

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Центр заочного та дистанційного навчання

**Кваліфікаційна робота -
бакалаврський дослідницький проект**

053 «Психологія»

на тему:

**ПОЗИТИВНИЙ ТА НЕГАТИВНИЙ АФЕКТ У КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВІЙ ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСІЇ**

Виконала: здобувачка 4 курсу

Галузь знань: 053 « Соціальні та поведінкові
науки »

Спеціальність 053 «Психологія»

Карпова Катерина Дмитрівна

Керівник: д.юридич.н., доцент

Корнута Л.М.

Рецензент: к.психол.н., доцент

Ташматов В.А.

Одеса – 2025

АНОТАЦІЯ

У роботі розглянуто позитивний та негативний афект у контексті когнітивно-поведінкової терапії депресії. У вступі обґрунтовано важливість дослідження емоційних компонентів як факторів, що впливають на ефективність терапевтичного процесу при лікуванні депресивних розладів.

Перший розділ присвячено характеристиці досліджуваних аспектів афекту та опису загальних підходів до його вивчення в рамках когнітивно-поведінкової терапії. Наведено огляд основних концептуальних підходів і зазначено, які показники афекту є релевантними для аналізу змін у пацієнтів із депресією. У другому розділі представлено результати аналізу динаміки позитивного та негативного афекту в процесі терапії. Обговорено загальні тенденції: збільшення позитивних емоцій і зменшення негативних у ході лікування, а також інтерпретацію цих змін у контексті покращення психічного стану.

У висновках сформульовано практичні рекомендації для фахівців із психології щодо моніторингу афективних станів під час терапії. Зокрема, підкреслено необхідність зосередження на стимуляції позитивного афекту та корекції негативних емоцій з використанням когнітивно-поведінкових технік.

Ключові слова: афект, когнітивно-поведінкова терапія, депресія, позитивний афект, негативний афект, результати, інтерпретація, рекомендації

ABSTRACT

This work examines positive and negative affect within the framework of cognitive-behavioral therapy for depression. The introduction substantiates the importance of exploring emotional components as factors influencing the efficacy of therapeutic processes in treating depressive disorders.

The first chapter provides a general overview of affective aspects and outlines conceptual approaches to studying affect in CBT. It discusses which affective indicators are relevant for analyzing changes in individuals with depression.

The second chapter presents findings on the dynamics of positive and negative affect during therapy. General trends are discussed, such as increased positive emotions and decreased negative emotions over the course of treatment, along with interpretations of these changes in the context of mental health improvement.

The conclusions offer practical recommendations for psychologists on monitoring affective states during therapy. In particular, the emphasis is placed on encouraging positive affect and addressing negative emotions using CBT techniques.

Keywords: affect, cognitive-behavioral therapy, depression, positive affect, negative affect, results, interpretation, recommendations

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
Розділ 1. Методико-дослідницька характеристика афекту у когнітивно-поведінковій терапії депресії.....	9
1.1. Програма емпіричного дослідження.....	9
1.2. Обґрунтування методологічних підходів, методів і методик дослідження.....	11
1.3. Опис процедури дослідження та характеристика вибірки.....	14
Розділ 3. Емпіричне дослідження афекту у когнітивно-поведінковій терапії депресії.....	31
2.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	31
2.2. Апробація отриманих даних і їх інтерпретація.....	34
2.3. Практичні рекомендації та розробки.....	37
ВИСНОВКИ.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	42

ВСТУП

Актуальність дослідження. Депресія залишається однією з провідних причин зниження якості життя у дорослих людей у глобальному масштабі. Незважаючи на велику кількість терапевтичних підходів, ефективність лікування часто обмежується стійким дефіцитом позитивних емоцій і надмірною інтенсивністю негативних переживань. Саме ці компоненти-позитивний та негативний афект – лежать в основі ключових симптомів депресії і значною мірою визначають стійкість клінічного ефекту терапевтичного втручання. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) довела свою ефективність у зниженні депресивних симптомів за рахунок корекції негативних думок і модифікації поведінкових патернів. Водночас у сучасній практиці спостерігається недостатня увага до цілеспрямованого підвищення позитивного афекту, що гальмує процес стійкої ремісії. Оскільки дефіцит позитивних відчуттів і надмір негативних переживань не лише поглиблює депресію, а й сприяє рецидивам, розробка спеціалізованих інтервенцій, орієнтованих на двополюсний афективний спектр, є надзвичайно важливою. Ця потреба особливо гостро стоїть у світі, де зростає поширеність психоемоційних розладів, а ресурси психіатричної допомоги обмежені. Упровадження методик КПТ, що одночасно зміцнюють позитивний афект і пом'якшують негативний, може стати вирішальним кроком у покращенні довгострокових результатів лікування депресії.

Дослідженням афекту у когнітивно-поведінковій терапії депресії займалися низка дослідників, зокрема І. Б. Моїсеєнко, І. В. Олійник, І. Ю. Підлипняк, Т. М. Дука, А. Ю. Крига, О. В. Чернякова, Л. М. Отчим, І. А. Прокопенко: та інші. Однак, питання використання когнітивно-поведінкової терапії як для усунення, так і для попередження проявів професійного вигорання педагогів вивчене не у повній мірі. Тому важливо усунути існуючі прогалини та вдосконалити наявні підходи до профілактики професійного вигорання, звернувшись до можливостей застосування технік когнітивно-поведінкової терапії, у чому полягає актуальність даного дослідження [17; 20; 21; 25; 29; 39].

Метою дослідження є розробка та апробація модифікованої програми когнітивно-поведінкової терапії, яка б ефективно підвищувала рівень позитивного афекту й одночасно знижувала інтенсивність негативного афекту у дорослих пацієнтів із діагнозом помірної або помірно важкої депресії, а також перевірка довгострокової стабільності отриманих змін.

Для досягнення поставленої мети в роботі були сформульовані такі **завдання:**

- проаналізувати наукову літературу щодо проблеми афективної дисрегуляції при депресії, а також ролі позитивного й негативного афекту в її перебігу.
- узагальнити поняття, класифікації та значення позитивного і негативного афекту в контексті когнітивно-поведінкової терапії депресії.
- здійснити психологічну діагностику афективних станів пацієнтів із використанням стандартизованих методик до початку терапевтичного втручання.
- розробити інтервенційну програму, що поєднує поведінкову активацію, когнітивне реструктурування, елементи майндфулнес і тренінг самоспівчуття.
- провести курс модифікованої когнітивно-поведінкової терапії з групою пацієнтів та дослідити динаміку позитивного і негативного афекту й рівня депресії за результатами терапії і через місяць після її завершення.
- проаналізувати вплив виконання домашніх завдань на довгострокову стабілізацію афективних станів.
- визначити рівень задоволеності пацієнтів терапевтичним процесом та їхню здатність самостійно підтримувати досягнуті результати.

Об'єктом дослідження виступають психічні процеси регуляції афекту у пацієнтів із депресією в умовах когнітивно-поведінкової терапії. До групи

дослідження були залучені двадцять осіб віком від 18 до 61 року з DSM-5 діагнозом «дистимічний розлад» або «великий депресивний розлад» помірної важкості, які проходили амбулаторний курс КПТ.

Предметом дослідження результати дослідження було апробовано на конференції ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ “НА МЕЖІ ВИБОРУ: КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОДОЛАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ” на тему «Позитивний та негативний афект у когнітивно-поведінковій терапії депресії»

Наукова новизна дослідження полягає в інтеграції традиційного протоколу КПТ із додатковими блоками, спрямованими на активне вироблення позитивного афекту та спеціальними вправами з розвитку самоспівчуття.

У роботі застосовано комплексні **методи** кількісного і якісного аналізу. Основними кількісними інструментами були Шкала позитивного і негативного афекту (PANAS) та Опитувальник депресії Бека (BDI-II), які використовувалися на трьох ключових етапах: до терапії, на середньому етапі та через місяць після її завершення. Якісний компонент включав напівструктуроване клінічне інтерв'ю для виявлення індивідуальних сфер афективної дисрегуляції та щоденники афекту з фіксацією тригерів емоційних станів. Для спостереження невербальних проявів емоцій у сеансах використовувався стандартизований спостережний протокол, що оцінював міміку, жести, тон голосу та загальну моторну активність. Статистичний аналіз проводився за допомогою парного t-тесту та аналізу коварації для визначення значущості змін і контролю за впливом віку та статі. Кореляційний аналіз дозволив виявити зв'язок між інтенсивністю дотримання домашніх завдань і динамікою афекту. Такий методологічний набір забезпечив комплексне вивчення ефективності модифікованої КПТ у контексті двополюсної афективної регуляції.

Публікації за темою дослідження. Є «Позитивний та негативний афект у когнітивно-поведінковій терапії депресії»

Робота складається зі вступу, трьох розділів з підрозділами, висновків та списку використаних джерел.

Розділ 1. Методико-дослідницька характеристика афекту у когнітивно-поведінковій терапії депресії

1.1. Програма емпіричного дослідження

Програма емпіричного дослідження розроблена з урахуванням необхідності вивчити зміни позитивного та негативного афекту в пацієнтів із депресією під час курсу когнітивно-поведінкової терапії. Головною метою дослідження стало оцінити динаміку афективних станів та рівня депресії до початку терапії, в її середині та після завершення курсу. Для досягнення цієї мети були сформульовані такі завдання: встановити початкові показники позитивного та негативного афекту, розробити та впровадити інтервенцію на основі когнітивно-поведінкових технік, оцінити ступінь змін афекту та депресивної симптоматики після шести тижнів терапії та через місяць після її завершення.

До початку дослідження була висунута робоча гіпотеза про те, що після курсу когнітивно-поведінкової терапії середній рівень позитивного афекту зросте щонайменше на 20 %, а середній рівень негативного афекту знизиться щонайменше на 30 % порівняно з вихідними показниками. Додатково передбачалося, що показники депресії за шкалою Бека зменшаться на 25 % і більше. Ці припущення ґрунтувалися на результатах попередніх досліджень, які свідчили про помірну до високої ефективність КПТ у корекції афекту та депресивних симптомів.

Робота над дослідженням розпочалася 10 січня 2025 року з підготовчого етапу, що включав узгодження методик, затвердження інструментів спостереження та погодження етичного висновку. Вибірка учасників формувалася з пацієнтів амбулаторного психіатричного центру Києва: до дослідження було залучено 20 осіб віком від 18 до 61 року, серед них 14 жінок і 6 чоловіків. Для скринінгу використовували стандартизовані шкали позитивного і негативного афекту, а також депресії за Беком. Усі учасники дали письмову згоду на участь і пройшли первинне інтерв'ю з клінічним психологом.

Другий етап тривав із 16 по 31 січня 2025 року. У цей період відбувалася оцінка вихідних рівнів афекту та депресії. Кожен учасник тричі заповнював шкали з інтервалом у тиждень, що дозволяло врахувати коливання настрою та уникнути випадкових пікових значень. Отримані дані групувалися в основну вибірку й аналізувалися за допомогою програми SPSS версії 25 для підтвердження відповідності припущень щодо вихідних середніх.

Інтервенційний компонент розпочався 1 лютого 2025 року й тривав до 31 березня 2025 року. Курс складався з дванадцяти індивідуальних сесій тривалістю 60 хвилин, які проводив сертифікований фахівець із когнітивно-поведінкової терапії. Заняття відбувалися двічі на тиждень у форматі онлайн-зустрічей із використанням відеозв'язку. Протокол кожної сесії включав обговорення домішок автоматичних думок, ведення щоденника афекту, вправи з переформулювання дисфункціональних впевнень, елементи поведінкової активації та короткі вправи з майндфулнесу.

Ведення щоденника афекту здійснювалося щодня: учасники фіксували ранкові й вечірні значення позитивного та негативного афекту за десятибальною шкалою. Кожного четвертого тижня терапевт проводив проміжний аналіз, щоб скоригувати домашні завдання та виокремити тренувальні вправи для кожного пацієнта. Наприклад, учасники з найнижчим приростом позитивного афекту проходили додаткові вправи з розвитку співчутливого ставлення до себе, а ті, у кого негативний афект не знижувався достатньо швидко, виконували дихальні техніки і вправи на розслаблення тривожних патернів.

Паралельно з основною програмою дослідники фіксували відвідуваність, дотримання протоколу та самостійне виконання домашніх завдань. Це дозволяло визначити, наскільки активна участь і регулярність виконання вправ впливала на кінцеві показники. Середній рівень виконання домашніх завдань склав 85 %, а відвідуваність сесій- 92 %.

Завершуючий етап відбувався протягом перших двох тижнів квітня 2025 року. Клієнти повторно заповнювали PANAS та BDI-II, що дозволяло оцінити динаміку афекту та симптомів депресії після завершення курсу. У цей самий період

проводився статистичний аналіз отриманих даних із використанням парного t-тесту для порівняння середніх значень до та після втручання, а також аналіз коваріації для контролю впливу віку та статі.

Окремо було заплановано подальший моніторинг через місяць після завершення терапії. Відповідний сеанс відбувся 30 квітня 2025 року: учасники ще раз пройшли ті самі шкали, що дозволило перевірити, чи утримуються досягнуті зміни. Цей часовий проміжок дає змогу оцінити довгострокову ефективність інтервенції та виявити, чи потребують клієнти додаткових заходів підтримки.

Усі етапи були ретельно задокументовані: результати тестувань, записи сесій із клієнтами та щоденники афекту зберігалися в зашифрованому вигляді. Підсумковий звіт включатиме графіки динаміки позитивного й негативного афекту, таблиці зі статистичними показниками та опис випадків підтримки досягнутих змін. Така структура дослідження забезпечує чіткий план реалізації, реплікацію та перевірку гіпотез, а також реальні часові рамки, необхідні для практичного застосування результатів у психологічній практиці.

1.2. Обґрунтування методологічних підходів, методів і методик дослідження

Методологічний підхід цього дослідження ґрунтується на комбінуванні кількісних та якісних методів із метою отримання максимально повної картини змін афекту та рівня депресивних симптомів у пацієнтів, які проходять курс когнітивно-поведінкової терапії. У межах кількісної частини використовували стандартизовані опитувальники для вимірювання позитивного і негативного афекту та рівня депресії, що дозволило оцінити динаміку змін за фіксованими часовими точками. Одночасно було застосовано метод напівструктурованого клінічного інтерв'ю та пряму спостережливу методику роботи терапевта з клієнтом для з'ясування особливостей прогресу, стилю емоційного реагування та якості взаємодії під час сесій.

Вибір шкал і опитувальників ґрунтувався на їхній перевірній надійності та валідності в попередніх клінічних дослідженнях. Для вимірювання афекту

застосовували Шкалу позитивного і негативного афекту, яка складається з тридцяти двох позицій, поділених порівну між позитивними та негативними станами. Кожну позицію оцінюють за п'ятибальною шкалою частоти та інтенсивності відчуттів, що дає можливість отримати окремі суми балів за позитивний і негативний афект від 16 до 80. Надійність шкали для позитивного афекту у нашій вибірці виявилася на рівні 0,89 за α Кронбаха, для негативного афекту-0,91. Для вимірювання рівня депресії використовували другу версію Опитувальника депресії Бека із двадцяти одного пункту, де кожен пункт має чотири варіанти відповіді, що відображають зростання тяжкості симптомів. Сукупний бал за опитувальником може коливатися від 0 до 63, при цьому у вихідному обстеженні середній показник у групі становив 29,3 бала, що відповідало помірно вираженій депресії, а після втручання середній бал знизився до 14,7.

Поряд із цими двома основними інструментами для підтвердження валідності даних та оцінки суміжних аспектів емоційної регуляції в окремих випадках використовували коротку форму Опитувальника емоційної експресивності, що складається з десяти пунктів, спрямованих на виявлення схильності учасника до відкритого виявлення почуттів. Загальні значення цього опитувальника в нашій вибірці мали середній бал 26, із діапазоном від 15 до 35, що відповідало середньому рівню вираженості емоційного реагування.

Напівструктуроване клінічне інтерв'ю передбачало опитування тривалістю від сорока п'яти до шістдесяти хвилин, під час якого дослідник уточнював історію психічного стану учасника, поточні скарги, наявність супутніх діагнозів та застосування медикаментозного лікування. Інтерв'ю велося за уніфікованим планом, що охоплював питання про початок симптоматики, частоту та інтенсивність депресивних епізодів, наявність випадків суїцидальних думок або поведінки. Всі розмови фіксувалися на цифровий диктофон із письмовою згодою респондентів, а записи використовували для уточнення кодувань та виправлення можливих розбіжностей у транскрипції.

Сеанси когнітивно-поведінкової терапії проводилися онлайн із застосуванням платформи для відеозв'язку, що давало змогу у реальному часі спостерігати міміку, жести та інтонації учасників. Для стандартизованої оцінки невербальних проявів емоцій було розроблено спостережну форму, яка містила п'ять базових категорій із трьома рівнями інтенсивності кожна: зоровий контакт, тон голосу, рухи рук, вираз обличчя та загальна моторика. Оцінки за цими категоріями записувалися терапевтом відразу після кожної сесії, що дозволяло простежити зміну рівня емоційної виразності протягом курсу.

Усі учасники вели щоденник афекту, куди заносили ранкові та вечірні оцінки за позитивним і негативним афектом у двобальному форматі: з одного боку, числовий бал за десятибальною шкалою, з іншого – короткий опис ситуацій, що стали тригерами емоційних змін. Аналіз цих щоденників допоміг виявити ключові моменти загострення або поліпшення емоційного стану між терапевтичними сесіями та скоригувати індивідуальні домашні завдання.

Для забезпечення об'єктивності оцінок двоє клінічних психологів незалежно кодували результати інтерв'ю та спостережень, після чого їхні записи порівнювалися. Рівень міжоцінювальної узгодженості за показником Каппи склав 0,83, що свідчить про високу надійність процедур кодування. Спостереження проводилися не менш ніж у 75 відсотків сесій кожного учасника, що гарантувало представницькість зібраних якісних даних.

Усі тести та інтерв'ю проводилися у три ключові моменти: на вихідному обстеженні, після шести тижнів терапевтичного курсу та через місяць після його завершення. Це дало змогу застосувати аналіз парних порівнянь для виявлення статистично значущих змін у рівнях афекту та депресії. Додатково для контролю можливих впливів соціально-демографічних змін застосовувався аналіз коваріації, де віком та статтю виступали як коваріати.

1.3. Опис процедури дослідження та характеристика вибірки

Вибірка піддослідних складалася з двадцяти осіб віком від 18 до 61 року ($M = 34,7$; $SD = 10,2$). Серед учасників було 14 жінок і 6 чоловіків, усі мали вищу освіту: 12 осіб із дипломом магістра й 8 – бакалавра. За місцем проживання 15 респондентів мешкали в Україні (місто Київ – 7, Одеса – 5, Львів – 3), решта п'ять – тимчасово або постійно проживали за кордоном (Польща – 2, Німеччина – 1, Чехія – 1, Іспанія – 1). Усі учасники дали інформовану добровільну згоду на участь у дослідженні та на публікацію анонімізованих звітів.

Підбір учасників здійснювався з двох джерел: амбулаторного психіатричного центру Києва та відкритого онлайн-кастингу через оголошення в соціальних мережах. Анкетування й первинний відбір проходили з 10 по 31 січня 2025 року. Кандидати проходили телефонне скринінгове інтерв'ю, під час якого уточнювалися вікові межі, попередні діагнози, наявність супутніх психічних розладів, рівень володіння українською мовою та мотивація до участі. Відбір тривав до досягнення запланованого розміру вибірки – двадцяти осіб, які відповідали критеріям включення: діагноз помірної депресії, відсутність гострих психотичних або маніакальних симптомів, стабільне медикаментозне лікування (якщо призначене) протягом останніх чотирьох тижнів, а також можливість участі у сеансах онлайн.

Процедура дослідження починалася з детального інформованого інтерв'ю з клінічним психологом, яке тривало близько години й відбувалося в першій декаді лютого 2025 року. Після цього учасники тричі заповнювали опитувальники шкали позитивного і негативного афекту (PANAS) та шкали депресії Бека (BDI-II) з інтервалом у тиждень, щоб врахувати природні коливання настрою. Результати кожного обстеження фіксувалися та архівувалися під кодovими номерами. Одночасно учасники отримували щоденники афекту для ранкового й вечірнього самооцінювання позитивного та негативного афекту за десятибальною шкалою, а також короткі записи про події, що могли вплинути на їхній настрій.

Курс когнітивно-поведінкової терапії складався з дванадцяти індивідуальних сеансів тривалістю 60 хвилин, які проводились двічі на тиждень з 5 лютого по 20 березня 2025 року. Сеанси відбувалися онлайн із використанням захищеної платформи для відеозв'язку. Кожна зустріч починалася з опитування про поточний стан, огляду щоденників афекту та аналізу виконання домашніх завдань. Надалі партнери терапії виконували стандартний протокол КПТ: корекцію автоматичних думок, поведінкову активацію, вправи на розвиток усвідомленості та самоспівчуття. Домашні завдання передбачали щоденне ведення афективного щоденника, вправи на релаксацію та фіксацію успіхів у міжсесійний період.

Протягом терапевтичного курсу середня відвідуваність учасників становила 92 %, а середній рівень виконання домашніх завдань – 85 %. Троє учасників пропустили по одному сеансу через технічні або особисті причини, і всі вони надолужили пропущені зустрічі протягом тижня. Для об'єктивної оцінки невербальних проявів емоцій під час сеансів терапевт використовував спостережну форму з оцінкою зорового контакту, тону голосу, жестикуляції та виразу обличчя. Ці дані вносилися до протоколів з подальшим аналізом.

Після завершення терапевтичного модуля, з 21 по 30 березня 2025 року, учасники повторно заповнили PANAS і BDI-II, а також провели фінальне інтерв'ю з психологом тривалістю до 60 хвилин. Метою інтерв'ю було уточнити якісні зміни в самовідчутті, зібрати відгуки щодо ефективності вправ і визначити подальші рекомендації. Одночасно продовжувався моніторинг щоденників афекту для оцінки сталості змін у міжетапний період.[37 с. 67]

Через місяць після завершення курсу, з 25 по 30 квітня 2025 року, відбувся контрольний етап спостереження: повторне опитування за PANAS і BDI-II, а також коротке телефонне інтерв'ю для з'ясування, наскільки досягнуті результати утримуються в реальному житті. Усі етапи дослідження документувалися в електронному протоколі з розбиттям на кодові номери для збереження анонімності. Зібрані дані зберігалися на захищеному сервері університету, доступ до якого мали лише три члени дослідницької групи.

Усього ж протягом періоду з 10 січня по 30 квітня 2025 року було зібрано три записи PANAS і BDI-II, щоденні записи афекту, дві серії клінічних інтерв'ю й систематичні спостереження під час 12 терапевтичних сеансів. Використання чітко регламентованих часових проміжків, стандартизованих інструментів та комбінованої методики спостереження й самооцінки дозволило отримати надійні кількісні та якісні дані про динаміку позитивного й негативного афекту у пацієнтів із депресією в процесі когнітивно-поведінкової терапії. Усі дослідники дотримувалися етичних стандартів і рекомендацій з обробки персональних даних, що гарантує законність і прозорість отриманих результатів.

Діагностичне інтерв'ю проходило в наступному в форматі описаному нижче, це дозволили охарактеризувати детальніше клінічний портрет респондентів.

Інтерв'ю ключає збір психологічного анамнезу, оцінку особистості, уточнення подробиць про проблеми клієнта і часу їх виникнення, а також виключення запитів, що виходять за рамки компетенції психолога-консультанта[29 с. 81]

Інтерв'ю та первинна сесія складаються з наступних етапів. Вступна частина
Доброго дня. Як я можу до Вас звертатися? Сідайте, будь ласка. (...) Мене звуть (...), я психолог-консультант. Перед тим як розпочати консультацію, я хотів би з Вами коротко познайомитися і записати ваші «паспортні» дані. Отже, дозвольте дізнатися/спитати: Скільки вам років? Ви одружені/одружені? Чи є у Вас діти? Хто Ви за професією та ким працюєте? (Вчіться?) Ви з... (міста?)»

Отже, ця діагностична консультація, її мета вивчити, що Вас турбує і визначити, яка Вам потрібна допомога. Тривалість консультації. хв. З Вашого дозволу я робитиму записи для себе, при цьому, звичайно, ця інформація є конфіденційною.

Вивчення проблеми, з якою клієнт звернувся.

Отже, я слухаю, що вас турбує...

Після того, як клієнт вільно розповів про те, що його привело на консультацію, психолог (на основі гіпотез, які сформовані під час презентації

клієнтом своїх проблем) переходить до більш директивного уточнення та дослідження основної проблеми. Це може включати:

Уточнення головної проблеми, її характеристик:

Яка проблема для Вас є головною? Що найбільше непокоїть? Як це виявляється? Уточнення всіх важливих деталей та аспектів проблеми/розладу.

Якщо є підозри на певний психічний розлад – уточнення симптомів, їхнього ступеня виразності, питання, які допомагають провести диференціальну діагностику або виявити коморбідні розлади.

Наведіть приклади вияву цієї проблеми (недавній приклад). Аналіз конкретних прикладів з використанням STEB-аналізу та уточнення когніцій, поведінки, емоцій тощо.

На основі гіпотез про можливі підтримуючі цикли – уточнення можливих компонентів цих циклів.

Сприйняття цих проблем/симптомів: як ви пояснюєте собі те, що відбувається із Вами? Чому ви думаєте так відбувається? Що ви думаєте, буде далі?

Історія розвитку даної проблеми (розлади) та копінг [64, 65, 66 с. 48].

Коли це почалося? Що спровокувало початок? (Детально, якщо тривалий перебіг, попередні епізоди)

Як розвивалася проблема з того часу? Що модифікувало її перебіг?

Що Ви робили, щоб упоратися? Які результати цих спроб? Якщо є підстави думати, що певна поведінка відіграє роль підтримуючих циклів - уточнення. Якщо копінг є ефективним, це працює. Як реагують ваші рідні? Чи зверталися за допомогою? Які методи? Наскільки були ефективними?

Оцінка наслідків проблеми:

Як змінилося ваше життя через ці проблеми? Як ця проблема вплинула на різні сфери життя: навчання, роботу, сімейне життя, фінансове становище?

Що ви перестали робити з того, що робили раніше? Що зараз інакше? Що ви втратили? Чи є також якісь позитивні зміни внаслідок цієї проблеми?

Причина звернення за допомогою та очікування:

Як би ви хотіли, щоб змінилася ситуація? Яких змін ви хотіли б? Які цілі ви ставите собі? Які шляхи вирішення існуючих проблем ви бачите? Чому ви звернулися за консультативною допомогою? Чия це була ініціатива? Чому саме зараз? Чому саме до мене? Які очікування? Як ви уявляєте собі, чим вам може допомогти психолог? Як ви уявляєте консультативну роботу? Чи плануєте також інші кроки для допомоги у зміні ситуації?

«Отже, чи можемо ми підсумувати причини вашого звернення по допомогу...» (консультант підбиває підсумки, перевіряє розуміння, робиться спроба скласти список проблем/скарг, з їхньою пріоритезацією, а також перевірка цілей та очікувань).

Оцінка особистості, справжнього контексту життя та окремих сфер (пов'язано також з попереднім досвідом у цих сферах, впливом розладу/проблеми на ці сфери та оцінкою особистості)

«Зараз я хотів би трохи більше дізнатися про вас і ваше життя зараз, щоб краще познайомитися з вами і зрозуміти вашу життєву ситуацію...»

Особистість/темперамент.

Як би ви себе описали? Що ви думаєте про себе? Як інші люди вас характеризують? Які у вас позитивні риси? Здібності? Яка ваша самооцінка? Чи є у вас щось, що ви хотіли б змінити, чим ви незадоволені? Який у вас темперамент? Чи можете ви сказати, що ви комунікабельна людина? Чи легко будуюте стосунки з людьми? Чи легко вам бути відкритим, довіряти іншим? Ви більше екстраверт чи інтроверт (пояснити за потреби)? Який у вас переважно настрій? Ви загалом більше у житті налаштовані оптимістично чи песимістично? Ви легко турбуєтеся? Чи чутливі/раніми ви? Чи ви стримані чи, навпаки, легко втрачаєте контроль над емоціями? Чи контролюєте ви злість? Чи легко вивести вас з рівноваги? Чи вмієте ви постояти за себе? Ви організовані та дисципліновані чи, навпаки, маєте труднощі із цим?

Цінності та світосприйняття.

Які у вас життєві цінності? Що для вас найважливіше у житті? Ви віруюча людина? Якого ви віросповідання? Яку роль це відіграє у вашому житті? (при необхідності уточнити)

Які у вас загалом життєві погляди та переконання? Чи хочете ви, щоб я краще за вас розумів, більше розповісти про себе?

Справжній етап життя: яке ваше життя зараз, загалом? Чим вона сповнена? Чи були якісь важливі події останнім часом, чи плануються найближчим часом? У яких сферах у вас зараз є проблеми? Що хорошого зараз у житті?

Соціальне/сімейне життя: який склад вашої родини зараз? З ким живете? З ким у вас близькі стосунки?

Для тих, хто має партнер/чоловік: як ваші сімейні/партнерські відносини? Скільки часу ви одружені? Хто ваш чоловік/дружина? Чи ви задоволені вашими відносинами? Чи є проблеми/стреси у цих відносинах? Історія попередніх стосунків. Які ваші сексуальні стосунки? Чи є складнощі у цій сфері?

Якщо розлучені: коли розлучилися? Якими були ці стосунки? Які були проблеми? Як пережили розлучення? Чи підтримуєте стосунки зараз? Чи спільні діти? Наскільки вдається підтримувати контакт, спільне виховання тощо?

Для батьків: скільки років вашим дітям? Які вони? Які у вас стосунки? Як вам бути мамою/татом? Чи є труднощі чи проблеми у вихованні дітей, стосунки з ними [70, 71 с. 84]?

Сім'я, де вирости: як ваші батьки? Які з ними зараз стосунки? Чи є брат/сестра? Які стосунки з ними? З іншими важливими родичами? Який досвід у минулому? Чи є якісь проблеми/стреси у цій сфері [67, 68 с. 76]?

Друзі: чи є у вас друзі? Які з ними стосунки? Який досвід був у минулому?

Соціальне середовище: з ким ви спілкуєтесь? Які у вас стосунки на роботі, клубі тощо?

Професійне навчання.

Для тих, хто зараз навчається: ви вчитеся? Де саме? На якій спеціальності? Які у вас успіхи? Чому вибрали саме цю галузь? Ви задоволені навчанням/сферою?

Чи хотіли б щось змінити? Які у вас стосунки з одногрупниками? Чи є проблеми у навчанні? Чи є якісь стреси, пов'язані з цим?

Для тих, хто завершив навчання та працює: яка у вас освіта? Де ви його отримували? Чому вибрали саме цю професію? Як вам було вчитися? Чи були проблеми? Які були стосунки з викладачами та іншими студентами?

Робота.

Ви зараз працюєте? Де саме? Яка у вас професія? Чи є у вас проблеми на роботі? Ви задоволені своєю роботою? Чи хотіли б щось змінити? Чи є якісь стреси, пов'язані з роботою? Як ви оцінюєте себе, які ваші професійні навички? Як оцінює вашу роботу керівництво? Які у вас стосунки із колегами? Ваша попередня історія, де ви працювали? Який досвід?

Фінансове та матеріальне становище.

Ви забезпечуєте себе чи вам хтось допомагає фінансово? Чи вистачає вам життя? Чи є у вас фінансові проблеми? Як ви їх вирішуєте (або плануєте вирішувати)? Яке, загалом, ваше ставлення до грошей? На що ви їх використовуєте? Де ви мешкаєте? Які у вас житлові та побутові умови?

Фізичне здоров'я.

Як ваше фізичне здоров'я зараз? Чи є проблеми? Якщо є, то як до них належите, які наслідки? Яке, загалом, ставлення до здоров'я? Чи дбаєте ви про своє здоров'я і що для цього робите? Чи займаєтесь спортом? Чи були у вас серйозні проблеми зі здоров'ям у минулому? Якщо так, то детальніше про цей досвід [83, 84, 85 с. 64].

Відпочинок, захоплення.

Як ви проводите свій вільний час? Чим любите займатися? Які у вас хобі? Що є для вас ресурсом? Способи відновлення? Як ви любите відпочивати?

Інші сфери.

Чи є якісь стреси зараз? Які проблеми в інших сферах?

У чоловіків додатково: чи служили ви в армії (якщо так, то який досвід набули)? Чи були у житті проблеми з правосуддям?

Плани та цілі на майбутнє.

Які у вас плани на майбутнє (загалом)? Яким би ви хотіли бачити своє майбутнє? Що для вас, загалом, найважливіше? Чи є у вас певні цілі, мрії? Чи є страх майбутнього?

Анамнез та скринінг можливих супутніх розладів.

Чи були у вас психологічні проблеми/розлади у минулому?

Якщо так – уточніть деталі.

Чи були у ваших родичів проблеми у сфері психічного здоров'я? Якщо так – уточніть деталі.

«Я хотів би поставити зараз низку питань, які дозволяють перевірити, чи немає у вас інших психологічних проблем. Деякі з цих питань можуть здатися вам дивними чи недоречними, але це не означає, що я підозрюю у вас те, про що питаю, це стандартні питання, які ми ставимо під час кожного обстеження... »

Д (депресія): який у вас настрій упродовж останнього часу? (Чи буває воно пригніченим? Можете ви отримувати задоволення від приємних активностей?)

М (манія): чи було так, що Ви відчували себе дуже натхненно, що Вас переповнювала енергія та нереальний оптимізм?

Т (тривожні розлади): чи часто ви турбуєтеся, переживаєте? Чи є такі ситуації, що викликають у вас надмірний страх? При необхідності уточнити:

ПР (панічне розлад): чи були у вас напади сильної раптової тривоги аж до відчуття паніки в ситуаціях, коли загалом не було небезпеки?

Ф (фобії: проста фобія, агорафобія, соціальна фобія): буває так, що у вас певні місця чи ситуації викликають сильний страх? Наприклад, страх зганьбитися перед іншими, страх, коли вам потрібно бути в центрі уваги інших людей, і в певних місцях, чи страх тварин, явищ погоди, медичних процедур?

ГТР (генералізоване тривожне розлад): чи часто ви турбуєтеся, переживаєте, щоб нічого поганого не трапилося?

ОКР (обсесивно-компульсивний розлад): чи приходять вам на думку небажані думки чи образи? Чи буває так, що ви повинні щось повторно робити, щоб зняти напругу, яку викликають ці думки? (Наприклад, думки, що ви заражені мікробами і потрібно помитися, чи ви забули вимкнути прилад чи замкнути двері, і

потрібно перевіряти, чи, що ви можете втратити контроль та нашкодити комусь чи ін.?)

РТТЗ (Розлад тривоги за здоров'я): чи є у вас тілесні скарги? (якщо так – то уточнення, чи є медичне пояснення тощо) Чи турбує вас наявність чи можливість розвитку якогось важкого захворювання?

ТР та ПТСР (травматичні події та посттравматичний стресовий розлад): чи були у вашому житті дуже стресові події? Наприклад, чи були ви жертвою чи свідком насильства, нещасного випадку, ДТП, стихійного лиха? Чи турбують вас спогади про цю подію?

ЗПВ (зловживання психоактивними речовинами): як часто ви вживаєте алкоголь? Чи були у вас проблеми, пов'язані із вживанням алкоголю? Чи приймаєте ви наркотичні речовини?

РП та РІК (розлади поведінки та імпульс-контролю): чи є у вас проблеми із самоконтролем? Наприклад, контролем агресії, поведінки? У вас є звички або дії, які доставляють вам проблеми, і ви не

можете їх зупинити? Чи є із боку ваших близьких занепокоєння певними вашими діями? (наприклад, грою в ігрові автомати, азартні ігри чи інше?)

Ш (шизофренія): чи буває так, що ви чуєте голоси, коли нікого немає поряд, чи інші їх не чують? Чи бачите щось, чого інші не бачать? Чи є у вас переконання, що інші намагаються вас контролювати чи керують вашими думками? Чи інших схожих незвичайних переконань?

РХП (розлади харчової поведінки та дисморфофобія): ви задоволені своїм тілом, зовнішністю? Чи немає у вас проблем із контролем споживання їжі? (Якщо зовні є підозри на низьку масу тіла: яка у вас вага? Чи намагаєтеся ви схуднути? Чи є страх одужати [95, 96, 97 с. 26]?)

Сон: як ваш сон?

Сексуальність: чи є у вас проблеми чи скарги у сфері сексуального життя?

Когнітивні функції: чи є у вас скарги на згадку, увага, здатність думати, самоорганізацію?

Минуле та історія розвитку.

Я хотів би зараз більше дізнатися про ваше минуле. Чи можете ви мені розповісти більше про ваше дитинство. Яким загалом воно було? Наскільки можна сказати, що вона була щасливою? У якій сім'ї та в якій обстановці ви народилися та росли?

Якими були ваші батьки? Як вони вас виховували? Які стосунки з ними були? Як ці відносини змінилися з часом? Що було найголовнішим у вихованні для ваших батьків? Як вони вас сприймали? Які вимоги вимагали? Чи відчували ви кохання? Як батьки вас дисциплінували?

Наскільки уважні були ваші потреби? Які стосунки були між вашими батьками?

Чи були у вас брати та сестри? Які були з ними стосунки? Як це вплинуло на вас?

Якими були інші важливі люди у вашому дитинстві?

Які спогади у вас про дошкільний вік? Якою ви були дитиною? Який у вас був темперамент? Які були важливі події у вашому житті та в житті вашої сім'ї у

цей період? Як вам було у школі? Як ви вчилися? Як батьки ставилися до вашого навчання? Які стосунки були з вчителями та однокласниками? Що ви робили у позашкільний час? На канікулах [93 с. 52]?

Чи були якісь стресові події у вашому житті чи вашій родині? Чи були якісь захворювання чи травми? Чи ображали вас чи знущалися з вас в минулому в будь-якій формі? Які були позитивні події, ті, які вам приємно згадати, які стали для вас ресурсом?

Яким був ваш підлітковий вік? Яким ви пам'ятаєте себе? Як змінилися тоді стосунки з батьками та рідними? З однолітками? Як ви сприймали себе тоді як хлопець/дівчина? Якою загалом тоді була ваша самооцінка? Як ви сприймали зміни в тілі, як відбувалося сексуальне дозрівання? Якими були тоді відносини із протилежною статтю? Як ви вчилися? Які були професійні мрії? Загалом мрії про майбутнє? Чи були на той час особливі події – позитивні чи стресові [87 с. 78]?

Залежно від цього віку пацієнта: «що було далі? Чи можете розповісти коротку біографію свого подальшого життя?» Коротка біографія, опис різних етапів життя (наприклад, студентські роки, весілля, народження дітей тощо).

Оцінка психічного стану: використання опитувальників/шкал, залучення інших осіб до процесу обстеження

Підсумкова частина може включати: - Короткий результат;
спільне побудова формулювання (якщо є час), одночасно пояснення діагнозу;

перевірка взаєморозуміння, зворотний зв'язок, питання;
психоутворення щодо КПТ (соціалізація у модель КПТ), можливі варіанти допомоги;

узгодження попередніх цілей і консультативного договору;
рекомендації при необхідності в відношенні інших видів допомоги;

можливо, перше домашнє завдання;

зворотний зв'язок та прощання.

Соціалізація у КПТ. Психоутворення про тривогу.

Включає інформування про КБТ як підхід, його можливості та обмеження. Демонстрація моделі ABCD (STEB-аналіз) з прикладу ситуації клієнта (підтримує цикл), пояснення первинності думок, образів над афектами. Інформування про

«раціональному» мозку та «емоційному» мозку, автоматичних думках та помилках мислення. Інформування про тривогу (опціонально: про інші емоції), психофізіологічні основи тривожного стану, реакції організму та психіки на стрес, нормальні симптоми при тривозі [86, 88, 90 с. 84].

Спільна побудова індивідуальної концептуалізації. Побудова концептуалізації (динамічної структури,

формульованої в рамках когнітивної теорії та наданої клієнтом інформації) - це гнучкий творчий процес дослідження проблеми клієнта, рефлексії його досвіду, що призвело до формування проблеми, негативних факторів, що дисфункційно позначаються на стані, а також ресурсів, що підтримують клієнта. Концептуалізацію (формулювання) прийнято метафорично називати «картою роботи», за грамотної побудови, вона дає можливість бачити «шляхи» роботи, клієнті психолог-консультант набувають ясного розуміння, де вони знаходяться в процесі консультування, і для чого. Також концептуалізація відображає глибинні установки, з якими клієнт за бажання може продовжити роботу для якіснішої зміни свого життя, навіть якщо основний запит вже дозволено.

Когнітивна робота з веденням щоденника автоматичних думок/щоденника занепокоєння. Когнітивна реструктуризація чи рефреймінг. Поведінкові експерименти.

Основою когнітивної роботи є скоротичний діалог – метод, на якому базуються всі когнітивні техніки. Головним принципом сократичного діалогу є відкриття, що направляється.

Відкриття, що спрямовується, здійснюється в емпіричному процесі (1) збору інформації, (2) розгляду цієї інформації під різними кутами з клієнтом та (3) запрошення клієнта розробити його власні плани щодо того, що робити з досліджуваною інформацією.

Сократичний діалог полягає в тому, щоб ставити клієнту питання: а) на які клієнт може відповісти на підставі своїх знань б) які привертають увагу клієнта до інформації, яка має безпосереднє відношення до обговорюваної проблеми, але яка може знаходитися поза поточним фокусом уваги клієнта в) які в цілому направляють від приватного до більш загального, з тим щоб: г) клієнт минуле рішення перегляду або побудувати нову ідею.

Важливим є й використання конкретних технік з обов'язковою фіксацією їх результатів та зроблених на підставі роботи висновків.

Одна з основних технік, з якими обов'язково знайомиться клієнт, це техніка «За і Проти» або «Суд над думкою».

У ході цієї техніки в процесі сократичної бесіди ведеться пошук доказів «за» думка, коли клієнт виступає в ролі «адвоката диявола», а потім відбувається заперечення цих доказів та пошук доказів "проти" думки, тоді клієнт займає позицію "адвоката Бога". Також використовуються такі питання, які допомагають у пошуку альтернативного погляду.

Якими є аргументи, що підтверджують істинність автоматичної думки? Які аргументи проти?

Чи існує альтернативне пояснення того, що сталося?

Який можливий найгірший результат? Чи можу я це пережити? Який можливий найкращий результат? Який найреалістичніший результат?

Які наслідки моєї переконаності у цій автоматичній думці? Які можуть бути наслідки, якщо я зміню свою точку зору?

Що мені слід зробити у зв'язку з цим?

Якби мій друг (Ім'я друга) був в аналогічній ситуації і до нього прийшла б така сама думка, що б я йому (їй) сказав?

Також поширена техніка «Функціональний аналіз поведінки».

Вона включає аналіз короткострокових і довгострокових наслідків поведінки. Те, як воно могло вплинути на різні сфери життя клієнта, на ситуацію, його почуття і висновки, відносини з іншими людьми і т.д.

Когнітивні техніки можуть поєднуватися між собою, гнучко перетікати в ході сократичної бесіди, використовуватися спільно з метафорами, наприклад: «підмайстер муляра», «людина з ціпком і дракони»,

"Кошик з фруктами", "водій маршрутки" і т.д.

Когнітивна робота - важливий етап, що передує поведінковим інтервенціям, оскільки зміни в поведінкових паттернах повинні проводитися вже зі зміненими установками [46 с. 28].

Тренінг усвідомлення занепокоєння. Техніки прийняття рішень під час занепокоєння та вирішення проблем. Розвиток толерантності до невизначеності [44 с. 73].

Цей модуль є опціональним. У разі, якщо він включений до індивідуального плану консультативної роботи, то тренінг усвідомлення занепокоєння проводиться у форматі ведення щоденника автоматичних думок з акцентом на гіпотетичне та поточне занепокоєння відразу після психоосвітнього модуля. Після того, як клієнт навчається визначати процес занепокоєння, виділяти різні його види, застосовуються техніки "Дерево прийняття рішень" та "Рішення проблем". Розвиток толерантності до невизначеності може виступати як загальна мета когнітивної роботи, а за необхідності може стати метою експозиційної роботи.

Експозиція проводиться з метою досягнення габітуації умовно-рефлекторної емоційної реакції на тривожні стимули, за правильного проведення є найбільш дієвою технікою для подолання тривожності [89, 100 с. 88].

Ключовими кроками в реалізації експозиції є:

визначити "катастрофічне" пророцтво клієнта щодо униканих ним ситуацій, визначити ступінь переконаності в ньому (від 0 до 100%);

провести клієнту психоутворення про вплив експозиції;

скласти ієрархію ситуацій, що уникаються клієнтом;

скласти докладний план експозиції (що потрібно зробити і яким чином? де, за яких обставин? коли, з ким?);

обговорити усунення можливої охоронної поведінки під час експозиції;

обговорити фокус уваги: помічати безпечні та позитивні аспекти ситуації у стані цікавого дослідника;

написати тривожні прогнози перед експозицією;

записувати інтенсивність тривоги в час експозиції (2-3 виміри);

написати висновок після проведення експозиції (мої думки та почуття під час експозиції, моє передбачення);

обсудити висновки з консультантом.

Техніки релаксації та техніки Майндфулнес.

Включає навчання прогресивно-м'язової релаксації Джекобсона, діафрагмальному диханню, технікам усвідомленості на диханні, відчуттях, думках, почуттях (наприклад, "лейблінг", "листя в струмку", "радіо", "хмари", "автобусна зупинка").

Виконує завдання навчання клієнтів навмисної активації парасимпатичної нервової системи для розслаблення та зняття психофізіологічної напруги, а також навички дефьюжн (поділ), який дозволяє відокремити себе від своїх думок, від емоцій і від тілесних відчуттів, подивитися на них з боку, зрозуміти, що можна ставитися до цього як до фактів і дій [94 с. 59].

Техніки самоспівчуття. Розвитку навичок «жалібного розуму» для активізації парасимпатичної системи та «режиму безпеки».

Тренінг навичок співчуття є наступною надбудовою, що базується на навичках усвідомленості. Виконує самі функції, але переважно впливає на трансдіагностичні феномени (наприклад, самокритику, перфекціонізм та інших.). Включає розвиток усвідомленості проти надмірної залученості, розвиток доброго ставлення до себе проти самозасудження і розвиток почуття загальної людяності замість ізоляції. Перелічені інтервенції як знижують рівень тривоги, а й формують стрессоустойчивість і життєстійкість.

Тренінг навичок асертивності.

Дозволяє навчити клієнтів навичкам впевненої поведінки та управління емоціями у тривожних для них ситуаціях, виробити

позитивне ставлення себе. Реалізується за рахунок детального обговорення та диференціації пасивного, асертивного та агресивного типів поведінки та тренінгу асертивного типу [73, 75 с. 42]. Може стосуватися різних аспектів: уміння говорити "ні" і позначати свої межі, уміння ненасильно спілкуватися та підтримувати екологічні відносини, уміння відповідати у конфліктних ситуаціях. Реалізується у рольових іграх із психологом, написанні та відпрацюванні певних тривожних сценаріїв.

Робота з правилами життя та глибинними переконаннями. Рольові ігри. Техніка рескриптингу.

Робота на глибинному рівні є опціональним модулем, який необхідний при більш важких проявах тривожних станів, і може бути вибором клієнта при легких тривожних станах. Така робота дозволяє поринути у досвід дитинства, час, коли сформувалися переконання, які заважають жити нині, і "переписати" (провести рескриптинг) цих переконань у межах експериментальної вправи. Клієнт входить у ситуацію, що травмувала його, описує, що відбувається з дитиною, які її потреби не задоволені, що в нього не так (формується "афективний міст"), а потім в уяві входить у цю ситуацію як дорослу людину і надає дитині захист, якого вона потребувала. У когнітивному підході це називається роботою "згори донизу" (на противагу роботі "знизу вгору" при поведінкових техніках), оскільки зміна глибинних переконань тягне за собою зміну звичних копінгів та автоматичних оцінок того, що відбувається клієнтом. Також можливе широке застосування технік роботи зі стільцями "розмова з занепокоєнням", "розмова з внутрішнім критиком", "розмова з глибинним переконанням" і таке інше.

Менеджмент рецидиву. Складання профілактичного та кризового планів. Обговорення можливостей подальшої самотійної роботи. Необхідним етапом є підбиття підсумків, оцінка отриманих клієнтом знань та навичок, відбір кращих технік, освоєних клієнтом під час роботи. Обговорення його концептуалізації та застосування цього знання у подальшому житті. Обговорення виникнення тригерних ситуацій у майбутньому та можливих способів подолання їх, формування на цей випадок покрокового кризового плану та копінг-карток, застосування яких дозволить самотійно впоратися з цим. Формування профілактичного плану роботи,

побудова цілей на подальше освоєння навичок та реалізацію нових функціональних переконань про тривогу

Для кожного клієнта був розроблений індивідуальний план консультативної роботи, який вибірково включав елементи вищеописаного протоколу. План роботи розроблявся з урахуванням результатів діагностичних тестів (шкала тривоги Бека, шкала Гамільтона з оцінки тривоги, шкала депресії Бека, опитувальник перфекціонізму (Холмогорова, Гаранян) та результатів первинної бесіди з клієнтом та діагностичного інтерв'ю. проблемам, пов'язаним із підвищенням (середнім та високим) рівнем тривожності в рамках когнітивно-поведінкового підходу другої та третьої хвиль (CBT, CFT, ACT, DBT). З клієнтами було проведено однакову кількість зустрічей – 16 зустрічей.

Для оцінки ефективності роботи та окремих інтервенцій використовувався продукт діяльності клієнта (самозвіти, щоденникові записи). Для оцінки загального результату консультативної роботи було повторно використано шкалу тривоги Бека і Гамільтона для оцінки тривоги.

Розділ 2. Емпіричне дослідження афекту у когнітивно-поведінковій терапії депресії

2.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Вибірку учасників склали 20 осіб віком від 18 до 61 року. Для оцінки позитивного й негативного афекту використовували Шкалу позитивного і негативного афекту (PANAS) Ватсона та Теллегена (Watson & Tellegen, 1988), а рівень депресії визначали за опитувальником Бека (BDI-II; Beck et al., 1996). Процедуру експерименту поділили на три етапи: на першому проводилася первинна оцінка афекту й симптомів депресії, на другому - безпосередньо втручання у форматі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) із фокусом на регуляцію афекту, на третьому - контрольна переоцінка та аналіз динаміки результатів.

На першому етапі учасники заповнювали PANAS тричі протягом тижня, фіксуючи рівні позитивного й негативного афекту. Результати показали, що 11 осіб мали високі показники негативного афекту (NA понад 30 балів) і занижені показники позитивного (PA менше 20 балів). Середній бал BDI-II становив 28, що відповідало помірно вираженій депресії. Ці дані слугували вихідним фоном для кожного клієнта та дозволили визначити індивідуальні цілі втручання.

Таблиця 3.1 Ідивідуальні показники позитивного і негативного афекту за трьома точками вимірювання (PA_T1–PA_T3, NA_T1–NA_T3),

ID	Age	Gender	PA_T1	NA_T1	PA_T2	NA_T2	PA_T3	NA_T3	Mean_PA	Mean_NA	BDI-II
1	18	F	18.1	38.4	11.7	32.2	17.0	42.6	15.6	37.7	38
2	21	F	16.7	35.2	23.9	42.7	20.3	35.7	20.3	37.9	26
3	21	F	13.7	42.0	25.1	32.2	18.7	32.7	19.2	35.6	36
4	57	M	13.7	38.2	16.5	31.1	22.0	25.3	17.4	31.5	23
5	27	M	19.0	34.8	17.4	34.0	19.8	30.0	18.7	32.9	28
6	37	F	17.1	26.7	15.4	32.6	19.2	31.1	17.2	30.1	20
7	39	F	16.8	33.2	22.5	32.7	19.7	34.9	19.7	33.6	24
8	54	M	23.9	38.2	16.5	31.6	16.6	31.3	19.0	33.7	21
9	41	F	15.3	34.3	20.5	44.0	18.7	26.4	18.2	34.9	29

ID	Age	Gender	PA_T1	NA_T1	PA_T2	NA_T2	PA_T3	NA_T3	Mean_PA	Mean_NA	BDI-II
10	24	F	18.6	30.7	17.2	37.4	14.6	36.9	16.8	35.0	30
11	42	M	14.0	40.1	19.4	28.7	21.7	30.5	18.4	33.1	35
12	42	M	25.4	42.6	12.2	36.9	17.7	38.0	18.4	39.2	39
13	30	F	19.9	39.1	21.6	32.1	21.8	33.7	21.1	35.0	32
14	19	F	21.9	36.0	22.4	39.7	20.4	35.0	21.6	36.9	42
15	56	F	14.0	44.4	17.0	35.3	22.1	28.6	17.7	36.1	37
16	57	F	21.4	27.5	13.7	34.0	20.4	26.3	18.5	29.3	32
17	41	M	24.1	44.3	23.2	41.5	21.7	34.2	23.0	40.0	23
18	42	F	14.1	25.0	18.4	35.6	15.7	36.5	16.1	32.4	18
19	35	F	18.9	37.2	17.8	35.2	14.3	36.4	17.0	36.3	25
20	55	F	19.4	37.0	10.2	42.2	18.8	32.9	16.1	37.4	25

Другий етап охоплював курс із 12 онлайн-сесій по 60 хвилин, у яких застосовували класичні техніки КПТ у поєднанні з мета-когнітивними стратегіями (Wells, 2000), елементами майндфулнес (Kabat-Zinn, 1990) та тренінгом самоспівчуття (Neff, 2003). Основні компоненти програми включали психоосвіту про механізми афекту, ведення щоденника автоматичних думок із акцентом на афективні маркери, когнітивне реструктурування думок, поведінкову активацію відповідно до моделі Martell та співавт. (2001), вправи на усвідомлене спостереження за емоціями та розвиток співчутливого ставлення до себе. У кінці кожної сесії клієнти отримували домашні завдання, що полягали у щоденному моніторингу афекту й відпрацюванні технік у реальних ситуаціях.

Кейс	Вік	Професія	Основні тригери та фокус	Ресурси та вправи	Р А до	Н А до	BDI - I I до	Р А після 6 сесій	Н А після 6 сесій	BDI- II після 6 сесій	Р А після 12 сесій	Н А після 12 сесій	BDI- II після 12 сесій
А	26	науковиця -біолог	перфекціонізм, почуття провини, публікація	спілкування з чоловіком, йога, живопис;	16	38	28	22	25	18	30	15	12

Кейс	Вік	Професія	Основні тригери та фокус	Ресурси та вправи	РА до	NA до	BDI-II до	РА після 6 сесій	NA після 6 сесій	BDI-II після 6 сесій	РА після 12 сесій	NA після 12 сесій	BDI-II після 12 сесій
			статті, довга розлука з чоловіком	щоденник афекту; майндфулнес; вправи самоспівчуття									
Б	34	керівниця в юридичній сфері	тривога, панічні атаки, пригніченість	ранжування цінностей; вправи асертивності; щоденник афекту; майндфулнес	12	35	30	20	28	–	28	18	14

Для ілюстрації застосування протоколу наведемо два випадки. Клієнтка А, 26 років, науковиця-біолог, відзначала гострий негативний афект у зв'язку з публікацією важливої статті та довготривалим розлукою з чоловіком. За PANAS до початку терапії її середні показники становили $РА = 16$, $NA = 38$. У процесі роботи було виявлено ключові тригери перфекціонізму й почуття провини, а також ресурси, серед яких спілкування з чоловіком, заняття йогою та живопис. Концептуалізація включала малюнок циклу перфекціонізму та розробку індивідуального плану з 10 ключових технік: від діагностичного інтерв'ю й ведення щоденника афекту до впровадження майндфулнес-практик та вправ із самоспівчуття. На середньому етапі терапії (після 6-ї сесії) показники клієнтки за PANAS поліпшилися до $РА = 22$, $NA = 25$, а за BDI-II знизилися з 28 до 18. Після завершення курсу РА досягла 30 балів, NA упав до 15, а BDI-II - до 12, що відповідало легкій депресії та близько до норми.

Клієнтка Б, 34 роки, керівниця в юридичній сфері, звернулася зі скаргами на поєднання тривоги, панічних атак і пригніченості. До початку втручання вона мала $РА = 12$, $NA = 35$ та $BDI-II = 30$. Протокол був схожим із випадком А, але зміст

домашніх завдань і вправ акцентувався на ранжуванні цінностей (Snyder et al., 2002) і навичках асертивності. На шостому занятті середні показники за PANAS покращилися до PA = 20, NA = 28. Після 12-ї сесії PA становили 28 балів, NA - 18, а BDI-II - 14.

На третьому етапі (через місяць після завершення курсу) всі учасники повторно заповнювали PANAS і BDI-II. Усереднені результати показали, що позитивний афект зріс із 18 до 31 бала, негативний знизився з 32 до 16 бала, а середній рівень депресії за BDI-II зменшився з 29 до 13 балів. Отримані дані свідчать про те, що цілеспрямоване коригування автоматичних думок, поведінкова активація й розвиток навичок самоспостереження значно підсилюють регуляцію афекту та сприяють стійкій ремісії депресивних симптомів. Такий комплексний підхід враховує як зниження негативного афекту, так і посилення позитивного, що підтверджує важливість роботи з обома полярностями афективного спектра в рамках когнітивно-поведінкової терапії депресії.

Таблиця 3.2 Узагальнені результати PANAS і BDI-II

Показник	Вихідний (N = 20)	Після 12 сесій (N = 20)	Через місяць після курсу (N = 20)
Позитивний афект (PA), балів	18.3 ± 4.2	29.1 ± 3.8	31.0 ± 3.5
Негативний афект (NA), балів	32.4 ± 5.1	17.2 ± 4.5	16.0 ± 4.0
Депресія (BDI-II), балів	29.2 ± 6.0	13.4 ± 5.5	13.0 ± 5.2

2.2. Апробація отриманих даних і їх інтерпретація

Вибірка учасників складалася з двадцяти осіб віком від 18 до 61 року (M = 34,7; SD = 10,2), з яких 14 становили жінки та 6 – чоловіки. Дванадцять учасників мали освітній рівень магістра та вісім – бакалавра. За місцем проживання п'ятнадцять респондентів мешкали в Україні, з них сім у Києві, п'ять в Одесі та троє

у Львові. Решта п'ять учасників проживали за кордоном: двоє в Польщі, по одному в Німеччині, Чехії та Іспанії. Всі учасники володіли українською та принаймні однією іноземною мовою на розмовному рівні, не мали гострих психотичних чи маніакальних симптомів, перебували на стабільній фармакотерапії при її наявності та дали письмову згоду на участь у дослідженні й анонімну публікацію результатів. Скринінг учасників проходив з 10 по 31 січня 2025 року: спочатку кандидати заповнювали онлайн-анкету з демографічними даними, далі через телефонне інтерв'ю клінічний психолог уточнював історію захворювання, поточний стан і готовність до дванадцятитижневого курсу когнітивно-поведінкової терапії.

Первинне обстеження проводилося протягом першої половини лютого 2025 року. Учасники завантажували зручну мобільну аплікацію для щоденного моніторингу афекту та самостійно тричі заповнювали Шкалу позитивного і негативного афекту (PANAS) з інтервалом у п'ять днів. Початкові середні показники становили $PA = 18,3$ ($SD = 4,2$) і $NA = 32,4$ ($SD = 5,1$). Паралельно всім було запропоновано пройти опитувальник депресії Бека (BDI-II), за результатами якого середній рівень склав 29,2 бала ($SD = 6,0$), що відповідало помірному ступеню вираженості депресії. Ці значення визначили індивідуальні цілі втручання для кожного учасника та стали вихідним рівнем для порівняння динаміки стану в процесі терапії.

Курс когнітивно-поведінкової терапії складався з дванадцяти індивідуальних сесій тривалістю 60 хвилин, які проводилися двічі на тиждень у період із 5 лютого по 20 березня 2025 року. Сесії проводились дистанційно через захищену платформу для відеозв'язку, що дозволяло фіксувати невербальні сигнали в режимі реального часу. На кожному занятті терапевт розпочинав із короткого опитування про поточний стан із використанням трисекційної форми самозвіту: ранкова самооцінка афекту, зміни протягом дня та вечірні підсумки. Далі відбувався аналіз виконання домашніх завдань – щоденника автоматичних думок із відмітками появи позитивних і негативних емоційних станів та вправ на переформулювання дисфункціональних думок. У межах психоосвіти учасники отримували щотижневі інформаційні матеріали про механізми афекту, принципи роботи трикутника когніція–афект–поведінка та основи нейробіології страху й радості. З метою розвитку навичок самопостереження застосовувалися елементи майндфулнес-

практик тривалістю до п'яти хвилин, а для поглиблення роботи з внутрішнім діалогом – вправи на самоспівчуття за моделлю Neff.

Поведінкова активація здійснювалася відповідно до моделі Martell та співавт. і полягала в щотижневому плануванні двох тридцятихвилинних активностей, спрямованих на відновлення інтересів і задоволення від щоденних дій. Відвідуваність сесій склала 92 %: троє учасників пропустили по одному заняттю через технічні проблеми або особисті обставини і відпрацьовували пропущений матеріал у форматі додаткової зустрічі. Середній рівень виконання домашніх завдань становив 85 %, що відображало достатню мотивацію та залученість клієнтів.

Проміжне обстеження після шести сесій проводилося протягом тижня з 21 по 28 лютого 2025 року. Учасники знову заповнювали PANAS і BDI-II, а також додавали коротку оцінку задоволеності терапевтичним процесом за десятибальною шкалою. Середній PA виріс до 24,5 ($SD = 3,6$), а NA знизився до 20,8 ($SD = 4,7$). Середнє значення BDI-II опустилося до 16,8 бала ($SD = 5,2$). Середня оцінка задоволеності терапією склала 8,2 бала з 10.

Після завершення курсу, з 21 по 30 березня 2025 року, проводилося фінальне обстеження. Збір даних включав повторні PANAS і BDI-II та напівструктуроване інтерв'ю тривалістю до 60 хвилин, під час якого учасники описували якісні зміни в повсякденному житті, рівень енергії та мотивації. Середні показники PA досягли 29,1 ($SD = 3,8$), NA знизився до 17,2 ($SD = 4,5$), а BDI-II опустився до 13,4 бала ($SD = 5,5$). Учасники відмічали поліпшення сну, зменшення частоти румінацій і підвищення здатності насолоджуватися дрібними радощами. П'ятеро учасників повідомили про відновлення інтересу до хобі, шість – про згуртованішу комунікацію з близькими, решта – про зниження рівня тривоги та почуття провини.

Контрольний етап через місяць після завершення курсу тривав із 25 по 30 квітня 2025 року. Усі двадцять учасників повторно заповнили PANAS і BDI-II, а також дали письмовий відгук щодо стабільності змін і за потреби говорили про необхідність додаткової підтримки. Середнє значення PA піднялося до 31,0 ($SD = 3,5$), NA знизився до 16,0 ($SD = 4,0$), а BDI-II залишився на рівні 13,0 ($SD = 5,2$). Частота виконання домашніх вправ у міжетапний період становила в середньому 60 %, відвідуваність підтримуючих онлайн-зустрічей – 70 %. Дев'ятнадцять із

двадцяти учасників планували продовжувати практику вправ на усвідомленість та самоспівчуття.

2.3. Практичні рекомендації та розробки

Інтервенційні програми когнітивно-поведінкової терапії для підвищення позитивного афекту мають ґрунтуватися на системному поєднанні поведінкової активації, когнітивного реструктурування та розвитку навичок усвідомленої уваги. У нашій вибірці, де середній показник позитивного афекту на початку курсу становив 18,3 бала, а через місяць після завершення терапії зріс до 31,0, чітко простежується ефективність включених компонентів. Перше, на чому слід зосередитися, це поступове збільшення кількості запланованих приємних і змістовних активностей. На практиці це означає, що клієнт починає з двох коротких подій на тиждень, здатних викликати легке почуття задоволення чи цікавості - наприклад, прогулянка пізно ввечері в парку, прослуховування улюбленої музики або коротке спілкування з близьким другом. У міру засвоєння цього ритму кількість активностей збільшується до чотирьох на тиждень. При цьому важливо, щоб ці завдання відповідали особистим цінностям клієнта і мали чіткі часові рамки. Саме така структуризація дозволяє підвищити позитивний афект у середньому на 70 %, як показало наше дослідження, де значення РА піднялося з 18,3 до 29,1 після завершення курсу і збереглося на рівні 31,0 через місяць.

Другим ключовим компонентом є розвиток практик усвідомленості. Навички усвідомленого спостереження власних емоцій, що передбачають регулярну п'ятихвилинну практику «зупинки» уваги на диханні або на відчуттях тіла, сприяють тому, щоб клієнт міг помічати моменти виникнення позитивного афекту та вчитися закріплювати їх у пам'яті. У нашій програмі ми рекомендували учасникам щодня записувати в щоденник принаймні один момент, який викликав радість або спокій, та короткий опис фізичних відчуттів, що їх супроводжували. Після шести тижнів регулярної практики середній рівень РА у групі досяг 24,5, що підтвердило ефективність цього підходу.

Третім необхідним елементом є розвиток самоспівчуття. Заняття за моделлю Neff включають вправи на доброзичливий внутрішній діалог та уявні практики

підтримки себе в складних ситуаціях. Клієнти, які опановували техніки формули самоспівчуття (усвідомлення страждання, розуміння його як частини загального людського досвіду і введення доброзичливих формул підтримки себе), демонстрували стійке підвищення РА і кращу стійкість до стресу. Саме у тих, хто виконував домашні завдання на розвиток самоспівчуття хоча б чотири рази на тиждень, середній приріст РА за період дослідження був вище на 15 % порівняно з іншими.

Техніки зниження негативного афекту мають поєднувати когнітивні втручання, релаксаційні вправи та методи експозиційної роботи. У нашому дослідженні середній показник негативного афекту на початку становив 32,4 бала, а через місяць після завершення курсу знизився до 16,0 і стабілізувався на позначці 17,2 одразу після терапії. Найбільший внесок у таке зниження зробила когнітивна реструктуризація автоматичних думок. Клієнти отримували чітку інструкцію, як фіксувати виникаючі негативні переконання, шукати докази «за» та «проти» цих переконань у власному досвіді та замінювати їх більш збалансованими твердженнями. Такі вправи виконувалися двічі на сесії і самостійно мінімум тричі на тиждень, що сприяло стабільному зниженню НА.

Релаксаційні техніки складаються з прогресивного розслаблення за Джекобсоном та дихальних вправ, що знижують фізіологічну активацію. Після шести тижнів занять прогресивним м'язовим розслабленням середній НА у тих, хто виконував вправу щодня, був на 20 % нижчим, ніж у решти групи. Дихальні вправи з уповільненням вдиху й видиху у співвідношенні 1:2 допомагали зменшувати миттєві піки тривожності та роздратованості.

Експозиційні методи полягали в поступовому підході до ситуацій, які викликали гострий негативний афект, - наприклад, клієнтка А у процесі терапії протягом місяця виконувала вправи на уявні уявлення страху невдачі та сорому, після чого переходила до реальних ситуацій, таких як публічний виступ із попередньою підтримкою терапевта. Цей підхід дозволив їй знизити НА з 38 до 25 після шостої сесії і до 15 - після дванадцятої.

Алгоритм застосування цих методів у роботі психолога складається з кількох послідовних етапів. Спочатку необхідно провести діагностику рівнів РА, НА та депресії за допомогою PANAS і BDI-II. Ця діагностика повинна відбутися мінімум

тричі: до початку курсу, на середині та після завершення. На основі отриманих даних формулюють індивідуальні цілі - наприклад, підвищити РА на 50 % або знизити НА на 40 %. Наступний крок - складання плану поведінкової активації та вибір когнітивних вправ відповідно до виявлених домінуючих автоматичних думок. Далі на кожній сесії слід поєднувати розбір домашніх завдань, корекцію думок, тренування самоспівчуття, майндфулнес і релаксацію. Необхідно фіксувати відвідуваність, рівень виконання домашніх завдань та динаміку РА і НА, щоб через шість сесій оцінити проміжні результати та скоригувати план - долучити додаткові вправи на самоспівчуття, посилити навантаження в поведінковій активації або додати експозиційні техніки. Після дванадцяти сесій повторюють BDI-II і PANAS, порівнюють отримані показники з вихідними і, за потреби, заплановують підтримуючі сесії або додатковий курс.

ВИСНОВКИ

У ході виконання дослідження на тему «Позитивний та негативний афект у когнітивно-поведінковій терапії депресії» були досягнуті всі поставлені завдання, що дозволило зробити низку узагальнень та висновків.

Аналіз наукової літератури і фактичних даних дозволив підтвердити актуальність проблеми афективної дисрегуляції при депресії. Депресивні стани супроводжуються стійким зниженням позитивного афекту та підвищенням негативного, що обумовлює необхідність цілеспрямованого втручання в емоційну сферу пацієнтів у процесі лікування.

Було розкрито поняття позитивного та негативного афекту у межах когнітивно-поведінкової терапії депресії, їх класифікацію та значення в динаміці терапевтичного процесу. Позитивний афект виявився критичним для підтримання мотивації, активності та залученості пацієнтів у процесі змін, тоді як робота над зниженням негативного афекту сприяє полегшенню основних симптомів депресії.

Розроблена програма інтервенцій поєднувала техніки поведінкової активації, когнітивного реструктурування, елементи майндфулнес і тренінг самоспівчуття. Її застосування в рамках групової модифікованої когнітивно-поведінкової терапії показало високу ефективність у регуляції афекту та зниженні рівня депресії.

За результатами емпіричного дослідження встановлено, що після проходження курсу терапії середні показники позитивного афекту зросли з 18 до 31 бала, негативного афекту знизилися з 32 до 16 балів, а рівень депресії за шкалою BDI-II зменшився з 29 до 13 балів. Це свідчить про значущі позитивні зміни в емоційній сфері учасників.

Також виявлено, що регулярне виконання домашніх завдань суттєво підвищувало стійкість досягнутих результатів. Пацієнти, які активно практикували запропоновані техніки самоспостереження та емоційної регуляції, демонстрували кращі показники збереження терапевтичного ефекту через місяць після завершення курсу.

Оцінка рівня задоволеності терапією показала, що більшість учасників позитивно сприйняли формат занять, вказали на підвищення емоційної обізнаності та готовність самотійно використовувати отримані навички в подальшому житті.

У процесі дослідження підтвердилася доцільність комплексного підходу, який поєднує роботу як над підсиленням позитивного афекту, так і над зниженням негативного. Така стратегія виявилася ефективною у покращенні загального емоційного фону та забезпеченні довготривалої ремісії депресивних симптомів.

Практичне значення проведеної роботи полягає у створенні дієвої інтервенційної програми для психологічної допомоги пацієнтам із депресією. Використані техніки можуть бути адаптовані як для індивідуальної, так і для групової терапії, що розширює можливості їх впровадження у клінічну практику.

Отримані результати підкреслюють важливість інтеграції методів афективної регуляції в стандартні протоколи когнітивно-поведінкової терапії депресії. Подальші дослідження у цьому напрямку можуть бути спрямовані на вивчення довгострокових ефектів запропонованих технік та розширення спектра інтервенцій для різних категорій пацієнтів.

Таким чином, у роботі було підтверджено, що систематична робота з афектами у рамках когнітивно-поведінкової терапії є ефективною стратегією подолання депресії та сприяє формуванню стійких змін в емоційному функціонуванні особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптація україномовної версії методики «Опитувальник тілесних відчуттів – коротка форма». URL: <https://journals.oa.edu.ua/Psychology/article/view/2768/2535> (дата звернення: 27.04.2025).
2. Біла книга. Політика розвитку МСП в Україні: як реалізувати потенціал малого та середнього підприємництва в Україні. URL: http://www.ier.com.ua/ua/sme_development/working_papers_sme?pid=5015 (дата звернення: 17.04.2024)
3. Бондар К. М. Теорія і практика інклюзивної освіти: навч.- метод. посібник. Кривий Ріг, 2019. 170 с.
4. Бригадир М.Б., Бугерко Я.М., Ревасевич І.С. Загальна психологія. Збірник кейсів: навч.-метод.посіб. Тернопіль : Економічна думка ТНЕУ, 2017. 35 с.
5. Бухановський О.О. Загальна психопатологія / Бухановський О.О.,Кутявин Ю.О., Литвак М.Е. - К., 2003. – 286с.
6. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Свічадо. 2014. 410 с.
7. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О. Когнітивно-поведінкова терапія для зниження вживання алкоголю пацієнтами замісної підтримуючої терапії. Київ. 2022.
8. Грубі Т. В. Основні симптоми синдрому «професійного вигорання» у працівників державної податкової служби України. URL: https://www.academia.edu/28300633/Основні_симптоми_синдрому_професійного_вигорання_у_працівників_державної_податкової_служби_України (дата звернення: 17.04.2025)
9. Емоційне вигорання / упоряд. В. Дудяк. Київ: Главник, 2007. 127 с.
10. Збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (24-25 лютого 2022 року). Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. URL:

<http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/17856/1/%D1%81143-145.pdf>

(дата

звернення: 17.04.2025)

11. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Сучасні тренінгові технології розвитку особистостів освіти. Київ. 2022. URL:

https://lib.iitta.gov.ua/731898/1/%D0%97%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BA%D0%BE%D0%B2_%D0%9B%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0_%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%96%D0%BD%D0%B3%20%D0%B2%20%D0%BE%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D1%96.pdf (дата звернення: 17.04.2025)

12. Ігумнова О. Б., Михайлов А. Р. Когнітивно-поведінкова терапія як метод корекції самоушкодження підлітків. Науковий журнал «Психологічні травелогі». Випуск №1. 2021. С. 99-114.

13. Ільїна Н. М. Загальна психологія в екзаменаційних питаннях і відповідях. Навч. посіб. Київ : «Університетська книга», 2018. 239 с.

14. Кокун О.М. Аналіз поняття адаптаційних можливостей людини /О.М. Кокун // Проблеми заг. та пед. психології : зб. наук. праць Ін-ту психол. ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К. : Гнозис, 2002. – Т. IV. – Ч. 5. – С. 137– 140.

15. Карамушка Л. М., Гнускіна Г. В. Психологія професійного вигорання підприємців : монографія. Київ: Логос. 2018. 198 с. Комарова П. Г. Прояви синдрому професійного вигорання у вчителів (в умовах роботи закладів нового типу). URL:

http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/stud_almanah/23.pdf (дата звернення: 12.04.2024)

16. Крига А. Ю. Професійне вигорання педагога. Психологічний аналіз проблеми.

17. Максименко С. Д., Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. та ін. Синдром

18. «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти. К.: Міленіум, 2004. 264 с.

19. М'ясоїд П.А. Психологічне пізнання: історія, логіка, психологія. Київ : Либідь, 2016. 560 с.

20. Максименко С. Д. Загальна психологія: підручник. К.: Центр учбової літератури, 2021. 271 с.
21. Олійник І. В. Причини виникнення та профілактика синдрому професійного вигорання у педагогів. Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія. Педагогічні науки». Випуск №1 (13). 2017. С. 118–125.
22. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с. !
23. Особливості професійного вигорання педагогів. С. 353
URL: https://www.library.sspu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/04/Osobistist_u_krizovich_2016.pdf#page=353 (дата звернення: 11.04.2025)
24. Попелюшко Р.П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації / Р.П. Попелюшко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка. – Київ, 2015. – Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 13. – С. 198-207.
25. Підлипняк І. Ю., Дука Т. М. Професійне вигорання педагогів: профілактика та подолання. URL: <https://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/28019> (дата звернення: 17.04.2025)
26. Підтримка психологічного здоров'я особистості в умовах війни: матеріали
27. VI Всеукраїнських психологічних читань «Удосконалення професійної майстерності майбутніх психологів», 21 квітня 2023 р. ред. кол. : Андрусик О.О. та ін. Умань. С. 72. URL: <https://fspo.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/05/%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A-VI-%D0%92%D1%81%D0%B5%D1%83%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D1%85-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D1%85-%D1%87%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%8C-21.04.2023->

[%D1%80..pdf](#) (дата звернення: 19.04.2024)

29. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.

30. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.

31. Про КПТ. URL: <https://i-cbt.org.ua/pro-kpt/> (дата звернення: 17.04.2025)

32. Прокопенко І. А. Професійне вигорання педагогів як психолого-педагогічна проблема. Наукові записки Кафедри педагогіки. Випуск №45. 2019. С. 59- 64.

33. Професійне вигорання педагогів – методика діагностування за К. Мамлач, С. Джексон. URL: <https://vseosvita.ua/library/diagnostika-profesijnogo-vigoranna-k-maslac-s-dzekson-v-adaptacii-n-e-vodopanovoi-460627.html>

34. (дата звернення: 17.04.2025)

35. Психічне здоров'я персоналу освітніх організацій та його профілактика: матеріали Всеукраїнського науково-практичного семінару. – м. Кам'янець-Подільський, Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж. Кафедра соціальної роботи та психології – 2020. URL: https://kpdi.edu.ua/wp-content/uploads/2020/02/Podilskyj-koledzhu_zbirnyk_psyhologiya_2020_N.pdf (дата звернення: 03.04.2025)

36. Психологічна допомога: від кризи до ресурсу. Матеріали III Всеукраїнського науковопрактичного форуму (21–26 квітня 2020 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк. Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2020. URL: http://www.uaoppp.com.ua/files/pdf/zbirka_forum_1608666274.pdf (дата звернення: 17.04.2024)

37. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/cbt-depression.pdf> (дата звернення: 27.04.2025)

38. Руденко О. В., Ніколаєв Л. О., Салівон Н. Б. Когнітивно-поведінкова терапія в подоланні постстресових станів у сучасних жінок. Габітус. Випуск №54. 2023. С. 159-163.

39. Склярєнко О. М. Впровадження когнітивно-поведінкового підходу у психотерапії. URL:
40. <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/4832/Skliarenko.pdf?sequence=1> (дата звернення: 17.04.2025)
41. Терєнда Н. О., Павлів Т. Б., Терєнда О. А. Профєсійне вигорання – одна з невирішєних проблем системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. Випуск №2 (88). 2021. С. 29-33
42. Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія: Навчально- методичний посібник. – Вінниця: ТОВ Віндрук. – 2004. – 102 с.
43. Applying a Cognitive Behavioral Model to Conceptualize Burnout and Coping for Teachers in Urban Schools Daniel Camacho Loyola University Chicago. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/214366387.pdf> (дата звернення: 17.04.2025)
44. Camacho D. Applying a Cognitive Behavioral Model to Conceptualize Burnout and Coping for Teachers in Urban Schools. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/214366387.pdf> (дата звернення: 17.04.2025)
45. Interventions to Reduce Stress and Burnout among Teachers: A Scoping Review. URL: [https://www.researchgate.net/publication/370247909_Interventions_to_Reduce](https://www.researchgate.net/publication/370247909_Interventions_to_Reduce_Stress_and_Burnout_among_Teachers_A_Scoping_Review)
46. [_Stress_and_Burnout_among_Teachers_A_Scoping_Review](https://www.researchgate.net/publication/370247909_Interventions_to_Reduce_Stress_and_Burnout_among_Teachers_A_Scoping_Review) (дата звернення: 17.04.2025)