

УДК 159.9

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ:
УМНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ КОГНИТИВИЗМА
ИЛИ БИХЕВИОРАЛЬНЫЙ ЗОНТИК**

**COGNITIVE AND BEHAVIOURAL THERAPY:
CLEVER LOCALIZATION OF KOGNITIVISM
OR BEHAVIORAL UMBRELLA**

А.П. Лобанов, доктор психологических наук, профессор, БГПУ, Минск
Н.В. Дроздова, кандидат психологических наук, доцент, РИВШ, Минск
К.С. Жаранков, кандидат медицинских наук, РИВШ, Минск

A.P. Lobanov, Dr. Science, professor, Belarusian state pedagogical university, Minsk
N.V. Drozdova, Dr. Science, assistant professor, National Institute of the higher education,
Minsk
K.S. Zharankov, Dr. Science, assistant professor, National Institute of the higher
education, Minsk

Аннотация. В статье представлен анализ исторической и содержательной динамики концептуальных и технических оснований когнитивно-поведенческой терапии. Сформулирована проблема теоретико-методологических оснований КПТ. Рассмотрены варианты интегративно-эkleктических моделей бихевиоральной и когнитивной терапии. Определены возможности специализации психологов, выбирающих направление КПТ.

Summary. The analysis of historical and substantial dynamics of the conceptual and technical bases of cognitive and behavioral therapy is presented in article. The problem of the theorist and methodological bases of CBT is formulated. Options of integrative and eclectic models of behavioral and cognitive therapy are considered. Possibilities of specialization of the psychologists choosing the CBT direction are defined.

Ключевые слова: когнитивная психология, бихевиоризм, поведенческая терапия, когнитивная терапия, эклектика, специализация.

Keywords: cognitive psychology, behaviorism, behavioral therapy, cognitive therapy, eclecticism, specialization.

Если верить кинематографу, то первым клиентом рационально-эмотивной терапии в СССР была Э. Пьеха. Упоминание её имени в данном контексте говорит о времени проникновения западных когнитивных научных концепций и об определённом застревании отечественной психологической практики в виду того, что названная выше терапевтическая модель всё ещё воспринимается как ноу-хау. Как известно, её основоположником является американский клинический психолог и психотерапевт Альберт Эллис. Она возникла в 50-е годы прошлого века и трижды меняла своё наименование: рациональная терапия (1955 – 1960 гг), рационально-эмотивная терапия (1961 – 1992 гг) и рационально-эмотивная поведенческая терапия (Rational-emotive behavior therapy) (1993 – по наше время). С точки зрения метаморфоз её дефиниций, примечательна книга С. Уолена, Р. Ди Гусеппа и Р. Уэслера «Рационально-эмотивная психотерапия» с подзаголовком «когнитивно-бихевиоральный подход» [1].

Множественность наименований, на наш взгляд, со всей очевидностью оттеняет проблему теоретико-методологических оснований означенной терапевтической модели. Казалось бы, всё просто и очевидно: межпарадигмальная интеграция (или эклектика) положений когнитивной психологии и бихевиоризма. На самом деле, имеет место конфликт логики и лингвистики. Наименование «когнитивно-поведенческая» справедливо с точки зрения лингвистики, но явно противоречит логике. Наоборот, «когнитивно-бихевиоральная» – звучит научно, но не отвечает законам языкознания (нарушена очерёдность употребления слов). Для психолога «бихевиоральный» не является синонимом «поведенческий». Бихевиоризм – не только наука о поведении, но и научении. Так, в чём же проблема?

Полагаем, в очередной раз можно ответить словами Ж. Пиаже: для психолога генетическое важнее логического, точнее, именно из анализа генезиса модели возникает логика её построения и интерпретации.

В середине XX века США представляли собой «перекрёсток» основных психологических школ: с одной стороны, падали акции классического психоанализа и бихевиоризма; с другой – заявляли о себе гуманистическая и когнитивная психология. В истории когнитивизма это время (1955 – 1965 гг.) было обозначено как латентная когнитивная революция. Пять психологов с разной степенью решимости расшатывали устои бихевиоризма: Дж. Брунер, Дж. Дженкинс, Дж. Миллер, Г. Саймон и Ч. Осгуд [2]. Они опирались на эмпирические исследования и только предпринимали попытки подвести под них теоретические основания. Как вспоминает Дж. Миллер: «Я двигался навстречу когнитивной науке в течение двадцати лет, прежде чем узнал, как она называется» [3]. К их плеяде можно отнести и А. Эллиса. Его рациональная терапия – явный вызов бихевиоризму. Следуя авторской концепции причин человеческих эмоций, он обращался к трудам античных философов: Марка Аврелия (тебя беспокоит не эта вещь, а то, что ты думаешь о ней) и Эпиктета (события не являются причиной наших эмоций) [4]. В результате в его «человеческой триаде» (мышление, эмоции, поведение) решающую роль играли когниции и когнитивные процессы: мышление определяет эмоции, а они мотивируют поведение. Воображаемый треугольник теряет жёсткость и разворачивается в однонаправленный вектор.

А. Эллис времён рационально-эмотивной терапии теоретизирует в общем потоке когнитивных теорий эмоций (M. Arnold, R. Lazarus, S. Schachter, Y. Singer). Так, согласно модификации двухфакторной теории С. Шехтера, С. Валинс (S. Valins) пришёл к выводу, что в возникновении эмоций и в мотивации поведения решающую роль играют когнитивные процессы оценивания (интерпретации) ситуации. По Р. Лазарусу, активационный и когнитивно-ситуационный компоненты взаимодополняют друг друга, а результаты когнитивного оценивания воздействуют и на эмоции, и на поведение человека [5]. Кроме того, «рационально-эмотивная» концепция личности А. Эллиса в целом созвучна когнитивным имплицитным теориям личности.

Таким образом, можно констатировать, что рациональная и рационально-эмотивная терапия А. Эллиса, несомненно, представляют собой вариант умной локализации (специализации) [6], когда глобальные схемы когнитивного теоретизирования реализуются с учётом конкретного контекста предмета исследования: научения клиента самоанализу и трансформации иррационального мышления.

Рационально-эмотивная поведенческая терапия возвращает из забвения третий компонент триады – поведение, признавая его значимость и дееспособность. При этом, во внимание принимаются достижения специалистов в области

бихевиоральной терапии с точки зрения необходимости формирования когнитивных навыков: научить клиента научно мыслить путём последовательной и осознанной тренировки [1]. В результате речь может идти о редукции бихевиоризма, сначала как науки о научении и уже потом – о поведении. Тогда понятен смысл названия – когнитивно-бихевиоральная терапия, когнитивная по призванию и бихевиоральная по необходимости. Мы глубоко убеждены, что дефис между составными словами означает отнюдь не «и», а пространственно-временной континуум. Это похоже на фиксированные годы жизни (от и до). Другими словами, термин «рационально-эмотивная поведенческая терапия» отражает основные вехи её становления, начиная от разрыва с бихевиоризмом и провозглашения когнитивной независимости до относительного возвращения под бихевиоральный зонтик. Она выполнила свою миссию – внесла весомый вклад в собственно когнитивную терапию. Не случайно, как вторичное эхо постулатов А. Эллиса звучат известные положения Р. Грина: роль желаний сильно преувеличена и дети (и взрослые) ведут себя хорошо, если могут [7].

Проблема теоретико-методологического статуса когнитивно-поведенческой терапии не умаляет общепринятой точки зрения об эффективности данного направления психологической практики. Напротив, данная ситуация лишь подчеркивает классический схизис академической и практической психологии. Теоретики знают, что работает, практики – как работает. Разрыв между теорией и практикой проявляется не только в коммуникационном, но и временном аспектах. Так, открытие в 60-х гг. таких явлений как конформизм или фундаментальная ошибка атрибуции только через пятьдесят лет «догнали» психологическую практику и вошли в топы когнитивных искажений.

Общеизвестно, что КПТ, во-первых, является наиболее изученной (отсюда применение эпитета «научно-обоснованной») формой психотерапии, во-вторых, данная терапия эффективна в лечении депрессии (большого депрессивного расстройства (БДР)) и группы тревожных расстройств (генерализованного тревожного расстройства (ГТР), панического расстройства (ПР), социального тревожного расстройства (СТР)).

КПТ основана на сочетании основных принципов поведенческой и когнитивной психологии. КПТ является «проблемно-ориентированными» и «ориентированным на конкретные действия» методом, то есть, используется для избавления от конкретных проблем связанных с диагностированным психическим расстройством. Роль психотерапевта заключается в оказании помощи клиенту в поиске и выполнении эффективных стратегий для достижения намеченных целей и уменьшения симптомов заболевания. КПТ основана на убеждении в том, что когнитивные искажения и неадекватные формы поведения играют определенную роль в развитии и поддержании психических расстройств, и что переживания и связанные с ними последствия могут быть уменьшены путем обучения новым навыкам обработки информации и механизмам решения проблем.

Исследования показали, что, по сравнению с применением лекарственных средств, КПТ в одиночку является столь же эффективным методом при лечении менее тяжелых форм депрессии и тревоги, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тиков, токсикомании (за исключением опиоидной наркомании), расстройства пищевого поведения и пограничного расстройства личности. КПТ часто рекомендуется в сочетании с препаратами для лечения других состояний, таких как тяжелое обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и клиническая депрессия, опийная наркомания, биполярные и психотические расстройства [8]. КПТ рекомендуется в качестве первой линии терапии для большинства психических

расстройств у детей и подростков, в том числе агрессии и расстройств поведения. Исследователи обнаружили, что другие добросовестные терапевтические вмешательства были в равной степени эффективны для лечения определенных состояний у взрослых, однако было обнаружено, что КПТ превосходит эти методы при лечении большинства заболеваний [9].

У взрослых, была показана эффективность КПТ и изучена ее роль в лечении тревожных расстройств, депрессии [10], расстройств пищевого поведения, хронической боли в нижней части спины [11], личностных нарушений, шизофрении, расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в адаптации [12], депрессии и тревоги, связанных с фибромиалгией, и после травмы спинного мозга]. У детей и подростков, КПТ является эффективной частью планов лечения тревожных расстройств, дисморфофобии, депрессии и суицидального поведения, расстройств пищевого поведения и ожирения, обсессивно-компульсивного расстройства и посттравматического стрессового расстройства, а также тиковых нарушений, трихотилломании и других нарушений, связанных с повторяющимся поведением [13]. Адаптация КПТ для предотвращения суицидов (ПС), была специально разработана для лечения молодых людей, имеющих серьезную депрессию и предпринявших парасуицид в течение последних 90 дней [14]. Была установлена эффективность, выполнимость и приемлемость этого метода. Sparg – это видеоигра, созданная с использованием метода КПТ, чтобы помочь молодым людям решать свои проблемы [15].

Также была показана эффективность КПТ при посттравматическом стрессовом расстройстве у детей раннего возраста (от 3 до 6 лет). КПТ также применялась в случае различных детских расстройств, включая депрессивные расстройства и различные тревожные расстройства [16].

Согласно обзору INSERM 2004 года трех методов, была либо «доказана» или «предполагалась» эффективность когнитивно-поведенческой терапии, в случае нескольких конкретных психических расстройств. Согласно результатам исследования, КПТ была эффективна при лечении шизофрении, депрессии, биполярного расстройства, панического расстройства, посттравматического стресса, тревожных расстройств, булимии, анорексии, расстройств личности и алкогольной зависимости [17]. Некоторые мета-анализы показывают, что КПТ является более эффективной, чем психодинамическая терапия и является столь же эффективной, как и другие виды терапии, при лечении тревоги и депрессии [18]. Была доказана эффективность компьютеризированной КПТ (ККПТ) в рандомизированных контролируемых и других исследованиях при лечении депрессии и тревожных расстройств [19], в том числе у детей [20], а также бессонницы. Некоторые исследования показали одинаковую эффективность ККПТ и вмешательств информационных веб-сайтов и еженедельных телефонных звонков. ККПТ оказалась столь же эффективной, как и КПТ при личном контакте в случае подростковой тревожности и бессонницы.

КПТ применяется в клинических и доклинических условиях для лечения таких расстройств, как расстройства личности и поведенческие проблемы [21]. Систематический обзор КПТ при депрессии и тревожных расстройствах показывает, что КПТ в первичном звене здравоохранения, особенно при использовании компьютерных или интернет-программ самопомощи, потенциально более эффективна, чем обычные меры и может эффективно применяться при помощи врачей первичного звена медицинской помощи. Все новые данные свидетельствуют о возможной роли КБТ в лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

(СДВГ); ипохондрии; при борьбе с последствиями рассеянного склероза; нарушений сна, связанных со старением, дисменореи и биполярного расстройства [22].

КПТ может вызывать ослабление симптомов тревоги и депрессии у людей с болезнью Альцгеймера. КПТ изучалась в качестве вспомогательного средства при лечении тревоги, связанной с заиканием. Первые исследования показали, что КБТ эффективна в снижении социальной тревожности у взрослых людей с заиканием, но не снижает частоту заиканий. Существует ряд доказательств того, что КПТ является более совершенным в долгосрочной перспективе методом, по сравнению с бензодиазепинами и небензодиазепинами в лечении и управлении бессонницей. Было показано, что КПТ умеренно эффективна для лечения синдрома хронической усталости. В Великобритании, Национальный институт здравоохранения и совершенства медицинской помощи Великобритании (NICE) рекомендует КПТ в планах лечения целого ряда проблем в области психического здоровья, в том числе посттравматического стрессового расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), булимии и клинической депрессии [23].

Один из последних мета-анализов (октябрь, 2016) показал, что доказательная база еще имеет «ресурсы для развития». Не решен вопрос трех ключевых моментов: систематической ошибки, которая связана с предпочтительной публикацией положительных результатов исследования, плацебо, или ситуации контрольных групп, получающих обычный уход, и не плацебо, если контрольная группа представлена списком ожидания [24].

Современная когнитивно-поведенческая терапия не является монолитной структурой, это направление до сих пор концептуально и технически развивается и все еще полно противоречий. Теоретики и практики КПТ могут различаться в подходах и способах работы. Вслед за Л. Эллисом, мы изложим эти подходы в традиции abc: поведенческая, когнитивная и когнитивно-поведенческая терапии.

А. Поведенческая терапия (ПТ). Была разработана Й. Вольпе (Wolpe, 1958) как ответ против фрейдистской психодинамической теории, которая доминировала в психотерапии в конце 19-го начале 20-го века. В 1950-е гг. психоанализ З. Фрейда был поставлен под сомнение в научной психологии из-за отсутствия эмпирических доказательств, подтверждающих теорию и эффективность подхода (Eysenck, 1952).

Поведенческие терапевты сфокусировались на конструировании процедур, основанных на теории научения, позволявших людям освоить новые способы реагирования. Действительно, использование такого метода как систематическая десенсибилизация (СД) в лечении тревожных расстройств продемонстрировало свою эффективность. При проведении СД терапевты просили клиентов повторно представить пугающий стимул, в сочетании с практикой расслабления. В более поздних версиях данного подхода имагинальная практика («представь себя рядом с предметом, вызывающим страх») заменилась на терапию *in vivo*, в естественных условиях (приближение к реальному предмету).

Поведенческая терапия признана эффективной при работе с тревожными расстройствами такими как фобии и обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). Аргументы – данные мета-анализа и «условная» краткосрочность, так как в отличие от двухлетнего пребывания на кушетке, поведенческая терапия занимает от шести до двенадцати сеансов (сессий).

В. Когнитивная терапия, разработанная А. Беком. В когнитивной терапии депрессия характеризуется глобально пессимистическим отношением человека к собственной персоне, внешнему миру и своему будущему. По мере аккумуляции данных, подтверждавших ведущую роль когнитивных искажений в

развитии депрессии, были разработаны специальные техники, основанные на применении логики, которые позволяют скорректировать когнитивные искажения пациента и в конечном счете ведут к ослаблению депрессивных симптомов [25]. Так, когда мы злимся, мы видим объект своей злости полностью в черных тонах, но такое социальное восприятие на девяносто процентов наша ментальная проекция.

Впоследствии, техники корректирования когнитивных искажений были дополнены А. Беком проведением экспериментов, призванных проверить ошибочные или преувеличенно пессимистические убеждения пациента, что, в конечном счете, существенно расширило терапевтический процесс. Теперь у пациентов появилась возможность проверять свои пессимистически интерпретации и прогнозы в реальных жизненных ситуациях. Концепция домашней работы, или, «аутотерапии», открыла реальную возможность для расширения терапевтического процесса и выведения его за рамки терапевтических сессий [26].

С. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) подразумевает совокупность вмешательств, которые широко признаны как психологическое лечение с наиболее масштабной эмпирической доказанностью (S. Hofmann, 2012).

Появление «чистой» когнитивно-поведенческой терапии датируется 2004 годом (S. Hayes, 2004). Сторонники «третьей волны» КПТ утверждали, что изменения произошли на уровне концептуального положения, сфокусированного на отношении индивида к мыслям и эмоциям, а не на их содержании.

Новые модели и подходы вмешательства включили терапию принятия и ответственности, основанную на осознанности когнитивную терапию, функциональную аналитическую терапию (радикальный вариант поведенческой терапии), метакогнитивную терапию (с фокусом терапевта на когнитивных процессах внимания, восприятия и пр. клиента) и прочие.

Современная КПТ более открыта разнообразным подходам из гуманистической, экзистенциальной, аналитической и духовной традиции. С точки зрения S. Hayes «поведенческое и психическое здоровье означает полное здоровье, а не только отсутствие расстройств» [10; с. 244]. Поворот от клиники к норме открывает путь для интеграции всей совокупности психосоциальных, биологических и нейробиологических подходов в психотерапии.

Это направление настолько обширно, что продляет сам термин «КПТ» практически до критической точки. Остается только вспомнить Р. Декарта «*Cogito ergo sum*» – «Я мыслю, значит, я есть». И я действую.

Литература

1. Уолен, С. Рационально-эмотивная психотерапия / С. Уолен, Р. ДиГусепп, Р. Уэсслер. – М.: Ин-т гуманитарных знаний, 1997. – 257 с.
2. Baars, B. The cognitive psychology / B. Baars. – NY.: The Guilford Press, 1986. – 443 p.
3. Фаликман, М. Что такое когнитивная наука и чем она занимается / М. Фаликман // Логос. - № 1 (97). – 2014. – С. 2–18.
4. Энфилд, Р.Э. Рационально-эмотивная поведенческая терапия / Р.Э. Энфилд // Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. – СПб.: Питер, 2003. – С. 746–748.
5. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность / Х. Хекхаузен / под ред. Б.М. Величковского. – В2т. Т. 1. – М.: Педагогика, 1986. – 408 с.
6. Carayannis, E. Quadruple Innovation Helix and Smart Specialization: Knowledge Production and National Competitiveness / E. Carayannis, E. Grigoroudis // Foresight and STI Governance. – 2016. – Vol. 10, № 1 – P. 31–42.

7. Грин, Р. Взрывной ребенок. Новый подход к воспитанию и пониманию легко раздражимых, хронически несговорчивых детей / Р. Грин. – М.: Теревинф, 2016. – 267 с.

1. Brewin, C (1996). «Theoretical foundations of cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression». *Annual Review of Psychology*. 47: 33–57. doi:10.1146/annurev.psych.47.1.33

2. Shedler J (2010). «The efficacy of psychodynamic psychotherapy». *American Psychologist*. 65 (2): 98–109. doi:10.1037/a0018378. PMID 20141265

3. Foroushani, Pooria; Schneider, Justine; Assareh, Neda (2011). «Meta-review of the effectiveness of computerised CBT in treating depression». *BMC Psychiatry*. 11 (1): 131. doi:10.1186/1471-244X-11-131. PMC 3180363free to read. PMID 21838902

4. Murphy, Rebecca; Straebl, Suzanne; Cooper, Zafra; Fairburn, Christopher G. (2010). «Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders». *Psychiatric Clinics of North America*. 33 (3): 611–27. doi:10.1016/j.psc.2010.04.004. PMC 2928448free to read. PMID 20599136

5. Matusiewicz, Alexis K.; Hopwood, Christopher J.; Banducci, Annie N.; Lejuez, C.W. (2010). «The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders». *Psychiatric Clinics of North America*. 33 (3): 657–85. doi:10.1016/j.psc.2010.04.007. PMC 3138327free to read. PMID 20599139

6. Rathod, Shanaya; Phiri, Peter; Kingdon, David (2010). «Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia». *Psychiatric Clinics of North America*. 33 (3): 527–36. doi:10.1016/j.psc.2010.04.009. PMID 20599131

7. McHugh, R. Kathryn; Hearon, Bridget A.; Otto, Michael W. (2010). «Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders». *Psychiatric Clinics of North America*. 33 (3): 511–25. doi:10.1016/j.psc.2010.04.012. PMC 2897895free to read. PMID 20599130

8. Mehta, Swati; Orenczuk, Steven; Hansen, Kevin T.; Aubut, Jo-Anne L.; Hitzig, Sander L.; Legassic, Matthew; Teasell, Robert W.; Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence Research Team (2011). «An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury». *Rehabilitation Psychology*. 56 (1): 15–25. doi:10.1037/a0022743. PMC 3206089free to read. PMID 21401282

9. Flessner, Christopher A. (2011). «Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Repetitive Behavior Disorders: Tic Disorders and Trichotillomania». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 20 (2): 319–28. doi:10.1016/j.chc.2011.01.007. PMC 3074180free to read. PMID 2144085

10. Stanley, B.; Brown G.; Brent D.A.; Wells K.; Poling K.; Curry J.; Kennard B.D.; Wagner A.; Cwik M.F.; Klomek A.B.; Goldstein T.; Vitiello B.; Barnett S.; Daniel S.; Hughes J. (2009). «Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability». *Journal of the American Academy of Psychiatry*. 48 (10): 1005–1013. doi:10.1097/chi.0b013e3181b5dbfe

11. Scheeringa, Michael S.; Weems, Carl F.; Cohen, Judith A.; Amaya-Jackson, Lisa; Guthrie, Donald (2011). «Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized

clinical trial». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 52 (8): 853–60. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x. PMC 3116969 free to read. PMID 21155776

12. Smedslund, Geir; Dalsbø, Therese K; Steiro, Asbjørn; Winsvold, Aina; Clench-Aas, Jocelyne (2007). Smedslund, Geir, ed. «Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner». *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3): CD006048. doi:10.1002/14651858.CD006048.pub2. PMID 17636823

13. INSERM Collective Expertise Centre (2000). «Psychotherapy: Three approaches evaluated». PMID 21348158

14. Cuijpers, Pim; Van Straten, Annemieke; Andersson, Gerhard; Van Oppen, Patricia (2008). «Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76 (6): 909–22. doi:10.1037/a0013075. PMID 19045960

15. «CRE Publications | CRE». Comorbidity.edu.au. Retrieved 2014-08-14.

16. Elkins, Gary; Johnson, Aimee; Fisher, William (2012). «Cognitive Hypnotherapy for Pain Management». *American Journal of Clinical Hypnosis*. 54 (4): 294–310. doi:10.1080/00029157.2011.654284. PMID 22655332

8. Cuijpers, P. Насколько эффективна когнитивно-поведенческая терапия в лечении большого депрессивного расстройства и тревожных расстройств? Актуальный метаанализ данных / Pim Cuijpers, Ioana A. Cristea, Eirini Karyotaki, Mirjam Reijnders // *Всемирная психиатрия*. – Т. 15. № 3. – 2016. – С. 243–257.

9. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – Спб.: Золотой фонд психотерапии. – 2003, 304 с.

10. Hayes, S. Третья волна когнитивно-поведенческой терапии и подъем лечения, основанного на процессе / Steven C. Hayes, Stefan G. Hofmann // *Всемирная психиатрия*. – Т. 16. № 3. – 2017. – С. 241–245.

Выходные данные:

Лобанов, А.П. Когнитивно-поведенческая терапия: умная локализация когнитивизма или бихевиоральный зонтик / А.П. Лобанов, Н.В. Дроздова, К.С. Жаранков // *Когнитивно-поведенческий подход в консультировании и психотерапии*. материалы Междунар. науч.-практ. конф., г. Минск, 5–7 октября 2018 г. / Бел. гос. пед. ун-т им. М. Танка; редкол.: С. И. Коптева [и др.]. – Минск: БГПУ, 2018. – С. 81-93.