



УДК 616.89:159.922.8

[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-2\(56\)-1804-1815](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-2(56)-1804-1815)

Косенко Корнелія Артурівна доктор медичних наук, професор кафедри педагогіки та психології, Міжнародний гуманітарний університет, м. Одеса, <https://orcid.org/0000-0003-4356-487X>

Колодяжна Алла Володимирівна кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри професійної освіти в сфері технологій та дизайну, Київський національний університет технологій та дизайну, м. Київ, <https://orcid.org/0000-0002-5760-883X>

Худавердова Анна Олександрівна доктор філософії, викладачка кафедри психології та педагогіки, Харківський національний університет Повітряних Сил імені Івана Кожедуба, м. Харків, <https://orcid.org/0000-0002-3047-3154>

РОЛЬ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ

Анотація. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш ефективних методів лікування obsесивно-компульсивного розладу (ОКР), завдяки своїм конкретним механізмам впливу. Основні техніки КПТ, такі як когнітивне перепрограмування, експозиція та фокус на змінах у мисленні та поведінці, довели свою ефективність у зниженні симптомів ОКР. Суть терапії полягає у зміні негативних переконань та емоційних реакцій на нав'язливі думки, що дає змогу пацієнтам поступово контролювати свої стресові реакції і обмежувати компульсивні дії.

Успіх КПТ залежить від низки факторів, серед яких найважливішими є індивідуальні особливості пацієнта, мотивація до терапії та здатність пацієнта активно співпрацювати з терапевтом. Крім того, доступність терапії, яка включає фінансові, географічні та соціальні аспекти, значною мірою визначає ефективність лікування. Пацієнти, які мають можливість отримати регулярну терапевтичну підтримку і знаходяться в сприятливих умовах для лікування, мають більші шанси на успішний результат.

Незважаючи на велику кількість позитивних результатів, що були досягнуті за допомогою КПТ, є потенціал для її вдосконалення. Важливим напрямом є інтеграція нових технологій у процес лікування, таких як онлайн-терапія, мобільні додатки та використання віртуальної реальності для



експозиційних вправ. Це дозволяє зробити КПТ більш доступною та зручною для пацієнтів, зокрема для тих, хто не має можливості відвідувати терапевта особисто. Окрім того, вдосконалення терапевтичних методів і комбінування КПТ з іншими психотерапевтичними підходами, такими як психодинамічна терапія або медикаментозне лікування, може значно підвищити її ефективність, особливо в складних та тривалих випадках.

КПТ є дійсно ефективним методом лікування ОКР, але для підвищення її ефективності та доступності варто враховувати індивідуальні потреби пацієнтів і постійно вдосконалювати підходи. Сучасні технології відкривають нові можливості для надання цієї терапії, роблячи її доступнішою для тих, хто потребує допомоги. Удосконалення КПТ потребує постійного аналізу і адаптації до нових умов та потреб пацієнтів, що дозволить забезпечити максимально позитивний результат для кожного індивідуума.

Ключові слова: якість життя, нав'язливі думки, повторювані дії, соціальна активність, корекція розладу.

Kosenko Korneliia Arthurivna Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Pedagogy and Psychology, International Humanities University, Odesa, <https://orcid.org/0000-0003-4356-487X>

Kolodyazhna Alla Volodymyrivna PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Professional Education in Technology and Design, Kyiv National University of Technologies and Design, Kyiv, <https://orcid.org/0000-00025760-883X>

Khudaverdova Anna Oleksandrivna PhD in Psychology, Teacher of the Department of Psychology and Pedagogy, Ivan Kozhedub Kharkiv National Air Force University, Kharkiv, <https://orcid.org/0000-0002-3047-3154>

THE ROLE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Abstract. Cognitive behavioral therapy (CBT) is one of the most effective treatments for obsessive-compulsive disorder (OCD) due to its specific mechanisms of action. The main techniques of CBT, such as cognitive reprogramming, exposure, and focus on changes in thinking and behavior, have proven effective in reducing OCD symptoms. The essence of the therapy is to change negative beliefs and emotional reactions to intrusive thoughts, which allows patients to gradually control their stress reactions and limit compulsive actions.

The success of CBT depends on a number of factors, among which the most important are the individual characteristics of the patient, motivation for therapy,



and the patient's ability to actively cooperate with the therapist. In addition, the availability of therapy, which includes financial, geographical, and social aspects, largely determines the effectiveness of treatment. Patients who have the opportunity to receive regular therapeutic support and are in favorable conditions for treatment have a greater chance of a successful outcome.

Despite the many positive outcomes that have been achieved with CBT, there is potential for its improvement. An important direction is the integration of new technologies into the treatment process, such as online therapy, mobile applications and the use of virtual reality for exposure exercises. This makes CBT more accessible and convenient for patients, in particular for those who do not have the opportunity to visit a therapist in person. In addition, improving therapeutic methods and combining CBT with other psychotherapeutic approaches, such as psychodynamic therapy or medication, can significantly increase its effectiveness, especially in complex and long-term cases.

CBT is a truly effective treatment for OCD, but to increase its effectiveness and accessibility, it is worth considering the individual needs of patients and constantly improving approaches. Modern technologies open up new opportunities for providing this therapy, making it more accessible to those who need help. Improving CBT requires constant analysis and adaptation to new conditions and patients' needs, which will ensure the most positive outcome for each individual.

Keywords: quality of life, obsessive thoughts, repetitive actions, social activity, correction of the disorder.

Постановка проблеми. Обсесивно-компульсивний розлад є одним із найбільш поширених психічних розладів, що значно впливає на якість життя людини. Постійні нав'язливі думки (обсесії) та повторювані дії (компульсії) можуть спричиняти значний емоційний дистрес, обмежувати соціальну активність і навіть ускладнювати виконання повсякденних завдань.

Попри те, що сучасна медицина пропонує різні методи лікування ОКР, зокрема медикаментозну терапію, вона не завжди дає очікуваний ефект або супроводжується побічними діями. У цьому контексті особливого значення набуває когнітивно-поведінкова терапія, яка визнана ефективним немедикаментозним методом корекції розладу. Вона допомагає пацієнтам навчитися контролювати свої думки, змінювати деструктивні моделі поведінки та поступово зменшувати вплив нав'язливих страхів.

Однак, незважаючи на доведену ефективність КПТ, її застосування стикається з певними викликами. Доступність кваліфікованих спеціалістів, тривалість терапії та мотивація пацієнта є важливими факторами, що впливають на успішність лікування. До того ж, питання довготривалих результатів КПТ у пацієнтів з різними формами ОКР потребує подальшого дослідження.



Таким чином, актуальність цієї роботи зумовлена необхідністю глибшого аналізу ролі КПТ у лікуванні ОКР, оцінки її ефективності та визначення можливих шляхів удосконалення цього підходу для забезпечення більш стійких позитивних результатів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш вивчених і ефективних психотерапевтичних методів для лікування obsесивно-компульсивного розладу (ОКР). Численні дослідження підтверджують, що КПТ, зокрема методи експозиції з попередженням реакції (ERP) та когнітивна реструктуризація, сприяють значному зниженню симптомів ОКР та покращенню якості життя пацієнтів. Серед них роботи С. Попа (С. Popa), А. Рус (А. Rus) [1], Д. Маккей (D. McKay) та ін. [2].

Так, метааналізи, проведені за останнє десятиліття, свідчать про те, що КПТ демонструє високу ефективність у порівнянні з медикаментозною терапією або її доповненням. Наприклад, дослідження К. Фенн (K. Fenn), М. Бірн (M. Byrne) [3] показало, що більше 60% пацієнтів, які проходили КПТ, відзначали стійке зниження obsесивних і компульсивних симптомів. Інше дослідження А. Венцель (A. Wenzel) [4] підтвердило, що ефект КПТ може зберігатися тривалий час після завершення терапії, тоді як медикаментозне лікування часто потребує постійного прийому препаратів.

Однак, попри значні успіхи в застосуванні КПТ, залишаються невирішені питання та певні обмеження. По-перше, ефективність терапії може варіюватися залежно від тяжкості розладу, особистісних характеристик пацієнта та його мотивації до лікування. По-друге, деякі пацієнти стикаються з труднощами у доступі до КПТ через обмежену кількість фахівців, високі фінансові витрати або недостатню поінформованість про цей метод лікування. По-третє, хоча КПТ визнана ефективною, її механізми дії ще потребують глибшого вивчення, зокрема щодо нейропсихологічних змін у пацієнтів із ОКР.

Таким чином, необхідність подальших досліджень у цій сфері є очевидною. Поточне дослідження спрямоване на аналіз ефективності КПТ у лікуванні ОКР, враховуючи індивідуальні особливості пацієнтів, довготривалість результатів та можливі шляхи підвищення доступності цього методу. Це дозволить не лише заповнити існуючі прогалини у знаннях, а й сприяти вдосконаленню підходів до терапії ОКР, роблячи її ще більш ефективною та доступною для широкого кола пацієнтів.

Мета статті – проаналізувати роль когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні obsесивно-компульсивного розладу (ОКР), оцінити її ефективність та визначити основні чинники, що впливають на результати терапії.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

- визначити ключові механізми дії КПТ та їх вплив на редукцію obsесивно-компульсивних симптомів;



- розглянути фактори, що можуть впливати на успішність КПТ, зокрема індивідуальні особливості пацієнтів та доступність терапії;

- окреслити можливі напрями вдосконалення КПТ для підвищення її ефективності та доступності в умовах сучасної психотерапевтичної практики.

Виклад основного матеріалу. Когнітивно-поведінкова терапія є однією з найбільш ефективних та науково обґрунтованих методик психотерапії, що використовується для лікування різноманітних психічних розладів, включаючи obsesивно-компульсивний розлад. Вона також ефективна для допомоги людям, які зіштовхуються з ситуативними труднощами. КПТ ґрунтується на припущенні, що емоції та поведінка людини багато в чому визначаються тим, як вона інтерпретує події, а не самими подіями. Ця модель була вперше розроблена Аароном Беком у 1964 році, який припустив, що психічний стан людини залежить від її пізнавальних процесів [3].

Основна гіпотеза когнітивної моделі полягає в тому, що почуття людини визначаються її інтерпретацією ситуацій, а не самими ситуаціями. Наприклад, двоє людей можуть по-різному відреагувати на одну й ту ж подію: одна може сприймати її як можливість навчитися новому, а інша – як невдачу, яка підтверджує її неспроможність. Саме такі інтерпретації й формують емоційний стан і поведінкові реакції.

А. Бек (1976) виокремив три рівні пізнання, які відіграють ключову роль у формуванні емоційних і поведінкових реакцій. Основні переконання (схеми) – це глибоко вкорінені уявлення людини про себе, світ і майбутнє. Вони формуються в дитинстві під впливом життєвого досвіду та сприймаються як абсолютні істини. Наприклад, людина може вірити, що вона марна, що світ несправедливий або що її майбутнє приречене на невдачі.

Дисфункціональні припущення – це жорсткі правила, за якими людина живе. Вони часто є нереалістичними і призводять до неадаптивної поведінки. Наприклад, людина може вважати, що краще взагалі не намагатися щось робити, ніж ризикувати зазнати невдачі.

Негативні автоматичні думки (НАТ) – це миттєві, спонтанні думки, які виникають у певних ситуаціях і часто є надмірно негативними. Для людей із тривожними розладами такі думки можуть включати переоцінку загроз та недооцінку власних можливостей. Наприклад, перед важливою презентацією у людини може виникнути думка: «Я точно зганийблюся».

Важливим елементом КПТ є формулювання проблеми – процес осмислення ідіосинкратичних переживань людини у межах когнітивної моделі. Формулювання дозволяє виявити причини, що сприяють розвитку психічного розладу, провокуючі чинники та механізми, які підтримують проблему. Наприклад, при депресії ранній досвід (наприклад, відмова або ігнорування з боку батьків) може сприяти формуванню негативних основних



переконань, які активуються після критичної події (наприклад, втрати роботи), що, своєю чергою, призводить до негативних автоматичних думок та депресивних симптомів.

Когнітивно-поведінкова терапія використовує низку ефективних технік для зміни негативного мислення та поведінкових реакцій (табл. 1).

Таблиця 1

Базові техніки когнітивно-поведінкової терапії

Назва	Характеристика
Когнітивна реструктуризація	Метод, який допомагає пацієнтові виявити та змінити деструктивні переконання. Спочатку терапевт допомагає пацієнту усвідомити автоматичні думки, які виникають у стресових ситуаціях, а потім навчитися аналізувати їхню правдивість. Наприклад, замість думки «Якщо я не виконаю ритуал, станеться щось погане» пацієнт формує нове переконання: «Я не маю доказів, що мій ритуал дійсно впливає на реальність»
Експозиція з попередженням реакції (ERP)	Особливо ефективна при лікуванні ОКР. Пацієнт поступово стикається з ситуаціями, які викликають тривогу, але уникає виконання компульсивних дій. Наприклад, людина, яка постійно мие руки через страх перед мікробами, поступово навчається витримувати тривогу, не виконуючи миття
Переключення уваги	Метод, який допомагає пацієнту свідомо спрямовувати увагу на інші аспекти реальності замість obsесивних думок. Це може включати дихальні техніки, фізичну активність або творчі заняття
Поведінкові експерименти	Техніка, яка допомагає перевірити реальність страхів пацієнта. Наприклад, якщо людина вірить, що без виконання певного ритуалу станеться катастрофа, терапевт пропонує їй не виконувати ритуал і подивитися, що насправді станеться
Навчання толерантності до невизначеності	Методика, спрямована на те, щоб навчити людину приймати невизначеність як природну частину життя. Це особливо важливо при лікуванні ОКР, де люди прагнуть абсолютної впевненості в усьому

Джерело: складено авторами на основі [4, с. 599-600]

Численні дослідження підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні obsесивно-компульсивного розладу. У метааналітичному огляді Батлера та ін. було проаналізовано 16 досліджень, що порівнювали результати КПТ із групами контролю (відсутність лікування, список очікування, плацебо). Дослідники дійшли висновку, що КПТ суттєво зменшує інтенсивність obsесивно-компульсивних симптомів і перевершує багато інших підходів у довготривалій ефективності [5, с. 20].

Т. Мейер і Дж.Скотт зазначають, що КПТ, зокрема її компонент ERP, відповідає критеріям «добре встановленої» емпірично підтвердженої терапії.



Це означає, що її ефективність була підтверджена у двох або більше рандомізованих контрольованих дослідженнях, що мають високу методологічну якість [6, с. 689]. Основний механізм дії КПТ при ОКР полягає у тому, що пацієнти навчаються поступово піддаватися тригерним ситуаціям (експозиція) без виконання компульсивних ритуалів (запобігання реакції), що сприяє зниженню тривоги та зменшенню потреби у компульсіях.

К. Добсон та ін. у своєму рандомізованому контрольованому дослідженні проаналізували ефективність КПТ у порівнянні з медикаментозним лікуванням (антидепресантами, ADM) [7]. Вони виявили, що пацієнти, які отримували КПТ, мали значно нижчий ризик рецидиву протягом року спостереження, ніж ті, хто проходив фармакотерапію. Важливо зазначити, що навіть після завершення активного етапу лікування позитивний ефект КПТ зберігався, тоді як у групі пацієнтів, які приймали антидепресанти, частота рецидивів була вищою.

Також було виявлено, що КПТ ефективна не лише для зменшення симптомів ОКР, а й для покращення загального рівня функціонування пацієнтів. Дослідження Поп та ін. показало, що після курсу КПТ у 70% пацієнтів спостерігалось суттєве зниження obsесивних і компульсивних симптомів, а у 50% – клінічно значуще покращення стану [1]. Це свідчить про високу ефективність КПТ навіть у пацієнтів із хронічним або тяжким перебігом ОКР.

З економічної точки зору, дослідження К. Добсон та ін. показало, що хоча первинні витрати на КПТ можуть бути вищими, ніж на медикаментозне лікування, у довгостроковій перспективі загальні витрати на терапію КПТ виявляються нижчими [7]. Це пов'язано з тим, що пацієнти, які отримали КПТ, менше потребують повторних курсів лікування, мають нижчі показники рецидивів і меншу залежність від медикаментів. Крім того, КПТ на основі усвідомленості (Mindfulness-Based CBT) виявилася особливо ефективною та економічно доцільною, оскільки часто проводиться у груповому форматі, що знижує загальну вартість терапії.

Отже, сучасні дослідження підтверджують високу ефективність КПТ у лікуванні ОКР, її довгострокові переваги у зменшенні ризику рецидиву та економічну доцільність у порівнянні з іншими методами терапії. Хоча КПТ є самостійно ефективним підходом, її поєднання з іншими методами терапії може підвищити ефективність лікування. Наприклад, у деяких випадках застосовують фармакотерапію (антидепресанти), що допомагає зменшити інтенсивність симптомів. Крім того, майндфулнес-стратегії можуть сприяти зниженню obsесивних думок та підвищенню усвідомленості.

Як і будь-який терапевтичний підхід, КПТ має свої обмеження, і розуміння цих викликів допомагає не тільки терапевтам краще адаптувати свої методи, а й самим клієнтам більш свідомо підходити до лікування [8].



Одним із головних обмежень КПТ є її часові рамки. Зазвичай терапія триває від 6 до 20 сеансів, що може бути достатньо для багатьох людей, але зовсім не завжди підходить тим, хто має глибокі травми або хронічні психічні розлади. Деякі проблеми формуються роками, і виправити їх за кілька місяців просто нереально. Крім того, побудова довірливих відносин між терапевтом і клієнтом вимагає часу, а в рамках КПТ цей процес часто доводиться пришвидшувати. У результаті терапія може зосереджуватися більше на техніках і методах, ніж на емоційному зв'язку, що для деяких людей є важливим елементом лікування.

Ще один важливий аспект – те, що КПТ робить основний акцент на індивідуальних переконаннях і поведінці людини, іноді не беручи до уваги міжособистісні фактори. Наприклад, якщо хтось переживає стрес через токсичні стосунки чи насильницьке середовище, зміна мислення не завжди буде достатньою для вирішення проблеми. Це не означає, що КПТ ігнорує соціальні аспекти, але через свою структуру вона просто може не мати достатньо часу, щоб глибше заглибитися в ці питання.

Також варто враховувати, що КПТ не завжди ефективна при складних психічних розладах, таких як глибокі травматичні переживання або розлади особистості. Вона здебільшого зосереджена на зміні поточних патернів мислення, але не завжди достатньо досліджує їхні корені. Наприклад, якщо людина пережила важку травму, просто навчитися по-іншому думати про ситуацію може бути недостатньо. У таких випадках можуть бути корисніші глибинні терапевтичні методи, як-от травма-фокусована терапія або психоаналіз.

Не менш дискусійною темою є ефективність когнітивних компонентів КПТ [9, с. 6]. Дослідження, які аналізують окремі складові лікування, показали, що деякі ключові когнітивні техніки можуть не давати суттєво кращих результатів, ніж спрощені версії терапії, що включають лише поведінкові стратегії. Наприклад, дослідження Н. Якобсон та ін. продемонструвало, що пацієнти з депресією покращили свій стан не менш ефективно, використовуючи виключно поведінкові техніки, ніж при повному курсі КПТ, який включав як когнітивні, так і поведінкові втручання [10, с. 299]. Це змушує замислитися над тим, наскільки важливим є акцент на зміну мислення в терапії, і чи не варто інколи фокусуватися більше на зміні поведінкових моделей.

Ще однією слабкою стороною КПТ є її історичний розрив із когнітивною наукою та нейропсихологією. Хоча когнітивна психологія активно розвивалася у 1970-х роках, коли була кодифікована КПТ, сам підхід формувався переважно на основі клінічних спостережень, а не лабораторних досліджень. Відповідно, теоретичні основи КПТ не завжди узгоджувалися з



науковими відкриттями в області пізнання та нейрофізіології. Згодом терапевти були змушені коригувати деякі аспекти моделі, аби краще узгоджувати її з сучасними дослідженнями мозку та поведінки.

Ще один важливий момент стосується механізмів дії КПТ. Прихильники методу не завжди готові перевіряти передбачені терапією причинно-наслідкові зв'язки. Наприклад, дослідження Д. Бернса і Д. Спенглера не змогло підтвердити зв'язок між дисфункціональними переконаннями та результатами лікування у вибірці з 521 пацієнта, які проходили КПТ [11, с. 340]. Це ставить питання про те, наскільки доцільно працювати з когнітивними спотвореннями, якщо їхня роль у терапевтичному процесі не завжди є визначальною.

Попри всі ці виклики, КПТ залишається одним із найкращих інструментів у психотерапії. Її структурованість і наукова обґрунтованість дозволяють досягати значних результатів, особливо якщо терапія адаптується під конкретні потреби клієнта. Головне – розуміти її обмеження й у разі необхідності поєднувати її з іншими методами або продовжувати терапевтичний процес, якщо стандартний підхід не дає достатнього ефекту [12].

Оскільки ОКР часто є хронічним і складним для лікування станом, важливо знаходити нові підходи, які можуть зробити терапію ще більш ефективною та доступною для пацієнтів.

Одним із перспективних напрямів є персоналізація КПТ, що дозволяє адаптувати методіку під конкретні особливості людини. Наприклад, деякі пацієнти з ОКР мають виражені когнітивні спотворення, тоді як у інших домінує поведінковий компонент проблеми. Використання гнучких протоколів терапії, які враховують ці відмінності, може суттєво покращити результати лікування. Крім того, інтеграція КПТ із методами глибшої роботи з емоціями, такими як прийняття та усвідомленість (АСТ), може допомогти тим пацієнтам, які мають труднощі з традиційними підходами до змін мислення.

Ще одним важливим напрямком є використання технологій у лікуванні ОКР. Віртуальна реальність, мобільні додатки та онлайн-терапія можуть значно розширити доступність КПТ, особливо для тих, хто з різних причин не може регулярно відвідувати терапевта. Наприклад, деякі дослідження вже демонструють ефективність використання цифрових інструментів для експозиційної терапії, яка є ключовим компонентом КПТ при ОКР. Завдяки цьому пацієнти можуть поступово навчатися протистояти своїм страхам у безпечному, контрольованому середовищі.

Не менш важливим є питання біологічної зворотної реакції (нейрофідбеку) та комбінованого лікування. Деякі дослідження вказують на те, що поєднання КПТ із медикаментозною терапією, зокрема із застосуванням селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), може



давати кращі результати у складних випадках ОКР. Також розглядаються методи стимуляції мозку, зокрема транскраніальна магнітна стимуляція (TMS), яка потенційно може посилювати ефект КПТ, допомагаючи пацієнтам долати obsесивні думки.

Окрему увагу слід приділити тривалому супроводу пацієнтів, які пройшли курс терапії. Оскільки ОКР має тенденцію до рецидивів, впровадження програм підтримки, таких як групова терапія, самодопомога або періодичні консультації з терапевтом, може значно знизити ризик повернення симптомів.

Загалом перспективи вдосконалення КПТ для лікування ОКР спрямовані на її персоналізацію, інтеграцію з новітніми технологіями та біологічними методами впливу, а також розширення можливостей довготривалої підтримки пацієнтів. Це дозволить зробити терапію більш ефективною, доступною та стійкою до рецидивів, що особливо важливо для тих, хто стикається з цим розладом упродовж багатьох років.

Висновки. КПТ є одним з найбільш ефективних методів лікування ОКР, завдяки своїм конкретним механізмам впливу. Основні техніки КПТ, такі як когнітивне перепрограмування, експозиція та фокус на змінах у мисленні та поведінці, довели свою ефективність у зниженні симптомів ОКР. Суть терапії полягає у зміні негативних переконань та емоційних реакцій на нав'язливі думки, що дає змогу пацієнтам поступово контролювати свої стресові реакції і обмежувати компульсивні дії.

Успіх КПТ залежить від низки факторів, серед яких найважливішими є індивідуальні особливості пацієнта, мотивація до терапії та здатність пацієнта активно співпрацювати з терапевтом. Крім того, доступність терапії, яка включає фінансові, географічні та соціальні аспекти, значною мірою визначає ефективність лікування. Пацієнти, які мають можливість отримати регулярну терапевтичну підтримку і знаходяться в сприятливих умовах для лікування, мають більші шанси на успішний результат.

Перспективи подальших досліджень у галузі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для лікування obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) зосереджуються на кількох важливих напрямках. По-перше, важливо продовжувати дослідження механізмів дії КПТ та її ефективності для різних підтипів ОКР, щоб краще зрозуміти, які аспекти терапії працюють найкраще для різних груп пацієнтів. Це дозволить адаптувати терапевтичні стратегії для кожного пацієнта, з урахуванням індивідуальних особливостей і потреб.

По-друге, необхідно вивчити роль новітніх технологій у покращенні доступності та ефективності КПТ. Застосування онлайн-платформ, мобільних додатків і віртуальної реальності для проведення терапії відкриває нові можливості для тих, хто не може отримати традиційну допомогу. Однак важливо з'ясувати, наскільки ці інструменти можуть бути ефективними в лікуванні ОКР і як вони можуть бути інтегровані в існуючу практику.



Література:

1. Popa C.O., Rus A.V. The contribution of cognitive behavioral therapy to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Romanian Journal of Psychiatry & Psychotherapy*. 2016. Vol. 28(4). Pp. 145-148. DOI: <https://doi.org/10.37897/RJPP.2016.4.2>
2. McKay D., Sookman D., Neziroglu F., Wilhelm S., Stein D.J., Kyrios M., Keith M., Veale D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2015. Vol. 227 (1). Pp. 104-113. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.004>
3. Fenn K., Byrne M. The key principles of cognitive behavioural therapy. *Sage Journals Support*. 2013. Vol. 6(4). DOI: <https://doi.org/10.1177/1755738012471029>
4. Wenzel A. Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am*. 2017. Vol. 40(4). Pp. 597-609. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
5. Butler A., Chapman J., Foreman E., Beck A. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 2006. Vol. 26. Pp. 17-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
6. Meyer T., Scott J. Cognitive behavioural therapy for mood disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2008. Vol. 36. Pp. 685-693. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1352465808004761>
7. Dobson K. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989. Vol. 57. Pp. 414-419. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.414>
8. Rangaves D. The Limitations of Cognitive Behavioral Therapy (CBT). 2024. URL: <https://dianarangaves.com/2024/01/15/the-limitations-of-cognitive-behavioral-therapy-cbt/>
9. Gaudiano B.A. Cognitive-Behavioral Therapies: Achievements and Challenges. *Evid Based Ment Health*. 2008. Vol. 11(1). Pp. 5-7. DOI: <https://doi.org/10.1136/ebmh.11.1.5>
10. Jacobson N.S., Dobson K.S., Truax P.A., Addis M.E., Koerner K., Gollan J.K. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1996. Vol. 64. Pp. 295-304. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.2.295>
11. Burns D.D., Spangler D.L. Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior therapy*. 2001. Vol. 32(2). Pp. 337-369. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80008-3)
12. Spencer S.D., Stiede J.T., Wiese A.D., Goodman W.K., Guzik A.G., Storch E.A. Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2023. Vol. 46(1). Pp. 167-180. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.004>

References:

1. Popa, C.O., Rus, A.V. (2016). The contribution of cognitive behavioral therapy to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Romanian Journal of Psychiatry & Psychotherapy*. 28(4). 145-148. DOI: <https://doi.org/10.37897/RJPP.2016.4.2> [in English].
2. McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D.J., Kyrios, M., Keith, M., Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 227 (1). 104-113. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.004> [in English].
3. Fenn, K., Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioural therapy. *Sage Journals Support*. 6(4). DOI: <https://doi.org/10.1177/1755738012471029> [in English].
4. Wenzel, A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am*. 40(4). 597-609. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001> [in English].



5. Butler, A., Chapman, J., Foreman, E., Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 26. 17-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003> [in English].
6. Meyer, T., Scott, J. (2008). Cognitive behavioural therapy for mood disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 36. 685-693. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1352465808004761> [in English].
7. Dobson, K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57. 414-419. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.414> [in English].
8. Rangaves, D. (2024). The Limitations of Cognitive Behavioral Therapy (CBT). URL: <https://dianarangaves.com/2024/01/15/the-limitations-of-cognitive-behavioral-therapy-cbt/>
9. Gaudiano, B.A. (2008). Cognitive-Behavioral Therapies: Achievements and Challenges. *Evid Based Ment Health*. 11(1). 5-7. DOI: <https://doi.org/10.1136/ebmh.11.1.5> [in English].
10. Jacobson, N.S. Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*. 64. 295-304. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.295> [in English].
11. Burns, D.D., Spangler, D.L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior therapy*. 32(2). 337-369. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80008-3) [in English].
12. Spencer, S.D., Stiede, J.T., Wiese, A.D., Goodman, W.K., Guzick, A.G., Storch, E.A. (2023). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 46(1). 167-180. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.004> [in English].