості, а також відомого тесту інтелекту (M. Eysenck [216]). Орієнтовно з 1953 року він починає використовувати термін «поведінкова терапія» одночасно з іншими дослідниками – Б. Скіннером, А. Лазарусом та Д. Вольпе. Сам Б. Скіннер акцентував увагу на понятті «модифікація поведінки», підкреслюючи універсальність підходу, що може застосовуватися не лише в психотерапії, а й у сфері виховання, педагогіки та управління (L. Sperry [383]).

У подальшому ідеї біхевіористичного підходу сприяли появі когнітивно-поведінкового напрямку в психотерапії, який поєднав емпіричні засади поведінкової психології з теоретичними моделями пізнавальних процесів (G. Mandler [304]). Дослідження поведінки тварин засвідчили необхідність урахування їхніх когнітивних здібностей для більш повного розуміння процесів навчання. Це призвело до усвідомлення, що поведінкові терапевти фактично використовують когнітивні ресурси своїх пацієнтів. Метод десенсибілізації, зокрема, базується на здатності пацієнта уявно відтворювати певні ситуації. Аналогічно, у тренінгу соціальних навичок пацієнти не навчаються конкретним реакціям на окремі стимули, а опановують набір стратегій, необхідних для подолання ситуацій, пов'язаних зі страхом, що

свідчить про активне залучення когнітивних процесів у психотерапевтичну практику (A. Harvey, E. Watkins, W. Mansel, R. Shafran [237]).

Значний вплив на розвиток когнітивної психології мала культурно-історична теорія Л. Виготського, яка наголошувала на необхідності конкретного вивчення свідомості, яку, на його думку, слід розглядати як психологічну реальність із власними закономірностями та структурою [396]. Л.С. Виготський та його учень А. Лурія вважали, що дитина соціалізується через інтеріоризацію міжособистісної комунікації та перетворення її на внутрішню мову [395]. Запропоновані ними моделі соціалізації та інтеріоризації стали теоретичною основою для розвитку дитячої когнітивно-поведінкової модифікації (D. Mieschenbaum [314]).

В. Бехтерев, а також його послідовники Б. Ананьєв і В. М'ясищев зробили вагомий внесок у формування комплексного підходу до дослідження особистості, зосереджуючись на її психофізичній природі, взаємозв'язках із навколишнім світом та закономірностях розвитку [59]. Їхні ідеї стали методологічним підґрунтям для формування сучасного уявлення про людину як відкриту систему, у якій відбувається постійна взаємодія внутрішніх когнітивних, емоційних і біологічних чинників із зовнішніми соціальними, культурними та середовищними впливами [214]. Такий цілісний системний підхід є засадничим для когнітивно-поведінкової терапії, яка розглядає особистість у єдності її внутрішніх психічних процесів і зовнішнього контексту, що визначає умови їх функціонування та розвитку.

У результаті експериментальних досліджень стресу на тваринах Г. Сельє сформулював концепцію стресу як неспецифічної фізіологічної реакції організму на будь-яку вимогу або загрозу, яка порушує або може порушити гомеостаз, стан внутрішньої рівноваги. Концепція Г. Сельє стала основою когнітивно-поведінкової терапії, яка орієнтується на корекцію когнітивних інтерпретацій стресових подій та формування ефективних стратегій подолання стресу [374]. Дослідження Г. Сельє також сприяли глибшому розумінню психосоматичних розладів і ролі стресу в їх виникненні [353].

В середині ХХ століття основоположники гуманістичної психології К. Роджерс, А. Маслоу та В. Франкл заклали нове розуміння природи людини як активної, творчої істоти, здатної до саморозвитку та особистісного зростання [310; 227]. К. Роджерс запропонував клієнт-центрований підхід до психотерапії, в основі якого лежить визнання важливості безумовного прийняття, емпатійного розуміння та автентичності з боку терапевта. У його концепції особистість розглядається як відкрита система, що прагне до самоактуалізації у сприятливому підтримуючому середовищі [366].

Гуманістична психологія та когнітивно-поведінкова терапія визнають фундаментальну роль особистісного усвідомлення, відповідальності та активної участі клієнта у процесі психотерапевтичних змін. Особливо виразно ця тенденція простежується в межах третьої хвилі КПТ, що репрезентована низкою інтегративних підходів, зокрема терапією прийняття і відповідальності Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (S. Hayes, K. Strosahl, K. Wilson [25; 239; 240]), майндфулнес-орієнтованими втручаннями (J. Kabat-Zinn [263; 264]) та схема-терапією (J. Young, J. Klosko, M. Weishaar [414]). Зазначені методології поєднують техніки когнітивної та поведінкової модифікації з ціннісно-орієнтованими компонентами, такими як розвиток самоприйняття, емпатійного розуміння, екзистенційного рефлексування та глибокого осмислення індивідуального досвіду [241].

Значний внесок у розробку поняття копінгу зробив американський психолог Р. Лазарус. Терміном «копінг» він позначив свідомі когнітивні та поведінкові стратегії людини, спрямовані на подолання стресових ситуацій. Р. Лазарус трактував копінг як динамічний процес активної взаємодії особистості з оточенням, у якому провідну роль відіграє когнітивна оцінка подій. Саме сприйняття ситуації як загрози або виклику визначає емоційну реакцію індивіда і тип обраної стратегії подолання (S. Folkman, R. Lazarus, R. Gruen, A. DeLongis [381]). Ці положення стали теоретичним підґрунтям для формування сучасних підходів у КПТ, зокрема в роботі з тривожними розладами, де ключовими механізмами змін виступають когнітивна

переоцінка, саморегуляція та розвиток адаптивних копінг-стратегій (S. Hofmann, A. Asnaani, I. Vonk, A. Sawyer, A. Fang [246]).

Американські психотерапевти досліджували можливість цілеспрямованої модифікації мислення та сприйняття у процесі психотерапії. Важливим етапом стало формування концепції набутої безпорадності, яку у 1975 році запропонував М. Селігман, професор Університету Пенсильванії. На основі експериментальних досліджень він обґрунтував, що людина здатна як засвоювати безпорадність, так і розвивати усвідомлений оптимізм, що дає змогу впливати на мислення і змінювати поведінку [335; 369]. Ця ідея використовується в когнітивно-поведінковій терапії як теоретичне підґрунтя для розробки технік, спрямованих на переосмислення подій, подолання дисфункціональних переконань і формування адаптивних моделей реагування.

Важливими теоретичними та практичними основами для формування сучасної когнітивно-поведінкової терапії стали концепції А. Бандури і Д. Вольпе. Згідно з теорією соціального навчання А. Бандури, людська поведінка формується в результаті взаємодії когнітивних, мотиваційних та соціальних факторів [284]. А. Бандура підкреслив роль спостереження за діями інших людей, що стало основою для розвитку когнітивного компонента КПТ і зміцнило концепцію формування нових моделей поведінки через спостереження і опосередковане навчання. Д. Вольпе, розвиваючи концепцію систематичної десенсибілізації, запропонував метод поетапного зниження тривожної реакції шляхом контрольованого й поступового контакту з об'єктами страху. Його метод реципрокного гальмування став важливим внеском у розвиток технік зменшення тривожності, що пізніше було інтегровано в КПТ [195; 283].

Ще одним вагомим теоретичним джерелом, що сприяло формуванню когнітивно-поведінкової терапії як науково обґрунтованого психотерапевтичного напрямку, стала концепція когнітивного розвитку Ж. Піаже, що базується на дослідженні таких психічних процесів, як пам'ять,

увага, сприйняття, уява та інші аспекти мислення, і акцентує увагу на важливості когнітивних структур і процесів у формуванні поведінки людини [307]. Ж. Піаже виокремив етапи когнітивного й інтелектуального розвитку дитини, що дало змогу глибше зрозуміти, як формуються та змінюються схеми сприйняття та інтерпретації інформації впродовж життя [340].

#### *Соціокультурні передумови*

Розвиток КПТ у другій половині ХХ століття був зумовлений ширшими науковими та соціокультурними впливами. Серед них становлення біопсихосоціальної парадигми, поява гуманістичної критики психоаналізу, зростання інтересу до доказовості в медицині, формування теорії прив'язаності, а також розвиток когнітивної науки, нейропсихології та культурно-історичної психології.

Таблиця 1.1

#### Соціокультурні передумови становлення КПТ

Складові	Зміст	Вплив
Соціальні	Поширення ідеї науковості в медицині	Сприяло формуванню КПТ як «доказової терапії»
Інтелектуальні	Когнітивна революція в психології (1950 - 60-ті)	Дало поштовх до переходу від біхевіоризму до включення мислення
Наукові	Розвиток нейронаук, психофармакології	Дало підстави для біопсихосоціального підходу
Культурні	Критика психоаналізу як надто абстрактного	Створило запит на більш практичні підходи, як КПТ

У лікуванні психічних розладів значний вплив на розвиток терапевтичних підходів мало впровадження біопсихосоціальної моделі, запропонованої Д. Енгелем у 1977 році. Д. Енгель акцентував на тому, що кожен пацієнт є носієм унікального суб'єктивного досвіду, що включає його

думки, почуття та життєву історію (G. Engel [214]). Ця концепція дозволила сформулювати цілісне бачення етіології психічних захворювань, підкреслюючи важливість взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників у виникненні та перебігу розладів, що дозволяє глибше розуміти складність і багаторівневість психологічних проблем людини.

#### *Додаткові умови становлення*

Сучасна психотерапевтична практика широко використовує положення теорії прив'язаності. Згідно з Д. Боулбі, ранні емоційні зв'язки з батьками визначають формування моделей прив'язаності, які можуть бути безпечними або небезпечними (тривожно-амбівалентними, унікальними, дезорганізованими) [379]. На думку Г. Пилягіної, патологічні батьківсько-дитячі взаємини можуть бути пов'язані з розвитком психосоматичних розладів, схильністю до аутоагресивної та саморуйнівної поведінки, частими хворобами у дітей, невротичними розладами та розладами особистості (Г. Пилягіна, Б. Пуховський [318]). Інтеграція теорії прив'язаності з КПТ дозволяє розширити розуміння емоційних і когнітивних процесів, що лежать в основі психічних розладів.

Вагомий вплив на становлення когнітивно-поведінкової терапії мали дослідження істерії видатного французького психіатра і невролога П'єра Жане (J. Marmion [307]), який одним із перших виокремив поняття психастенії як самостійної форми психічного розладу і у своїй клінічній практиці застосовував психотерапевтичні методи експозиції та гіпнозу. Ці підходи мають суттєву подібність до сучасних когнітивних технік, що застосовуються в когнітивно-поведінковій терапії (J. Cottraux [192]).

Англійський психіатр І. Маркс здійснив значний внесок у вивчення лікування фобій, obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) та тривожних станів. У своїй клінічній практиці він широко застосовував методи експозиційної терапії. Результати проведених досліджень у Нідерландах, Великій Британії та Сполучених Штатах Америки підтвердили ефективність експозиції як методу лікування фобічних розладів і ОКР [28; 199; 268].

У психотерапевтичному підході австрійського психіатра А. Адлера, визнаного попередника когнітивної терапії, можна виокремити три ключові конструкти, що пізніше були інтегровані в когнітивно-поведінкову терапію: орієнтація терапії на зміну життєвих переконань клієнта, характер терапевтичних взаємин між клієнтом і терапевтом, а також процес терапевтичної переорієнтації, який передбачає зміну особистісних настанов (А. Adler [117]). Праці А. Адлера мали суттєвий вплив у США і стали джерелом натхнення для А. Бека у створенні когнітивної терапії депресії (L. Sperry [383]).

У 1960–1970-х роках у США сформувався напрям когнітивної психотерапії, засновниками якої вважаються А. Бек та А. Елліс. Термін «cognition» походить з латини та означає «знання», «пізнання». Під поняттям «когнітивний» розуміють сукупність процесів отримання, обробки, оцінювання та зберігання інформації. Значна частина обробки інформації здійснюється на несвідомому рівні, що дає підстави розрізняти свідомі й несвідомі когнітивні процеси [347].

Якщо поведінкова психотерапія зосереджується на аналізі та модифікації зовнішніх поведінкових реакцій, то когнітивна психотерапія спрямована на вивчення та трансформацію мислення, переконань, уявлень і когнітивних схем, що лежать в основі емоційної та поведінкової регуляції. Теоретичну основу когнітивної терапії становить положення когнітивної психології, згідно з якими «організм реагує насамперед не на саме оточення, а на ментальне уявлення цього оточення» [302].

На думку М. Махоні, мета психотерапії полягає у досягненні такого рівня саморефлексії, за якого пацієнт усвідомлено досліджує власну особистість. Він розглядається як активний учасник терапевтичного процесу, здатний глибоко аналізувати власне життя, ефективно розв'язувати проблеми, знаходити шляхи подолання труднощів і діяти на благо як самого себе, так і свого соціального оточення [25; 302].

У поведінкових і когнітивних терапевтів виявляється низка спільних характеристик (С. Bouvet [160]). Поведінкова терапія зосереджується на актуальній поведінці особи, тоді як когнітивна акцентує увагу на тому, як індивід сприймає себе та навколишній світ у теперішньому часі. Обидва підходи розглядають психотерапію як процес навчання, де терапевт виконує роль наставника або вчителя. У межах поведінкової терапії клієнтів навчають новим формам поведінки, тоді як у когнітивному підході зосереджуються на формуванні нових способів мислення (С. Brewin [166]).

Вагомий внесок у становлення когнітивної психології здійснив американський психолог Д. Келлі. У його концепції особистісних конструктів психічна організація особистості розглядається як процес активного конструювання майбутніх подій. Ці ментальні структури визначають особливості самооцінки, сприйняття світу та соціального оточення [270].

Когнітивна психотерапія у своїх терапевтичних методах спирається на знання, здобуті в межах когнітивної психології [204; 206]. Її основною метою є аналіз і трансформація мислення пацієнта таким чином, щоб він міг усвідомити наявність ірраціональних та неадаптивних когнітивних установок і замінити їх на більш раціональні та адаптивні способи мислення. Ефективність когнітивної психотерапії спочатку була науково підтверджена у лікуванні депресивних розладів (А. Butler, J. Chapman, E. Forman, A. Beck [176]). Згодом її застосування поширилося на інші психічні стани, зокрема тривожні розлади, розлади особистості, соматоформні порушення, розлади сну та інші (S. Hofmann et al [247]; M. Nakao et al [328]; A. Harvey [236]).

Автором раціонально-емоційної поведінкової терапії є А. Елліс, американський психолог і представник когнітивного напрямку в психотерапії. Він розглядав дисфункційні поведінкові реакції як результат помилкових когнітивних установок, що виникають у процесі інтерпретації особистого досвіду. Згідно з його позицією, причиною тривоги, депресії та інших



психологічних проблем є не самі психотравмувальні події, а те, як саме людина сприймає та інтерпретує ці події (A. Ellis [213]).

Терапевтична мета методу А. Елліса полягає у виявленні дисфункційних переконань, сформованих у результаті неправильного навчання, та у сприянні їх заміні на більш раціональні й адаптивні. У 1957 році А. Елліс представив свою концепцію під назвою «раціональна терапія», яку згодом, у 1990-х роках, перейменував на раціонально-емоційну поведінкову терапію (РЕПТ), підкреслюючи роль емоційного компонента у зміні мислення та поведінки (D. David et al [199]).

Варто зазначити, що саме невротична депресія стала клінічною сферою, яка зблизила когнітивний і поведінковий підходи. А. Бек запропонував концептуалізацію проблем пацієнтів із депресією та розробив психотерапевтичну програму, яка включала низку технік, запозичених із поведінкової терапії. Серед них самоспостереження, рольова гра, моделювання поведінки, виконання домашніх завдань тощо. Під час роботи з пацієнтами, які страждали на невротичну депресію, А. Бек звернув увагу на повторювані теми в їхніх переживаннях, зокрема відчуття поразки, безнадії та особистої неадекватності. На основі цих спостережень він сформулював когнітивну модель депресії, що стала підґрунтям для розвитку когнітивної психотерапії [142]. Сьогодні інноваційні підходи, розроблені А. Беком, широко застосовуються у вирішенні різноманітних психологічних проблем і в лікуванні психічних розладів [140; 141; 201].

Когнітивно-поведінковий підхід сформувався та продовжує розвиватися як закономірний результат еволюції поведінкової та когнітивної психології, під впливом соціально-економічних, культурних і наукових чинників. Когнітивна терапія, спрямована на виявлення та корекцію когнітивних викривлень, є невід'ємною складовою поведінкового підходу (L. Vera [394]).

Розвиток когнітивно-поведінкової терапії можна розглядати як еволюційну динаміку, у межах якої відбувалася поступова інтеграція філософських і наукових засад, що сформували підґрунтя для сучасних

психотерапевтичних моделей. На рис. 1.1 динаміка розвитку КПТ умовно поділяється на декілька етапів, кожен з яких відображає зміну теоретичних пріоритетів, методологічних акцентів і терапевтичних інтервенцій.

Динаміка розвитку когнітивно-поведінкової терапії ілюструє поступову еволюцію та ускладнення психотерапевтичної парадигми: від редукціоністських моделей до інтегративного, багатовимірного підходу, що охоплює поведінкові патерни, когнітивні структури, афективні процеси та ціннісно-екзистенційний вимір особистості.

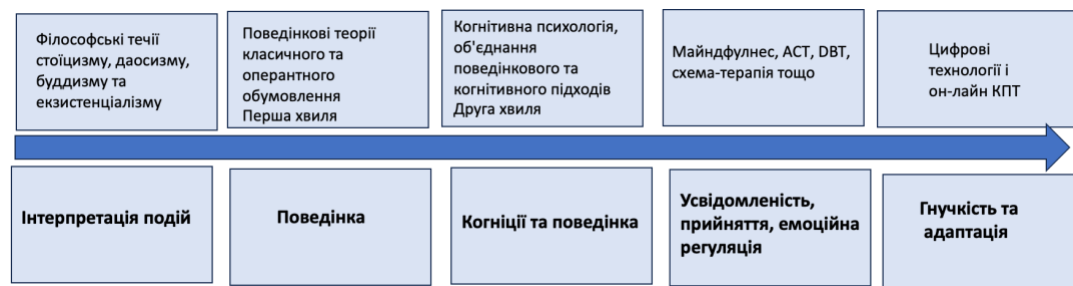


Рис. 1.1 Динаміка розвитку КПТ

### *Сучасні інноваційні чинники*

У сучасну епоху цифровізації розвиток когнітивно-поведінкової терапії дедалі більше пов'язується з технологіями, що створює нові можливості для її персоналізації, масштабування й інтеграції у повсякденне життя пацієнтів.

Використання віртуальної реальності для лікування тривожних розладів, фобій та посттравматичного стресового розладу дозволяє моделювати безпечні ситуації для експозиційної терапії.

Додатки для самодопомоги, такі як чат-бот Woebot (на основі принципів КПТ), стали інструментами психоедукації, самоспостереження та короткострокового втручання. Вони відображають тенденцію до діджиталізації психотерапії та зростання попиту на доступну психологічну підтримку в реальному часі (G. Andersson, N. Titov [125]; P. Carlbring et al [179]; O. Lindhiem et al [288]).

На сучасному етапі розвиток КПТ тісно пов'язаний з досягненнями в нейронауках, інформаційних технологіях та інтегративних підходах [248; 266].

Дослідження мозку за допомогою функціональної МРТ і електрофізіологічних методів підтвердили ефективність КПТ на нейрофізіологічному рівні – зокрема зміни в роботі префронтальної кори, амігдали та інших структур, пов'язаних із регуляцією емоцій (Т. Insel [255]; S. Hofmann et al [249]).

Водночас стрімкий розвиток цифрових технологій відкрив нові можливості для застосування КПТ. Онлайн-терапія, мобільні застосунки, віртуальна та доповнена реальність стають доступними інструментами для проведення психотерапії, зберігаючи при цьому її ефективність. Такі інновації сприяють розширенню доступу до соціально-психологічної допомоги, особливо в умовах глобальних криз або обмеженого доступу до фахівців (J. Olthuis [343]; Lindhiem et al. [288; 289]).

Розгляд історичних та теоретичних витоків КПТ дозволяє зробити кілька ключових узагальнень. По-перше, еволюція КПТ – від поведінкових експериментів до строгої доказової практики – забезпечує її наукову валідність і дає змогу відмежувати ефективні втручання від методів, що втратили актуальність [176; 177]. По-друге, здатність КПТ до культурної адаптації обумовлює її широке застосування в міжнародному контексті та роботі з різноманітними популяціями (B. Jalal et al [258]; F. Naeem et al [325; 326]). По-третє, концепція «трьох хвиль» демонструє гнучкість методу та відкриває можливості для інтеграції сучасних технік – таких як майндфулнес, робота з цінностями чи метакогнітивні стратегії [24; 25; 375].

Крім терапевтичної ефективності, КПТ охоплює філософсько-екзистенційний вимір, сприяючи не лише зменшенню симптомів, а й переосмисленню переконань, зміцненню внутрішніх ресурсів й особистісному зростанню [29; 68; 69; 344]. Історичне осмислення розвитку методу також є важливим компонентом професійної рефлексії, що дозволяє фахівцям уникати несистемного еkleктизму та здійснювати обґрунтований вибір технік і підходів.

Отже, вивчення культурно-історичних засад КПТ – це не лише теоретичне завдання, а й практично значуща основа для розвитку сучасної,

етично обґрунтованої та ефективної психотерапевтичної практики. Узагальнення результатів аналізу дозволило виокремити чотири ключові культурно - історичні передумови становлення когнітивно-поведінкової терапії: філософсько-теоретичні, експериментально-психологічні, соціокультурні та сучасні інноваційні, представлені у таблиці 1.2. На їхньому перетині сформувалася когнітивно-поведінкова терапія як ефективний, науково обґрунтований і структурований психотерапевтичний підхід.

Таблиця 1.2

## Культурно-історичні передумови становлення КПТ

Передумови	Ключові складові	Фактори впливу
Філософсько-теоретичні	Стоїцизм, емпіризм і раціоналізм, раціональна етика, гуманізм	Формування основ «раціонального мислення», самоспостереження, відповідальності за вибір
Експериментально-психологічні	Біхевіоризм, класичне й оперантне навчання, когнітивна наука, науковість	Забезпечення емпіричної бази КПТ, розробка технік на основі об'єктивних доказів, створення структурованих інтервенцій, доведена ефективність методів, роль мислення в емоціях
Соціокультурні	Запит на короткострокову соціально-психологічну допомогу, глобалізація, культурна різноманітність і міжкультурна адаптація	Адаптація КПТ (війна, криза, еміграція), дестигматизація допомоги, короткотривалі протоколи, культурна чутливість, робота з психічною травмою
Сучасні інноваційні	Третя хвиля КПТ, інтеграція, майндфулнес, АСТ, DBT, розвиток нейронаук і доказової медицини, цифровізація	Забезпечення гнучкості та розвитку КПТ, інтеграція нових парадигм, розширення сфер застосування, орієнтація на цінності та зростання особистості

У кожної групи культурно-історичних передумов було виокремлено ключові чинники, які забезпечують ефективність когнітивно-поведінкової терапії в сучасних умовах. Наведена у таблиці 1.2 класифікація не є традиційною хронологією розвитку КПТ, а запропонована як міждисциплінарна модель аналізу витоків і трансформацій методу. Вона

відображає багатовекторність впливів і дозволяє краще зрозуміти, чому КПТ сформувалась саме в такому вигляді, набула наукової обґрунтованості та зберігає актуальність у XXI столітті.

Запропонована структура дозволяє системно осмислити культурно-історичні джерела формування КПТ як інтегративного підходу, що поєднує філософську глибину, експериментальну доказовість, соціальну релевантність та інноваційну гнучкість. Така структура дозволяє вийти за межі лінійної історичної оповіді та краще зрозуміти логіку еволюції КПТ як сучасної психотерапевтичної парадигми.

Отже, розвиток КПТ пройшов складний шлях – від механістичного біхевіоризму до сучасної інтегративної моделі, яка поєднує когнітивні, нейробіологічні, поведінкові та технологічні компоненти. Кожен етап цієї еволюції відображав зміни у науковій парадигмі, філософських уявленнях про природу психіки та соціальних запитах щодо психічного здоров'я. КПТ зберігає статус одного з найбільш динамічних і доказово підтверджених психотерапевтичних напрямів, що активно інтегрує досягнення сучасних наук, не втрачаючи при цьому своєї методологічної чіткості, орієнтації на результативність і практичну доцільність.

## **1.2. Соціально-професійне самовизначення когнітивно-поведінкової психотерапевтичної спільноти**

Когнітивно-поведінкова терапія стає одним із провідних напрямів сучасної психотерапії, що здобула міжнародне визнання як науково обґрунтована та ефективна професійна практика з чітко визначеними стандартами, компетенціями та сферами застосування (P. Cuijpers et al [194]; F. Dattilio [196; 198]). Її становлення відбувалося в контексті загальної еволюції психотерапевтичного знання, трансформації уявлень про психічне здоров'я та зростаючої потреби в міждисциплінарній інтеграції. Завдяки цим

чинникам КПТ була поступово інтегрована до міжнародної системи психотерапевтичної допомоги, зайнявши в ній провідне місце [156; 191; 193].

Розвиток КПТ пройшов кілька етапів: від початкового акценту на модифікації поведінки в межах біхевіорального підходу до включення когнітивного компоненту, що призвело до формування цілісної, структурованої та практично орієнтованої моделі психотерапевтичного втручання. У другій половині XX століття завдяки науковим і клінічним розробкам А. Бека, А. Елліса, Д. Мейхенбаума та інших дослідників, КПТ інституціоналізувалася як окрема професійна дисципліна зі сформованою методологічною базою, системою професійної підготовки та професійного зростання, навчальними програмами, етичними стандартами та мережею міжнародних і національних асоціацій [152; 185; 198; 212].

Розвиток КПТ умовно поділяють на три етапи, кожен з яких позначився не лише теоретико-методологічними трансформаціями, а й еволюцією соціально-професійного самовизначення психотерапевтичної спільноти, що практикує цей підхід. Перша хвиля КПТ (1950–1960-ті роки) сформувалась у межах біхевіоральної парадигми, спираючись на принципи класичного й оперантного обумовлення. На цьому етапі основний акцент був зроблений на зміні поведінкових патернів через навчальні механізми, а професійна ідентичність фахівця формувалася переважно в руслі експериментальної психології та прикладного аналізу поведінки [147; 168; 214].

Друга хвиля розвитку, що розпочалася у 1970-х роках, засвідчила інтеграцію когнітивних моделей, зокрема концептів автоматичних думок, когнітивних викривлень і внутрішнього діалогу. Це сприяло переорієнтації професійної практики від суто поведінкових втручань до структурованої роботи з пізнавальними процесами. Водночас відбулося концептуальне позиціонування КПТ як науково обґрунтованої терапії, ефективність якої підтверджується емпіричними дослідженнями, що, своєю чергою, вплинуло на зростання академічного і професійного авторитету фахівців цього напрямку [204].

Третя хвиля КПТ, яка набула розвитку з 1990-х років, відзначається появою інноваційних підходів, таких як терапія прийняття і відповідальності (АСТ), діалектико-поведінкова терапія (DBT), терапія, орієнтована на усвідомленість (МВСТ), схема-терапія тощо. Ці підходи інтегрують класичні засади КПТ із гуманістичними, екзистенційними та майндфулнес-орієнтованими компонентами, що зумовлює розширення інтервенційних стратегій та більш комплексне осмислення феноменології людського досвіду. На цьому етапі формуються нові професійні ролі фахівця: він стає не лише носієм методологічних знань, але й фасилітатором особистісного зростання клієнта у межах складного соціального контексту (O. Fontaine, P. Fontaine [226]).

Еволюція когнітивно-поведінкової терапії супроводжувалася не лише поглибленням науково-методологічного підґрунтя та розширенням сфер клінічного й соціального застосування, але й поступовою інституціоналізацією професії. Цей процес охоплює формування професійних стандартів, розвиток освітніх і сертифікаційних програм, створення асоціацій та фахових об'єднань, що засвідчує перехід КПТ-спільноти до зрілого етапу соціально-професійного самовизначення, професійного зростання.

Соціально-професійне самовизначення когнітивно-поведінкової психотерапевтичної спільноти почало формуватись у період після Другої світової війни, коли значна частина Європи зазнала масштабних руйнувань, а Сполучені Штати Америки утвердилися як провідна економічна та інтелектуальна світова держава (R. Gross [233]). У роки війни багато американських психологів були залучені до клінічної практики, зокрема до роботи з військовослужбовцями, що сприяло активному розвитку прикладних напрямів психології. У післявоєнний період зросла потреба у кваліфікованих клінічних психологах, що зумовило посилення інституціоналізації психології як професійної галузі, а також сприяло пошуку ефективних, науково обґрунтованих методів психотерапії, серед яких провідне місце з часом зайняла когнітивно-поведінкова терапія.

У 1994 році Аарон Бек і Джудіт Бек заснували Інститут когнітивно-поведінкової терапії (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy) у Філадельфії, який займається навчанням, сертифікацією та науковими дослідженнями у сфері КПТ [143]. Цей інститут став важливим центром, який не лише сприяв поширенню принципів КПТ у США, а й відігравав значну роль у міжнародному розвитку цього напрямку, впроваджуючи новітні методики та стандарти в навчанні психотерапевтів. Окрім навчальної діяльності, інститут активно співпрацює з різними науковими організаціями, сприяючи розвитку теоретичних засад КПТ і забезпечуючи високу кваліфікацію фахівців, що працюють у цій галузі. Відкриття Інституту також стало важливим кроком для формування глобальної спільноти практикуючих терапевтів, які обмінюються досвідом, здійснюють наукові дослідження та сприяють удосконаленню практики когнітивно-поведінкової терапії (C. Benjamin et al [144]).

Однією з найбільших психотерапевтичних організацій у світі є Європейська асоціація когнітивно-поведінкової терапії (ЕАВСТ), яка об'єднує понад 25 000 фахівців та дослідників, що працюють у цій галузі [215]. Заснована з метою просування та розвитку когнітивно-поведінкової терапії в Європі, асоціація активно сприяє впровадженню новітніх методів терапії, організовує наукові конференції, семінари та навчальні курси для професіоналів. Завдяки своїй роботі ЕАВСТ сприяє встановленню високих стандартів практики та наукових досліджень у галузі психотерапії, а також активно працює над просвітницькою діяльністю, зокрема, підвищенням обізнаності про ефективність КПТ серед широкої аудиторії. Крім того, асоціація бере участь у створенні міжнародних стандартів для навчання та сертифікації терапевтів.

Британська асоціація поведінкової та когнітивної психотерапії (British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, BABCP) об'єднує фахівців, які займаються практикою й теорією когнітивно-поведінкової терапії у Великій Британії. Асоціація відіграє важливу роль у розвитку КПТ на національному рівні [169].



Важливими подіями для фахівців у галузі КПТ є проведення щорічного конгресу Європейської асоціації поведінкової та когнітивної терапії (ЕАВСТ), де обговорюються новітні досягнення та дослідження, а також проведення Всесвітнього конгресу з когнітивної та поведінкової терапії (World Congress of Cognitive and Behavioural Therapies, WCCBT), який проходить раз на три роки і збирає провідних експертів з усього світу для обміну досвідом та напрацювання нових підходів у практиці та теорії КПТ [408]. Ці конгреси сприяють поглибленню міжнародної співпраці і розширенню професійної мережі когнітивно-поведінкової терапії як важливого напрямку психотерапевтичної практики на глобальному рівні.

Всесвітні конгреси з когнітивно-поведінкової терапії (World Congresses of Cognitive and Behavioural Therapies, WCCBT) з 1995 року регулярно проводяться в різних країнах світу, зокрема в Данії, Мексиці, Канаді, Японії, США, Іспанії, Перу, Австралії, Німеччині та Південній Кореї. Ці заходи стали важливими платформами для обміну досвідом і сприяли зміцненню міжнародного співробітництва в даній сфері. До Ради директорів Всесвітнього конгресу входять низка провідних організацій, що займаються розвитком КПТ на міжнародному рівні, зокрема: Азійська асоціація когнітивно-поведінкової терапії (АСВТА) [128], Асоціація когнітивно-поведінкової терапії (АВСТ) [130], Канадська асоціація когнітивно-поведінкової терапії [178], Австралійська асоціація когнітивно-поведінкової терапії (ААСВТ) [131], Європейська асоціація когнітивно-поведінкової терапії (ЕАВСТ) [215], Асоціація когнітивно-поведінкової терапії Аотеароа/Нової Зеландії [126], Міжнародна асоціація когнітивно-поведінкової терапії (ІАСВТ) [256] та Латиноамериканська асоціація когнітивно-поведінкової терапії (АЛАРСО) [129].

Це об'єднання організацій визначає стратегічні напрямки розвитку КПТ та забезпечує високий рівень наукової та практичної підтримки терапевтів по всьому світу. Когнітивно-поведінкові асоціації активно розвиваються у Китаї, Гонконгу, Росії, Індії, Південній Кореї, Таїланді і Пакистані. Поширення

когнітивно-поведінкової терапії в цих регіонах свідчить про її зростаюче значення в сфері психічного здоров'я в Азії [250].

Розвиток когнітивно-поведінкової терапії як форми професійної діяльності передбачав не лише еволюцію терапевтичних підходів, а й поступове формування професійної ідентичності фахівців. Соціально-професійне самовизначення в межах КПТ стало можливим завдяки систематизації знань, стандартизації підготовки психотерапевтів і розвитку етичних засад практики. Це дало змогу створити чітко визначену професійну спільноту, що спирається на науково обґрунтовані методи і визнає важливість постійного професійного зростання. Таким чином, КПТ набула статусу не лише ефективного психотерапевтичного методу, а й окремого напрямку у сфері професійної соціально-психологічної допомоги.

В Україні з 2011 року функціонують Асоціація та Інститут когнітивно-поведінкової терапії, створені у партнерстві з Оксфордським центром когнітивно-поведінкової терапії [100; 101]. У межах їх діяльності реалізуються програми підготовки та сертифікації фахівців за стандартами Європейської асоціації КПТ. Освітні програми з когнітивно-поведінкової терапії рекомендовані не лише для фахівців системи охорони здоров'я, а й для педагогів та інших представників допоміжних професій.

Паралельно з цим, когнітивно-поведінковий підхід поступово впроваджується в академічну освіту. Зокрема низка українських університетів, серед яких Львівський національний університет імені І. Франка, Київський національний університет імені Т. Шевченка, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Український католицький університет, пропонують навчальні курси та магістерські програми, в яких КПТ вивчається як окрема дисципліна або модуль у межах підготовки психологів та психотерапевтів. У деяких випадках ці програми реалізуються у партнерстві з міжнародними освітніми платформами.

Важливу роль у розвитку КПТ в Україні також відіграють професійні спільноти, які об'єднують практиків, сприяють обміну досвідом і підтримують

безперервне професійне зростання. В умовах війни та соціально-політичної нестабільності інтерес до КПТ як до ефективного, науково обґрунтованого методу психотерапевтичної допомоги значно зріс, що стимулює розширення практик КПТ у клінічному, освітньому та волонтерському середовищі.

У межах сучасного наукового дискурсу нами визначено основні елементи в структурі соціально-професійного самовизначення когнітивно-поведінкової психотерапевтичної спільноти (рис. 1.2). Вони відображають ключові напрями становлення професійної ідентичності спільноти, її інституційного розвитку та соціокультурної інтеграції.

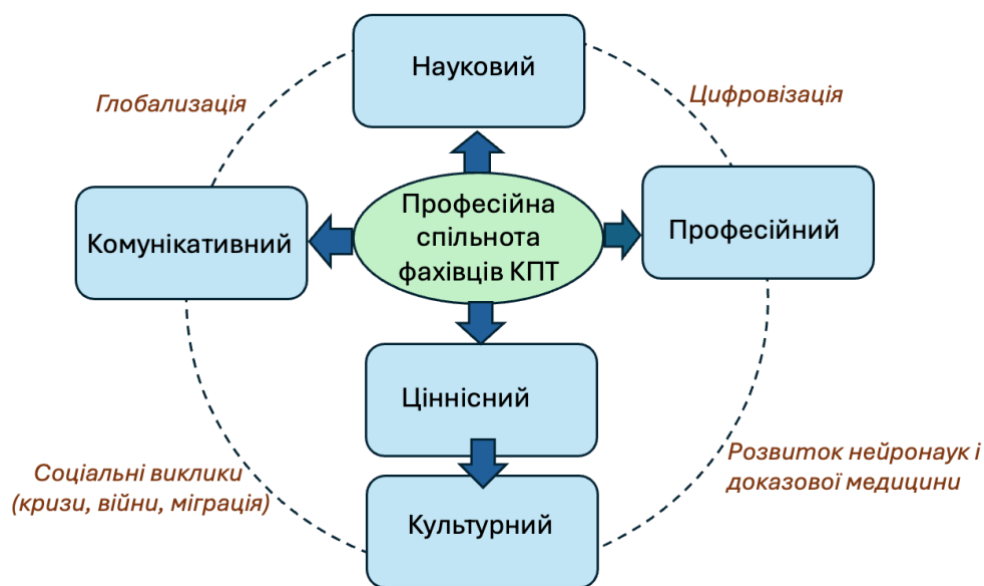


Рис. 1.2 Модель соціально-професійного самовизначення когнітивно-поведінкової психотерапевтичної спільноти

Розроблена модель відображає комплексний процес становлення й розвитку професійної спільноти фахівців КПТ. Її структура поєднує внутрішні складові та зовнішні фактори впливу, що забезпечує інтегральне бачення динаміки професійного самовизначення та професійного зростання.

Внутрішній рівень моделі включає наступні структурні елементи:

- Науковий – забезпечує ідейно-теоретичне підґрунтя діяльності професійної спільноти фахівців КПТ. Він охоплює методологічні засади когнітивно-поведінкової терапії, розвиток дослідницьких програм, публікаційну активність і формування доказової бази. Наукова складова

виконує функцію збереження наступності традицій та одночасно відкриває перспективи для інновацій.

- Професійний – включає систему освіти та підготовки фахівців: розробку навчальних програм, сертифікацію, супервізію, стандартизацію професійної практики. Він формує кадровий потенціал та підвищує якість психотерапевтичних послуг, сприяючи професійному зростанню членів спільноти.

- Культурний – орієнтований на адаптацію методів КПТ до специфіки національного та локального контекстів. Враховує особливості мови, традицій, соціальних норм і суспільних цінностей, що підвищує релевантність терапії в конкретних соціокультурних умовах.

- Комунікативний – забезпечує інтеграцію членів професійної спільноти фахівців КПТ через створення професійних мереж, організацію конференцій, семінарів, тренінгів. Сприяє поширенню досвіду, формуванню спільних проєктів і розвитку міжнародного співробітництва.

- Ціннісний – визначає моральні орієнтири діяльності спільноти. Базується на принципах гуманізму, соціальної відповідальності та захисту психічного здоров'я як суспільного пріоритету. Ціннісний вимір спрямований на утвердження етичних стандартів у практиці та наукових дослідженнях.

На зовнішньому рівні моделі визначені чотири фактори впливу:

1. Глобалізація та міжкультурна взаємодія сприяють поширенню КПТ у різних країнах, створюючи потребу в культурній адаптації методів та уніфікації міжнародних стандартів.

2. Цифровізація та технологічні інновації відкривають можливості для онлайн-терапії, мобільних застосунків, використання віртуальної та доповненої реальності у психотерапії, що забезпечує розширення доступу до соціально-психологічної допомоги.

3. Соціальні виклики (війни, кризи, міграція) формують попит на короткострокові, науково обґрунтовані та доступні втручання. У таких умовах КПТ постає як найбільш гнучкий і практико-орієнтований метод.

4. Розвиток нейронаук і доказової медицини надає біологічне підґрунтя ефективності КПТ, підтверджене нейро-візуалізаційними та клінічними дослідженнями, що підвищує її авторитет у медичному та академічному середовищі.

Взаємодія визначених структурних елементів із зовнішніми факторами впливу забезпечує сталість і динамічність розвитку когнітивно-поведінкової спільноти. Модель демонструє, що соціально-професійне самовизначення відбувається як процес інтеграції наукових, професійних, культурних, комунікативних і ціннісних компонентів у відповідь на глобальні та локальні виклики. Це дозволяє КПТ спільноті залишатися актуальною, науково валідною та соціально значущою у XXI столітті.

Отже, соціально-професійне самовизначення когнітивно-поведінкової спільноти є складним багаторівневим процесом, який забезпечує єдність теоретичних основ, етичних орієнтирів, професійної відповідальності та соціальної значущості діяльності фахівців когнітивно-поведінкової терапії. Професійне самовизначення та професійне зростання фахівця КПТ передбачає не лише ґрунтовні знання та сформовані практичні навички, але й здатність до інтеграції з іншими психотерапевтичними підходами, адаптацію методів до соціокультурного контексту, а також активну участь у професійній спільноті. Такий підхід сприяє формуванню цілісної ідентичності фахівця КПТ, підвищенню ефективності психотерапевтичної практики та розвитку професійної спільноти фахівців КПТ як соціально значущої.

### **1.3. Місце когнітивно-поведінкового напрямку в сучасній психотерапії**

В умовах глобальних викликів та соціальної нестабільності сучасна психотерапія відіграє ключову роль у підтриманні психічного здоров'я як окремих осіб, так і суспільства в цілому. Серед провідних психотерапевтичних напрямів особливе місце займає когнітивно-поведінкова терапія, ефективність якої підтверджується значною кількістю емпіричних досліджень, офіційним

визнанням провідних міжнародних організацій, зокрема National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American Psychological Association (APA) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO), а також широким застосуванням у глобальній психотерапевтичній практиці [334; 121; 409].

Серед провідних тенденцій розвитку психотерапії упродовж XX–XXI століть слід виокремити зростання емпіричної обґрунтованості методів, підтвердженої рандомізованими контрольованими дослідженнями; уніфікацію стандартів професійної підготовки психотерапевтів; розширення транснаціональної практики шляхом впровадження міжнародних клінічних протоколів; цифровізацію психотерапевтичних послуг, зокрема розвиток онлайн-консультування та мобільних застосунків (Andersson et al [122; 123]); а також інтеграцію культурно чутливих підходів, які враховують етнопсихологічні особливості пацієнтів [181].

Місце КПТ у сучасній психотерапії визначається в контексті глобального розвитку психології як науки та під впливом міжкультурної взаємодії. Зокрема це стосується трансляції традицій «західного» наукового дискурсу в країни «східного» простору, що супроводжується зворотним процесом культурного обміну. Осмислення зовнішньої реальності, яка є об'єктом психотерапевтичної інтервенції, суттєво зумовлене духовними орієнтирами, культурними наративами, історичним контекстом, релігійною традицією, освітніми системами та особливостями соціалізації. Сучасні підходи до розуміння КПТ як психотерапевтичного методу формуються на перетині раціоналістичної парадигми та пошуків універсальних моделей пізнання психічних процесів, що зумовлює необхідність міждисциплінарного та міжкультурного діалогу у психотерапевтичній практиці [200].

Тематика когніцій, емоцій та способів їх інтерпретації має глибокі корені як у працях класичних філософів, так і в духовно-аскетичній традиції. Зокрема, мислителі та богослови, такі як С.Я К'єркегар [275], Ф.Я Затворник, І. Брянчанінов, приділяли увагу аналізу походження деструктивних думок і внутрішніх станів. Характерною є думка святителя І. Брянчанінова: «Початок

зла – хибна думка» [17], яка концептуально перегукується з базовими положеннями КПТ щодо визначального впливу когнітивних установок на емоційне й поведінкове функціонування особистості [138; 213]). У контексті сучасних суспільних трансформацій дедалі більшої актуальності набуває ідея про важливість когнітивної гнучкості, адаптивності та розвитку навичок стресостійкості як умов збереження психічного здоров'я в умовах постійних змін і зростання життєвих викликів [219].

КПТ має значну доказову базу ефективності при лікуванні психічних розладів, класифікованих згідно з DSM-5 [120] та МКХ-11 [409]. Розроблено низку моделей і протоколів КПТ для терапії таких розладів, як біполярний афективний розлад, генералізований тривожний розлад, депресія, obsесивно-компульсивний розлад, панічний розлад і агорафобія, соціальна тривога (соціофобія), посттравматичний стресовий розлад, іпохондричний розлад, розлади особистості, розлади харчової поведінки, залежності, шизофренія, хронічний біль, безсоння.

У межах метааналізу К. Андерсон з колегами було проведено систематичне узагальнення доказів щодо ефективності КПТ у лікуванні депресії у дорослих. В аналіз було включено 115 досліджень, відібраних шляхом пошуку в базах даних PubMed, PsycINFO, Embase та Cochrane Library. Оновлений метааналіз 115 досліджень підтвердив ефективність КПТ при депресії у дорослих. Середній розмір ефекту Hedges'  $g = 0.71$  відповідає помірно-високій ефективності втручання. КПТ не виявила переваги над іншими психотерапіями або фармакотерапією, однак комбіноване лікування було ефективнішим за фармакотерапію ( $g = 0.49$ ). Попри можливе завищення ефективності, КПТ залишається найбільш дослідженим методом лікування депресії з переконливою доказовою базою [124; 246].

На думку С. Хофмана, КПТ є однією з найкраще досліджених форм психотерапії. У проведеному ним з групою колег метааналізі було ідентифіковано 269 оглядових досліджень, що охоплюють широкий спектр психічних та соматичних розладів, зокрема депресію, тривожні розлади,

психотичні стани, розлади харчової поведінки, безсоння, особистісні розлади, хронічний біль, стрес, залежності тощо [241].

Ефективність КПТ зазначена високою при тривожних розладах, зокрема обсесивно-компульсивному, соціальній тривозі, панічному розладі та ПТСР [23; 26; 52; 371] . При біполярному розладі КПТ виявилась помірно ефективною щодо депресивної симптоматики, але не перевершувала фармакотерапію загалом. Ефекти при шизофренії були помірними, переважно щодо позитивної симптоматики [111]. У сфері адиктивних розладів ефективність втручань варіювала залежно від типу речовини: найвищі результати спостерігалися при нікотиновій та канабісовій залежності, тоді як при алкоголізмі та опіоїдній залежності вона була помітно нижчою [124; 356].

Когнітивно-поведінкова терапія демонструє помірну до високої ефективність у лікуванні соматоформних розладів, безсоння, розладів харчової поведінки, агресивної поведінки, а також у зниженні рівня психологічного стресу (V. Hunot et al [253]; J. Linardon et al [281]). Значна емпірична підтримка отримана також для застосування КПТ у дитячій та геріатричній психотерапії, зокрема при внутрішньоособистісних розладах у дітей і депресивній симптоматичі у осіб похилого віку [33; 76; 80; 134]. Водночас у низці галузей зберігається дефіцит високоякісних рандомізованих контрольованих досліджень, достатніх за обсягом вибірок та методологічно чітких порівнянь КПТ з альтернативними втручаннями [200]. Зокрема, дослідницька база залишається обмеженою щодо ефективності КПТ у представників етнічних меншин, осіб з низьким соціально-економічним статусом, а також у випадках психічних порушень, що супроводжують хронічні соматичні стани (J. Miranda et al [318]).

Когнітивна модель передбачає, що думки індивіда визначають характер його емоційних реакцій, а емоції, в свою чергу, спричиняють виникнення фізіологічних симптомів і формування поведінкових патернів [243]. Поведінка та діяльність індивіда значною мірою визначають його інтеграцію в соціальне та природне середовище [183; 240]. Між зовнішньою подією і реакцією на неї



існує проміжна ланка – інтерпретація, яка є ключовим етапом у формуванні внутрішнього досвіду [184].

КПТ фокусується саме на процесі інтерпретації зовнішніх подразників. Дисфункціональні переконання, когнітивні спотворення та розбіжності між індивідуальними інтерпретаціями та об'єктивною реальністю можуть призводити до розвитку психоемоційних порушень [133; 137; 141]. У межах КПТ ці порушення коригуються шляхом аналізу автоматичних думок, реконструкції когнітивних схем та модифікації поведінки [333].

Співпраця терапевта і пацієнта, яка ґрунтується на конструктивному підході та орієнтована на виявлення когнітивних спотворень і формування альтернативних способів інтерпретації життєвих ситуацій, сприяє розвитку більш адаптивного мислення (N. Kazantzis, C. Whittington, F. Dattilio [269]). У процесі психотерапії пацієнт поступово переосмислює власний досвід, розвиваючи здатність до об'єктивнішого тлумачення зовнішніх подій, що сприяє зниженню емоційної напруги, збереженню психічного благополуччя та підвищенню рівня психологічної адаптивності [272].

Як зазначає ряд авторів (E. Kandel [265]; T. Insel [255]), дедалі більшого визнання набуває той факт, що жодна універсальна модель лікування не є достатньо ефективною для вирішення всього спектра психічних і емоційних порушень (J. Norcross, M. Goldfried [338]). Це підкреслює актуальність інтегративного підходу, який передбачає міждисциплінарну співпрацю між фахівцями в галузі психотерапії, психіатрії, медицини та соціальної роботи, а також комбіноване використання різних терапевтичних методів, адаптованих до індивідуальних особливостей, потреб та культурного контексту кожного пацієнта [190; 299; 339]. КПТ демонструє динамічний розвиток з моменту свого становлення та на сьогодні постає як інтегративний підхід, що об'єднав найбільш конструктивні здобутки різних напрямів психотерапії. Водночас КПТ зберігає власне методологічне ядро – когнітивну концептуалізацію як окремих психічних розладів, так і індивідуальних психологічних проблем кожного пацієнта (J. Prasko et al [355]).

У межах КПТ значна увага приділяється вивченню та корекції внутрішніх психічних процесів, зокрема інтерпретації подій, самооцінки, сприйняття соціального середовища, систем переконань та уявлень про себе й світ [14; 24]. Особливий акцент робиться на аналізі емоційного досвіду та когнітивних процесів, що визначають внутрішню мотивацію особистості. Як зазначив Ф. Даттіліо, КПТ у своїй теоретичній основі та практичній реалізації інтегрує концепти, техніки та підходи інших психотерапевтичних шкіл, зберігаючи при цьому прагматичну орієнтацію на ефективність терапевтичного втручання та адаптацію до потреб конкретного пацієнта [196; 197].

Надзвичайно важливо, щоб кожен психотерапевт, незалежно від своєї теоретичної орієнтації, чітко усвідомлював як сфери найбільшої ефективності власного підходу, так і обмеження його застосування. Це стосується не лише видів психічних розладів, для яких метод має емпіричне підтвердження, а й типів пацієнтів, з якими терапевт здатен працювати з максимальною ефективністю. Такий підхід узгоджується з етичними стандартами психотерапевтичної практики, сприяє індивідуалізації лікування та підвищенню його результативності (J. Norcross, B. Wampold [339]).

КПТ визнана ефективною у лікуванні тривожних розладів, депресії, обсесивно-компульсивного розладу та посттравматичного стресового розладу [376]. Діалектично-поведінкова терапія (ДПТ) демонструє високу результативність при межевому розладі особистості (M. Linehan [51; 290]), а схема-терапія Д. Янга зарекомендувала себе як ефективний підхід у роботі з різними формами розладів особистості (C. Taylor, P. Bee, G. Haddock [387]; J. Young, J. Klosko, M. Weishaar [414]). У випадках складної психопатології або виражених міжособистісних порушень психодинамічна терапія також демонструє належну ефективність (F. Leichsenring, S. Rabung [285]).

У процесі терапевтичних сесій пацієнти з невротичними розладами набувають здатності до самостереження, рефлексії та усвідомлення власних потреб. Основні методи, що застосовуються в когнітивно-

поведінковій терапії, включають техніки експозиції, за допомогою яких пацієнт стикається з тривожними стимулами доти, доки інтенсивність дезадаптивної реакції не знижується. Оперантні методи ґрунтуються на використанні позитивного підкріплення для формування нових адаптивних моделей поведінки в повсякденному житті [53]. Методи навчання соціальним навичкам або техніки самоствердження сприяють розвитку ефективної соціальної взаємодії, тоді як когнітивні й емоційно-фокусовані стратегії дозволяють модифікувати дезадаптивні переконання та емоційні реакції, пов'язані з підвищеною тривожністю [43; 202].

У науковій літературі відзначається ефективність когнітивно-поведінкової терапії у форматі сімейної та парної терапії, зокрема в роботах Ф. Даттильйо, М. Даддса та С. Девіса. Дослідники акцентують увагу на застосуванні поведінкових інтервенцій, таких як тренінги комунікативних навичок, вирішення міжособистісних конфліктів та техніки когнітивної реструктуризації (F. Dattilio[198]; M. Dadds, L. Tully [195]; S. Davis [201]). Когнітивно-поведінкова сімейна терапія базується на засадах системного підходу, що дозволяє враховувати складну взаємодію когнітивних, емоційних і поведінкових процесів усіх членів родинної системи, які перебувають у стані дистресу [135].

Базова модель КПТ у контексті сімейної терапії відзначається високою гнучкістю та здатністю до інтеграції з іншими психотерапевтичними підходами, зокрема емоційно-фокусованою та системною терапією. Такий інтегративний підхід дозволяє ефективно коригувати дезадаптивні когніції, поведінкові патерни та проблеми емоційної регуляції, що виникають у міжособистісних стосунках [197]. Крім того, КПТ у цьому форматі має виражену прикладну спрямованість і демонструє позитивні результати у випадках порушення формування прив'язаності, проблем батьківсько-дитячої взаємодії та в ситуаціях конфліктних шлюбних стосунків.

У розвитку когнітивно-поведінкової психотерапії формується комплексний мережевий підхід, який пропонує потенційно нову парадигму

розуміння психопатології та терапевтичного втручання (S. Hofmann, J. Curtiss, R. McNally [247]). Згідно з цією концепцією, психічні розлади розглядаються як результат функціонування мережі взаємопов'язаних когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів [24]. Ефективна терапія передбачає зміну конфігурації цієї мережі від патологічного до адаптивного стану – через вплив на ключові процеси, що підтримують дисфункцію.

Аналогічно до традиційного функціонального аналізу, мережевий підхід передбачає виявлення причинно-наслідкових зв'язків між стимулами, реакціями та інтерпретаціями, що дозволяє ідентифікувати центральні вузли патології та визначити мішені для психотерапевтичного втручання (R. McNally [313]). Наприклад, при генералізованому тривожному розладі центральними вузлами мережі можуть бути автоматичні катастрофічні думки, соматичне напруження, уникнення та порушення сну. Втручання, спрямовані на модифікацію цих елементів шляхом когнітивної реструктуризації, тренування навичок релаксації та поведінкової експозиції, поступово змінюють мережеву динаміку, знижуючи інтенсивність тривоги та підвищуючи рівень функціонування [61].

У сучасній процесно-орієнтованій КПТ, терапевтичне втручання спрямоване не на окремі синдроми чи діагнози, а на універсальні біопсихосоціальні процеси, що лежать в основі різних психопатологічних станів (S. Hofmann, S. Hayes [240; 241]). Фокус лікування зміщується на зміну механізмів, які підтримують дезадаптивні реакції, з урахуванням індивідуальної конфігурації процесів у конкретного пацієнта. Важливим аспектом є розробка цілеспрямованих інтервенцій, які дозволяють ефективно модифікувати ці процеси та моніторити динаміку змін у мережевій структурі психічного функціонування [23]. Таким чином, мережевий і процесно-орієнтований підходи відкривають нові перспективи для індивідуалізованого, адаптивного й науково обґрунтованого психотерапевтичного втручання, що відповідає сучасним вимогам до персоналізованої психіатрії.

У контексті цифрової трансформації КПТ було створено низку платформ і мобільних застосунків, які реалізують базові принципи цього підходу у форматі онлайн-взаємодії. Одним із найвідоміших є Woebot – мобільний застосунок, який використовує штучний інтелект для ведення інтерактивних розмов з користувачами. Інтервенції в межах Woebot базуються на елементах когнітивної реструктуризації, майндфулнесу та психоосвіти, а дослідження підтверджують його потенціал у зниженні симптомів депресії та тривоги (K. Fitzpatrick et al [221]).

Ще одним прикладом є MoodGYM – вебплатформа самодопомоги, розроблена Університетом Канберри, яка містить структуровані модулі, засновані на принципах КПТ, для профілактики та лікування депресивних і тривожних розладів. MoodGYM має широку доказову базу, що підтверджує її ефективність у зменшенні симптоматики (H. Christensen et al [181]).

MindShift CBT, розроблений організацією Anxiety Canada, є мобільним застосунком, орієнтованим на подолання тривожності. Він пропонує інструменти для ідентифікації когнітивних викривлень, планування експозицій, тренування навичок релаксації та ведення щоденника думок – усе в межах підходів КПТ.

BetterHelp і Talkspace є комерційними онлайн-платформами, які надають доступ до ліцензованих психотерапевтів у синхронному (відеосесії) та асинхронному (обмін повідомленнями) форматах. Хоча ці сервіси не обмежуються лише КПТ, саме цей підхід часто лежить в основі інтервенцій. Дослідження засвідчують, що такі платформи можуть бути ефективними в зменшенні симптомів депресії та тривоги [228].

Розвиток цифрових інструментів не замінює, а доповнює взаємодію з фахівцем між терапевтичними сесіями в межах когнітивно-поведінкової терапії, що не лише розширює доступ до соціально-психологічної допомоги, особливо для віддалених або вразливих груп, а й відкриває нові можливості для персоналізованих, масштабованих і гнучких втручань (G. Andersson, N. Titov [125]). Емпіричні дані підтверджують ефективність онлайн-КПТ при

лікуванні депресивних станів, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), інсомнії та інших психічних порушень [60; 118; 119].

Зокрема чисельними науковими дослідженнями встановлено, що результати онлайн-КПТ є порівнюваними з ефективністю традиційної очної терапії [343]. Цифрова трансформація когнітивно-поведінкової терапії відповідає загальносвітовій тенденції переходу до персоналізованої, гнучкої та доказової психотерапії. Особливої актуальності набуває адаптація терапевтичних інструментів до соціокультурного, когнітивного й емоційного контексту сучасного користувача. Ця здатність до адаптації та інновацій, що забезпечує провідну роль КПТ, детально систематизована в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

#### Ключові фактори провідної ролі когнітивно-поведінкової терапії

Аспект	Ключові характеристики	Результати
Наукова обґрунтованість	Найбільш досліджений психотерапевтичний метод; значна доказова база (RCT, метааналізи)	Визнання ефективності провідними організаціями (NICE, APA, WHO); підтвердження результатів у нейронауках (fMRI, EEG)
Клінічні сфери застосування	Депресія, тривожні розлади, ПТСР, ОКР, розлади особистості, залежності, соматоформні розлади, безсоння	Універсальність підходу; розробка стандартизованих протоколів і модульних програм лікування
Соціокультурний вимір	Орієнтація на культурну адаптацію, робота з психічною травмою, глобальне поширення	Дестигматизація психотерапії; адаптація протоколів для різних груп (мігранти, етнічні меншини, кризові контексти)
Інноваційні напрями	«Третя хвиля» КПТ (ACT, DBT, схема-терапія, майнд-фулнес)	Інтеграція гуманістичних і ціннісних компонентів; орієнтація на розвиток гнучкості, прийняття, особистісного зростання
Цифровізація	Онлайн-терапія, мобільні додатки (Woebot, MoodGYM, MindShift), VR та AR-технології	Розширення доступу; персоналізація; збереження ефективності на рівні очної терапії; масштабованість
Інтегративність	Мережеві та процесно-орієнтовані моделі	Перехід від лікування діагнозів до корекції універсальних процесів;

		перспективність у персоналізованій психіатрії
--	--	---

Отже, КПТ займає провідне місце у сучасній психотерапії завдяки поєднанню високої наукової обґрунтованості, широкого спектра клінічного застосування та здатності до культурної й технологічної адаптації. Провідна роль КПТ пояснюється високим рівнем емпіричної доказовості, уніфікацією терапевтичних протоколів, широким спектром застосування для лікування психічних розладів, а також інституційною підтримкою з боку міжнародних організацій.

#### **1.4. Особливості становлення української школи когнітивно-поведінкової психотерапії**

Когнітивно-поведінкова терапія в Україні розвивається в умовах активних інтеграційних процесів у міжнародну психотерапевтичну спільноту, формування власних традицій та подолання викликів повномасштабної війни. Аналіз цих особливостей дозволяє виокремити ключові детермінанти та проблемні поля становлення української КПТ.

Розвиток української психології у XX – на початку XXI століття, представлений працями таких учених, як Г. Костюк, О. Раєвський [114], П. Чамата, С. Максименко [57; 58], В. Роменець [82; 83], С. Рудницька [85; 86], М. Смульсон [91], Т. Титаренко [96], Н. Чепелева [108; 110] та інших вчених, заклав важливі теоретичні передумови для подальшого сприйняття когнітивно-поведінкової моделі. Ідеї українських фахівців створили ґрунт, на якому когнітивно-поведінковий підхід не лише прижився, а й знайшов своєрідне осмислення в українському культурно-історичному контексті.

Згідно концепції О. Раєвського, психіку не можна розглядати поза ідеологією та контекстом суспільної свідомості: соціальна ситуація розвитку, культурно-історичні чинники, що обумовлюють життєдіяльність людини,

вимагають урахування «когнітивного контексту» – соціальних установок, культурних норм та інтерпретацій, які формують особистісний досвід і поведінку. Все це перегукується з сучасними принципами КПТ [114; 373].

Продовженням цієї лінії є ідея «авторства власного життя», розвинена Н. Чепелевою та С. Рудницькою [86; 109]. Поняття про те, що особистість є автором свого життя через процеси інтерпретації та реінтерпретації досвіду, є концептуально близьким до ключового механізму КПТ – когнітивного реструктурування. І в теорії Н. Чепелевої, і в моделях А. Бека [138], саме спосіб інтерпретації подій визначає психологічне благополуччя. Більш того, розроблене Н. Чепелевою поняття «проєкту Я» концептуально близьке до моделі «здорова доросла частина особистості» в схема-терапії Д. Янга [115], що підкреслює онтологічну єдність вітчизняної і світової наукової думки щодо активної авторської ролі людини у власному розвитку.

Фундаментальні праці Н. Бехтеревої, присвячені вивченню мозкових механізмів мислення, творчості та організації психічної діяльності людини, стали провісником сучасного напрямку нейропластичності [374]. Н. Бехтерева та її школа експериментально доводили, що мозок є динамічною системою, здатною до перебудови [284]. Сучасні дослідження підтверджують, що когнітивно-поведінкова терапія сприяє структурним і функціональним змінам у головному мозку. Нейровізуалізаційні дослідження показують, що після успішного курсу КПТ при тривожних розладах або депресії спостерігається нормалізація активності в мигдаликоподібному тілі та префронтальній корі (D. Clark, A. Beck [183]). Обґрунтовано, що цілеспрямована когнітивна та поведінкова робота може безпосередньо впливати на нейронні мережі, сприяючи одужанню [141; 300]).

У першій чверті ХХІ століття в українському суспільстві відбуваються кардинальні соціальні, економічні та культурні трансформації, обумовлені глобалізацією, розвитком інформаційних технологій, змінами політичної системи та зростанням мобільності населення. У роботах С.Д. Максименко підкреслюється психологічна специфіка ідентифікації індивіда,



досліджуються досягнення сучасної української психологічної науки у розробці проблеми розвитку особистості протягом усього життя: індивіди, формуючи настановлення на плідну діяльність, здатні зберігати стійкість, підтримувати мотивацію, досягати високих результатів і розкривати свій творчий потенціал (С. Максименко [57; 58]).

*Інституціоналізація КПТ: формування професійного середовища*

Зростання суспільного інтересу до науково обґрунтованих та ефективних психотерапевтичних практик стало підґрунтям для інтеграції сучасних методів лікування в Україні. З початку 2000-х років почало формуватися становлення КПТ, її визнання через міжнародне співробітництво, освітні програми та створення професійних інституцій. Розпочинається співпраця з Європейською асоціацією когнітивно-поведінкової терапії (ЕАВСТ), з'являються перші сертифікаційні курси та програми навчання КПТ для психологів в Україні. У 2010 році було засновано Українську асоціацію когнітивно-поведінкової терапії (УАКПТ) [100], а в 2011 році Український інститут когнітивно-поведінкової терапії (УІКПТ) [101].

Становлення когнітивно-поведінкової терапії в Україні відбувалося паралельно з євроінтеграційними ініціативами та зобов'язаннями країни щодо гармонізації національного законодавства з нормами ЄС, що охоплює сферу охорони здоров'я та професійної діяльності у психотерапії [35; 98].

У контексті зазначених трансформацій сформувалися перші українські фахівці, які впроваджували КПТ у клінічну практику та освіту. О. Романчук – один з піонерів когнітивно-поведінкової терапії в Україні – очолює Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, який став ключовим осередком упровадження доказових методів психотерапії для роботи з дорослими, підлітками та дітьми [81]. Діяльність інституту розвивалася у тісній співпраці з Оксфордською школою КПТ, а значний внесок у становлення української школи зробив професор Д. Вестбрук, який на

початкових етапах реалізував програми навчання та підготовки українських фахівців [18; 20].

В межах академічних ініціатив з розвитку КПТ в Україні О. Аврамчук, доктор психологічних наук та доцент кафедри клінічної психології Українського католицького університету (УКУ), очолює магістерську програму «Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії», що є однією з перших академічних ініціатив в Україні, що інтегрує КПТ у навчальний процес, готуючи висококваліфікованих фахівців [1].

В період з 2010 року в Україні почали відкриватися спеціалізовані психотерапевтичні центри, де використовують КПТ для роботи з клієнтами. Так, у 2014 році за ініціативи лікаря-психіатра Д. Котко засновано перший Київський центр когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), де надається повний спектр психотерапевтичних послуг. Директорка Київського інституту раціонально-інтуїтивної психотерапії «Я» Н. Рубель розробляє спеціалізовані семінари та навчальні програми, присвячені корекції різних психічних розладів на основі інтегративного підходу, де ключову роль відіграють когнітивно-поведінкові методики [66; 84]. Серед провідних українських фахівців варто відзначити також А. Карачевського, спеціаліста з когнітивно-поведінкової терапії, професійна діяльність якого охоплює лікування залежностей, супервізійну роботу, а також психотерапевтичну підтримку військових [27].

Однією з активних представниць сучасної української школи когнітивно-поведінкової терапії та засновницею Академії КПТ в Україні є О. Марциняк-Дорош. Академія пропонує комплексні освітні програми та тренінги, що охоплюють як базове навчання з когнітивно-поведінкової терапії, так і спеціалізовані напрямки, зокрема схема-терапію, АСТ та діалектичну поведінкову терапію. У співпраці з провідними фахівцями з Польщі організовуються дводенні інтенсивні тренінги та довготривалі навчальні курси [60].

В Україні зростає кількість практикуючих спеціалістів, які проходять навчання в українських і міжнародних програмах, беруть участь у супервізіях, конференціях та професійних об'єднаннях. Така тенденція свідчить про динамічний розвиток наряду, його поступове поширення в клінічній, освітній і соціальній сферах та формування спільноти фахівців, здатних забезпечувати доступність і якість соціально-психологічної допомоги на основі доказових підходів.

*Зовнішні чинники розвитку: євроінтеграція, законодавча реформа та адаптація міжнародних стандартів*

Розвиток внутрішнього професійного середовища КПТ в Україні відбувався у взаємодії з масштабними зовнішніми процесами, які визначали його зміст і динаміку. Стратегічний курс на європейську інтеграцію, реформування законодавчої бази та зростання суспільного запиту на доказову психотерапію зумовили необхідність поступової адаптації світових стандартів в Україні.

Інтеграція української професійної спільноти фахівців КПТ у міжнародну психотерапевтичну спільноту є багатограним процесом, який включає політико-економічні, культурно-історичні та правові аспекти. До основних викликів для України на шляху визначеного стратегічного євроінтеграційного курсу відносяться внутрішні реформи, різниця у рівнях економічного розвитку та життя населення між Україною та європейськими державами, несумісність правових систем, питання безпеки, повномасштабна війна та її наслідки, які ускладнюють інтеграційний процес [35].

Адаптація законодавства України до міжнародних стандартів, зокрема стандартів Організації Об'єднаних Націй (ООН) і Ради Європи, починаючи з 1991 року була спрямована на розвиток психологічної науки в умовах нової політико-економічної реальності пострадянського часу. В 1992 році була створена Українська асоціація психологів, яка сприяє розвитку інтеграції психотерапії в суспільство, налагодженні міжнародного співробітництва, поліпшенню законодавчих ініціатив [40].

На думку В. Панка, потік методів захопив простір української психології без осмислення цінності здобутків вітчизняних видатних психологів і дослідників. Внаслідок поширення модних зарубіжних теорій є ризик втрати історичних надбань вітчизняної психології. Для розвитку вітчизняної психології вчений вважає необхідним на рівні бакалаврату запровадити універсальний, єдиний для всіх, стандарт підготовки, єдині вимоги, загальнокультурну, історичну підготовку, формування компетентності з надання першої соціально-психологічної допомоги в умовах надзвичайної ситуації (В. Панок [70; 71]).

Закон №12030 «Про систему охорони психічного здоров'я», який ухвалила Верховна Рада України 15 січня 2025 року є однією зі значущих подій у процесі інтеграції. Цей закон встановлює впровадження системи безперервного професійного розвитку та професійного зростання, сертифікації фахівців у сфері психічного здоров'я, створення сучасної системи, яка відповідатиме європейським стандартам (Закон «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні», 2025 [40]). Законопроект напрацьовано Комітетом Верховної Ради з питань здоров'я нації за експертної підтримки Координаційного центру з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України, українських та міжнародних експертів, ВООЗ. Ухвалений закон встановлює нові правила роботи системи психічного здоров'я в Україні. Він спрямований на забезпечення доступу до якісних послуг, захист прав людей із психічними розладами, зменшення стигматизації психічних розладів [63].

У квітні 2017 року набув чинності наказ № 1422, який дозволяє українським лікарям використовувати міжнародні клінічні протоколи у своїй практиці. Цей крок є важливим етапом у реформуванні системи охорони здоров'я України в її орієнтації на міжнародні стандарти та надає нову хвилю розвитку КПТ, яка рекомендована в міжнародних клінічних протоколах лікування конкретних психічних розладів [102]. До КПТ спеціалістів в Україні починають звертатись більше пацієнтів, яких направляють психіатри, неврологи, та інші лікарі і фахівці в сфері охорони здоров'я.

Методика КПТ використовується як основний підхід в лікуванні депресії, тривожних розладів, розладів харчової поведінки, ПТСР, у роботі з людьми, які пережили психотравмуючі події або соціальні кризи [53]. З огляду на сучасні виклики, пов'язані з війною, пандемією ковід та економічними труднощами, багато психологів вимушені були перейти на онлайн-формат роботи, що зробило КПТ більш доступною для українців в регіонах, і також тих, хто перебуває за кордоном.

Українські фахівці, які пройшли навчання, практику або отримали досвід в міжнародному середовищі, залученні в роботу над адаптацією міжнародних протоколів і впровадженням їх в Україні. Одним з прикладов є наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1265 від 19 липня 2024 року, який затверджує уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», розроблений з урахуванням сучасних вимог і рекомендацій доказової медицини [102]. Протокол УКПМД розроблено мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей – лікарі-психіатри, в тому числі дитячі, лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи, психологи та клінічні психологи. Протокол сфокусований на наданні доступу до медичної допомоги пацієнтам з ГТР та ПТСР, а також створенні єдиних принципів профілактики, діагностики, лікування пацієнтів.

Цій протокол включає рекомендацію для травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ) для дітей та підлітків з симптомами ПТСР, а також для осіб, які здійснюють догляд за дитиною. Дітям і підліткам з симптомами ПТСР запропоновано EMDR, якщо травмофокусована КПТ недоступна або неприйнятна, а дорослим – КПТ онлайн, якщо травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або EMDR недоступні [16; 41; 102].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року № 2118 затверджено перелік з понад двадцятьма методами психотерапії з

доведеною ефективністю, оновлений 25 січня 2024 року [99]. Він включає арт-терапію, гештальт-терапію, десенсибілізацію та репроцесуалізацію рухом очей (EMDR), емоційно фокусовану терапію, інтерперсональну терапію (IPT), клієнт-центровану терапію, екзистенційну терапію, майндфулнес-базований підхід (MBSR, MBCT), нейролінгвістичну психотерапію, позитивну психотерапію, мотиваційну терапію, нарративну терапію, протокол реконсолідації травматичної пам'яті, когнітивно-поведінкову терапію (травмо-фокусована КПТ, нарративно-експозиційна терапія, когнітивно-процесуальна терапія, когнітивна терапія, пролонгована експозиція та інші інтервенції та методики, базовані на КПТ), діалектично-поведінкову терапію, психодинамічний підхід, психодраматичну терапію, символдраму та деякі інші. Західні країни надають Україні гранти на розвиток психологічних центрів, сприяють навчальним програмам для розширення мережі професійної соціально-психологічної допомоги в країні в різних психотерапевтичних напрямках.

#### *Сучасні виклики: війна та соціальна травма*

Під час війни в Україні було започатковано низку ініціатив, спрямованих на навчання психологів новітнім міжнародним психотерапевтичним методам, яку проводили ведучі експерти України, США, ЄС, Ізраїлю та інших країн. На погляд М. Слюсаревського, спричинені війною психологічні виклики українському суспільству можна умовно поділити на такі чотири групи: виклики українцям як спільноті, виклики ментальному здоров'ю особистості, виклики психологічному благополуччю та розвитку дитини, виклики українським психологам як фаховому співтовариству [90].

Як зазначають О. Чабан і О. Хаустова, у населення України в сучасних умовах повномасштабної війни відмічається формування індивідуальної і колективної психотравматизації [105]. Попит на психотерапевтичну допомогу починає зростати ще з часів пандемії ковіду в 2021 році [104]. За даними Національної служби здоров'я України в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) протягом останніх трьох років значно збільшується число

пацієнтів з діагнозом ПТСР. У 2021 році було зафіксовано 3167 пацієнтів, в 2022 році 7051 пацієнтів, а в 2023 році – 12494 пацієнтів [409].

З огляду на зростаючу потребу КПТ як психологічної допомоги першого вибору з'являється потреба в короткострокових ефективних програмах навчання, що дадуть змогу набути необхідних знань для роботи в поточних реаліях різкого погіршення психічного здоров'я та зростання депресивно-тривожних розладів, у лікуванні яких КПТ рекомендована в міжнародних протоколах.

Після початку війни в Україні провідні експерти Західної Європи, США, Канади та спеціалісти в сфері охорони здоров'я інших країн проводили навчальні програми для українських спеціалістів, щоб допомогти їм працювати з психоемоційними (психічними) травмами та підтримувати населення в умовах кризи. Психологічна підтримка для цивільних осіб та військових передбачає кризову соціально-психологічну допомогу, психологічну підтримку для військових, психологічну допомогу дітям і сім'ям.

#### *Освітні програми навчання КПТ в Україні*

У сучасних умовах зростаючої потреби у висококваліфікованій психотерапевтичній допомозі, зокрема внаслідок воєнних подій, питання професійної підготовки фахівців КПТ набуває особливої актуальності [12]. В Україні процес становлення систематизованого навчання КПТ лише формується: більшість програм з'явилися в останні десятиліття та часто є адаптаціями міжнародних стандартів, розробленими у співпраці з європейськими та світовими асоціаціями.

Існуючі програми навчання відрізняються за тривалістю (від короткострокових модульних курсів до багаторічних програм підготовки), кількістю навчальних годин, акцентами у змісті (загальна підготовка, робота з психічною травмою, дітьми та підлітками, сімейна терапія тощо) та рівнем доступності. Незважаючи на обмежену кількість сертифікованих програм, саме ці освітні ініціативи закладають основу розвитку вітчизняної школи КПТ,

інтегруючи міжнародні підходи та адаптуючи їх до українських соціокультурних реалій. Результати аналізу зазначених програм узагальнено у таблиці 1.4.

Таблиця 1.4.

## Програми навчання КПТ в Україні

Організація	Назва програми	Тривалість	Особливості
Український інститут когнітивно-поведінкової терапії (УІКПТ, Львів)	Базова програма з КПТ	4 роки (понад 600 годин)	Конкурсний відбір, невелика кількість місць, єдина програма з акредитацією ЕАВСТ в Україні
	КПТ плюс	1 рік 120 годин	практичні навички КПТ у більш стислі терміни
Академія когнітивно-поведінкової терапії	КПТ для дітей і підлітків	1,5 року ( $\approx$ 300 годин)	Доступна для практикуючих психологів
Український католицький університет (УКУ, Львів)	Курси з КПТ у магістерській програмі клінічної психології	120 годин	Поєднання академічної освіти та практики
Київський національний університет імені Тараса Шевченка	Спецкурс КПТ у магістерській програмі	60–80 годин	Для студентів магістратури теоретико-практичний курс у структурі клінічної психології
Київський політехнічний інститут ім. Ігоря Сікорського	Практикум з когнітивно-поведінкової терапії	120 годин	Для студентів бакалаврату за спеціальністю «Психологія»
Національний університет "Чернігівський колегіум" імені Т.Г. Шевченка	Курс «Основи когнітивно-поведінкової психотерапії»	90 годин	Для студентів магістратури «Психологія»

Найбільш ґрунтовною та акредитованою є чотирирічна програма Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії (УІКПТ). УІКПТ є провідною освітньою установою, що здійснює підготовку фахівців КПТ за міжнародними стандартами та має європейську акредитацію [100].



Освітня діяльність УІКПТ ґрунтується на поєднанні академічної підготовки, практичних тренінгів і супервізій, що забезпечує формування високого рівня професійних компетентностей та інтеграцію сучасних науково обґрунтованих методів у психологічну практику.

ТОВ «Академія Когнітивно-Поведінкової Терапії» спеціалізується на наданні освітніх послуг у сфері когнітивно-поведінкової терапії для вже практикуючих психологів та студентів психологічних спеціальностей. Особливістю Академії КПТ є міжнародна співпраця, зокрема запрошення для викладання провідних КПТ-фахівців з Польщі, що забезпечує важливий обмін знаннями між українськими та польськими колегами та сприяє інтеграції вітчизняної психології у світовий науковий простір. Освітній процес побудований на поєднанні теоретичної підготовки, практичного відпрацювання навичок та супервізії під керівництвом сертифікованих тренерів [416].

Магістерська програма «Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії» від Українського католицького університету готує фахівців в галузі психічного здоров'я з високим рівнем володіння КПТ [417]. Структура програми спроектована за зразком британської моделі підготовки клінічних психологів, ядром якої є метод когнітивно-поведінкової терапії. Навчальний процес має модульну організацію з аудиторними заняттями, самостійною роботою, інтервізіями, супервізіями та практикою; студенти залучаються до наукових та соціальних проєктів Інституту психічного здоров'я та Українського інституту КПТ [100].

В рамках навчальної дисципліни «Практикум з когнітивно-поведінкової терапії», що викладається для студентів бакалаврату за спеціальністю «Психологія» в КПІ ім. Ігоря Сікорського, реалізовано програму обсягом 4 кредитів ECTS (120 годин). Дисципліна є вибірковою, структура курсу інтегрує теоретичні та практичні модулі вивчення базових концепцій КПТ [418].

Курс «Практика використання елементів когнітивно-поведінкової терапії в контексті лікування залежностей» від Інституту психіатрії КНУ ім. Т. Шевченка спрямований на підвищення кваліфікації лікарів, медичних психологів, психологів, соціальних працівників та фахівців із соціального захисту [419]. Зміст курсу охоплює теоретичні засади КПТ, методи корекції деструктивних моделей мислення, а також практичні моделі застосування КПТ у роботі із залежностями (включно з психічними та поведінковими аспектами). Тривалість навчання становить 30 академічних годин.

Курс «Основи когнітивно-поведінкової психотерапії» реалізується в межах освітнього процесу дистанційного навчання Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка. Програма спрямована на підготовку здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю «Психологія», тривалістю 90 годин. Навчальний процес організовано в онлайн-форматі з використанням поєднання лекційних і практичних модулів, інтерактивних вправ, кейс-аналізу та самостійних завдань [420].

Київський інститут раціонально-інтуїтивної психотерапії «Я» пропонує короткострокові семінарські програми з КПТ, орієнтовані на практикуючих фахівців [421]. Школа психології Larus є одним із провайдерів короткострокових освітніх програм, орієнтованих на практичну підготовку психологів. Курс «Когнітивно-поведінковий підхід у практичній психології» спрямований на формування базових знань та навичок застосування КПТ у роботі з клієнтами з емоційними й поведінковими труднощами [422].

UpPro School – міжнародний онлайн-центр підвищення кваліфікації популярних професій. Центром запропоновано курс «Основи КПТ», який охоплює техніки КПТ, включаючи експериментальні методи та третю хвилю КПТ: АСТ, DBT, MBCT. Навчання передбачає інтерактивний формат з практичними заняттями, зворотним зв'язком та супроводом куратора [423].

Навчально-психологічний центр Hideaway реалізує програму з когнітивно-поведінкової терапії, спрямовану на фахівців у сфері психічного

здоров'я. Курс передбачає опанування базових і прикладних технік КПТ, охоплюючи ключові теоретичні положення, а також практичні інтервенції. Освітній підхід організації ґрунтується на інтеграції теоретичного матеріалу з практичними завданнями, супервізією та інтерактивною взаємодією [424].

Курс «Основи КПТ» від онлайн-школи PSY BRAIN – це спеціалізована освітня програма, що триває 90 годин (3 кредити ECTS), покликана надати слухачам чіткі теоретичні засади когнітивно-поведінкової терапії та практичні інструменти для роботи з думками, емоціями й поведінкою клієнтів. PSY BRAIN створена на базі державного університету Григорія Сковороди в Переяславі [425].

Міжнародний інститут психології реалізує онлайн-курс «Когнітивно-поведінкова терапія: основи теорії та практики», розрахований на 12 тижнів і спрямований на фахівців у галузі психічного здоров'я та суміжних сфер. Програма охоплює фундаментальні принципи когнітивно-поведінкової терапії, формат навчання включає щотижневі інтерактивні вебінари [426].

Міжнародний навчальний центр International Education Centre (IEC) пропонує курс «Когнітивно-поведінкова терапія», що має за мету надати структуровані знання та практичні навички з КПТ для різних категорій слухачів – від початківців до практикуючих психологів і психотерапевтів. Курс триває 27 годин [427].

Окрім вітчизняних програм, українські фахівці мають доступ до міжнародних освітніх ресурсів. Oxford Cognitive Therapy Centre (OCTC) [428] пропонує англomовну онлайн-програму з субтитрами російською мовою, яка рекомендована Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії (УІКПТ) для початкового ознайомлення з основами КПТ [100]. Ця програма забезпечує структуроване вивчення базових принципів та методів когнітивно-поведінкової терапії, що робить її цінним ресурсом для вступного етапу підготовки та самоосвіти тих, хто зацікавлений в опануванні КПТ.

Для англomовних фахівців існують додаткові можливості для навчання. Інститут Бека (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy) пропонує низку

онлайн-курсів з КПТ [143]. Ці програми призначені як для початкового ознайомлення, так і для поглиблення кваліфікації вже практикуючих фахівців. Інститут Бека надає доступ до сучасних навчальних матеріалів, вебінарів з провідними спеціалістами світового рівня, а також можливості дистанційної супервізії. Це відкриває українським фахівцям прямий шлях до навчання за одними з найвищих міжнародних стандартів у галузі когнітивно-поведінкової терапії.

Таким чином, аналіз існуючих програм підготовки з КПТ дозволив визначити ключові обмеження, що потребують подальшого удосконалення:

- Недостатня кількість сертифікованих КПТ фахівців. Попит на КПТ значно перевищує пропозицію кваліфікованих експертів. Це пов'язано з тривалістю та високою вартістю повноцінної підготовки за міжнародними стандартами.
- Обмежена доступність якісних навчальних програм. Лише одна акредитована програма УІКПТ в Україні. Навчання зосереджено у великих містах (Львів, Київ).
- Недостатня інтеграція з державною системою охорони психічного здоров'я. КПТ слабо представлена в державних медичних закладах, що обмежує доступність безкоштовної соціально-психологічної допомоги для населення.
- Фрагментарність підготовки. Багато курсів пропонують лише окремі модулі без системного поглиблення, що ускладнює формування повноцінних компетентностей.
- Мовні бар'єри. Більшість міжнародних ресурсів та літератури недоступні українською мовою, що ускладнює самоосвіту та підвищення кваліфікації.
- Обмежена пропозиція короткострокових навчальних програм. Окремим важливим завданням можна визначити розробку короткотривалої базової навчальної програми КПТ фахівців в умовах війни в Україні, що відповідає актуальним запитам щодо підвищення кваліфікації психологів і

психотерапевтів у сфері роботи з психічною травмою, горем та стресовими станами.

Отже, розвиток когнітивно-поведінкової терапії в Україні відбувається в унікальних умовах, що зумовлені трьома ключовими чинниками: 1) наявністю власних історико-теоретичних передумов, співзвучних принципам КПТ; 2) активною інтеграцією в міжнародний професійний простір та адаптацією його стандартів на законодавчому та клініко-методичному рівнях; 3) колосальним викликом, зумовленим повномасштабною війною, який проявляється в катастрофічному зростанні потреби в доказовій психологічній допомозі за одночасного виснаження ресурсів системи.

Інституціоналізація КПТ, попри значні успіхи (створення УАКПТ, акредитованих програм, впровадження у протоколи МОЗ), зіткнулася з системним обмеженням: пропускну спроможність існуючої освітньої інфраструктури критично не відповідає масштабам суспільного запиту. Виявлені диспропорції – недостатня кількість сертифікованих фахівців, географічна централізація, тривалість та висока вартість повноцінної підготовки, фрагментарність більшості короткострокових курсів – свідчать про глибоку структурну кризу в системі підготовки кадрів.

З огляду на сучасні суспільні виклики та зростання потреби у кваліфікованій соціально-психологічній допомозі виникла об'єктивна необхідність у розробленні короткострокової, інтенсивної та методологічно обґрунтованої навчальної програми. Така програма покликана забезпечити оперативну підготовку широкого кола фахівців психологів і психотерапевтів до надання ефективної першої психологічної допомоги на засадах когнітивно-поведінкової терапії.

Отже, другий розділ даного дослідження буде присвячений аналізу теоретичних засад когнітивно-поведінкової терапії, які становлять методологічне підґрунтя для розроблення відповідного навчального курсу. Метою цього аналізу є виокремлення ключових концепцій, моделей та технік

КПТ, ефективність яких має емпіричне підтвердження у роботі з наслідками психотравматичних подій, депресивними та тривожними розладами в контексті сучасних умов України.

### **Висновки до першого розділу**

1. Результати теоретичного аналізу проблеми становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії засвідчили обмеженість його традиційної артикуляції у межах лінійно-історичної логіки або концепції послідовної зміни «хвиль». Натомість обґрунтовано, що інституціоналізація КПТ відбувалася одночасно в кількох соціокультурних вимірах, що взаємно підсилюють один одного.

Розроблено структурно-аналітичну модель культурно-історичних передумов становлення КПТ, яка включає філософсько-теоретичний, експериментально-психологічний, соціокультурний та інноваційний виміри. На відміну від описових підходів, запропонована модель забезпечує теоретичне обґрунтування ефективності і методологічної цілісності КПТ у різних історичних та культурних умовах.

Показано, що філософсько-теоретичні витoki забезпечили концептуалізацію положень про когнітивну опосередкованість емоцій і поведінки, активну роль суб'єкта у цілеспрямованій модифікації власних когнітивних та поведінкових патернів, які, у свою чергу, стало підґрунтям для формування принципів усвідомленості, рефлексії та відповідальності, що зберігають регулятивне значення в сучасних протоколах КПТ.

В оптиці експериментально-психологічного виміру обґрунтовано науковий статус КПТ як доказової практики, орієнтованої на емпірично верифіковані механізми навчання, когнітивної регуляції та трансформації поведінки. Саме цей вимір зумовив структурованість психотерапевтичних втручань, стандартизацію протоколів і можливість їх відтворення в різних клінічних та соціальних контекстах.

Аргументовано ключову роль соціокультурного виміру у формуванні прикладної спрямованості КПТ. Показано, що масові соціальні трансформації, війни, економічні кризи, що спричинили тенденцію зростання тривожності та поширення дисфункційних станів особистості, актуалізують запит на психотерапію, здатну забезпечувати швидке відновлення функціонування, що, у свою чергу, й зумовило стандартизацію короткострокових і цілеспрямованих КПТ-інтервенцій.

Встановлено, що сучасний інноваційний вимір не є зовнішнім доповненням до КПТ, а постає результатом кумулятивних змін у межах самого напрямку. Інтеграція підходів третьої хвилі, результатів нейропсихологічних досліджень та цифрових технологій розширює функціонально-регулятивний потенціал когнітивно-поведінкової терапії, не руйнуючи її методологічної основи, що зумовлює правомірність артикуляції КПТ як відкритої системи, здатної до розвитку без втрати наукової валідності.

2. Визначено, що інституціоналізація когнітивно-поведінкової терапії в сучасному суспільстві відбувається через формування психотерапевтичної спільноти фахівців з усталеними механізмами професійної ідентифікації, нормативної регуляції та професійного відтворення. Такий підхід дозволяє вийти за межі розуміння КПТ як сукупності технік або окремих освітніх програм.

Розроблено модель соціально-професійного самовизначення спільноти фахівців КПТ, у межах якої виокремлено п'ять структурних компонентів (науковий, професійний, культурний, комунікативний, ціннісний) що виконують взаємопов'язані регулятивні функції. Показано, що наукова складова забезпечує легітимізацію КПТ у системі психологічного знання, підтримує її доказовий статус і визначає критерії ефективності психотерапевтичних втручань. Завдяки професійній складовій відбувається стандартизація підготовки фахівців, контролю якості психотерапевтичних практик та дотримання етичних норм.

Обґрунтовано, що культурна складова зумовлює адаптацію КПТ до різноманітних національних, соціальних та кризових контекстів, зокрема умов війни, масової психотравматизації та міграційних процесів. Комунікативна складова забезпечує безперервність професійного розвитку завдяки супервізії, міждисциплінарному обміну, міжнародної інтеграції в цілому. У свою чергу, ціннісна складова визначає гуманістичну спрямованість КПТ, її соціальну відповідальність та орієнтацію на зміцнення ментального здоров'я як суспільну цінність.

Зазначені теоретичні положення виступають підґрунтям для легітимізації КПТ як інституціоналізованої професійної психологічної практики, ефективність і доказовість якої забезпечуються не окремими методами, а цілісною системою наукових, професійних, культурних, комунікативних і ціннісних регуляторів.

3. Показано, що становлення сучасної української школи когнітивно-поведінкової психотерапії розпочалося в умовах поступової інституціоналізації та інтеграції міжнародних стандартів, а в подальшому зазнало істотної інтенсифікації під впливом соціально-економічної кризи, пандемії COVID-19, хронічного стресу та масових психотравмувальних подій, що в умовах повномасштабної війни набули системного характеру. У відповідь на зазначені виклики українська школа КПТ орієнтується на практичну ефективність, доказовість і швидке масштабування психотерапевтичної допомоги та психологічної практики в цілому.

Аргументовано, що в сучасних українських реаліях КПТ постає як самостійна системна психотерапевтична практика, що поєднує міжнародні стандарти з контекстно чутливими підходами до роботи з психотравмою, втратами, невизначеністю, тривалим стресом, здатна відповідати на актуальні виклики сьогодення, забезпечуючи науково обґрунтовану психологічну допомогу в умовах війни. Виокремлено тенденцію до інституціоналізації професійної підготовки, поширення освітніх програм та впровадження протоколів, орієнтованих на подолання кризових станів.



Отже, отримані в першому розділі результати уможливляють розуміння когнітивно-поведінкової терапії як провідного психотерапевтичного напрямку сучасності, ефективність якого зумовлена поєднанням доказової наукової бази, соціальної релевантності, професійної організованості та інноваційної відкритості. КПТ постає як система, що забезпечує не лише зниження симптомів, а й підтримку психологічної стійкості, саморегуляції та адаптації особистості в умовах сучасних криз; та визначають теоретико-методологічну основу подальшого аналізу концептуальних засад когнітивно-поведінкового підходу та системи професійної підготовки фахівців, здійсненого у другому й третьому розділах дисертаційного дослідження.

Основні положення першого розділу дисертації відображено у 3 публікаціях автора, серед яких 1 стаття у науковому фаховому виданні з психології, включеному до переліку, затвердженого МОН України [3]; 1 стаття і 1 тези апробаційного характеру [5; 8].

## **РОЗДІЛ 2**

### **ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО НАПРЯМУ ПСИХОТЕРАПІЇ**

У розділі визначено теоретико-концептуальні аспекти становлення когнітивно-поведінкової терапії як доказово орієнтованого напрямку сучасної психотерапії. Висвітлено методологічні засади та базові принципи КПТ, що зумовлюють її ефективність і статус втручання першого вибору у лікуванні широкого спектра психічних розладів. Проаналізовано специфічні виклики застосування КПТ в умовах війни, пов'язані з кумулятивною психотравматизацією, переживанням втрати, хронічним стресом і руйнуванням базових когнітивних схем безпеки та контролю. Обґрунтовано напрями адаптації когнітивно-поведінкового підходу до воєнного контексту та запропоновано адаптовану концепцію когнітивно-поведінкового супроводу осіб, які переживають втрату в умовах війни.

#### **2.1. Загальна характеристика когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії як складової психологічної практики**

##### **2.1.1. Зміст і провідні принципи когнітивно-поведінкової терапії**

В умовах війни, масових психотравмуючих подій та соціальної нестабільності когнітивно-поведінкова терапія набуває особливої теоретичної та практичної ваги. Структурованість, короткостроковість, орієнтація на реалістичне осмислення досвіду, розвиток навичок саморегуляції та підтримки роблять КПТ потужним інструментом психотерапевтичної інтервенції у кризових умовах (R. Bryant, [172; 173]; A. Ehlers, D. Clark, [211]). У роботі з горем, тривогою, кумулятивною втратою, відновленням суб'єктивного контролю КПТ забезпечує ефективну підтримку, сприяючи

інтеграції психотравматичного досвіду та формуванню нових смислів [22; 25; 36].

Розгляд основних принципів і характеристик КПТ є необхідним для ґрунтовного розуміння її теоретико-концептуального підґрунтя та практичного потенціалу як психологічної практики. Основні принципи та базові характеристики когнітивно-поведінкової терапії у роботах А. Бек [138]; Д. Бек [139]; К. Падески, К. Муней [345]; Д. Вестбрук, Г. Кеннерлі, Д. Кірк [272]; Д. Палаццоло [347], Ж. Котро [192]; К. Буве [160] дозволяють краще розуміти специфічні методи, а також структуру проведення сесій КПТ. Психотерапевтичний підхід когнітивно-поведінкової терапії зосереджений на рефлексії, розвитку навичок аналізувати своє мислення, давати об'єктивну оцінку ситуацій.

Засновник КПТ, А. Бек, вивчаючи хворих, які страждали на депресію в 1960-х роках, виявив, що у його пацієнтів є потік негативних думок про себе. Спочатку розроблені для лікування депресії методи КПТ були адаптовані для групи тривожних розладів, а далі для розладів харчової поведінки, зловживання психоактивними речовинами, розладів особистості. Допмагаючи своїм пацієнтам вивчати та оцінювати дисфункціональні думки та реакції на них, А. Бек виявив наявність автоматичних думок депресивного та тривожного змісту [142; 405]. Таким чином, в основі методу КПТ є задача допомогти людині в об'єктивній оцінці реальності, виявленні патернів мислення про себе, навколишній світ і майбутнє.

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, може 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 [166].

У КПТ 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 [187; 203].

Ж. Котро 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, Ж. Котро виділяє опір пацієнтів до терапії (J. Cottraux, I. Blackburn [193]). 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.

В практиці КПТ важливо адаптувати терапію в індивідуальному порядку. За Д. Бек 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 сьогоденні, 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 (J. Beck [139]).

Д. Вестбрук, Х. Кеннерлі, Д. Кірк до основних характеристик КПТ відносять співпрацю терапевта та пацієнта, структурність та активну участь пацієнта, короткостроковість терапії (від 6 до 20 сесій), емпіричну оцінку результатів, з акцентом на докази, орієнтованість на проблему, кероване відкриття, поведінкові інтервенції, зворотний зв'язок для побудови взаємин

терапевта та пацієнта. Серед базових принципів КПТ ці автори виділяють когнітивний, поведінковий, принцип континууму, «тут і тепер», принцип інтерактивної системи, емпіричний [21].

Згідно з Ж. Піаже, діяльність та її наслідки мають силу змінювати когнітивну структуру [319]. Про сприятливий вплив діяльності на психічне здоров'я та розвиток особистості писав С. Рубінштейн, підкреслюючи, що саме в діяльності людина та її психіка формуються й розвиваються, а також можуть бути об'єктивно пізнані (S. Rubinstein [369]).

У сучасній науковій літературі узагальнено низку провідних принципів когнітивно-поведінкової терапії, які лягли в основу її теоретичної та практичної структури [139; 192; 272]. Серед них виокремлюють: когнітивний принцип (вплив інтерпретацій подій на емоційний стан), принцип «тут і тепер» (орієнтація на актуальні механізми підтримання проблеми), принцип континууму (розгляд симптомів як варіантів норми), поведінковий принцип (вплив дій на емоційне й когнітивне функціонування), принцип інтерактивної системи (взаємозв'язок когніцій, емоцій, поведінки та фізіології), а також емпіричний принцип (орієнтація терапії на доказову базу). Ці принципи є не лише методологічною опорою, але й уможливають стандартизоване й водночас гнучке застосування КПТ у межах міжнародної психотерапевтичної практики.

КПТ допомагає вивчити та за необхідності змінити когніції. Наприклад, у лікуванні панічного розладу терапевт перевіряє помилкову катастрофічну інтерпретацію тілесних симптомів як пов'язаних із загрозою життю (D. Clark [182]). Лікування зловживання психоактивними речовинами передбачає роботу із переконаннями пацієнта щодо негативного ставлення до себе, а також переконання про допустимість застосування психоактивних речовин [189; 272; 412].

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. Д. Палаццоло у побудові терапевтичних взаємин виділяє емпатію, автентичність та доброзичливість (J. Palazzolo [346]). А. Бек у терапевтичних відносинах з пацієнтами відзначає тепле ставлення, емпатію та щирість (A. Beck et al. [142]). Вирішальну роль грає сприйняття терапевта пацієнтом, а прийняття пацієнта терапевтом передбачає безоцінне ставлення до людини, заохочення вільного вираження почуттів (C. Bouvet [160]).

Деякі дослідники вважають, що терапевтичні відносини – це не лише необхідна умова ефективної практики КПТ, це «серце і душа» всіх ефективних психотерапевтичних методів (A. Okamoto et al [342]). 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 аналізом когніцій, 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 (C. De Mey-Guillard [203]). На сесіях і у вигляді домашніх завдань проводяться поведінкові експерименти, які покроково розбиваються від простого до більш складного.

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

сприяють 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 [4].

Діагностичний етап та формування концептуалізації клінічного випадку є невід'ємною частиною практики КПТ [140; 146]. 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.

А. Колаковський, А. Павелчик застосовують 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 (А. Kołakowski, А. Pawełczyk [279]).

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 А. Елліса та «аналізу поведінкового ланцюжка» у діалектичній поведінковій терапії М. Лінехан [210].

Найчастіше згадуваною перешкодою на шляху до успішних результатів лікування психічних розладів, а 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 (D. Hunter-Reel et al. [254]).

Робота з рецидивами є однією з ключових характеристик когнітивно-поведінкової терапії. Протягом усього терапевтичного процесу клієнт поступово опановує роль власного терапевта, здобуваючи навички самостійного подолання майбутніх рецидивів без залучення фахівця. Для досягнення цього необхідне не лише усвідомлення когнітивно-поведінкової моделі, а й розвиток здатності до рефлексії та практичного застосування отриманих знань [4; 18; 20].

У цьому контексті особливу значущість має теорія навчання дорослих, зокрема циклічна модель Д. Кольба, яка виділяє такі ключові етапи: безпосередній досвід, спостереження, рефлексію та планування дій [272]. Включення цих компонентів у терапевтичну роботу реалізується шляхом використання Сократівського діалогу, рольових ігор, поведінкових експериментів, а також через постановку цілей і структуроване планування завдань. Важливим завданням є розвиток у клієнта здатності до самостійного аналізу проблемної поведінки та формування індивідуального набору адаптивних когнітивно-поведінкових навичок.

Модель попередження рецидиву для пацієнтів з алкогольною залежністю К. Уітківич К., А. Марлатт допускає кілька змін ризиків рецидиву, хронічну вразливість до рецидиву, безпосередні фактори, що викликають рецидив [406]. 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 [207; 254].

Серед психотерапевтичних напрямків для онкологічних хворих, крім психодинамічного, інтегративного та екзистенціального підходів, відзначають



управління страхом рецидиву за допомогою стратегій третьої хвилі КПТ, АСТ, терапію прийняття та відповідальності; значення надається також оптимізації спілкування між пацієнтами та медичними працівниками, EMDR (денсифікація та переробка рухом очей) для реагування на психотравмуючі ситуації (S. Dolbeault et al. [206]).

Психоедукація є однією з ключових складових когнітивно-поведінкової терапії, що сприяє активному залученню пацієнта до процесу лікування. Цей термін, який з'явився у науковому дискурсі у 1980-х роках, охоплює процес систематичного інформування пацієнта про природу його психічного розладу, механізми виникнення симптомів, а також стратегії ефективного подолання труднощів (L. Weiner, E. Lachaux [403]). Надання знань про власний стан дозволяє людині зменшити рівень невизначеності, підвищити відчуття контролю та сформувати установку на активну участь у терапії.

Історично психоедукація виникла в межах реабілітаційних програм при поведінкових і когнітивних підходах із метою профілактики рецидивів. У межах КПТ психоедукація виконує кілька важливих функцій: зниження надмірної тривожності, нормалізація емоційного реагування, валідація переживань, зменшення стигматизації психічного розладу, підтримка збалансованої самооцінки та формування реалістичного погляду на симптоматику. Психоедукація є адаптивним елементом терапевтичного процесу, який модифікується залежно від клінічного діагнозу, результатів психодіагностики та індивідуальних потреб клієнта (Д. Батлер [13]; J. Wright [412]).

У 1980 році К. 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 [124].

У дослідженні О. Аврамчука та Ю. Острижко психоедукація на базі протоколу КПТ з використанням односесійної віртуальної експозиції зарекомендувала себе ефективним способом у зниженні страху студентів у публічних виступах (О. Аврамчук, Ю. Острижко [1]).

Психоедукація є важливим етапом протягом перших кількох сесій психотерапії у лікуванні обесивно-компульсивного розладу. Особлива увага приділяється діагностичним критеріям ОКР, поясненню когнітивно-поведінкової моделі розвитку та підтримки симптомів ОКР, а також обґрунтуванню експозиції та попередженню реакцій (B. Van Noppen et al [393]; A. Weg [402]).

У пацієнтів з біполярним розладом, незважаючи на фармакологічне лікування, що регулює настрій, спостерігаються рецидиви з сильними психосоціальними наслідками. 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. Основними клінічними результатами були психологічна стабілізація депресії (дисфункціональні переконання, самооцінка) та стабілізація якості життя (соціальні відносини) (C. Mirabel-Sarron et al [317]).

Згідно з дослідженням, яке проводилося в Квебеку (Канада), за допомогою пошукового списку досліджень Medline, опублікованих у період з 1971 по 2005 рік, методи психоедукації мають тенденцію покращувати знання про захворювання у 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 (Y. Khazaal et al [274]).

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 (J. Cottraux, I. Blackburn [193]; K. Fenn, M. Byrne [220]). Необ'єктивна інтерпретація веде до різних психічних порушень. Поняття когнітивної схеми А. Бека [14] дозволило розробити технологію діагностики та переробки продуктів неадекватної концептуалізації. Когнітивні спотворення та захисні механізми нерідко відповідальні за спотворення реальності.

Однією з ключових переваг когнітивно-поведінкової терапії як інтегративного підходу є її здатність поєднувати елементи когнітивної, поведінкової та міжособистісної роботи. Вона охоплює як дослідження конкретних ситуацій і поведінкових реакцій, так і вивчення глибинних переконань, що лежать в їх основі. У процесі терапії пацієнт навчається виявляти автоматичні думки, які виникають у відповідь на певні події, наприклад, за допомогою запитання: «Що промайнуло у Вас в голові в цей момент?» (J. Beck [139]).

Ці автоматичні думки пов'язуються з емоційною реакцією й поведінкою, і саме на цьому рівні починається процес рефлексії. Пацієнт поступово вчиться розпізнавати дисфункціональні базисні переконання, ставити їх під сумнів і формувати більш адаптивні когнітивні моделі. У КПТ переконання розглядаються як гіпотези, які підлягають перевірці, а пацієнт приймає роль дослідника власного досвіду. Такий підхід заохочує розвиток метапізнання, критичного мислення й здатності до самоспостереження (S. Rusinek [370]).

Інструментом, що сприяє цьому процесу, є Сократівський діалог, який допомагає пацієнту самостійно доходити висновків, знаходити альтернативні інтерпретації ситуацій та поступово змінювати усталені патерни сприйняття. У процесі терапії когнітивні інтервенції доповнюються поведінковими — у формі експериментів, що виконуються під час сесій або в домашніх завданнях.

Вони проводяться поступово: від простих до більш складних, забезпечуючи поступове формування навичок адаптивної поведінки [113].

Інтегративний потенціал КПТ посилюється за рахунок включення технік з інших психотерапевтичних підходів, таких як психодинамічний, емоційно-фокусований, системно-сімейний або інтерперсональний. Зокрема, ефективність інтеграції інтерперсональної психотерапії з КПТ доведена в роботі з пацієнтами, які страждають на депресію, оскільки міжособистісні конфлікти нерідко є значущим стресогенним чинником (N. Neveux [331]).

Результативність КПТ залежить від низки компетенцій терапевта, серед яких використання ключових характеристик КПТ в психологічній практиці. Запропонована в додатках 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 континуумі, 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 копінг-механізмом, тобто способом подолання труднощів, впливає на розвиток відносин, допомагає у постановці гіпотези, концептуалізації та формуванні плану терапії.

Отже, принципи та базові характеристики когнітивно-поведінкової терапії формують теоретичний і практичний фундамент цього підходу. Їх інтеграція забезпечує структурованість, наукову обґрунтованість, орієнтацію на «тут-і-зараз» та активну участь пацієнта у процесі змін. КПТ вирізняється емпіричним підходом, гнучкістю у застосуванні, увагою до взаємодії когнітивних, емоційних, поведінкових і фізіологічних компонентів досвіду. Застосування цих принципів створює умови для розвитку рефлексії, самостійного опрацювання проблемних станів і формування довготривалих змін. Саме тому ґрунтовне розуміння та дотримання цих принципів є

ключовим чинником ефективності когнітивно-поведінкової терапії в сучасній психологічній практиці.

### **2.1.2. Основні моделі когнітивно-поведінкового напрямку психотерапевтичної допомоги**

У процесі розвитку когнітивно-поведінкової терапії було розроблено низку моделей, що відображають особливості психологічного функціонування при різних психічних розладах. Ці моделі є основою для клінічної концептуалізації, планування терапевтичних втручань та формування індивідуального підходу до пацієнта. У цьому розділі розглянуто основні теоретичні моделі, що лежать в основі когнітивно-поведінкової терапії та адаптовані до різних типів психопатології.

Когнітивна модель дозволяє досліджувати структуру мислення, виявляти когнітивні помилки та зумовлені ними психологічні труднощі. КПТ базується на уявленні про те, що інтерпретація ситуацій людиною визначає її емоційні реакції та поведінкові відповіді (J. Beck [140]). Однією з основних моделей когнітивного напрямку є модель ABC, розроблена А. Еллісом у межах раціонально-емоційної поведінкової терапії (A. Ellis [213]). У цій моделі компонент А (activating event) означає подію чи тригер, який запускає психологічний процес. Компонент В (beliefs) охоплює переконання, уявлення або інтерпретації, які людина формує щодо цієї події. Наслідки, компонент С (consequences), включають емоційні, поведінкові та фізіологічні реакції. За Еллісом, саме переконання, а не сама подія, визначають характер емоційної та поведінкової відповіді.

Класична когнітивна модель обробки інформації передбачає, що людина постійно інтерпретує навколишні події через призму набутих схем, переконань та досвіду (A. Beck [138]; K. Dobson [204]; R. O'Connor [341]). У процес когнітивної обробки інформації залучені сприйняття, пам'ять, увага та мислення. Наявність когнітивних спотворень (наприклад, дихотомічне

мислення, катастрофізація, узагальнення) сприяє формуванню негативних автоматичних думок, які підсилюють емоційний дистрес і неадаптивну поведінку (D. Burns [175]).

Функціонування когнітивних моделей у межах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) є багатовимірним і виконує низку ключових завдань, що забезпечують ефективність терапевтичного процесу. Насамперед модель слугує засобом концептуалізації випадку, дозволяючи інтегрувати окремі симптоми у цілісне розуміння проблеми клієнта шляхом аналізу взаємозв'язку між ситуаціями, автоматичними думками, емоційними реакціями, поведінкою та фізіологічними компонентами (J. Beck [139]). На основі концептуалізації здійснюється обґрунтування психотерапевтичних технік, оскільки модель допомагає виявити підтримуючі механізми дезадаптивного функціонування й підібрати відповідні інтервенції (W. Kuyken, C. Padesky, R. Dudley [282]). Наступною важливою функцією є розробка стратегії змін, у межах якої модель використовується як логічна основа для формування цілей терапії, визначення пріоритетів та послідовного планування втручань (J. Persons [349]). Крім того, модель відіграє суттєву роль у психоедукації та залученні клієнта до терапевтичного процесу: завдяки наочності та логічній структурі вона сприяє кращому розумінню клієнтом власного психологічного стану та активній участі у процесі змін [272]. Таким чином, когнітивна модель не лише відображає теоретичну основу КПТ, а й виконує прикладну функцію в реалізації терапевтичної та психологічної практики в цілому.

А. Бек у когнітивну модель депресії включає три компоненти: когнітивна тріада (негативне ставлення до себе, навколишнього та до майбутнього), схеми та когнітивні спотворення [142]. Симптоми депресії у когнітивній моделі розглядаються як результат цих негативних патернів мислення. У пацієнта з депресією часто виникає думка, що оточуючим буде краще без нього. Песимізм, почуття безнадійності, спотворення когнітивних процесів порушують волю та мотивацію, виявляються такі симптоми, як занепад сил, апатія, психомоторна загальмованість [52]. Реакції та

переконання людини комбінуються в повторювані підтримуючі цикли, які разом з активованою схемою поглиблюють психічний розлад [88].

У когнітивній моделі панічного розладу Д. Кларка ядром є катастрофічна інтерпретація симптомів (D. Clark [182]). Пацієнти з панічним розладом схильні розглядати відчуття в тілі та симптоми як неминучу катастрофу. Люди з панічними реакціями переконані в тому, що їхня кардіоваскулярна, респіраторна або центральна нервова система не впораються, і станеться непоправне.

Відповідно до Е. Фоа, obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) характеризується такими помилковими когніціями, як приписування високої ймовірності небезпеки ситуаціям, які є відносно безпечними. Наприклад, людина з ОКР буде вважати, що якщо вона торкнеться суспільної дверної ручки, не вимивши ретельно руки, мікроби на дверній ручці викличуть захворювання у неї або у людей, до яких вона торкалася брудними руками. Серед когнітивних спотворень і перебільшення серйозності поганих подій. Ті, хто страждає на ОКР, потребують постійних доказів і гарантій безпеки [223].

В основі когнітивної моделі ОКР С. Рахмана і колег найважливішим фактором є реакція на нав'язливі думки (S. Rachman, A. Radomsky, R. Shafran [361]). Більшість людей не надають значення нав'язливим думкам, і тоді такі думки йдуть самі собою, як звичайні думки (J. Abramowitz [116]). Пацієнти з ОКР намагаються нейтралізувати сильні емоції, вдаються до нейтралізуючої поведінки та уникнення. Поведінка нейтралізації та уникнення є негативним підкріпленням, оскільки посилює страх перед стимулом, а після багаторазового підкріплення поведінки, з'являється автоматизм виконання певних поведінкових реакцій.

Когнітивна модель соціальної тривоги (Р. Рапе, Р. Хеймберг) показує, як люди з соціофобією сприймають та обробляють інформацію, пов'язану з потенційною оцінкою, і як ці процеси різняться у людей з високим та низьким рівнем соціальної тривожності. Когнітивні спотворення та упередженість у обробці соціально-оцінної інформації призводять до підвищеної тривожності

в соціальних ситуаціях, і таким чином, сприяють підтримці соціофобії (R. Heimberg [243]; R. Rapee [362]).

Поведінка при соціальній тривожності характеризується спробою приховати тривогу, чи позбутися її, людина замикається у собі і фокусується на внутрішньому світі. Таке використання безпечної поведінки підтримує цикли цього розладу та виникнення симптомів. У корекційній роботі із соціальною тривогою застосовуються стратегія зміни фокусування уваги А. Веллса і Д. Метьюса (A. Wells, J. Mathews [404]), робота з внутрішнім критиком К. Падески (C. Padesky [344]), переоцінка когніцій та поведінкові експерименти.

Х. Варвік провела перше контрольоване дослідження когнітивно-поведінкової терапії при іпохондрії (H. Warwick, P. Salkovskis [400]). У своєму дослідженні вона вивчала такі особливості цього психічного розладу, як переконаність у наявності захворювання, потреба у запевненнях, час, протягом якого пацієнт турбується про своє здоров'я; частоту перевірочних дій, депресію та тривогу, схильність пацієнтів черпати медичну інформацію. Х. Варвік акцентує, що слід звернути увагу на визнання очевидності появи симптомів у зв'язку з тривогою про здоров'я, а не на факт, що результати аналізів не підтверджують наявності очікуваних захворювань [399].

Збереження тривоги про здоров'я є результатом процесів, що підтримують катастрофічні інтерпретації, через які виникає тривога. Підтримуючі цикли формуються, оскільки кожен із цих процесів мотивується і керується переконаннями про загрозу або як автоматичною реакцією, або як стратегічно розгорнутою реакцією на сприйняття загрози.

За П. Салковскіс, А. Діл, Х. Варвік, когнітивна модель тривоги про здоров'я включає вибірккову увагу пацієнта або його упередженість при обробці інформації; фізіологічні реакції як загострення тілесних відчуттів; поведінку, спрямовану на безпеку, наприклад уникнення, перевірку; афективні зміни, такі як тривога та депресія (P. Salkovskis, H. Warwick, A. Deale [372]).



При розладах, спричинених зловживанням психоактивних речовин (ПАР), спостерігається дизрегуляція уваги, пам'яті, волі, емоційної сфери, прийняття рішень, управління болем та стресом (Т. Robinson, К. Berridge [364]). За когнітивною моделлю адиктивних розладів, психотравматичний дитячий досвід та несприятливі події сприяють формуванню дисфункціональних установок. Ці несприятливі події включають фізичне, сексуальне та емоційне насильство, а також відкидання дитини (Е. Lippard, С. Nemeroff [295]). Сімейне, соціальне та культурне середовище впливають на формування схем дитини. Залежність виникає як компенсаторна стратегія, виникають нові переконання про ПАР, які поєднуються з малоадаптивними переконаннями. Думки «якщо тоді» ще більше спокушають людину у зловживанні ПАР.

У КПТ зловживання психоактивними речовинами сприймається як засвоєна стратегія, яка домінує у житті індивіда у процесі вирішення проблем, перебуває у тісному контакті з повсякденними життєвими проблемами і підтримується когнітивними спотвореннями, які діють у «автоматичному режимі». Людям із залежністю приходять думки, які підтримують адикції, перешкоджають відмові від ПАР та сприяють рецидиву у разі спроби кинути. Когнітивні спотворення зазвичай не усвідомлюються, і людині здається, що вона діє раціонально.

Біполярний афективний розлад (БАР) є хронічним рецидивним психічним розладом афективної сфери, що часто призводить до порушення поведінки та соціального функціонування, основна риса якого - розвиток маніакальних, гіпоманіакальних або змішаних станів. Фармакотерапія є основою лікування БАР. Визнано, що психотерапія рекомендована додатково до медикаментозного лікування (J. Preston et al. [356]). Пацієнти з БАР стикаються з труднощами зберігати баланс та підтримувати нормальний настрій. Вони переживають симптоми депресії та манії, включаючи дратівливість, лабільність настрою та змішані стани настрою.

Когнітивна модель БАР передбачає, що пацієнти з біполярним розладом будуть відчувати коливання свого внутрішнього стану перед епізодами інтенсивної зміни афекту, і ці коливання збільшують імовірність когнітивно-обумовленого циклу ескалації симптомів. Крім епізодів манії чи депресії, у цьому розладі виділяють значні коливання настрою (L. Judd et al [262]; G. Perugi et al [350]).

У центрі інтегративної когнітивної моделі біполярного розладу У. Манселла є екстремальна оцінка пацієнтом свого внутрішнього стану (W. Mansell et al [305]). Екстремальність в інтерпретації внутрішнього стану може бути очікуванням неминучої катастрофи, прогнозом про неминучий особистий успіх, що зазвичай мають на увазі потенційний тріумф над попереднім досвідом депресії, негараздів та невдач. Оцінка особистої слабкості включає атаки, спрямовані на самого себе, які відносяться до стану активації.

У когнітивно-поведінковому підході БАР проводиться психоедукація, підтримка для членів сім'ї та покращення сімейних комунікацій, набуття навичок емоційної саморегуляції, постійне спостереження за своїм станом, набуття збалансованого ставлення до себе та своєї хвороби, графік настрою, стабілізація циклів сну та профілактика рецидивів (R. Kelly, D. Alyson, W. Mansell [271]).

Інсомнія є розладом сну, який характеризується наявністю повторюваних порушень тривалості та якості сну, що виникають, незважаючи на наявність достатніх умов і часу для сну, і які проявляються різними порушеннями денної діяльності. Інсомнія знижує якість життя, погіршуючи добове самопочуття пацієнта, викликаючи сонливість, слабкість, запаморочення, підвищену дратівливість (C. Alford, S. Wilson [118]).

У когнітивній моделі інсомнії А. Харві ескалацію тривоги підтримують вибіркова увага, спотворене сприйняття дефіциту сну та денного часу, помилкові переконання та безпечна поведінка. Люди, які страждають на безсоння, схильні надмірно турбуватися про свій сон і про денні наслідки

недосипання. Це занепокоєння викликає вегетативне збудження та емоційний стрес. Моніторинг внутрішніх та зовнішніх сигналів загрози, пов'язаних зі сном, підтримує занепокоєння. У сукупності тривожний стан і викликані ним процеси уваги змушують людину переоцінювати ступінь сприйняття дефіциту сну і денної активності (А. Harvey [236]).

Когнітивно-поведінкова терапія безсоння (КПТ-І) спрямована на усунення труднощів із засинанням та факторів, що сприяють розвитку хронічного безсоння. Екман із колегами проводив дослідження серед ветеранів Сполучених Штатів після подій 11 вересня, які отримали психічні травми, пов'язані зі службою, а також студентів із порушеннями сну. З вісьмома учасниками дослідження проводилася багатокомпонентна когнітивно-поведінкова терапія для лікування безсоння «Відновлення стабільності спокійного сну», що складалась із семи сеансів групової терапії та восьми індивідуальних сесій, які були проведені ерготерапевтами (А. Eakman, А. Schmid, К. Henry [209]).

Когнітивна модель нервової анорексії пояснює підтримання розладу як наслідок дезадаптивних переконань та когнітивних спотворень, що стосуються ваги, форми тіла та контролю над ними. Центральне базисне переконання, характерне для осіб з нервовою анорексією, полягає в наступному: «Моя вага та форма тіла визначають мою особисту цінність і соціальну прийнятність» (С. Fairburn et al [218]).

Навколо цього ядра формуються специфічні дисфункціональні переконання, зокрема: «Я буду потворною, якщо наберу вагу»; «Єдина річ, яку я можу контролювати у своєму житті, – це моя вага»; «Якщо я не голодуватиму, то обов'язково наберу вагу, а це буде катастрофа». Такі переконання створюють умови для формування і підтримання поведінкових патернів, спрямованих на суворий контроль харчування, надмірну фізичну активність або уникнення їжі [217].

Крім того, пацієнти з нервовою анорексією демонструють типові когнітивні спотворення: інтерпретація фізіологічних сигналів ситості як

«ознаки набору ваги»; стійке спотворення образу тіла, що проявляється в переоцінці власних розмірів при оцінці себе в дзеркалі або на фотографіях [88].

Ці переконання та спотворення обробки інформації є не лише наслідком, а й механізмами підтримання порушень харчової поведінки. КПТ-модель передбачає, що лікування має бути спрямоване на ідентифікацію і модифікацію дезадаптивних переконань, роботу з образом тіла, а також розвиток альтернативних стратегій саморегуляції та підвищення самоцінності незалежно від зовнішності (М. Соопер [190]).

Когнітивна модель розладів особистості ґрунтується на припущенні, що в їх основі лежать стійкі, дисфункціональні схеми мислення (базові переконання), які формуються в результаті взаємодії генетичної схильності та індивідуального досвіду навчання й соціалізації. Відповідно до теорії когнітивної психотерапії А. Бека, кожному розладу особистості притаманні характерні базові переконання щодо себе, інших людей та світу, а також типові поведінкові стратегії, які людина використовує для адаптації до цих переконань, хоча насправді вони часто виявляються дезадаптивними і сприяють збереженню симптомів (А. Бек, А. Фріман [141]).

Наприклад, для осіб із залежним розладом особистості характерне переконання: «Я безпорадний і потребую підтримки», а їх поведінкова стратегія включає підкорення і уникнення самостійного прийняття рішень. У випадку нарцисичного розладу домінує переконання: «Я особливий і заслуговую на визнання», що супроводжується демонстративною, самозвеличувальною поведінкою. Такі базові когнітивні схеми фактично виконують роль фільтрів обробки інформації, визначаючи інтерпретацію подій, емоційні реакції та вибір поведінки.

Сучасна когнітивно-поведінкова терапія поступово відійшла від жорсткої діагностичної орієнтації, перейшовши до більш гнучких, інтегративних моделей, які охоплюють широкий спектр психопатології. Однією з таких моделей є трансдіагностичний підхід, що був запропонований А. Гарвею та співавторами [237] і згодом розвинений у роботах С. Фербурна

[217; 218]. Цей підхід ґрунтується на ідеї, що багато психологічних розладів мають спільні підтримуючі механізми (наприклад, румінації, уникнення, когнітивні викривлення), тому терапевтичне втручання може бути ефективним незалежно від конкретного діагнозу, якщо воно спрямоване на ці універсальні процеси.

У рамках так званого «другого покоління» КПТ було розроблено кілька інтегративних моделей, що поєднують класичні когнітивно-поведінкові техніки з новими концепціями. Зокрема, схемотерапія інтегрує когнітивну терапію, гештальт-підходи та теорію прив'язаності для роботи з глибинними дисфункціональними схемами, сформованими в дитинстві (J. Young, J. Klosko, M. Wiershaar [414]). Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) (S. Hayes et al [25]) зосереджується на розвитку психологічної гнучкості через прийняття внутрішнього досвіду і дії відповідно до цінностей. Діалектично-поведінкова терапія (DBT) (M. Linehan [51]) була створена для лікування емоційної дисрегуляції, зокрема при прикордонному розладі особистості, і поєднує поведінкові техніки з елементами майндфулнесу та діалектичного мислення.

Інтеграція цих моделей дозволяє КПТ розширити межі своєї ефективності, адаптуючись до складних і хронічних форм психопатології, зберігаючи при цьому наукову обґрунтованість і структурованість терапевтичного процесу.

Узагальнюючи аналіз провідних принципів, теоретичних положень і базових характеристик, що формують когнітивно-поведінкову психотерапію, можна виокремити низку теоретико-концептуальних засад, які становлять методологічне підґрунтя когнітивно-поведінкової терапії як системи психологічної допомоги. Ці засади не лише відображають ключові уявлення про природу психічних розладів, а й визначають логіку побудови терапевтичного процесу. Вони окреслюють цілісне бачення взаємозв'язку когнітивних процесів, емоційних реакцій і поведінкових патернів, підкреслюючи роль інтерпретації подій у формуванні психологічного досвіду особистості. У таблиці 2.1 узагальнено теоретико-концептуальні основи

розвитку КПТ, які лежать в основі сучасної психологічної практики та формують концептуальну структуру даного підходу. Представлені положення систематизують фундаментальні ідеї КПТ та відображають їх прикладне значення.

Таблиця 2.1

## Теоретико-концептуальні основи розвитку КПТ

№	Теоретико-концептуальні складові	Ключові засади
1.	Когнітивна модель	Емоції та поведінка зумовлені не подіями як такими, а їх когнітивною інтерпретацією (А. Beck [138]).
2.	Взаємозв'язок когніцій, емоцій, поведінки і фізіології	Між компонентами психіки існує двосторонній вплив – змінюючи один із них, можна впливати на інші (Д. Вестбрук [21]).
3.	Активна співпраця та структурованість	Терапія базується на партнерстві з клієнтом, має чітку структуру й цілі (J. Beck, [140]).
4.	Психоедукація та навчальний підхід	Клієнт набуває навичок саморегуляції та розуміння власних когнітивних процесів (J. Persons [349]).
5.	Емпіризм і доказовість	КПТ – доказовий підхід, що базується на наукових даних і перевірених інтервенціях (А. Butler et al [176]).
6.	Концепція когнітивних схем	Психологічні розлади зумовлені активацією дезадаптивних глибинних переконань (J. Young [414]; А. Beck [141]).
7.	Орієнтація на проблему та цілі	Фокус на конкретній проблемі клієнта, з визначенням досяжних змін (W. Kuyken et al [282]).
8.	Адаптивність	Можливість адаптації терапії до індивідуальних потреб на основі концептуалізації випадку (K. Dobson [204]).

Отже, когнітивно-поведінкова терапія пройшла шлях від класичних моделей автоматичних думок до інтегративних і трансдіагностичних підходів, що дозволяють гнучко адаптувати терапевтичні інтервенції до широкого спектра клінічних випадків.

## **2.2. Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних «втручань першого вибору»**

За час розвитку когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії було розроблено протоколи проведення КПТ пацієнтам із низкою психічних розладів. 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 [79]. КПТ зазвичай є короткостроковим лікуванням, воно орієнтоване на розвиток навичок і спрямоване на зміну неадаптивних емоційних реакцій шляхом зміни думок і поведінки [73].

Пацієнти з тривожними розладами звертаються за допомогою до лікарів терапевтів, гастроентерологів, кардіологів, неврологів, часто виникають складнощі при постановці діагнозу. Симптоми тривоги, стресу, депресії призводять до зниження якості життя, неможливості сприймати, аналізувати та відтворювати інформацію, приймати рішення, що має негативний вплив на життєдіяльність індивіда [8].

Сучасні методи лікування конкретизовані для кожного конкретного психічного розладу. Незважаючи на різноманітність протоколів КПТ для лікування депресії і тривожних розладів, є подібності між ними. При цьому важливо зазначити, цей структурований підхід орієнтований на мішені терапії, а в основі лежить когнітивна модель [15; 21; 92].

Когнітивна модель психопатологічних розладів створює стратегічну основу для терапії та включає когнітивні процеси, елементи та зміст. Робота в методі КПТ пов'язана з «негативними автоматичними думками», що є реакцією на конкретну ситуацію, а також глибинними переконаннями людини про себе, оточуючих, майбутнє. (А. Beck et al [142]). Когнітивна модель тривоги стверджує, що коли люди переоцінюють ризики та серйозність загроз і небезпеки, недооцінюють свої ресурси подолання, тоді для того, щоб

впоратися з цим, і з'являється тривожність (J. Beck [140]; D. Clark, A. Beck [183]).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є наслідком психотравматичних подій, він розвивається у людей, які пережили загрозливу для життя ситуацію. У групі ризику ветерани війни та військові, громадянські, що перебували чи перебувають у зоні бойових дій, жертви сексуального чи фізичного насильства, полонені, люди, що перебували у зоні стихійних лих та кризових ситуаціях [185]. Серед тих, хто пережив психотравматичні події, більшість одужують без лікування, однак є група людей, у якої розвивається стійка ПТСР (S. Lynn [299]).

Фахівці з Оксфордського університету А. Елерс і Д. 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 може трактуватися як ознака слабкості чи нездатності справлятися з труднощами [189]. Когнітивні оцінки події та можливих наслідків породжують відчуття постійно присутньої зовнішньої загрози, наприклад «Світ небезпечний», або виходити від самої людини «Я не здатний постояти за себе» (E. Dunmore, D. Clark, A. Ehlers [208]).

Таким чином, у рамках когнітивної моделі ПТСР необхідно розглянути когнітивну оцінку психічної травми, специфіку запам'ятовування травматичного досвіду, дисфункціональні поведінкові та когнітивні стратегії додання, минулий досвід та глибинні переконання (схеми), уявлення про свою особистість, навколишній світ та майбутнє [186; 192].

Згідно з когнітивною моделлю ПТСР (E. Foa [223], D. Westbrook [272], J. Cottraux [192], D. Clark [183]), терапія включає роботу з наступними процесами:

- інтегрування травматичного досвіду;
- когнітивна реструктуризація дисфункціональних когнітивних оцінок психічної травми та її наслідків;



- корекція дисфункціональних стратегій подолання, які блокують пам'ять про психотравмуючу подію.

Виявлення негативних когнітивних оціночних суджень та їх переформулювання формується за допомогою Сократівського діалогу та інших технік КПТ, зокрема таких, як 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 психотравматичній події, тоді рекомендується відновити колишні види діяльності [192].

Таблиця 2.2.

Приклади негативних оцінок, що сприяють підтримці тривоги, депресії (приклади з клінічних випадків пацієнтів, які звернулися за допомогою у 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 в усьому, заслужив, що це сталося зі мною» «Зі мною щось не так, я не зробив те, що повинен був зробити»
Наслідки психотравми	«Я втрачу свою професію» «Я залишусь на вулиці»
Переживання психотравми, 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»

Для інтегрування психотравматичного досвіду в пам'ять використовують техніку пролонговане занурення в уяві, коли стимулюють пацієнта до складання повного опису психотравматичної події (L. Watkins, K. Sprang, K. Rothbaum [237]). Пожвавлення травматичних спогадів може бути

у 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 дисфункціональні переконання, що допомагає виявити когнітивні оцінки психотравми та спростувати уявлення про те, що пацієнт «втратить контроль над собою», якщо детально обмірковуватиме трагічну подію.

Експозиція *in vivo* передбачає поступове зіткнення з ситуаціями, що викликають психотравматичні спогади, що дозволяє 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 та навчання виявляти сенсорні стимули проводиться з пацієнтом поступово [183]. Методи КПТ ефективні в лікуванні супутніх симптомів коморбідних розладів (тривоги, депресії, панічного розладу, зловживання психоактивними речовинами), які зустрічаються у 83% людей, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (S. Lynn [299]).

У Південній Африці проводилося дослідження з використанням методів КПТ для корінного населення із симптомами ПТСР. Методи КПТ були реалізовані з урахуванням культурних особливостей та включали когнітивну реструктуризацію катастрофізації, інтроцептивну експозицію, навчання навичкам майндфулнес, емоційного регулювання та навчання «любові до доброти» (B. Jalal, Q. Kruger, D. Hinton [258]).

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 спектру психічних травм, таких як 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 та відповідальності (АСТ) у

підвищенні рівня резильєнтності, надії та щастя серед ветеранів з ПТСР. Результати показали, що терапія АСТ допомагає ветеранам ефективніше, ніж КПТ (M. Hatami, M. Golkar, S. Farshadi [238]).

Генералізований тривожний розлад (ГТР) виражений сильним занепокоєнням, яке слабо піддається контролю, є тривалим і виникає з приводу різних ситуацій [15]. ГТР має тенденцію переходити в хронічну форму і може стати рисою особистості пацієнтів, які повідомляють про себе, що завжди турбувалися і відчували тривожність. ГТР часто має коморбідність з панічними атаками та депресією. На думку Д. Кларк [182], Ж. Котро [192], Л. Борца [156], пацієнти з ГТР відрізняються нижчою толерантністю до невизначеності, ніж пацієнти з іншими тривожними розладами.

Методи лікування ГТР включають управління стресом, навчання релаксації, медитацію, психотерапію та фармакотерапію. Когнітивно-поведінковий напрямок психотерапії зарекомендував себе як ефективний спосіб корекції патологічного занепокоєння. При роботі з пацієнтами ГТР успішно застосовують багато класичних технік КПТ, серед них 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 альтернативним стратегіям вирішення проблем, подолання когнітивного уникнення [15; 80]. Лікування ГТР може містити уявну дію (наприклад, уяву найгіршого сценарію, пов'язаного з конкретним занепокоєнням) [156].

Важливо відзначити, 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 всередині, і тоді тривога посилюється. Чим більше тривога посилюється, тим більше пацієнти внутрішньо зосереджені на ній. Таким чином 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 [139].

Панічний розлад (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 включають помилкову інтерпретацію симптомів тривоги пацієнтом, захисну поведінку та уникнення, зниження румінацій та переживань [20]. У лікуванні розладу ефективно зарекомендували себе методи поведінкового експерименту та експозиції (Р. Salkovkis [371]). Цікава область вивчення особистісних характеристик та патернів мислення пацієнтів із ПР, а також ефективність когнітивних технік у терапії цього розладу.

У 2014 році у Німеччині на підставі 403 рандомізованих досліджень були сформульовані настанови з роботи з тривожними розладами, які були оновлені у 2022 році. КППТ виділено як психотерапію першого вибору, перевага надається психодинамічному напрямку психотерапії у випадках неефективності КППТ, а також рекомендоване фармакологічне лікування, що включає селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) та інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (СИЗСН) (В. Bandelow et al [132]).

Обсесивно-компульсивний розлад (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 за медичною допомогою тільки за сильного ступеня виразності цього розладу, оскільки він може суттєво знижувати якість життя, соціальну адаптацію та працездатність [19].

Існуючі в США рекомендації Американської Психологічної Асоціації з лікування припускають, що існує 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 відзначають, що КПТ і СІЗЗС краще монотерапії при важкому ОКР. Однак в індійському контексті СІОЗС є препаратами першої лінії, переважають КПТ через їхню здійсненність, доступність та обмежену кількість терапевтів КПТ. Також КПТ можна розглянути, якщо СІЗЗС не ефективні без психотерапії (V. Nezgovorova et al [329]).

В психотерапії напрямку КПТ з пацієнтом розглядається когнітивна модель ОКР, виникнення нав'язливих думок, що викликають емоцію страху та тривоги, та поведінка – нав'язливі дії (компульсії). Терапія включає когнітивні техніки, роботу з глибинними переконаннями, поведінковий експеримент, який спрямований на корекцію наданого значення, навчання методам прогресуючої 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 obsesій. Стратегія терапії сфокусована на корінь проблеми – нормалізацію рівня тривоги пацієнта (J. Cottraux [192]).

Соціальна фобія характеризується вираженням та стійким страхом соціальних ситуацій. Людина відчуває емоційний дискомфорт, занепокоєння та страх оцінки себе оточуючими людьми, 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 [13].

Для людей з високим рівнем соціальної тривожності характерні соціальне уникнення, страх негативної оцінки та відчуження, невпевненість та очікування негативного ставлення до себе, недовіра. Основні цілі соціально-психологічної допомоги і методи терапії включають формування альтернативних когніцій та переоцінку дисфункціональних переконань, розвиток емпатії, зміну фокусу уваги від себе на світ, проведення поведінкових експериментів (L. Bricot, A. Chaperon [168]).

Специфічна фобія відноситься до групи тривожних розладів, виражена надмірним страхом конкретного об'єкта або ситуації (тварини, замкнутих просторів, висоти тощо), несумірних з реальною загрозою. Згідно з мета-аналізом К. Волітскі-Тейлор, що складається з 33 рандомізованих досліджень щодо ефективності психологічних підходів у лікуванні специфічної фобії, виділяється експозиція, яка має значний ефект порівняно з відсутністю лікування. Лікування, що включає контакт *in vivo* з мішенню фобії, перевершує альтернативні способи впливу (наприклад, уявна дія). Важливо, що багатосеансове лікування перевершує односеансове за показниками фобічної дисфункції (K. Wolitzky-Taylor, J. Horowitz, M. Powers, M. Telch [407]).

### **2.3. Специфіка когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни: виклики та напрями адаптації**

Масштабні кризи і трансформації сучасного суспільства безпосередньо впливають на життєдіяльність людини, модифікуючи її поведінкові, емоційні та когнітивні реакції. Один із фундаментальних принципів когнітивно-поведінкової терапії полягає в інтегрованому розгляді проблем особистості через взаємодію кількох систем: внутрішніх – когнітивних, емоційних, фізіологічних та поведінкових, а також зовнішніх: соціальних, сімейних, культурних, економічних [249; 272]. Сучасні підходи КПТ передбачають вивчення не лише окремих психічних процесів, а й їхньої динамічної взаємодії

із зовнішнім середовищем, що набуває особливої актуальності в умовах воєнного часу, де зовнішній контекст радикально змінений і характеризується хронічною непередбачуваністю, реальною загрозою життю та масовою психотравматизацією.

Повномасштабна війна в Україні спричинила глибоку суспільну кризу, яка охоплює всі верстви населення. Мільйони громадян зіткнулися з втратою близьких, домівки, роботи, звичного способу життя, що спричиняє розвиток гострих і хронічних форм стресу, емоційного виснаження, тривоги та депресії [39]. Війна є одним із найпотужніших дестабілізуючих факторів для психіки людини, що супроводжується системним порушенням базових потреб: безпеки, стабільності, контролю та передбачуваності [47; 245]. Саме цей контекст висуває специфічні вимоги до когнітивно-поведінкової терапії, потребуючи її адаптації до умов, що виходять за межі стандартних терапевтичних протоколів.

Дослідження психологічних наслідків війни, психотравматизації, втрат і горювання є предметом активного міждисциплінарного аналізу. Серед провідних зарубіжних дослідників варто відзначити роботи (G. Bonanno [150; 151] щодо стійкості до психічної травми та горя, P. Boss [157; 158] про амбівалентні втрати, R. Janoff-Bulman [259; 260] про руйнування базових припущень, R. Neimeyer [284] про наративний підхід до горювання, M. Stroebe та H. Schut [386] про модель подвійного процесу, C. Parkes [348] про теорію прив'язаності та горе [377], J. Worden [411] про завдання горювання [377; 390].

У сучасних українських дослідженнях когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни увага зосереджується на роботі з психотравмою, дистресом і порушеннями саморегуляції. А. Грись [29] аналізує трансформацію образу Я та переосмислення психотравматичного досвіду засобами КПТ, тоді як В. Предко [77] розкриває особливості копінг-стратегій осіб з різним рівнем життєстійкості. Проблематика життєвої компетентності особистості та її психологічних ресурсів, зокрема ресурсів подолання представлена у працях О. Зазимко [37; 38], Т. Титаренко [95; 96], Н. Чепелевої [108; 109] та

С. Рудницької [85; 86], де запропоновано моделі осмислення та розвитку особистісного досвіду в кризових умовах. Клінічні аспекти тривожно-депресивних розладів і специфіку психотерапевтичної допомоги в умовах воєнного дистресу аналізують О. Чабан, О. Хаустова [104; 105; 106; 107].

На підставі аналізу вищезазначених наукових праць виокремимо низку викликів до когнітивно-поведінкової терапії, що зумовлені довготривалою війною в Україні.

#### *Виклик 1. Психологічні наслідки війни та їхня специфіка*

Під час війни особистість вочевидь стикається з низкою важких психічних станів, серед яких найпоширенішими є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні розлади, а також розлади адаптації. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність ПТСР серед цивільного населення в зонах конфлікту становить від 15% до 30%, що значно перевищує показники у мирний час (де ПТСР зустрічається у 1-3% населення) (Z. Steel et al [385]; F. Charlson et al [180]). Соціально-психологічний супровід у цей період має бути спрямований на опанування стратегій регуляції емоцій, формування безпечного простору та соціально-психологічну допомогу в інтеграції психотравматичного досвіду (Д. Бріер, К. Скот [16]; Т. Титаренко, М. Дворник [96]).

Аналіз досліджень О. Хаустової показує, що в умовах війни пацієнти звертаються зі складним комплексом психічних та соматичних симптомів, що формують картину тривожно-депресивних розладів. Серед основних проявів виділяють: *емоційно-психологічні* (постійна тривога, панічні атаки, депресивний настрій, апатія, відчуття безнадії, провина та відчай, втрата контролю над життям); *фізіологічні та соматичні* (порушення сну, хронічна втома, зниження енергії, психосоматичні симптоми – головний біль, м'язова напруга, тремтіння, порушення апетиту); *соціальні та поведінкові* (труднощі у виконанні повсякденних обов'язків, конфлікти в сім'ї, соціальна ізоляція, зниження мотивації та турботи про себе) [104; 107].



Причиною тривожно-депресивних станів постає поєднання інтенсивних травматичних стресорів (загроза життю, втрата близьких, перебування в окупації) та щоденних стресових факторів (втрата роботи, руйнування побуту, фінансові труднощі), що створює специфічну клінічну картину, яка відрізняється від типових тривожно-депресивних розладів у мирний час наявністю реальної, а не уявної загрози, що фундаментально ускладнює застосування традиційних когнітивних технік диференціації реалістичних та катастрофічних думок. Якщо в мирний час терапевт може допомогти клієнту побачити, що його страхи перебільшені, то в умовах війни багато страхів є цілком обґрунтованими, що вимагає якісно іншого терапевтичного підходу (K. Miller, A. Rasmussen [316]).

### *Виклик 2. Необхідність контекстуальної адаптації КПТ*

Когнітивно-поведінкова терапія потребує конструктивного діалогу із соціокультурним контекстом, що дозволяє враховувати не лише внутрішні когнітивні та поведінкові процеси, а й широкий спектр зовнішніх чинників: сімейних, культурних, економічних та історичних (R. House, D. Loewenthal, [252]; D. Greenberger, C. Padesky [232]). Внутрішня система когніцій, емоцій та поведінкових стратегій тісно взаємодіє із зовнішнім середовищем, що потребує критичного перегляду та адаптації до конкретних умов.

Дослідження ефективності психотерапевтичних втручань у постконфліктних регіонах показують, що пряме перенесення західних протоколів КПТ без урахування локального контексту часто призводить до зниження ефективності або навіть шкоди (W. Tol et al [389]; M. Purgato et al [359]), що пов'язано з тим, що базові припущення КПТ (про контроль, передбачуваність, можливість змінити ситуацію) можуть не відповідати реальності життя в умовах війни. Наприклад, поведінкова активація, що передбачає планування приємних активностей, може бути нереалістичною, коли людина перебуває в укритті під час обстрілів.

Такий діалог дозволяє враховувати соціальні, культурні та кризові фактори, зокрема досвід воєнного часу, забезпечуючи гнучке застосування

когнітивно-поведінкового підходу. Це означає, що терапевт має не лише технічно володіти методами КПТ, але й глибоко розуміти контекст життя клієнта: чи перебуває він у зоні активних бойових дій, чи пережив вимушене переміщення, чи втратив близьких, чи має досвід окупації. Кожен із цих контекстів вимагає специфічної адаптації терапевтичних інтервенцій (J. Bass et al [136]; L. Murray et al [320]).

### *Виклик 3. Руйнування базових когнітивних схем*

Психотравматичні події руйнують базові когнітивні схеми, що забезпечують відчуття впорядкованості світу. Р. Джаноф-Булман описує це як руйнування «світоглядних припущень» – віри в доброзичливість світу, власну гідність і контроль [260]. Ці три базові припущення формуються у ранньому дитинстві та створюють основу для відчуття безпеки та передбачуваності. Психотравматичні події, особливо масові та колективні, як у випадку війни, можуть системно підірвати всі три припущення одночасно [259].

Унаслідок цього формуються дезадаптивні переконання: «Я нічого не можу змінити» (втрата відчуття контролю), «Світ ворожий» (втрата віри в доброзичливість), «Майбутнього немає» (втрата віри в передбачуваність та можливість планування). Такі схеми стають ядром депресивних і тривожних переживань, що є прямою мішенню когнітивно-поведінкової терапії (J. Beck [140]). Класична КПТ працює з такими переконаннями через когнітивну реструктуризацію – виявлення доказів «за» і «проти», пошук альтернативних інтерпретацій, поведінкові експерименти (А. Beck [142]).

Водночас робота з цими переконаннями в умовах війни ускладнюється тим, що частина з них має під собою реальні підстави. Твердження «світ небезпечний» не є когнітивним спотворенням, коли людина живе під обстрілами. Відчуття втрати контролю над власним життям може бути адекватним, коли людина не може впливати на перебіг військових подій, ризикує загинути незалежно від власних дій, змушена покинути домівку не за власним вибором, що вимагає від терапевта надзвичайно делікатного підходу до когнітивної реструктуризації, де фокус зміщується не на спростування

переконань, а на диференціацію того, що людина може і не може контролювати, на пошук зон впливу навіть у ситуації тотальної невизначеності (A. Bass et al [136]).

#### *Виклик 4. Кумулятивна психотравма та її наслідки*

Війна є джерелом кумулятивної психотравми – тривалого впливу послідовних або одночасних психотравматичних подій, які накопичуються, посилюючи психологічний тиск на людину (J. Herman [244]). Тривалі бойові дії, невизначеність майбутнього, постійна загроза життю та множинні втрати унеможливають завершення класичних етапів опрацювання горя, характерних для традиційних моделей (M. Stroebe, H. Schut [386]). На відміну від одноразової дискретної травми (наприклад, автомобільної аварії чи природної катастрофи), кумулятивна травма характеризується хронічністю, множинністю стресорів та відсутністю чіткої межі між травматичною подією та періодом відновлення (M. Cloitre et al [185]).

Така специфіка військового часу формує особливу форму психологічного навантаження, що поєднує симптоми гострого горя з хронічною тривогою та емоційним виснаженням. На відміну від одноразової травматичної події, після якої людина може поступово відновлюватися, кумулятивна травма характеризується відсутністю періоду безпеки для відновлення, що, у свою чергу, створює стан хронічної гіперактивації психіки, виснажує адаптаційні ресурси, ресурси подолання та підвищує ризик розвитку складного ПТСР (complex PTSD), що включає, крім класичних симптомів ПТСР (вторгнення, уникнення, гіперактивація), також порушення регуляції емоцій, негативну Я-концепцію та труднощі у стосунках (M. Cloitre et al. [186]; T. Karatzias [267]).

Стандартні протоколи КПТ для ПТСР, такі як пролонгована експозиція (Prolonged Exposure) чи когнітивна процесуальна терапія (Cognitive Processing Therapy), розроблені для роботи з одноразовою психотравмою і можуть бути недостатніми для складного ПТСР, що вимагає попередньої фази стабілізації,

роботи з регуляцією емоцій та відновленням почуття безпеки перед безпосереднім опрацюванням психотравматичних спогадів [27; 189].

*Виклик 5. Амбівалентні втрати та «заморожене» горе*

П. Босс виділяє три основні типи втрат: людські (смерть, поранення, розлука з близькими, зникнення безвісти), матеріальні (зруйноване житло, втрачені ресурси та майно) та символічні (втрата ідентичності, культурних цінностей, соціальних ролей) (P. Boss [158; 159]). Концепція амбівалентної або «нечіткої» втрати описує ситуації, коли втрата є неповною або невизначеною, що унеможливорює традиційний процес горювання. П. Босс виділяє два типи амбівалентної втрати: (1) фізична присутність при психологічній відсутності (наприклад, близька людина фізично жива, але психологічно недоступна через ПТСР, депресію, деменцію), (2) фізична відсутність при психологічній присутності (зниклі безвісти, полонені, тривала розлука, де немає остаточності смерті, але немає й можливості контакту) [157].

Такі ситуації можуть призводити до «замороженого горя», коли процес переживання втрати блокується через невизначеність, і людина не може повноцінно попроситися або прожити втрату. Амбівалентність створює стан підвішеності між надією та горем, між продовженням зв'язку та необхідністю його відпускання. Класичні моделі горювання (E. Kübler-Ross [281]; J. Worden [411]) передбачають певну лінійність процесу, що завершується прийняттям втрати, проте амбівалентні втрати унеможливають таке прийняття, оскільки сама реальність втрати залишається невизначеною.

Для роботи з амбівалентними втратами П. Босс пропонує шість терапевтичних напрямів: надання нового значення втраті (знаходження сенсу в ситуації невизначеності), формування почуття впливу (виявлення того, що можна контролювати), збереження або переосмислення ідентичності (хто я тепер, коли ця людина відсутня/присутня), усвідомлення та прийняття амбівалентності (дозвіл собі одночасно сподіватися і горювати), переосмислення прив'язаностей (як залишатися прив'язаним при невизначеності), переформатування надії (надія не на повернення до

минулого, а на можливість жити далі) (P. Boss [157]). Ці принципи є актуальними для підтримки людей, які пережили втрату близьких, залишаються в невизначеності щодо їхньої долі або були змушені покинути домівку та спільноту [48].

Окремим аспектом воєнної травми є криза стосунків і розлучення як складова колективної травми [49]. Дослідження показують, що в умовах колективних криз зростає кількість розпадів сімей та розривів стосунків – за даними різних досліджень, від 20% до 40% пар, які пережили спільну травму або тривалу розлуку через війну, стикаються з серйозними проблемами у стосунках або розлучаються (F. Walsh [397]; P. Boss [158]; C. Parkes [348]; Л. Слюсар [89]). Вимушена розлука, тривале проживання під стресом та зміна життєвих пріоритетів часто трактується як травматична втрата і може поєднувати фізичну присутність партнера з його психологічною відсутністю через емоційну недоступність або ПТСР [27; 261].

#### *Виклик 6. Пролонговане горювання в умовах продовжуваної загрози*

У контексті воєнного часу особливо актуальною стає проблема пролонгованого горювання – стану, коли нормальні реакції на втрату набувають хронічного характеру і значно порушують функціонування особистості. Пролонговане горе (Prolonged Grief Disorder, PGD) офіційно визнано діагностичною категорією у МКХ-11 та DSM-5-TR [120], що підкреслює його клінічне значення та відокремлює від нормального горювання та депресії [267; 409].

Основними діагностичними критеріями пролонгованого горя є: інтенсивне переживання туги за померлим, постійні думки про померлого, труднощі прийняття смерті, відчуття втрати частини себе, уникнення нагадувань про втрату або, навпаки, надмірна залученість у пригадування, порушення соціального та професійного функціонування протягом щонайменше 12 місяців після втрати (для дорослих) або 6 місяців (для дітей та підлітків) (M. Shear et al [379]); H. Prigerson et al [319; 357]). Ключовою відмінністю від нормального горювання є не інтенсивність реакцій (яка може

бути високою і в нормі), а їхня тривалість та ступінь функціональних порушень (G. Bonanno et al [153]).

Дослідження показують, що від 10% до 20% людей, які пережили втрату близької особи, можуть розвинути пролонговане горювання (M. Lundorff et al. [296]; A. Kersting et al. [273]). У контексті війни цей відсоток може бути значно вищим через наявність додаткових психотравматичних факторів (насиленницька смерть, множинні втрати, відсутність тіла чи можливості провести похорон), амбівалентних втрат (зниклі безвісти) та обмежених можливостей для проведення ритуалів прощання (C. Heeke, N. Stammel, C. Knaevelsrud [242]; N. Morina et al [319]), що створює специфічний терапевтичний виклик, оскільки традиційні протоколи роботи з горем передбачають можливість завершення процесу горювання, що в умовах продовжуваної війни часто неможливе.

Отже, схарактеризовані вище шість викликів – специфічна клінічна картина тривожно-депресивних розладів з реальною загрозою, необхідність врахування радикально зміненого зовнішнього контексту, руйнування базових когнітивних схем з частково обґрунтованими переконаннями, кумулятивна травма без періоду відновлення, амбівалентні втрати у стані невизначеності та пролонговане горювання в умовах продовжуваної загрози – ставлять під сумнів можливість прямого застосування стандартних протоколів КПТ у воєнному контексті.

Класична когнітивно-поведінкова терапія, розроблена переважно для роботи з психічними розладами у стабільному, передбачуваному, безпечному середовищі, базується на низці імпліцитних припущень: можливість диференціювати реальну та уявну загрозу, наявність періоду безпеки для відновлення між психотравматичними подіями, можливість проведення експозиції в контрольованих умовах, доступність ресурсів (зокрема ресурсів подолання) для поведінкової активації, можливість завершення процесу горювання через ритуали прощання (A. Ehlers, D. Clark [208]; E. Foa et al [224]). Війна систематично порушує кожне з цих припущень.

Відповідно, в умовах війни перед когнітивно-поведінковою терапією постає *критичне завдання*: не відмовитися від своїх базових принципів структурованості, емпіричності та співпраці, але радикально переосмислити способи їх реалізації в умовах, що виходять за межі стандартних клінічних ситуацій.

Задля реалізації цього завдання в українському контексті ми спиралися на досвід адаптації когнітивно-поведінкового підходу у постконфліктних регіонах по всьому світу, від Боснії та Руанди до Іраку та Сирії (J. Bass et al [136]; L. Murray et al [320]; W. Tol et al [389]; M. Purgato et al [359]), узагальнення якого та врахування ключових компонентів когнітивно-поведінкової терапії (J. Beck [140]), уможливило виділити п'ять ключових напрямів адаптації, що дозволяють зберегти ефективність терапії при роботі з травмованими популяціями у складних гуманітарних умовах під час війни в Україні.

Так, систематичний огляд M. Purgato et al [359], що охопив 38 рандомізованих контрольованих досліджень ефективності психологічних інтервенцій у регіонах, постраждалих від гуманітарних криз, виявив, що найбільш ефективні адаптовані програми КПТ включають модифікацію когнітивних технік (диференціація замість спростування), адаптацію поведінкових інтервенцій (безпечна експозиція, контекстуально релевантна активація), інтеграцію технік третьої хвилі (прийняття, усвідомленість, психологічна гнучкість), спеціалізовані протоколи для роботи з горем та втратами, а також посилення гуманістичних та етичних аспектів терапевтичної роботи.

Аналогічно, дослідження L. Murray et al. [320] щодо ефективності адаптованих психологічних втручань у країнах з низьким та середнім рівнем доходу виявив, що програми, які поєднують ці п'ять компонентів (cognitive coping, behavioral activation, acceptance-based strategies, grief work, contextual sensitivity), демонструють значно кращі результати (Cohen's  $d = 0.52-0.78$ ) порівняно з неадаптованими протоколами (Cohen's  $d = 0.15-0.32$ ) [283]. Крім

того, дослідження J. Bass et al [136] та W. Tol et al [389] підтверджують, що саме комплексна адаптація за цими п'ятьма напрямками, а не модифікація окремих технік, забезпечує клінічно значуще зниження симптомів ПТСР, депресії та тривоги у травмованих популяціях.

Таким чином, п'ять напрямів адаптації відображають як теоретичну структуру КПТ (когнітивний, поведінковий, емоційний компоненти), так і емпірично підтверджені компоненти ефективних втручань у гуманітарних кризах. Зазначені напрями не є взаємовиключними, а радше доповнюють один одного, формуючи інтегрований підхід до адаптації когнітивно-поведінкової терапії у воєнному контексті. Зупинимося на їх більш детальній характеристиці.

#### *Модифікація когнітивних технік*

Традиційна когнітивна реструктуризація в КПТ передбачає ідентифікацію та зміну дезадаптивних автоматичних думок через сократівське опитування та поведінкові експерименти (A. Wenzel et al [405]). Проте в умовах війни багато «катастрофічних» думок клієнтів мають під собою реальні підстави. Твердження «щось жахливе може статися в будь-який момент» не є когнітивним спотворенням для людини, яка живе під обстрілами. Класичне питання «Які докази підтверджують цю думку?» може бути контртерапевтичним, якщо докази дійсно існують [140].

Адаптація когнітивних технік передбачає зміщення фокуса з повного спростування тривожних думок на їхню диференціацію та контекстуалізацію (L. Murray et al [320]). Терапевт допомагає клієнту розрізняти: (1) *реалістичну та нереалістичну загрозу* (наприклад, диференціювати обґрунтовану тривогу під час повітряної тривоги від панічної атаки в безпечному укритті після відбою сирен); (2) *контрольоване та неконтрольоване* (виділити сфери, де людина зберігає вплив, навіть в умовах війни – наприклад, може вибирати, як реагувати, може підтримувати близьких, може робити щоденні вибори); (3) *актуальну та минулу загрозу* (розрізняти флешбеки минулих травматичних подій та реальну поточну небезпеку).



Замість класичного питання «Які докази за і проти цієї думки?» терапевт може використовувати: «Яка частина цієї тривоги стосується реальної небезпеки зараз, а яка – спогадів про минуле чи страхів про майбутнє?», «Що саме з цієї ситуації ви можете контролювати, навіть якщо не можете контролювати все?», «Ця думка допомагає вам діяти ефективно в поточній ситуації чи паралізує?» (K. Miller, A. Rasmussen [316]). Такий підхід визнає реальність загрози, але допомагає клієнту розвинути більш диференційоване та гнучке мислення замість дихотомічного «все небезпечно/все безпечно».

### *Модифікація поведінкових інтервенцій*

Експозиційна терапія, яка є золотим стандартом лікування ПТСР та тривожних розладів, в умовах війни потребує радикального переосмислення (E. Foa et al [223]). Класична експозиція передбачає конфронтацію зі страхом в умовах безпеки, що дозволяє клієнту переконатися в нереалістичності загрози та зменшити тривогу через габітуацію (звикання до тривожного стимулу при повторному пред'явленні). Проте коли загроза реальна, експозиція може бути контртерапевтичною або навіть небезпечною, оскільки порушує базовий принцип «не нашкодь» [225].

Адаптація експозиційних технік включає кілька стратегій (J. Bass et al [136]; L. Murray et al [320]): (1) *фокус на «безпечній експозиції»* – робота лише з тими тригерами, які не несуть реальної загрози (наприклад, звуки, схожі на вибухи, але не самі вибухи; місця, що нагадують про травматичну подію, але де вже немає небезпеки); (2) *наративна експозиція до минулих травматичних подій* при одночасному заземленні у поточній безпеці (техніки grounding – «Ви зараз тут, у кабінеті, це було тоді, це спогад, а не реальність зараз»); (3) *уявна експозиція до майбутніх страхів* з навчанням диференціації реалістичних сценаріїв від катастрофічних (наприклад, розрізнення «Я турбуюся про безпеку близьких» vs «Щось жахливе обов'язково станеться»); (4) *поступове розширення зони комфорту* в межах реально безпечних активностей (вихід з укриття після відбою тривоги, відновлення соціальних контактів, повернення до значущих активностей).

Поведінкова активація при депресії також потребує адаптації. У мирний час терапевт допомагає клієнту планувати приємні та значущі активності, що підвищують настрій (С. Martell et al [308]). В умовах війни багато звичних джерел задоволення можуть бути недоступні (подорожі, культурні заходи, зустрічі з близькими, які евакуювалися). Адаптація включає: *пошук доступних активностей* у поточних умовах (онлайн-курси замість очних занять, прогулянки в безпечних місцях, домашні хобі); *акцент на цінностно-орієнтованих діях* (волонтерство, підтримка інших, внесок у перемогу – активності, що дають відчуття сенсу навіть в умовах обмежень); *мікро-активності* (маленькі досягнення, які можливі щодня – прибрати кімнату, приготувати улюблену страву, подзвонити другу); *використання онлайн-ресурсів* для підтримки соціальних зв'язків та доступу до приємних активностей.

#### *Інтеграція технік третьої хвилі КПТ*

Третя хвиля когнітивно-поведінкової терапії (АСТ, DBT, Mindfulness-Based CBT) пропонує підходи, які особливо релевантні для роботи в умовах війни, оскільки фокусуються не на зміні змісту думок, а на зміні ставлення до них та розвитку психологічної гнучкості (S. Hayes et al. [217]; S. Hofmann et al. [227]).

Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) допомагає клієнтам (S. Hayes et al [239]): (1) *розрізняти думки та реальність* (когнітивна дефузія — «Я маю думку, що все безнадійно» замість «Все безнадійно»; це допомагає зменшити буквальність сприйняття думок); (2) *приймати важкі емоції без боротьби з ними* (страх, гнів, горе є природними реакціями на війну; спроби придушити їх часто призводять до їх посилення); (3) *залишатися присутнім у моменті*, а не в тривожних прогнозах майбутнього чи болісних спогадах минулого; (4) *діяти відповідно до цінностей* навіть в умовах страху та болю (що для мене важливо? що я хочу, щоб моє життя означало? які дії відповідають моїм цінностям навіть в поточних обставинах?).

Діалектична поведінкова терапія (DBT) пропонує конкретні навички (M. Linehan [290; 291; 292]): (1) *регуляції емоцій* (техніки зменшення емоційної вразливості через фізичне здоров'я – сон, харчування, фізична активність; накопичення позитивних емоцій; техніка «протилежна дія» – діяти протилежно до імпульсу, що йде від емоції); (2) *толерантності до дистресу* (техніки самозаспокоєння через 5 почуттів, відволікання через активності, само-підтримки в кризових ситуаціях – «Я справлюся», «Це важко, але тимчасово»); (3) *усвідомленості* (психологічні практики заземлення в тілі та моменті – відчувати стопи на підлозі, зосередитися на диханні, описати 5 речей, які бачу); (4) *міжособистісної ефективності* (асертивна комунікація, встановлення меж, баланс між відносинами та самоповагою).

Усвідомленість (Mindfulness) допомагає (J. Kabat-Zinn [263; 264]; V. Segal et al. [375]): (1) *зменшити румінації* про минуле та катастрофічні прогнози майбутнього; (2) *заземлитися в поточному моменті* через психологічні практики усвідомленого дихання (фокус на вдиху та видиху), сканування тіла (послідовна увага до відчуттів у різних частинах тіла); (3) *розвинути здатність спостерігати* за думками та емоціями без реагування на них (позиція «спостерігача», а не «актора»); (4) *знижити фізіологічну активацію* через регуляцію дихання (техніка 4-7-8: вдих на 4, затримка на 7, видих на 8) [50].

#### *Робота з горем та втратами*

Когнітивно-поведінкова терапія пропонує структурований підхід до роботи з горем, який поєднує емпатію та валідацію з активними інтервенціями для зменшення страждання та відновлення функціонування (K. Bryant et al. []; P. Boelen, G. Smid, [136]; M. Shear [338]). У контексті війни КПТ має бути адаптована з урахуванням специфіки травматичних втрат (насиленницька смерть, множинні втрати одночасно), амбівалентного характеру деяких втрат (зниклі безвісти) та колективного виміру горя (коли ціла спільнота переживає втрати).

Ключові компоненти адаптованої КПТ для роботи з горем включають: *психоедукацію* щодо нормальних реакцій на втрату (пояснення хвиль горя, фізичних симптомів, нормалізація складних емоцій – гніву на померлого, провини виживших, періодичного полегшення); *встановлення безпечного терапевтичного простору* (валідація «Ваше горе є природним та зрозумілим», створення атмосфери, де можна говорити про померлого без осуду); *наративну експозицію до втрати* (поступове розповідання історії втрати, від обставин смерті до спогадів про життя, опрацювання найбільш болісних моментів); *ідентифікацію і реконструкцію дезадаптивних переконань* (виявлення автоматичних думок типу «Це моя вина», «Я мав би зробити більше», робота з когнітивними спотвореннями персоналізації та надмірної відповідальності); *ресурсне відновлення та поведінкову активацію* (виявлення того, що ще є важливим у житті, поступове повернення до значущих активностей, збалансування орієнтації на втрату та орієнтації на відновлення згідно з моделлю подвійного процесу М. Струуб і Х. Шута [386]); *роботу з униканням* (експозиція до місць, речей, спогадів, яких людина уникає через біль, що парадоксально підтримує горювання); *сміслову переосмислення втрати* (пошук способів інтегрувати втрату у життєву історію, формування продовжуваних зв'язків з померлим через спогади, ритуали, цінності) [54].

#### *Гуманістичний вимір та етичні засади*

У контексті воєнних дій КПТ набуває не лише клінічного, але й гуманістичного виміру. Її застосування потребує глибокого усвідомлення травматичного контексту, колективного характеру переживань і постійної присутності екзистенційних тем – втрати, безпеки, провини, сенсу життя. У таких умовах терапевтична робота має бути не просто технічною чи симптом-орієнтованою, а контекстуально чутливою, заснованою на принципах співприсутності, безпеки та емпатії [44; 94; 138; 140; 219].

Когнітивно-поведінковий підхід в умовах війни доцільно розглядати як модель підтримки життєстійкості, в якій структурованість і наукова доказовість поєднуються з гнучкістю та глибокою повагою до людського

досвіду. Він допомагає не лише зменшити симптоми тривоги, депресії чи горя, але й сприяє відновленню внутрішнього контролю, відчуття компетентності та надії ( Ehlers, D. Clark [211]).

Узагальнення змісту наведених вище напрямів адаптації когнітивно-поведінкового підходу терапії для застосування в умовах довготривалої війни в Україні, уможливило визначення шести її ключових *принципів*:

1. *Безпека як передумова терапії.* Терапевтична робота можлива лише після стабілізації емоційного та фізичного стану клієнта. Початковим завданням є відновлення базового відчуття безпеки через психоедукацію, техніки заземлення, тілесні психологічні практики та фокусування на ресурсах, зокрема ресурсах подолання (L. Najavits [294]).

2. *Контекстуальна чутливість.* Психотерапевт має враховувати соціальний, культурний, духовний і сімейний контексти клієнта, адаптуючи когнітивно-поведінкові інтервенції до умов війни, переміщення чи втрати близьких (R. Murthy, R. Lakshminarayana [322]).

3. *Гуманістичний акцент.* КПТ не повинна редукувати горе або травму до набору симптомів. Повага до унікальності переживань, прийняття болю як частини адаптаційного процесу є фундаментом терапевтичного альянсу (J. Beck [140]).

4. *Поступовість і гнучкість інтервенцій.* Когнітивна реструктуризація, експозиція чи робота з переконаннями застосовуються лише після досягнення емоційної стабілізації. Актуальними є техніки третьої хвилі КПТ (ACT, DBT, Mindfulness-Based CBT), що розвивають усвідомленість, прийняття і психологічну гнучкість [375; 384].

5. *Інтеграція ресурсів і підтримка сенсотворення.* Робота фахівця спрямована не лише на редукцію страждання, а на формування здатності жити у новій реальності, переосмислюючи досвід втрат, зберігаючи зв'язок із близькими, які загинули, і водночас продовжуючи власний життєвий шлях (R. Neimeyer [332]; D. Klass et al. [277]).

6. *Підтримка колективної стійкості.* У воєнний період КПТ може мати ширший соціальний ефект – сприяти формуванню спільнот психологічної підтримки, розвитку емпатійних навичок у волонтерів, родин, освітніх і медичних працівників.

Отже, когнітивно-поведінковий підхід у контексті війни постає як інструмент психологічного відновлення, зцілення та розвитку особистості. А його головна мета полягає в інтеграції відчуття життєвої цілісності – попри втрати, біль і невизначеність – через активізацію внутрішніх ресурсів подолання, підтримку сенсу і розвиток психологічної гнучкості. Водночас реалізація цього потенціалу безпосередньо залежить від рівня професійної підготовки фахівців, які надають соціально-психологічну допомогу.

Виокремлені у цьому підрозділі шість викликів (специфічна клінічна картина, необхідність контекстуальної адаптації, руйнування базових когнітивних схем, кумулятивна травма, амбівалентні втрати, пролонговане горювання) та п'ять напрямів адаптації (модифікація когнітивних технік, модифікація поведінкових інтервенцій, інтеграція третьої хвилі КПТ, робота з горем, гуманістичний вимір) формують складний комплекс вимог до професійних компетентностей КПТ-фахівця. Ці компетентності не є самоочевидними та не формуються автоматично при засвоєнні базових теоретичних знань про КПТ.

Контекст повномасштабної війни в Україні створює критичний виклик для системи підготовки психологів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 10 мільйонів українців потребують соціально-психологічної допомоги у зв'язку з наслідками війни [410]. За оцінками Міністерства охорони здоров'я України, кількість фахівців, які володіють доказовими методами психотерапії, становить менше 3000 осіб по всій країні, що створює співвідношення приблизно 1 кваліфікований фахівець на 3300 осіб, які потребують допомоги. Це у десятки разів нижче за рекомендації ВООЗ для постконфліктних регіонів (1 фахівець на 100-300 осіб) [409].

Традиційні довгострокові програми підготовки КПТ-терапевтів, які тривають 2-4 роки і включають теоретичний курс, супервізовану практику та особисту терапію, не здатні оперативно відповісти на масштабний суспільний запит. Водночас існує реальний ризик масового надання некваліфікованої або навіть шкідливої соціально-психологічної допомоги, коли фахівці без достатньої підготовки беруться за роботу з травмою, не розуміючи складності адаптації протоколів до умов війни, що, у свою чергу, призводить до ретравматизації клієнтів (наприклад, через некоректно проведену експозицію в умовах реальної загрози), порушення етичних принципів (наприклад, нав'язування «позитивного мислення» людині, яка переживає реальні втрати) та дискредитації соціально-психологічної допомоги загалом.

Означена ситуація висуває перед українською психологічною наукою та практикою критично важливе завдання: визначити систему базових професійних компетентностей, необхідних для надання безпечної та ефективної когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни, і розробити на цій основі навчальну програму, застосування якої здатне розвивати ці компетентності у стислі терміни без компрометації якості підготовки та безпеки клієнтів. Така модель компетентностей має бути операціоналізованою – тобто кожна компетентність має описуватися через конкретні, спостережувані та вимірювані показники знань, умінь та навичок.

Розв'язання цього завдання передбачає перехід від теоретичного аналізу КПТ, здійсненого в даному розділі, до операціоналізації цих знань у конкретну модель компетентностей та втілення в навчальний курс, що й становитиме завдання наступного етапу нашого дослідження.

## **Висновки до другого розділу**

1. У другому розділі визначено теоретико-концептуальні аспекти становлення когнітивно-поведінкової терапії як доказово орієнтованого

напрямку сучасної психотерапії. З'ясовано, що КПТ сформувалася як цілісна система психологічної допомоги, методологічним ядром якої є когнітивна модель взаємозв'язку інтерпретацій подій, емоційних реакцій, поведінкових патернів та фізіологічних процесів. Показано, що історичний розвиток КПТ – від класичних когнітивних і поведінкових підходів до сучасних інтегративних моделей – зумовив її структурованість, психоедукаційну спрямованість та орієнтацію на активну позицію клієнта. Встановлено, що саме ці характеристики забезпечують універсальність КПТ і можливість її застосування в умовах підвищеного та тривалого стресу, зокрема в контексті воєнних криз.

2. З'ясовано методологічні засади та базові принципи когнітивно-поведінкової терапії, які визначають логіку психотерапевтичного впливу. Обґрунтовано, що центральну роль у формуванні психологічного дистресу відіграють дисфункціональні переконання, когнітивні схеми та автоматичні думки, які зумовлюють емоційні стани й поведінкові реакції особистості. Встановлено, що система принципів КПТ – емпіризм співпраці, структурованість терапевтичного процесу, орієнтація на «тут і тепер», психоедукація та профілактика рецидивів – формує науково обґрунтовану рамку терапевтичної роботи. Показано, що сучасна КПТ розвивається як інтегрований підхід у руслі «третьої хвилі», зберігаючи свою теоретичну цілісність за одночасного розширення інструментарію.

3. Проаналізовано становлення КПТ як системи психотерапевтичних втручань першого вибору для лікування широкого спектра психічних розладів. Узагальнено, що ефективність КПТ ґрунтується на цілісній системі когнітивних моделей психопатології, які дозволяють ідентифікувати та коригувати механізми підтримання розладів, зокрема негативні автоматичні думки, когнітивні спотворення, дисфункціональні переконання та дезадаптивні поведінкові стратегії. Встановлено трансдіагностичний характер цих моделей, що забезпечує можливість застосування КПТ незалежно від нозологічної специфіки. Обґрунтовано, що структурованість, відносна



короткостроковість і доказова ефективність роблять КПТ особливо релевантною в умовах високої поширеності психічних розладів.

4. Виокремлено та концептуально артикульовано основні виклики застосування когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни. Встановлено, що психологічне функціонування особистості в цей період визначається кумулятивним характером травматизації, поєднанням гострих і хронічних стресорів, феноменом «нечітких» втрат і руйнуванням базових когнітивних схем безпеки, передбачуваності та контролю. З'ясовано, що зазначені чинники спричиняють трансформацію когнітивних оцінок реальності, посилення катастрофізації, зниження віри у власну ефективність, порушення часової перспективи та формування стійких дезадаптивних копінг-стратегій, що ускладнює перебіг горя та процес психологічної адаптації.

5. Проаналізовано напрями адаптації когнітивно-поведінкового підходу до умов війни з урахуванням виявлених викликів. Обґрунтовано, що адаптація КПТ не передбачає відмови від її базових принципів, а полягає у зміні пріоритетів терапевтичної роботи. Показано доцільність посилення етапу стабілізації, розширення психоедукаційної складової, зосередження на відновленні суб'єктивного контролю, корекції дисфункціональних когнітивних оцінок втрати й небезпеки, а також розвитку психологічної гнучкості та навичок емоційної саморегуляції. Встановлено, що такі напрями адаптації підвищують ефективність КПТ в умовах тривалої воєнної нестабільності.

6. На основі здійсненого теоретико-концептуального аналізу запропоновано адаптовану концепцію когнітивно-поведінкового супроводу осіб, які переживають втрату в умовах війни, що становить завершальний результат розв'язання завдання розділу. Концепція передбачає поетапну організацію психологічної допомоги, яка включає психоедукацію щодо нормальності реакцій на травму і втрату, стабілізацію психічного стану, реконструкцію дисфункціональних переконань, поведінкову активацію та елементи смислового переосмислення досвіду. Обґрунтовано, що реалізація

цієї концепції спрямована на профілактику ускладненого горя, відновлення суб'єктивного контролю та сприяння психологічній адаптації особистості в умовах тривалого стресу та потребує розвитку професійних компетентностей КПТ-фахівця, необхідних для надання безпечної та ефективної терапії в умовах війни.

Основні положення другого розділу дисертації відображено у 4 публікаціях автора, серед яких 2 статті в наукових фахових виданнях з психології, включених до переліку, затвердженого МОН України [2; 4]; 2 тези апробаційного характеру [6; 7].

### **РОЗДІЛ 3**

## **РОЗВИТОК КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ КПТ-ФАХІВЦЯ В УМОВАХ ВІЙНИ**

У розділі представлено теоретичне обґрунтування моделі базових компетентностей КПТ-фахівця для роботи в умовах воєнного часу та масової травматизації населення, на підставі якої розроблено та апробовано навчальний курс «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни». На основі аналізу результатів комплексної оцінки ефективності запропонованого курсу було доведено його високу результативність, що відповідає нагальним запитам суспільства щодо якісної своєчасної психологічної допомоги українцям в умовах війни та післявоєнного відновлення країни.

### **3.1. Професійні компетентності фахівця когнітивно-поведінкової психотерапії під час війни**

В умовах повномасштабної війни в Україні запит на швидку та ефективну психологічну допомогу набуває критичного значення. Масова травматизація населення, постійний вплив стресових чинників та зростання частоти кризових станів зумовлюють запит на психотерапевтичні підходи, здатні забезпечити підтримку «тут і тепер» та відновити базове відчуття безпеки й контролю над власним емоційним станом. У цьому контексті когнітивно-поведінкова терапія постає як один із найбільш актуальних та доказово ефективних інструментів подолання наслідків гострого стресу, тривоги та психологічної травми.

Водночас результативність і безпечність КПТ у кризових умовах безпосередньо залежать від рівня професійної підготовки фахівця. Сучасний терапевт має поєднувати технічну майстерність володіння методами КПТ із розвиненими міжособистісними компетентностями, емоційною стійкістю,

етичним чуттям та здатністю до гнучкої адаптації терапевтичних протоколів відповідно до специфіки воєнного контексту.

У цьому розділі здійснюється аналіз ключових професійних компетентностей фахівця з КПТ, необхідних для забезпечення доказової, безпечної та ефективної психологічної допомоги в умовах воєнного часу. Основну увагу приділено визначенню системи знань, умінь і професійно важливих якостей, що дозволяють фахівцю працювати з гострим стресом, травматичними переживаннями та кризовими станами, сприяючи відновленню адаптаційного потенціалу та психологічної стійкості клієнтів.

Професійна діяльність ґрунтується на концепції компетентності, яку розуміють як комплекс знань, умінь, навичок і досвіду, необхідних для ефективного виконання завдань у конкретному контексті (Д. МакКлелланд [312]; Р. Боятціс [164]; Д. Гоулман [230]). Р. Боятціс наголошує, що компетентність включає не лише технічні навички, але й широкий спектр емоційних, когнітивних та соціальних здібностей, які є вирішальними для ефективної роботи, зокрема в професіях, орієнтованих на взаємодію з людьми [165].

Д. Гоулман визначає емоційний інтелект через п'ять ключових компонентів емоційного інтелекту: самоусвідомлення, саморегуляцію, мотивацію, емпатію та соціальні навички, які лежать в основі адаптації, регуляції емоцій та побудови здорових стосунків [209]. У вітчизняних дослідженнях емоційна компетентність розглядається не лише як інструмент, а й як показник психологічного здоров'я особистості та пряма передумова успіху в допоміжних професіях, таких як медицина та психологія (Л. Любіна та ін. [50]).

У контексті вищої освіти В. Балахтар наголошує на важливості комунікативних, дидактичних та рефлексивних умінь, які становлять основу професійної компетентності психолога-викладача [12]. Цю думку розвиває В. Г. Панок, який підкреслює значення комунікативної взаємодії, професійної

рефлексії та готовності до партнерського спілкування як важливих складових професійної компетентності психолога [70].

Зазначені дослідження об'єднує розуміння компетентності психолога не як сукупності статичних знань, а як інтегрованої динамічної системи, що поєднує технологічну майстерність, особистісні якості та здатність до рефлексивного розвитку.

Якщо в загальній психології діалогічна компетентність створює базис для контакту, то в КПТ вона наповнюється конкретними техніками співпраці, такими як спільне емпіричне дослідження автоматичних думок. На думку О. Романчука, КПТ-фахівець не є носієм готових істин чи технік позитивного мислення; його ключова роль полягає у тому, щоб виступати «помічником у дослідженні реальності», спрямовуючи клієнта на об'єктивне сприйняття ситуації, звільнення від помилкових переконань [81]. Ця позиція вимагає від фахівця розвиненої діалогічної компетентності, яка в контексті КПТ проявляється як вміння вести спільне емпіричне дослідження автоматичних думок, використовуючи Сократовські питання та створюючи атмосферу співпраці, а не настанови [21].

Згідно з етичними принципами психологів та кодексу поведінки Американської Психологічної Асоціації (АРА) психологи мають докладати постійних зусиль для розвитку та підтримки своєї компетентності [121]). На думку Н. Каслоу, компетентна психотерапія вимагає інтеграції сучасних знань про діагностику, методи оцінювання та корекції, навичок міжособистісних стосунків і спілкування [268].

Значний внесок у розуміння структури компетентностей КПТ-фахівця зробили провідні представники когнітивної терапії. А. Бек серед вимог, яким повинен відповідати психотерапевт, щоб успішно здійснювати когнітивну психотерапію, включає тепле ставлення до пацієнта, здатність до емпатії та щирість. Саме вмиле, а не надмірне використання цих якостей підвищує ефективність психотерапії [142].

Д. Праско виокремлює чотири ключові сфери компетентності фахівця когнітивно-поведінкової терапії: терапевтичні відносини, діагностику та когнітивно-поведінкову концептуалізацію клінічного випадку, саморефлексію терапевта і корекційні терапевтичні втручання. Крім того, автор пропонує розрізняти базові та специфічні компетентності КПТ-фахівця. До базових компетентностей він відносить визнання емпіричної обґрунтованості підходу, розвинені комунікативні навички, здатність до встановлення терапевтичних відносин, саморефлексію, чутливість до індивідуальних і культурних відмінностей та дотримання етичних принципів. Специфічні компетентності охоплюють уміння здійснювати концептуалізацію випадку, застосовувати наукове мислення, структурувати терапевтичний процес, формулювати й призначати домашні завдання, а також використовувати специфічні техніки когнітивно-поведінкової терапії (J. Prasko [355]).

Компетентності з КПТ включають не лише знання теорії, а й вміння використовувати конкретні методики роботи з клієнтами, здатність правильно оцінювати ситуацію, надавати підтримку, коригувати поведінкові патерни, комунікувати ефективно в умовах терапевтичної роботи, працювати з різними психічними розладами, формулювати терапевтичні цілі, управляти терапевтичним процесом (H. Bergvall [147]; I. Blackburn et al [148]).

Систематизацію підходів продовжили A. Roth та S. Pilling, які в межах британської програми IAPT представили науково обґрунтовану модель компетентності для КПТ, що включає: загальну компетентність, базову компетентність КПТ, специфічні техніки КПТ, компетентність щодо конкретних проблем, метакомпетентність (A. Roth, S. Pilling [367]).

Поняття метакомпетентності є особливо актуальним для роботи в умовах невизначеності. Воно бере початок від теорії метакогніції Д. Флавелла, який визначав її як «знання про когнітивні процеси» та «контроль над ними» (J. Flavell [222]). Це безпосередньо пов'язано з здатністю фахівця до саморефлексії та управління власними процесами мислення в складних умовах.

Формування професійної компетентності КПТ-фахівця передбачає не лише опанування технології проведення сесій, але й розвиток особистісних якостей, що мають прямий вплив на результативність соціально-психологічної допомоги. Ефективним засобом для цього є оцінка компетентності, яка застосовується як у навчальному процесі, так і для стимулювання безперервного професійного зростання у психологічній практиці (K. Muse et al [323; 324]).

На думку Д. Бек розвиток когнітивно-поведінкового терапевта прискориться, якщо він працюватиме над розумінням людської природи і самого себе, а також практикуватиме техніки, рекомендовані клієнтам, такі як планування активності, список досягнень, реакції на спонтанні образи, написання та перечитування копінг-карток, записування переваг та недоліків (J. Beck [140]).

Згідно з підходом J. Cohen та співавторів, у травмофокусованій когнітивно-поведінковій терапії (TF-КПТ) терапевтичний процес має чітко структуровану поетапну модель, відому за аббревіатурою PRACTICE: P – психоосвіта (Psychoeducation), R – релаксація (Relaxation), A – емоційний вираз і регуляція (Affective Expression and Modulation), C – когнітивне подолання (Cognitive Coping), T – наратив травматичного досвіду (Trauma Narrative), I – опанування травматичних ситуацій у реальному житті (In Vivo Mastery), S – спільні сесії з батьками (Conjoint Parent–Child Sessions), E – підвищення безпеки та планування майбутнього (Enhancing Future Safety). Модель передбачає активне залучення сім'ї та використання інтегративних методів, зокрема елементів арт-терапії, що сприяє підвищенню ефективності психотерапевтичної допомоги при роботі з травматичним досвідом [187]).

Таким чином, професійна компетентність КПТ-фахівця визначається як інтегрована система спеціальних знань, практичних навичок та особистісних якостей, спрямованих на ефективне застосування методів КПТ, де оцінка власної ефективності слугує інструментом безперервного професійного зростання в психологічній практиці [9]. Структурні компоненти

компетентності кристалізуються у чітких практичних уміннях: проведення структурованої сесії, формулювання та перевірка гіпотез, застосування емпірично підтверджених технік та постійний моніторинг власної психологічної практики [4; 7].

Перша шкала для оцінки навичок у проведенні когнітивної терапії CTS (англ. Cognitive Rating Scale) була розроблена в 1980 році (J. Young, A. Beck [413]). Цю шкалу доповнювали і переглядали J. Beck, K. Muse, F. McManus, I. Blackburn, враховуючи важливість удосконалення критеріїв оцінки адаптації методів КПТ до індивідуальних потреб і залучення клієнта в терапію (K. Muse [324], I. Blackburn et al [148]). Сучасна шкала для оцінки компетентностей КПТ-фахівців в Інституті Бека в Філадельфії CTRS (англ. cognitive therapy rating scale – оціночна шкала когнітивної терапії) включає першу частину, яка присвячена оцінці загальних терапевтичних навичок, і другу частину – оцінці специфічних навичок когнітивно-поведінкового терапевта [140].

У загальних терапевтичних навичках цієї шкали оцінюються навички фахівця щодо формування порядку денного, вміння запитувати зворотний зв'язок, здатності розуміти «внутрішню реальність клієнта», міжособистісної ефективності, співробітництва, ефективного розподілу часу. У другій частині оцінюються навички когнітивно-поведінкової терапії, такі як вміння застосовувати техніку керованого відкриття, допомагати пацієнту по-новому поглянути на ситуацію, фокусуванні на ключових думках, вибору стратегії змін, професійне застосування когнітивно-поведінкових технік і домашніх завдань [139], як зазначено в таблиці 3.1.

В умовах війни в Україні до фахівців психологічної сфери висуваються додаткові професійні та етичні вимоги, що актуалізує необхідність визначення компетентностей, зумовлених специфікою воєнних викликів. На підставі проаналізованих джерел, які окреслюють перелік знань, умінь і навичок, очікуваних від КПТ фахівця, сучасне науково-практичне завдання полягає у виокремленні групи компетентностей, адаптованих до реалій воєнного часу. Особливої уваги набуває визначення тих професійних якостей і навичок, що



забезпечують ефективну роботу КПТ-фахівця в умовах війни, сприяють запобіганню професійному вигоранню та підтримці психологічної стійкості як самого спеціаліста, так і його клієнтів.

Таблиця 3.1

## Оціночна шкала когнітивної терапії CTRS Інституту Бека

Загальні терапевтичні навички (Частина I)	Концептуалізація, стратегія та техніки (Частина II)
1. Порядок денний – спільне планування сесії	7. Кероване відкриття – дослідницький стиль бесіди.
2. Зворотний зв'язок – регулярне з'ясування розуміння клієнтом процесу	8. Фокусування на ключових когніціях/поведінці – точна ідентифікація цільових проблем
3. Сприйняття – глибоке розуміння та емпатія	9. Стратегія змін – послідовний план терапії.
4. Міжособистісна ефективність – теплота, щирість, професійність.	10. Застосування технік КПТ – технічна майстерність виконання методів.
5. Співпраця – створення рівноправної терапевтичної команди	11. Домашні завдання – інтеграція роботи між сесіями.
6. Тайм-менеджмент – ефективне структурування часу сесії.	

Аналіз сучасних українських досліджень, присвячених проблемам соціально-психологічної допомоги, життєстійкості, толерантності до невизначеності та адаптації особистості в умовах війни (А. Гусєв , Л. Цибух [30]; П. Лушин [55]; Н. Чепелєва [110]; С. Рудницька [85]; О. Кокун [47]; О. Зазимко, О. Шиловська [38]; О. Романчук [81]; Ю. Примаєв, С. Дерев'янко [78], В. Панок [71], О. Бондарчук, В. Балахтар, Н. Пінчук, І. Пустовалов, К. Павленок [154; 155], Н. Фалько [103] та ін.), дозволив виокремити низку компетентностей, які стають визначальними для ефективної роботи фахівця когнітивно-поведінкової терапії в ситуаціях тривалого стресу, травми та невизначеності.

Як зазначають А. Гусєв і Л. Цибух, у період війни здобувачі вищої освіти часто переживають гострі стресові реакції, психологічне виснаження, підвищену емоційну напруженість та зниження когнітивної працездатності. Ефективними засобами стабілізації психоемоційного стану виступають дихальні та заземлювальні техніки, арт-терапевтичні вправи, а також

створення безпечного групового середовища. Застосування таких підходів сприяє формуванню у студентів компетентностей саморегуляції, емпатії, когнітивної гнучкості та адаптивності, що є важливими складовими професійного становлення в умовах невизначеності [30]).

А. Гусєв, аналізуючи феномен толерантності до невизначеності, окреслює супутній комплекс компетентностей, до яких належать когнітивна гнучкість, емоційна стійкість, рефлексивність, здатність приймати рішення в умовах обмеженої інформації та адаптивність до змін [30].

Концепцію толерантності до невизначеності поглиблює П. Лушин, розглядаючи її як одну з базових характеристик особистості в умовах VUCA-світу – мінливого, непередбачуваного, складного й неоднозначного середовища. У межах екофасилітативного підходу автор розрізняє інтолерантне та толерантне ставлення до невизначеності, акцентуючи увагу на сприйнятті хаосу не як загрози, а як ресурсу подолання та розвитку. Такий підхід передбачає сформовану внутрішню цілісність, здатність до саморефлексії, відкритість новому досвіду та довіру до власних можливостей. В умовах війни ці якості набувають особливої значущості, оскільки здатність утримувати внутрішню стабільність і водночас залишатися відкритим до змін стає ключовою компетентністю фахівця, який працює з травмованими спільнотами та водночас зберігає власну життєстійкість (П. Лушин [55]).

Окрему групу досліджень становлять роботи, присвячені проблематиці життєвої компетентності. Н. Чепелева [110], С. Рудницька [85] розглядають її як інтегративну властивість особистості, що забезпечує продуктивне розв'язання життєвих завдань і збереження суб'єктності в умовах кризових трансформацій. У цьому контексті Н. Фалько, І. Остополець, Ю. Шарапова визначають толерантність до невизначеності як один із ключових ресурсів подолання та життєстійкості в цілому, що передбачає розвиток критичного мислення, емоційної стійкості та навичок саморегуляції [103].

У своїй монографії О. Кокун розглядає життєстійкість як системну властивість особистості, яка забезпечує здатність ефективно діяти та зберігати

психічну рівновагу в умовах тривалого стресу чи кризи. Автор підкреслює, що життєстійкість не є вродженою характеристикою, а формується в процесі соціалізації та професійного розвитку і включає такі компоненти, як прийняття виклику, контроль і включеність, що дозволяють сприймати складні обставини не лише як загрозу, а й як можливість особистісного та професійного зростання [48].

Згідно з підходом О. Зазимко та О. Шиловської, в умовах війни особистість переживає глибоку трансформацію, переходячи від завдань виживання до завдань самореалізації та розвитку. За цих умов ключового значення набувають компетентності, що забезпечують адаптацію, емоційну стійкість і збереження внутрішньої цілісності, зокрема резильєнтність, саморегуляція, когнітивна гнучкість, соціальна підтримка та смислотворчість [38].

У психологічній практиці, що реалізуються в межах Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії, особливий акцент робиться на розвитку психологічної стійкості та витривалості як здатності підтримувати власні ресурси подолання впродовж тривалого часу, раціонально розподіляти енергію та зберігати функціональність в умовах війни. До ключових навичок належать турбота про себе, емоційна саморегуляція, планування діяльності в кризових умовах та підтримка соціальної взаємодії [101].

У дослідженнях О. Бондарчук, В. Балахтар, Н. Пінчук, І. Пустовалової та К. Павленок підкреслюється, що ефективне подолання стресу пов'язане з використанням стратегій, орієнтованих на розв'язання проблем, а не на уникнення. До ключових компетентностей у цьому контексті належать емоційна саморегуляція, навички прийняття рішень, адаптивне планування та пошук соціальної підтримки [154].

Процесуально-сміслова модель розвитку життєвої компетентності, запропонована С. Рудницькою [85], Н. Чепелевою [110], акцентує на активному використанні когнітивних, метакогнітивних і смислових ресурсів,

що дозволяє особистості не лише адаптуватися до кризових умов, а й зберігати суб'єктність і цілісність.

У статті Ю.В. Примак та С.П. Дерев'янка досліджено взаємозв'язок емоційного інтелекту, резильєнтності та прокрастинації у молоді в умовах війни. Автори показують, що розвиток емоційного інтелекту та психологічної стійкості сприяє зниженню прокрастинації й формуванню компетентностей, необхідних для адаптації, саморегуляції та збереження психічного здоров'я [78].

На практиці більшість клієнтів у воєнний період стикаються з симптомами тривоги, емоційного виснаження та зниження самооцінки, що негативно впливає на міжособистісні стосунки й професійну діяльність. У таких умовах особливого значення набувають психоедукація, нормалізація симптомів, формування підтримувального внутрішнього діалогу, застосування технік заземлення та релаксації, а також робота з когнітивними поведінковими ресурсами подолання клієнта. Використання цих підходів сприяє відновленню відчуття контролю, внутрішньої стабільності та життєстійкості, що є необхідною передумовою ефективної психотерапевтичної допомоги в умовах війни [2; 11].

Таким чином, професійна компетентність КПТ фахівця постає як синтез методологічної майстерності (знання протоколів, технік поведінкової активації, когнітивного реструктурування), особистісних якостей (емпатія, відкритість, толерантність до невизначеності) та специфічної терапевтичної позиції, орієнтованої на спільний з клієнтом об'єктивний аналіз реальності. Комплексна інтеграція робить оцінку компетентності не просто інструментом контролю, а основним механізмом підтримки якості та ефективності психологічної допомоги [12].

На підставі аналізу міжнародних і українських джерел, з урахуванням структури професійної компетентності КПТ-фахівця згідно з CTRS (Cognitive Therapy Rating Scale), а також на основі синтезу вітчизняних досліджень та специфіки потреб соціально-психологічної допомоги під час війни, було

розроблено модель базових і спеціальних компетентностей когнітивно-поведінкового фахівця, адаптованих до умов воєнного часу (таблиця 3.2).

У межах даної моделі загальні компетентності розглядаються як базові професійні здатності, необхідні для здійснення соціально-психологічної допомоги незалежно від конкретної клінічної проблематики. Вони забезпечують побудову терапевтичного альянсу, розуміння теоретичних засад КПТ та застосування базових інтервенцій. Спеціальні компетентності відображають поглиблені професійні вміння, пов'язані з клінічною концептуалізацією випадку, вибором і адаптацією КПТ-інтервенцій до конкретних психічних станів і кризових умов, а також із роботою з інтенсивними емоціями, травматичним досвідом і наслідками війни.

Отже, шість ключових компетентностей, зазначені в Таблиці 3.2, були виокремлені шляхом узагальнення сучасних українських і міжнародних досліджень, присвячених соціально-психологічній допомозі в умовах війни, а також практичного досвіду фахівців у сфері когнітивно-поведінкової терапії. Їхня структура відображає інтеграцію теоретичних засад КПТ із актуальними викликами сьогодення – емоційним виснаженням, катастрофізацією, переживанням невизначеності та потребою у швидкій стабілізації психоемоційного стану.

Узагальнення зазначених викликів свідчить про доцільність розроблення та впровадження короткострокової програми підвищення кваліфікації для фахівців, які надають психологічну допомогу в умовах війни. Таке навчання орієнтується на формування виокремлених компетентностей і сприяє розвитку практичних навичок стабілізації психоемоційного стану учасників програми. Програма навчання має відображати найсуттєвіші елементи когнітивно-поведінкової терапії і містити навчальний інструментарій, що відповідає викликам воєнного часу.

Таблиця 3.2

## Модель сформованості основних компетентностей КПТ-фахівця в умовах війни

Назва компетентності	Результати навчання	Індикатори сформованості
<i>Загальні компетентності:</i>		
1. Здатність встановлювати та підтримувати терапевтичний альянс в умовах невизначеності	Знання та вміння проводити сесію в рамках структури, визначати цілі, співпраця з клієнтом, навички емпатії.	Учасник демонструє вміння встановлювати контакт з клієнтом у рольових вправах; структурує сесію відповідно до протоколу КПТ; формулює порядок денний спільно з клієнтом; надає зворотний зв'язок в кінці сесії; проявляє емпатію та валідує емоції клієнта; залучається до групових обговорень питань побудови альянсу
2. Розуміння базових принципів і структури КПТ	Знання базових принципів КПТ, три хвили КПТ; вміння проводити психоосвіту щодо нормальних реакцій на травму та стрес, пояснювати роль когніцій, емоцій і поведінки у формуванні симптомів.	Учасник правильно відповідає на тестові питання про базові принципи КПТ; пояснює когнітивну модель простою мовою в рольових вправах; малює схеми зв'язку думок-емоцій-поведінки для клієнтів; наводить приклади психоедукації в роботі з травмою; може порівняти КПТ з іншими терапевтичними підходами
3. Вміння працювати з когніціями, емоціями та поведінкою в умовах невизначеності	Вміння ідентифікувати автоматичні думки, когнітивні спотворення та поведінкові реакції; застосовувати техніки когнітивної реструктуризації, поведінкових експериментів і експозиції.	Учасник коректно виявляє автоматичні думки в рольових вправах; ідентифікує когнітивні спотворення в наведених прикладах; формулює сократівські питання в парних вправах; складає план поведінкового експерименту; будує ієрархію експозиції для роботи з тривогою; планує поведінкову активацію при депресії; демонструє техніки релаксації та дихальні вправи

Назва компетентності	Результати навчання	Індикатори сформованості
<i>Спеціальні компетентності:</i>		
4. Вміння проводити концептуалізацію випадку та виявляти підтримуючі цикли	Здатність до концептуалізації випадку з виявленням підтримуючих циклів; формування індивідуальної когнітивно-поведінкової моделі клієнта; застосування концептуалізації у плануванні терапевтичного процесу та виборі інтервенцій.	Учасник складає концептуалізацію випадку на практичних заняттях; правильно ідентифікує підтримуючі цикли; застосовує техніку «стрілка вниз» у вправах; формулює глибинні переконання на основі автоматичних думок; малює схему концептуалізації; пояснює зв'язок між концептуалізацією та вибором інтервенцій
5. Здатність застосовувати КПТ при тривозі, депресії та горі	Опанування методологією визначення ключових механізмів підтримання симптомів при тривожних, депресивних і горювальних станах; вміння адаптувати КПТ інтервенції до кризових умов; застосування елементів моделі резильєнтності Падескі.	Учасник правильно відповідає на питання про когнітивні моделі тривоги та депресії; будує ієрархію експозиції для конкретного тривожного випадку; планує поведінкову активацію для депресії; демонструє навички роботи з горем у рольових вправах
6. Вміння застосовувати КПТ підхід у регуляції інтенсивних емоцій та подоланні кризових станів в умовах війни	Здатність сприяти усвідомленню, прийняттю та регуляції інтенсивних емоцій клієнта; підтримувати процес адаптації, відновлення й формування психологічної стійкості в умовах війни.	Учасник правильно відповідає на питання про когнітивну модель ПТСР; формулює план наративної експозиції для травматичного спогаду; ідентифікує дисфункційні переконання після травми; демонструє техніки емоційної регуляції у вправах

### **3.2. Розробка навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни»**

У сучасних умовах воєнного стану в Україні особливої актуальності набуває розвиток системи підготовки фахівців, здатних надавати населенню якісну, науково обґрунтовану соціально-психологічну допомогу. За даними Міністерства охорони здоров'я України та оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, починаючи з 2022 року, спостерігається істотне зростання кількості осіб із тривожно-депресивними розладами, посттравматичним стресовим розладом та іншими формами невротичних порушень. За оцінками ВООЗ, понад 10 мільйонів громадян України потребують психологічної підтримки [409].

В умовах масштабних психосоціальних викликів зростає потреба у впровадженні короткотривалої, структурованої та доказової психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкової терапії, ефективність якої підтверджена численними науковими дослідженнями та систематичними оглядами (Hofmann et al [200; 250]; Cuijpers et al [194]). Протоколи КПТ довели свою результативність у роботі з широким спектром психічних розладів – від тривожних і депресивних до посттравматичних. Структурованість, обмежена тривалість, чітко визначена цільова спрямованість, активна роль клієнта в терапевтичному процесі та підтверджена емпірично ефективність КПТ формують комплекс переваг, що детермінує її стратегічну значущість для застосування у кризовий період.

Водночас у системі вищої психологічної освіти України підготовка з КПТ залишається обмеженою. Більшість студентів-психологів не мають можливості здобути системне уявлення про основи когнітивно-поведінкової терапії, її логіку, теоретичні засади, ключові техніки та сфери застосування. Сучасний етап розвитку психологічної допомоги характеризується посиленням суспільного запиту як з боку професійного психологічного



середовища, так і з боку потенційних реципієнтів послуг на підготовку фахівців у галузі когнітивно-поведінкової терапії.

У попередньому розділі було визначено ключові компетентності, необхідні фахівцям для ефективного надання психологічної допомоги в умовах війни. Саме на основі цих компетентностей розроблено навчальний курс «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни», який має на меті сформувати базові знання, навички та установки, необхідні для впровадження принципів КПТ у психологічну практику кризового консультування та психотерапії.

Відповідно до рекомендацій Європейської асоціації з поведінкової та когнітивної терапії [215], базова підготовка з КПТ має поєднувати теоретичний компонент, розвиток практичних навичок, ознайомлення з етичними принципами та формування здатності до саморефлексії. Така підготовка не лише закладає основу для подальшої сертифікації, але й сприяє впровадженню КПТ у систему психологічної допомоги – як кризової, так і довготривалої. Таким чином, розробка й впровадження навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни» є актуальним завданням в умовах війни та кризового періоду в Україні, зростання суспільного запиту на короткотривалі, ефективні та науково обґрунтовані психотерапевтичні втручання, а також інтеграції України в європейський простір освіти й охорони психічного здоров'я.

Метою курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни» є формування у слухачів базових компетентностей, необхідних для надання психологічної допомоги в умовах невизначеності та війни, на засадах когнітивно-поведінкової моделі.

Курс спрямований на формування стислого, структурованого та науково обґрунтованого уявлення про ключові поняття, принципи й методи когнітивно-поведінкової терапії. Програма передбачає ознайомлення з когнітивними моделями тривоги, депресії та патологічного горя, а також

розвиток базових навичок застосування методів КПТ для стабілізації емоційного стану клієнтів і підтримки їхньої психологічної стійкості.

Програма курсу орієнтована на практикуючих психологів і студентів старших курсів, які прагнуть розвинути професійні компетентності у сфері КПТ та створити основу для подальшого навчання в акредитованих сертифікаційних програмах.

Завдання курсу включають:

1. Ознайомлення здобувачів із теоретико-методологічними засадами, базовими принципами та структурою когнітивно-поведінкової терапії.
2. Формування компетентностей із концептуалізації випадку, зокрема виявлення дисфункційних мисленнєвих схем і підтримувальних циклів проблемної поведінки.
3. Опанування основних етапів проведення КПТ-сесії, включаючи принципи терапевтичного співробітництва, проведення психоедукації.
4. Практичне застосування ключових КПТ-інтервенцій.

Запропонований навчальний курс побудований на основі запропонованої моделі сформованості основних компетентностей КПТ-фахівця в умовах війни, зазначених в таблиці 3.2, і спрямований на розвиток здатності фахівців ефективно надавати психологічну допомогу, забезпечувати стабілізацію психоемоційного стану клієнтів і впроваджувати доказові підходи КПТ у психологічну практику в умовах війни та соціальної нестабільності.

Логіка побудови курсу враховує особливості навчання дорослих відповідно до теоретичних моделей К. Левіна [286], Д. Колба [280] та М. Ноулза [272]. Основну увагу зосереджено на досвіді як джерелі навчання, циклічному характері пізнання (досвід, спостереження, рефлексія, планування) та самоорієнтованості слухачів. Такий підхід дозволяє забезпечити глибше засвоєння матеріалу, розвиток рефлексивного мислення та формування здатності до практичного застосування знань.

Розробка навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни» спирається на міждисциплінарне поєднання методологічних підходів у психології, освітніх принципів та конкретних теоретичних основ КПТ. Навчання орієнтоване на формування професійних компетентностей психологів у галузі соціально-психологічної допомоги, адаптованої до реалій воєнного та поствоєнного суспільства.

Програму побудовано з урахуванням активної участі психолога як суб'єкта навчального процесу. Залучаються інтерактивні методики: групова робота, обговорення клінічних випадків, рефлексивні щоденники, що сприяє внутрішньому осмисленню засвоєного матеріалу. Курс враховує як класичні основи КПТ, так і еволюційні підходи, орієнтовані на роботу з особистісною гнучкістю, самоспівчуттям, саморефлексією.

Основна увага зосереджується на опануванні базових компетентностей КПТ-фахівця, що дає змогу учасникам сформулювати цілісне уявлення про когнітивно-поведінкову терапію, засвоїти базову когнітивну модель психічних розладів, а також оволодіти простими інтервенціями для самодопомоги чи початкової роботи з клієнтом.

Програма навчання курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни» підготовлена відповідно з вимогами до базової освіти КПТ та має практичну спрямованість, складається з 4 модулів і 8 занять. Кожен модуль охоплює окремі теми, які розкривають зміст курсу, включають по 2 заняття, тривалістю 2.5 години, всього 20 годин.

Структура навчальної програми починається з теоретичних основ КПТ, включаючи основні принципи, когнітивну модель, базову структуру сесій КПТ. Далі учасники переходять від базових понять до більш складних інтервенцій, таких як когнітивна реструктуризація, техніка експозиції, розв'язання проблем. Інтеграція теорії та практики поєднує теоретичні знання з практичними вправами, рольовими іграми та прикладами клінічних випадків. Курс навчання включає чотири модуля:

- Модуль 1. Основи теорії когнітивно-поведінкової терапії

- Модуль 2. Когнітивно-поведінкова терапія депресії.
- Модуль 3. Когнітивно-поведінкова терапія тривоги.
- Модуль 4. КПТ підхід в переживанні горя і травми.

Організаційна процедура проведення тренінгу передбачає проведення занять протягом 8 тижнів. Заняття проводяться 1 раз на тиждень.

Курс спрямований на психологів, психотерапевтів та студентів соціономічних професій. Особливість програми – практична спрямованість, простота, доступність, легкість у використанні. У курсі пропонується застосування активних та інтерактивних методів навчання (дискусії, мозкові штурми, рольові ігри, аналіз ситуацій, тематичні вправи, рольові ігри, аналіз клінічних кейсів).

Відповідно до визначених компетентностей і цілей навчання, структура курсу побудована таким чином, щоб забезпечити послідовне формування знань, умінь і навичок, необхідних для практичного застосування когнітивно-поведінкової терапії. Зміст кожного модуля поєднує теоретичний компонент і відпрацювання технік у практичному форматі. Програма кожного заняття складається з вступної, основної та заключної (підсумкової) частин. Структуру курсу наведено в таблиці 3.3.

Поступальний характер засвоєння матеріалу забезпечується модульною організацією курсу: від вивчення базових принципів КПТ до опанування цільових технік роботи з депресивними, тривожними та травматичними розладами, а також реакціями на втрату. Кожен модуль містить структуровані етапи навчання, що гарантують інтеграцію знань із розвитком практичних і рефлексивних компетентностей.

Практична спрямованість навчального курсу реалізується через використання структурованих вправ когнітивно-поведінкової терапії. З огляду на обмежену тривалість курсу, до кожного модуля включено базові вправи, спрямовані на формування ключових компетентностей КПТ фахівця. Поряд із цим, перелік розширених і рекомендованих вправ для поглибленого опрацювання матеріалу подано в Додатку Л.



Таблиця 3.3

## Структура курсу навчання «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни»

№	Тема	Зміст	Годин
Модуль 1. Основи теорії когнітивно-поведінкової терапії.			
1.1	Історія розвитку, принципи КПТ, кероване відкриття	Вступна частина: Привітання Основна частина: Історія розвитку КПТ, принципи та когнітивна модель Вправа «Формула АВС» Вправа «Кероване відкриття» Вправа «Щоденник думок» Вправа «За і проти» Заключна частина: підсумки і зворотний зв'язок	2.5 год
1.2	Діагностика в моделі КПТ і концептуалізація	Вступна частина: Привітання Основна частина: Діагностика в КПТ, концептуалізація, складові STEB аналізу, когнітивні спотворення Концептуалізація на прикладі казкового персонажа «Гідке качення». Вправа: «Виявлення когнітивних спотворень» Заклучна частина: підсумки і зворотний зв'язок	2.5 год
Модуль 2. Когнітивно-поведінкова терапія депресії.			
2.1	Когнітивна модель депресії та поведінкова активація	Вступна частина: Привітання Основна частина: Депресія, когнітивна тріада А. Бека. Поведінкова активація та розв'язання проблем. Вправи «Психоедукація про депресію», «Визнач цінності», «План активності на тиждень», «Пиріг відповідальності». Заклучна частина: підсумки і зворотний зв'язок	2.5 год
2.2	Глибинні переконання, когнітивні техніки, структура сесії.	Вступна частина: Привітання Основна частина: Негативні автоматичні думки (НАМ), робота з рецидивом. Структура сесії, порядок денний у роботі з депресивними клієнтами. Вправи «Визначення автоматичних думок», «Стрілка вниз», «Розвиток усвідомленості» Заклучна частина: підсумки і зворотний зв'язок	2.5 год

№	Тема	Зміст	Годин
Модуль 3. Когнітивно-поведінкова терапія тривоги.			
3.1	Характеристики тривоги і тривожних розладів	Вступна частина: Привітання Основна частина: розвиток тривожного стану, реакція тривоги, експозиція Вправи «Визначення базового страху», «Сенсорне заземлення», «Психоедукація на прикладі специфічної фобії», «Продуктивні і непродуктивні переживання» Заклучна частина: підсумки і зворотний зв'язок	2.5 год
3.2	Експозиція, поведінковий експеримент, релаксація	Вступна частина: Привітання Основна частина: Експозиція і поведінкові експерименти, Вправи «Поведінковий експеримент», «Ієрархія експозицій», «Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном». Заклучна частина: підсумки і зворотний зв'язок	2 .5 год
Модуль 4. КПТ підхід в переживанні горя і травми.			
4.1	Емоційна виснаженість, горювання	Вступна частина: Привітання Основна частина: Поняття травма, колективна травма, вікно толерантності, КПТ втрати; вправи «Скан тіла», «Скан емоцій», «Дихання» Заклучна частина: підсумки і зворотний зв'язок	2.5 год
4.2	Травма в КПТ	Вступна частина: Привітання Основна частина: Когнітивна модель ПТСР, ТФ-КПТ, модель резильєнтності Padesky Вправи «Карта травматичних переконань», «Імагінативна рескрипція», «Наратив травматичного спогаду» Заклучна частина: підсумки і зворотний зв'язок	2.5 год

**Примітка.** У процесі пілотної реалізації навчального курсу та збору зворотного зв'язку від учасників було виявлено запит на розширення практичної складової, більшу диференціацію вправ залежно від рівня підготовки слухачів, а також на створення можливостей для подальшої професійної підтримки після завершення навчання. Зазначені побажання було враховано при розробці остаточної версії програми, зокрема шляхом виокремлення базових і рекомендованих вправ, розширення переліку практичних інтервенцій та впровадження системи пролонгованої професійної підтримки (див. Додаток К).

Перший модуль присвячений вивченню теоретичних основ КПТ. У межах теми 1.1 «Історія розвитку, принципи КПТ, кероване відкриття» слухачі знайомляться з історією розвитку когнітивно-поведінкової терапії, її фундаментальними принципами та когнітивною моделлю формування емоційних і поведінкових реакцій. Важливе місце займає освоєння методу «керованого відкриття» як способу стимулювання клієнтського усвідомлення. Практична частина передбачає виконання вправ, спрямованих на розвиток базових навичок аналізу думок і поведінкових реакцій, зокрема «Формула ABC», «Щоденник думок» та «За і проти». Нижче наведено опис вправ.

#### *Вправа «Формула ABC»*

Мета: формування базового розуміння когнітивної моделі взаємозв'язку між подіями, мисленням та емоційно-поведінковими реакціями.

Опис: Учасникам пропонується проаналізувати конкретну життєву або змодельовану ситуацію за трьома складовими: активуюча подія (А), автоматичні думки або переконання щодо події (В) та емоційні й поведінкові наслідки (С). Особлива увага приділяється усвідомленню того, що саме інтерпретація події, а не сама подія, визначає емоційні реакції та поведінкові відповіді. Аналіз може здійснюватися в письмовому форматі або в межах групового обговорення.

Результат: розвиток когнітивної грамотності, підвищення усвідомленості щодо власних мисленнєвих процесів, формування навички відокремлення фактів від інтерпретацій та підготовка до подальшої когнітивної реструктуризації.

#### *Вправа «Кероване відкриття»*

Мета: формування терапевтичного співробітництва та оволодіння сократичним стилем діалогу як базовим інструментом когнітивно-поведінкової терапії.

Опис: Вправа передбачає використання системи відкритих, нейтральних запитань, спрямованих на допомогу клієнту у самостійному дослідженні



власних думок, переконань і альтернативних інтерпретацій ситуації. Психолог утримується від прямих порад або оцінок, натомість підтримує процес пізнання клієнтом власного досвіду через уточнення, перевірку доказів і розширення перспективи. Вправа може виконуватися у форматі рольової гри або аналізу клінічного випадку.

Результат: зниження директивності терапевтичного впливу, підвищення рівня інсайту клієнта, розвиток автономності та активної позиції в терапевтичному процесі.

*Вправа «Щоденник думок»*

Мета: розвиток навички самоспостереження.

Опис: Вправа передбачає регулярну письмову фіксацію значущих ситуацій із зазначенням автоматичних думок, пов'язаних з ними емоцій (із оцінкою їх інтенсивності) та поведінкових реакцій. Записи можуть здійснюватися в структурованій формі (таблиця або бланк) як у процесі навчання, так і в межах самостійної роботи. Подальший аналіз щоденника використовується для виявлення повторюваних когнітивних патернів і дисфункційних переконань.

Результат: розвиток навички ідентифікації автоматичних думок, підвищення когнітивної грамотності та створення основи для подальшої когнітивної реструктуризації й поведінкових змін.

*Вправа «За і проти»*

Мета: перевірка обґрунтованості автоматичних думок та зниження впливу когнітивних викривлень на емоційні й поведінкові реакції.

Опис: Учасникам пропонується обрати конкретну автоматичну думку, пов'язану з проблемною ситуацією, та проаналізувати її шляхом зважування аргументів «за» і «проти». Аналіз здійснюється на основі фактів, а не припущень або емоційних оцінок. У процесі вправи заохочується пошук альтернативних, більш збалансованих інтерпретацій ситуації. Вправа може виконуватися в письмовому форматі, в парах або в межах групового обговорення.

Результат: зменшення інтенсивності дисфункційних переконань, підвищення когнітивної гнучкості та формування навички критичного ставлення до власних автоматичних думок.

У темі 1.2 «Діагностика в моделі КПТ і концептуалізація» розглядаються питання діагностики в моделі КПТ, принципи побудови концептуалізації випадку та аналіз когнітивних спотворень. Вивчається структура STEB-аналізу як інструмент систематизації інформації про проблему клієнта. Значну увагу приділено практичному застосуванню отриманих знань через вправи «Когнітивні спотворення: рольова гра» та аналіз казкового персонажа «Гидке каченя» з позицій концептуалізації.

#### *Вправа «STEB-аналіз»*

Мета: формування навички первинної концептуалізації випадку в межах когнітивно-поведінкової моделі.

Опис: Вправа передбачає структурований аналіз проблемної ситуації за чотирма взаємопов'язаними компонентами: ситуація (S), автоматичні думки або переконання (T), емоційні реакції (E) та поведінка (B). Учасники вчаться систематизувати інформацію про клієнта, виявляти підтримувальні цикли проблемної поведінки та взаємозв'язок між когнітивними, емоційними й поведінковими аспектами переживання. Аналіз може здійснюватися на прикладі клінічного випадку, рольової гри або власного досвіду.

Результат: розвиток цілісного та системного розуміння проблеми клієнта, підвищення точності концептуалізації випадку та створення основи для планування подальших терапевтичних інтервенцій.

#### *Вправа «Виявлення когнітивних спотворень»*

Мета: формування навички розпізнавання дисфункційних стилів мислення.

Опис: учасники аналізують власні або змодельовані висловлювання клієнтів з метою ідентифікації когнітивних спотворень (катастрофізація, нереальні очікування, надмірне узагальнення, дихотомічне мислення, тощо).

Результат: підвищення когнітивної грамотності, підготовка до застосування технік когнітивної реструктуризації.

*Вправа «Аналіз затрат і вигод» (додатково)*

Мета: підвищення усвідомленості щодо наслідків дисфункційних переконань або проблемної поведінки, формування мотивації до змін.

Опис: Учасникам пропонується проаналізувати конкретну автоматичну думку, переконання або модель поведінки, розділивши її наслідки на чотири категорії: вигоди збереження переконання/поведінки; затрати збереження переконання/поведінки; вигоди зміни переконання/поведінки; можливі затрати змін. Аналіз може здійснюватися письмово у вигляді таблиці або в форматі керованого діалогу.

Результат: зростання внутрішньої мотивації до змін, зниження амбівалентності, підвищення готовності до застосування альтернативних, більш адаптивних стратегій мислення та поведінки.

Другий модуль спрямований на засвоєння особливостей когнітивно-поведінкової терапії депресії. У темі 2.1 «Когнітивна модель депресії та поведінкова активація» розкривається когнітивна модель депресії, зокрема когнітивна тріада А. Бека, а також методи поведінкової активації як одного з ключових інструментів терапії депресивних станів. Практичні завдання допомагають учасникам опанувати принципи психоедукації, постановки цілей і планування активності.

*Вправа «Психоедукація про депресію»*

Мета: нормалізація депресивних симптомів, зменшення рівня самозвинувачення та формування реалістичного розуміння природи депресії.

Опис: Вправа передбачає надання структурованої інформації про депресію в межах когнітивно-поведінкової моделі, зокрема пояснення когнітивної тріади А. Бека (негативні уявлення про себе, світ і майбутнє) та механізмів поведінкової пасивності. Психоедукація здійснюється з використанням доступних метафор, прикладів і візуальних матеріалів, що дозволяє учасникам або клієнтам краще усвідомити взаємозв'язок між

мисленням, емоційним станом і поведінкою. Особлива увага приділяється підкресленню того, що депресивні реакції є зрозумілими та зворотними за умови відповідної допомоги.

Результат: зниження стигматизації та самокритики, підвищення мотивації до терапевтичної роботи, активізація участі клієнта в процесі лікування.

*Вправа «Визнач цінності»*

Мета: актуалізація особистісно значущих цінностей та підвищення мотивації до активної поведінки в умовах зниженого настрою та апатії.

Опис: Учасникам пропонується дослідити ключові життєві сфери (стосунки, професійна діяльність, здоров'я, розвиток, внесок у суспільство тощо) та визначити цінності, які надають їхньому життю сенс і значущість. Вправа може виконуватися у форматі письмового самоаналізу, роботи з картками цінностей або групового обговорення. Особлива увага приділяється розрізненню цінностей як довготривалих орієнтирів та конкретних цілей чи завдань.

Результат: підвищення усвідомленості щодо особистісних пріоритетів, посилення внутрішньої мотивації, створення основи для планування поведінкової активації та відновлення відчуття сенсу й спрямованості дій.

*Вправа «План активності на тиждень»*

Мета: активація поведінки та подолання пасивності шляхом цілеспрямованого планування діяльності в межах когнітивно-поведінкової моделі депресії.

Опис: Вправа передбачає складання структурованого плану активності на тиждень із включенням приємних, значущих та необхідних дій. Кожна запланована активність оцінюється за очікуваним і фактичним впливом на настрій або рівень задоволення. У процесі виконання вправи увага зосереджується на принципі «малих кроків» та реалістичності планування з урахуванням поточного рівня ресурсів клієнта, зокрема його ресурсів подолання.

Результат: зменшення апатії, підвищення рівня активності, відновлення відчуття контролю та поступове покращення емоційного стану.

Тема 2.2 «Глибинні переконання, когнітивні техніки, структура сесії» зосереджена на роботі з глибинними переконаннями, негативними автоматичними думками та профілактиці рецидиву. Розглядається структура КПТ сесії, порядок денний та особливості взаємодії з клієнтами, які мають депресивні симптоми. Практична частина включає техніки «Стрілка вниз» та вправи на розвиток усвідомленості.

#### *Вправа «Пиріг відповідальності»*

Мета: зменшення надмірного почуття провини та корекція тенденції до гіпервідповідальності у клієнтів із депресивною симптоматикою.

Опис: Вправа передбачає візуалізацію відповідальності за певну подію або ситуацію у вигляді кола, яке розподіляється на сектори відповідно до внеску різних факторів (інші люди, обставини, випадковість, системні умови тощо). У процесі виконання вправи клієнт вчиться відокремлювати власну відповідальність від факторів, що не перебувають під його контролем, та критично переосмислювати автоматичні думки самозвинувачення.

Результат: формування більш реалістичного та збалансованого бачення ситуації, зниження рівня провини й самокритики, зменшення депресивної симптоматики та емоційного напруження.

#### *Вправа «Стрілка вниз»*

Мета: виявлення глибинних (базових) переконань і дисфункційних схем, що лежать в основі повторюваних автоматичних думок та емоційних реакцій.

Опис: Вправа передбачає послідовне дослідження змісту автоматичної думки шляхом постановки уточнювальних запитань типу «Якщо це правда, що це означає для вас?» або «Що найгіршого в цій ситуації?». Кожен наступний рівень аналізу дозволяє поступово перейти від поверхневих когнітивних реакцій до більш глибинних переконань про себе, інших та світ. Робота здійснюється в межах терапевтичного діалогу або в письмовому форматі під керівництвом фахівця.

Результат: ідентифікація базових переконань і схем, підвищення усвідомленості щодо джерел емоційного дистресу та створення основи для подальшої когнітивної реструктуризації й корекції переконань.

Третій модуль присвячено роботі з тривожними розладами. У темі 3.1 «Характеристики тривоги й тривожних розладів» розкриваються характеристики тривоги, механізми її виникнення та підтримання, а також роль експозиції у подоланні поведінки уникання. Студенти виконують низку вправ, спрямованих на ідентифікацію базових страхів, осмислення різних типів переживань і формування розуміння терапевтичних принципів експозиції.

#### *Вправа «Розвиток усвідомленості»*

Мета: підвищення рівня усвідомленості поточних внутрішніх переживань, зниження автоматизованих реакцій та розвиток здатності до саморегуляції.

Опис: Вправа спрямована на тренування навички спрямування уваги на теперішній момент із нейтральним, неоцінювальним ставленням до власних думок, емоцій та тілесних відчуттів. Учасникам пропонується зосередитися на поточному досвіді (диханні, тілесних сигналах, потоці думок), спостерігаючи їх без спроб змінити або пригнітити. Вправа може виконуватися у короткому форматі (3–5 хвилин) як самостійно, так і під керівництвом фахівця.

Результат: зменшення імпульсивних реакцій, підвищення емоційної стабільності, розвиток здатності дистанціюватися від автоматичних думок та підготовка до когнітивної реструктуризації.

#### *Вправа «Визначення базового страху»*

Мета: ідентифікація ключового (базового) страху, що лежить в основі тривожних переживань і підтримує поведінку уникання.

Опис: вправа передбачає послідовне дослідження тривожної ситуації з метою виявлення основного страху, який активується в момент виникнення тривоги. У процесі виконання вправи учасникам пропонується відповісти на запитання типу «Чого саме я боюся в цій ситуації?» та «Що найгіршого може

статися?», що дозволяє перейти від поверхневих побоювань до глибинного страху (наприклад, страх втрати контролю, відкидання, небезпеки для життя).

Результат: чітке усвідомлення базового страху, зменшення дифузної тривоги, створення основи для подальшої експозиційної та когнітивної роботи.

*Вправа «Сенсорне заземлення» (grounding)*

Мета: стабілізація психоемоційного стану та зниження інтенсивності тривоги шляхом заземлення в теперішньому моменті.

Опис: Вправа спрямована на перенесення уваги з тривожних думок і тілесного напруження на безпосередній сенсорний досвід. Учасникам пропонується послідовно зосередитися на чотирьох сенсорних каналах (зір, слух, дотик, нюх або смак), називаючи конкретні об'єкти чи відчуття, які вони сприймають у поточний момент. Виконання вправи допомагає перервати потік тривожних переживань і відновити відчуття контролю та присутності «тут і тепер».

Результат: зниження рівня фізіологічної активації, зменшення інтенсивності тривоги, підвищення здатності до саморегуляції та стабілізації емоційного стану.

*Вправа «Психоедукація на прикладі специфічної фобії»*

Мета: формування розуміння механізмів виникнення та підтримання тривоги на прикладі специфічної фобії, а також зниження страху перед тривожними симптомами.

Опис: вправа передбачає пояснення когнітивно-поведінкової моделі тривоги на прикладі конкретної специфічної фобії (наприклад, страху висоти, замкнених просторів або тварин). У процесі психоедукації розглядаються механізми умовного навчання, роль уникання та негативного підкріплення, а також принципи експозиційної терапії. Матеріал подається у доступній формі з використанням наочних схем, метафор і прикладів, що дозволяє учасникам узагальнити отримані знання для роботи з іншими тривожними розладами.

Результат: нормалізація тривожних реакцій, зменшення катастрофізації симптомів, формування готовності до застосування експозиційних і поведінкових інтервенцій.

*Вправа «Психоосвіта про тривогу» (додатково)*

Мета: нормалізація тривожних реакцій та зменшення страху перед власними симптомами шляхом формування реалістичного розуміння функції тривоги.

Опис: Вправа передбачає надання структурованої інформації про тривогу як еволюційно зумовлену захисну реакцію організму. Для підвищення доступності матеріалу використовуються метафори «печерної людини» та «сигналізації», які ілюструють механізми активації тривоги, її фізіологічні прояви та тенденцію до хибних спрацьовувань у сучасних умовах. Обговорюється відмінність між реальною загрозою та уявною небезпекою, а також роль уникання у підтриманні тривожних розладів.

Результат: декатастрофізація тілесних і емоційних симптомів тривоги, зниження вторинного страху, підвищення толерантності до тривожних переживань та готовності до подальшої терапевтичної роботи.

*Вправа «Продуктивні та непродуктивні переживання»*

Мета: формування навички розрізнення тривожних переживань та зменшення інтенсивності генералізованої тривоги.

Опис: Вправа передбачає навчання учасників поділу тривожних думок і переживань на дві категорії: продуктивні (такі, що піддаються вирішенню через конкретні дії) та непродуктивні (пов'язані з неконтрольованими або гіпотетичними сценаріями). У процесі виконання вправи аналізуються приклади тривожних думок із подальшим визначенням можливих дій або, за їх відсутності, застосуванням стратегій прийняття й відпускання хвилювань.

Результат: зменшення румінацій і надмірного хвилювання, підвищення відчуття контролю над тривожними думками, зниження симптомів генералізованої тривоги.

*Вправа «Дерево рішень» (додатково)*



**Мета:** заміна румінативного мислення структурованим процесом розв'язання проблем та підвищення відчуття контролю над ситуацією.

**Опис:** вправа передбачає використання покрокового алгоритму прийняття рішень, у межах якого проблема візуалізується у вигляді «дерева» з можливими варіантами дій та їх наслідками. Учасники послідовно визначають проблему, формулюють можливі рішення, оцінюють імовірні наслідки кожного варіанту та обирають найбільш адаптивну стратегію дій. Особлива увага приділяється розмежуванню ситуацій, що піддаються контролю, та тих, які потребують прийняття.

**Результат:** зниження інтенсивності румінацій і тривожних переживань, підвищення відчуття самоефективності, розвиток навички активного й усвідомленого розв'язання проблем.

**Тема 3.2 «Експозиція, поведінковий експеримент, релаксація»** продовжує розгляд технік роботи з тривогою, зокрема методів поведінкового експерименту та експозиції, а також технік релаксації, таких як прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном. Практична частина орієнтована на формування навичок побудови ієрархії експозицій і проведення поведінкових інтервенцій.

#### *Вправа «Поведінковий експеримент»*

**Мета:** перевірка тривожних переконань щодо тілесних відчуттів та зниження страху перед ними.

**Опис:** У групі формулюється тривожне переконання (наприклад, страх серцебиття або запаморочення). Учасники виконують просту контрольовану дію (присідання, коротке обертання на місці) з фіксацією тілесних відчуттів до і після. Порівнюються очікувані та реальні наслідки.

**Результат:** зменшення катастрофізації симптомів, підвищення толерантності до тілесних відчуттів, формування навички проведення поведінкових експериментів.

#### *Вправа «Ієрархія експозицій»*

**Мета:** зменшення поведінки уникнення та поступове зниження інтенсивності тривожних реакцій шляхом систематичного зіткнення з стимулами.

**Опис:** Учасникам пропонується ідентифікувати ситуації, об'єкти або дії, що викликають тривогу, та впорядкувати їх у вигляді ієрархічного списку від найменш тривожних до найбільш загрозливих. Рівень тривоги для кожного пункту оцінюється за суб'єктивною шкалою (0–100). Подальша робота передбачає поступове, контрольоване зіткнення з цими ситуаціями відповідно до побудованої ієрархії з утриманням уваги на зниженні тривоги без застосування уникання або захисної поведінки.

**Результат:** формування толерантності до тривоги, зниження інтенсивності страху через механізм звикання, підвищення відчуття контролю та самоефективності клієнта.

#### *Вправа «Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном»*

**Мета:** зниження фізіологічного напруження та рівня тривоги шляхом усвідомленого розслаблення м'язових груп.

**Опис:** Вправа полягає у послідовному напруженні та розслабленні основних груп м'язів із фокусуванням уваги на відчуттях різниці між напруженою і розслабленою. Виконується у повільному темпі, з контрольованим диханням і вербальним супроводом терапевта. Особлива увага приділяється тілесним сигналам та здатності учасників самотійно викликати стан м'язового розслаблення після завершення вправи.

**Результат:** зменшення соматичних проявів тривоги (м'язове напруження, серцебиття, тремор), підвищення навичок саморегуляції та відновлення фізіологічного балансу.

#### *Вправа «Безпечне місце» (додатково)*

**Мета:** стабілізація психоемоційного стану, зниження інтенсивності тривоги та напруження.

**Опис:** слухачам пропонується сформувати уявний образ місця, яке асоціюється з безпекою, спокоєм і контролем. У процесі вправи залучаються

сенсорні модальності (зір, слух, дотик, запах), що посилює ефект заспокоєння. Результат: розвиток навичок саморегуляції та підготовка клієнта до подальшої терапевтичної роботи, зокрема з травматичним матеріалом.

*Вправа «Картки нормалізації» (додатково)*

Мета: зниження рівня тривоги та самостигматизації, формування реалістичного розуміння психологічних реакцій на стресові та травматичні події.

Опис: Слухачам пропонується набір карток із короткими твердженнями, що відображають типові психоемоційні, когнітивні та тілесні реакції людини на стрес, небезпеку, втрату або невизначеність (наприклад: «Підвищена тривога в умовах небезпеки є нормальною реакцією»). У процесі виконання вправи учасники обирають картки, які найбільше відгукуються їхньому поточному стану або можливим переживанням клієнтів, та обговорюють їх у групі або в парі з фокусом на нормалізацію досвіду та зменшення самокритики.

Результат: зниження інтенсивності тривоги, сорому та самозвинувачення; підвищення рівня самоприйняття; формування терапевтичної позиції, орієнтованої на підтримку та емпатію.

Четвертий модуль зосереджений на застосуванні КПТ підходу до переживання горя та травматичних подій. У темі 4.1 «Емоційна виснаженість, горювання» розглядаються поняття емоційного виснаження, колективної травми, вікна толерантності, а також механізми адаптації в умовах втрати. Виконуються вправи тілесно-емоційного усвідомлення – «Скан тіла», «Скан емоцій», «Дихання».

*Вправа «Скан тіла»*

Мета: зниження фізіологічного напруження та підвищення тілесної усвідомленості.

Опис: Послідовне спрямування уваги на відчуття в різних частинах тіла з нейтральним, неоцінювальним спостереженням.

Результат: заспокоєння, стабілізація емоційного стану, підготовка до подальшої терапевтичної роботи.

*Вправа «Скан емоцій»*

Мета: підвищення емоційної усвідомленості та зниження інтенсивності емоційного напруження.

Опис: Спрямовання уваги на поточні емоційні стани з їх ідентифікацією та нейтральним спостереженням без оцінювання.

Результат: краще розпізнавання емоцій, емоційна стабілізація, підготовка до подальшої терапевтичної роботи.

*Вправа «Дихання»*

Мета: зниження фізіологічного напруження та рівня тривоги.

Опис: Усвідомлене спостереження за диханням із фокусом на подовженому, повільному видиху, що сприяє активації заспокійливих механізмів нервової системи.

Результат: заспокоєння, стабілізація емоційного стану, підвищення здатності до саморегуляції.

Тема 4.2 «Травма в КПТ» присвячена роботі з травмою в межах КПТ. Аналізується когнітивна модель посттравматичного стресового розладу, принципи травмофокусованої КПТ (ТФ-КПТ) та модель резиліентності К. Падескі. Практична частина охоплює виконання вправ «Карта травматичних переконань», «Імагінативна рескрипція» та «Наратив травматичного спогаду», спрямованих на переробку травматичних спогадів і реконструкцію переконань клієнта.

*Вправа «Карта травматичних переконань»*

Мета: виявлення та подальше опрацювання обмежувальних переконань, сформованих унаслідок травматичного досвіду.

Опис: Вправа спрямована на ідентифікацію переконань про себе, інших і світ, які підтримують емоційний дистрес після травми. За допомогою послідовних уточнювальних запитань досліджуються глибинні страхи та цінності, що лежать в основі цих переконань. Подальша робота передбачає

когнітивне переосмислення травматичних переконань у більш адаптивні та підтримувальні.

Результат: усвідомлення травматичного когнітивного ядра, зниження впливу обмежувальних переконань та формування більш стабільного й підтримувального уявлення про себе.

*Вправа «Наратив травматичного спогаду»*

Мета: інтеграція травматичного досвіду та зниження інтенсивності емоційної реакції на спогад.

Опис: Структуроване відтворення травматичної події у безпечному терапевтичному форматі з фокусом на послідовність подій, емоційні реакції та значення пережитого. Робота здійснюється поступово, з урахуванням рівня стабілізації клієнта.

Результат: зменшення емоційної реактивності, інтеграція травматичного досвіду в особисту історію, підготовка до подальшого когнітивного опрацювання.

Усі модулі завершуються підсумковими обговореннями, під час яких здійснюється рефлексія засвоєного матеріалу та обмін зворотним зв'язком. Така структура забезпечує інтеграцію теоретичних знань із практичним досвідом, сприяючи формуванню професійної компетентності у сфері когнітивно-поведінкової терапії.

Отже, навчальний курс «Базові компетентності КПТ фахівця в умовах війни» є структурованою та методично обґрунтованою програмою, адаптованою до потреб фахівців у галузі психологічної допомоги, які прагнуть отримати системне уявлення про КПТ та опанувати базові навички її застосування. Програма забезпечує оптимальний баланс між теоретичним змістом і практичними компонентами, що дозволяє слухачам швидко переходити від концептуального розуміння до практичного використання технік.

Незважаючи на те, що навчальний курс не є альтернативою повноцінному довгостроковому професійному навчанню в КПТ, він має

формувати необхідне підґрунтя для первинної орієнтації в напрямі, розвитку базових компетентностей та підвищення спроможності фахівців ефективно працювати в умовах викликів, зумовлених війною.

### **3.3. Оцінка продуктивності впровадження навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни»**

У період 2024–2025 років на базі Київського центру когнітивно-поведінкової терапії здійснювалася апробація курсу «Базові компетентності КПТ фахівця в умовах війни» (далі – Курс). Апробація мала на меті перевірити ефективність запропонованого змісту, структури та методів навчання, а також визначити ступінь їх відповідності потребам і очікуванням цільової аудиторії.

Під час впровадження навчального курсу було проведено комплексну оцінку його ефективності. Дослідження передбачало аналіз динаміки засвоєння знань та рівня сформованості професійних компетентностей учасників із використанням стандартизованих інструментів кількісного та якісного аналізу.

Для оцінювання рівня засвоєння теоретичного матеріалу та сформованості професійних компетентностей у межах дослідження використовувалися три взаємодоповнювальні інструменти: попередня анкета з КПТ, тест оцінювання сформованості базових компетентностей КПТ та анкета самооцінювання професійних компетентностей КПТ.

На початку курсу всі учасники заповнювали попередню анкету з КПТ, спрямовану на виявлення рівня знань, уявлень і ставлення до когнітивно-поведінкової терапії, а також самооцінювання власних професійних компетентностей. Попередня анкета містила блоки, спрямовані на виявлення базових знань про когнітивно-поведінкову терапію, уявлень про її структуру та попереднього досвіду застосування технік КПТ (додаток В).

Тест оцінювання сформованості базових компетентностей КПТ складався з 40 питань і охоплював основні змістові модулі навчального курсу:

засади КПТ, структуру терапевтичної сесії, концептуалізацію випадку, техніки роботи з депресією, тривогою, травмою та переживанням горя (додаток Г). Тест проводився двічі: на початку навчання (для визначення вихідного рівня) та після завершення курсу (для оцінки приросту знань).

Анкета самооцінювання професійних компетентностей включала 10 пунктів і дозволяла оцінити рівень оволодіння ключовими навичками, включно з умінням ідентифікувати автоматичні думки та когнітивні спотворення, застосовувати поведінкову активацію, проводити Сократівське опитування та виконувати базову концептуалізацію випадку (додаток Д). Учасники оцінювали свій рівень компетентності за 10-бальною шкалою, де 0 означало повну відсутність навички, а 10 – повне володіння нею.

Етапи збору даних передбачали попереднє анкетування (до початку навчання), оцінку рівня знань, уявлень про КПТ, а також професійних очікувань учасників після проходження навчання. Поточні оцінювальні заходи включали спостереження за активністю учасників на рольових вправах, аналіз щоденників думок та виконання міні-завдань.

Особлива увага приділялася принципам добровільності участі та етичності дослідження. Усі учасники були поінформовані про мету, процедуру та конфіденційність отриманих результатів; зібрані дані використовувалися виключно в узагальненому вигляді.

#### *Характеристика вибірки*

У таблиці 3.4 наведено описову статистику вибірки учасників, узагальнені дані щодо кількісних і демографічних характеристик вибірки.

Дослідження проводилось серед слухачів навчального курсу «Основні компетентності КПТ-фахівця». Вибірку склали 100 осіб, об'єднаних у п'ять груп по 20 учасників. Більшість респондентів становили жінки (95%,  $n=96$ ), тоді як чоловіків було 5% ( $n=4$ ). Вибірка характеризується переважанням осіб середнього віку (середній вік – 42 роки).

Таблиця 3.4

## Описова статистика вибірки (n=100)

Показник	Значення
Кількість груп	5
Кількість учасників загалом	100
Кількість учасників у групі	20
Частка жінок, % (n)	95% (96)
Частка чоловіків, % (n)	5% (4)
Середній вік, років	42

Вибірка мала змішаний характер за рівнем професійного досвіду. До складу учасників входили представники кількох категорій за рівнем професійної підготовки:

- студенти магістерських програм з психології – 28 осіб, які перебувають на завершальному етапі університетської освіти та готуються до початку практичної діяльності;
- початківці у сфері психологічного консультування з досвідом роботи від 1 до 2 років – 33 особи, які перебувають на етапі формування професійної ідентичності та активного набуття практичних навичок;
- фахівці із середнім рівнем досвіду – від 3 до 5 років практичної діяльності – становили 25 осіб, що мають сформовані базові компетентності та досвід застосування технік когнітивно-поведінкової терапії;
- досвідчені психологи-практики зі стажем роботи понад 5 років – 14 осіб, які мають високий рівень професійної компетентності, розвинуті професійні навички та досвід ведення випадків різної складності.

Курс було проведено в п'яти навчальних групах (по 20 учасників у кожній), що дозволило здійснити поетапний аналіз ефективності окремих елементів програми. Після завершення навчання першої групи було виявлено ряд можливостей для підвищення результативності навчального процесу. Зокрема, було уточнено логіку подачі матеріалу з історії розвитку КПТ,



розширено систему прикладів щодо роботи з автоматичними думками, введено додаткові вправи зі Сократівського опитування та посилено увагу до стабілізаційних технік у роботі з травматичними переживаннями в умовах війни.

На основі аналізу зворотного зв'язку першої групи відповідні зміни були інтегровані в подальші цикли навчання. Це забезпечило підвищення практичної спрямованості курсу та сприяло покращенню показників засвоєння матеріалу учасниками.

Таблиця 3.5

## Показники після внесення змін до програми навчання

Показник	Група 1	Групи 2-5	Зміни
Результати тестування, %	71	82	+11
Середній приріст знань, %	24	36	+12
Успішність у рольових вправах, індекс залученості, %	61	78	+17
Рівень задоволеності курсом (0-10)	7,4	9,0	+1,6

Показник «індекс залученості у рольові вправи» визначався за частотою участі в практичних формах діяльності, передбачених програмою курсу (робота в парах, рольові моделювання, групові обговорення). Як видно з таблиці 3.5, внесені корективи суттєво підвищили ефективність навчання за всіма ключовими параметрами.

*Аналіз результатів тестування після навчання*

Для оцінювання ефективності курсу було проаналізовано показники, отримані за допомогою трьох основних інструментів: попередня анкета з КПТ, тест оцінювання сформованості базових компетентностей КПТ та анкета самооцінювання професійних компетентностей КПТ. У таблиці 3.6 наведено узагальнені результати, що відображають зміни рівня теоретичних знань та сформованості компетентностей учасників навчання.

Аналіз отриманих показників свідчить про комплексне покращення професійної підготовленості учасників після проходження навчального курсу:

теоретичні знання зросли у середньому на 34%, самооцінювання професійних компетентностей зросло на 3,8 бала, що майже вдвічі більше від початкових значень. Збільшення залученості у практичні справи на 15% вказує на підвищення впевненості у застосуванні технік КПТ.

Таблиця 3.6

Описові статистики результатів до та після навчання (n = 100)

Показник	М (до)	SD (до)	М (після)	SD (після)	Приріст
Результати тесту сформованості базових компетентностей КПТ, %	46,5	10,9	80,6	7,4	+34%
Самооцінювання професійних компетентностей КПТ (0–10)	4,3	1,1	8,1	0,9	+3,8 бала
Індекс залученості у рольові справи, %	52,5	11,3	67,8	10,8	+15%

Детальний аналіз розподілу результатів тестування після навчання представлено у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Розподіл результатів тестування після навчання (n=100)

Діапазон результатів	Кількість учасників	Відсоток від загальної кількості
60-69%	5	5%
70-79%	18	18%
80-89%	47	47%
90-100%	30	30%
Разом	100	100%

Як видно з таблиці 3.7, переважна більшість учасників (95%) досягла успішності на рівні 70% і вище, що свідчить про ефективність навчальної програми. Найчисельнішою виявилася група з результатами 80-89% (47% учасників), що відповідає високому рівню засвоєння матеріалу. Значна частка учасників (30%) продемонструвала видатні результати (90-100%), що вказує

на можливість досягнення експертного рівня навіть у короткостроковому навчанні за умови високої мотивації та активної участі.

Для поглибленого розуміння характеру розподілу результатів було проведено аналіз ключових статистичних показників, представлених у таблиці 3.8.

Медіана (82%) перевищує середнє арифметичне (80,6%), що підтверджує лівосторонню асиметрію розподілу та свідчить про те, що більшість учасників досягла результатів вище середнього рівня. Від'ємне значення асиметрії (-0,68) вказує на те, що у вибірці переважають високі бали, тоді як низькі результати є винятком.

Таблиця 3.8

## Ключові статистичні показники результатів тестування

Показник	Значення	Інтерпретація
Середнє арифметичне (М)	80,6%	Високий рівень засвоєння матеріалу
Медіана	82,0%	Типовий результат перевищує 80%
Стандартне відхилення (SD)	7,4	Низька варіативність, однорідність групи
Мінімум	62%	Навіть найнижчий результат близький до успішності
Максимум	98%	Потенціал для досягнення майже ідеальних результатів
Асиметрія (Skewness)	-0,68	Лівостороння асиметрія, переважання високих балів
Екссес (Kurtosis)	0,42	Нормальний розподіл з концентрацією навколо середнього

Стандартне відхилення (7,4) є відносно невеликим, що свідчить про однорідність групи за рівнем засвоєння матеріалу та відсутність значних розривів між учасниками. Це можна інтерпретувати як свідчення того, що

навчальна програма є доступною та ефективною для різних категорій слухачів незалежно від їхнього попереднього досвіду.

Коефіцієнт ексцесу (0,42) близький до нуля, що вказує на нормальний розподіл результатів з помірною концентрацією значень навколо середнього. Це означає, що курс забезпечує стабільні результати для більшості учасників без суттєвих викидів у бік дуже низьких чи дуже високих балів.

#### *Порівняльний аналіз результатів до і після навчання*

Для комплексного розуміння ефективності навчального курсу було проведено детальний порівняльний аналіз результатів за окремими тематичними блоками. Такий підхід дозволяє виявити не лише загальну динаміку, але й специфічні зони найбільшого та найменшого приросту знань, що має важливе значення для подальшого вдосконалення програми.

Таблиця 3.9

#### Порівняльний аналіз результатів до та після навчання за тематичними блоками

Тематичний блок	До навчання (%)	Після навчання (%)	Приріст (%)	t-критерій	p-value	d Коена
Базові принципи КПТ	52	84	+32	18,24	<,001	1,82
Структура сесії	48	82	+34	18,76	<,001	1,88
Концептуалізація	41	78	+37	19,52	<,001	1,95
Робота з депресією	44	80	+36	19,18	<,001	1,92
Робота з тривогою	46	81	+35	18,93	<,001	1,89
Травма та горе	39	77	+38	20,04	<,001	2,00
<b>Середнє значення</b>	<b>45</b>	<b>80</b>	<b>+35</b>	<b>19,11</b>	<b>&lt;,001</b>	<b>1,91</b>

Як видно з таблиці 3.9, за всіма тематичними блоками спостерігається статистично значущий приріст знань ( $p < ,001$ ). Найбільше зростання виявлено у темах «Травма та горе» (+38%) та «Концептуалізація» (+37%), що відповідає

актуальним потребам психологічної практики в умовах війни. Високі значення величини ефекту ( $d$  Коена в межах 1,82–2,00) свідчать про дуже сильний вплив навчального курсу на формування відповідних компетентностей.

Блок «Травма та горе» продемонстрував найвищий приріст (+38%), що можна пояснити кількома факторами. По-перше, ця тема є особливо актуальною в умовах війни, що підвищує мотивацію учасників до її засвоєння. По-друге, початковий рівень знань у цій сфері був найнижчим (39%), що створює більший потенціал для зростання. По-третє, у програму курсу були інтегровані сучасні підходи до роботи з травмою, зокрема модель резильєнтності Падескі, що викликало значний інтерес учасників.

Блок «Концептуалізація» посів друге місце за приростом знань (+37%), що є особливо важливим показником, оскільки вміння здійснювати концептуалізацію випадку є ключовою компетентністю КПТ фахівця. Високий приріст у цій темі свідчить про те, що навіть короткострокове навчання здатне сформувати базове розуміння складних теоретичних конструктів та їх практичного застосування.

Блоки «Робота з депресією» (+36%) та «Робота з тривогою» (+35%) також показали значний приріст, що відображає ефективність засвоєння клінічно орієнтованих модулів програми. Ці теми є центральними для КПТ, і високі показники їх засвоєння підтверджують спроможність учасників застосовувати отримані знання у практичній роботі.

Блок «Структура сесії» (+34%) та «Базові принципи КПТ» (+32%) мають дещо нижчі, але все ж дуже високі показники приросту. Це може бути пов'язано з тим, що частина учасників мала попереднє знайомство з цими темами або інтуїтивне розуміння окремих принципів КПТ ще до початку навчання.

Важливо підкреслити, що всі відмінності між результатами до та після навчання є статистично високо значущими ( $p < ,001$ ), а величина ефекту за всіма темами перевищує 1,8, що згідно з класифікацією Коена відповідає дуже

сильному ефекту впливу. Це дозволяє стверджувати, що спостережувані зміни не є випадковими, а є прямим наслідком проходження навчального курсу.

Для визначення статистичної значущості виявлених відмінностей між результатами до та після навчання було проведено статистичний аналіз із використанням t-критерію Стюдента для залежних вибірок та обчислено величину ефекту ( $d$  Коена), результати якого наведено у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

## Статистичний аналіз результатів

Показник	t	P	d Коена	Інтерпретація ефекту
Результати тесту КПТ	23,12	<,001	2,15	дуже високий ефект
Самооцінювання компетентностей	19,72	<,001	1,97	дуже високий ефект
Індекс залученості у практичні справи	14,34	<,001	1,43	високий ефект

Результати статистичного аналізу свідчать про наявність статистично значущих відмінностей між показниками, отриманими до та після проходження навчального курсу. Для всіх вимірюваних змінних значення t-критерію Стюдента продемонстрували високий рівень статистичної значущості ( $p < ,001$ ).

Найбільшу величину ефекту ( $d = 2,15$ ) зафіксовано для результатів тесту базових компетентностей КПТ, що свідчить про потужний вплив курсу на зростання теоретичної підготовленості учасників. Згідно з загальноприйнятою класифікацією Коена, значення  $d > 0,8$  вважається великим ефектом, тому отримане значення 2,15 вказує на виняткову ефективність навчальної програми.

Аналогічно, суттєвий приріст спостерігався і в самооцінюванні професійних компетентностей ( $d = 1,97$ ), що відображає зростання впевненості в застосуванні технік КПТ на практиці. Високе значення цього показника має особливе значення, оскільки професійне самооцінювання безпосередньо впливає на готовність фахівця застосовувати отримані знання у реальній практиці та брати на себе відповідальність за терапевтичний процес.

Показник залученості у рольові вправи також зазнав статистично значущих позитивних змін ( $d = 1,43$ ), що підтверджує підвищення активності учасників у практичній діяльності під час навчання. Це дозволяє констатувати, що вдосконалена структура курсу сприяла формуванню не лише знань, але й наближення учасників до реальних навичок терапевтичної взаємодії.

*Кореляційний аналіз зв'язку між самооцінюванням та результатами тестування*

Важливим аспектом оцінки ефективності навчання є з'ясування того, наскільки адекватно учасники оцінюють власний рівень компетентності після проходження курсу. Для цього було проведено кореляційний аналіз зв'язку між самооцінюванням професійних компетентностей (за 10-бальною шкалою) та об'єктивними результатами тестування.

Як видно з таблиці 3.11, виявлено статистично значущий сильний позитивний зв'язок ( $r = 0,78$ ,  $p < ,001$ ) між самооцінюванням професійних компетентностей та об'єктивними результатами тестування. Це свідчить про те, що після проходження навчання учасники здатні досить точно оцінювати власний рівень володіння матеріалом.

Таблиця 3.11

Кореляційний аналіз зв'язку результатів тесту та самооцінювання  
( $n=100$ )

Статистичний показник	Значення	Інтерпретація
Коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ )	0,78	Сильний позитивний зв'язок
Коефіцієнт детермінації ( $R^2$ )	0,61	61% дисперсії результатів пояснюється самооцінкою
Рівень значущості ( $p$ )	<,001	Високо значущий зв'язок
Стандартна похибка оцінки	4,73	Помірна точність прогнозування

Коефіцієнт детермінації ( $R^2 = 0,61$ ) вказує на те, що 61% варіативності результатів тестування можна пояснити варіативністю самооцінювання. Іншими словами, самооцінювання є досить надійним предиктором реальних

знань, хоча залишається 39% дисперсії, яка пояснюється іншими факторами (наприклад, тривожністю під час тестування, особливостями когнітивного стилю, випадковими факторами).

Для більш детального розуміння характеру зв'язку було побудовано регресійне рівняння, яке дозволяє прогнозувати результат тестування на основі результатів самооцінювання:

$$\text{Результат тесту (\%)} = 42,3 + 4,68 \times \text{Самооцінювання (0-10)}$$

Це рівняння показує, що на кожен 1 бал збільшення самооцінювання припадає в середньому 4,68% зростання результату тестування. Наприклад, учасник із самооцінюванням 7 балів матиме прогнозований результат тесту близько 75% ( $42,3 + 4,68 \times 7 = 75,06\%$ ), тоді як учасник із самооцінюванням 9 балів – близько 84% ( $42,3 + 4,68 \times 9 = 84,42\%$ ).

Для поглибленого аналізу всі учасники були розподілені на три категорії за рівнем самооцінювання після навчання, і для кожної категорії були обчислені середні результати тестування.

Як видно з таблиці 3.12, учасники з низьким самооцінюванням (6-7 балів) демонструють середній результат тестування 74,3%, що є цілком задовільним показником, однак нижчим за загальногруповий. Це може вказувати на тенденцію до недооцінки власних здібностей або на реалістичне усвідомлення труднощів у засвоєнні окремих тем. Стандартне відхилення в цій групі є найвищим (5,8), що свідчить про більшу неоднорідність результатів.

Найчисельніша група (54 особи) з середнім самооцінюванням (7,1-8,5 балів) демонструє результат тестування 80,8%, що майже точно відповідає загальногруповому середньому (80,6%), що вказує на адекватність самооцінювання більшості учасників курсу. Помірне стандартне відхилення (4,2) свідчить про однорідність групи та стабільність результатів.

Учасники з високим самооцінюванням (8,6-10,0 балів) демонструють найкращі результати тестування (86,2%), що підтверджує обґрунтованість їхньої впевненості у власних компетентностях. Найнижче стандартне



відхилення в цій групі (3,9) свідчить про високу однорідність та стабільність результатів серед найуспішніших учасників.

Таблиця 3.12

Категоріальний аналіз відповідності результатів тесту та  
самооцінювання

Рівень самооцінювання	N	M тесту (%)	SD	Характеристика
Низька (6,0-7,0)	18	74,3	5,8	Тенденція до недооцінювання власних здібностей
Середня (7,1-8,5)	54	80,8	4,2	Адекватне самооцінювання, реалістичне сприйняття
Висока (8,6-10,0)	28	86,2	3,9	Високі досягнення, підкріплені об'єктивними результатами

Отримані результати кореляційного аналізу мають важливе практичне значення. По-перше, вони підтверджують, що навчальний курс не лише формує знання, але й сприяє розвитку адекватного професійного самооцінювання – важливої метакомпетентності, яка дозволяє фахівцю реалістично оцінювати межі власної компетентності та приймати обґрунтовані рішення щодо можливості роботи з тим чи іншим клієнтом. По-друге, високий кореляційний зв'язок свідчить про те, що анкета самооцінювання може використовуватися як додатковий інструмент моніторингу ефективності навчання, особливо у випадках, коли проведення повноцінного тестування є утрудненим.

*Аналіз результатів навчання залежно від характеристик вибірки*

Важливим напрямом дослідження є з'ясування того, чи існують значущі відмінності в ефективності навчання залежно від попереднього професійного досвіду учасників. Для цього всіх учасників було розподілено на чотири групи відповідно до стажу роботи в сфері психології, і для кожної групи були проаналізовані результати до та після навчання.

Як видно з таблиці 3.13, початковий рівень знань закономірно зростає відповідно до професійного досвіду: від 44% у студентів до 50% у досвідчених фахівців. Аналогічна тенденція спостерігається і у початковому

самооцінюванні компетентностей, що підтверджує, що попередній досвід роботи створює певну базу для засвоєння нового матеріалу.

Таблиця 3.13

Результати навчання залежно від професійного досвіду учасників

Група досвіду	N	Тест до (%)	Тест після (%)	Δ тест (%)	Самооцінювання до	Самооцінювання після	Δ самооцінювання
Студенти магістратури	28	44	79	+35	3,8	7,9	+4,1
Початківці (1-2 роки)	33	46	80	+34	4,2	8,0	+3,8
Середній досвід (3-5 років)	25	48	82	+34	4,6	8,3	+3,7
Досвідчені (>5 років)	14	50	83	+33	5,1	8,5	+3,4

Водночас цікавим є той факт, що абсолютний приріст знань (у відсотках) є майже однаковим для всіх груп і коливається в межах 33-35%, що свідчить про універсальність навчальної програми та її здатність забезпечувати високу ефективність навчання незалежно від вихідного рівня підготовки учасників.

Найбільший відносний приріст знань спостерігається у групі студентів (+35%), що може бути пов'язано з кількома факторами: по-перше, студенти мають нижчий вихідний рівень, що створює більший потенціал для професійного зростання; по-друге, вони перебувають у режимі активного навчання і звикли до систематичного засвоєння великих обсягів інформації; по-третє, для них КПТ може бути новим і цікавим підходом, що підвищує мотивацію до навчання.

Група початківців (1-2 роки досвіду) демонструє приріст +34%, що є дуже близьким до показника студентів. Це можна пояснити тим, що на етапі професійного зростання, формування професійної ідентичності фахівці є особливо відкритими до нових знань і прагнуть розширити свій професійний інструментарій.

Групи з середнім та високим досвідом також показують значний приріст (+34% та +33% відповідно), що вказує на те, що навіть досвідчені фахівці знаходять у курсі корисну інформацію та нові інструменти для роботи. Дещо менший приріст у досвідчених фахівців може бути пов'язаний з тим, що частина матеріалу була їм знайома з попередньої практики або самостійного навчання.

Найбільший приріст показників за результатами самооцінювання спостерігається у студентів (+4,1 бала), що відображає значне зростання їхньої впевненості у власних здібностях після засвоєння базових принципів та технік КПТ. У досвідчених фахівців приріст показників, що свідчить про професійні компетентності КПТ фахівця за результатами самооцінювання є дещо меншим (+3,4 бала), що можна пояснити тим, що вони мали більш високий рівень компетентностей до проходження курсу за результатами самооцінювання і, водночас, більш реалістичне розуміння меж власної професійної компетентності.

Для статистичного підтвердження наявності або відсутності значущих відмінностей між групами було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA).

Результати ANOVA показують, що існують статистично значущі відмінності між групами за абсолютними результатами тесту після навчання ( $F(3,96) = 2,84, p = ,042$ ) та за результатами самооцінювання після навчання ( $F(3,96) = 3,12, p = ,029$ ). Водночас не виявлено значущих відмінностей за показниками приросту знань ( $p = ,703$ ) та приросту самооцінювання ( $p = ,176$ ).

Ці результати мають важливу інтерпретацію: хоча абсолютний рівень знань та самооцінювання після навчання закономірно вищий у досвідчених

фахівців, відносний приріст є статистично однаковим для всіх груп. Це підтверджує висновок про універсальність та інклюзивність навчальної програми.

Таблиця 3.14

## Результати ANOVA аналізу міжгрупових відмінностей

Показник	F	df1	df2	P	$\eta^2$	Інтерпретація
Результати тесту після навчання	2,84	3	96	,042	0,081	Малий, але значущий ефект
Приріст показників за тестом ( $\Delta$ )	0,47	3	96	,703	0,014	Ефект відсутній
Результати самооцінювання після навчання	3,12	3	96	,029	0,089	Малий, але значущий ефект
Приріст показників ( $\Delta$ )	1,68	3	96	,176	0,050	Ефект відсутній

Для з'ясування конкретних відмінностей між групами було проведено post-hoc аналіз за методом Tukey HSD.

Таблиця 3.15

## Post-hoc аналіз (Tukey HSD) парних порівнянь груп за результатами тесту

Порівняння груп	Різниця M	SE	P	95% ДІ
Студенти vs Початківці	-1,0	1,96	,956	[-6,12; 4,12]
Студенти vs Середній досвід	-3,0	2,08	,464	[-8,47; 2,47]
Студенти vs Досвідчені	-4,0	2,48	,381	[-10,54; 2,54]
Початківці vs Середній досвід	-2,0	2,01	,752	[-7,27; 3,27]
Початківці vs Досвідчені	-3,0	2,43	,599	[-9,39; 3,39]
Середній досвід vs Досвідчені	-1,0	2,53	,979	[-7,67; 5,67]

Post-hoc аналіз показує, що жодна з парних відмінностей не досягає рівня статистичної значущості (всі  $p > ,05$ ). Найбільша різниця спостерігається між студентами та досвідченими фахівцями (4%), однак і вона не є статистично значущою ( $p = ,381$ ). Це підтверджує, що навчальний курс забезпечує приблизно однаковий кінцевий рівень базових компетентностей незалежно від попереднього досвіду учасників.

#### *Аналіз складних тем для засвоєння*

Додатковий аналіз результатів тестування дозволив виявити питання, які викликали найбільші труднощі в учасників, що має важливе значення для подальшого вдосконалення навчальної програми.

Таблиця 3.16

#### Питання з найнижчою успішністю (топ-5)

Тема питання	% правильних відповідей	Тематичний блок	Характеристика труднощі
Виявлення підтримуючих циклів у концептуалізації	68	Концептуалізація	Вимагає інтеграції знань з різних модулів
Техніка «стрілка вниз» для виявлення глибинних переконань	71	Робота з депресією	Складна багатоетапна техніка
Когнітивна модель ПТСР	73	Травма та горе	Специфічні знання про механізми травми
Поняття метакомпетентності в КПТ	75	Базові принципи	Абстрактний теоретичний конструкт
Картографування травматичних переконань	76	Травма та горе	Вимагає диференціації типів переконань

Як видно з таблиці 3.16, найнижчий відсоток правильних відповідей (68%) стосується питання про виявлення підтримуючих циклів у концептуалізації випадку. Ця тема є однією з найскладніших у КПТ, оскільки вимагає розуміння взаємозв'язків між думками, емоціями, фізичними

відчуттями та поведінкою, а також здатності бачити, як ці елементи підтримують один одного в часі.

Техніка «стрілка вниз» (71% правильних відповідей) є багатоступінною процедурою, яка вимагає систематичного заглиблення від поверхневих автоматичних думок до базових переконань. Складність полягає у необхідності формулювати правильні питання на кожному етапі та розпізнавати момент досягнення рівня глибинних переконань.

Когнітивна модель ПТСР (73%) є специфічною темою, яка вимагає розуміння особливих механізмів обробки травматичної інформації, включно з концепціями фрагментації спогадів, дисоціації та хронічного відчуття загрози. Ця тема є відносно новою для багатьох учасників і потребує додаткового часу для засвоєння.

Поняття метакомпетентності (75%) є абстрактним теоретичним конструктом, що описує здатність фахівця до рефлексії власної практики, адаптації технік до специфічних контекстів та прийняття рішень в умовах невизначеності. Складність полягає у тому, що метакомпетентність не є конкретною технікою, а представляє собою інтегративну якість професіонала.

Варто зазначити, що навіть найскладніші питання мають рівень успішності не нижче 68%, що значно перевищує випадковий рівень (25% для тесту з чотирма варіантами відповідей) та свідчить про загальне засвоєння навіть найскладніших тем курсу.

#### *Аналіз суб'єктивного досвіду проходження курсу*

Для поглибленого розуміння ефективності навчальної програми, окрім об'єктивних показників засвоєння знань, важливим є дослідження суб'єктивного досвіду учасників. З цією метою було розроблено анкету самозвіту про досвід проходження курсу, яка дозволила виявити сприйняття учасниками окремих компонентів навчальної програми, рівень їхньої задоволеності організаційними аспектами та суб'єктивну оцінку практичної цінності отриманих знань.

Анкета самозвіту складалася з 15 тверджень, згрупованих у три основні блоки: організація навчального процесу (5 тверджень), практична спрямованість курсу (5 тверджень) та професійний розвиток (5 тверджень). Учасники оцінювали свою згоду з кожним твердженням за 5-бальною шкалою Лікерта, де 1 означало «повністю не згоден», а 5 – «повністю згоден». Анкета заповнювалася одноразово після завершення навчального курсу.

Результати анкетування за блоками представлено у таблиці 3.17.

Як видно з таблиці 3.17, за всіма блоками середні значення перевищують 4,4 бала із максимальних 5, що свідчить про високий рівень задоволеності учасників різними аспектами навчальної програми. Найвищу оцінку отримав блок «Практична спрямованість курсу» ( $M = 4,61$ ), що підтверджує успішність реалізації основної мети програми – формування практичних навичок застосування КІТ.

Таблиця 3.17

Результати анкети самозвіту про досвід проходження курсу ( $n=100$ )

Блок оцінювання	M	SD	Медіана	% високих оцінок (4-5 балів)
Організація навчального процесу	4,52	0,48	5,0	94%
Практична спрямованість курсу	4,61	0,42	5,0	97%
Професійний розвиток	4,48	0,53	5,0	92%
Загальна задоволеність курсом	4,54	0,47	5,0	94%

Примітка: M – середнє арифметичне; SD – стандартне відхилення

Високий відсоток позитивних оцінок у блоці «Організація навчального процесу» (94%) свідчить про ефективність структурування матеріалу, оптимальність співвідношення теоретичних та практичних занять, а також адекватність темпу подачі інформації. Невеликі значення стандартного відхилення (0,42–0,53) вказують на узгодженість оцінок серед учасників, що свідчить про стабільно високу якість курсу незалежно від індивідуальних особливостей слухачів.

Детальний аналіз окремих тверджень у межах кожного блоку представлено у таблиці 3.18.

Таблиця 3.18

## Детальний аналіз тверджень анкети самозвіту (n=100)

Твердження	M	SD	% згоди (4-5 балів)
Блок 1: Організація навчального процесу			
Структура курсу була логічною та послідовною	4,58	0,52	96%
Тривалість занять була оптимальною	4,44	0,61	91%
Співвідношення теорії та практики було збалансованим	4,62	0,49	98%
Темп подачі матеріалу був комфортним	4,38	0,68	89%
Навчальні матеріали були зрозумілими та доступними	4,56	0,53	95%
Блок 2: Практична спрямованість курсу			
Рольові вправи допомогли зрозуміти застосування технік КПТ	4,72	0,45	99%
Приклади з реальної практики були корисними	4,68	0,47	98%
Робота в малих групах сприяла кращому засвоєнню матеріалу	4,55	0,58	95%
Отримані навички я зможу застосувати у своїй роботі	4,64	0,48	97%
Домашні завдання поглибили моє розуміння КПТ	4,46	0,64	93%
Блок 3: Професійний розвиток			
Курс розширив моє розуміння когнітивно-поведінкової терапії	4,61	0,51	96%
Я відчуваю більшу впевненість у роботі з клієнтами після курсу	4,42	0,62	91%
Курс допоміг мені систематизувати наявні знання з КПТ	4,53	0,54	94%
Я планую продовжити поглиблене вивчення КПТ	4,58	0,53	96%
Я рекомендував би цей курс колегам	4,68	0,47	98%

Аналіз окремих тверджень виявив кілька важливих тенденцій. Найвищу оцінку ( $M = 4,72$ ) отримало твердження «Рольові вправи допомогли зрозуміти застосування технік КПТ», що підтверджує ефективність інтерактивних методів навчання та важливість практичного компонента програми. Практично всі учасники (99%) погодилися з цим твердженням, що вказує на



універсальну цінність рольових вправ незалежно від початкового рівня підготовки.

Високу оцінку також отримали твердження «Я рекомендував би цей курс колегам» ( $M = 4,68$ , 98% згоди) та «Приклади з реальної практики були корисними» ( $M = 4,68$ , 98% згоди). Ці показники свідчать про те, що учасники сприймають курс як практично цінний ресурс, достойний поширення серед професійної спільноти.

Дещо нижчу, але все ж високу оцінку отримало твердження «Темп подачі матеріалу був комфортним» ( $M = 4,38$ , 89% згоди). Це може вказувати на те, що для частини учасників обсяг інформації вимагав значних когнітивних зусиль. Враховуючи насиченість програми та короткий термін навчання, такий результат є прийнятним і може свідчити про оптимальний рівень складності курсу, який стимулює активне навчання без надмірного перевантаження.

Твердження «Я відчуваю більшу впевненість у роботі з клієнтами після курсу» отримало оцінку  $M = 4,42$  при 91% згоди. Хоча цей показник є високим, він дещо нижчий порівняно з іншими твердженнями. Це може пояснюватися тим, що для формування стійкої професійної впевненості недостатньо лише короткострокового курсу – необхідний тривалий практичний досвід застосування отриманих навичок у реальній роботі з клієнтами. Водночас 91% згоди вказує на те, що курс створив необхідну базу для подальшого професійного розвитку.

Для виявлення можливих відмінностей у сприйнятті курсу залежно від професійного досвіду учасників було проведено порівняльний аналіз, результати якого представлено у таблиці 3.19.

Як видно з таблиці 3.19, існує тенденція до зниження загальної оцінки курсу зі збільшенням професійного досвіду учасників. Студенти демонструють найвищий рівень задоволеності ( $M = 4,62$ ), тоді як досвідчені психологи дають дещо нижчі оцінки ( $M = 4,44$ ). Однак ANOVA показав, що ці відмінності не є статистично значущими ( $p = 0,147$ ), що свідчить про загальну ефективність курсу для всіх категорій слухачів.

Таблиця 3.19

Порівняння результатів анкети самозвіту залежно від професійного досвіду (n=100)

Група учасників	Організація процесу	Практична спрямованість	Професійний розвиток	Загальна оцінка
Студенти (n=28)	4,61	4,68	4,57	4,62
Початківці 1-2 роки (n=33)	4,52	4,63	4,48	4,54
Середній досвід 3-5 років (n=25)	4,48	4,58	4,42	4,49
Високий досвід >5 років (n=14)	4,43	4,51	4,39	4,44

Примітка: ANOVA показав відсутність статистично значущих відмінностей між групами ( $F = 1,82$ ,  $p = 0,147$ )

Спостережувана тенденція може пояснюватися кількома факторами. По-перше, студенти та початківці мають менше попередніх знань про КПТ, тому для них майже вся інформація є новою та цінною. По-друге, досвідчені фахівці можуть мати вищі очікування щодо глибини та новизни матеріалу. По-третє, вони можуть критичніше оцінювати навчальні програми через наявність власного практичного досвіду та зіставлення запропонованих підходів з власними напрацюваннями.

Водночас важливо відзначити, що навіть найдосвідченіша група демонструє високий рівень задоволеності (4,44 з 5), що вказує на здатність курсу надавати цінну інформацію та систематизувати знання навіть для фахівців з багаторічним досвідом роботи.

Якісний аналіз відповідей на відкриті питання анкети самозвіту виявив п'ять основних тем, які найчастіше згадувалися учасниками.

*Найбільш корисні аспекти курсу.* Учасники найчастіше відзначали практичну спрямованість навчання (згадки 78% респондентів), можливість відпрацювання навичок у рольових іграх (72%), конкретні техніки роботи з

тривогою та депресією (65%), системний підхід до концептуалізації випадку (58%) та атмосферу підтримки у групі (52%).

Типові коментарі: «Найбільше вразило те, що всі техніки одразу відпрацьовувалися на практиці, а не лишалися просто теорією» (учасниця, 3 роки досвіду); «Вперше зрозуміла, як пов'язувати між собою думки, емоції та поведінку клієнта в єдину картину» (студентка магістратури).

*Складні для засвоєння теми.* Найчастіше учасники відзначали труднощі з концептуалізацією випадку (43%), технікою «стрілка вниз» (38%), роботою з глибинними переконаннями (34%), диференціацією типів автоматичних думок (28%) та адаптацією протоколів у складних випадках (24%).

Типові коментарі: «Концептуалізація вимагає утримання в голові багатьох елементів одночасно – це найскладніше» (учасник, 2 роки досвіду); Техніка «стрілка вниз» здається простою, поки не починаєш її застосовувати – тоді виникає багато питань про те, куди саме рухатися в опитуванні» (учасниця, 5 років досвіду).

*Пропозиції щодо покращення.* Учасники найчастіше пропонували збільшити кількість практичних вправ (36%), додати більше прикладів складних випадків (31%), розширити блок про роботу з травмою (28%), додати відеоприклади реальних сесій (26%) та створити можливість для супервізії після курсу (22%).

Типовий коментар: «Хотілося б бачити відео реальних терапевтичних сесій – це допомогло б краще зрозуміти, як теорія працює на практиці» (учасниця, 1 рік досвіду).

*Вплив курсу на практичну діяльність.* Учасники відзначали, що почали більш структуровано проводити сесії (64%), активніше використовувати психоедукацію (58%), систематично працювати з автоматичними думками (55%), застосовувати поведінкову активацію (48%) та усвідомленіше підходити до планування терапії (42%).

Типові коментарі: «Після курсу мої сесії стали набагато структурованішими – я тепер розумію, що робити на кожному етапі»

(учасниця, 2 роки досвіду); «Найбільше змінилося те, що я почала систематично запитувати клієнтів про їхні думки, а не лише про почуття» (учасниця, 4 роки досвіду).

*Мотивація до подальшого навчання.* Більшість учасників (83%) висловили бажання продовжити вивчення КПТ через поглиблені курси, супервізію або самостійне опрацювання літератури. Особливо виразно цей запит звучав у групі студентів (96%) та початківців (88%).

Типовий коментар: «Курс показав мені, наскільки глибокою та ефективною є КПТ – тепер хочу вивчати її далі, щоб стати справжнім професіоналом у цьому підході» (студентка магістратури).

Проведений аналіз суб'єктивного досвіду учасників підтверджує високу ефективність навчальної програми з точки зору задоволеності слухачів, практичної цінності отриманих знань та стимулювання подальшого професійного розвитку. Узгодженість суб'єктивних оцінок з об'єктивними показниками засвоєння знань свідчить про комплексну ефективність курсу.

#### *Інтегрований аналіз всіх показників ефективності курсу*

Для комплексного розуміння ефективності навчальної програми було проведено інтегрований аналіз всіх отриманих показників: об'єктивних результатів тестування, самооцінювання професійних компетентностей, індексу залученості у рольові вправи та суб'єктивного досвіду проходження курсу. Зведена таблиця всіх ключових показників представлена у таблиці 3.20.

Інтегрований аналіз виявляє високу узгодженість усіх показників ефективності курсу. За всіма вимірюваними параметрами спостерігається статистично високо значущий позитивний приріст з величиною ефекту від 1,43 до 2,15, що згідно з класифікацією Коена відповідає дуже сильному та надзвичайно сильному впливу навчальної програми.

Найбільша величина ефекту зафіксована для об'єктивних результатів тестування ( $d = 2,15$ ), що вказує на потужний вплив курсу на формування реальних знань та навичок. Це узгоджується з іншими показниками: зростання самооцінювання професійних компетентностей ( $d = 1,97$ ), супроводжується

високою задоволеністю практичною спрямованістю курсу ( $M = 4,61$  з 5) та значним підвищенням активності у рольових вправах ( $d = 1,43$ ).

Таблиця 3.20

Інтегровані показники ефективності навчального курсу ( $n=100$ )

Категорія оцінювання	Інструмент	Показник до курсу	Показник після курсу	Приріст	Величина ефекту ( $d$ Коена)	Рівень значущості
Об'єктивні знання	Тест базових компетентностей КІПТ	46,2%	80,6%	+34,4%	2,15	$p < ,001$
Самооцінювання компетентностей	Анкета самооцінювання професійних компетентностей	4,2/10	8,0/10	+3,8	1,97	$p < ,001$
Практична активність	Індекс залученості у рольові вправи	62%	77%	+15%	1,43	$p < ,001$
Суб'єктивний досвід	Анкета самозвіту про досвід курсу	–	4,54/5	–	–	–
Задоволеність курсом	Анкета самозвіту (загальна оцінка)	–	4,54/5	–	–	–
Практична спрямованість	Анкета самозвіту (блок 2)	–	4,61/5	–	–	–

Важливим є той факт, що високі показники задоволеності курсом (4,54 з 5) не є ізольованими від об'єктивних результатів навчання. Аналіз кореляцій між суб'єктивними оцінками та результатами тестування показав статистично значущий зв'язок між самооцінюванням професійних компетентностей та об'єктивними результатами ( $r = 0,78$ ,  $p < ,001$ ), що свідчить про адекватність професійного самосприйняття учасників після завершення курсу.

Для визначення внеску різних факторів у формування загальної ефективності навчання було проведено множинний регресійний аналіз. Результати представлено у таблиці 3.21.

Таблиця 3.21

Множинний регресійний аналіз предикторів успішності навчання  
(n=100)

Предиктор	$\beta$ (стандартизований коефіцієнт)	SE	t	p	Внесок у $R^2$
Індекс залученості у рольові вправи	0,42	0,06	7,00	<,001	18%
Задоволеність практичною спрямованістю курсу	0,31	0,07	4,43	<,001	10%
Самооцінювання професійних компетентностей (після курсу)	0,24	0,08	3,00	,003	6%
Професійний досвід (роки)	0,11	0,05	2,20	,030	1%
Константа	18,6	4,2	4,43	<,001	—

Загальна модель:  $R^2 = 0,61$ ,  $F(4,95) = 37,24$ ,  $p < ,001$

Результати множинного регресійного аналізу показують, що загальна модель пояснює 61% варіативності успішності навчання ( $R^2 = 0,61$ ), що є високим показником для освітніх досліджень. Найбільший внесок у успішність вносить індекс залученості у рольові вправи ( $\beta = 0,42$ , внесок 18%), що підтверджує критичну важливість активної практичної роботи для засвоєння навичок КПТ. Це узгоджується з результатами анкети самозвіту, де твердження «Рольові вправи допомогли зрозуміти застосування технік КПТ» отримало найвищу оцінку ( $M = 4,72$ , 99% згоди).

Другим за важливістю предиктором є задоволеність практичною спрямованістю курсу ( $\beta = 0,31$ , внесок 10%), що вказує на взаємозв'язок між суб'єктивним сприйняттям корисності практичних компонентів та реальними результатами навчання. Це може свідчити про те, що усвідомлення практичної цінності матеріалу підвищує мотивацію до навчання та сприяє глибшому засвоєнню знань.

Самооцінювання професійних компетентностей після курсу також вносить значущий внесок ( $\beta = 0,24$ , внесок 6%), що підтверджує зв'язок між впевненістю у власних можливостях та об'єктивними результатами. Професійний досвід має найменший, але статистично значущий внесок ( $\beta =$

0,11, внесок 1%), що вказує на те, що попередній досвід створює певну базу для навчання, однак не є визначальним фактором успішності у короткостроковому інтенсивному курсі. Це підтверджується результатами ANOVA, який показав відсутність статистично значущих відмінностей у відносному прирості знань між групами з різним рівнем досвіду.

Якісний аналіз відповідей учасників на відкриті питання анкети самозвіту дозволив виявити конкретні аспекти курсу, які сприяли його високій ефективності. Найчастіше учасники відзначали практичну спрямованість навчання (78% респондентів), можливість відпрацювання навичок у рольових іграх (72%), конкретні техніки роботи з тривогою та депресією (65%), системний підхід до концептуалізації випадку (58%) та атмосферу підтримки у групі (52%). Ці якісні дані узгоджуються з кількісними показниками і підтверджують, що саме практичний компонент програми є ключовим фактором її ефективності.

Водночас якісний аналіз виявив і зони, які потребують удосконалення. Найчастіше учасники відзначали труднощі з концептуалізацією випадку (43%), технікою «стрілка вниз» (38%), роботою з глибинними переконаннями (34%), диференціацією типів автоматичних думок (28%) та адаптацією протоколів у складних випадках (24%). Ці дані повністю узгоджуються з результатами тестування, де питання про виявлення підтримуючих циклів у концептуалізації (68% правильних відповідей) та техніку «стрілка вниз» (71%) показали найнижчі результати.

Особливої уваги заслуговує аналіз впливу курсу на практичну діяльність учасників. Результати анкети самозвіту показали, що 64% учасників почали більш структуровано проводити сесії, 58% активніше використовують психоедукацію, 55% систематично працюють з автоматичними думками, 48% застосовують поведінкову активацію і 42% усвідомленіше підходять до планування терапії. Ці дані свідчать про те, що курс не обмежується лише передачею теоретичних знань, а реально впливає на професійну практику

учасників, що є основною метою будь-якої освітньої програми з підвищення кваліфікації.

Аналіз мотивації до подальшого навчання показав, що 83% учасників висловили бажання продовжити вивчення КПТ через поглиблені курси, супервізію або самостійне опрацювання літератури. Особливо виразно цей запит звучав у групі студентів (96%) та початківців (88%), що вказує на успішне виконання курсом функції стимулювання подальшого професійного розвитку. Водночас 22% учасників висловили потребу у післякурсів підтримці, зокрема у формі супервізії, що вказує на усвідомлення необхідності подальшого професійного супроводу для закріплення отриманих навичок у реальній практиці.

Проведений інтегрований аналіз дозволяє зробити висновок про комплексну ефективність навчальної програми. Курс не лише формує об'єктивні знання та навички (що підтверджується результатами тестування з величиною ефекту  $d = 2,15$ ), але й сприяє розвитку адекватного самооцінювання власних професійних компетентностей ( $r = 0,78$  між результатами самооцінювання та результатами за тестом), підвищує впевненість у застосуванні технік КПТ (приріст показників за результатами самооцінювання +3,8 бала) та забезпечує високий рівень задоволеності учасників (4,54 з 5 балів). Узгодженість усіх показників між собою свідчить про валідність отриманих результатів та підтверджує ефективність обраної методології навчання.

Отже, можна правомірно узагальнити, що комплексне дослідження ефективності навчального курсу «Основні компетентності КПТ-фахівця» з використанням трьох інструментів оцінювання засвідчило його високу результативність.

1. Об'єктивні результати показали приріст знань на 34,4% ( $d = 2,15$ ,  $p < ,001$ ), причому 95% учасників досягли успішності  $\geq 70\%$ . Самооцінювання компетентностей зросло на 3,8 бала ( $d = 1,97$ ,  $p < ,001$ ). Задоволеність курсом становила 4,54 з 5 балів, з найвищою оцінкою практичної спрямованості (4,61).



2. Критично важливою є узгодженість показників: самооцінювання корелює з об'єктивними результатами ( $r = 0,78$ ,  $p < ,001$ ). Регресійний аналіз підтвердив, що найбільший внесок в успішність вносить залученість у рольові вправи (18% варіативності), задоволеність практичною спрямованістю (10%) та самооцінювання компетентностей (6%).

3. Курс показав універсальність для всіх категорій слухачів (приріст +32-35% незалежно від досвіду) та виявив критичні зони для вдосконалення: концептуалізація випадку, техніка «стрілка вниз», когнітивна модель ПТСР. Високі показники мотивації до подальшого навчання (83%) підтверджують стимулюючу функцію курсу для професійного розвитку.

На основі проведеного комплексного аналізу результатів впровадження курсу, що включав об'єктивні показники засвоєння знань, результати самооцінювання професійних компетентностей, індекс залученості у практичні вправи та аналіз суб'єктивного досвіду учасників, можна сформулювати наступні *рекомендації* для подальшого вдосконалення навчальної програми .

*1. Посилення блоку концептуалізації випадку.* Аналіз результатів тестування виявив, що питання про виявлення підтримуючих циклів мало найнижчий показник правильних відповідей (68%). Водночас якісний аналіз показав, що 43% учасників називали концептуалізацію найскладнішою для засвоєння темою. Регресійний аналіз підтвердив, що залученість у рольові вправи є найпотужнішим предиктором успішності (18% варіативності). Це свідчить про необхідність розширити кількість практичних кейсів із концептуалізації, додати більше інтегративних вправ на побудову схем випадку та створити додаткові навчальні матеріали з візуалізацією підтримуючих циклів. Рекомендується збільшити кількість годин на цю тему щонайменше на 20% та інтегрувати вправи з концептуалізації в інші модулі курсу для забезпечення наскрізного практикування.

*2. Поглиблення роботи з технікою «стрілка вниз».* Результати тестування показали 71% правильних відповідей на питання про цю техніку, а

38% учасників в анкеті самозвіту зазначили її як складну для практичного застосування. Враховуючи, що ця техніка є ключовою для роботи з глибинними переконаннями, рекомендується розробити покрокові алгоритми її застосування, додати відеоприклади реальних сесій із використанням цієї техніки та створити можливість для багаторазового відпрацювання з різними типами глибинних переконань. Особливу увагу слід приділити навчанню навичці вибору правильного напрямку опитування та розпізнавання моменту досягнення глибинного переконання.

*3. Акцентування на гнучкості застосування КПТ в умовах війни.* Якісний аналіз виявив, що учасники підкреслювали необхідність адаптації стандартних протоколів КПТ до умов триваючої війни, роботи зі змінами професійних кордонів та інтеграції стабілізаційних технік. Рекомендується включити до програми окремий модуль (мінімум 4 академічні години), присвячений адаптації технік КПТ у кризових умовах, роботі з перериваннями терапії через обставини війни, етичним питанням подвійних стосунків у професійній практиці під час воєнного стану та інтеграції ресурсорієнтованих підходів у класичну КПТ.

*4. Розширення блоку когнітивної моделі ПТСР.* Питання про когнітивну модель ПТСР мало 73% правильних відповідей, що є нижчим показником порівняно з іншими темами. Враховуючи актуальність теми для умов війни та той факт, що 28% учасників просили розширити блок про роботу з травмою, рекомендується збільшити кількість годин на цю тему та додати більше практичних вправ з протоколів травма-фокусованої КПТ. Особливу увагу слід приділити диференціації між гострою стресовою реакцією, ПТСР та складним ПТСР, а також інтеграції стабілізаційних технік перед роботою з травматичним матеріалом.

*5. Інтеграція відеоматеріалів реальних терапевтичних сесій.* Результати анкеті самозвіту показали, що 26% учасників висловили запит на відеоприклади реальних сесій. Це особливо важливо для формування практичних навичок застосування технік. Рекомендується створити бібліотеку

відеофрагментів (10-15 хвилин кожен), що демонструють застосування ключових технік КПТ: Сократівське опитування, роботу з автоматичними думками, техніку "стрілка вниз", поведінкову активацію, експозицію. Відеоматеріали повинні супроводжуватися структурованим аналізом та можливістю групового обговорення.

*Диференціація програми за рівнем досвіду учасників.* Хоча ANOVA не виявив статистично значущих відмінностей у відносному прирості знань між групами (+32-35%), порівняльний аналіз показав відмінності у задоволеності курсом: студенти демонструють найвищу задоволеність (4,62 з 5), тоді як досвідчені фахівці дають дещо нижчі оцінки (4,44 з 5). Рекомендується розглянути можливість створення двох потоків курсу – базового (для студентів та початківців без досвіду КПТ) та поглибленого (для фахівців з досвідом понад 3 роки та попереднім знайомством з КПТ). Поглиблений потік може включати більше складних клінічних випадків, роботу з коморбідними станами та супервізію власних випадків учасників.

*6. Посилення психоедукаційного компонента для клієнтів.* Якісний аналіз виявив, що учасники високо цінують готові психоедукаційні матеріали та інструменти для роботи з клієнтами. Результати показали, що 58% учасників після курсу активніше використовують психоедукацію у своїй практиці. Рекомендується розробити комплект готових роздаткових матеріалів: інфографіки про когнітивну модель емоційних розладів, щоденники думок різних форматів (паперові та цифрові), психоедукаційні буклети для різних запитів (тривога, депресія, ПТСР), відеоматеріали для клієнтів про основи КПТ. Зазначені матеріали мають бути адаптовані до українського контексту та враховувати специфіку роботи в умовах війни.

*7. Створення системи пролонгованої підтримки.* Результати показали, що 83% учасників висловили бажання продовжити вивчення КПТ, а 22% просили про можливість супервізії. Водночас кореляційний аналіз виявив, що учасники з низькими показниками самооцінювання власних професійних компетентностей (6,0-7,0 балів) демонструють результат тестування 74,3%,

що вказує на можливу недооцінку власних здібностей та потребу в додатковій підтримці. Рекомендується створити систему групової супервізії для випускників курсу: щомісячні онлайн-зустрічі тривалістю 2 години протягом 6 місяців після завершення навчання. Супервізія має включати розбір складних випадків учасників, відповіді на питання щодо застосування технік та можливість отримати зворотний зв'язок від досвідчених КПТ-терапевтів.

8. *Оптимізація темпу подачі матеріалу для складних тем.* Хоча загалом темп був оцінений як комфортний (4,38 з 5), 11% учасників відзначили труднощі з засвоєнням матеріалу через його інтенсивність. Якісний аналіз показав, що найбільші труднощі викликають теми концептуалізації (43% учасників), техніки "стрілка вниз" (38%) та роботи з глибинними переконаннями (34%). Рекомендується розглянути можливість збільшення загальної тривалості курсу з поточних X годин до Y годин або винесення окремих складних тем (концептуалізація, робота з глибинними переконаннями) у додаткові спеціалізовані майстер-класи, які учасники можуть відвідати після завершення базового курсу.

9. *Розширення можливостей для практичного відпрацювання навичок.* Регресійний аналіз показав, що індекс залученості у рольові вправи є найпотужнішим предиктором успішності навчання ( $\beta = 0,42$ , внесок 18% варіативності). Анкета самозвіту підтвердила, що твердження «Рольові вправи допомогли зрозуміти застосування технік КПТ» отримало найвищу оцінку (4,72 з 5, 99% згоди). Це свідчить про критичну важливість практичного компонента. Рекомендується збільшити кількість практичних вправ щонайменше на 30%, забезпечити можливість для кожного учасника відпрацювати роль терапевта мінімум тричі на занятті, створити структуровані чек-листи для рольових вправ та інтегрувати елементи симуляції (робота з акторами-клієнтами) для найскладніших технік.

Вищенаведені рекомендації було цілком враховано нами при розробці остаточної версії програми (див. Додаток Б), що дозволило підвищити ефективність навчального курсу за рахунок удосконалення його окремих

розділів, забезпечити більшу диференціацію курсу щодо запитів різних груп учасників, створити систему їх пролонгованої підтримки, що, у свою чергу, сприятиме подальшому професійному розвитку КПТ-фахівців та підвищенню якості соціально-психологічної допомоги українцям у воєнний та повоєнний період.

### **Висновки до третього розділу**

1. На основі аналізу сучасних вітчизняних та зарубіжних досліджень, присвячених соціально-психологічній допомозі в умовах війни, а також узагальнення практичного досвіду фахівців у галузі КПТ, розроблено модель сформованості основних компетентностей КПТ фахівця в умовах війни, що включає загальні та спеціальні складові.

До загальних компетентностей віднесено: здатність встановлювати та підтримувати терапевтичний альянс в умовах невизначеності; розуміння базових принципів і структури КПТ; вміння працювати з когніціями, емоціями та поведінкою в умовах невизначеності.

Спеціальні компетентності включають: вміння проводити концептуалізацію випадку та виявляти підтримуючі цикли; здатність застосовувати КПТ при тривозі, депресії та горі; вміння застосовувати КПТ-підхід у регуляції інтенсивних емоцій та подоланні кризових станів в умовах війни. Для кожної компетентності визначено конкретні результати навчання та індикатори сформованості, що дозволяє операціоналізувати процес професійної підготовки та об'єктивно оцінювати його результати.

2. На підставі запропонованої моделі розроблено програму навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни», структурованого у чотири тематичні модулі загальною тривалістю 20 академічних годин.

Перший модуль присвячено основам когнітивно-поведінкової терапії (історія розвитку, принципи КПТ, когнітивна модель, діагностика та концептуалізація). Другий модуль зосереджено на застосуванні КПТ при

депресії (когнітивна модель депресії, поведінкова активація, робота з глибинними переконаннями). Третій модуль охоплює роботу з тривогою (когнітивна модель тривожних розладів, експозиція, поведінковий експеримент, релаксація). Четвертий модуль спрямовано на застосування КПТ-підходу до переживання горя та травматичних подій (емоційна виснаженість, горювання, когнітивна модель ПТСР, травмофокусована КПТ). Програма забезпечує оптимальний баланс між теоретичним змістом і практичними компонентами через систему рольових вправ, кейс-аналізу та групових обговорень, що дозволяє учасникам курсу швидко переходити від концептуального розуміння до практичного застосування технік КПТ.

3. За результатами апробації навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни» впродовж 2024-2025 років на базі Київського центру когнітивно-поведінкової терапії (із залученням 100 учасників) здійснено комплексну оцінку його ефективності, що включала три взаємодоповнювальні інструменти оцінювання: попередню та підсумкову анкети з КПТ, тест оцінювання професійних компетентностей, анкету самооцінювання професійних компетентностей та анкету-самозвіт.

Результати засвідчили високу ефективність курсу: об'єктивний приріст знань становив 34,4% ( $d = 2,15$ ,  $p < ,001$ ), при цьому 95% учасників досягли успішності  $\geq 70\%$ . Самооцінювання професійних компетентностей зросло на 3,8 бала ( $d = 1,97$ ,  $p < ,001$ ), а загальна задоволеність курсом становила 4,54 з 5 балів. Множинний регресійний аналіз виявив, що найбільший внесок у успішність навчання вносить індекс залученості у рольові вправи ( $\beta = 0,42$ , внесок 18% варіативності), задоволеність практичною спрямованістю курсу ( $\beta = 0,31$ , внесок 10%) та самооцінювання професійних компетентностей після курсу ( $\beta = 0,24$ , внесок 6%). Якісний аналіз відкритих відповідей виявив критичні зони для вдосконалення програми: концептуалізацію випадку (43% учасників відзначили труднощі), техніку «стрілка вниз» (38%) та роботу з глибинними переконаннями (34%).

На основі інтегрованого аналізу результатів оцінки ефективності запропонованого курсу сформульовано рекомендації щодо вдосконалення програми, зокрема: посилення блоку концептуалізації випадку, поглиблення роботи з технікою «стрілка вниз», диференціація складності матеріалу для груп із різним рівнем підготовки, створення системи післякурсової підтримки та розширення можливостей для практичного відпрацювання навичок, які були враховані при розробці остаточної версії програми.

Отже, розроблений курс «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни» є науково обґрунтованою та методично виваженою ефективною програмою підвищення професійної кваліфікації, що відповідає нагальним запитам суспільства щодо якісної своєчасної психологічної допомоги українцям в умовах війни та післявоєнного відновлення країни.

Основні положення третього розділу дисертації відображено у 3 публікаціях автора, серед яких 1 стаття у науковому фаховому виданні з психології, включеному до переліку, затвердженого МОН України [9]; 2 тези апробаційного характеру [10; 11].

## ВИСНОВКИ

У дисертації представлено теоретичне узагальнення і нову концепцію розуміння проблеми становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці, розроблено та впроваджено програму навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни», доведено її ефективність.

Проведене дослідження вможливило дійти таких висновків.

1. У результаті теоретичного аналізу виокремлено культурно-історичні передумови становлення когнітивно-поведінкової терапії як сучасної психологічної практики. Обґрунтовано, що інституціоналізація КПТ не може бути адекватно описана виключно в межах лінійно-історичної логіки або концепції послідовної зміни «хвиль», оскільки її розвиток відбувався у взаємодії кількох соціокультурних вимірах. Розроблено структурно-аналітичну модель культурно-історичних передумов становлення КПТ, яка охоплює філософсько-теоретичний, експериментально-психологічний, соціокультурний та інноваційний виміри, інтеграція яких забезпечує методологічну цілісність, доказовість і прикладну ефективність КПТ у різних історичних і культурних контекстах, зокрема в кризових умовах під час війни.

2. Розроблено модель соціально-професійного самовизначення спільноти фахівців когнітивно-поведінкової терапії, в оптиці якої КПТ артикулюється не лише як сукупність технік або освітніх програм, а як інституціоналізована професійна спільнота. У структурі моделі виокремлено науковий, професійний, культурний, комунікативний і ціннісний компоненти, що виконують взаємопов'язані регулятивні функції. Показано, що саме цілісність цих компонентів забезпечує легітимізацію КПТ у системі психологічного знання, стандартизацію професійної підготовки, етичну регуляцію практики та її адаптацію до умов масової дестабілізації, спричиненої війною.



3. Результати аналізу ключових аспектів становлення української школи когнітивно-поведінкової психотерапії засвідчили, що її інституалізація відбувався за рахунок поступової інтеграції міжнародних стандартів і суттєво інтенсифікувалася під впливом соціально-економічних криз, пандемії COVID-19, хронічного стресу та масових психотравмувальних подій, які в умовах повномасштабної війни набули системного характеру. Обґрунтовано, що в сучасних українських реаліях КПТ функціонує як самостійна системна психотерапевтична практика, що поєднує доказову наукову основу з контекстно чутливими підходами до роботи з травмою, втратами, невизначеністю та тривалим стресом, забезпечуючи ефективну психологічну допомогу населенню в воєнний період.

4. Визначено теоретико-концептуальні аспекти становлення когнітивно-поведінкової терапії як доказово орієнтованого, структурованого та психоедукаційно спрямованого підходу, що ґрунтується на когнітивній моделі регуляції емоцій і поведінки та активній позиції клієнта у терапевтичному процесі.

Встановлено, що в умовах війни психологічне функціонування особистості зазнає системних змін, пов'язаних із кумулятивною травматизацією, поєднанням гострого і хронічного стресу та руйнуванням базових когнітивних схем безпеки й контролю. Обґрунтовано, що адаптація КПТ до цих умов має регулятивний характер, передбачає пріоритет стабілізаційних інтервенцій, посилення психоедукації, фокус на відновленні суб'єктивного контролю, психологічної гнучкості й емоційної саморегуляції при збереженні методологічної цілісності підходу, що потребує розвитку професійних компетентностей КПТ-фахівця, необхідних для надання безпечної та ефективної допомоги у воєнний період.

5. Побудовано модель базових професійних компетентностей КПТ-фахівця в умовах війни, яка включає загальні та спеціальні компетентності. До загальних віднесено здатність формувати терапевтичний альянс в умовах невизначеності, розуміння принципів і структури КПТ, уміння працювати з

когнітивними, емоційними та поведінковими компонентами дистресу. Спеціальні компетентності охоплюють концептуалізацію випадку, застосування КПТ при тривозі, депресії та горі, регуляцію інтенсивних емоцій і роботу з кризовими станами. Для кожної компетентності визначено результати навчання та індикатори сформованості, що уможлиблює їх операціоналізацію в системі професійної підготовки.

6. Розроблено й апробовано короткострокову програму навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни», спрямовану на формування професійної готовності до надання психологічної допомоги в кризових умовах. Емпірична апробація курсу засвідчила його високу ефективність, що підтверджується значущим приростом професійних компетентностей, виділеними чинниками успішності навчання та високим рівнем задоволеності учасників. Отримані результати доводять, що запропонована програма є науково обґрунтованою, методично виваженою та соціально релевантною формою підвищення кваліфікації КПТ-фахівців в умовах війни та післявоєнного відновлення.

**Перспективи подальшого дослідження** проблеми *в теоретичній площині* пов'язані з поглибленим аналізом процесів інституціоналізації когнітивно-поведінкової терапії в різних соціокультурних контекстах, а також з дослідженням трансформації професійної ідентичності психотерапевтів в умовах тривалої соціальної нестабільності. *У прикладному вимірі* перспективними є розробка спеціалізованих програм підготовки КПТ-фахівців для роботи з вразливими категоріями населення, удосконалення системи супервізійної підтримки та розробки інструментів оцінювання професійних компетентностей у динаміці воєнного та післявоєнного відновлення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук, О., Острижко Ю. (2020). Застосування психоедукації базованої на протоколі КПТ з використанням односесійної віртуальної експозиції в межах психологічної підтримки студентів зі страхом публічних виступів: результати пілотного дослідження. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 5(1). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/224>
2. Архангельська, М.В. (2024). Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних «втручань першого вибору» в лікуванні тривожних розладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2, 49–54. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2024-2-7>
3. Архангельська, М. В. (2024). Потенціал когнітивно-поведінкового підходу в психотерапії особистих розладів. *Вісник Національного університету оборони України*, 81(5), 17–26. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-81-5-17-26>
4. Архангельська, М. В. (2024). Ключові характеристики когнітивно-поведінкової терапії як чинник результативності у психологічній практиці. *Технології розвитку інтелекту*, 8, 2(36). <https://doi.org/10.31108/3.2024.8.2.6>
5. Архангельська, М. В. (2024). Розвиток когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в історичному контексті. *Věda a perspektivy*, 9(40). [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-9\(40\)-254-264](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-9(40)-254-264)
6. Архангельська, М. В. (2024). Основні моделі когнітивно-поведінкової терапії. *Кіберпсихологія в інформаційному суспільстві: підтримка, навчання, розвиток*, матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. [https://newlearning.org.ua/sites/default/files/tezy/2024\\_2/Arkhangelska\\_Mariya\\_2024.pdf](https://newlearning.org.ua/sites/default/files/tezy/2024_2/Arkhangelska_Mariya_2024.pdf)

7. Архангельська М. В. (2024). Когнітивно-поведінкова терапія в діяльності психолога. *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації*, збірник матеріалів IX Всеукраїнської науково-практичної конференції уклад. В. С. Бліхар. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. <https://repositsc.nuczu.edu.ua>
8. Архангельська М. В. (2024). Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії у психологічній практиці. *Освіта сьогодення: життєтворчість як основа національного відродження та єдності*, збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції за ред. В. В. Нечипоренко. Запоріжжя: Хортицька національна академія, 2024. <https://sites.google.com/khnnra.edu.ua/education-of-today/збірник-тез>
9. Архангельська, М. В. (2026). Професійні компетентності фахівця когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни. *Перспективи та інновації науки*. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1\(59\)-3067-3076](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1(59)-3067-3076)
10. Архангельська, М. В. (2026). Когнітивно-поведінковий підхід у професійній підготовці психологів в умовах війни. *Проблеми та перспективи сучасної науки та освіти: матеріали XVII Міжнародної науково-практичної конференції*. Львів: Львівський науковий форум, 2026.
11. Архангельська, М. В. (2026). Роль когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни. *XI Міжнародна науково-теоретична конференція «Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень»*. Чернівці, 2026. <https://doi.org/10.62731/mcnd-06.02.2026>
12. Балахтар, В. В., & Павленок, К. С. (2025). Когнітивно-рефлексивні стратегії саморегуляції та професійного зростання викладача: потенціал когнітивно-поведінкового підходу. *Вісник післядипломної освіти: збірник наукових праць. Серія «Соціальні та поведінкові науки; Управління та адміністрування»*, 34(63), 14–32. [https://doi.org/10.58442/3041-1858-2025-34\(63\)-14-32](https://doi.org/10.58442/3041-1858-2025-34(63)-14-32)

13. Батлер, Д. (2004). *Подолати соціальну тривогу*. Львів: УКУ Свічадо. <https://www.scribd.com/document/758429745/Подолати-Соціальну-Тривогу->
14. Бек, А., Девіс, Д., Фріман, А. (2024). *Когнітивна психотерапія розладів особистості*. Київ: Науковий Світ.
15. Бурда, Г. (2017). Когнітивно-поведінкова терапія при генералізованому тривожному розладі. *Психосоматична медицина та загальна практика*. <http://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/17>
16. Бріер Д., Скотт, К. (2015). *Основи травмофокусованої психотерапії*. Львів: Свічадо.
17. Брянчанінов, Ігнатій (свт.). (2008). *Аскетичні досвіди*. Т. 1. Київ: Видавничий відділ Української Православної Церкви.
18. Вестбрук, Д. (2014). *Подолати депресію*. Львів: УКУ. <https://www.scribd.com/document/900174683/Вестбрук-Дейвід-Подолати-Депресію>
19. Вестбрук, Д., Маррісон, Н. (2021). *Подолати obsесивно-компульсивний розлад*. Львів: УКУ Свічадо.
20. Вестбрук, Д., Рауф, Х. (2003). *Подолати панічний розлад*. Львів: Свічадо.
21. Вестбрук Д., Кеннерлі, Г., Кірк, Д. (2021). *Вступ у когнітивно-поведінкову терапію*. Львів: Галицька Видавнича Спілка.
22. Войтович, М. В. (2019). Психологічні особливості горювання. *Актуальні проблеми психології: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія*, 19(5), 10–23. [https://lib.iitta.gov.ua/721340/1/Voitovich\\_M\\_V\\_2019\\_\\_Psychological\\_features\\_of\\_the\\_grief\\_proc-1-14.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/721340/1/Voitovich_M_V_2019__Psychological_features_of_the_grief_proc-1-14.pdf)
23. Габа, І. (2025). Когнітивно-поведінкова терапія у системі сучасних підходів роботи з психотравмою. *Personality and Environmental Issues*, 4(1), 94–100. [https://doi.org/10.31652/2786-6033-2025-4\(1\)-94-100](https://doi.org/10.31652/2786-6033-2025-4(1)-94-100)

24. Гейз, С., Хофман, С. (2023). *Когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на процес*. Київ: Науковий світ.
25. Гейз, С., Штротсаль, К., Вілсон, К. (2024). *Терапія прийняття та відповідальності*. Київ: Науковий Світ.
26. Горбунова, В. В. (2015). Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій*, 26–35. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/9833/1/Психологічна%20допомога%20особистості.pdf#page=26>
27. Горбунова, В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. (2016). *Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп*. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету. [https://www.researchgate.net/publication/319039895\\_Socialno-psihologicna\\_pidtrimka\\_adaptacii\\_veteraniv\\_ATO\\_posibnik\\_dla\\_veducih\\_grup\\_n\\_avcalnij\\_posibnik-Lviv\\_Institut\\_psihichnogo\\_zdorov'a](https://www.researchgate.net/publication/319039895_Socialno-psihologicna_pidtrimka_adaptacii_veteraniv_ATO_posibnik_dla_veducih_grup_n_avcalnij_posibnik-Lviv_Institut_psihichnogo_zdorov'a)
28. Гранет, С. (2023). *ОКР. Робочий зошит. Як позбутися нав'язливих думок та компульсивної поведінки. Покрокова інструкція*. Київ: Науковий світ.
29. Грись, А. (2025). Трансформація образу Я під час війни засобами когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). *Перспективи та інновації науки*, 10(56), 1446–1459. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-10\(56\)-1446-1459](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-10(56)-1446-1459)
30. Гусєв, А. І., & Цибух, Л. М. (2022). Стабілізація психічного стану здобувачів вищої освіти в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 2, 60–64. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.2.12>
31. Гульбс, О., & Кобець, О. (2021). Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*, (7). <https://doi.org/10.31499/2617-2100.7.2021.237166>

32. Данилюк, І. В. (2015). Особливості копінг-поведінки залежно від часової орієнтації особистості. *Психологія і суспільство*, 2, 90-99.
33. Данилюк, І. В., & Буркало, Н. І. (2025). Когнітивно-поведінкова терапія в роботі з дітьми та підлітками: теоретичні та практичні аспекти. *Psychological Journal*, 11(9(100)). <https://doi.org/10.31108/1.2025.11.9>
34. Дерев'янка, С. П. (2023). *Когнітивно-поведінкова терапія: Навчально-методичні рекомендації до спецкурсу для студентів закладів вищої освіти спеціальності «Психологія»*. Чернігів: Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка.  
<https://epub.chnpu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/9108/1/Когнітивно-поведінкова%20терапія.pdf>
35. Заболотна, Н. Я. (2024). Європейські міжнародні стандарти у сфері соціального захисту та соціального забезпечення населення як орієнтир для розбудови української соціальної системи. *Юридичний науковий електронний журнал*. <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2024-1/55>
36. Завацький, В. Ю., & Новацький, В. Р. (2025). Когнітивно-поведінкова психотерапія в стратегіях відновлення в системі сучасної соціально-психологічної допомоги. *Психологія та соціальна робота: збірник наукових праць Одеського національного університету імені І. І. Мечникова*, (2(62)), 52–61. <https://doi.org/10.32782/2707-0409.2025.2.5>
37. Зазимко, О. (2023). Мотиваційна складова життєвої компетентності волонтерів медичної галузі в кризових умовах. *Вісник Національного університету оборони України*, 75(5), 29–36. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-75-5-29-36>
38. Зазимко, О., & Шиловська, О. (2022). Динаміка особистісного розвитку підлітків та осіб юнацького віку в період війни. *Технології розвитку інтелекту*, Vol. 6, 2(32), 1–21. <http://doi.org/10.31108/3.2022.6.2.8>
39. Зазимко О.В., Шиловська О.М. (2024). Динаміка життєвих завдань особистості в умовах війни. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Психологічна*

*герменевтика* , 2(15). Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 38–58. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/742678/>

40. Закон України. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні. (2025). <https://ips.ligazakon.net/document/JI11628A?an=2>

41. Засекіна, Л. (2021). Онлайн когнітивно-поведінкова терапія емоційного дистресу студентів у період пандемії COVID-19. *Psychological Prospects Journal*, 38, 49–62. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-38-49-62>

42. Зливков, В.Л. (Ред.).(2022). Виклики сучасної психологічної науки країн ЄС: перспективи українського досвіду. *Збірник тез методологічного семінару лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

43. Ігумнова, О., & Михайлов, А. (2021). Когнітивно-поведінкова терапія як метод корекції самошкоджень підлітків. *Psychology Travelogs*, (1). <https://doi.org/10.31891/PT-2021-1-9>

44. Калмиков Г. В., Ткач Т. В., Бакуменко Т. Г., Завацький В. Ю. (2025). Психологічний вплив ментальних образів та уявлень в процесі когнітивно-поведінкової психотерапії. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СХУ ім. В. Даля,. № 2 (67). с. 113-127. <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-67-2-113-127> <http://tpppjournal.com.ua/n67y2k25a9.html>

45. Клінічна настанова «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації». (2023). [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).

46. Коваленко, А. Б., Родіна, Н.В. (2011). Дослідження копінг-поведінки: тенденції та перспективи. *Наука і освіта*. 9, 110-113. <https://dspace.onu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/28fe2efd-ffcd-46aa-8ee2-d724147e0519/content>



47. Кокун, О. М. (2022). *Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни»*: препринт. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

48. Кокун, О. М. (2025). *Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика*. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

[https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744751/1/Монографія\\_Кокун.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744751/1/Монографія_Кокун.pdf)

49. Колобова, І. Б. (2023). *Психологічні особливості наративного конструювання особистісного досвіду розлученими жінками* (Дисертація доктора філософії). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.  
<https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/734874/>

50. Куліш, О. В., Качуріна, М. О., & Педченко, О. В. (2025). Техніки майндфулнес у роботі зі стресом та тривогою в дорослих цивільних українців в умовах війни. *Наукові записки*, 1(7), 81–87. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-1-10>

51. Лінехан, М. (2023). *Когнітивно-біхевіоральна терапія межового розладу особистості*. Київ: Науковий світ.

52. Ліхі, Р. (2023). *Не вірте всьому, що відчуваєте. Як визначити свої емоційні схеми і звільнитися від тривоги та депресії*. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки.

53. Ліхи, Р. (2023). *Техніки когнітивної терапії. Посібник психотерапевта*. Київ: Науковий Світ.

54. Лещук, І., & Бут, Т. (2024). Актуальні питання дослідження горювання після втрати близької людини. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 9(4). Київ: e-medjournal.

<https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/565>

55. Лушин, П. (2016). Невизначеність і типи ставлення до неї: ситуація психологічної допомоги. *Психологічне консультування і психотерапія*, 1(5), 33–40.

56. Любіна Л., Тимофієва, М., Осипенко, В.(2018). Емоційна компетентність як показник психологічного здоров'я особистості майбутніх лікарів. *Психологічний Часопис*, 5(15). <https://doi.org/10.31108/1.2018.5.15.6>
57. Максименко, С. (2023). Концепція розвитку психогенетичного потенціалу особистості в період війни. *Вісник НАПН України* 5(2). <https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5230>
58. Максименко, С. (1998). *Основи генетичної психології*. Київ: НПЦ Перспектива.
59. Максименко, С. & Соловієнко, В. (2000). *Загальна психологія: Навчальний посібник*. Київ: МАУП.
60. Марциняк-Дорош О., Бігун Н., Ковальова О., Медвідь І., Варіна Г. (2024). Віртуальні терапевтичні платформи та їх вплив на управління стресом: аналіз когнітивно-поведінкової терапії, терапії прийняття та відповідальності та схематерапії через інтернет. *Перспективи та інновації науки*, 11(45). с. 1419-1431. <https://mdpu.org.ua>
61. Меннінг, Д., Ріджуей, Н. (2022). *Практика когнітивно-поведінкової терапії. Робочі листи та роздаткові матеріали для практикуючих фахівців КПТ та їхніх клієнтів*. Київ: Науковий Світ.
62. Мирончак, К. В. (2022). Функціонування принципів майндфулнес-підходу в умовах війни. *Матеріали V Всеукраїнського науково-практичного семінару «Виміри особистісних трансформацій»*. Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. <https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2022/11/vot-snv-11.2022.pdf>
63. Міністерство охорони здоров'я України. (2025). *Психологів та психотерапевтів в Україні сертифікуватимуть: ухвалено закон про систему охорони психічного здоров'я*. <https://moz.gov.ua/uk/psihologiv-ta-psihoterapevtiv-v-ukrayini-sertifikuvatimut-uhvaleno-zakon-pro-sistemu-ohoroni-psihichnogo-zdorov-ya>

64. Мішиєв, В. Д., Михайлов, Б. В., & Гриневич, Є. Г. (2024). *МКХ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейropsychічного розвитку. Статистична класифікація*. Моріон.
65. Міщенко, М., & Батяшова, Є. (2024). Майндфулнес техніки для розвитку життєстійкості в умовах війни. *Science, research, development. Pedagogy and psychology*, (12), 50–56. <https://doi.org/10.31499/2617-2100.12.2024.306815>
66. Мілютіна, К., & Рубель, Н. (2020). Дослідження криз професійного становлення з позиції суб'єктно-вчинкового підходу. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Психологія»*, 1(11). [https://doi.org/10.17721/BSP.2020.1\(11\).8](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.1(11).8)
67. Музичко, Л. В., & Артюшина, М. В. (2024). Зв'язок здатності до майндфулнес зі стресостійкістю українців під час війни. *Психологічні студії*, (3), 46–55. <https://journals.vnu.volyn.ua/index.php/psychology/article/view/2003>.
68. Нагорна, Н.С. (2025). Каркас тренінгу з розвитку психологічної готовності особистості до соціального підприємництва техніками когнітивно-поведінкової теорії. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, (3). <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.3.19>
69. Нагорна, Н.С. (2025). Тренінг з розвитку психологічної готовності особистості до соціального підприємництва техніками когнітивно-поведінкової терапії: операційно-діяльнісний та особистісний компоненти. *Перспективи та інновації науки*, 11(57), 2230–2243. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-11\(57\)-2230-2243](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-11(57)-2230-2243)
70. Панок, В. Г. (2024). Українська психологія ХХІ століття. Проблеми професійної підготовки психологів. *Вісник НАПН України*, 6(1). <https://doi.org/10.37472/v.naes.2024.6109>
71. Панок, В. Г. (2023). Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник НАПН України*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5133>

72. Панок, В. Г., Обухівська, А. Г., Острова, В. Д. (2016). *Психологічна служба* : Підруч. Київ: Ніка-Центр.
73. Парфенюк, О. М. (2025). Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії та травмотерапії для підтримки спеціалістів допомагаючих професій. *Psychological Journal*, 11 (9(100)). <https://doi.org/10.31108/1.2025.11.9.4>
74. Пилягіна, Г. Я. (2020). *Медична психологія, Т. 2 Спеціальна медична психологія*. Вінниця: Нова книга.
75. Пилягіна, Г., & Пуховський, Б. (2024). Саморуйнівна поведінка при депресивних розладах у підлітковому віці. *Медична фізика – сучасний стан, проблеми, шляхи розвитку. Новітні технології*, (1), 402–407. <https://doi.org/10.17721/3041-1491/2024.11-52>
76. Потюк, С. (2025). Елементи когнітивно-поведінкової терапії як засіб підтримки дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни. *Спеціальна та інклюзивна освіта в сучасному вимірі: досвід та інновації*. <https://doi.org/10.36059/978-966-397-553-5-79>
77. Предко В. В. (2022). Психологічні особливості прояву копінг-стратегій учасників освітнього процесу з різним рівнем життєстійкості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Том 33 (72). <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.2/11>
78. Примак, Ю., & Дерев'янко, С. (2025). Особливості емоційного інтелекту молоді з різним рівнем прокрастинації в умовах війни. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*, 1, 110–122. <https://doi.org/10.32782/psyspu/2025.1.20>
79. Пушко, Є. І. (2020). Основні техніки з використанням уяви в когнітивно-поведінковій психотерапії. *Психологічні координати розвитку особистості: реалії і перспективи: Матеріали V Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції*, 137–140. <http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/15108/1/40.pdf>

80. Робішо, М., Дюга, М. (2023). *Генералізований тривожний розлад. Когнітивно-поведінкова терапія для подолання невпевненості, тривоги та страху*. Київ: Науковий Світ.
81. Романчук О. (2012). Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *НейроNEWS*, 1(36). <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/1%2836%29/article-586/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-y-suchasni-pidhodi-do-terapiyi#gsc.tab=0>
82. Роменець, В. А. (1995). *Історія психології: XIX – початок XX століття*. Київ: Вища школа.
83. Роменець В. А., Маноха І. П. (1998). *Історія психології XX століття*. Київ: Либідь.
84. Рубель, Н. Г. (2019). Динаміка проявів тривожності на різних етапах професійного становлення особистості. *Теорія і практика сучасної психології*, 6, Т.1, 91–95.
85. Рудницька, С. Ю.(2023). Процесуально-сміслова модель розвитку життєвої компетентності особистості. *Технології розвитку інтелекту*, Vol. 7, 1 (33). <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/736150/1/616-953-1-PB.pdf>
86. Рудницька, С. Ю. (2021). Структурно-процесуальна модель наративного конструювання досвіду особистості. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка*, 2(13), 4–25.
87. Савченко, О.В. (2012). *Рефлексивна компетентність: методи та процедури діагностики: монографія*. Херсон: ПП Вишемирський В. С.
88. Сімпсон, С., Сміт, Е. (2024). *Схема-терапія у лікуванні розладів харчової поведінки*. Теорія та практика в індивідуальному та груповому форматі. Київ: Науковий світ.
89. Слюсар, Л. (2023). Українська сім'я в умовах війни. *Демографія та соціальна економіка*, 2(52), 3–20. Київ: Академперіодика НАН України. <https://doi.org/10.15407/dse2023.02.003>

90. Слюсаревський, М. М. (2023). Проблема психологічної підтримки комбатантів і цивільного населення: наявний стан та шляхи вирішення. Наукова доповідь на методологічному семінарі «Актуальні проблеми охорони психічного здоров'я українського народу у воєнний і повоєнний час», 16 листопада 2023 р. *Вісник НАПН України*, 5(2), 1–10. <https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5219>
91. Смутьсон, М. Л. (2003). Психологія розвитку інтелекту. Київ: Норадрук.
92. Старков, Д. Ю. (2025). Когнітивно-поведінкова терапія професійного вигорання у кризових психологів. *Технології розвитку інтелекту*, 9 (1(37)). <https://doi.org/10.31108/3.2025.9.3>
93. Старков, Д.Ю. (2025). Mindfulness у сучасній когнітивно-поведінковій психотерапії. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*, 10, 145–162.
94. Ткач, Т. В., & Завацький, В. Ю. (2025). Сучасні нейропсихологічні та когнітивно-поведінкові підходи та їх інтеграція в психотерапевтичну практику. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*, 3(68), Т. 1, 5–17. <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-68-3-1-5-17>
95. Титаренко, Т. М. (2023). *Practices of preserving the psychological health of a personality in war conditions*. Матеріали Міжнародної наукової онлайн-конференції «Тринадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання». с. 138-142. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/736201/>
96. Титаренко, Т. М., & Дворник, М. С. (Ред.). (2022). *Як допомогти особистості в період переходу від військового стану до миру: соціально-психологічний супровід: практичний посібник*. Кропивницький: Імекс-ЛТД.
97. Тріандофілова, Т., & Раївська, Я. (2024). Когнітивно-поведінкова терапія у боротьбі з соціальною ізоляцією та її наслідками, викликаними пандемією. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія*, 4(65), 44–48. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.4.8>

98. Угода про партнерство і співробітництво між Україною і Європейськими Співтовариствами та їх державами-членами. (1994, 14 червня). *Офіційний вісник України*, № 24, ст. 1794 (2006).

99. Україна. Міністерство охорони здоров'я України. (2023). Наказ № 2118 «Про затвердження переліку методів психотерапії з доведеною ефективністю». <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0129-24>

100. Українська асоціація когнітивно-поведінкової терапії. <https://uacbt.org.ua/>

101. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. *Psychological resilience in a time of war*. <https://i-cbt.org.ua/psychological-resilience-in-a-time-of-war/>

102. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД). (2024). *Галузеві стандарти та клінічні настанови*. [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/)

103. Фалько, Н., Остополець, І., & Шарапова, Ю. (2024). Толерантність до невизначеності в контексті життєстійкості особистості. *Габітус*, 59, 8–12. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.59.8>

104. Хаустова, О. О. (2022). Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. *Здоров'я України*, (4), 22–24. [https://health-ua.com/multimedia/user/files/2022/Scorpion/2\(4\)2022/22-24.pdf](https://health-ua.com/multimedia/user/files/2022/Scorpion/2(4)2022/22-24.pdf)

105. Чабан, О. С., & Хаустова, О. О. (2020). Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів). *НейроNews: Психоневрологія та нейропсихіатрія*, 3(114), 26–36. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/3%28114%29/pages-26-36/psihichne-zdorov-ya-v-period-pandemiyi-covid-osoblivosti-psihologichnoyi-krizi-trivogi-strahu-ta-trivozhnih-rozladiv->

106. Чабан, О., Хаустова, О. (2022). Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Український медичний часопис*. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.150.232297>
107. Чабан, О. С., Хаустова, О. О., & Омелянович, В. Ю. (2023). *Психічні розлади воєнного часу*. Київ: Видавничий дім «Медкнига».
108. Чепелева, Н.В. (2008). *Соціально-психологічні чинники розуміння та інтерпретації особистого досвіду*: монографія / Н.В. Чепелева, Т.М. Титаренко, М.Л. Смульсон та ін. під ред. Н.В. Чепелевої. К. : Педагогічна думка.
109. Чепелева, Н. В. (2021). Структурно-сміслова модель наративного конструювання досвіду в контексті розвитку особистості. *Актуальні проблеми психології*. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2(13), 26–38.
110. Чепелева, Н.В. (2024). Особливості життєвої компетентності в умовах війни. *Технології розвитку інтелекту*, 1(35). <https://doi.org/10.31108/3.2024.8.1.2>
111. Черняк, А. В. (2023). Когнітивно-поведінкова терапія шизофренії. *Grundlagen der modernen wissenschaftlichen Forschung*. <https://doi.org/10.36074/logos-31.03.2023.47>
112. Харченко, Д. М. (2015). *Психосоматичні розлади: Теорії, методи діагностики, результати досліджень*. Київ: Видавничий дім «Слово».
113. Хатт, Р. (2023). *Когнітивно-поведінкова терапія для підлітків. Основні навички для управління настроєм, підвищення самооцінки та подолання тривоги. Робочий зошит*. Київ: Науковий Світ.
114. Яблонська, Т. (2018). Значення наукової творчості О. М. Раєвського для розвитку української психологічної науки. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. Випуск 1(8). [http://www.library.univ.kiev.ua/ukr/host/10.23.10.100/db/ftp/visnyk/psychologiya\\_8\\_2018.pdf](http://www.library.univ.kiev.ua/ukr/host/10.23.10.100/db/ftp/visnyk/psychologiya_8_2018.pdf)



115. Янг, Д., Вайсхаар, М., Клоско, Д. (2023). *Схема-терапія*. Київ: Науковий Світ.
116. Abramowitz, J. S. (2015). *Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 165–186. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112824>
117. Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. New York: Greenberg.
118. Alford, C., Wilson, S. (2008). *Sleep and Quality of Life in Medical Illnesses*. NJ: Jumana Press Totowa.
119. Alimoradi, Z., Jafari, E., Brostro A., Maurice, M., Ohayon, M., Lin, C., and Pakpour, A. (2022). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101646>
120. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
121. American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. <https://www.apa.org/ethics/code>
122. Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., & Cuijpers, P. (2014). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.015>
123. Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
124. 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>

125. Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20083>
126. Aotearoa New Zealand Association for Cognitive Behavioural Therapies. <https://www.cbt.org.nz/>
127. Arntz, A., Genderen, H. (2016). *Thérapie des schémas et personnalité borderline*. Leuven-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
128. Asian Cognitive Behavioral Therapies Association. <https://acbta.org/>
129. Asociación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas (ALAPCO) <https://alapcco.com/en/historia>
130. Association for Behavioral and Cognitive Therapies. <https://www.abct.org/>
131. Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy. <https://www.aacbt.org.au/>
132. 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*. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01324-1>
133. Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305–322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
134. Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*, The Guilford Press, New York, NY.
135. Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333–342. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.333>
136. Bass, J. K., Annan, J., McIvor Murray, S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., ... & Bolton, P. A. (2013). Controlled trial of psychotherapy for

Congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2182-2191.

137. Bateman, A., Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. Oxford University Press.
138. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
139. Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
140. Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.
141. Beck, A., Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
142. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
143. Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. (2025). *About Beck Institute*. <https://beckinstitute.org/about/>
144. Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Settapani, C. A., Brodman, D. M., Edmunds, J. M., Cummings, C. M., & Kendall, P. C. (2011). History of cognitive-behavioral therapy (CBT) in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.011>
145. Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002420>
146. Bennett-Levy, J., McManus, F., Westling, B. E., & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: which training methods are perceived to be most effective? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 571–583. <https://doi.org/10.1017/s1352465809990270>
147. Bergvall, H., Ghaderi, A., Andersson, J., Lundgren, T., Andersson, G., & Bohman, B. (2023). Development of competence in cognitive behavioural therapy and the role of metacognition among clinical psychology and psychotherapy

students. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000686>

148. Blackburn, I., James, I., Milne, D., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. (2001). The revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465801004040>

149. Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ*, 357. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2016>

150. Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1942642>

151. Bonanno, G. A., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Wortman, C. B., Sonnega, J., Carr, D., & Nesse, R. M. (2002). *Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150–1164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.5.1150>

152. Bonanno, G. A. (2009). *The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss*. New York: Basic Books.

153. Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological Resilience After Disaster: New York City in the Aftermath of the September 11th Terrorist Attack. *Psychological Science*, 17(3), 181–186. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x>

154. Bondarchuk, O., Balakhtar, V., Pinchuk, N., Pustovalov, I., & Pavlenok, K. (2023). Adaptation of coping strategies to reduce the impact of stress and loneliness on the psychological well-being of adults. *Journal of Law and Sustainable Development*, 11(10), 1–26. <https://doi.org/10.55908/sdgs.v11i10.1852>

155. Bondarchuk, O., Balakhtar, V., Pinchuk, N., Pustovalov, I., & Pavlenok, K. (2024). Coping with stressful situations using coping strategies and their impact on mental health. *Multidisciplinary Reviews*, 7. <https://doi.org/10.31893/multirev.2024spe034>

156. Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 19.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza>
157. Boss, P. (2007). Ambiguous loss theory: Challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*, 56(2), 105–111. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00444.x>
158. Boss, P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. W.W. Norton & Company.
159. Boss, P. (2016). The context and process of theory development: The story of ambiguous loss. *Journal of Family Theory & Review*, 8(3), 269–286.  
<https://doi.org/10.1111/jftr.12152>
160. Bouvet, C. (2020). *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives*. Malakoff : Dunod.
161. Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
162. Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books.
163. Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization.
164. Boyatzis, R. (2008). Competencies in the 21st century. *Journal of Management Development* 27(1). doi:10.1108/02621710810840730
165. Boyatzis, R.E. (1982). *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, John Wiley & Sons, New York, NY.
166. Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 765–784.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.02.005>
167. Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). *A dual representation theory of posttraumatic stress disorder*. *Psychological Review*, 103 (4), 670–686.  
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>
168. Bricot, L., Chaperon, A. (2020). *L'affirmation de soi*. Malakoff: Dunod.

169. British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies. About BABCP. <https://babcp.com/About>
170. Bruner, J. S. (1960). *The process of education*. New York, NY: Vintage Books.
171. Bruner, J. S. (1966). *Toward a theory of instruction*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University.
172. Bryant, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(2), 233–239. <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05072blu>
173. Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Nickerson, A., Aderka, I. M., & Bryant, L. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1332–1339. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
174. Buchanan, R. D., & Haslam, N. (2019). Psychotherapy. In R. J. Sternberg & W. E. Pickren (Eds.), *The Cambridge handbook of the intellectual history of psychology* (pp. 468–494). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108290876.019>
175. Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York, NY: William Morrow.
176. 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, 17–31. [https://www.researchgate.net/publication/292026492\\_Cognitive\\_therapy\\_outcomes\\_A\\_review\\_of\\_meta-analyses](https://www.researchgate.net/publication/292026492_Cognitive_therapy_outcomes_A_review_of_meta-analyses)
177. Caballo V.E. (Ed.) (1998). *International Handbook of Cognitive and Behavioural Treatments for psychological disorders*. Oxford: Elsevier Science Ltd.
178. Canadian Association of Cognitive and Behavioural Therapies. <https://www.cacbt.ca/>

179. Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18.  
<https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
180. Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
181. Christensen, H., Griffiths, K. M., & Korten, A. (2004). Web-based cognitive behavior therapy: Analysis of site usage and changes in depression and anxiety scores. *Journal of Medical Internet Research*, 6 (1).  
<https://doi.org/10.2196/jmir.6.1.e10>
182. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
183. Clark, D., Beck, A. (2011). *The anxiety and worry workbook. The cognitive behavioral solution*. New York: The Guilford Press.
184. Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1). <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.103>
185. Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
186. Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>

187. Cohen, J., Mannarino, A. (2016). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 24 (3). DOI: 10.1016/j.chc.2015.02.005Child Adolesc Psychiatr
188. Colby, K., Faight, W., Parkinson, R. (1979). Cognitive Therapy of Paranoid Conditions: Heuristic Suggestions Based on a Computer Simulation Model. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 3. No.1, p. 55-60.
189. Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., ... & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PloS Medicine*, 17(8), e1003262.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>
190. Cooper, M. J. (2004). Cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1–16.  
<https://doi.org/10.1348/014466504772812931>
191. Cooper, M., & McLeod, J. (2011). *Pluralistic counselling and psychotherapy*. SAGE Publications.
192. Cottraux, J. (2020). *Les psychotherapies cognitives et comportementales*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier.
193. Cottraux, J., Blackburn, I. (2008). *Psychothérapies cognitive de la dépression*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
194. Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
195. Dadds, M. R., & Tully, L. A. (2019). What is it to attend to children's emotions? Parenting and child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00282-1>



196. Dattilio, F. M. (1998). Cognitive-behavioral family therapy: Contemporary myths and misconceptions. *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 419–433. <https://doi.org/10.1023/A:1007807214545>
197. Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. Guilford Press.
198. Dattilio, F.M. (2021). Cognitive-Behavioral Techniques and Family System Therapy. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 29(3), 58-68. <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290305>
199. David, D., Cotet, C. D., Matu, S. A., Mogoase, C., & Stefan, S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 304–318. <https://doi.org/10.1002/jclp.22514>
200. David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2018.00004/full>
201. Davis, S. D. (2015). *Integrating cognitive-behavioral and family systems approaches: A guide for clinicians*. Routledge.
202. Debray, Q., Kindynis, S., Leclère, M., Seigneurie A. (2005). *Protocoles de traitement des personnalités pathologiques. Approche cognitivo-comportementale*. Paris: Masson.
203. De Mey-Guillard, C. (2014). *Image de soi. Harmoniser être et paraître*. Lyon: Chronique Sociale.
204. Dobson, K. S. (Ed.). (2019). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press.
205. Dobson, K. S., & Dobson, D. J. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
206. 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.  
<https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.03.001>

207. Dryden, W. (2011). *Cognitive behaviour therapy: An introduction*. London: Sage.

208. 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*, 1063-1084.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00088-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7)

209. Eakman A. M., Schmid A. A., Henry K. L., et al. (2017). Restoring effective sleep tranquility (REST): a feasibility and pilot study. *British Journal of Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.1177/0308022617691538>.

210. Easden M.H, Kazantzis N. (2017). Case conceptualization research in cognitive behavior therapy: A state of the science review. *Journal of Clinical Psychology*, 1–29. <https://doi.org/10.1002/jclp.22516>

211. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.

212. Eisma, M. C., Schut, H. A. W., Stroebe, M. S., Boelen, P. A., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three-wave longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology*, 54 (2), 163–180. <https://doi.org/10.1111/bjc.12067>

213. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.

214. Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, (4286)129–136.

215. European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. (2020). *Standards for training and accreditation of cognitive and/or behaviour therapists*. <https://eabct.eu/training-and-accreditation/training-standards/>

216. Eysenck, M. (2000). A cognitive approach to trait anxiety. *European Journal of Personality*, 14 (5).

217. Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

218. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (1999). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1–13.
219. Farrell, J., Shaw I. (2021). *Expérimentez la thérapie des schémas*. Louvan-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
220. Fenn K., Byrne M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT*, 6 (9), 579-585. <https://doi.org/10.1177/1755738012471029>
221. Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., & Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4(2), e19. <https://doi.org/10.2196/mental.7785>
222. Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906–911. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
223. Foa, E. B., & McLean, C. P. (2016). The efficacy of exposure therapy for anxiety-related disorders and its underlying mechanisms: The case of OCD and PTSD. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 1–28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093533>
224. Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York: Oxford University Press.
225. Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571–579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
226. Fontaine, O., Fontaine, P. (2011). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Retz.
227. Frankl, V. E. (2006). *Man's Search for Meaning*. Beacon Press. (Original published 1946)

228. Galperin, P., Zhdan, Y. (1992). *Istoriia psikhologii. Teksty*. History of Psychology.
229. Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 62 (Suppl 2), S223–S229. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_772\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19)
230. Goleman, D. (2005). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. New York: Bantam Books.
231. Grant, J., Potenza, M. (Ed.). (2012). *The Oxford handbook of impulse control disorders*. Oxford University Press.
232. Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2015). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think* (2nd ed.). Guilford Press.
233. Gross, R. (2018). *Psychology in Historical Context. Theories and Debates*. London: Routelage.
234. Gupta, A., Sharma, E., Kar, S. K., Tripathi, A., Reeves, T., Arjundas, R., & Dalal, P. K. (2019). Training and clinical impact of cognitive behaviour therapy workshops in a teaching hospital in North India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(3), 248–253.  
[https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_183\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_183_18)
235. Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W.W. Norton & Company.
236. Harvey, A. G. (2002). *A cognitive model of insomnia*. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869–893. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00061-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00061-4)
237. Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
238. 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)*, 7 (3A), 707-718. <https://doi.org/10.24115/S2446-6220202173A1761>

239. Hayes, S.C. (2015). The Situation Has Clearly Changed: So What Are We Going to Do About It? *Cognitive and Behavioral Practice* 23(4). doi:10.1016/j.cbpra.2015.09.001

240. Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

241. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

242. Heeke, C., Stammel, N., & Knaevelsrud, C. (2015). When hope and grief intersect: Rates and risks of prolonged grief disorder among bereaved individuals and relatives of disappeared persons in Colombia. *Journal of Affective Disorders*, 173, 59-64.

243. Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101–108. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01249-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01249-4)

244. Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.

245. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... Ursano, R. J. (2007). *Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence*. *Psychiatry*, 70(4), 283-315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>

246. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.

<https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

247. Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, R. J. (2016). A complex network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, 11(5), 597–605. <https://doi.org/10.1177/1745691616639283>

248. Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
249. Hofmann, S. G., Hayes, S. C., Westin, A. A., Andersson, G., Hesser, H., Zettle, R. D., & Rains, J. C. (2022). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The network perspective. *World Psychiatry*, 21(2), 179–190. <https://doi.org/10.1002/wps.20961>
250. Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (1999). *The costs of anxiety disorders: Implications for psychosocial interventions*. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), *Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers* (pp. 224-234). New York: Oxford University Press.
251. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
252. House, R., & Loewenthal, D. (Eds.). (2008). *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
253. Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V., & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD001848. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001848.pub3>
254. Hunter-Reel, D., McCrady, B. S., Hildebrandt, T., & Epstein, E. E. (2010). Indirect effect of social support for drinking on drinking outcomes: The role of motivation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(6), 930–937. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.930>
255. Insel, T. R. (2009). Disruptive insights in psychiatry: Transforming a clinical discipline. *Journal of Clinical Investigation*, 119(4), 700–705. <https://doi.org/10.1172/JCI38832>
256. International Association of Cognitive Behavioral Therapy (IACBT). <https://www.iacbt.org/>

257. Jacob, G., Arntz, A. (2021). *La thérapie des schémas en pratique. Principes et outils*. Leuven-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
258. 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*, 25(2), 335-349. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.07.003>
259. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY: Free Press.
260. Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34.
261. Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Emotionally focused couple therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(3), 313–317. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00624.x>
262. Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., Leon, A. C., Rice, J. A., & Keller, M. B. (2003). *A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder*. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 261–269. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.3.261>
263. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
264. Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Books.
265. Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457–469. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.457>
266. Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337–346. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>

267. Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187.
268. Kaslow, N. (2004). Competencies in Professional Psychology. *American Psychologist*, 59(8), 774–781. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.774>
269. Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 144–156. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01204.x>
270. Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
271. Kelly, R. E., Dodd, A. L., & Mansell, W. (2017). When my moods drive upward there is nothing I can do about it: A review of extreme appraisals of internal states and the bipolar spectrum. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01235>
272. Kennerley, H., Kirk, J., Westbrook, D. (2016). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage.
273. Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
274. Khazaal, Y., Preisig, M., & Zullino, D. F. (2006). *Psychoéducation et traitements cognitifs et comportementaux du trouble bipolaire*. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 125–143. <https://doi.org/10.7202/013689ar>
275. Kierkegaard, S. (1980). *The sickness unto death* (H. V. Hong & E. H. Hong, Trans.). Princeton University Press. (Original work published 1849)



276. Kissane, D. W., & Parnes, F. (Eds.). (2014). *Bereavement care for families*. Routledge.
277. Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (Eds.). (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.
278. Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Englewood Cliffs, NJ: Cambridge Adult Education.
279. Kołakowski, 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>
280. Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
281. Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
282. Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy*. New York: Guilford Press.
283. Lecadet, C., Mehanna M. (2006). *Histoire de la psychologie*. Paris: Éditions Belin.
284. Leahey, T. (2018). *A History of Psychology. From Antiquity to Modernity*. London: Routledge
285. Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551–1565. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
286. Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34–46. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>
287. Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A

systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080–1094. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>

288. Lindhiem, O., Bennett, C. B., Rosen, D., & Silk, J. (2022). Digital psychotherapy for mental health problems: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 52(5), 882–891. <https://doi.org/10.1017/S003329172000458X>

289. Lindhiem, O., Bennett, C. B., Rosen, D., & Silk, J. (2015). Mobile technology boosts the effectiveness of psychotherapy and behavioral interventions: A meta-analysis. *Behavior Modification*, 39(6), 785–804. <https://doi.org/10.1177/0145445515595198>

290. Linehan, M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: *Theory and method*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261–276.

291. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

292. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

293. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>

294. Liness, S., Beale, S., Lea, S., Byrne, S., Hirsch, C., & Clark, D. (2019). Evaluating CBT clinical competence with standardised role plays and patient therapy sessions. *Cognitive Therapy and Research*, 43(4), 691–705. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10024-z>

295. Lippard, E. T. C., & Nemeroff, C. B. (2020). *The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: Increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 177(1), 20–36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>

296. Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149.
297. Luria, A. R. (1973). *The working brain: An introduction to neuropsychology*. New York, NY: Basic Books.
298. Luria, A. R. (1979). *The making of mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
299. Lynn, S. (2012). Post-traumatic Stress Disorder: Cognitive Hypnotherapy, Mindfulness, and Acceptance-Based Treatment Approaches. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 54(3), 246–263.  
<https://doi.org/10.1080/00029157.2011.645913>
300. MacBeth, A., Schwannauer, M., Gumley, A. (2008). The association between attachment style, social mentalities, and paranoid ideation: An analogue study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 81(1), 79–93. <https://doi.org/10.1348/147608307X246156>
301. Macwilliams, N. (2012). Beyond Traits: Personality as Intersubjective Themes. *Journal of Personality Assessment*.  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2012.711790>
302. Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Co.
303. Majdalani, C. (2017). Traiter la dysmorphobie. L'obsession de l'apparence. Malakoff Dunod.
304. Mandler, G. (2007). *A history of modern experimental psychology: from James and Wundt to Cognitive Science*. Massachusetts: The Mit Press.
305. Mansell, W., Morrison, A. (2007). The Interpretation of, and Responses to, Changes in Internal States: An Integrative Cognitive Model of Mood Swings and Bipolar Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.  
<https://doi.org/10.1017/S1352465807003827>

306. Mariné, C., Escribe, C. (2010). *Histoire de la psychologie générale*. Paris : Éditions in Press.
307. Marmion J. (2022). Histoire de la psychologie. De Pinel à Damasio, 101 dates clés. Sciences Humaines Éditions.
308. Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
309. Martin, S. (2022). Le programme ECCCLORE. Une nouvelle approche du trouble borderline. Leuven-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
310. Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Row.
311. Medeiros, G., Grant, J. (2018) Gambling disorder and obsessive-compulsive personality disorder: A frequent but understudied comorbidity. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2). <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.50>
312. McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence". *American Psychologist*, 28(1), 1–14.  
<https://doi.org/10.1037/h0034092>
313. McNally, R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology? *Behaviour Research and Therapy*, 86, 95–104.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.006>
314. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
315. Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 34(3), 187–200.  
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.09.002>
316. Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
317. Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Siobud-Dorocant, E., Dardennes, R., Gorwood, P., Rouillon. (2015). Psychoéducation et TCC. *Annales Médico-*

*psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1). <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.005>

318. Miranda, J., McGuire, T. G., Williams, D. R., & Wang, P. (2008). Mental health in the context of health disparities. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1102–1108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08030333>

319. Morina, N., Rudari, V., Bleichhardt, G., & Prigerson, H. G. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: A preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 288–297.

320. Murray, L. K., Dorsey, S., Haroz, E., Lee, C., Alsiary, M. M., Haydary, A., ... & Bolton, P. (2014). A common elements treatment approach for adult mental health problems in low- and middle-income countries. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 111–123.

321. Murguia, E., & Diaz, K. (2015). The philosophical foundations of cognitive behavioral therapy: Stoicism, Buddhism, Taoism, and Existentialism. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 15(1), 37–50. <https://philarchive.org/archive/DIATPTol>

322. Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25–30.

323. Muse, K., Kennerley, H., & McManus, F. (2022). The why, what, when, who and how of assessing CBT competence to support lifelong learning. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e33. <https://doi.org/10.1017/S1754470X22000502>

324. Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 484–499. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.010>

325. Naeem, F., Gobbi, M., Ayub, M., & Kingdon, D. (2010). Psychologists' experience of cognitive behaviour therapy in a developing country: A qualitative

study from Pakistan. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(1), <https://doi.org/10.1186/1752-4458-4-2>

326. Naeem, F., Latif, M., & Li, W. (2021). Transcultural adaptation of cognitive behavioral therapy (CBT) in Asia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), e12442. <https://doi.org/10.1111/appy.12442>

327. Najavits, L. M. (2015). The problem of dropout from “gold standard” PTSD therapies. *F1000Prime Reports*, 7(43). <https://doi.org/10.12703/P7-43>

328. Nakao, M., Shiotsuki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive–behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial Medicine*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w>

329. Nezgovorova, V., Reid, J., Fineberg, N. A., & Hollander, E. (2022). Optimizing first line treatments for adults with OCD. *Comprehensive Psychiatry*, 115. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152305>

330. Neenan, M., Dryden, W. (2015). *Cognitive Behaviour Therapy. 100 Key points and techniques*. New York: Routledge.

331. Neveux, N. (2022). *Prendre en charge la dépression avec la thérapie interpersonnelle*. Malakoff : Dunod.

332. Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10397-000>

333. Newman, C. F. (2010). Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: Foundational, functional, and supervisory aspects. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/a0018849>

334. NICE guideline. Depression in adults: treatment and management. (2022). [www.nice.org.uk/guidance/ng222](http://www.nice.org.uk/guidance/ng222)

335. Nicolas, S. (2016). *Histoire de la psychologie*. Paris: Dunod.

336. Nicolas, S. (2022). *12 Leçons illustrées sur l'histoire de la psychologie*. Malakoff: Dunod.

337. Nicolas, S. Ferrand, L. (2006). *Les grandes courants de la psychologie moderne & contemporaine*. Bruxelles: de Boeck
338. Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration (2nd ed.)*. Oxford University Press.
339. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
340. Northey, W. F. (2002). Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists: National survey. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(4), 487–494. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb00374.x>
341. O'Connor, R.C. & O'Connor, D.B. (2003). Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 362–372.  
<https://www.storre.stir.ac.uk/bitstream/1893/968/1/JCP2003STORRE.pdf>
342. Okamoto, A., Dobson, K., Dattilio, F., Kazantzis, N. (2019). The Therapeutic Relationship in Cognitive Behavioral Therapy: Essential Features and Common Challenges. *Practice Innovations*, 4(2).  
<http://dx.doi.org/10.1037/pri0000088>
343. Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD011565. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565.pub2>
344. Padesky, C. A. (1994). *Schema change processes in cognitive therapy*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(5), 267–278. <https://doi.org/10.1002/cpp.5640010502>
345. Padesky C., Mooney K. (2012). Strengths-Based Cognitive-Behavioural Therapy: A Four-Step Model to Build Resilience. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 283–290. <https://doi.org/10.1002/cpp.1795>
346. Palazzolo J. (2021). *Ma bible des TCC*. Paris: Leduc Editions.
347. Palazzolo, J. (2023). *Les essentiels des TCC*. Paris : Herman.

348. Parkes, C. M. (2010). Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Psychologica Belgica*, 50. <https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-7>
349. Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York, NY: Guilford Press.
350. Perugi, G., Toni, C., Traverso, M. C., & Akiskal, H. S. (2003). The role of cyclothymia in atypical depression: Toward a data-based reconceptualization of the borderline–bipolar II connection. *Journal of Affective Disorders*, 73(2), 87–98. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00308-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00308-6)
351. Piaget, J. (1971). *Biology and knowledge*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
352. Pickeren, W. (2014). *Le beau livre de la psychologie. Du chamanisme aux neurosciences*. Paris: Dunod.
353. Pickren, W., & Dewsbury, D. A. (Eds.). (2002). *Evolving perspectives on the history of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
354. Pintrich, P. R. (2002). The role of metacognitive knowledge in learning, teaching, and assessing. *Theory Into Practice*, 41(4), 219–225. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104\\_3](https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104_3)
355. Prasko, J., Vyskocilova, J., Mozny, P., Novotny, M. & Slepecky, M. (2012). Therapist and supervisor competencies in cognitive behavioural therapy. *Neuroendocrinology Letters*, 32(6), 781–789. <https://www.researchgate.net/publication/221788439>
356. Preston, J. D., O'Neal, J. H., Talaga, M. C., & Moore, B. A. (2021). *Handbook of clinical psychopharmacology for therapists* (9th ed.). New Harbinger Publications, Inc.
357. Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106.
358. Pryor, K. (2002). *Don't shoot the dog! The new art of teaching and training*. Ringpress.



359. Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. A. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011849.pub2>
360. Rachman, S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 1–8.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.006>
361. Rachman, S., Radomsky, A. S., & Shafran, R. (2014). *Obsessions, compulsions and cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
362. Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00022-3)
363. Rees, C., Pritchard, R. (2013). Brief Cognitive Therapy for Avoidant Personality Disorder. *American Psychological Association*, 52(1). <https://doi.org/10.1037/a0035158>
364. Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: Some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3137–3146.  
<https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0093>
365. Rodriguez-Quintana, N., Choi, S., Bilek, E., Koschmann, E., Albrecht, J. Prisbe, M. & Smith, S. (2021). The Cognitive Behavioral Therapy Competence Scale (CCS): initial development and validation. *Cognitive Behavioral Therapy*, 14, e25. <https://doi.org/10.1017/s1754470x21000362>.
366. Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin.
367. Roth, A., Piling, S., (2007). *The Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for People with Depression and with*

- Anxiety Disorders.* University College London.  
<https://www.researchgate.net/publication/237549113>
368. Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L. & Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology Research and Practice*, 36(4).  
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.347>
369. Rubinstein, S. L. (1973). *Man and the world*. Progress Publishers.
370. Rusinek, S. (2006). *Soigner les schémas de pensée. Une approche de la restructuration cognitive*. Paris: Dunod.
371. Salkovskis, P. (2007). Cognitive-behavioural treatment for panic. *Psychiatry*, 6(5), 193–197. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.03.002>
372. Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C., & Deale, A. C. (2003). *Cognitive-behavioral treatment for severe and persistent health anxiety (hypochondriasis)*. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(3), 353–367.  
<https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhg026>
373. Samuel - Lajeunesse, B., Mirabel - Sarron C.H., Vera L. Mehran F. *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. (2004). Dunod: Paris.
374. Sapolski, R. (2004). *Why zebras don't get ulcers*. Macmillian publishers: New York.
375. Segal, V.Z., Williams, J.M.G., Teasdale J.D. (2002). *Mindfulness based Cognitive Therapy for Depression*. The Guilford Press: New York.
376. Shafran, R., Clark D., Fairburn C., Arntz, A., Barlow, D., Ehlers, A., Freesto, M., Garety, P., Hollon, S., Ost, L., Salkovskis, P., Williams, J., Wilson, J. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11). <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.003>
377. Shaver, P. R., & Fraley, R. C. (2008). *Attachment, loss, and grief: Bowlby's views and current controversies*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., 48–77). The Guilford Press.

378. Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2008). Adult Attachment and Cognitive and Affective Reactions to Positive and Negative Events. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1844–1865. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00146.x>
379. Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117.
380. Skinner, B.F. (1974). *Pour une science du comportement: le behaviorisme*. Paris : Delachaux & Niestlé
381. Skinner, E., Edge, K., Altman, J., Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129(2). <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
382. Sijbrandij, M., Kunovski, I., Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*. <https://doi.org/10.1002/da.22533>
383. Sperry, L. (1997). Adlerian Psychotherapy and Cognitive Therapy: An Adlerian Perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11(3), 157–164. <https://www.proquest.com/docview/89071095>
384. Starkov, D. (2025). Mindfulness in modern cognitive-behavioral psychotherapy. *Kyiv Journal of Modern Psychology and Psychotherapy*, 10, 145–162. <https://doi.org/10.48020/mppj.2025.02.12>
385. Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>

386. Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
387. Taylor, C., Bee, P., Haddock, G. (2016). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy*, 90(3), 456–479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
388. Tisseyre, M., Hudon, A., Giguère C., Vallières A., Bastien C., Bérubé F., Cailho, L. (2022). Insomnia and suicide risk in cluster B personality disorder: A comparative cross-sectional study. *Santé mentale au Québec*, 47(2), 113–139. <https://doi.org/10.7202/1098897ar>
389. Tol, W. A., Patel, V., Tomlinson, M., Baingana, F., Galappatti, A., Panter-Brick, C., ... van Ommeren, M. (2011). Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PLoS Medicine*, 8(9), e1001096. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001096>
390. Tonkin, L. (1996). Growing around grief - another way of looking at grief and recovery. *Bereavement Care*, 15(1), 10–11. <https://doi.org/10.1080/02682629608657376>
391. Topooco, N., Riper, H., Araya, R., Berensson, K., Conradi, H. J., Cuijpers, P., ... & Andersson, G. (2017). Attitudes towards digital treatment for depression: A European stakeholder survey. *Internet Interventions*, 8, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.01.001>
392. Torous, J., Lipschitz, J., Ng, M., & Firth, J. (2020). Dropout rates in clinical trials of smartphone apps for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 263, 413–419. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.019>
393. Van Noppen, B., Sassano-Higgins, S., Appasani, R., & Sapp, F. (2021). *Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: 2021 Update*. Focus (American Psychiatric Publishing), 19(4), 430–443. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20210015>
394. Vera L. (2014). *TCC chez l'enfant et l'adolescent*. Elsevier Masson.

395. Vygotsky's educational theory in cultural context. (2003). Edited by Alex Kozulin, Boris Gindis, Vladimir Ageyev, Suzanne Miller. Cambridge: Cambridge University Press
396. Vygotski, L.S. (2010). *Leçons de psychologie*. Traduction Olga Anokhina. Edition préparée par Michel Brossard. Paris: La Dispute.
397. Walsh, F. (2007). Traumatic Loss and Major Disasters: Strengthening Family and Community Resilience. *Family Process*, 46, 207–227.  
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x>
398. Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620–630.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.620>
399. Warwick, H. (Ed.). (1998). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*(P. M. Salkovskis, Ed.). Wiley.
400. Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105–117. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90023-C](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-C)
401. Watkins, L., Sprang, K., Rothbaum, B. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>
402. Weg, A. (2011). *OCD treatment through storytelling. A strategy for successful therapy*. Oxford University Press.
403. Weiner, L., Lachaux, E. (2022). *Mettre en œuvre un programme de psychoéducation pour la dépression*. Malakoff : Dunod.
404. Wells, A., & Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
405. Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.

406. Witkiewitz, K., Marlatt, A. (2007). Modeling the complexity of post-treatment drinking: it's a complex road to relapse. *Clinical Psychology Review*, 27(6).  
<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1995671&blobtype=pdf>
407. Wolitzky-Taylor, K., Horowitz, J., Powers, M., Telch, M. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1021-1037.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.007>
408. World Congress of Cognitive and Behavioural Therapies.  
<https://wccbt.org/>
409. World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th revision). Geneva: WHO.
410. World Health Organization. (2023). *Mental health and psychosocial support in Ukraine: Situation report*. Geneva: WHO.
411. Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). New York: Springer.
412. Wright J. (2006). Cognitive Behavior Therapy: Basic Principles and Recent Advances. *Focus Psychotherapy*, 4(2), 173–178.  
<https://doi.org/10.1176/foc.4.2.173>
413. Young, J., Beck, A. (1980). *Cognitive therapy scale: rating manual*. Philadelphia: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy
414. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
415. Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*.  
<https://doi.org/10.1037//0021-843X.105.2.181>
416. Академія когнітивно-поведінкової терапії. <https://cbt-academy.com.ua>

417. Український католицький університет. Магістерська програма «Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії». <https://ucu.edu.ua>
418. Національний технічний університет України «КПІ ім. Ігоря Сікорського». <https://kpi.ua>
419. Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Інститут психіатрії. <https://knu.ua>
420. Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Освітні програми з психології. <https://chnpu.edu.ua>
421. Київський інститут раціонально-інтуїтивної психотерапії «Я». <https://seminarov.net>
422. Larus School of Psychology. Курс «Когнітивно-поведінковий підхід у практичній психології». <https://larus.school>
423. UpPro School. Курс «Основи КПТ». <https://uppro.school>
424. Hideaway Psychological Center. (n.d.). Програма з когнітивно-поведінкової терапії. <https://hideaway.center>
425. PSY BRAIN. Курс «Основи КПТ». <https://psybrain.com.ua>
426. Міжнародний інститут психології. Курс «Когнітивно-поведінкова терапія: основи теорії та практики». <https://mip.in.ua>
427. International Education Centre (IEC). Курс «Когнітивно-поведінкова терапія». <https://iec.org.ua>
428. Oxford Cognitive Therapy Center. <https://www.octc.co.uk>

# ДОДАТКИ



## Становлення когнітивно-поведінкової терапії в історичному контексті

Період / Рік	Теорія / Автори	Опис	Вплив на КПТ
I ст. н.е.	Стоїцизм (Епіктет)	Контроль внутрішніх реакцій, інтерпретація подій.	Ідея про те, що не події викликають емоції, а їх інтерпретація.
XVII–XVIII ст.	Емпіризм (Локк, Гоббс, Юм)	Асоціативне навчання, значення досвіду, самоспостереження.	Основи поведінкового підходу та самоаналізу в КПТ.
кінець XIX – 1930	І. Павлов (класичне обумовлення)	Умовні рефлексі: нейтральний стимул викликає реакцію після асоціації з подразником.	Основа експозиційної терапії та технік десенсибілізації в КПТ.
1900–1950	Біхевіоризм (Б. Скіннер, Е. Торндайк) Оперантне обумовлення	Поведінка формується підкріпленням, або покаранням; S-R зв'язки.	Розвиток поведінкових технік у КПТ: підкріплення, експозиція, тренінги.
1930–1940	Культурно-історична концепція (Л. Виготський)	Психіка формується у процесі соціальної взаємодії; роль мови, внутрішнього діалогу.	Основа для роботи з переконаннями, самоспостереженням, внутрішнім діалогом у КПТ.
1930–1960	Г. Сельє Теорія біологічного стресу	Стрес як загальна реакція організму на подразник.	Техніки подолання стресу, психоедукація, стратегії подолання
1940–1950	К. Роджерс Гуманістична психологія	Безумовне прийняття, цілісність особистості, емпатія.	Підвищення ролі терапевтичного альянсу, емпатії та підтримки в КПТ.
1950–1970	Ж. Піаже Когнітивна психологія	Розвиток мислення, когнітивні схеми.	Ідеї про когнітивні спотворення, схеми, навчання.
1950–1960	А. Еліс (Раціонально-емоційна терапія)	Ірраціональні переконання.	Формування базових технік КПТ, вплив мислення на емоції.
1960–1970	А. Бек Когнітивно-поведінкова терапія	Когнітивні спотворення, автоматичні думки.	Основи когнітивно-поведінкової терапії, впровадження системної когнітивної роботи.
1966–1984	Р. Лазарус транзакційна теорія стресу і копінг	Взаємодія емоції, поведінка, фізіологія як єдиний процес.	Модифікація когнітивних схем оцінки, що зменшує дистрес і підвищує ефективність копінг-стратегій.

Період / Рік	Теорія / Автори	Опис	Вплив на КПТ
1977	А. Бандура соціальне навчання	Навчання через моделювання, самоефективність.	Розвиток навичок, впевненість у КПТ. Комплексне оцінювання пацієнтів у КПТ.
1980–1990	Д. Енгель біопсихосоціальна модель	Хвороба як взаємодія біо, психо-, соціальних факторів.	Психоедукація в КПТ.
1958–1970	Д. Вольпе Систематична десенсибілізація для лікування тривожних розладів.	Систематична десенсибілізація, релаксація.	Поведінкові експерименти, експозиційна терапія при фобіях, ПТСР, генералізованій тривозі в КПТ.
1980–1990	М. Лінехан Діалектико-поведінкова терапія	Лікування межового розладу особистості. Поєднує когнітивно-поведінкові техніки з навичками майндфулнесу, емоційної регуляції, толерантності до стресу та міжособистісної ефективності.	Розширення застосування КПТ на складні клінічні випадки (самопошкодження, емоційна нестабільність); посилення прийняття, усвідомленості у третій хвилі КПТ.
	Д. Янг Схема-терапія	Інтегративний підхід, зміна глибинних дезадаптивних схем, які формуються в дитинстві та зумовлюють емоційні й поведінкові проблеми.	Розширення КПТ у довготривалу терапію з розладами особистості; інтеграція емоційно-фокусованих технік.
1990	С. Хейз АСТ Терапія прийняття і відповідальності	Прийняття внутрішніх переживань, усвідомленість	Збагатив КПТ практиками усвідомленості, прийняття та ціннісного орієнтування; центральний підхід третьої хвилі КПТ
2000	З. Сегал, М. Вільямс, Д. Тісдейл Майндфулнес Усвідомлена когнітивна терапія (МВСТ)	Спостереження за думками без судження та ідентифікації автоматичних негативних патернів.	Розширення інструментів КПТ; інтеграція усвідомленості в клінічну практику; профілактика депресії та лікування тривожних розладів.

**Навчальний курс «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни»**

**Модуль 1. Основи теорії когнітивно-поведінкової терапії**

*Мета:* формування базових теоретичних та практичних компетентностей КПТ-фахівця, ознайомлення з історією розвитку та концептуальними засадами когнітивно-поведінкової терапії.

*Компетентності:* здатність розуміти та застосовувати базову когнітивну модель; уміння оцінювати реальність автоматичних думок і змінювати способи мислення; навички рефлексії, діагностики та когнітивно-поведінкової концептуалізації.

*Зміст модуля:* історія розвитку КПТ; принципи КПТ; когнітивна модель; базові характеристики КПТ; рівні когніцій; когнітивні спотворення; негативні автоматичні думки; глибинні переконання; схеми; діагностика та концептуалізація в методі КПТ.

*Заняття 1.1*

*Зміст заняття:* історія розвитку КПТ; становлення когнітивно-поведінкової парадигми; когнітивна модель.

*Хід заняття*

Вступна частина: привітання тренера, знайомство з учасниками, презентація тренера. Учасників інформують порядок денний, про тему, мету, завдання і результати навчання, обговорення правил роботи, очікувань учасників. Час 15 хвилин.

*Основна частина:* презентація історії розвитку КПТ. Тренер розкриває історію розвитку КПТ, вплив на формування КПТ донаукової та наукової психології: філософська школа стоїків, А. Бек, А. Еліс, Д. Мейхенбаум Д., Л. Виготський, оперантне та класичне обумовлення, біхевіоризм та когнітивна психологія.

Тренер: «Результати досліджень про КПТ показали, що КПТ широко застосовується в лікуванні тривоги, депресії, розладів особистості, а також інших проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям дорослих, дітей та підлітків.» Тренер наводить приклади наукових статей щодо роботи у методі КПТ з різними психічними розладами.

Час 15 хвилин

Тренер: Когнітивно-поведінкова терапія ґрунтується на когнітивній моделі, яка показує взаємозв'язок думок, емоцій, фізіологічних симптомів та поведінки. Розгляд когнітивної моделі разом із учасниками. Наведення прикладів спонтанних висловлювань. Залучення учасників до дискусії.

Тренер: «Уявіть, що Ваш добрий знайомий йде вулицею і не вітається з Вами. Про що Ви подумаєте? Які почуття викличе ця думка? Якими будуть Ваші дії?» Тренер просить учасників поділитися своїми думками. Дискусія 15 хвилин.

*Вправа з картою.*

Тренер представляє картку (можливе використання метафоричних асоціативних карт) із зображенням сюжету, і просити учасників відповісти на запитання:

- Що зображено на картці ?
  - Яка дія виконується?
  - Які думки, почуття, емоції у вас виникають, дивлячись на зображення?
  - Що приваблює на зображенні?
  - Що можете розповісти про персонаж та які висновки зробити?
- Дайте назву цій картинці.

Учасники поділяються на групи. На завдання виділяється 10 хвилин роботи у групі, після чого кожна група представляє свої результати. Тривалість вправи до 15 хвилин.

Тренер: Які принципи, характеристики КПТ Ви вже знаєте? (залучення аудиторії до рефлексії). Розглянемо принципи КПТ за Д. Бек, Д. Вестбрук,

Ж. Котро, а також принципи проектування плану КПТ з клієнтом. 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 сьогоденні, попередження рецидивів і навчання пацієнта бути самому собі терапевтом, структурованість сесій, виявлення та оцінка пацієнтами своїх дисфункціональних думок, використання низки технік, які допомагають змінювати хід думок та поведінку.

Тренер: Оцінка та концептуалізація випадку передбачає діагностику симптомів, історії та когнітивних моделей клієнта для виявлення конкретних проблем та циклів, що підтримують проблему. Другий крок, це визначення чітких, конкретних цілей, разом з клієнтом. Ці цілі повинні бути реалістичними та служити основною метою терапії. Орієнтація певна бути на симптоми і функціонування, що заважає клієнту зараз. Необхідно враховувати як емоційне регулювання, так і практичні зміни в поведінці, щоб прогрес було легко відстежити. Найважливішу роль грає психоосвітня складова, ознайомлення клієнта з когнітивною моделлю, як взаємопов'язані його думки, почуття, поведінка. Як зміна цих патернів може покращити функціонування. В плані терапії здобуття клієнтом навичок рефлексії, когнітивної реструктуризації, розв'язання проблем, техніки релаксації та поведінкова активація. В рамках проведення когнітивної реструктуризації виявляють когнітивні спотворення, допомагають клієнтам розпізнати та оскаржити неадаптивні думкові патерні, наприклад катастрофізація, чорно-біле мислення. Клієнт за допомогою психолога навчається замінювати негативні думки на більш збалансовані та реалістичні.

Поведінкові інтервенції включають поведінкову активацію, експозицію, практику навичок. Клієнтів заохочують брати участь у позитивних діяльностях, які покращують настрій і знижують уникання. В експозиційній терапії, в контрольованих умовах, клієнтів поступово піддають ситуаціям, яких

вони бояться, для зниження тривожності. Використовують рольові ігри та поведінкові репетиції для практики нових навичок у безпечному середовищі.

Структура сесії включає огляд домашніх завдань, визначення порядку денного, ведення нового матеріалу та підсумок з визначенням домашнього завдання, зворотній зв'язок.

КПТ наголошує на співпраці між терапевтом і клієнтом. Терапевт надає керівництво, але клієнт є активним учасником свого лікування, або особистісного зростання. Метою є стати самому себе терапевтом, допомогти клієнту у подоланні майбутніх труднощів, надаючи йому інструменти для самоконтролю і підтримки.

Моніторинг прогресу та коригування дозволяють відслідковувати прогрес у досягненні цілей терапії протягом всього процесу та коригувати інтервенції за потреби. Важливо вносити зміни в план лікування на основі постійних оцінок та відгуків клієнта.

#### *Вправа Формула ABC*

Ця вправа допомагає показати важливість способу мислення. Пояснення починається з формули «А - С». «А» означає активізуючу подію, ситуацію, у якій ви опинилися, стимул, усе, що зумовлює реагування. «С» позначає наслідки «А», емоції, поведінку, події. За цією формулою «А» викликає «С». Тепер розглянемо формулу «А - В - С». «В» означає когніції, переконання, наші уявлення про ситуацію, думки, образи, сприйняття, інтерпретації та висновки, які ми робимо щодо «А».

Розгляньте запропоновані ситуації за формулою ABC, де немає В. Вам потрібно вгадати, які думки (В) потрібно вставити, щоб зв'язати ситуацію (А) та емоції (С).

1. Начальник Євгена звернув увагу на упущення проведеної роботи. Після цього Євген почував себе пригніченим.

2. Чоловік Катерини отримує нове підвищення по службі, вона засмучується, дізнавшись про цю новину.

3. У Ольги почастишало серцебиття. Їй стало страшно.

Наведіть три приклада, в яких ваші думки викликали емоції С.

Тривалість вправи 15 хвилин.

Перерва 15 хвилин

Тренер розкриває тему базових характеристик та принципів КПТ з презентацією Power Point. Результативність когнітивно-поведінкової терапії залежить від низки основних характеристик та їх застосування під час терапії. 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.

Час 20 хвилин

*Вправа «Кероване відкриття»*

Використання Сократовських запитань і рольова гра по групах.

Уявіть собі що ваш клієнт втратив впевненість у здатності працювати в команді, він вважає, що його вклад не цінний і що він нічим не може бути корисним. Завдання для ролі психолога – спрямувати увагу клієнта на його можливості, які раніше були поза його увагою. Питання певні бути такими, щоб клієнт мог відповісти на них і відповідь відкривала для нього нові перспективи.

Учасникам пропонується придумати свої питання і практикувати в малих групах в обидві сторони клієнт-психолог задавати Сократівські питання.

Приклади Сократівських запитань :

- Що говорить на користь цієї думки?
- Які можна навести факти того, що думка недостовірна?
- Як можна по-іншому поглянути на цю ситуацію?
- Що найгіршого в цій ситуації може статися? Як Ви справлятиметеся з цим?
- Що найкращого може статися у цій ситуації?

- Який із варіантів найбільш реалістичний?
- Як впливає на Вас, коли Ви говорите собі ....
- Якби Ваш друг так думав у такій ситуації, що б Ви йому порадили?

Час для обговорення 15 хвилин

### *Вправа Щоденник думок*

Ведення щоденника спрямовано на усвідомлення автоматичних процесів. За допомогою щоденника думок можна переоцінити думки та образи, які відносяться до проблемних областей клієнта та викликають неприємні почуття. Ця базова вправа когнітивно-поведінкової практики, яка вчить клієнта відзначати те, що відбувається з ним, розуміти зв'язок думок і емоцій, розвиває рефлексію.

Учасникам даються інструкції, як заповнити щоденник думок, включаючи дату, думку, емоцію та поведінкові реакції. Типові питання при заповненні щоденника думок:

- Що промайнуло у Вас у голові?
- Наскільки Ви переконані, що це правда? Зауважте достовірність думки за шкалою від 0-10.
- Які емоції виникають, оцініть від 0-10.
- Що Ви відчуваєте у тілі? Де у тілі відчуваєте? Які фізіологічні симптоми виникають?
- Що Ви робите, коли так думаєте та відчуваєте? Яка поведінка супроводжує ці емоції та думки?

### *Заклучна частина*

Тренер пропонує учасникам начати ведення щоденника протягом всього терміну навчання для власної практики. Час надання зворотнього зв'язку. Підсумки. Час 10 хвилин.

## *Заняття 1.2*



*Зміст заняття:* рівні когніцій і когнітивні спотворення; негативні автоматичні думки (НАМ); глибинні переконання та схеми; діагностика в методі КПТ; когнітивно-поведінкова концептуалізація.

*Хід заняття.*

*Вступна частина:* вітання тренера, порядок денний, мета і завдання цього заняття. Щоденник думок – зворотній зв'язок. Час до 10 хвилин.

*Основна частина:*

Рівні когніцій, глибинні переконання, поняття схема та приклади схем. Список когнітивних спотворень. Презентація у Power Point. Час 15 хвилин

*Вправа «Тестування автоматичних думок».*

Тренер виявляє та розбирає автоматичні думки за допомогою когнітивної моделі. Усвідомлення думок, перевірка включає ключові питання. Ключове питання «Про що Ви подумали?».

Після виявлення автоматичної думки, визначається наскільки вона важлива і яку емоційну, фізіологічну та поведінкову реакцію викликає.

Принцип емпіризму в оспорюванні когніції передбачає оцінку автоматичної думки разом із клієнтом, разом перевіряється її достовірність і корисність, разом формулюється адаптивна відповідь. Повторення списку сократівських питань для оцінки автоматичної думки. Перевірка думок включає докази, альтернативні думки, спотворення, за і проти, висновки, план дій. Приклади думок з клінічних випадків, або щоденників думок (за побажанням учасників) Час 15 хвилин

*Вправа «За і проти»*

Вправа для виконання в малих групах. Мета цієї вправи полягає в тому, щоб об'єктивніше, з різних точок зору, подивитися на проблемну ситуацію і перестати концентруватися тільки на негативі. Припустимо, у молодій людині є страх, що вона не впорається із завданнями на новій посаді роботи. Учасникам запропоновано виписати у дві графи аргументи «за» та «проти» його думки.

*Наприклад:*

За	Проти
Це нові та складні завдання для мене, я ніколи раніше їх не робив.	На своєму колишньому робочому місці я теж стикався з новими завданнями і вирішував їх.
Я не зможу зрозуміти і запам'ятати все, що потрібно для ведення обліку в базі даних.	Ведення обліку в базі даних – не єдиний і не основний обов'язок нової посади.
Я вже був покараний фінансово за помилки у контрактних документах із клієнтами.	Водночас я був провідним з продажу відділу та нагороджений за забезпечення безперервного продажу з ключовою групою клієнтів.
Я зроблю помилки.	Я вже робив помилки і багато чого навчився, виправляючи їх, я набуду досвіду.

Порівнявши аргументи "за" і "проти", дає можливість підійти до завдань нової посади з новою думкою. Наприклад: «Цей хоч і складно для мене, але я маю досвід та добрі результати у вирішенні різних завдань. До того ж, помилка в обліку в базі даних - не єдине, що вплине на підсумкові результати успішності на новій роботі». Час 20 хвилин.

Перерва 15 хвилин

*Тема:* Діагностика в методі КПТ, концептуалізація, складові, практичні приклади. Презентація в Power Point 20 хвилин

*Завдання для малих груп:* на прикладі казки Г.Х. Андерсена написати концептуалізацію випадку головного героя. 20 хвилин. Обговорення 10 хвилин.

Структура концептуалізації.

Які проблеми, що саме турбує персонаж ?

- Каченя відчуває себе непотрібним і поганим через своє фізичне відрізняння від інших (зовнішній вигляд). Воно страждає від самокритики та

відчуття глибокої невідповідності. Його сприйняття себе є негативним, тому що він не вписується в навколишній світ.

- Відчуття відторгнення від інших (їхнє ставлення до нього негативне). Каченя відчуває, що його не люблять і не приймають, що посилює емоційну біль.

- Які є негативні когніції ?

- « Я негарний і непотрібний » – це центральна негативна думка, яка обмежує самооцінку.

- « Мене не люблять, я не зможу бути частиною чогось хорошого » – негативне ставлення оточення закріплює почуття відчуження.

- « Я завжди буду самотнім » – уява про майбутнє на основі минулих невдач.

- Емоційні та поведінкові реакції:

- Емоції: сум, тривога, депресія, злість, розчарування, смуток через незадоволення своєю зовнішністю.

- Поведінка: відхід від інших (ізоляція), уникання соціальних ситуацій, самокритика.

Розвиток проблеми:

Сім'я. Що чуло про себе маленьке качення? Яке було до нього ставлення?

Погіршення ситуації через когнітивні спотворення:

- Когнітивне спотворення: катастрофізація. Каченя передбачає найгірші варіанти розвитку подій, думаючи, що він завжди буде “тидким” і “неприятним” для інших.

- Чорнобіле мислення: “Я не такий, як інші, тому я поганий.”

- Загальніші узагальнення: якщо одне каченя відмовляється від нього, то всі від нього відмовляться.

Терапевтичний процес: Що підтримує проблему?

План терапії. Ідентифікація та переоцінка когніцій. Працювати з негативними переконаннями, допомагаючи герою зрозуміти, що його

уявлення про себе не є об'єктивними. Наприклад, коли він зрозуміє, що його зовнішній вигляд не визначає його цінність, а поведінка і внутрішня доброта важливіші.

Позитивне ставлення до себе: терапевт може допомогти каченяті формувати більш здорову самооцінку, фокусуючи його увагу на внутрішніх якостях і розвитку. Підтримка соціальних взаємодій: каченя може навчитися налагоджувати контакти з іншими, якщо зосередиться на позитивних аспектах комунікації та взаємодії.

Важливу роль у терапії відіграє оточення, яке може допомогти каченяті побачити власну цінність (як, наприклад, пізніше на допомогу приходять лебеді, які підтверджують його унікальність). Як тільки каченя проходить етап самопізнання і прийняття, він може побачити себе в іншому світлі - не "гидким", а чудовим лебедем, який зрештою знаходить своє місце у світі. Це символізує досягнення гармонії між внутрішнім і зовнішнім сприйняттям себе.

КПТ в контексті цієї казки допомагає герою працювати з його негативними переконаннями про себе, розвивати позитивне ставлення до себе і світу, а також розвивати навички адаптації і взаємодії з оточенням.

*Заключна частина:* зворотній зв'язок - 10 хвилин

*Додаткова вправа: «Когнітивні спотворення: рольова гра»*

Учасникам пропонується вибрати один із патернів мислення з переліку когнітивних спотворень та подати перед групою протягом 1-3 хвилин приклад такого мислення, не називаючи його прямо. Учасники групи відгадують задуманий патерн, діляться своїми варіантами. 20 хвилин робота в групі, 10 хвилин учасники групи діляться досвідом.

## **Модуль 2. Когнітивно-поведінкова терапія депресії.**

### **Заняття 2.1.**

Мета: формування професійних компетентностей КПТ-фахівця у застосуванні когнітивно-поведінкових методів у роботі з депресією.

Компетентності: здатність застосовувати базові когнітивно-поведінкові моделі депресії; уміння здійснювати ідентифікацію та тестування негативних автоматичних думок; навички використання поведінкової активації та планування профілактики рецидиву.

Зміст модуля: проблема депресії; когнітивна модель депресії; терапевтичні відносини та структура сесії; роль емоцій; когнітивно-поведінковий підхід до виявлення та тестування негативних автоматичних думок; поведінкова активація; попередження рецидиву.

#### Вступна частина

Для залучення учасників до теми психолог запитує про щоденник думок, рефлексію, позицію спостерігача, обговорення взаємозв'язка думок, емоційних і фізіологічних реакцій. Представляє порядок денний: огляд проблеми депресії, когнітивна модель депресії, когнітивна тріада, цінності і цілі, поведінкова активація. Час 10 хвилин

#### Основна частина

##### *Вправа «Когнітивна тріада депресії»*

- Об'єднайтеся в групи, поміркуйте, що таке депресивні розлади.
- Опишіть людину із депресією.
- Що думають люди з депресією (про себе, світ і майбутнє)?
- Що відчують люди з депресією?

Час в групах 10 хвилин, дискусія 10 хвилин «Когнітивна модель депресії»

Тренер: «Розглянемо важливі особливості, які відрізняють горе від клінічної депресії. З горем самооцінка залишається відносно незмінною. Сам процес скорботи є здоровим і адаптивним, як активний процес горювання, що призводить до емоційного зцілення. За клінічної депресії самооцінка завжди знижується, а депресію відносять до патологічних станів. Звичайне горе може перерости в клінічну депресію. Клінічна депресія характеризується своєю інтенсивністю, тривалістю, впливом на нормальне повсякденне функціонування людини.»

Тренер звертається до учасників: «Що варто розповісти клієнту з депресією про депресію? Як Ви думаєте, що важливо і чому?»

«Згідно з оцінками ВООЗ близько 3,8% населення, 280 мільйонів людей страждають на депресію. Співвідношення захворюваності на депресію у жінок і чоловіків становить 2:1. Депресія може призвести до самогубства.»

До основних симптомів депресії відносять зниження настрою, зниження мотивації, відсутність відчуття задоволення. Розгляд з групою учасників симптомів депресії згідно з критеріями DSM-5, симптоми депресії в когнітивній, емоційній, поведінковій сферах. 10 хвилин

У людини в стані депресії виникають важкі думки із самозвинуваченням про власну «лінь», «безвідповідальність». Когнітивна тріада депресии Бека включає думки про себе «Я нічого не варта, я невдаха, я винен, я нікуди не вписуюсь, некомпетентний, не вартий любові», думки про світ «світ жорстокий і в ньому погано», постійне очікування найгіршого в житті в майбутньому «нічого доброго мене не чекає, мої зусилля нічого не змінять». Люди з депресією схильні сприймати та пам'ятати негативні події більше ніж позитивні, мають схильність до надмірного негативного узагальнення, дихотомічного мислення, надвисоких стандартів, катастрофізації, самозвинувачення.

Модель надрізаної булочки Падескі та Грінбергер ілюструє зв'язок автоматичних думок та емоцій, які, своєю чергою, впливають на тілесну та поведінкову реакції. Звернемо увагу й на існування зворотного циклу. Наші емоції, наприклад, гніву чи тривоги, створюють ефект тунельного сприйняття. Відчуваючи гнів, ми думаємо про кривдника, за тривоги думаємо про небезпеку. Фізіологічний стан також впливає на наші емоції та думки. Поведінка чинить певний вплив на всі елементи ланцюжка, наприклад, уникнення підкріплює тривогу і думки про небезпеку. У разі роботи з уникненням, людина починає менше тривожиться, а тривожні думки стають менш переконливими. Думки, емоції, тілесні реакції та поведінка тісно

пов'язані між собою й утворюють єдину систему. Людина може безпосередньо впливати на своє мислення.

До підтримувальних циклів депресії належить депресивний цикл, коли пригнічений настрій пов'язаний з негативними інтерпретаціями симптомів, негативне бачення себе підтримує пригніченість. Цикл зниження активності характеризується поганим настроєм, оскільки відсутня діяльність. Про важливість діяльності для психічного здоров'я і для розвитку особистості людини писали багато вітчизняних та українських психологів та вчених. Когнітивні спотворення і симптоми впливають на неприйняття рішень і невирішеність проблем, при цьому виникає відчуття безнадійності, може розвиватися вивчена безпорадність. Робота з постановкою цілей і визначенням цінностей.

Тренер: Постановка цілей і визначення цінностей є важливими складовими в роботі з депресією. Часто психологи, які консультують у методі КПТ, стикаються з проблемами мотивації, нерозумінням для чого складати щоденник думок, або опором до поведінкової активації. Саме розгляд цінностей, того, що є важливим для клієнта, допомагає в постановці цілей і підтримки мотивації. Для того, щоб зрозуміти що клієнт робить, або що він робить недостатньо, для того, щоб досягти своїх цілей, пропонується розглянути графік дня.

Робота в малих групах. У малих групах виконайте вправу на визначення цінностей, у рольовій грі терапевт-клієнт-спостерегач.

#### *Вправа «Визнач цінності»*

Вправа на визначення цінностей допомагає клієнтам зрозуміти, що для них дійсно важливо, що дає сенс і мету в житті.

#### Крок 1: Роздуми над важливими сферами життя

Запишіть 5 основних сфер вашого життя, які є важливими для вас. Це можуть бути:

- Сім'я та близькі стосунки
- Кар'єра та професійне зростання

- Здоров'я та фізична активність
- Особистий розвиток (навчання, самоосвіта, духовний розвиток)
- Дружба та соціальні взаємодії
- Відпочинок, хобі та дозволя
- Фінансовий розвиток
- Допомогати іншим
- Довірчі та чесні взаємини
- Справедливість
- Надійність, відповідальність
- Цілеспрямованість

Подумайте про своє життя через 5-10 років. Що б ви хотіли досягти в кожній сфері? Це допоможе виокремити ваші пріоритети.

Крок 2: Оцінка важливості для кожної сфери

Для кожної сфери з вашого списку оцініть важливість на шкалі від 1 до 10, де 1 - це “не важливо зовсім”, а 10 – це “дуже важливо для мене”.

Крок 3: Формулювання цінностей у кожній сфері

Для кожної сфери визначте, які цінності для вас є найважливішими. Це можуть бути конкретні принципи або ідеї, що керують вашою поведінкою в цій сфері. Сім'я та близькі стосунки: любов, підтримка, чесність, взаємоповага.

Крок 4: Оцінка відповідності життєвих дій цінностям

Подумайте про ваші повсякденні дії в цих сферах. Чи відповідають вони вашим цінностям? Для цього дайте собі відповідь на питання:

Що я роблю щодня, щоб жити згідно з цими цінностями? Де я можу зробити зміни, щоб мої дії краще відображали те, що для мене важливо?

Планування змін – вибрати конкретну ціль, яка підтримує цю цінність. Припустимо, Ви поставили за ціль знайти роботу. Цю ціль потрібно розбити на кілька дрібніших кроків. Наприклад, пошук вакансій, їхній вибір, подання заявки, пройти співбесіду. Запишіть кроки до цілі і можливі труднощі.



Для сім'ї: можна запланувати більше часу на спільні активності з родиною.

Для кар'єри: може бути корисним записатися на курси для професійного розвитку або планувати кар'єрні цілі.

Для здоров'я: почати регулярно займатися спортом або уважніше ставитися до харчування.

Визначення цінностей може стати основою для змін у житті, особливо якщо ви відчуваєте, що ваші дії не відповідають тому, що ви хочете від себе і від життя в цілому. Постарайтеся вибрати ті цінності, з якими Вам цікаво працювати зараз.

Візуалізуйте, що було б, якби Ви змогли досягти своїх прагнень. Що це означає для Вас. Які позитивні емоції ви відчуваєте, коли уявляєте це?

Обговорення 15 хвилин

Перерва 10 хвилин

*Поведінкова активація та розв'язання проблем*

Тренер: Ми знаємо, що поганий «депресивний» настрій впливає на зниження діяльності, втрату отримання задоволення від досягнень. У формуванні поведінкової активації необхідно враховувати цілі та цінності клієнта. Пропонується попросити клієнта розповісти про свій звичайний день і записати чим він займається, погодинно.

Форма для заповнення графіка активностей

Час	Пон	Вів	Сер	Чет	П'ятн	Суб	Нед
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							

13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-00							

Зібрану інформацію можна використовувати з клієнтом як дослідження того, як він проводить свій день. Наскільки клієнт активний? З якими труднощами стикається? Далі можна дослідити чого клієнт робить занадто багато чи недостатньо? Які види діяльності, включені в графік, спрямовані на досягнення цілей і відповідають цінностям клієнта? Що по-справжньому важливо для клієнта? Покрокове планування досягнення цілей, беручи до уваги цінності клієнта. 15 хвилин

*Вправа: “План активності на тиждень”*

Виконання вправи в малих групах.

#### 1. Складіть список активностей

Спочатку подумайте про активності, які ви раніше знаходили цікавими або приємними. Навіть якщо зараз вони не здаються привабливими, постарайтеся згадати хоча б кілька варіантів:

- Заняття спортом чи фізичні вправи (йога, прогулянки, плавання, танці)
- Читання книг або журналів
- Зустрічі з друзями або родиною
- Творчість (малювання, музика, рукоділля)

- Погляд на улюблений фільм чи серіал
- Ведення щоденника або ведення творчих записів
- Допомога іншим (волонтерство)
- Прогулянки на природі
- Готування їжі

## 2. Оцініть рівень задоволення від кожної активності

Присвойте кожній діяльності рейтинг від 1 до 10, де 1 – це низький рівень задоволення, а 10 – дуже велике задоволення. Це допоможе визначити, які активності можуть дати вам найбільше позитивних емоцій. Наприклад: прогулянка на свіжому повітрі – 7, зустріч з другом – 6, малювання – 8.

## 3. Створіть план на тиждень

Поставьте перед собою мету на тиждень і плануйте щодня хоча б одну активність, яку ви будете робити. Зосередьтеся на активностях, які дають вам більше задоволення (оцінка 7-10). Кожен день записуйте в щоденнику, як вам вдалося виконати заплановану активність. Оцініть, як ви себе почували після виконання вправи або активності. Наприклад:

- Як ви себе почували після прогулянки? Більше енергії чи втома?
- Які емоції ви переживали після зустрічі з другом?
- Як змінився ваш настрій після того, як ви зробили творчий проект чи послушали музику?

Наприкінці тижня перегляньте свій план і оцінки. Подумайте, чи були активності, які виявились не такими корисними або приємними, як ви очікували. Якщо це так, замініть їх на інші варіанти або коригуйте підхід.

Тренер: Поведінкова активація сприяє тому, щоб людина почала більше взаємодіяти з навколишнім світом, зменшити уникання і соціальну ізоляцію, що часто є частиною депресії. Поступове відновлення активності допомагає покращити настрій і створює основу для більшої мотивації до змін у житті.

### *Вправа «Безпечне місце»*

Вправа на візуалізацію безпечне місце використовується при роботі з травмою, переживанні травмуючих подій. При емоційній пригніченості

безпечне місце допомагає пом'якшити інтенсивність емоцій. Як правило, безпечне місце краще візуалізувати на природі, однак якщо людина не відчувається в безпеці, це може бути місце в будинку.

Розташуйтеся зручно, закрийте очі. Подумайте про безпечне місце, де ви можете бути на самоті. Це місце не пов'язане з родичами та друзями. Можна вибрати місце на природі, де ви відчуваєтеся спокійно, безпечно. Опишіть це місце. Подивіться довкола себе, що ви бачите. Зверніть увагу на деталі. Подивіться ліворуч, праворуч, поблизу, в далечінь.

Які звуки ви чуєте тут? Дослухайтеся до них.

Що ви відчуваєте? Які відчуття кажуть вам, що ви тут? Відчуйте повітря на своїй шкірі, землю під ногами.

Вдихніть. Які відчуття у вас є під час вдиху, які запахи є тут? Яким словом можна описати почуття, які у вас виникають у цьому місці? Повторіть це слово в голові, залишаючись при цьому у своєму безпечному місці. Що ви відзначаєте? Що відбувається з вашим тілом? Побудьте ще тут. Подумки дорахуйте від 10 до 1 і повертайтеся, розплющуйте очі.

Ця вправа на візуалізацію допомагає при дистресі, спрямована на відновлення префронтальної зони головного мозку, яка відповідає за логічне мислення. Час 15 хвилин.

Адаптивні та дезадаптивні схеми, робота з негативним когнітивним викривленням, проблеми та сильні сторони, негативна та реалістична оцінка себе, оточуючих та майбутнього. Концептуалізація. Підтримуючі цикли депресії. 20 хвилин

Заключна частина: зворотній зв'язок - 10 хвилин

## *Заняття 2.2*

Зміст заняття: цикли депресії та чинники, що її підтримують; негативні автоматичні думки (НАМ); когнітивні спотворення; глибинні переконання; терапевтичні відносини та структура сесії в роботі з депресивними клієнтами;

формування порядку денного сесії; психоедукація; робота з рецидивом депресії.

Хід заняття. Вступна частина. Приклади з когнітивної моделі депресії. Приклади дихотомічного мислення «все або нічого». 10 хвилин

Основна частина. Терапевтичні відносини, структура сесії, порядок денний у роботі з депресивними клієнтами. Психоедукація: виявлення труднощів для клієнтів внаслідок симптомів депресії, «зі мною щось не так». Відсутність задоволення, завищені стандарти, нечітке планування 20 хвилин

Тренер: Що підтримує і поглиблює депресивний стан? Які негативні автоматичні думки (НАД) клієнта з депресією Ви можете назвати?

Приклад: “Я не справлюсь”, “Я не потрібен нікому”, “Все буде погано”.

- Негативні автоматичні думки виникають спонтанно і без свідомого контролю. Вони зазвичай стосуються власної неадекватності, безнадійності і безпорадності, що підтримують депресивний стан.

- Негативні переконання. Ядро переконань: “Я не здатний”, “Я не вартую любові”, “Світ – це місце, де немає надії”.

- Глибші переконання про себе, інших людей і світ, які формуються на основі негативного досвіду. Ці переконання визначають, як людина сприймає себе і навколишній світ.

Емоційні реакції: сум, тривога, безнадійність, порожнеча, розчарування.

Негативні думки і переконання призводять до посилення емоційного болю, що може включати безпорадність, страх, тугу, відчай та інші депресивні емоції.

Поведенкові реакції: уникання соціальних ситуацій, роботи, навчання або будь-яких діяльностей, які колись приносили задоволення. Ізоляція: Відмова від контактів з іншими людьми через відчуття, що вони не розуміють або не приймають. Зниження активності: Зниження рівня активності, збільшення часу, проведеного в ліжку або вдома, уникання фізичних вправ.

Фізіологічні симптоми: Порушення сну (безсоння або надмірна сонливість), зміни апетиту (зниження чи збільшення), втома, головні болі, біль у м'язах.

Депресія часто супроводжується тілесними симптомами, які можуть бути як наслідком, так і причиною погіршення емоційного стану.

Цикл підтримки депресії: негативні думки → Негативні емоції → Зниження активності → Погіршення настрою → Зростання негативних думок. Цей замкнений цикл посилює депресивний стан і важко з ним впоратися без втручання. План терапії може включати:

- Ідентифікація і переоцінка негативних думок: важливо навчитися розпізнавати автоматичні негативні думки і ставити їх під сумнів, перевіряти їх обґрунтованість. Клієнти вчаться знаходити більш реалістичні та позитивні варіанти мислення.

- Зміна глибших переконань: працювати з переконаннями, що лежать в основі негативних думок. Це може включати в себе навчання більш адаптивних та здорових переконань, таких як “Я можу досягти своїх цілей”, “Я вартую любові і підтримки”.

- Відновлення активності: стимулювання пацієнта до повернення до діяльностей, які колись приносили задоволення (наприклад, хобі, соціальна взаємодія, фізична активність).

- Навчання технік релаксації та управління стресом: вивчення методів релаксації, таких як глибоке дихання, медитація, прогресивна м'язова релаксація для зниження стресу та тривожності.

- Соціальна підтримка і взаємодія: заохочення до активної соціальної взаємодії, пошук підтримки серед близьких і друзів, щоб зменшити ізоляцію.

- Практичні вправи і домашні завдання: регулярні домашні завдання, які допомагають закріпити навички, здобуті в ході терапії. Це можуть бути письмові вправи для відстеження думок, поведінки та емоцій.

### *Вправа «Визначення автоматичних думок»*

Для визначення автоматичних думок можна зробити вправу в уяві, попросивши клієнта уявити в деталях нещодавню ситуацію, в якій він відчував занепокоєння, потім запитати «про що ви зараз подумали». Записувати та спостерігати за своїми думками пропонується коли виникає занепокоєння.

### *Вправа «Стрілка вниз»*

Негативні переконання про себе зазвичай діляться на три категорії: непривабливість, безпорадність і нікчемність. Ви можете визначити основні негативні переконання клієнта за допомогою техніки стрілки вниз.

Вправа «стрілка вниз» спрямоване виявлення проміжних і глибинних переконань. Його виконання можна розділити на три етапи: збір автоматичних думок, визначення їх значення та виявлення проміжних та глибинних переконань.

Вибирається одна з негативних автоматичних думок, при цьому важливо звернути увагу на тіло, яку емоційну та фізіологічну реакцію вона викликає. Цикл питань триває доки не досягне ключового переконання.

Що ця ситуація для вас означає? Опишіть фізіологічну реакцію. Уявіть, що ваша думка вірна, що це означає для вас? Опишіть фізіологічну реакцію.

Якщо ця думка є правдивою, то що це говорить про Вас? Опишіть фізіологічну реакцію. Якщо це так, то що тоді? Опишіть фізіологічну реакцію. Якщо це так, що це каже про мене? Цикл питань триває доки не досягне ключового переконання.

Робота в малих групах 15 хвилин

### *Вправа на розвиток свідомості*

Закрийте очі та зосередьте увагу на диханні. Слідкуйте за його дотриманням ритму. Ви дихаєте повільно, глибоко чи швидко під водою?

Закрийте очі та зосередьте увагу на диханні. Утримуйте увагу на відчутті того, як повітря проходить через ніздрі, легені, як піднімається і відкривається з диханням область грудної клітки, живота. Зупиніть увагу на своїх відчуттях, якщо ви помітили появу потоку думок, або якщо ваші думки починають

блукати – поверніть увагу на дихання. Не намагайтеся контролювати емоції, уникати їх. Дозвольте їм побути з Вами, безоціночно, без критики, доки ви фокусуєте увагу на диханні. Якщо з'являються думки, що відволікають, знову поверніть свою увагу до дихання. Тепер розплющте очі.

Додаткові питання:

- Оцініть інтенсивність емоцій спочатку та після вправи від 1-10.
- Як це було для Вас? Що ви помітили?
- Чи виникали думки?
- Чи змогли ви знову зосередити увагу на диханні?
- Чи змогли ви відпустити роздуми?

Час 15 хвилин

Попередження рецидиву. Підготовка до завершення терапії. Когнітивні та поведінкові стратегії. 20 хвилин

Тренер: Попередження рецидиву депресії базується на кількох ключових підходах, які спрямовані на підтримку стабільності психічного стану після закінчення терапії. Деякі стратегії:

- Ідентифікація і корекція негативних автоматичних думок (НАД): навчання клієнта виявляти і змінювати негативні думки, які можуть стати тригерами для рецидиву депресії.
- Покращення навичок вирішення проблем: клієнт вчиться справлятися з життєвими труднощами і стресом більш адаптивними способами, що знижує ймовірність депресивного стану.
- Розпізнавання і корекція когнітивних викривлень: це стосується схильності клієнта до перебільшення негативних аспектів життя та ігнорування позитивних.
- Складання плану дій на випадок рецидиву. Кожен клієнт може розробити план для того, як реагувати на перші ознаки депресії.
- Зміцнення соціальних зв'язків: підтримка здорових відносин з іншими людьми та підтримка в соціальних взаємодіях може зменшити ізоляцію та знизити ризик рецидиву.



- Підтримка здорових звичок: регулярна фізична активність, збалансоване харчування, хороший режим сну - ці фактори також можуть значно знижувати ймовірність повторення депресії.

- Постійна самопідтримка і звертання до терапевта: регулярні сеанси підтримуючої терапії після основного курсу КПТ допомагають утримувати позитивні зміни і перешкоджають рецидивам.

*Вправа для роботи з рецидивом*

В малих групах будь-ласка складайте план дій на випадок рецидиву депресії для клієнта. Обговорення 10 хвилин.

*Вправа «Розпізнавання і корекція негативних думок»*

Запишіть ситуацію, в якій відчуваєте себе погано, або починаєте помічати симптоми депресії. Наприклад, «моя колега похвалила мене за виконану роботу, але я не повірив у це.»

Запис думок. «Я не заслуговую на похвалу». Запишіть емоції, які ви відчуваєте під час цієї ситуації (сум, тривога, гнів, сором). Оцініть інтенсивність емоції за шкалою від 0 до 10 (де 0 – зовсім не відчуваю емоцій, а 10 – дуже сильне переживання). Наприклад, почуття суму на 7, безпорадності на 8.

*Аналіз думок.*

- Перегляньте свої автоматичні думки і запитайте:
- Чи є докази, що підтверджують ці думки ?
- Чи є альтернативні пояснення цієї ситуації ?
- Що б ви сказали своєму другові, якщо б він мав таку думку ?

Приклад: «Я не досяг всіх цілей, але я зробив важливий прогрес. Навіть якщо це не ідеально, я заслуговую на похвалу».

Перегляд емоцій. Як змінилася інтенсивність емоцій після того, як ви проаналізували свої думки ? Запишіть, як ви можете змінити свою поведінку в майбутньому, наприклад «наступного разу, коли хтось похвалить мене, я буду сприймати це з вдячністю, а не сумніватись в собі». Регулярне виконання

цієї вправи знижає ймовірність рецидиву депресії, клієнт вчиться краще розпізнавати свої емоції і відповідні їм реакції.

*Вправа. Психоедукація про депресію*

У рольовій грі проведіть психоедукацію клієнту про депресію, розкажіть про цей психічний розлад, приділіть увагу симптомам на протигау думкам «зі мною щось не так». Розкрийте в психоедукації основи когнітивної моделі, розкажіть про взаємозв'язок автоматичних думок, тригерів і настрою клієнта. Повідомте клієнту, як довго триватиме терапія.

Обговорення досвіда в групах, рефлексія 10 хвилин. Заключна частина: зворотній зв'язок – 10 хвилин

*Вправа «Пиріг відповідальності»*

Ця вправа рекомендована при роботі з клієнтами, які беруть на себе всю відповідальність за проблему, звинувачують себе за події у минулому та сьогоденні, мають глибинні переконання про свою відповідальність.

Пропонується перерахувати всіх людей, причетних до цієї ситуації. Малюється кругова діаграма, визначається відповідальність у відсотках кожної людини зі списку.

### **Модуль 3. Когнітивно-поведінкова терапія тривоги.**

Мета: формування професійних компетентностей КППТ-фахівця у застосуванні когнітивно-поведінкових методів у роботі з тривогою та тривожними розладами.

Компетентності: здатність аналізувати когнітивні моделі тривожних розладів і цикли проблемної тривоги; уміння здійснювати когнітивну реструктуризацію тривожних автоматичних думок; навички проведення психоедукації щодо тривоги; здатність планувати та реалізовувати поведінкові експерименти й експозицію.

Зміст модуля: когнітивні моделі тривожних розладів; цикли проблемної тривоги; когнітивна реструктуризація; психоедукація про тривогу; поведінковий експеримент; експозиція.

### *Заняття 3.1*

Зміст заняття: розвиток тривожного стану, реакція тривоги, характеристики тривоги і тривожних розладів, експозиція

Хід заняття

Вступна частина: Вітання, порядок денний, 10 хвилин

Тренер: Розглянемо розвиток тривожних станів. До факторів, що впливають на розвиток тривожних розладів включають генетичний, тип характеру, середовище. На розвиток тривожного стану впливає ставлення найближчого оточення, нестабільне сімейне оточення (дитина може не мати достатнього відчуття контролю), тривожність та гіперопіка опікунів. В темпераменті схильність до чутливості, сором'язливості і поведінкової загальмованості (боязнь перед новим досвідом).

Катастрофізація, зосередження фокусу уваги на собі «всі помічають, що я боюся». Клієнти з тривогою недооцінюють свої можливості справлятися з труднощами і перебільшують потенційну загрозу. Мама каже «ти не повинен йти до школи, якщо боїшся». Але, діти не вчаться, якщо батьки виконують за них важкі завдання.

Фактори, що підтримують тривожний розлад включають:

- Поведінкові: уникання, безпечна поведінка, пошук запевнення в інших, контроль і перевірка.
- Когнітивні: вибіркова увага, переоцінка загрози та недооцінка здатності впоратися, катастрофічність, увага, зосереджена на тілесних відчуттях, переконання про тривожне мислення.
- Соціальні: поведінка найближчого і віддаленого оточення.
- Біологічні: хвороби, стимулятори, нездоровий спосіб життя.

Згідно з дослідженнями А. Бандури, спостерігаючи за чимось, можемо навчитись боятися чогось. Наприклад, дитина каже, що «моя мама боїться павуків», і ця дитина вчиться боятися, спостерігаючи за реакцією своєї мами. Систематична десинтезація Вольпе передбачає систематичне стикання з

тривожними ситуаціями, після яких рекомендовано використовувати техніки релаксації.

Тренер: В основі тривоги лежить страх. Ця емоція сигналізує, що ми перебуваємо в небезпеці. Але коли страх недоречний або надмірний, не відповідає реальності, то людина справляється з ним такими способами як уникнення. Тривога завжди зорієнтована на майбутнє, вона виникає за таких думок «що, якщо», «а раптом», коли людина припускає, що якась майбутня ситуація чи подія можуть призвести до неконтрольованої небезпеки, загрози життю чи інтересам.

Когнітивна робота націлена на страх, що лежить в основі тривоги. Для того, щоб ефективно використовувати стратегії когнітивної терапії в зниженні тривоги, необхідно розглянути, який страх лежить в основі. Тренер пропонує визначити базовий страх у станах тривоги.

*Вправа. Визначення базового страху*

Візьміть аркуш і розділіть його на дві частини. Зліва опишіть тривогу, що змушує відчувати тривогу, які ситуації слугують тригерами? Яких дій Ви уникаєте, що вони змушують Вас тривожитися? Справа запишіть базовий страх, що лежить в основі тривоги. Що може статися внаслідок тривоги? Які катастрофічні наслідки можна очікувати? Що загрожує Вам і Вашим близьким?

Стан тривоги	Базовий страх

Для того, щоб визначити страх, запитайте себе «що так засмучує мене в цій ситуації, що загрожує?

**Приклади:**

Ліна тривожиться щоразу, коли потрібно піти в супермаркет, страх - панічна атака в супермаркеті, думка «я впаду перед людьми».

Олексій тривожиться коли відчуває серцебиття, думка «я не впораюся, моє серце дуже сильно калатає», страх - зі мною станеться щось непоправне.

Час для виконання вправи 5 хвилин. Обговорення 10 хвилин.

Тренер: звертається до групи, і питає «як проявляється тривога»? Залучення учасників до дискусії. «Як проявляється тривога фізично, емоційно, поведінково і когнітивно ? »

До фізичних симптомів відносять прискорене серцебиття і дихання, біль або здавлювання в грудях, запаморочення, озноб, потовиділення, жар, розлад шлунку, тремтіння, слабкість, нестійкість, напруження м'язів, сухість у роті.

До когнітивних симптомів - страх втрати контролю, хвороби, смерті, образи, що лякають, негативна оцінка оточення, погіршення пам'яті, втрата об'єктивності. До поведінкових проявів тривоги відносять уникнення загроз, пошук безпеки, гіпервентиляцію легенів, заціпеніння, утрудненість мовлення. Емоційні симптоми - нервозність, страх, дратівливість, нетерплячість, напруження. Часто можна відчувати пригніченість через тривогу. Зрозумівши складові своєї тривоги, до неї можна застосувати стратегії когнітивної терапії.

Тренер: Підвищену тривожність характеризує надмірна вираженість у ситуаціях, які в більшості людей не викликають занепокоєння. Люди з патологічною тривогою відчують цей стан протягом тривалого часу, він може тривати годинами, днями. Негативні наслідки тривоги стають помітними, впливають на багато сфер життя. Наприклад, люди з генералізованим тривожним розладом вночі погано сплять через переживання, або при соціальній тривозі уникають контактів та ізолюються від суспільства.

Генералізований тривожний розлад – це психічний розлад, який характеризується постійним і надмірним відчуттям тривоги або хвилювання з приводу різних аспектів життя. Людина з ГТР переживає за роботу, здоров'я, відносини, майбутнє. Переживання можуть бути дуже виснажливими. Симптоми ГТР: постійна тривога, проблеми зі сном, м'язова напруга, головної біль, втомленість, порушення концентрації уваги. Думки «А що, якщо ?», «щось погане має статися».

Основні компоненти когнітивної моделі ГТР: думки «якщо не буду контролювати ситуацію, все буде погано», непереносимість невизначеності, катастрофізація, невпевненість у власних можливостях, нереалістичні очікування, уникання та надмірне планування. Виникнення тривоги за когнітивною моделлю ГТР передбачає сприйняття ситуації як небезпечної, коли загроз немає. Катастрофічне мислення активують емоційну реакцію тривоги, що посилює поведінку уникання та надмірного контролю. Це порочне коло підтримує тривожність. У лікуванні ГТР особлива увага приділяється:

- розірванню підтримуючого тривогу циклу через усвідомлення переживань і виявлення реальних страхів клієнта
- прийняття невизначеності, визначення проблемних когніцій
- подолання уникнення через виявлення страхів за питанням «як що?» поступове піддавання себе ситуаціям, що викликають тривогу, через проведення експозиції до страхів
- навички релаксації

Тренер: Панічний розлад – це психічний розлад, який характеризується раптовими та інтенсивними нападами паніки. Паніка – сильний емоційний стан тривоги, страху, що виникає без видимих причин і досягає свого піку за короткий час. Людина може вважати, що вона переживає серйозну фізичну або психічну кризу. Панічний напад – інтенсивний період страху який досягає свого піку протягом кількох хвилин. Під час нападу людина може відчувати такі симптоми: серцебиття, пітливість, тремтіння, дискомфорт у грудях, відчуття задухи, нудота у животі, запаморочення, відчуження від реальності, відчуття наближення катастрофи.

Людина може почати уникати ситуацій або місць, де цей напад стався, щоб уникнути повторення. Це може призвести до обмеження діяльності та розвитку агорофобії – страху місць, де важко отримати допомогу в разі нападу.

Когнітивна модель визначає катастрофічні думки клієнта, які перебільшують серйозність ситуації, наприклад відчуття серцебиття може

бути інтерпретоване як ознака серцевого нападу, а також катастрофізацію, фокус уваги на фізичні симптоми, страх втрати контролю, уникання, інтерпретація фізіологічних змін як загрозливих.

В подоланні панічного розладу за допомогою КПТ клієнти виявляють катастрофічні інтерпретації своїх фізичних симптомів, і заміняють їх на більш реалістичні. Проведення експозиції дозволяє клієнту зрозуміти, що фізичні симптоми не є небезпечними, а панічні атаки не призводять до катастрофи.

#### *Вправа «Сенсорне заземлення»*

Вправа допомагає клієнтам зосередитися на реальних відчуттях у момент тривоги або стресу. Вона належить до категорії технік, що допомагають знизити рівень тривоги і зняти напругу через активацію різних сенсорних каналів (зору, слуху, дотику, нюху та смаку).

Зосередьтеся на 4 предметах, які ви бачите навколо себе. Це можуть бути будь-які об'єкти в приміщенні або на вулиці. Описуйте їх в розумі чи вголос, звертаючи увагу на деталі - кольори, текстури, форми, відстань. Наприклад: “Я бачу червоний стілець, синій вазон, дерево за вікном і годинник на стіні.”

Зосередьтеся на 4 звуках, які ви чуєте навколо себе. Це можуть бути звуки природи, шум у місті, або навіть звуки, які створюють люди чи предмети в кімнаті. Важливо зазначати навіть незначні звуки. Наприклад: “Я чую звук годинника, шум автомобілів за вікном, тишу в кімнаті і м'який шелест паперу.”

Зверніть увагу на 4 різних відчуття дотику. Це можуть бути відчуття на шкірі (наприклад, одяг, поверхня, на якій ви сидите, чи навіть температура в кімнаті). Наприклад: “Я відчуваю тканину свого одягу, поверхню столу під руками, тепло від сонця через вікно і легкий вітерець на обличчі.”

Виявляйте 4 різні запахи навколо вас. Це можуть бути як запахи навколишнього середовища, так і будь-які запахи, які є в приміщенні або на вулиці. Наприклад: “Я відчуваю запах свіжої кави, аромати квітів з вулиці, запах свіжого повітря.”

Тренер: можна поділитися в групі учасників своїм досвідом виконання техніки, або залишити цей досвід для себе. Чи вдалося вам відволіктись? Переключити увагу на реальні сенсорні відчуття, які є в даний момент?

Тренер: Соціальна тривога – це сильний, часто неадекватний страх або хвилювання перед оцінкою іншими людьми в соціальних ситуаціях. Люди з цим розладом бояться, що їхня поведінка або зовнішній вигляд буде засуджено, осміяно або критикувано. Елементи когнітивної моделі включають думки такого плану «я виглядаю нерозумно», «вони подумують, що я некомпетентний». В основі соціальної тривоги лежить переконання, що оцінка інших людей є великою загрозою для особистої гідності і самоповаги. Крім того, клієнти з соціальною тривогою часто встановлюють для себе надмірно високі стандарти соціальної поведінки, відчують, що не можуть контролювати, як їх сприймають інші.

Тренер: Захисна поведінка включає уникнення прогнозованого приниження чи сорому, соціальних контактів, знайомств, публічних виступів. Уникання соціальних ситуацій і надмірний самоаналіз призводять до того, що людина не отримує зворотнього зв'язку, який би допоміг розв'язати страхи. А симптоми тремтіння або почервоніння викликають сором'язливість, і клієнт може думати, що інші бачать його симптоми і осудять його.

Втручання при роботі з соціальною тривогою передбачають переоцінку когніцій і оскарження негативних думок, зміну фокуса уваги з гіперфокуса на собі, роботу з самокритикою і низькою самооцінкою, експозицію до соціальних ситуацій.

Тренер: Специфічна фобія – це тип тривожного розладу, який характеризується інтенсивним і ірраціональним страхом перед певними об'єктами, ситуаціями чи істотами. Цей страх є надмірним і непропорційним реальній загрозі, що призводить до значного стресу та труднощів у повсякденному житті людини.

Типи специфічних фобій:



- Фобії тварин: страх перед певними тваринами, такими як змії, пацюки, собаки чи комахи (наприклад, арахнофобія – страх перед павуками).
- Фобії природних явищ: страх перед природними явищами, наприклад, грозами, блискавками, висотою (акрофобія), водою (гідрофобія).
- Фобії медичних процедур і ситуацій: страх перед медичними процедурами, лікарями, ін'єкціями чи навіть зокрема страх перед кров'ю (гемофобія).
- Фобії соціального характеру: хоча соціальні фобії часто розглядаються окремо, деякі люди можуть мати страх перед певними соціальними ситуаціями, як-от публічні виступи або контакти з іншими людьми.
- Фобії специфічних ситуацій: страх перед певними ситуаціями, такими як політ на літаку (аерофобія), знаходження в закритих просторах (клаустрофобія) чи подорожі в ліфтах.

Тренер: Які симптоми специфічної фобії Ви можете назвати?

Симптоми специфічної фобії:

- Емоційні симптоми: інтенсивний страх або паніка при зіткненні з об'єктом чи ситуацією, що викликає фобію. Це може бути також постійне занепокоєння через можливість зустрічі з фобічним об'єктом.
- Фізичні симптоми: прискорене серцебиття, пітливість, запаморочення, тремтіння, дихальна утрудненість або відчуття задущення, нудота, головний біль.
- Поведінкові симптоми: активне уникання ситуацій або об'єктів, що викликають страх. Наприклад, людина може уникати поїздки на ліфті, не відвідувати місця з великим скупченням людей або відмовлятися від медичних процедур.

Експозиційна терапія – це основний метод лікування специфічних фобій. Пацієнт поступово і під контролем терапевта стикається з фобічним об'єктом або ситуацією в безпечних умовах, що допомагає зменшити тривогу та навчити людину контролювати свою реакцію.

Психоедукація є важливою частиною лікування специфічних фобій, оскільки вона допомагає пацієнтові зрозуміти природу свого страху та навчитись працювати з ним.

*Вправа «Психоедукація специфічної фобії»*

В малих групах в формі рольової гри «терапевт, клієнт, спостерігач» проведе психоедукацію фобії собак.

Час 15 хвилин.

Заняття 3.2

Зміст заняття: характеристики тривоги і тривожних розладів, експозиція, поведінковий експеримент, релаксація

Хід заняття

Вступна частина: Вітання, порядок денний, 10 хвилин

Основна частина

Тренер: розглянемо важливий етап роботи з тривогою в моделі КПТ – проведення експозиції. За допомогою експозиції клієнт стикається з предметами або ситуаціями, які намагається уникати частково або повністю. Особливу увагу в цій роботі приділяють відмові від захисної поведінки. Поведінкові експерименти використовуються як когнитивна робота в роботі з паничними атаками, робота з переконаннями

Тренер: В когнітивно-поведінковій терапії експозиція до думок допомагає клієнтам зіткнутися з тривожними або шкідливими думками в контрольованому й систематичному способі. Ця техніка може бути корисною для клієнтів з ОКР і ГТР.

Експозиція до думок дозволяє зменшити тривогу: повторне зіткнення з тривожними думками або страхами допомагає з часом зменшити чутливість до них. Багато негативних думок є автоматичними і спотвореними, наприклад, катастрофізація або узагальнення. Експозиція допомагає виявити й оскаржити ці когнітивні спотворення. Клієнти вчаться розуміти, що думки не завжди є фактами і що є можливість мислити більш збалансовано. Як працює експозиція до думок: визначення думки, перший крок – чітко визначити

негативну або тривожну думку, що спричиняє емоційний дискомфорт. Постепенна експозиція: як і при експозиції до страхів чи ситуацій, експозиція до думок часто починається з менш тривожних думок і поступово переходить до більш інтенсивних чи тривожних.

Взаємодія з думкою: людину заохочують взаємодіяти з тривожною думкою замість того, щоб уникати її чи подавляти. Це може включати: запис думки, повторення її вголос, перебування з думкою і дозволення їй «пройти».

Оскарження думки: після того, як людина певний час взаємодіяла з думкою, терапевт допомагає їй перевірити правдивість цієї думки та розглянути альтернативні, більш збалансовані погляди. Часто можна виявити когнітивні спотворення (наприклад, «все або нічого») і переробити їх.

Десенсибілізація: з часом, завдяки повторному зіткненню з тривожною думкою без уникання (наприклад, через пошук заспокоєння чи відволікання), емоційна реакція на цю думку зменшується.

#### *Вправа «Поведінковий експеримент»*

Для того щоб навчитися помічати автоматичні думки та сумнівні переконання, складайте до них реальні експерименти, які допоможуть перевірити, наскільки вони правдиві.

1. Ситуація: \_\_\_\_\_
2. Моя думка / переконання: \_\_\_\_\_
3. Наскільки я вірю в неї зараз? \_\_\_\_\_ %
4. Що я очікую (передбачення)? \_\_\_\_\_
5. Який експеримент можу зробити, щоб це перевірити?

\_\_\_\_\_

Учасники індивідуально заповнюють бланк (5–7 хв)

#### *Вправа «Дослідити думку»*

Робота в групах

Як буде виглядати експозиція, якщо у когось є страх соціального відкидання і думка «Я завжди буду себе соромити в соціальних ситуаціях»,  
Приклад:

- Записати цю думку
- Повторити її в голос кілька разів
- Проаналізувати цю думку, задаючи питання: «Які докази в мене є для того, щоб вважати цю думку правдивою?» та «Наскільки ймовірно, що я завжди буду себе соромити?»

Обговорення 15 хвилин

### *Вправа «Ієрархія експозицій»*

Ієрархія експозицій – список ситуацій, які викликають тривогу або дискомфорт, розташований від найменш тривожної до найстрашнішої. Ми починаємо з малого і крок за кроком рухаємось до складнішого, щоб навчитися краще переносити страх і зрозуміти, що з часом тривога зменшується.

Робота в групах. Оберіть одну сферу, яка викликає тривогу або уникнення, наприклад спілкування з людьми, публічні виступи, користування транспортом, помилки, невизначеність тощо.

Запишіть 5–10 ситуацій, пов'язаних із цією темою, які викликають страх – від найменш тривожної до найбільш тривожної. Оцініть рівень тривоги для кожної ситуації (0–100%). Розташуйте ситуації у формі «сходинок» від найнижчої до найвищої тривоги.

№	Ситуація	Рівень тривоги (0–100%)
1.	_____	_____ %
2.	_____	_____ %
3.	_____	_____ %

Вправа допомагає створити план експозиції - поступове занурення в ситуації, які викликають страх або уникнення.

### *Вправа: Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном*

Мета вправи знизити рівень фізичної напруги та психоемоційного стресу через поперемінне напруження й розслаблення м'язів. Це допомагає краще усвідомити власне тіло та навчитися розпізнавати і зменшувати м'язову напругу. Завдання - відчути контраст між напругою та розслабленням.

«Сядьте зручно. Закрийте очі або сфокусуйтеся в одній точці. Зробіть 2-3 глибокі вдихи – повільно вдих, затримка, повільний видих. Послідовне напруження й розслаблення. Кожну групу м'язів напружуємо приблизно на 5-7 секунд, потім повністю розслабляємо на 10 секунд. Увагу тримаємо на відчуттях.

Кисті й передпліччя: Стисніть кулаки → утримайте → розслабте

Плечі: Підніміть плечі до вух → утримайте → опустіть

Обличчя: Наморщіть лоб, зімкніть очі, стисніть щелепи → утримайте → розслабте

Шия: Напружте шию (як ніби тягнете підборіддя до грудей) → розслабте

Груди й спина: Зробіть глибокий вдих, розширте грудну клітку → утримайте → видих і розслаблення

Живіт: Втягніть живіт → утримайте → розслабте

Сідниці: Стисніть сідничні м'язи → утримайте → розслабте

Стегна: Напружте стегна (можна уявити, що тиснете ногами в підлогу) → розслабте

Ступні: Напружте пальці ніг / підтягніть стопи на себе → розслабте

Завершення (1–2 хв) Зробіть ще кілька повільних вдихів. Прислухайтеся до тіла: що змінилось? Повільно відкрийте очі, потягніться.

Короткий підсумок (для групи):

Що відчули в тілі? Чи вдалося помітити різницю між напругою і розслабленням? Де була найбільша напруга? Чи хочеться використати цю вправу ще?

Заключна частина: підсумки і зворотній зв'язок

#### **Модуль 4. «КПТ підхід в переживанні горя і травми»**

*Мета:* формування професійних компетентностей КПТ-фахівця у розумінні психологічних реакцій на хронічну травму та постійну небезпеку, а також у застосуванні когнітивно-поведінкових методів стабілізації та подолання симптомів тривоги й емоційного виснаження.

*Компетентності:* здатність розпізнавати та аналізувати психологічні реакції в умовах хронічної травми та тривалої небезпеки; уміння застосовувати техніки кризової стабілізації та регуляції тривоги; навички використання когнітивно-поведінкового підходу в роботі з наслідками травматичного досвіду; здатність працювати з процесами втрати та горювання в межах КПТ.

*Зміст модуля:* психологічні реакції в умовах хронічної травми; техніки стабілізації та подолання симптомів тривоги й емоційного виснаження; когнітивно-поведінковий підхід до опрацювання травматичного досвіду; модель втрати та горювання в КПТ.

#### *Заняття 4.1*

Зміст заняття: Емоційна виснаженість, горювання

Хід заняття

Вступна частина: Вітання, порядок денний, 10 хвилин

Тренер: «Розглянемо, як тривожні стани розвиваються в умовах постійної небезпеки та війни. Це не просто емоційна реакція – це відповідь нервової системи, яка часто активується в умовах загрози. Ми всі, незалежно від того, знаходимося ми на фронті чи в тилу, маємо досвід сирен, втрат, евакуацій, розлуки з рідними, відчуття безсилля або провини за те, що ми «не поруч». Це колективна травма.

Коли ми говоримо про травму в рамках КПТ, ми не фокусуємось лише на події. Нас цікавить, як саме ця подія була інтерпретована людиною, які автоматичні думки виникли, які глибинні переконання активувались. Травматичний досвід часто запускає думки: «Світ небезпечний», «Я безсилий», «Я винен, що вижив», або «Я не зможу витримати». У когнітивній моделі ми бачимо, що ці думки не просто існують, вони активно формують стан людини: емоції, поведінку, тілесні відчуття. Наше завдання – усвідомити ці думки, поставити їх під сумнів і поступово створити інші, більш підтримуючі інтерпретації. Це і є шлях до зцілення.»

Тренер: Тривога в умовах війни – це нормальна реакція на ненормальні обставини. Але коли тривожна система активується надмірно або хронічно – організм виснажується, і це вже загрожує нашому функціонуванню. Ми поговоримо про те, як працює система загрози, як вона впливає на тіло, мислення та поведінку. Ви побачите, як емоційне виснаження може виглядати як гнів, байдужість, апатія або надмірна тривожність. Завдання КППТ-фахівця – допомогти клієнтові розпізнати власні думки, емоції, тілесні реакції. І головне розділити: що послаблює, а що може бути ресурсом подолання або точкою росту».

Під час війни наш мозок часто працює в умовах постійної тривоги. Система загрози активується навіть тоді, коли реальної небезпеки вже немає – організм продовжує «жити в бою». У когнітивно-поведінковій терапії ми використовуємо поняття вікна толерантності – це стан, коли ми здатні адекватно думати, відчувати, діяти. Коли ми всередині вікна, ми в змозі вчитися, аналізувати, бути у зв'язку з собою й іншими. Але коли ми виходимо за межі цього вікна через надмірну тривогу чи ступор у нас включаються реакції «бий», «біжи» або «завмири». Тіло напружується, дихання поверхневе, мислення звужене. Але ми можемо навчитися помічати, коли ми виходимо з вікна, і повертати себе назад - за допомогою дихання, тілесної усвідомленості, психоедукації та роботи з думками.

#### *Вправа «Скан тіла»*

Повертання у вікно толерантності через тілесну усвідомленість. Сканування тіла допомагає заспокоїти нервову систему, знизити фізіологічну активність тривоги та повернути контакт із “тут і тепер”. Тренер: «Сядьте зручно. Закрийте очі, якщо вам так комфортніше. Перенесіть увагу на дихання, не змінюйте його – просто спостерігайте. А тепер повільно пройдімося увагою по тілу. Почнемо з маківки голови. Відчуйте, чи є там напруга чи тепло. І далі спускаємось: обличчя, щелепи, шия, плечі, грудна клітка, живіт, таз, стегна, коліна, гомілки, стопи. Відмічайте напругу, тепло, поколювання, або навпаки – нечутливість. Просто спостерігайте. Дихайте спокійно.

Якщо думки відволікають – це нормально. Просто повертайте увагу до тіла. Обговорення після вправи (5 хв): Що вдалося помітити? Чи змінилось дихання? Чи легше стало бути «в тілі»?

*Вправа «Сканування емоції»*

Тренер: мета цієї вправи допомогти усвідомити емоцію, її тілесні прояви. Надати навичку м'якого регулювання через дихання та увагу. Зупинка й увага на себе (1 хв): Сядьте зручно, заплющте очі або зосередьтесь на точці перед собою. Зверніть увагу на своє тіло: як сидиться? що відчуваєте?

Сканування емоції (2–3 хв): Назвіть емоцію, яка є в вас зараз (наприклад тривога, роздратування). Де вона в тілі? Що вона робить із тілом: стискає, тисне, тримає тепло/холод? Що вона хоче сказати? («Я тебе чую» - важливо просто побути з емоцією).

Регуляція: зробіть кілька повільних вдихів і довгих видихів (видих трохи довший, ніж вдих). З уявленням: з кожним видихом – м'яке розслаблення того місця в тілі, де емоція. Можна покласти руку туди, де найбільша напруга. Скажіть собі подумки: «Я можу бути з цією емоцією. Я не одна/один».

Завершення (2 хв): Поверніться увагою до кімнати. Зробіть глибокий вдих, трохи потягніться або змініть позу. За бажанням - коротко запишіть: Що я помітив/-ла? Що змінилось у стані?

Коли ми говоримо про втрату – важливо пам'ятати, що це не лише смерть близької людини. Це може бути втрата дому, безпеки, здоров'я, звичного життя. Згідно з моделлю Е. Кюблер-Росс, людина може проходити кілька фаз горювання: Заперечення – «Цього не може бути», злість – «Чому це сталося саме зі мною?», торг – «А якби я зробив щось інакше?», депресія – глибокий смуток, безнадія, прийняття – поступове визнання реальності втрати. Але ці стадії не лінійні. Людина може повертатися назад, пропускати деякі фази і це природно.

У КПТ ми орієнтуємося на модель втрати від Malkinson (2007), яка адаптована для когнітивної терапії. Основна ідея - інтегрувати втрату,



зменшити деструктивні переконання та активізувати ресурси подолання.  
Основні терапевтичні фокуси в КПТ при горюванні:

- Робота з негативними переконаннями про себе, інших, світ після втрати
- Розпізнавання і нормалізація складних емоцій
- Допомога в поновленні контакту з цінностями та життям
- Рескрипція спогадів або робота через уявлення

*Вправа «Моя історія: нарративне опрацювання травматичного досвіду»*

Фокус вправи – інтегрувати травматичний досвід, зменшити тривогу, емоційний біль, почуття провини або безпорадності, відновити зв'язок із собою в теперішньому. Застосовують на середньому або пізнішому етапі терапії / навчання, коли учасник вже має навички стабілізації.

Тренер: Сьогодні ми зробимо крок у напрямку опрацювання травматичних спогадів. Ми не працюємо з найгострішими подіями, а з тими, які вже достатньо «прожиті», але досі болять. Ми спробуємо розповісти свою історію так, щоб вона почала ставати джерелом сили.

Форма для написання/усного викладу (можна роздрукувати для групи):

1. Назва події (за бажанням):
2. Що сталося? Опишіть послідовність подій:
3. Де ви були? Хто був поруч?
4. Що ви думали в той момент?
5. Що ви відчували (емоційно і фізично)?
6. Що ви зробили або не змогли зробити?
7. Що змінилося для вас після цієї події?
8. Чи були у вас переконання, які сформувалися після цього?  
(Наприклад: «Я винен», «Світ небезпечний», «Я безпорадний»)
9. Що б ви сказали собі зараз, дивлячись на цю ситуацію з теперішнього моменту?
10. Яка риса або сила допомогла вам вижити тоді?

Тренер: Ви можете залишити цю історію в письмовому вигляді, або колись повернутися до неї. Це не обов'язково історія про травму - це історія про Вашу силу, Вашу здатність йти далі. Травма – це не те, що з нами сталося, а те, як ми прожили це в собі. І те, як ми зіцілюємось – наша відповідь собі.

*Вправа: «Заземлення через дихання»*

Тренер: «Сядьте зручно. Покладіть одну руку на грудну клітку, іншу на живіт. Зверніть увагу на свій подих. Чи дихаєте ви грудьми чи животом? Не змінюйте – просто помічайте. Тепер почніть дихати свідомо:

- Вдих носом (рахуйте до 3 або 4)
- Видих ротом (рахуйте до 6 або 7) - повільно, ніби через соломинку
- Пауза перед наступним вдихом - 1-2 секунди

Уявіть, що з кожним довгим видихом тіло стає важчим і спокійнішим. Повторіть цикл 5–6 разів.

*Вправа: «Продуктивні та непродуктивні переживання»*

Учасники вчаться розрізняти емоційні реакції, які підтримують адаптацію, і ті, які ведуть до виснаження та уникання.

Формат: Робота в парах або малих групах (15–20 хв)

Тренер: Оберіть емоцію або думку, яка часто виникає останнім часом (наприклад: «Я постійно тривожуся», «Я відчуваю провину», «Я не можу нічого змінити»). Визначте, чи є ця реакція продуктивною чи ні, відповідаючи на запитання: Чи допомагає це мені діяти/вирішувати проблему? Чи це блокує мене, виснажує або змушує уникати?

Запишіть альтернативні формулювання або дії, які були б більш адаптивними. Які думки/емоції найчастіше були непродуктивними? Яка межа між турботою і виснажливою тривогою? Що можна змінити у власній реакції?

Заключна частина: підсумки і зворотній зв'язок

#### *Заняття 4.2. Травма і її лікування в КПТ*

Зміст заняття: ТФ-КПТ, модель ПТСР, модель резилієнтності Padeski

Хід заняття

Вступна частина: Вітання, порядок денний, 10 хвилин

Обговорення типових ситуацій: сирени, втрати, евакуація, страх за рідних

Тренер: Сьогодні ми поговоримо про адаптацію моделі резилієнтності Падескі в реабілітаційній психології та її значення для роботи з людьми, які пережили травматичні події війни. Адаптація цієї моделі передбачає використання когнітивно-поведінкових технік для підтримки постраждалих. Вона включає: ідентифікацію індивідуальних і колективних ресурсів подолання (сильних сторін, соціальної підтримки), створення «позитивних метафор стійкості», планування кроків до відновлення, формування нових стратегій подолання в умовах невизначеності. Такий підхід допомагає інтегрувати досвід втрат і випробувань у конструктивні життєві сценарії, сприяючи підвищенню адаптивності та психологічної стійкості.

Далі ми розглянемо одну з ключових когнітивних моделей розвитку ПТСР - модель Елерс і Кларк. Її суть полягає в тому, що травматичний досвід не інтегрується в звичайну автобіографічну пам'ять. Через це спогади залишаються непереробленими і можуть зненацька «вибухати» у свідомості у вигляді флешбеків, нав'язливих образів або відчуття повторного переживання події. Унаслідок цієї неінтегрованості формуються дисфункційні переконання про себе та світ, наприклад: «Я був безпорадний», «Світ повністю небезпечний», «Я слабкий/не впорався». Такі переконання підсилюють почуття провини, сорому та страху. Уникаючи всього, що нагадує про подію, людина не дає собі можливості її опрацювати.

У результаті формується замкнене коло ПТСР:

уникаю → не стикаюся з реальністю → переконання посилюються → симптоми тривають.

Наше завдання — допомогти людині інтегрувати досвід травми, переосмислити ключові переконання та поступово повернути собі контроль над життям.

*Вправа «Карта травматичних переконань»*

Тренер: ця вправа дозволяє усвідомити вплив травматичних подій (психічної травми) на переконання, емоції й поведінку, навчитися формулювати гнучкіші інтерпретації.

Ситуація: Олена, 32 роки, вчителька з Харкова. Під час перших масованих обстрілів вона разом із дитиною була змушена екстрено евакуюватися. Її квартира зруйнована. Протягом кількох місяців вона перебуває в іншому місті, але не може повернутися до роботи, уникає соціальних контактів, почувається винною перед учнями, родиною, собою. Вона часто повторює собі: «Я не впоралася. Я не захистила свою дитину. Усе, що сталося, – моя провина».

Тренер: Ознайомтесь із ситуацією Олени. Заповніть карту травматичних переконань, ґрунтуючись на цій історії. У парах обговоріть:

- Чи це переконання допомагає чи заважає їй відновитися?
- Як би ви підтримали її словами?
- Яке альтернативне (більш гнучке) переконання могло б дати їй опору?

*Карта травматичних переконань*

Подія / тригер	Евакуація під обстрілами, втрата житла
Основне переконання	«Я не впоралася. Я винна в усьому»
Емоції	Вина, сором, страх, безсилля
Уникнення / поведінкові реакції	Самоізоляція, не повертається до роботи, тривожність
Що це переконання їй дає	Ілюзія контролю: якщо винна - могла вплинути
Які наслідки воно має зараз	Замороженість, відчуття безнадії, втрата себе
Альтернативне переконання (гнучке)	«Я діяла, як могла в умовах загрози. Я подбала про дитину»

Запитання для групового обговорення: Що в цій ситуації не залежало від Олени? Які дії вона вже зробила для безпеки? Як ми можемо навчити мозок бачити не лише провину, а й силу? Учасники аналізують її карту переконань і допомагають знайти гнучкіші інтерпретації.

Тренер: Сьогодні ми коротко познайомимось із підходом травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ). Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія безпосередньо спрямована на роботу з наслідками психотравми. Вона базується на уявленні, що травматична подія викликає стійкі зміни у сприйнятті себе, світу та майбутнього, які підтримують ПТСР і тривожні симптоми. Розгляд з учасниками протокола ТФ-КПТ.

ТФ-КПТ застосовують при роботі с травматичним досвідом, психічною травмою та лікуванням посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Його суть – допомогти людині інтегрувати травматичну пам'ять, зменшити симптоми (флешбеки, уникнення, гіпертривожність), переосмислити переконання, які виникли внаслідок події. ТФ-КПТ має структурований підхід, зазвичай включає такі етапи:

- Психоедукація
- Робота з травматичними переконаннями
- Експозиція або імагінативна рескрипція (перепроживання спогаду у безпечних умовах)
- Формування нової наративної історії та план на майбутнє.

Важливо, що ТФ-КПТ не проводиться в гострій фазі загрози. Спочатку завжди працюємо зі стабілізацією: дихання, заземлення, побудова ресурсу, вікно толерантності. І лише коли людина готова – переходимо до травмофокусу. Сьогодні ми лише ознайомимось із ключовими принципами цього підходу – і спробуємо одну вправу з рескрипції та аналізу переконань, яку можна адаптувати навіть для кризових ситуацій.

*Вправа: «Імагінативна рескрипція травматичного спогаду»*

Тренер: Оберіть безпечний для вас спогад, який викликає складні емоції (сором, провину, безсилля), але не є найгострішим. Закрийте очі, зосередьтеся на диханні. Поверніться подумки до тієї ситуації: де ви були? хто поряд? що ви бачили? що відчували? (3–5 хв – уявлення травматичного моменту, пов'язаного з психічною травмою)

Тепер уявіть, що Ви дорослий/доросла сьогодні приходите до себе в тій ситуації. Ви бачите себе вразливого/у ту мить – і можете щось сказати, зробити, підтримати. Можна додати ресурсний образ: когось, хто вас захищає, місце безпеки, силу, яку ви не мали тоді (5–7 хв – зміна сценарію в уяві).

Спитайте себе: Що змінилось у відчуттях? Що нове я можу думати про себе зараз? Який новий сенс має ця подія?

Рефлексія: Запишіть коротко, що відбулося у вашій уяві. Які емоції з'явилися після зміни сценарію? Як це впливає на ваше переконання про себе або світ?

Самоспостереження та роль фахівця (15 хв): обговорення емоцій психолога, способи самопідтримки, межі ролі в умовах спільної психічної травми.

*Вправа: «Наративна реконструкція травматичного досвіду»*

Тренер: Одна з ключових технік у травмофокусованій когнітивно-поведінковій терапії – це повторне розповідання історії, що допомагає поступово інтегрувати травматичний досвід.

Згідно з ідеями Kellogg та моделі «Trauma-centered storytelling», коли ми у безпечному просторі повторюємо свою історію, ми не просто згадуємо – ми переосмислюємо. Повторення тут – це про відновлення контролю. Кожен раз, коли ми озвучуємо подію, ми можемо побачити щось нове – інший кут зору, ресурс подолання, внутрішню силу. У мозку історія, яка була фрагментованою та страшною, поступово обробляється і вкладається в структуру пам'яті – це знижує рівень тривоги, сорому, провини.

Ми говоримо: «Не історія має владу над мною – а я сам стаю автором її завершення». Саме тому ми сьогодні працюємо з наративною вправою, де ви

зможете поступово і бережно переписати свій досвід – не як біль, а як шлях сили.

В одному з підходів, який базується на наративній терапії та техніці «стільців», ми пропонуємо людині:

- Згадати один нав'язливий або «переслідувальний» спогад.
- Спробувати розповісти його кілька разів – кожного разу з іншої

перспективи:

1-а особа: «Я там був(ла)... Я відчував(ла)...

2-а особа: уявіть, що ви розповідаєте це собі: «Ти тоді був там, і ти зробив усе, що міг...»

3-я особа: ніби це історія про когось іншого: «Він/вона пережив(ла) подію, і...»

Щоразу, коли ми змінюємо перспективу – емоційна інтенсивність зменшується, і ми можемо краще побачити деталі, ресурси подолання, інший сенс події. Цей метод також можна поєднати з фізичним переміщенням – кожен «стільчик» відповідає новій точці зору. І кожного разу – це нове пережиття з більшою безпекою і контролем.

Обговорення і рефлексія з учасниками.

Заключення та зворотній зв'язок (10 хв)

## ТЕСТ ОЦІНЮВАННЯ СФОРМОВАНОСТІ БАЗОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ КІПТ

*Курс «Базові компетентності КІПТ-фахівця»*

### Інструкція:

Тест складається з 40 питань з множинним вибором. До кожного питання наведено 4 варіанти відповідей (а, б, с, d). Правильним є тільки один варіант.

- Час виконання: 60 хвилин
- Оцінювання: 1 бал за правильну відповідь, максимум 40 балів
- Прохідний бал: 28 балів (70%)

ПІБ: \_\_\_\_\_

Група: № \_\_\_\_\_ Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

---

1. Суть когнітивного принципу полягає в тому, що

- a) Емоції та поведінка людей залежать від когніцій
- b) Поведінка відіграє ключову роль у повторенні підтримуючих циклів
- c) Проблеми психічного здоров'я краще розглядати через когнітивну модель
- d) Інтерпретація ситуацій включає індивідуальні особливості

2. Що з переліченого має відношення до передумов розвитку КІПТ

- a) Філософська школа стоїків
- b) Біхевіоризм
- c) Когнітивна психологія
- d) Відповіді а, б, с

3. Яке з наведених визначень найкраще описує оперантне обумовлення?

- a) Навчання через асоціацію між двома подразниками
- b) Навчання, при якому поведінка змінюється залежно від її наслідків



- c) Автоматична реакція на безумовний подразник
- d) Зменшення реакції при повторюваному пред'явленні подразника

4. Яке поняття ввів А. Бек у своїй когнітивній теорії депресії?

- a) Когнітивна тріада
- b) Систематична десенсибілізація
- c) Класичне обумовлення
- d) Автоматичні підкріплення

5. Що означає акронім «АВС» у когнітивній моделі?

- a) Активуюча подія, Переконавання, Наслідок
- b) Аналіз, Поведінка, Когніція
- c) Афект, Поведінка, Когніція
- d) Активуюча подія, Переконавання, Копінг

6. Студент отримав незадовільну оцінку на іспиті. Який з наступних варіантів найкраще ілюструє ірраціональне переконання, що може призвести до почуття тривоги та відмови від подальших спроб?

- a) «Це неприємно, але я можу проаналізувати свої помилки та краще підготуватися до перескладання».
- b) «Я повний невдаха. Я завжди провалюю всі іспити, і в мене ніколи нічого не вийде».
- c) «Викладач несправедливо поставив мені оцінку».
- d) «Цей предмет просто не для мене».

7. Яка послідовність етапів є типовою для структурованої сесії когнітивно-поведінкової терапії?

- a) Робота з автоматичними думками – Домашнє завдання – Постановка порядку денного – Перевірка настрою – Підбиття підсумків та зворотний зв'язок
- b) Постановка порядку денного – Перевірка настрою – Огляд домашнього завдання – Основна тема сесії – Підбиття підсумків та нове домашнє завдання

с) Огляд минулого досвіду – Глибинний психоаналіз – Вільні асоціації – Інтерпретації терапевта

d) Медитація – Обговорення сновидінь – Робота з тілом – Підбиття підсумків

8. Яка є основна мета етапу «Зворотній зв'язок» в кінці сесії КПТ?

a) Сформулювати клінічний діагноз для медичної картки.

b) Завершити сесію точно в призначений час, незалежно від її ходу.

с) Надати психологу можливість виставити рахунок за послуги і вчасно почати наступну сесію.

d) Активізувати клієнта та закріпити ключові ідеї сесії, переконавшись, чи він виносить з неї корисне та розуміє суть домашнього завдання.

9. Мета ведення щоденника думок у моделі STEB – це:

a) Повністю усунути стресові ситуації

b) Навчитися стримувати негативні емоції

с) Виконати вимоги терапевта

d) Виявити зв'язок між автоматичними думками та їх впливом на емоції і поведінку

10. Яке головне завдання психоосвіти на початкових етапах когнітивно-поведінкової терапії?

a) Пояснити клієнту його діагноз або розлад.

b) Переконати клієнта в тому, що всі його проблеми мають виключно біологічну природу.

с) Сформувати у клієнта раціональне розуміння його проблеми в рамках моделі КПТ, зробити його «співтерапевтом» та мотивувати на активну роботу.

d) Зняти відповідальність з клієнта за його стан, перекладаючи її на сім'ю та соціальне оточення.

11. Планування профілактики рецидивів у КПТ зазвичай починається:

a) Лише після того, як клієнт самостійно повідомить про новий рецидив.

b) На останніх сесіях терапії, коли основна симптоматика вже значно зменшилася.

- c) Ще на початку терапії, і ця робота триває протягом усього курсу.
- d) Виключно під час кризового стану клієнта.

12. Що є основою терапевтичного альянсу в когнітивно-поведінковій терапії?

- a) Позитивне прийняття клієнта.
- b) Спільне, співпрацююче відношення, спрямоване на досягнення конкретних цілей, де терапевт виступає експертом з методів, а клієнт – експертом у власному досвіді.

- c) Аналіз дитячих психічних травм та їх вплив на сьогодення.
- d) Використання протоколів та відповідних технік.

13. Які ключові елементи включає концептуалізація в КПТ?

- a) Життєвий досвід, основні переконання, проміжні переконання, автоматичні думки
- b) Актуальні симптоми та запит клієнта
- c) Сімейна історія
- d) Цілі та цінності

14. Яке когнітивне спотворення демонструє наступна думка: «Якщо я не буду ідеально виконувати свою роботу, то це означатиме, що я повна невдаха»?

- a) Катастрофізація
- b) Чорно-біле мислення
- c) Читання думок
- d) Персоналізація

15. Який етап є найважливішим для закріплення результатів поведінкового експерименту?

- a) Само виконання дії в реальному житті.
- b) Підбір цікавого завдання для клієнта.
- c) Аналіз отриманих результатів та формування нового, більш адаптивного переконання на їх основі.
- d) Усунення всіх ознак тривоги перед початком експерименту.

16. Яка є ключова відмінність між технікою експозиції та поведінковим експериментом?

- a) Експозиція використовується лише при ПТСР, а поведінковий експеримент – лише при депресії.
- b) Експозиція спрямована на зниження тривоги через звикання, тоді як поведінковий експеримент – на перевірку та спростування конкретних дисфункційних переконань.
- c) Експозиція завжди є більш ефективною, ніж поведінковий експеримент.
- d) Поведінковий експеримент не стосується реальної поведінки клієнта.

17. Яка є основна мета роботи з психічною травмою в рамках когнітивно-поведінкової терапії?

- a) Стерти спогади про травматичну подію.
- b) Навчити клієнта мати позитивне відношення до життя та уникати нагадувань про травму.
- c) Допомогти клієнтові інтегрувати травматичний досвід у свою життєву історію, зменшити уникання та переробити дисфункційні переконання, пов'язані з психічною травмою.
- d) Переконати клієнта відновлювати життя після травматичної події.

18. Як поведінка уникання (наприклад, уникання місць, розмов, думок, пов'язаних з психічною травмою) впливає на ПТСР?

- a) Сприяє одужанню, оскільки заспокоює і захищає від стресу.
- b) Не має значення для довгострокової динаміки розладу.
- c) Є чинником, який підтримує симптоми ПТСР.
- d) Допомагає клієнтові знайти нові, безпечніші способи життя.

19. Яке з наведених нижче переконань є прикладом типових дисфункційних переконань після психічної травми, з якими працюють під час когнітивної переробки?

- a) «Мені пощастило, що я вижив.»
- b) «Ті, хто мені допомагав – хороші люди.»
- c) «Я сам винен у тому, що сталося. Світ – абсолютно небезпечне місце.»

d) «Ця подія навчила мене бути обережнішим».

20. Що є основною метою техніки наративної експозиції в терапії психічної травми?

a) Замінити травматичний спогад на більш прийнятну, вигадану історію.

b) Шляхом структурованого і детального відтворення спогаду в безпечному середовищі сприяти його емоційній обробці та інтеграції в автобіографічну пам'ять.

c) Домогтися витіснення або забуття травматичних спогадів.

d) Зібрати інформацію про психічну травму для аналізу.

21. Яка є основна мета когнітивно-поведінкової терапії в роботі з патологічним або ускладненим горем?

a) Прискорити процес горювання, щоб швидше завершити період скорботи.

b) Допомогти клієнтові навчитися жити з втратою, зменшити страждання та відновити функціонування, інтегрувавши біль у свій життєвий досвід.

c) Визначити почуття клієнта, як неадаптивні.

d) Позбавити клієнта болю та суму, викликаних втратою.

22. Яка інтервенція КПТ є найбільш ефективною на етапі дезорганізації та відчаю при роботі з горем?

a) Техніка експозиції до спогадів для зниження тривоги

b) Поведінкова активація та планування невеликих, але значущих цілей

c) Раціональне спростування почуття провини

d) Когнітивна реструктуризація травматичних спогадів

23. Який з описів найточніше відображає сучасний погляд КПТ на модель стадій горювання Е. Кюблер-Росс?

a) Модель є універсальною для всіх, хто переживає втрату.

b) Модель корисна як орієнтир, але індивідуальні варіації є нормою, а не відхиленням.

c) Модель не використовується в сучасній психотерапії.

d) Модель точно описує лише гостре горе перших 2-3 тижнів після втрати.

24. Яке з переконань є прикладом адаптивної думки після втрати?

- a) «Я більше ніколи не буду щасливим».
- b) «Я не маю права радіти після його смерті».
- c) «Його більше немає, але я можу знайти способи зберігати його пам'ять у своєму серці».
- d) «Життя завжди буде несправедливим».

25. Яка техніка КПТ є найефективнішою для роботи з почуттям провини та самозвинуваченням у горюванні?

- a) Когнітивна реструктуризація
- b) Поведінкова активація
- c) Вправи на візуалізацію
- d) Техніки релаксації

26. Що таке «поновлена втрата» в контексті війни?

- a) Перша реакція на втрату
- b) Активація старих втрат через нові травматичні події
- c) Остаточне прийняття втрати
- d) Поступова інтеграція досвіду втрати в особисту історію

27. Яка вправа допомагає клієнту усвідомити зв'язок між рівнем тривоги та уникненням певних ситуацій?

- a) Ієрархія експозицій
- b) Формула ABC
- c) Скан тіла
- d) Нарратив травми

28. Яка характеристика найкраще описує ключову відмінність між автоматичною думкою та глибинним переконанням?

- a) Автоматичні думки завжди раціональні, а глибинні переконання – ні.

b) Глибинні переконання виникають у дитинстві та впливають на автоматичні думки, які знаходяться «на поверхні».

c) Автоматичні думки є ситуативними та конкретними, тоді як глибинні переконання – це стабільні, узагальнені переконання про себе, інших і світ.

d) З глибинними переконаннями працювати не легше, ніж з автоматичними думками.

29. Яке з наведених тверджень найточніше відображає прояв непереносимості невизначеності?

a) Людина не вважає, що може впоратися з будь-якою ситуацією.

b) Людина прагне мати повний контроль і відчуває сильну тривогу, коли не може передбачити результат подій.

c) Людина уникає ризикованих ситуацій через брак навичок планування.

d) Людина свідомо приймає невизначеність як частину життя.

30. Що означає «кероване відкриття» в КПТ?

a) Психолог дає клієнту готові відповіді та пояснення.

b) Клієнт самостійно відкриває нові переконання під керівництвом психолога.

c) Автономне навчання без участі психолога.

d) Психолог пояснює значення Сократовських питань.

31. У моделі STEB під час аналізу клієнтської ситуації виявлено, що людина уникає соціальних контактів через переконання «Я нецікавий іншим». Який компонент моделі відображає цей рівень реакції?

a) S – ситуація

b) T – думки

c) E – емоції

d) B – поведінка

32. Вправа «Щоденник думок» спрямована на:

a) Відстеження автоматичних думок та їх впливу на емоції і поведінку

b) Розробку плану активності на тиждень

c) Проведення експозиції

d) Релаксацію м'язів

33. Що таке «стрілка вниз» у КПТ?

a) Метод релаксації

b) Техніка ідентифікації глибинних переконань

c) Вправа на визначення цінностей

d) Тренування емоційної регуляції

34. Модель Падескі в контексті психічної травми використовується для:

a) Ідентифікації підтримуючих циклів і розвитку резилієнтності

b) Проведення релаксації

c) Планування активностей

d) Визначення когнітивних спотворень

35. Яка техніка найчастіше використовується в КПТ для зниження соматичних проявів тривоги та відновлення балансу між тілесними й когнітивними реакціями?

a) Експозиція

b) Прогресивна м'язова релаксація Джейкобсона

c) Кероване відкриття

d) Щоденник думок

36. Що таке «базовий страх» у КПТ тривоги?

a) Основний страх, який підтримує тривожний стан

b) Легка тривога перед публічними подіями

c) Страх перед фізичною активністю

d) Автоматична думка без емоційного впливу

37. Яка мета вправи «Пиріг відповідальності»?

a) Визначити ступінь контролю над життєвими подіями



- b) Розвивати навички експозиції
- c) Знизити фізіологічне напруження
- d) Виявити автоматичні думки

38. Основна мета поведінкового експерименту:

- a) Підвищити рівень тривоги
- b) Перевірити та змінити дисфункційні переконання
- c) Аналізувати минулі психічні травми
- d) Виконати вправи релаксації

39. Основна мета вправи «Визнач цінності» у КПТ:

a) Сформулювати конкретні поведінкові цілі, що впливають з усвідомлених пріоритетів

- b) Знизити рівень тривожності
  - c) Провести поведінкову активацію
  - d) Визначити автоматичні думки, що підтримують депресію
40. «Ієрархія експозицій» дозволяє:
- a) Структурувати етапи роботи від найменш до найбільш складних
  - b) Аналізувати когнітивні спотворення
  - c) Підвищити фізичну активність
  - d) Визначити глибинні переконання

## КЛЮЧ ПРАВИЛЬНИХ ВІДПОВІДЕЙ

*(тільки для викладача)*

Інтерпретація результатів

Бали	Рівень
36-40 (90-100%)	Відмінний
32-35 (80-89%)	Високий
28-31 (70-79%)	Достатній

0-27 (<70%)	Недостатній
-------------	-------------

№	Відповідь	№	Відповідь
1	A	21	B
2	D	22	B
3	B	23	B
4	A	24	C
5	A	25	A
6	B	26	B
7	B	27	A
8	D	28	C
9	D	29	B
10	C	30	B
11	C	31	D
12	B	32	A
13	A	33	B
14	B	34	A
15	C	35	B
16	B	36	A
17	C	37	A
18	C	38	B
19	C	39	A
20	B	40	A

## АНКЕТА

Шановний учаснику!

Ця анкета призначена для виявлення Вашого початкового рівня знань про когнітивно-поведінкову терапію, уявлень про її структуру та Вашого попереднього досвіду застосування технік КПТ. Дані анкети є конфіденційними і будуть використані виключно для оцінювання ефективності навчального курсу.

Будь ласка, відповідайте чесно та відверто. Це не тест на знання – нам важливо зрозуміти Ваш вихідний рівень для індивідуалізації навчального процесу.

### ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ:

ПІБ: \_\_\_\_\_

Вік: \_\_\_\_\_ років

Професійний досвід роботи психологом: \_\_\_\_\_ років \_\_\_\_\_ місяців

Група навчання: № \_\_\_\_\_

Дата заповнення: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_

### БЛОК 1. БАЗОВІ ЗНАННЯ ПРО КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВУ ТЕРАПІЮ

Оцініть свій рівень знань з наступних питань за шкалою від 0 до 10, де:

0 – не маю жодних знань, 10 – володію повністю

1.1. Я знаю основні принципи когнітивно-поведінкової терапії

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

1.2. Я розумію, що таке когнітивна модель емоційних розладів

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

1.3. Я можу пояснити, як пов'язані думки, емоції та поведінка

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

1.4. Я знаю, які розлади можна лікувати за допомогою КПТ

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

1.5. Я розумію відмінність КПТ від інших психотерапевтичних підходів

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

### БЛОК 2. УЯВЛЕННЯ ПРО СТРУКТУРУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

Оцініть, наскільки Ви розумієте наступні аспекти КПТ за шкалою від 0 до 10

2.1. Я знаю, як структурувати терапевтичну сесію в КПТ  
Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

2.2. Я розумію, що таке психоедукація в КПТ  
Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

2.3. Я знаю, як працювати з домашніми завданнями в КПТ  
Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

2.4. Я розумію поняття «концептуалізація випадку»  
Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

2.5. Я знаю, як встановлювати цілі терапії разом з клієнтом

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

### БЛОК 3. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІК КПТ

Оцініть свій досвід практичного застосування наступних технік за шкалою від 0 до 10, де: 0 – ніколи не застосовував(ла), 10 – регулярно і впевнено застосовую

3.1. Виявлення та запис автоматичних думок

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

3.2. Ідентифікація когнітивних спотворень

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

3.3. Сократівське опитування

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

3.4. Поведінкові експерименти

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

3.5. Техніки релаксації та дихальні вправи

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

3.6. Градуйована експозиція (при роботі з тривогою)

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

3.7. Поведінкова активація (при роботі з депресією)

Ваша оцінка: |\_\_|\_\_|

### БЛОК 4. ВІДКРИТІ ПИТАННЯ

4.1. Чи маєте Ви попередній досвід навчання КПТ? Якщо так, то який саме?  
(тренінги, семінари, самоосвіта тощо)

---



---

4.2. Які теми/техніки КПТ Вас найбільше цікавлять?

---

---

4.3. Які очікування Ви маєте від цього курсу?

---

---

4.4. Чи маєте Ви досвід роботи з клієнтами з тривогою, депресією або ПТСР? Якщо так, опишіть коротко.

---

---

**Дякуємо за співпрацю!**

## АНКЕТА-САМОЗВІТ

### Шановний учаснику!

Дякуємо за участь у навчальному курсі! Ваша думка дуже важлива для нас.

Ця анкета заповнюється ПІСЛЯ завершення курсу і призначена для оцінки Вашого суб'єктивного досвіду проходження навчання.

Будь ласка, оцініть свою згоду з кожним твердженням за 5-бальною шкалою:

1 – повністю не згоден(на)

2 – скоріше не згоден(на)

3 – важко відповісти

4 – скоріше згоден(на)

5 – повністю згоден(на)

ПІБ: \_\_\_\_\_

Група навчання: № \_\_\_\_\_

Дата заповнення: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

### БЛОК 1. ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Оцініть організаційні аспекти курсу:

T1. Структура курсу була логічною та послідовною

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T2. Тривалість занять була оптимальною

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T3. Співвідношення теорії та практики було збалансованим

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T4. Темп подачі матеріалу був комфортним для мене

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T5. Навчальні матеріали (презентації, роздатки) були зрозумілими та доступними

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

**БЛОК 2. ПРАКТИЧНА СПРЯМОВАНІСТЬ КУРСУ**

Оцініть практичні компоненти курсу:

T6. Рольові вправи допомогли мені зрозуміти застосування технік КПТ

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T7. Приклади з реальної практики були корисними

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T8. Робота в малих групах сприяла кращому засвоєнню матеріалу

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T9. Отримані навички я зможу застосувати у своїй професійній роботі

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T10. Домашні завдання поглибили моє розуміння КПТ

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

**БЛОК 3. ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК**

Оцініть вплив курсу на Ваш професійний розвиток:

T11. Курс розширив моє розуміння когнітивно-поведінкової терапії

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T12. Я відчуваю більшу впевненість у роботі з клієнтами після проходження курсу

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T13. Курс допоміг мені систематизувати наявні знання з КПТ

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T14. Я планую продовжити поглиблене вивчення КПТ

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

T15. Я рекомендував би цей курс своїм колегам

Ваша оцінка: 1 2 3 4 5 (обведіть відповідну цифру)

**ВІДКРИТІ ПИТАННЯ**

1. Які аспекти курсу були найбільш корисними для Вас? Чому?

---

---

2. Які теми або техніки виявилися найскладнішими для засвоєння?

---

---

3. Що б Ви порадили змінити або покращити в курсі?

---

---

4. Як, на Вашу думку, курс вплинув на Вашу практичну діяльність? Що Ви почали робити по-іншому після навчання?

---

---

5. Чи плануєте Ви продовжити вивчення КПТ? Якщо так, то в якій формі? (поглиблені курси, супервізія, самоосвіта, інше)

---

---

6. Додаткові коментарі або побажання:

---

---

Щиро дякуємо за Ваш час та зворотний зв'язок!

*Ваші відповіді допоможуть нам покращити курс для майбутніх учасників.*



## АНКЕТА САМООЦІНЮВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ КПТ

Шановний учаснику!

Ця анкета призначена для оцінювання Вашого рівня володіння ключовими професійними компетентностями когнітивно-поведінкової терапії.

**ВАЖЛИВО:** Анкета заповнюється ДВІЧІ:

- До початку курсу (перша колонка)
- Після завершення курсу (друга колонка)

Будь ласка, оцініть свій рівень володіння кожною навичкою за 10-бальною шкалою, де:

0 – повністю не володію навичкою;

10 – володію навичкою на експертному рівні

ПІБ: \_\_\_\_\_

Група навчання: № \_\_\_\_\_

Дата заповнення ДО курсу: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Дата заповнення ПІСЛЯ курсу: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

### ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ:

Компетентність	Оцінка ДО курсу (0-10)	Оцінка ПІСЛЯ курсу (0-10)
<p>П1. Виявлення автоматичних думок клієнта</p> <p>Я вмію систематично виявляти автоматичні думки, які виникають у клієнта в проблемних ситуаціях</p>		
<p>П2. Ідентифікація когнітивних спотворень</p> <p>Я можу розпізнавати та називати когнітивні спотворення (катастрофізація, чорно-біле мислення, персоналізація тощо)</p>		

<p>ПЗ. Застосування Сократівського опитування</p> <p>Я вмію ставити питання, які допомагають клієнту самостійно дослідити обґрунтованість своїх думок</p>		
<p>П4. Поведінкова активація</p> <p>Я можу планувати та впроваджувати поведінкову активацію для клієнтів з депресією</p>		
<p>П5. Структурування терапевтичної сесії</p> <p>Я вмію структурувати сесію відповідно до протоколу КПТ (порядок денний, перевірка домашніх завдань, робота з новою темою, підсумок)</p>		
<p>П6. Базова концептуалізація випадку</p> <p>Я можу скласти когнітивну концептуалізацію випадку, виявляючи зв'язки між думками, емоціями та поведінкою</p>		
<p>П7. Робота з домашніми завданнями</p> <p>Я вмію підбирати релевантні домашні завдання та обговорювати їх виконання з клієнтом</p>		
<p>П8. Психоедукація</p> <p>Я можу зрозуміло пояснити клієнту когнітивну модель та принципи КПТ</p>		
<p>П9. Встановлення терапевтичного альянсу в рамках КПТ</p> <p>Я вмію будувати довірливі робочі стосунки з клієнтом у форматі КПТ</p>		
<p>П10. Моніторинг прогресу терапії</p> <p>Я можу відстежувати та оцінювати ефективність терапії за допомогою стандартизованих інструментів</p>		
<b>СЕРЕДНІЙ БАЛ</b>		

#### ПИТАННЯ ДЛЯ РЕФЛЕКСІЇ (заповнюється після Курсу)

1. Які компетентності, на Вашу думку, Ви покращили найбільше під час курсу?

---



---

2. Які компетентності потребують подальшого розвитку?

---

3. Чи вважаєте Ви себе готовим(ою) до самостійної роботи з клієнтами з використанням КПТ?

- ☐ Так, повністю готовий(а)
- ☐ Так, але потребує супервізії
- ☐ Ні, потребує додаткового навчання

**Дякуємо за Вашу чесність та саморефлексію!**

## ФОРМА СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ЗАЛУЧЕНІСТЮ УЧАСНИКІВ У РОЛЬОВІ ВПРАВИ ТА ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

(ЗРАЗОК ЗАПОВНЕННЯ)

### ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАНЯТТЯ:

Дата заняття:

Номер заняття: 3 (з 10)

Тема заняття: Робота з автоматичними думками. Сократівське опитування

Група: № 1

Кількість учасників: 20 осіб

Викладач/Спостерігач: .....

### ПРИМІТКИ ТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ:

№	ІПБ учасника	Рольові вправи (0-2)	Групові обговорення (0-2)	Робота в парах (0-2)	Загальний бал (0-6)
1	Учасник 1	0	0	0	0
2	Учасник 2	1	0	2	3
3	Учасник 3	1	0	0	1
4	Учасник 4	0	0	1	1
5	Учасник 5	0	1	0	1
6	Учасник 6	2	1	2	5
7	Учасник 7	2	2	2	6
8	Учасник 8	1	0	1	2
9	Учасник 9	1	2	2	5
10	Учасник 10	0	2	2	4
11	Учасник 11	1	0	1	2
12	Учасник 12	1	1	2	4
13	Учасник 13	0	0	0	0

14	Учасник 14	0	0	0	0
15	Учасник 15	2	1	1	4
16	Учасник 16	1	1	2	4
17	Учасник 17	0	1	2	3
18	Учасник 18	1	2	1	4
19	Учасник 19	1	1	1	3
20	Учасник 20	0	1	1	2
	СЕРЕДНІЙ БАЛ:	0.8	0.8	1.1	2.7

#### ПРИМІТКИ ТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ:

Загальна атмосфера на занятті була робочою та продуктивною. Більшість учасників активно включалися у вправи з сократівського опитування. Деякі учасники (зокрема, №3, №7, №12) ще відчують невпевненість при виконанні ролі терапевта, але проявляють зацікавленість та намагаються. Учасники №5, №8, №14, №18 демонструють високу залученість та охоче діляться власними спостереженнями. Спостерігається позитивна динаміка порівняно з попереднім заняттям – учасники стали більш активними в обговореннях.

Учасники, які демонстрували найвищу залученість: №5, №8, №14, №18, №20

Учасники, які потребують додаткової підтримки: №3 (боїться помилитися), №7 (мовний бар'єр), №12 (невпевненість у собі).

Технічні проблеми: Не було

---

Підпис спостерігача: \_\_\_\_\_. Дата:

**Доповнення до навчального курсу «Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни»**

У процесі пілотної реалізації курсу та аналізу зворотного зв'язку від учасників було виявлено потребу у поглибленні окремих змістових блоків, розширенні практичного відпрацювання складних КПТ інтервенцій та створенні системи професійної підтримки після завершення навчання. Зазначені запити було враховано при доопрацюванні та фіналізації програми курсу.

Однією з ключових змін у програмі стало посилення блоку, присвяченого концептуалізації випадку. В удосконаленій версії програми акцент зроблено на аналізі когнітивної моделі конкретних клінічних випадків, інтеграції когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів проблеми, а також зв'язку концептуалізації з плануванням терапевтичного процесу. Поглиблене опрацювання даного блоку рекомендовано здійснювати у форматі тематичних супервізій та групових інтерв'їй.

Також у програмі було уточнено та структуровано практичне відпрацювання когнітивних і поведінкових технік, зокрема когнітивної реструктуризації, експозиційних методів, поведінкових експериментів і технік роботи з глибинними переконаннями. Удосконалення передбачає поетапність застосування інтервенцій, аналіз клінічних прикладів та обговорення меж професійної компетентності й етичних аспектів роботи.

З урахуванням специфіки діяльності психологів у воєнному контексті було посилено змістовий блок, присвячений роботі з психічною травмою та втратою. Основний акцент зроблено на безпечному та етично обґрунтованому застосуванні КПТ підходу, розмежуванні стабілізаційної та травмофокусованої роботи, а також формуванні навичок професійної саморегуляції психолога.

Важливою складовою удосконалення програми стало впровадження механізмів пролонгованої професійної підтримки. З урахуванням запиту учасників у програмі закладено можливість групового супервізійного супроводу з фокусом на концептуалізацію випадків, вибір інтервенцій, етичні питання та роботу зі складними клінічними ситуаціями, а також функціонування інтервізійних груп як форми взаємної професійної рефлексії та профілактики емоційного вигорання.

**Перелік практичних вправ курсу**  
**«Базові компетентності КПТ-фахівця в умовах війни»**

№	Модуль	Назва вправи	Тип вправи	Цільова компетентність
1	1	Формула ABC	Базова	розуміння когнітивної моделі
2	1	Кероване відкриття	Базова	сократівський діалог, інсайт
3	1	Щоденник думок	Базова	самоспостереження, аналіз думок
4	1	«За і проти»	Базова	Когнітивна реструктуризація
5	1	STEB-аналіз	Базова	концептуалізація випадку
6	1	Когнітивні спотворення (рольова гра)	Базова	ідентифікація викривлень
7	1	Концептуалізація персонажа	Базова	системне мислення
8	1	Альтернативна думка	рекомендована	когнітивна гнучкість
9	1	Потік інформації	рекомендована	інтеграція моделі КПТ
10	1	Структура КПТ-сесії	рекомендована	професійна організація роботи
11	2	Психоедукація про депресію	Базова	нормалізація, мотивація
12	2	Визначення цінностей	Базова	Цілепокладання
13	2	План активності на тиждень	Базова	поведінкова активація
14	2	Пиріг відповідальності	Базова	робота з провиною
15	2	Визначення автоматичних думок	Базова	когнітивна ідентифікація
16	2	Стрілка вниз	Базова	робота з переконаннями
17	2	Усвідомленість (базова)	Базова	емоційна регуляція
18	2	Моніторинг настрою та активності	рекомендована	Саморегуляція
19	2	Рейтинг задоволення і досягнень	рекомендована	Мотивація
20	2	Профілактика рецидиву	рекомендована	підтримка результатів
21	3	Психоосвіта про тривогу (метафори)	Базова	нормалізація тривоги
22	3	Три компоненти тривоги	Базова	диференціація реакцій
23	3	Визначення базового страху	Базова	усвідомлення тригерів



24	3	«Сенсорне заземлення» (grounding)	Базова	Стабілізація
25	3	Продуктивні/непродуктивні переживання	Базова	метакогнітивні навички
26	3	Поведінковий експеримент	Базова	перевірка переконань
27	3	Ієрархія експозицій	Базова	подолання уникання
28	3	Прогресивна м'язова релаксація	Базова	фізіологічна регуляція
29	3	Дерево рішень	рекомендована	розв'язання проблем
30	3	Аналіз безпекових поведінок	рекомендована	зменшення підтримки тривоги
31	3	Інтероцептивна експозиція	рекомендована	робота з тілесною тривогою
32	4	Вікно толерантності	Базова	емоційна стабілізація
33	4	Скан тіла	Базова	тілесна усвідомленість
34	4	Скан емоцій	Базова	емоційна ідентифікація
35	4	Дихання	Базова	Саморегуляція
36	4	Карта травматичних переконань	Базова	когнітивне опрацювання
37	4	Імагінативна рескрипція	Базова	робота з травматичним досвідом
38	4	Наратив травматичного спогаду	Базова	інтеграція досвіду
39	4	Орієнтація «тут-і-зараз»	Базова	кризова стабілізація
40	4	Стабілізаційне дихання	Базова	зниження дистресу
41	4	Нормалізація реакцій на психічну травму	Базова	Психоосвіта

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### 1. Статті в наукових фахових виданнях з психології, включених до переліку, затвердженого МОН України (категорії Б):

1.1. Архангельська, М.В. (2024). Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних «втручань першого вибору» в лікуванні тривожних розладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2, 49–54. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2024-2-7>

1.2 . Архангельська, М.В. (2024). Потенціал когнітивно-поведінкового підходу в психотерапії особистих розладів. *Вісник Національного університету оборони України*, 81(5), 17–26. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-81-5-17-26>

1.3. Архангельська, М.В. (2024). Ключові характеристики когнітивно-поведінкової терапії як чинник результативності у психологічній практиці. *Технології розвитку інтелекту*, 8, 2(36). <https://doi.org/10.31108/3.2024.8.2.6>

1.4. Архангельська, М.В. (2026). Професійні компетентності фахівця когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни. *Перспективи та інновації науки*, 1(59), 3067–3076. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1\(59\)-3067-3076](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1(59)-3067-3076)

### 2. Статті та тези апробаційного характеру:

2.1. Архангельська, М.В. (2024). Розвиток когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в історичному контексті. *Věda a perspektivy*, 9(40). [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-9\(40\)-254-264](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2024-9(40)-254-264)

2.2. Архангельська М.В. (2024). Когнітивно-поведінкова терапія в діяльності психолога. *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації*, збірник матеріалів ІХ Всеукраїнської науково-

практичної конференції уклад. В.С. Бліхар. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2024. <https://repositsc.nuczu.edu.ua>

2.3. Архангельська, М.В. (2024). Основні моделі когнітивно-поведінкової терапії. *Кіберпсихологія в інформаційному суспільстві: підтримка, навчання, розвиток*, матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024.

[https://newlearning.org.ua/sites/default/files/tezy/2024\\_2/Arkhangelska\\_Mariya\\_2024.pdf](https://newlearning.org.ua/sites/default/files/tezy/2024_2/Arkhangelska_Mariya_2024.pdf)

2.4. Архангельська М.В. (2024). Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії у психологічній практиці. *Освіта сьогодення: життєтворчість як основа національного відродження та єдності*, збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції за ред. В. В. Нечипоренко. Запоріжжя: Хортицька національна академія, 2024.

<https://sites.google.com/khnnra.edu.ua/education-of-today/збірник-тез>

2.5. Архангельська, М.В. (2026). Когнітивно-поведінковий підхід у професійній підготовці психологів в умовах війни. *Проблеми та перспективи сучасної науки та освіти: матеріали XVII Міжнародної науково-практичної конференції*. Львів: Львівський науковий форум, 2026. <https://ir.lib.vntu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/50537/193995.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

2.6. Архангельська, М.В. (2026). Роль когнітивно-поведінкової терапії в умовах війни. *XI Міжнародна науково-теоретична конференція «Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень*. Чернівці, 2026. <https://doi.org/10.62731/mcnd-06.02.2026>

## АПРОБАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основні положення і результати дослідження було оприлюднено та обговорено у низці наукових та науково-практичних заходів, серед яких:

*міжнародні конференції*: Міжнародна науково-практична конференція Хортицької національної академії «Освіта сьогодення: життєтворчість як основа національного відродження та єдності» (Запоріжжя, 2024 р.); *XVII Міжнародна науково-практична конференція «Проблеми та перспективи сучасної науки та освіти»*, Львівський науковий форум (Львів, 2026); *XI Міжнародна науково-теоретична конференція «Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень»* (Чернівці, 2026);

*всеукраїнські конференції*: *X Всеукраїнська науково-практична конференція Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я в умовах війни»* (Київ, 2025 р.); *II Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН «Кіберпсихологія в інформаційному суспільстві: підтримка, навчання, розвиток, матеріали»* (Київ, 2024 р.); *IX Всеукраїнська науково-практична конференція Львівського державного університету внутрішніх справ «Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації»* (Львів, 2024 р.).

**Довідки про впровадження результатів дисертаційного  
дослідження**

**Товариство з обмеженою відповідальністю  
«Джерело довголіття»**

Адреса: 01135, Київ, вул. Чорновола 26/2  
Тел. 044-236-24-42; 063-39-999-19  
Ел. пошта: medskarbniza@gmail.com  
код ЄДРПОУ 35262263

від «29» грудня 2025 р. № 98/03

**ДОВІДКА**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Архангельської Марії Вікторівни  
за темою «Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в  
сучасній психологічній практиці»  
С4 Психологія

Упродовж 2025 року результати дисертаційного дослідження «Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці» було впроваджено в діяльність ТОВ «Джерело довголіття». Зокрема, на базі організації було проведено авторську програму навчального курсу, спрямовану на формування базових компетентностей фахівців когнітивно-поведінкової терапії.

Впровадження здійснювалося через проведення циклу тренінгових і навчально-практичних занять для співробітників підприємства. Програма включала розвиток професійних компетентностей у таких напрямках: робота з клієнтами в умовах підвищеного емоційного та соціального навантаження; вдосконалення навичок ефективної взаємодії; опанування технік саморегуляції психологічних станів; формування особистісної стійкості та резильєнтності. Застосування методів і технік КПТ забезпечило підвищення якості професійної взаємодії співробітників із клієнтами, сприяло зростанню ефективності надання послуг та розвитку комунікативної компетентності працівників медичної сфери, що має незаперечне значення в умовах довготривалої війни в Україні.

Директор  
ТОВ «Джерело довголіття»



Віталій АНСОВИЧ

**ЗАКЛАД ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ  
(ЯСЛА-САДОК) № 26  
ШЕВЧЕНКІВСЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА**  
вул. Володимирська, 16, м. Київ, 01001, тел. (044)279-86-59,  
E-mail: [dnz\\_26@ukr.net](mailto:dnz_26@ukr.net); код ЄДРПОУ 22882058

на № 08-42/92 від 26.12.2025р.  
від \_\_\_\_\_

**ДОВІДКА**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Архангельської Марії Вікторівни  
за темою: «Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії  
сучасній психологічній практиці»  
С4 Психологія

Наукові результати дисертаційного дослідження Архангельської Марії Вікторівни за темою «Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці»: модель базових професійних компетентностей КППТ-фахівця в умовах війни та програму навчального курсу їх розвитку, в 2025 році впроваджено в навчально-методичну роботу дошкільного навчального закладу (ясла-садок) № 26 Шевченківського району м. Києва, що сприяло підвищенню якості змісту програм навчальних дисциплін та виховної роботи, зокрема з дітьми військових, ВПО та інших вразливих категорій.

Упроваджені розробки мають практичне застосування щодо зміцнення ментального здоров'я дітей як стратегічного капіталу української нації.

Директор



Олена РУДНИК

Вих. № 353 від 30.12.2025р.

### ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
**Архангельської Марії Вікторівни**  
за темою «Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в  
сучасній психологічній практиці»  
С4 Психологія

Результати дисертаційного дослідження за темою «Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці», зокрема програму навчального курсу «Базові компетентності КПП-фахівця в умовах війни», упродовж 2024-2025 р.р. впроваджено в діяльність Приватного підприємства «Клініка антистаріння «Медіком», що створило умови для зміцнення ментального здоров'я, конструювання та вдосконалення професійного досвіду співробітників клініки та уможливило розробку програм формування здорового способу життя української молоді, збереженню та зміцненню здоров'я молодого покоління як стратегічного ресурсу соціально-економічного розвитку, національної безпеки та майбутнього процвітання держави в умовах війни.

Директор

ПП «Клініка антистаріння «Медіком»



Олександр ПРИМАК

Приватне підприємство «Клініка антистаріння «Медіком»  
Код ЄДРПОУ 31732344 IBAN UA563006140000026003000413001 в ПАТ «Креді Агріколь Банк»  
ПІН 317323426597 Ліцензія МОЗ України: Серія АЕН №571680 від 20.11.2014 р.  
04070, м. Київ, вул. Борисоглібська, 17/1, тел.: 044 390 34 10 info@anti-aging.ua

ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ  
«ЛАГАРД»

Код ЄДРПОУ 37265837; 01021, Україна, м. Київ, провулок Мар'яненка, буд. 9, офіс 3, тел. 044-280-5

Вих. № 05-01/26  
Від 05.01.2026 р.

ДОВІДКА  
про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Архангельської Марії Вікторівни  
за темою  
«Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці»  
С4 Психологія

Практична користь результатів дисертаційного дослідження Архангельської Марії Вікторівни за темою «Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці», зокрема програма навчального курсу розвитку базових компетентностей КППТ-фахівців у умовах війни, що впродовж 2024-2025 років було впроваджено в керівників структурних підрозділів ТОВ «ЛАГАРД», полягає у підвищенні продуктивності конструювання професійного досвіду фахівців в процесі надання всебічної швидкої та якісної допомоги військовим, пораненим та переселенцям у умовах війни.

Дата

Директор ТОВ «ЛАГАРД»



/ Л.М. Хоменко



\*УКРАЇНА\*  
 САДІВНИЧЕ ТОВАРИСТВО  
 "ЗАЛІСЬКЕ"  
 Ідентифікаційний код 23566951  
 № 796-31-01-2016  
 с. Богданівка  
 Броварський район  
 Київська область

## ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
 Архангельської Марії Вікторівни  
 за темою «Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в  
 сучасній психологічній практиці» С4 Психологія

- Результати дисертаційного дослідження за темою «Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці», зокрема розроблена та апробована програма навчального курсу «Базові компетентності КППТ-фахівця в умовах війни», упродовж 2024–2025 рр. впроваджено в діяльність садівничого товариства «Заліське». Зазначена програма використовувалася в роботі з внутрішньо переміщеними особами, які проживають на території товариства, та була спрямована на підвищення якості психологічної допомоги в умовах тривалого воєнного стресу. Практична реалізація результатів дослідження забезпечила формування в них прикладних когнітивно-поведінкових компетентностей, необхідних для роботи з наслідками психотравматизації, втрати життєвої стабільності, тривожними й депресивними станами, характерними для ВПО. Запропоновані КППТ-інструменти сприяли розвитку навичок емоційної саморегуляції, відновленню відчуття контролю над життєвими обставинами, посиленню адаптаційних ресурсів та психологічної стійкості осіб, вимушених до переселення. Отримані результати підтверджують ефективність розробленого курсу як складової системи психологічної підтримки ВПО та можливість його використання в діяльності громадських об'єднань, місцевих спільнот і волонтерських ініціатив, що надають психологічну допомогу населенню в умовах війни.

Голова садівничого товариства



Гудінова І.Л.

**Товариство з обмеженою відповідальністю фірма «Гарант»**

код за ЄДРПОУ - 21574923  
м. Київ, вул. М. Василенка, № 7А  
тел. 0672098227

*Вих. № 12-01/26  
Від 12.01.2026 р.*

**ДОВІДКА**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Архангельської Марії Вікторівни  
за темою

**«Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній  
психологічній практиці»  
С4 Психологія**

Практична значущість результатів дисертаційного дослідження Архангельської Марії Вікторівни на тему «Становлення когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії в сучасній психологічній практиці» полягає у формуванні науково обгрунтованого та методично вивіреного інструментарію професійної підготовки фахівців до роботи в умовах тривалого воєнного стресу. Розроблена програма навчального курсу з розвитку базових компетентностей КІПТ-фахівця, упроваджена впродовж 2024–2025 років у діяльність керівників структурних підрозділів ТОВ «ГАРАНТ», створює цілісне практичне середовище для переосмислення, систематизації та цілеспрямованого розвитку професійного досвіду.

Її прикладна цінність полягає не лише у засвоєнні стандартизованих технік когнітивно-поведінкової терапії, а передусім у трансформації способів професійного мислення та дії фахівців. Програма сприяє підвищенню здатності до швидкої когнітивної орієнтації в ситуаціях множинної травматизації, високої емоційної насиченості та хронічної невизначеності, характерних для воєнного контексту. Вона підсилює регулятивну функцію професійних компетентностей, забезпечуючи узгодженість прийняття рішень, стабільність інтервенцій та зниження ризиків професійного виснаження.

У практичному вимірі це виявляється у зростанні ефективності конструювання професійного досвіду як динамічного ресурсу, що дозволяє фахівцям оперативну адаптувати запропоновані стратегії до актуальних потреб клієнтів. Як наслідок, підвищується якість, своєчасність і комплексність психологічної допомоги вразливим категоріям населення, що надається в умовах тривалого соціального напруження під час повномасштабної війни в Україні.

**Директор ТОВ  
«Гарант»**

  
**Бойко О.М.**

