

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
Факультет психолого-педагогічний  
Кафедра практичної психології

**ПСИХОЕДУКАЦІЯ ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ**

Кваліфікаційна робота  
студентки групи ЗПП-м-24  
ступінь вищої освіти магістр  
спеціальності 053 Психологія  
**Толчинської Юлії Володимирівни**

Керівник:  
кандидат педагогічних наук,  
доцент, завідувач кафедри  
практичної психології  
**Чаркіна О. А.**

## ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Толчинська Юлія Володимирівна**, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно і не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавала і не одержувала недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Юлія Толчинська

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|                                                                                                                                                  | С. |
| ВСТУП.....                                                                                                                                       | 4  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО<br>ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ.....                                                        | 9  |
| 1.1. Психоедукація як засіб подолання тривожності.....                                                                                           | 9  |
| 1.2. Консультативні практики в подоланні тривожності особистості                                                                                 | 15 |
| 1.3. Когнітивно-поведінкова терапія як метод корекції тривожних станів                                                                           | 28 |
| Висновки до розділу 1.....                                                                                                                       | 35 |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЕДУКАЦІЇ<br>ЯК СКЛАДОВОЇ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО<br>КОНСУЛЬТУВАННЯ НА ТРИВОЖНІСТЬ РЕСПОНДЕНТІВ..... | 36 |
| 2.1. Опис структури вибірки та використовуваних методик.....                                                                                     | 36 |
| 2.2. Опис ходу та результатів дослідження.....                                                                                                   | 51 |
| Кейс № 1.....                                                                                                                                    | 51 |
| Кейс № 2.....                                                                                                                                    | 56 |
| Висновки до розділу 2.....                                                                                                                       | 64 |
| ВИСНОВКИ.....                                                                                                                                    | 65 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....                                                                                                                  | 68 |

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** У сучасних соціокультурних умовах спостерігається зростання рівня тривожності серед студентської молоді. Постійна інформаційна перенасиченість, невизначеність майбутнього, війна, академічне та соціальне навантаження спричиняють психологічну напругу. Водночас значна кількість молодих людей не володіють достатнім рівнем знань щодо природи тривожності, механізмів її формування та шляхів подолання.

Найбільш гостро постає проблема профілактики тривожних розладів серед молоді прифронтових міст, оскільки контекстуально життя в регіонах, наближених до лінії бойових зіткнень, – це перманентна загроза цілісності психіки та особистості, що фруструє її розвиток через депривацію базової потреби у безпеці.

Ця тема для нас становить не лише науковий інтерес, а й особисто значуща. У період повномасштабного вторгнення ми, мешканці Зеленодольської та Криворізької міських територіальних громад, постійно відчуваємо підвищену психологічну напругу.

Саме через психоедукацію, постійну самоосвіту, тематичне вдосконалення, участь у роботі терапевтичних та інтерв'їзійно-суперв'їзійних груп нам вдається підтримувати власну психоемоційну стабільність, хоча, час від часу, наші реакції виходять за межі «вікна толерантності» до стресу.

Цей досвід підштовхнув нас до глибшого занурення в проблему та вибору теми кваліфікаційного дослідження. На нашу думку, психоедукація виступає ефективним інструментом не тільки профілактики, але і зниження рівня тривожності, формуючи усвідомлене ставлення до власного ментального здоров'я, що є однією з найважливіших складових професійної компетентності фахівців допомагаючих професій і сприяє (або, навпаки, перешкоджає) ефективності їхнього впливу на клієнтів.

Дослідження психоедукації є відносно новим напрямком у вітчизняній психології, хоча споріднений вид діяльності – психологічна просвіта – традиційно широко представлений як в українській, так і в зарубіжній фаховій літературі.

Так, наприклад, у дослідженні Donker і колег (2009) показано, що навіть онлайн-програми з психоедукації можуть реально зменшити тривожність [59].

Москаленко В.Д. (2018) підкреслює, що усвідомлення — це перший крок до подолання емоційних труднощів [30].

Лук'янова О.І. (2021) [24] та Калашнікова І.М. (2022) [20] звертають увагу на важливість впровадження психоосвітніх програм у школах, закладах вищої освіти та молодіжних просторах.

Згідно з Наказом МОЗ України № 2118 від 13.12.2023 року, *психоедукація* – це проведення інформаційно-просвітницької роботи з пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні проблеми та травми і їх наслідки для особистості з метою профілактики та попередження розвитку психічних та поведінкових розладів у особи та членів сім'ї, формування загального розуміння про психічне здоров'я та навичок турботи про нього [33].

Прийнято розрізняти поняття «тривога» та «тривожність» [11, с. 32].

У цілому, низка дослідників описують два варіанти: тривогу як базовий, нормальний стан, що є відповіддю організму на загрозу і тривожність, як властивість особистості. Варто зазначити, що тривалий стан тривоги може перетворитись на властивість особистості, переходячи в категорію ненормативної (патологічної) тривожності та тривожних розладів.

За даними Європейської психіатричної асоціації, тривожні розлади дуже поширені. На них страждають від 15–20 до 40% людей у всьому світі [76]. Специфіка тривожних розладів така, що людина часто звертається за допомогою тільки тоді, коли симптоми тривоги вже починають суттєво впливати на якість її життя, і на цьому етапі вона вже може потребувати

комплексного, у тому числі, медикаментозного супроводу.

На сьогодні для корекції підвищеного рівня тривожності існує безліч методів психофармакотерапії, психотерапії та психологічного консультування. Однак «золотим стандартом» у корекції та лікуванні тривожних розладів і дотепер вважається когнітивно-поведінкова терапія (далі – КПТ), чия ефективність є експериментально доведеною [15, 62].

Таким чином, аналіз наукових досліджень та літературних джерел дозволив нам виявити такі протиріччя: між необхідністю психоедукації молодого населення прифронтових міст про природу і різновиди тривожності у зв'язку з необхідністю адаптації до умов життя в реаліях тривалої війни та недостатнім впровадженням у практику викладання цих знань; між необхідністю популяризації та інтеграції можливостей сучасних підходів до психопрофілактики і психотерапії тривожних розладів та їх недостатнім застосуванням у консультативній роботі фахівцями.

**Мета дослідження:** обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність розробки та застосування індивідуального плану консультацій, що включають психоедукацію та когнітивно-поведінкові техніки у подоланні тривожності серед молоді прифронтових міст.

**Завдання дослідження:**

- 1) опрацювати фахову наукову літературу з теми дослідження;
- 2) проаналізувати можливості психоедукації як ефективного методу профілактики тривожних розладів у молоді прифронтових міст;
- 3) дібрати психодіагностичний інструментарій для виявлення рівня тривожності респондентів;
- 4) розробити, теоретично обґрунтувати та апробувати програму консультацій, засновану на психоедукації та класичних когнітивно-поведінкових протоколах, спрямовану на зниження рівня тривожності особистості;
- 5) визначити динаміку рівня тривожності респондентів після роботи за індивідуальним планом консультацій.

**Об'єкт дослідження:** тривожність особистості.

**Предмет дослідження:** зміна рівня тривожності особистості під впливом індивідуального плану консультацій з використанням психоедукації та когнітивно-поведінкових технік.

**Гіпотеза дослідження:** розроблена програма консультацій дозволяє знизити рівень особистісної тривожності завдяки дії наступних механізмів: *психоедукації* клієнта про тривогу, її еволюційне значення, функції, особливості роботи нервової системи, румінації, занепокоєння тощо; *соціалізації* клієнта у когнітивну модель при використанні методу концептуалізації (динамічної структури, що формулюється в рамках когнітивної теорії та наданої клієнтом інформації); *навчання* клієнтів у рамках сократичного діалогу когнітивним технікам роботи з автоматичними думками та переконаннями (за і проти, найгірший результат, альтернативні пояснення, пошук когнітивних спотворень, поведінкові експерименти, техніка вирішення проблем, техніка дерево прийняття рішень, використання метафор, копінг-карток); *використання* клієнтами поведінкових технік (поведінкова активація, експозиція, тренінг навичок асертивності); *навчання* клієнтів технікам майндфулнес і технікам самоспівчуття.

**Теоретико-методологічну основу дослідження** становлять *ідеї* та теоретичні положення, описані в межах когнітивно-поведінкового підходу, згідно з яким, думки та когнітивні схеми особистості визначають її емоційні реакції та поведінку (А. Фріман, А.Т. Бек, А. Елліс, Р. Ліхі, Дж. Меннінг [4, 23, 27, 61]), а також *ідеї*, описані в межах майндфулнес-підходу, про управління емоційними станами через використання медитації та практики усвідомленості (О.І. Романчук, О.Л. Христюк, Дж. Кабат-Зінн [36, 47, 66]).

Для досягнення поставлених завдань та підтвердження висунутої гіпотези було використано такі **методи дослідження:**

- 1) *теоретичні* (огляд та аналіз літератури з теми дослідження, інтерпретація, узагальнення практичного досвіду);
- 2) *емпіричні* (клінічне інтерв'ю, тестування рівня тривожності з

використанням психодіагностичних методик, експеримент);

3) *практичні* – проведення індивідуальних консультацій згідно з розробленим планом з використанням психоедукації та технік і методів когнітивно-поведінкової терапії,

4) *методи аналізу та обробки результатів* (кількісний аналіз отриманих даних з використанням програм Microsoft Excel та якісний аналіз – опис кейсів).

**Емпірична база дослідження.** Дослідження було реалізовано головним спеціалістом з проєктного менеджменту на базі Виконавчого комітету Зеленодольської міської ради. Загальну вибірку дослідження становили 20 осіб у віці 18-38 років.

**Теоретична значущість дослідження.** Результати кваліфікаційної роботи узагальнюють актуальні дані щодо проблеми тривожності серед молоді прифронтових міст, характеристики поняття «тривожність» та способів її подолання в межах психологічного консультування.

**Практична значущість дослідження.** Отримані результати, а саме розробка індивідуальних планів консультацій для осіб з підвищеним рівнем тривожності та їх апробація, становлять практичний інтерес для психологів – консультантів і можуть бути використані з метою оптимізації роботи надавачів психологічних послуг в умовах війни.

**Апробація та впровадження результатів дослідження.** Матеріали кваліфікаційної роботи було представлено у вигляді тез доповіді на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Промоція ментального здоров'я надавачів психологічних послуг в умовах війни» (25-26 квітня 2025 р., м. Кривий Ріг) [43].

**Структура кваліфікаційної роботи.** Робота складається зі вступу, теоретичного розділу, емпіричного розділу, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел, що містить 80 найменувань (у тому числі 27 іноземною мовою). Текст містить 3 таблиці. Загальний обсяг роботи становить 76 друкованих сторінок.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ**

### **1.1. Психоедукація як засіб подолання тривожності**

Єдиного підходу щодо визначення поняття «психоедукація» на сьогодні не існує. Як синоніми до нього часто використовують терміни «психонавчання», «психоосвіта», «психоосвітнє втручання» тощо. І, хоча психоедукація найчастіше асоціюється з різними клінічними випадками, сьогодні вона розглядається у більш широкому значенні – як самостійний інструмент соціально-психологічної просвіти та профілактики, а також як невід’ємний складник психологічного консультування, корекції, терапії та реабілітації різних верств населення з метою підтримки та відновлення їхнього ментального здоров’я [19].

В офіційних документах її відносять до одного з видів психологічної допомоги та визначають, як «проведення інформаційно-просвітницької роботи фахівцями з метою профілактики та запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів, формування загального розуміння про власне психічне здоров’я та навичок турботи про нього» [33].

Залежно від типу проблем і конкретних цілей психоедукація має різні форми та зміст. Психолог може працювати індивідуально або з тренінговою групою, а коли це доречно, то із сім’єю. Наприклад, якщо клієнтом є дитина, психологу може знадобитися підтримка з боку батьків, яким треба буде передати базові психологічні знання з відповідної проблематики, проінформувати їх щодо того, як виявлені симптоми та особливості дитини впливають на її розвиток, навчання, соціалізацію тощо. У разі, коли батьки не усвідомлюють того, як їхній стиль виховання впливає на психічне здоров’я дитини або спричиняє поведінкові проблеми, саме психоедукація може допомогти їм розвинути відповідні та ефективні навички рефлексії та взаємодії [41, 57].

У цілому, психоедукація розглядається як структурований процес надання інформації та навичок, спрямований на покращення розуміння психічних процесів, розвиток копінг-стратегій та підвищення психологічної грамотності населення [46].

В умовах воєнного конфлікту психоедукація набуває специфічних характеристик, пов'язаних з необхідністю швидкого реагування на масові травматичні події та адаптації до умов хронічного стресу [5, 21, 29, 39].

Сучасні наукові публікації відображають широкий спектр емпіричних досліджень, пов'язаних з психоедукацією та промоцією здорового способу життя, включаючи оцінку ефективності психоедукаційних інтервенцій для багатьох психічних розладів, особливості застосування в різних психологічних напрямках, різноманіття форм надання інформації залежно від віку, культури, освіти, сімейного статусу тощо [40].

Численні дослідження, проведені зарубіжними та вітчизняними науковцями, підтверджують важливість психоедукації для психічного здоров'я та надають наукові докази умов її ефективності [2, 7, 31, 39, 42, 46, 57-59, 65, 68-71, 74].

Психологічна просвіта, на думку американського психолога Joseph Walsh [1], містить інформування щодо суттєвих життєвих труднощів, допомогу в розвитку соціальної та ресурсної підтримки, спрямованої на управління ситуацією, а також на розвиток навичок подолання і, зрештою, вирішення проблеми та досягнення ментального здоров'я [цит. по 68].

Дослідниця М. Миколайчук розглядає психоедукацію як «пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні проблеми та їх наслідки для особистості» [28].

О. Борисова визначає психоедукацію, як «універсальний і дієвий інструмент, що виконує одразу багато функцій: сприяє здобуттю ясності щодо процесів, які відбуваються з людиною та її психікою, наслідком чого стає зниження рівня тривоги; підвищує рівень обізнаності клієнта, що посилює його почуття впевненості у собі; в певній мірі, може сприяти

стабілізації психоемоційного стану» [6, с. 8].

Д. Бульченко та І. Тодорова розглядають психоедукацію як «метод психологічної допомоги через надання людині релевантної психологічної інформації у доступній для розуміння формі з метою профілактики і запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів, формування уявлення про власне психічне здоров'я та навичок турботи про нього, роз'яснення можливих шляхів розв'язання наявних психологічних проблем, навчання потрібним навичкам, здійснення підтримки та мотиваційного впливу» [7, с. 53].

Особливо ефективною психоедукація виявилася у подоланні депресії, тривоги та стресових розладів [58, 59].

У травма-фокусованій психотерапії психоедукація дозволяє постраждалим визнати, що вони не зламані, що вони переживають нормальну реакцію на ненормальну ситуацію [26].

Психоедукація також важлива, щоб допомогти постраждалим розпізнати стратегії, необхідні для підтримки прогресу, досягнутого в терапії. Завдяки їй покращуються соціальні навички та здатність до управління поведінкою у людей з такими розладами, як дефіцит уваги та гіперактивність [69].

Корисною виявилася психоедукаційна частина програми надання психологічної підтримки у ситуаціях соціальної тривожності, розроблена О. Аврамчук та А. Міловідовою. Проведена ними робота була спрямована на розуміння пацієнтами суті тривоги, її усвідомлення, а також включала надання інформації про зміст когнітивно-біхевіоральної терапії, про природу генералізованого тривожного розладу та «нормалізацію» його симптомів, тренінг з усвідомлення тривоги тощо [2].

Психоедукацію використовують як дієвий інструмент в роботі з пацієнтами, які мають високий ризик психозів та інших важких психічних розладів та психіатричних діагнозів [70,71].

Метою психологічної просвіти для комбатантів є просування психологічної культури щодо розуміння власного психологічного стану, як реакції на перенесений бойовий стрес. Така обізнаність щодо власної проблеми, може деякою мірою полегшити життя з цим станом: завдяки інформованості комбатант вже хоча б розуміє «що» і «чому» з ним відбувається. Саме розуміння цього сприяє подоланню травми війни на етапі, коли доводиться деякий час жити з ознаками нервово-психічного розладу [6].

Психоедукація є важливою складовою не тільки психопрофілактики, але й сучасної психореабілітації: це не тільки пояснення природи психологічної травми, окреслення «дороги зцілення», а й надання літератури з самопомоги для самостійного опрацювання, використання на психоедукаційних заняттях різних засобів для ознайомлення із психологічною проблемою входження комбатантів в мирне життя – інформаційних буклетів, книжок, відеофільмів, пише Оксана Мосієнко [29].

Подібної думки дотримуються й Оксана Коваленко та Катерина Петровська: «Психоедукація є ефективним превентивним і реабілітаційним інструментом у роботі з демобілізованими військовими. Її застосування сприяє формуванню психологічної готовності до мирного життя, профілактиці синдрому відкладеного життя та відновленню цілісності особистості ветеранів у післявоєнному суспільстві» [21, с. 198].

Психологічним механізмом, що запускає оптимальний вплив психоедукації на людину, є отримання релевантної інформації, корисних знань щодо «вікна толерантності», можливих посттравматичних порушень, їх симптоматичних проявів тощо.

Основні елементи психоедукації ілюструє рисунок 1.

(Запозичено з [29] : Мосієнко О. Психоедукація – первинний засіб в роботі з воїнами АТО. URL: <https://iqholding.com.ua/articles/psikhoedukatsiya-pervinnii-zasib-v-roboti-z-voinami-ato>).



Рисунок 1. Основні елементи психоедукації

Складовими компонентами психоедукації, на думку О. О. Борисової, є наступні:

1. Повідомлення інформації, зокрема про симптоми розладу, причини його виникнення, підходи в лікуванні із зазначенням варіантів (якщо такі є).
2. Повідомлення інформації близьким для сприяння розумінню симптомів та допомоги хворому.
3. Мотивація та інсталяція надії з метою дотримання наданих рекомендацій відносно лікування.
4. Формування та розвиток навичок самодопомоги [6, с. 9].

Психоедукацію доцільно використовувати також у роботі психолога за запитами щодо конфліктів у ділових та міжособистісних стосунках, небажаних емоційних станів та почуттів, самопізнання, усвідомлення потреб та бажань, прийняття рішень тощо [18].

Так, зокрема, на думку С.В. Олексенко, психоедукація як метод профілактичної роботи з педагогічними працівниками повинна включати не лише надання знань, роз'яснення процесів, а й елементи актуалізації проблеми психологічного здоров'я та мотивацію до дій з його підтримки та відновлення [31].

Активна модель психоедукційного втручання є важливою частиною когнітивно-поведінкової терапії, інтерперсональної психотерапії, сімейної терапії та більшості інших видів індивідуальної або групової психотерапії [14, 19, 24, 55].

Вона відіграє стратегічно важливу роль у раціонально-емотивній терапії А. Еліса [61].

Психологи, котрі застосовують психоедукацію, намагаються навчити клієнтів, як стати психотерапевтами для самих себе та як використовувати певну навичку, наприклад дослідження здорових та нездорових установок. Для цього вони моделюють використання цієї навички під час зустрічі, дають клієнтам письмові інструкції, домашні завдання тощо [20, 40, 68].

Важливо також обирати доцільну психоедукаційну модель з-поміж кількох можливих, пише О.О. Борисова [6, С. 9-12].

Так, *інформаційна модель* полягає в тому, щоб надати клієнту або/та його близьким знання про психічний розлад, стан чи захворювання та можливості управління ними.

*Модель навчання навичкам* спрямована на планомірну розробку конкретних форм поведінки, щоб учасники могли підвищити свою здатність допомагати хворим родичам або собі.

А *підтримуюча модель*, яку зазвичай використовує група підтримки, призначена для залучення пацієнтів або членів їхніх родин до обміну своїми почуттями та досвідом. Тут головна мета полягає в тому, щоб посилити і покращити емоційну здатність сімей справлятися з тягарем турботи про своїх хворих родичів.

*Комплексна, або комбінована, модель* складається з усіх вище перерахованих підходів – інформування, формування навичок та підтримки. На початковому етапі такого підходу учасникам зазвичай показують відеоматеріали або читають лекції про проблему. Далі вони беруть участь у груповій роботі з підтримки сім'ї. На завершальному етапі проводяться індивідуальні сесії з фахівцем з психічного здоров'я.

Отже, психоедукація – це первинний засіб в роботі з різними категоріями населення, покликаний забезпечити успішне просування (позитивну динаміку) на наступних етапах, таких як:

1) *стабілізація та контроль психологічного стану* людини з використанням техніки дистанціювання, копінгу румінацій, відволікання;

2) *пошук ресурсів*, що дозволять людині подолати дистрес або тривожний розлад через стосунки (і з живими, і з мертвими), духовність, спогади, мрії, спорт, медитація, творчість, ресурсні вправи: позитивна уява, розмова з наставником, пошук безпечного місця, ресурсна історія, втілення ресурсу в символ-оберіг;

3) *вибудовування плану майбутнього життя* через зменшення симптомів, регульовану пам'ять про травматичні події, відновлення стосунків, підвищення самооцінки тощо.

Психоедукація є доступним та універсальним методом профілактики тривожних розладів, особливо серед молоді прифронтових міст.

Перспективними напрямками досліджень є розробка програм з урахуванням вікових особливостей та вивчення ефективності форматів проведення цієї роботи.

Актуальним залишається питання інтеграції психоедукації в освітній простір закладів та установ різного типу для молоді прифронтових міст.

## **1.2. Консультативні практики в подоланні тривожності особистості**

На думку Оксани Мосієнко, на території сучасної України недостатньо сформована «культура психотерапевтичного консультування» [29].

Дослідження проблеми психологічного консультування (тут і далі – ПК) осіб з підвищеною тривожністю вимагає визначення самого поняття «психологічне консультування», його цілей та завдань як виду професійної діяльності психолога, а також дефініцій категорії «тривожність».

Єдине загальне розуміння терміну ПК на сьогодні відсутнє[49].

Консультування розуміється як професійна допомога людині або групі людей у пошуку шляхів вирішення проблемної ситуації. Усі типи консультування зазвичай включають аспекти, пов'язані з міжособистісною взаємодією [8].

Існує три основні підходи до змісту та завдань ПК [9]:

- а) проблемно-орієнтоване ПК фокусується на основних зовнішніх причинах проблеми і знаходженні способів її вирішення;
- б) особистісно-орієнтоване ПК має на меті аналіз особистих та індивідуальних причин розвитку проблемних і конфліктних ситуацій та їх запобігання у майбутньому;
- в) ресурсно-орієнтоване ПК спрямоване на визначення ресурсів, необхідних для вирішення проблеми.

Більшість авторів описують певні труднощі у розмежуванні процесу консультування та психотерапії [25, 38, 49, 50, 53].

Подібність між психотерапією та консультуванням полягає в наступному [50]:

- а) використання психологічних засобів впливу;
- б) виконання функцій розвитку та профілактики (а іноді й лікування та реабілітації);
- в) спрямованість на позитивні зміни у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах з метою підвищення особистісної ефективності клієнта або групи осіб;
- г) наукове обґрунтування доведеними психологічними теоріями;
- д) емпірична верифікація;
- е) здійснення у професійному середовищі.

Відмінності між психотерапією та консультуванням теж існують. Так, Нельсон-Джонс розглядає консультування як процес розвитку [цит. по 17]. Кінцева мета консультування — навчити людей допомагати собі і бути консультантом для самого себе. Автор не бачить різниці між психотерапією та психологічною корекцією. Він також вказує на те, що, на відміну від

психотерапії, більша частина інформації, отриманої під час консультування, проявляється у свідомості клієнта у проміжку між сеансами, що допомагає людям, коли вони навчаються допомагати собі та бути самому собі консультантом.

Залежно від підходу до ПК його цілі та завдання можна визначати по-різному. Розглянемо, як вирішується питання про цілі та завдання ПК у підходах вітчизняних науковців.

Альошина Ю.Е. визначає основну мету психологічного консультування як психологічну допомогу, тобто розмова з психологом має бути спрямована на допомогу людині у вирішенні її актуальних проблем [цит. по 25]. Для цього треба допомогти клієнту розширити розуміння себе та своєї ситуації, скинути емоційну напругу та передати клієнтові відповідальність за зміни. Це означає, що фахівець під час консультації повинен довести клієнту, що він сам сприяє виникненню та збереженню проблеми і є відповідальним за свій стан. Акцент з проблеми клієнта потрібно перенести на нього самого як на особистість, що здатна впоратись. Успішне консультування вимагає від фахівця високого рівня кваліфікації. Так, якщо ми хочемо полегшити емоційний стан клієнта, то скоріше говоритимемо про те, що він не винен у тому, що сталося – не все залежить від нас, всі схильні до помилок, не можна брати на себе всю відповідальність. І навпаки, якщо хочемо спонукати клієнта брати на себе відповідальність за все, що з ним відбувається, ми зазначаємо, що уникнення відповідальності неминуче веде до погіршення його емоційного стану. В кожному окремому випадку психолог повинен розуміти, яке з цих завдань є більш актуальним.

Абрамова Г.С. визначає мету ПК у формуванні продуктивно-культурної особистості клієнта [цит. по 25]. Людина має навчитися за допомогою ПК діяти усвідомлено, вміти використовувати різні стратегії поведінки та аналізувати ситуацію з різних точок зору. У зв'язку з цим, як основне завдання психолога-консультанта авторка виокремлює створення сприятливих умов для розкриття потенціалів нормального, психічно

здорового клієнта, в яких він почне продукувати нові рішення, що дозволять йому діяти згідно культурних можливостей.

Аналогічну позицію займає Р.С. Кочюнас. На його думку, мета ПК - прищепити клієнту зрілі риси особистості. Фахівець вважає, що це можливо, якщо сам психолог-консультант демонструватиме прояв особистісної зрілості [цит. по 38].

Обозов Н.М. вбачав як мету ПК пояснення клієнту причин та наслідків життєвих ситуацій. Завдання тут — надати клієнту психологічну інформацію щодо його труднощів, тобто здійснити психоедукацію з урахуванням того, що і в якій формі людина готова прийняти, на основі вивчення індивідуальних психологічних особливостей клієнта [цит. по 38].

Флоренська Т.О. назвала свій підхід до КП духовно орієнтованим. У структурі особистості вона розрізняє дві формації:

- «Звичайне емпіричне Я» – це суміш якостей, які особистість набула протягом усього свого життя;

- «Я духовне» – це вроджений голос совісті, людської інтуїції, концентрат моральної та творчої свідомості. Основним тут стає завдання допомогти клієнту усвідомити реальність свого «Духовного Я». Флоренська описала умови, за яких людина може повернутися до усвідомлення реальності свого «Духовного Я», щоб жити відповідно до своїх потреб. Важливою умовою для роботи тут є «безоціночність, неупередженість» - психолог не повинен дотримуватись аргументів «Повсякденного емпіричного Я» клієнта та не займати запропоновану ним позицію [цит. по 50].

Коп'єв А.Ф. описав свій підхід до консультування як діалогічний. Мета роботи з клієнтом за такого підходу — встановити момент самопізнання особистості у відвертому обговоренні значущих проблем. Ця дискусія стає полем для дослідження і дозволяє торкнутися найглибших і найпотаємніших переконань особистості. Першим завданням є досягнення «діалогічного поворотного моменту», тобто моменту подолання хворобливої самоізоляції особистості від сутнісних сторін буття. Ознака самоізоляції — дискомфорт

через необхідність перейти до більш глибокого та особистого діалогу. Людина боїться змін. А психолог, готовий до діалогу, підбадьорює клієнта та стимулює його на зміни. Стан самоізоляції клієнта має змінитися станом діалогічного наміру – готовності серйозно обговорювати та вирішувати свої проблеми тут і зараз із цим консультантом [цит. по 50].

Капустін С.О. бачить першочергове завдання ПК у руйнуванні полярності оціночних позицій. Це упереджене ставлення людини до свого життя, що визначає її цільову спрямованість, суб'єктивний сенс реалізації тих чи інших життєвих цілей самої людини. Полярність оціночної позиції означає, що людина визнає справедливність тільки деяких життєвих вимог, не всіх. Така позиція, зазвичай, нав'язується людині її соціальним оточенням, а не є результатом її вільного самовизначення. У той же час, людина відкидає вільне самовизначення та вимоги життя, що суперечать оціночній позиції [цит. по 8].

Гермелін П.П. та Васьківська С.В. визначають свій підхід до ПК як проблемний. Акцент у цьому підході робиться на слові «проблема». Проблеми ставляться у центр діалогу між консультантом і клієнтом і розглядаються або як перешкода, або як рушійна сила у розвитку особистості клієнта. Часто людина із проблемами психічного здоров'я не бачить у проблемі позитивного сенсу. Робота психолога – допомогти клієнту знайти цей сенс і показати, що, долаючи проблеми, людина збагачує свій досвід та гармонізує своє життя [9].

Майстров Б.М. визначає свій підхід до ПК як реконструктивний. Основне завдання психолога-консультанта в рамках цього підходу – реконструювати фрагмент суб'єктивного світогляду клієнта, пов'язаний з його проблемою в ситуації «тут і тепер». Він вважав, що основними елементами опису світогляду є простір, час і судження. Фахівець також розглядав світ почуттів та емоційних станів, тілесних відчуттів, правил, норм і зобов'язань, відносин, образів; фізичний, естетичний, психологічний, символічний та інші світи [цит. по 9].

Наступне завдання психолога-консультанта – повернути увагу клієнта до всіх аспектів його суб'єктивного світогляду та досвіду, які він раніше не помічав, не аналізував та не розглядав. Це допомагає клієнту здобути новий досвід у реконструйованій реальності, що можна визначити як консалтингову мету в рамках цього підходу.

Юпітов А.В. пропонує цікаву мету ПК — вплив на сферу сенсо-життєвих орієнтацій індивіда, опосередкування поточного інструментального впливу різних ситуацій, опору на провідні цінності індивіда та корекцію поточної поведінки згідно цих значень [цит. по 25]. Задля досягнення цієї мети слід вивчити смислові та ціннісні орієнтації особистості на діагностичній фазі консультування.

Меновщиков В.Ю. визначає за мету ПК адаптацію до навколишнього середовища шляхом активації життєво важливих ресурсів. Він тлумачить ПК як навчання клієнта проблемно орієнтованому мисленню. За допомогою розумової діяльності можуть бути створені нові шляхи для виходу із проблемної ситуації, засоби досягнення цілей та задоволення потреб. Етапи консультування у межах цього підходу збігаються з етапами розумового процесу [цит. по 25].

Далі розглянемо основні підходи до розуміння ПК у зарубіжній психології, зокрема, в межах психодинамічного, екзистенційного та когнітивно-поведінкового підходів.

Перші згадки про ПК у контексті терапії тривожності зустрічається в роботі З. Фрейда [63]. Він стверджував, що людина має кілька вроджених імпульсів, інстинктів, які є рушійною силою поведінки і визначають настрій. Фрейд вважав, що зіткнення біологічних потягів із соціальними заборонами викликає невроз, вихід із якого можливий за перенаправлення (реінвестиції) лібідо до інших життєвих цілей. Сублімація, за Фрейдом, звільняє людину від страху. Як психотерапевтичний засіб подолання тривожності використовувався метод тлумачення сновидінь та асоціацій.

Наприкінці XIX століття почала розвиватися поведінкова теорія (біхевіоризм), основу якого заклали роботи І.П. Павлова (класичне обумовлення) та В.М. Бехтерева (колективна рефлексологія) [14].

У роботах Б.Ф. Скінера та А. Бандури біхевіоризм виглядає як теорія, що пояснює психіку людини виключно через поведінкові терміни [10, 72].

Біхевіористи стверджували, що об'єктивно вимірюваними поняттями є тільки стимул та поведінка. Вони стверджували, що людський мозок — це «чорна коробка» (black box) [15].

З появою нових даних про мозок та когнітивні процеси, Аарон Бек розвиває когнітивну теорію, а Альберт Елліс — раціонально-емотивну, які згодом були об'єднані в когнітивно-поведінкову терапію [61]. КПТ (СВТ) пояснює психопатологічні процеси впливом негативних установок на поведінку, тобто і на наші дії, і на наші почуття, в першу чергу, впливає наш спосіб мислення [4].

Згідно сучасних досліджень, КПТ показала високу ефективність при подоланні цілої низки психопатологічних станів, серед яких тривожні розлади, залежності, нав'язливості, посттравматичний стресовий розлад, фобії, сексуальні перверзії тощо. КПТ є найбільш дієвим методом, здатним забезпечити позитивні зміни у відносно короткий термін [1, 4, 10, 56, 62].

Екзистенційна психотерапія І. Ялома фокусується на фундаментальних проблемах особистості. Екзистенційна терапія заснована на динамічній моделі роботи психіки, згідно з якою в індивідуумі співіснують суперечливі сили, думки та емоції, що діють на різних рівнях психічного (свідоме та несвідоме), а поведінка (як адаптивна, так і психопатологічна) є сумарним результатом їхньої взаємодії [цит. по 50].

У межах цього підходу виокремлюють чотири *екзистенційні конфлікти*: а) конфлікт між усвідомленням неминучості смерті та бажанням продовжувати жити;

б) конфлікт між усвідомленням своєї свободи та необхідністю нести відповідальність за своє життя;

в) конфлікт між усвідомленням своєї глобальної самотності та бажанням бути частиною більшого цілого;

г) конфлікт між потребою у певній структурі, сенсі життя та усвідомленням байдужості (індиферентності) всесвіту, що не має конкретних значень.

Передбачається, що усвідомлення людиною остаточної нерозв'язності цих конфліктів викликає страждання, тривогу, страхи та занепокоєння, які, в свою чергу, посилюють психологічні захисти [56, 64, 75].

У межах клієнт-центрованого підходу К. Роджерс визначає особистість як продукт розвитку людського досвіду або як результат асиміляції соціальних форм свідомості та поведінки [цит. по 50]. Якщо між цими системами є повна згода, то людина в гарному настрої, задоволена собою, спокійна (конгруентність). І навпаки, коли координація між двома системами порушується, виникають різні типи переживань, страху та занепокоєння. Основна умова, що запобігає негативним емоційним станам — це здатність людини швидко переглядати і змінювати свою самооцінку, коли цього вимагають нові життєві обставини.

Отже, викладаючи вищеописані факти, ми розглянули основні теоретичні підходи до ПК, представлені у вітчизняній та зарубіжній фаховій літературі.

Тепер охарактеризуємо найбільш поширені погляди на природу тривоги та страхів згідно низки наукових досліджень [11, 13, 23, 45, 48, 73]. Перед цим одразу наголосимо, що у наукових працях більше уваги приділяється терміну «тривога», ніж терміну «тривожність».

Зазвичай дослідники визначають тривогу як емоційний стан, пов'язаний з очікуванням невдачі, небезпеки або очікуванням чогось важливого у свідомості людини, а страх сприймається як ймовірнісний досвід невдачі [цит. по 13].

Спробуємо встановити різницю між тривогою, і страхом, з одного боку, та тривогою і депресією, з іншого.

А.М. Парафіян розглядає страх як стабільне особистісне утворення, переживання емоційного стресу, передчуття неминучої небезпеки, що має свою мотивуючу силу та постійні форми реалізації у поведінці, переважно компенсаторні та захисні [цит. по 13].

Н.А. Левітов пише, що занепокоєння (або тривога) інтерпретується як емоційний стан, значною мірою близький до емоції страху [цит. по 13]. Посилення тривоги виникає внаслідок складної взаємодії когнітивних, афективних та поведінкових реакцій, які запускаються, коли людина піддається різним стресам. На його думку, на рівень тривоги впливають наступні особистісні чинники:

- ймовірна нездатність суб'єкта досягти значних цілей у майбутньому;
- загроза престижу самооцінки у ситуації людських відносин;
- невідповідність між самооцінкою та оцінкою з боку інших.

Є.П. Ільїн вважав тривогу різновидом страху. Він також розглядав чинники, що впливають на виникнення тривоги, посиляючись на деякі дослідження [77, 78].

Чіткі критерії відмінності тривоги і страху були запроваджені видатним психіатром Карлом Ясперсом. Згідно з ним, тривога не пов'язана з будь-яким стимулом, тоді як страх співвідноситься з певним стимулом та об'єктом. К. Ясперс відносив тривогу до так званого «безпредметного почуття», яке може стати значущим для людини тільки в тому випадку, якщо знайде собі об'єкт. На відміну від страху (Furcht), що має «певну спрямованість», тривога (Angst) «ні до чого не прив'язана» [73].

Інші автори вважають ці відмінності безглуздими [5, 11, 45].

Деякі дослідники робили спроби розкрити концепцію тривоги через концепцію страху, щоб поєднати ці утворення.

Так, згідно з теорією диференційованих емоцій, феномен тривожності є складний та поєднаним [78]. Він, як правило, складається зі страху, як домінуючої емоції, та інших емоцій (наприклад, гнів, сором, почуття провини, тощо.)

Набір емоцій від індивіда до індивіда може відрізнятися, наприклад, страх-провина або страх-сором-провина, страх-страждання, страх-гнів, страх-страждання-гнів, однак, домінує завжди страх. Так виникли думки, що «тривога – це безпосередній страх» [11, 13].

Згідно з психометричними та фізіологічними даними, існує як подібність, так і взаємозв'язок між цими змінними. Турчак О.М. пише про те, що страх включає завантаження захисного механізму, а тривога тільки готується завантажити захисний механізм [45].

Тривога і депресія мають подібні симптоми, проте вони є різними феноменами. Відмінності між страхом, тривогою та депресією можна виразити такою формулою [80]:

- «відбувається щось жахливе, і я повинен зробити щось, щоб зупинити це» (людина у страху);
- «може статися щось жахливе; можливо, я не готовий боротися, але, принаймні, я мушу спробувати» (людина стурбована);
- «може статися щось жахливе; я не можу впоратися з цим, тому я навіть не намагатимуся (людина в депресії).

При поясненні основних відмінностей між тривогою та депресією дослідники вважають, що основною відмінністю між ними є тип впливу [77].

Депресія означає відсутність активних спроб боротися зі стресом, а тривога передбачає спроби активної боротьби. Тут властивий страху психологічний чинник підвищеної збудливості можна розглядати через активацію фізіологічних процесів, необхідних для активної боротьби зі стресом [64].

Одним із перших, хто спробував пояснити природу страху, був Зигмунд Фрейд. Він уважав, що витіснення ґрунтується на сильному страху. Страх — емоційний стан, який відповідає тому, що ми відчуваємо, коли стикаємося з реальною або передбачуваною загрозою. Страх дозволяє людині адаптивно реагувати на загрозливі ситуації [63].

Витіснення можна розглядати як основний захисний механізм, що позбавляє людину хворобливого занепокоєння. У даний час немає переконливих доказів, що підтверджують твердження Фрейда про витіснення як дієвий спосіб боротьби з неприємними переживаннями [56].

На відміну від батька-засновника психоаналізу, Карен Хорні не вірила, що страх є необхідною частиною людської психіки. У її соціокультурній теорії особистості етіологія страху полягає у відсутності безпеки в міжособистісних стосунках [цит. по 55].

Все, що руйнує почуття безпеки дитини у її стосунках з батьками, призводить до базисного, фундаментального страху. Це означає, що джерело невротичної поведінки слід шукати у порушенні батьківсько-дитячих відносин. Коли дитина відчуває любов, вона приймає себе, вона почувається в безпеці, вона, ймовірно, нормально розвиватиметься. Якщо дитина не почувається в безпеці, у неї посилюється ворожість до батьків, і ця ворожість, зрештою, перетворюється на базисний страх, спрямований проти всіх.

Альфред Адлер у своїй теорії індивідуальності особистості розглядав страх як симптом неврозу. Люди з неврозом схильні вибирати неправильний спосіб життя, головним чином тому, що в ранньому дитинстві вони страждали на фізичні вади або хвороби, або були надмірно захищені, зіпсовані чи відкинуті. За таких умов діти стають надмірно тривожними, почуваються невпевнено і виробляють стратегії подолання почуття неповноцінності. Життя невротика наповнене відчуттям постійної загрози самооцінці, невпевненістю та підвищеною чутливістю [цит. по 55].

Ч. Спілбергер виділив дві форми страху: страх як стан (ST) і страх як риса особистості (LT) [73]. Згідно його концепції, LT можна визначити як індивідуальну характеристику, що описує схильність суб'єкта сприймати загрозу. Він також звернув увагу на те, що страх як риса особистості пов'язаний із генетичними властивостями мозку, які призводить до постійного збільшення емоційного збудження.

Ця форма тривоги разом із збільшенням TS від різних стресорів призводить до посилення стресу, розвитку виснаження та різних психосоматичних захворювань [73, 75].

Слід зазначити, що страх має виражену вікову специфіку, однак деякі об'єкти реальності викликають сильний страх у більшості людей будь-якого віку [63].

У низці досліджень йдеться про вплив рівня тривожності на когнітивні здібності [3, 5, 23, 45]. Доведено, що тривога призводить до звуження уваги. Тривожні люди схильні зосереджуватись на тому, чого вони бояться або на тому, що може бути важливим для їхнього благополуччя, ігноруючи при цьому іншу інформацію. Теж саме стосується і вибіркової уваги. Основна ідея полягає в тому, що коли емоція переживається, когнітивна система людини прагне опрацювати найважливішу інформацію у певний час, тобто емоційне збудження впливає на продуктивність діяльності [77].

Доведено також, що високий рівень тривожності суттєво впливає на психофізіологічну адаптацію та успішність студентів під час екзаменаційної сесії [45].

Було зібрано багато даних, що свідчать про значне погіршення інтелектуальних функцій, зокрема спрощення розумових процесів, при якому спостерігається схильність до стереотипізації або використання вже знайдених рішень, які не призводять до виходу з поточної ситуації.

Однак, трапляються й інші точки зору. Наприклад, В.М. Дружинін передбачає, що тривожна людина схильна ретельніше досліджувати реальність. Посилаючись на численні дослідження, автор стверджує, що страх пов'язаний з креативністю, а також із рівнем загального інтелекту [цит. по 3].

В англійській мові тривога та тривожність позначаються одним словом — anxiety [54], тому для визначення суті поняття треба звертати увагу на контекст, в якому воно вживається. В українській мові слова «тривога» та «тривожність» мають різне значення.

З точки зору Тейлора Дж. (1953), тривога — це потяг або стабільна, стійка індивідуальна властивість, яка справляє стимулюючу дію на суб'єкта і включає когнітивний та соматичний компонент [80].

Відповідно до думки Нуллера Ю. (2008), тривога є психологічним компонентом стресу. Тому термін «тривога» часто застосовується для визначення всього комплексу біохімічних, ендокринних, нейровегетативних та психічних процесів [78].

Царькова О. (2015) зазначає, що тривожність — негативний емоційний стан, який у ситуаціях загрози виявляється в очікуванні негативного розвитку подій [48, с. 479–491].

На основі теоретичних узагальнень, можна зробити наступні висновки:

- в психології немає одностайної думки про співвідношення тривоги та тривожності;

- при тлумаченні поняття «тривога» більшість дослідників використовують його для опису процесу очікування небезпеки або стану, що характеризується суб'єктивним відчуттям занепокоєння, термін «тривожність» вживають для опису особистісної якості та властивості особистості або стану дискомфорту;

- низка авторів в процесі опису понять «тривога» та «тривожність» погоджуються із думкою, що це емоційний стан, стійка властивість, риса особистості або темпераменту.

Диференціація цих понять дозволить нам виявити ключові методологічні аспекти в розробці засобів подолання тривожності у молоді прифронтових міст.

### **1.3. Когнітивно-поведінкова терапія як метод корекції тривожних станів**

Когнітивно-поведінкова терапія (далі КПТ), як метод психотерапії та корекції тривожних розладів останнім часом набирає великої популярності серед фахівців. Цей підхід добре зарекомендував себе для лікування депресій, панічного розладу, obsесивно-компульсивного розладу, тривожних розладів. Він також підходить для роботи з низькою самооцінкою, труднощами у відносинах, перфекціонізмом і прокрастинацією [4, 10, 15, 35, 51, 60].

Когнітивно-поведінкова терапія є методом, який дозволяє допомогти клієнту або пацієнту змінити деякі шаблони мислення та установки [60, 62].

Від інших видів терапії вона відрізняється своєю структурованістю.

У рамках цього підходу терапевт досліджує способи мислення клієнта та разом з ним з'ясовує, наскільки ці способи адаптивні та придатні для життя. Слід зазначити, що будь-яка навичка, зокрема навичка перевірки думок вимагає закріплення і уточнення. Запорукою успіху терапії буде як включеність терапевта, так й активна участь клієнта у процесі, сама робота на сеансі і виконання домашніх завдань.

Метою корекції тривожних розладів згідно КПТ є підвищення рівня переносимості тривоги. Цього можна досягти під час індивідуальної або групової роботи [10]. Для цього, на початку 70-х років Суїн та Річардсон розробили курс з управління тривогою [цит. по 22]. Під час його апробації було доведено, що пацієнт може ефективно управляти як загальним станом занепокоєння, так і конкретними страхами. Мета такого тренінгу – допомогти пацієнту самостійно справлятися як із ознаками тривоги, так і з життєвими ситуаціями, яких він зазвичай уникав. Завдяки цій програмі пацієнт може навчитися розпізнавати свої симптоми тривоги і тримати їх під контролем.

Сучасні протоколи лікування тривожних розладів у межах КПТ зазвичай включають [27]:

- виявлення тригерів і концептуалізацію випадку – пацієнт вчиться описувати ситуації та стимули, які викликають у нього тривогу, відповідно до моделі ABC (думки – емоції – поведінка).

Терапевт повинен спрямувати зусилля пацієнта на ці ситуації та змінити модель поведінки, до якої пацієнт вдається у разі появи симптомів тривоги, оскільки це її тільки підтримує;

- когнітивну реструктуризацію думок, що викликають і підтримують занепокоєння;

- поведінкові експерименти з метою перевірки реалістичності переконань;

- експозиційні техніки.

На сьогодні у межах КПТ розроблено рекомендації та покрокові протоколи для лікування панічного розладу, генералізованого тривожного розладу (ГТР), obsесивно-компульсивного розладу (ОКР), специфічних фобій, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [10].

Структура протоколів схожа і включає елементи програми Суїна і Річардсона, проте відрізняється тільки специфічними інтервенціями для кожного типу розладів.

Лікування проводиться індивідуально. За тривалістю його можна розділити на короткострокове (12 тижнів) та довгострокове (підтримуюче) – 12-18 місяців. Терапія завжди починається з оцінки стану пацієнта, що включає анамнез психіатричних, психологічних та соматичних захворювань. Основну інформацію зазвичай отримують з діагностичного інтерв'ю та скарг пацієнта. Також для тривожних розладів важливо виявити топографію тривоги: індивідуальні фізичні симптоми, тригери, частота, наслідки тривоги, тяжкість тощо. Для доповнення діагностичної інформації використовують шкали, які допомагають оцінити рівень виразності тривоги.

З самого початку терапії необхідно, щоб клієнт розумів сенс тривоги та свої дії при ній. Це досягається за рахунок проведення психоедукації. Терапевту слід пояснити клієнту механізм фізіологічної реакції на стрес, оскільки симптоми, які пацієнт інтерпретує як катастрофічні, зазвичай можна описати, використовуючи модель «бий-біжи-завмири». Таким чином, клієнт вчиться розуміти порочне коло тривоги. Зазвичай ця робота проводиться разом із клієнтом.

Використовуючи когнітивне реструктурування, психолог-консультант вчить клієнта модифікувати катастрофічні думки, що супроводжують тривогу, на більш реалістичні. Як правило, основним змістом тривожних думок є катастрофічні сценарії. Важливо пережити тривогу в уяві та знайти стратегії її подолання. Замість звичного уникнення (відволіктися на щось інше) людина уявляє собі найгірше, наголошує Є.І. Пушко [35].

При описі перших катастрофічних уявлень пацієнта пропонується схема поведінки та випробувань в екстремальних ситуаціях:

- а) «Що я робитиму в цей момент?»;
- б) «Чи можливо, що я поводитимусь якимось по-іншому?»;
- в) «Як саме?»;
- г) «Як ще може поводитися людина в цій ситуації?»;
- д) «Що я відчуватиму?».

Наприклад, він хворий, близькі люди драматично переживають його хворобу, лікарі не можуть йому допомогти, стан погіршується, він помирає. Далі, разом із клієнтом необхідно скласти список його найпоширеніших думок, що супроводжують тривогу та катастрофічний сценарій, і під час сеансу навчити його заперечувати їх за допомогою відповідних питань.

Під час діалогу консультант спрямовує клієнта на самостійне заперечення думок та пошук альтернативних пояснень.

Зазвичай використовуються такі питання:

- а) «Що свідчить про цю ідею?»;
- б) «Що б у цій ситуації подумав хтось інший?»;

в) «Чи не пропустив я якихось важливих фактів?»;

г) «Чи не міркую я з погляду «все» або «нічого»?».

У діалозі з клієнтом треба знайти і сформулювати раціональну відповідь, яка зменшить переконаність клієнта в негативних думках.

Таким чином, психолог підводить клієнта до того, щоб він навчився ефективно керувати симптомами тривоги. Іноді для перевірки автоматичних думок фахівець може використовувати поведінкові експерименти. Клієнт має оцінити рівень відповідності своїх думок (прогнозів) реальності, використовуючи спеціальну форму. Зазвичай, поведінковий експеримент спочатку проводиться на сесії, спільно з фахівцем, потім клієнт може спробувати провести його самостійно.

Отже, клієнт може перевірити, наскільки катастрофічні уявлення відповідають реальності.

У роботі з тривожними розладами часто використовуються техніки релаксації, усвідомленості (mindfulness) та дихальні техніки [36, 47, 66]. Прискорене дихання та напруга в м'язах часто призводить до посилення тривоги. Фізичні симптоми тривоги клієнт навчається полегшувати, контролюючи дихання. Тренувати ці навички потрібно як мінімум щодня. Також активно використовуються медитативні техніки і техніки усвідомленості [1].

Наступним етапом у психотерапії тривожних розладів є експозиція. Під *експозицією* мають на увазі протистояння стимулам, що викликають тривогу. Експозиція може бути:

- *природна* – протистояння зовнішній ситуації (метро, торгівельний центр, бомбосховище, виступ перед групою людей);
- *інтероцептивна* – протистояння внутрішнім лякаючим відчуттям (серцебиття, запаморочення).

Найбільш поширеним засобом інтероцептивного впливу є гіпервентиляція. Її можна розпочинати відразу після того, як клієнт засвоїв дихальну техніку. Клієнт може тренувати гіпервентиляцію переважно кожен

день, як домашнє завдання;

– *в уяві* – протистояння будь-якому уявленню або спогаду про страшну ситуацію, та її найгірші наслідки.

За допомогою експозиції в уяві пацієнт може розіграти тривожні ситуації у різних варіантах. В уяві можна продумати катастрофічні сценарії, яких клієнт побоюється. Перед клієнтом ставиться завдання написати катастрофічний сценарій про те, що з ним може статися найгірше. У тому числі, потрібно описати думки, фізичні відчуття та найнеприємніші реакції оточуючих людей, а потім читати цей сценарій вголос доти, доки рівень тривожності не знизиться, або поки цей сценарій не перестане здаватися настільки жахливим.

У ході експозиції клієнт вчиться протистояти лякаючим стимулам виносити тривогу, спровоковану ними. Ступінь складності градуїрована (варіюється), тому перехід до наступного кроку можливий лише після того, як клієнт справляється з попереднім без будь-яких серйозних труднощів [77].

Ще одним варіантом експозиції є *занурення* – тривалий вплив найстрашніших стимулів. Занурення триває доти, доки не знизиться почуття дискомфорту. Типовим прикладом занурення є спуск із клієнтом, який страждає на агорафобію, в метро без попередньої підготовки (або перебування в інших транспортних засобах) і перебування під землею протягом декількох годин. Занурення може бути ефективним при високому рівні мотивації клієнта. Якщо воно пройде успішно, він швидко переконається, що його катастрофічні сценарії є нереалістичними.

Для того, щоб експозиція пройшла успішно, консультант докладно пояснює клієнту, як змінюється рівень тривоги під час впливу лякаючого стимулу. Спочатку тривога дуже швидко (протягом кількох десятків секунд) піднімається до дуже високого, а іноді й нестерпного рівня.

Цей період ми називаємо *сенсibiliзаційною стадією тривоги*. Якщо на цій стадії прибрати лякаючий стимул, тривога швидко спадає, але потім знову зростає.

Наступний етап називається *габітуація*. Це період, протягом якого тривога того ж рівня може тривати від кількох хвилин до десятків хвилин. Якщо тривога підтримується негативними когніціями, така габітуація може тривати доволі довго.

Однак через певний час тривога спадає сама. Цей період називається *десенсибілізацією*. Якщо клієнт неодноразово зазнає тривожних ситуацій, тривалість і інтенсивність тривоги знижується.

Найчастіше консультанти використовують багаторівневий вплив. Для цього разом із клієнтом психолог ретельно розробляє ієрархію страхів та тривожних ситуацій. Кожен крок у ієрархії обговорюється із клієнтом. Перехід до складнішої ситуації можливий, коли існуючий вплив викликає у клієнта меншу тривогу порівняно з початковою.

При першій стимуляції клієнт потребує допомоги з боку консультанта або близької людини. Потім можна поступово відмовлятися від супроводу. Важливо, щоб клієнт не припинив роботу раніше, ніж його занепокоєння зменшиться, тому що дострокове припинення у фазі габітуації посилює уникнення. Тому фахівцеві важливо підтримувати мотивацію клієнта.

Додатковою стратегією у консультуванні тривожних станів є планування діяльності та вирішення проблем. Більшість клієнтів катастрофічно оцінюють побутові труднощі, тому що зазвичай їм часто не вистачає навичок вирішення проблем. Для цього психолог-консультант може запропонувати клієнту програму з 6 кроків [60]:

- 1) визначити проблему – назвати проблему чітко та об'єктивно;
  - а) сфокусуватися на фактах (хто, що, де і коли),
  - б) залишати досить широкий фокус;
- 2) поставити мету;
  - а) конкретну та специфічну (зрозумілі критерії досягнення),
  - б) диференційовану: короткострокові та довгострокові цілі;
- 3) вигадати можливі рішення;
- 4) оцінити альтернативи та обрати рішення;

- 5) скласти та застосувати план;
- 6) оцінити результат;
- а) оцінити ефективність виконаних дій: план працює, влаштовують результати;
- б) заохотити себе.

На кінцевому етапі здійснюється робота з менеджменту рецидивів. Для цього клієнту необхідно закріпити навички, отримані під час консультацій, скласти кризовий план та профілактичний план.

Також слід прагнути до збільшення періодів між зустрічами. На сесії фокус роботи зміщується у бік майбутніх потенційно стресових подій. Хоча більшість проблем лише частково правдоподібні, доцільно обговорити їх з клієнтом для можливості знаходження самостійного вирішення.

Перед закінченням консультативної роботи слід наголосити, що задля закріплення досягнутих результатів клієнту необхідно самостійно продовжувати регулярну практику отриманих навичок.

Наприкінці роботи рекомендується провести так звану *бустерну зустріч* – додатковий сеанс після декількох місяців після завершення терапії.

## Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз фахової літератури дозволив нам визначити понятійно-категоріальний апарат дослідження – поняття «психоедукації», «психологічного консультування», «страху», «тривоги» та «тривожності».

При визначенні даних понять було розглянуто основні концепції як вітчизняних, і зарубіжних психологічних шкіл.

Особливу увагу приділено науковим дослідженням, що присвячені вивченню тривожності як характеристики особистості.

Також було розглянуто особливості консультування високо тривожних клієнтів і структуру протоколів лікування тривожних розладів у межах КПТ.

*Психоедукація* – це проведення інформаційно-просвітницької роботи з пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні проблеми та травми і їх наслідки для особистості з метою профілактики та попередження розвитку психічних та поведінкових розладів у особи та членів сім'ї, формування загального розуміння про психічне здоров'я та навичок турботи про нього.

Існують різні моделі психоедукації. *Інформаційна модель* полягає в тому, щоб надати клієнту або/та його близьким знання про психічний розлад, стан чи захворювання та можливості управління ними.

*Модель навчання навичкам* спрямована на планомірну розробку конкретних форм поведінки, щоб учасники могли підвищити свою здатність допомагати хворим родичам або собі.

*Підтримуюча модель*, яку зазвичай використовує група підтримки, призначена для залучення пацієнтів або членів їхніх родин до обміну своїми почуттями та досвідом. Тут головна мета полягає в тому, щоб посилити і покращити емоційну здатність сімей справлятися з тягарем турботи про своїх хворих родичів.

*Комплексна, або комбінована, модель* складається з усіх вище перерахованих підходів – інформування, формування навичок та підтримки. На початковому етапі такого підходу учасникам зазвичай показують відеоматеріали або читають лекції про проблему. Далі вони беруть участь у груповій роботі з підтримки сім'ї. На завершальному етапі проводяться індивідуальні сесії з фахівцем з психічного здоров'я.

На нашу думку, психоедукація виступає ефективним інструментом не тільки профілактики, але і зниження рівня тривожності, формуючи усвідомлене ставлення до власного ментального здоров'я, що є однією з найважливіших складових професійної компетентності фахівців допомагаючих професій і сприяє (або, навпаки, перешкоджає) ефективності їхнього впливу на клієнтів.

## РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЕДУКАЦІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ НА ТРИВОЖНІСТЬ РЕСПОНДЕНТІВ

### 2.1 Опис структури вибірки та використовуваних методик

До вибірки увійшло 20 осіб у віці від 18 до 38 років, громадян України, що проживають на території прифронтових міст Дніпропетровщини (м. Зеленодольськ та м. Кривий Ріг), які надали згоду на публікацію анонімних звітів про роботу з ними. Тринадцять осіб з-поміж респондентів мають повну вищу освіту, сім – перебувають у процесі її отримання.

Загальний протокол консультацій включав такі модулі:

#### 1. Діагностичне інтерв'ю.

Включає збір психологічного анамнезу, оцінку особистості, уточнення подробиць про проблеми клієнта і час їх виникнення, а також виключення запитів, що виходять за межі компетенції психолога-консультанта [49]. Здійснюється гнучко, відповідно до ходу оповідання клієнта.

Інтерв'ю та первинна сесія складаються з наступних етапів.

#### Вступна частина.

Добрий день! Як я можу до Вас звертатися? Сідайте, будь ласка. (...) Мене звати (...), я психолог-консультант. Перед тим як розпочати консультацію, я хотіла би з Вами коротко познайомитися і записати ваші «паспортні» дані. Отже, дозвольте дізнатися/спитати: «Скільки вам років? Ви заміжня / одружений? Чи є у Вас діти? Хто Ви за професією та ким працюєте? (Вчитесь?) Ви з... (міста?)»

Отже, ця консультація діагностична, її мета дослідити, 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, сформованих 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 зараз є головною? Що найбільше непокоїть? Як це проявляється? Уточнення всіх важливих деталей та аспектів проблеми / розладу. Якщо є підозри на певний психічний розлад – уточнення симптомів, їхнього ступеня вираженості, питання, які допомагають провести диференційну діагностику або виявити коморбідні розлади. Наведіть приклади прояву 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 (розладу) та копінг [72].

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 внаслідок цих проблем? 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 очікуєте? Які цілі Ви ставите перед собою? 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 собі консультативну роботу? Чи плануєте також інші кроки для допомоги у зміні ситуації?

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

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

«Зараз я хотіла би трохи більше дізнатися про Вас і ваше поточне життя, 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? Якою є 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 Ви будуєте стосунки з людьми? Чи легко Вам бути відкритим, довіряти іншим? Ви більше екстраверт чи інтроверт (пояснити за потреби)? Який у вас переважно настрій? Ви налаштовані більш оптимістично чи песимістично? Ви легко турбуєтеся? Чи чутливі/вразливі Ви? Ви стримані чи, навпаки, легко втрачаєте контроль над емоціями? Чи контролюєте Ви злість? Чи легко вивести Вас із 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 релігія (віра) відіграє у вашому житті? (при необхідності уточнити) Які у Вас у цілому життєві погляди та переконання? Чи хочете Ви, щоб я краще Вас зрозуміла, трохи більше розповісти про себе?

Теперішній етап життя:

Яке Ваше життя зараз, в цілому? Чим воно наповнене? Чи були якісь важливі події останнім часом, чи плануються найближчим часом? У яких сферах життя Ви маєте проблеми саме зараз? Що хорошого зараз у Вашому житті?

Соціальне/сімейне життя: Який склад Вашої родини? З ким живе? З ким у Вас близькі стосунки? Для тих, хто має партнера / чоловіка: які ваші сімейні/партнерські стосунки? Скільки часу Ви одружені? Хто Ваш чоловік/дружина? Чи задоволені Ви вашими відносинами? Чи є проблеми/стреси у цих відносинах? Історія попередніх стосунків. Які Ваші сексуальні стосунки? Чи є труднощі у цій сфері? Якщо розлучені: коли розлучилися? Якими були ці стосунки? Які були проблеми? Як пережили розлучення? Чи підтримуєте стосунки зараз? Чи є 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 або проблеми у вихованні дітей, стосунки з ними [64]?

Сім'я, де виросли: які 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 [64]?

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, в колективі 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/середовищем? 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 її 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? 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 самостійно чи Вам хтось допомагає фінансово? Чи вистачає Вам на життя? Чи є у Вас фінансові проблеми? Як Ви їх вирішуєте (або плануєте вирішувати)? Яким, у цілому, є Ваше ставлення до грошей? На що Ви їх витрачаєте? Де Ви мешкаєте? Які у Вас житлові та побутові умови?

Фізичне здоров'я.

Як Ваше самопочуття? Чи є проблеми з фізичним здоров'ям? Якщо є, то як Ви до них ставитесь, з якими наслідками вже зіштовхнулись? 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 [5].

Відпочинок, захоплення.

Як Ви проводите дозвілля? Чим любите займатися? Які у Вас хобі? Що є для Вас ресурсом? Способи відновлення? Як Вам подобається 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)? Чому зараз не в ЗСУ? Чи були у житті проблеми з правосуддям?

Плани та цілі на майбутнє.

Які у Вас плани на майбутнє (у цілому)? Яким би Ви хотіли бачити своє майбутнє? Що для Вас найважливіше? Чи є у Вас певні цілі, мрії? Чи маєте страх перед майбутнім?

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 хотіла би поставити зараз низку запитань, які дозволять перевірити, чи немає у Вас інших психологічних проблем. Деякі з цих питань можуть здатися Вам дивними або недоречними, але це не означає, що я підозрюю у Вас те, про що питаю, це стандартні питання, які ми ставимо в процесі кожного обстеження...»

**Д** (депресія): який у Вас настрій протягом останнього часу? (Чи буває він пригніченим? Чи 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 турбуєтесь, переживаєте? Чи є такі ситуації, що викликають у Вас надмірний страх? При необхідності уточнити:

**ПР** (панічний 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): чи буває так, що певні місця або ситуації викликають у Вас сильний страх? Наприклад, страх зганьбитися перед іншими, страх, коли Вам потрібно бути в центрі уваги інших людей, і в певних місцях, або страх тварин, явищ погоди, медичних процедур?

**ГТР** (генералізований тривожний розлад): чи часто Ви турбуєтесь, переживаєте, щоб нічого поганого не трапилося?

**ОКР** (обсесивно-компульсивний розлад): чи спадають Вам на думку небажані думки або образи? Чи буває так, що Ви повинні щось повторно робити, щоб зняти напругу, яку викликають ці думки? (Наприклад, думки, що Ви інфіковані мікробами і потрібно помитися, або що Ви забули вимкнути прилад чи замкнути двері, і потрібно перевіряти, або, що Ви можете втратити контроль та нашкодити комусь тощо?)

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

**ГСР** та **ПТСР** (гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад): чи були у Вашому житті гострі стресові події? Наприклад, чи були Ви жертвою або свідком насильства, нещасного випадку, ДТП, стихійного лиха? Чи турбують Вас спогади про цю подію?

**ЗПАР** (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 спричиняють проблеми, і Ви не можете їх зупинити? Чи є із боку Ваших близьких занепокоєння щодо певних Ваших дій? (наприклад, порнозалежності, гемблінгу тощо?)

**Ш** (шизофренія): чи буває так, що Ви чуєте голоси, коли нікого немає поруч, або інші їх не чують? Чи бачите Ви щось, чого не бачать інші? Чи є у

Вас переконання, що інші намагаються Вас контролювати чи керують Вашими думками? Чи маєте Ви якісь інші незвичні переконання?

**РХП** (розлади харчової поведінки та дисморфофобії): Ви задоволені своїм тілом, зовнішністю? Чи є у Вас проблеми із контролем за споживанням їжі? (Якщо зовні є підозри на низьку масу тіла: яка у Вас вага? Чи намагаєтеся Ви схуднути? Чи є страх погладшати [12]?)

Сон: як Ви спите? Сексуальність: чи є у Вас проблеми або скарги у сфері сексуального життя?

Когнітивні функції: чи є у Вас скарги на пам'ять, увагу, здатність розмірковувати, самоорганізацію?

Минуле та історія розвитку.

Я хотіла би зараз більше дізнатися про Ваше минуле. Чи можете Ви мені розповісти більше про ваше дитинство. Яким воно було? Наскільки можна сказати, що воно було щасливим? У якій сім'ї та в якій обстановці Ви народилися та зростали? Якими були Ваші батьки? Як вони Вас виховували? Які стосунки були з ними? Як ці відносини змінилися з часом? Що було найголовнішим у вихованні для Ваших батьків? Як вони Вас сприймали? Які вимоги висували? Чи відчували Ви батьківську любов? Як батьки Вас дисциплінували? Наскільки уважними були до Ваших 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? А на канікулах [16]?

Чи були якісь стресові події у Вашому житті чи Вашій родині? Чи були якісь захворювання або травми? Чи ображали Вас або знущалися з Вас у 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 підлітком Ви пам'ятаєте себе? Як змінилися тоді стосунки з батьками та рідними? З однолітками? Як Ви сприймали себе тоді як хлопець/дівчина? Якою 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 тоді особливі події – позитивні або стресові [23]?

Залежно від поточного 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 підсумок;
- спільна побудова формулювання (якщо є час), одночасно з поясненням діагнозу;
- перевірка взаєморозуміння, зворотний зв'язок, питання;
- психоедукація щодо КПТ (соціалізація в модель КПТ), можливі варіанти допомоги;
- узгодження попередніх цілей та консультативного контракту;
- рекомендації (за необхідності) щодо інших видів допомоги;
- перше домашнє завдання;
- зворотній зв'язок і прощання.

## 2. Соціалізація у КПТ. Психоедукація про тривогу.

Включає інформування про КПТ як підхід, його можливості та обмеження. Демонстрація моделі ABCD (STEB-аналіз) з прикладу ситуації клієнта (підтримуючий цикл), пояснення первинності думок, образів над афектами. Інформування про «раціональний» мозок і «емоційний» мозок, автоматичні думки і помилки мислення, саногенне і патогенне мислення [12].

Інформування про тривогу (опціонально: про інші емоції), психофізіологічні основи тривожного стану, реакції організму та психіки на стрес, нормальні симптоми при тривозі [2, 5, 11, 44].

3. **Спільна побудова індивідуальної концептуалізації.** Побудова концептуалізації (динамічної структури, що формулюється в рамках когнітивної теорії та наданої клієнтом інформації) – це гнучкий творчий процес дослідження проблеми клієнта, рефлексії його досвіду, який призвів до формування проблеми, негативних факторів, що дисфункційно позначаються на стані, а також ресурсів, що підтримують клієнта.

Концептуалізацію (формулювання) прийнято метафорично називати «картою роботи», при грамотній побудові, вона дає можливість побачити «шляхи» роботи, клієнт і психолог-консультант набувають чіткого розуміння, де вони знаходяться в процесі консультування, і для чого вони тут. Також концептуалізація відображає глибинні установки, з якими клієнт, за бажання, може продовжити роботу для відчутнішої та якіснішої зміни свого життя, навіть якщо основний запит вже вирішено.

4. **Когнітивна робота з веденням щоденника автоматичних думок / щоденника занепокоєння.** Когнітивна реструктуризація або рефреймінг. Поведінкові експерименти [22].

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

Спрямоване відкриття 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, що має безпосереднє відношення до обговорюваної проблеми, але яка може знаходитися поза

поточним фокусом уваги клієнта;

в) які в цілому спрямовують від приватного до більш загального, з тим щоби:

г) клієнт зміг, нарешті, використати нову інформацію, щоб переглянути своє попереднє рішення 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 ознайомити клієнта, це техніка *«За і Проти»* або *«Суд над думкою»*. У ході цієї техніки в процесі сократичного діалогу ведеться пошук доказів «за» думку, коли клієнт виступає в ролі «адвоката диявола», а потім відбувається заперечення цих доказів та пошук доказів «проти» думки, тоді клієнт займає позицію «адвоката Бога» [27].

Також використовуються питання, які допомагають у пошуку альтернативного погляду.

1. Які аргументи підтверджують істинність автоматичної думки? Які аргументи – хибу?
2. Чи існує альтернативне пояснення того, що сталося?
3. Який можливий найгірший результат? Чи зможу я це пережити? Який можливий найкращий результат? Який найреалістичніший результат?
4. Якими є наслідки моєї переконаності в цій автоматичній думці? Які можуть бути наслідки, якщо я зміню свою точку зору?
5. Що мені слід зробити у зв'язку з цим?
6. 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 вона могла вплинути на різні сфери життя клієнта, на ситуацію, його почуття і висновки, відносини з іншими людьми і т. ін.

Когнітивні техніки можуть поєднуватися між собою, гнучко перетікати в ході сократичної бесіди, використовуватися спільно з метафорами, наприклад: «Підмайстер муляра», «Людина з палицею та дракони», «Кошик із фруктами», «Водій маршрутки» тощо.

Когнітивна робота – важливий етап, що передуює поведінковим інтервенціям, оскільки зміни в поведінкових патернах повинні проводитися вже зі зміненими установками [14].

**5. Тренінг усвідомлення занепокоєння.** Техніки прийняття рішень під час занепокоєння та вирішення проблем. Розвиток толерантності до невизначеності. 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 модуля психоедукації. 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 і метою експозиційної роботи [60].

**6. Експозиції.** Експозиція проводиться з метою досягнення *габітуації* (звикання) – умовно-рефлекторної емоційної реакції на тривожні стимули, і, за правильного проведення, є найбільш дієвою технікою для подолання тривожності [10]. Ключовими кроками в реалізації експозиції є наступні:

- визначити «катастрофічне» пророцтво клієнта щодо ситуацій, яких він уникає, визначити ступінь переконаності в ньому (від 0 до 100%);
- провести клієнту психоедукацію про вплив експозиції;
- скласти ієрархію ситуацій, яких він уникає;
- скласти докладний план експозиції (що потрібно зробити і яким чином? де, за яких обставин? коли, з ким?);
- обговорити усунення можливої захисної поведінки під час експозиції;
- обговорити фокус уваги: помічати безпечні та позитивні аспекти

ситуації у стані зацікавленого дослідника;

- написати тривожні прогнози перед експозицією;
- записувати інтенсивність тривоги під час експозиції (2-3 вимірювання);
- написати висновок після проведення експозиції (мої думки та почуття під час експозиції, моє передбачення);
- обговорити висновки із консультантом.

### **7. Техніки релаксації та техніки майндфулнесу.**

Цей етап включає в себе навчання прогресивно-м'язовій релаксації за Джекобсоном, діафрагмальному диханню, технікам усвідомленості на диханні, відчуттях, думках, почуттях (наприклад, «Лейблінг», «Листя в струмку», «Радіо», «Хмари», «Автобусна зупинка»).

Виконує задачу навчання клієнтів навмисній активації парасимпатичної нервової системи для розслаблення та зняття психофізіологічної напруги, а також навичкам *дефьюжн* (розподілу), що 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 діяти всупереч [10].

**8. Техніки самоспівчуття.** Розвиток навичок «співчутливого розуму» для активізації парасимпатичної системи та «режиму безпеки». Тренінг навичок співчуття є наступною надбудовою, що базується на навичках усвідомленості. Виконує ті самі функції, але переважно впливає на трансдіагностичні феномени (наприклад, самокритику, перфекціонізм та інші). Включає розвиток усвідомленості проти надмірної залученості, розвиток доброго ставлення до себе проти самозасудження і розвиток почуття загальної людяності замість ізоляції. Перелічені інтервенції не тільки знижують рівень тривоги, але й формують стресостійкість та резиліентність.

**9. Тренінг навичок асертивності.** Дозволяє навчити клієнтів навичкам впевненої поведінки та управління емоціями у тривожних для них ситуаціях, виробити позитивне ставлення до себе. Реалізується за рахунок детального

обговорення та диференціації пасивного, асертивного та агресивного типів поведінки та тренінгу ненасильницького спілкування [37]. Може стосуватися різних аспектів: уміння говорити «ні» і позначати свої межі, уміння спілкуватися мовою потреб та підтримувати екологічні відносини, уміння відповідати у конфліктних ситуаціях. Реалізується у рольових іграх із психологом, написанні та відпрацюванні певних тривожних сценаріїв.

#### **10. 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 тепер, і «переписати» (провести рескриптинг) цих переконань у межах експірієнціальної вправи. Клієнт входить у ситуацію, яка травмувала його, описує, що відбувається з дитиною, які її потреби не задоволені, що в неї не так (формується «афективний міст»), а потім в уяві входить у цю ситуацію як доросла людина і надає дитині захист, якого вона потребувала. У когнітивному підході це називається роботою «згори донизу» (на противагу роботі «знизу догори» при поведінкових техніках), оскільки зміна глибинних переконань тягне за собою зміну звичних копінгів та автоматичних оцінок клієнтом того, що відбувається. Також можливе широке застосування технік роботи зі стільцями «Розмова із занепокоєнням», «Розмова з внутрішнім критиком», «Розмова з глибинним переконанням» та інше [17, 27].

#### **11. Менеджмент рецидиву. Складання профілактичного та кризового планів. Обговорення можливостей подальшої самостійної роботи.**

Необхідним етапом є підбиття підсумків, оцінка отриманих клієнтом знань і 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 їх подолання, формування на цей випадок покрокового кризового плану та копінг-карток, застосування яких дозволить самостійно впоратися з цим.

Формування профілактичного плану роботи, побудова цілей на подальше освоєння навичок та реалізацію нових функціональних переконань про тривогу

Для кожного клієнта було розроблено індивідуальний план консультативної роботи, який вибірково включав елементи вищеприписаного протоколу.

План роботи розроблявся з урахуванням результатів діагностичних тестів (*Шкала тривоги А. Бека, Шкала тривоги М. Гамільтона, Опитувальник перфекціонізму (Н. Гаранян, А. Холмогорова в модифікації Т. Завади)*) та результатів первинної бесіди з клієнтом і діагностичного інтерв'ю.

Формат роботи був представлений у вигляді індивідуальних онлайн-консультацій тривалістю 50 хвилин з періодичністю один раз на тиждень. Під час консультацій обговорювались проблеми, пов'язані з підвищеним (середнім і високим) рівнем тривожності в рамках когнітивно-поведінкового підходу другої і третьої хвиль (CBT, CFT, ACT, DBT).

З клієнтами, які погодились на щотижневі консультації, було проведено майже однакову кількість зустрічей (12-16).

Для оцінки ефективності роботи та окремих інтервенцій використовувались продукти діяльності клієнтів (самозвіти, записи щоденників). Для оцінки загальної результативності психоедукаційно-консультативної роботи були повторно використані Шкала тривоги А. Бека та Шкала тривоги М. Гамільтона

## 2.2. Опис ходу та результатів дослідження

Вибірку досліджуваних склали особи віком від 18 до 38 років ( $n = 20$ ). Процедуру емпіричного дослідження було поділено на 3 етапи.

На першому етапі дослідження проводилася оцінка рівня тривожності та перфекціонізму респондентів за допомогою наступних методик: *Шкала тривоги А. Бека*, *Шкала тривоги М. Гамільтона*, *Опитувальник перфекціонізму (Н. Гаранян, А. Холмогорова в модифікації Т. Завади (7 шкал, 43 твердження))*.

Перші дві методики призначені для скринінгового дослідження рівня тривожності. Рівень тривожності вважається високим при досягненні респондентами наступних показників: за Шкалою тривоги А. Бека – вище 36 балів, за шкалою тривоги М. Гамільтона – вище 25 балів.

Отримано такі результати: 11 (60%) респондентів мали високий рівень тривожності, 9 (40%) – продемонстрували середній рівень тривожності.

На другому етапі дослідження було проведено психоедукаційно-консультативну роботу з респондентами, спрямовану на зниження рівня тривожності з використанням окремих когнітивних та поведінкових технік.

На третьому етапі було проаналізовано результати психоедукаційно-консультативної роботи та здійснено математико-статистичну обробку даних.

Нижче наведено опис рандомно вибраних кейсів з метою демонстрації застосування загального протоколу.

### **Кейс № 1.**

Паспортна інформація про клієнта (стать, вік, освіта, сімейний стан): Жінка, 36 років, має вищу освіту, за фахом – економіст, працює не за фахом і водночас отримує другу вищу освіту – навчається в магістратурі, проживає у прифронтовому місті. Заміжня, чоловік пише докторську (PhD) дисертацію,

але проживає в іншій країні (був у відрядженні на момент початку війни і вирішив не повертатися). Дітей не має. Дбає про стареньких батьків.

Список наявних розладів та проблем:

- постійна тривожність з приводу роботи (тривожні напади, рідкісні панічні атаки), переробки;
- необґрунтоване почуття провини, комплекс неповноцінності.

Цілі психоедукаційно-консультативної роботи:

- зниження рівня румінацій та переробок;
- розвиток самоспівчуття для зниження почуття сорому.

Індивідуальний план консультацій:

- діагностичне інтерв'ю;
- побудова підтримуючого циклу;
- соціалізація в КПТ, психоедукація про тривогу та сором.

Ведення щоденника автоматичних думок;

- побудова концептуалізації та когнітивна робота;
- психоедукація про румінації;
- тренінг технік майндфулнесу;
- тренінг самоспівчуття;
- тренінг асертивності;
- робота з правилами життя та глибинними переконаннями;
- побудова антирецидивного плану, плану профілактичної роботи, обговорення плану самостійної роботи.

Таблиця 1

**Опис психоедукаційно-консультативної роботи по кейсу № 1**

| № сесії | Зміст сесії<br>(задачі, методи роботи, д/з, результати інтервенцій)                                                                |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1       | Діагностичне інтерв'ю. Соціалізація у КПТ. ДЗ – заповнення діагностичних опитувальників.                                           |
| 2       | Психоедукація. Спільна побудова підтримуючого циклу. Обговорення, сократівський діалог. ДЗ – ведення щоденника автоматичних думок. |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Обговорення проблеми перфекціонізму, когнітивних помилок при перфекціонізмі, особливо мислення у стилі «все або нічого» та завищених стандартів.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4 | Обговорення румінативного мислення, неефективності боротьби з румінаціями, експеримент «не думай про білого ведмедя». Застосування практики усвідомленості («лейблінг» + концентрація на диханні), обговорення. Вступ до основ підходу майндфулнес. ДЗ - щоденник автоматичних думок, практика усвідомленості по 5 хв. Щоденно.                                                                                                                                                                                                                            |
| 5 | Вступ до роботи з цінностями, обговорення пріоритетів клієнтки, перешкод у русі до її ціннісної мети. Вихід на автоматичні думки «Я погана співробітниця» та «Я осоромлюся і зганьблю інших», пов'язані з соромом і тривогою. Сократівський діалог щодо цих думок, дефініція поняття «хороша співробітниця», техніка континууму з визначеннями, де на шкалі «хорошості» знаходяться її колеги і вона сама. Висновок: «Я достатньо хороша співробітниця» (на 65%). ДЗ – ознайомлення з методикою BASIC-Ph, копінг-картка до думки «Я погана співробітниця». |
| 6 | Складання списку зобов'язань, обговорення їх витоків, раннього досвіду, заповнення «великої» концептуалізації. Сократівський діалог до теми «як поводитися з вимогливими батьками», запровадження DBT концепції «мудрого» розуму, його відокремлення від реакцій «емоційного» та «раціонального» мозку, вибір «серединного шляху». Практика усвідомленості «гвинтові сходи». ДЗ – практики майндфулнес по 5 хвилин, ведення щоденника, робота з правилами життя та глибинними переконаннями.                                                               |
| 7 | Заповнення бланку цінностей. Обговорення можливостей зниження частки цінності «кар'єри» та підвищення пріоритетних цінностей «родина», «здоров'я», «відпочинок», «саморозвиток», «соціальні стосунки». ДЗ – рання поведінкова техніка – відмова від роботи у вихідні, лімітування робочого часу, спробувати відмовитись від завдань шефа, закріпити пріоритет на власне навчання.                                                                                                                                                                          |
| 8 | Психоедукація. Ознайомлення з підходом, фокусованим на співчутті. Обговорення трьох потоків співчуття, запровадження формули самоспівчуття. Фізіологія мозку, системи загрози, драйву та безпеки. Валідація почуття сорому. Робота з думками про ганьбу.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 9 | Вправи з розвитку асертивності, здатності сказати «ні», позначити свої межі замість румінацій тривоги і сорому. ДЗ – застосування технік у реальному житті.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Початок роботи з дисфункціональними глибинними переконаннями. Техніка «За і проти» до переконання «Я недостатньо хороша». Результат – зниження віри в переконання з 70% до 35%. Висновок по сесії: «Я заслуговую на місце в команді, я достатньо успішно справляюся з цією роботою».                         |
| 11 | Продовження роботи з глибинними переконаннями. Метафора кошика з гнилим фруктом, автівки з проколотим колесом. ДЗ – практика самоспівчутливого ставлення до себе.                                                                                                                                            |
| 12 | Заповнення бланка поведінкового експерименту щодо пошуку «зони оптимальності» у роботі. Вправа з переведення зобов'язань (з особистого списку) у рекомендації, практика дозволу собі бути неідеальною. ДЗ – прочитати книгу Ольги Примаченко «До себе ніжно. Книга про те, як цінувати й берегти себе» [32]. |
| 13 | Складання кризового та профілактичного планів. Обговорення подальшої самостійної роботи.                                                                                                                                                                                                                     |

**Моніторинг ефективності роботи:** Шкала тривоги А. Бека: було 45 балів (високий рівень) – стало 18 балів (середній рівень); Шкала тривоги М. Гамільтона: було 32 бали (високий рівень) – стало 22 бали (середній рівень); Опитувальник перфекціонізму (Н. Гаранян, А. Холмогорова в модифікації Т. Завади): було 76 балів (середній рівень) – стало 48 балів (низький рівень).

**Додаткові коментарі.** Проведено курс із 13 годинних сесій онлайн. Робота закінчена у зв'язку з досягненням позначених клієнткою цілей. Згідно аналізу результатів повторної діагностики робимо висновки, що нам вдалося знизити як рівень тривожності, так і рівень перфекціонізму.

Аналізуючи даний випадок, можна сказати, що спільна побудова концептуалізації та визначення цілей, завдань та плану роботи на її підставі сприяли більш швидкій, ніж очікувалось, зміні не тільки рівня тривожності клієнтки, а і якості її життя.

Ключовими факторами схильності до розвитку тривожного стану послужили особливості нервової системи клієнтки, сензитивність і підвищена емоційна реактивність, що спостерігалася з раннього дитячого віку (темперамент «орхідеї»), і подальше виховання в руслі перфекціонізму

від її батьків, переважно, батька – сильної, стійкої, «залізної» людини, що надалі спровокувало дихотомію в установках: «Я сильна і повинна піклуватися про всіх оточуючих (більш слабких)» – «Я слабка, мій батько справлявся краще». Що в свою чергу призвело до схильності ставити на перше місце інтереси інших людей, не проявляти власних емоцій, тримати їх у собі, доки вони не досягнуть межі [51, 52], керуватися нереалістично завищеними стандартами у своїй діяльності і використовувати чорно-білу оцінку своїх результатів, що неминуче посилювало відчуття власної нікчемності та підтверджувало глибинне переконання «Я недостатньо хороша» на тлі значних успіхів у навчанні.

При цьому важливим був і критичний випадок, що призвів до активації сформованих з дитинства глибинних переконань – спочатку чоловік, стосунки з яким і до того були конфліктними, залишається за кордоном, потім токсичне ставлення шефа, що виражалося в прямих маніпуляціях, несправедливих негативних оцінках і різких висловлюваннях, невротичне робоче середовище, з якого втікали інші співробітники. Незважаючи на те, що поведінка шефа безпосередньо позначалася на зниженні самооцінки клієнтки, частоті переробок (у тому числі й вночі), тривожних нападах і неможливості писати кваліфікаційну роботу, клієнтка була переконана, що він і всі її колеги – «хороші, надзвичайно розумні та чудові люди, «майстри» своєї справи, а вона – лише «робоча конячка»).

Для роботи з цим нам знадобився аналіз ненасильницького та насильницького спілкування (за М. Розенбергом) [37], тренінг асертивності (позначення своїх кордонів, навичка говорити «ні»), пріоритезація власних цінностей та планування руху до них (провідними цінностями було власне здоров'я та прискорення моменту спільного проживання з чоловіком, чому раніше не приділялося уваги на тлі турботи про батьків, відкидання думки про те, щоб найняти доглядальницю, та страху возз'єднання з чоловіком).

Також з огляду на токсичне робоче середовище та сильну перевтому (без вихідних / по 12-14 робочих годин) відбулася повна редукція всіх

підтримуючих ресурсних активностей – готування, живопису, занять йогою та прогулянок, робота буквально витіснила всі інші сфери життя клієнтки, через що вона придбала «тунельне мислення» і звичку до катастрофізації наслідків її помилок на роботі та в житті.

Для зміни цих паттернів ми, переважно, використовували поведінкові експерименти щодо зниження робочого навантаження та впровадження приємної і корисної активності, когнітивну роботу та техніки майндфулнесу, а також самоспівчуття для зупинення румінацій тривоги та сорому.

Отже, після засвоєння технік «швидкої допомоги» та побудови системної концептуалізації, клієнтка продовжила психоедукацію та психопрофілактику самостійно, поза консультативними сесіями.

## **Кейс № 2.**

Паспортна інформація про клієнта (стать, вік, освіта, сімейний стан): Жінка, 34 роки, вища юридична освіта, займає керівну посаду, любить свою роботу. Розлучена, дітей немає, не перебуває у стосунках.

### Список наявних розладів та проблем:

- особистісна тривожність, панічні атаки;
- проблеми із засипанням, депресивний стан.

### Цілі психоедукаційно-консультативної роботи:

- послаблення тривожної симптоматики;
- послаблення депресивного стану.

### Індивідуальний план консультацій:

- Діагностичне інтерв'ю, побудова циклу.
- Соціалізація в КПТ, психоедукація про тривогу, тривожні румінації, панічні атаки. Ведення щоденника автоматичних думок.
- Побудова концептуалізації та когнітивна робота.
- Тренінг технік майндфулнес, релаксаційних технік.
- Експозиція (інтероцептивна, in vivo).

- Робота з правилами життя та глибинними переконаннями.
- Побудова протирецидивного плану, профілактичного плану, обговорення можливостей самостійної роботи.

Таблиця 2

**Опис психоедукаційно-консультативної роботи по кейсу № 2**

| <b>№ сесії</b> | <b>Зміст сесії<br/>(задачі, методи роботи, д/з, результати інтервенцій)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1              | Діагностичне інтерв'ю. Постановка цілей та завдань роботи. ДЗ – заповнення діагностичних опитувальників (Шкала тривоги А. Бека, Шкала депресії А. Бека, Шкала тривоги М. Гамільтона).                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2              | Психоедукація про панічні атаки, симптоми тривоги, реакції «бий-біжи-завмри», порушення сну на тлі тривожних румінацій. Відпрацювання техніки «Заземлення» та техніки «Квадратне дихання» для використання при панічних нападах. ДЗ – тренування цих практик.                                                                                                                                                                     |
| 3              | Соціалізація в когнітивну модель, початок побудови концептуалізації, обговорення відносин клієнтки, змін у її самопочутті. ДЗ – ведення щоденника автоматичних думок.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4              | Обговорення щоденника автоматичних думок, нової інформації про панічні атаки після маніпуляцій та образ з боку партнера. Мотиваційне інтерв'ювання, створення «Лісу амбівалентності», розгляд мотивів «за» та «проти» підтримки поточних стосунків.                                                                                                                                                                               |
| 5              | Обговорення щоденника АМ щодо кейсів, пов'язаних із відносинами, підтримання амбівалентності, виявлення «Гарячих когніцій». Обговорення румінативного мислення, неефективності боротьби з румінаціями, експеримент «Не думай про білого ведмедя». Застосування практики усвідомленості («Радіо» + концентрація на диханні), обговорення. Вступ в основи майндфулнесу. ДЗ - щоденник АМ, практика усвідомленості по 5 хв. щоденно. |
| 6              | Розбір записів щоденника АМ, продовження побудови концептуалізації, обговорення негативних модифікуючих факторів – впливу родичів та бойфренда. Психоедукація про когнітивні помилки, виявлення типових когнітивних помилок – чорно-білого мислення, катастрофізації, знецінення, емоційного обґрунтування. Сократичний діалог на тему користі та шкоди копінгу перфекціонізму та надконтролю.                                    |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7     | Побудова концептуалізації (обговорення критичної події, переконань про безпеку у сім'ї). Сократичний діалог до думок «Ніколи не знайду собі нормальну людину, залишуся сама».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 8     | Обговорення базових потреб, недостатнього задоволення в дитинстві потреб у безпечній прихильності, вільному вираженні почуттів та емоцій, спонтанності та гри. Функціональний аналіз правил життя, що впливають із цього: «завжди потрібно бути пильною, насторожі», «потрібно все робити ідеально, щоб відповідати вимогам, не можна розслаблятися», «потрібно шукати захисту у сильних фігур, щоб бути в безпеці». Висновок: ці установки призводять до хронічного стресу та аб'юзивних стосунків, які не так захищають, як шкодять, можна задовольняти потребу в безпеці інакше, всі можливості для цього є. |
| 9     | Навчання техніці «Дерево прийняття рішень» під час занепокоєння та техніці «Вирішення проблем». Інформування про процес занепокоєння, його вплив на виникнення психосоматичних симптомів. ДЗ – реалізація плану з вирішення проблем, тренінг техніки «Дерево прийняття рішень».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 10    | Побудова підтримуючих циклів паніки, побудова шкали для градуйованої експозиції, обговорення відмови від підтримуючої та нейтралізуючої поведінки, інформування про ефект експозиції.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 11    | Проведення інтероцептивних експозицій до симптомів гіпервентиляції, дереалізації за рахунок «собачого дихання» протягом 3 хвилин, кружляння навколо своєї вісі до запаморочення. Рівень тривоги клієнтки знизився з 90% до 30% протягом сесії. ДЗ – проведення інтероцептивної експозиції із чергуванням технік щодня.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 12-13 | Проведення експозиції in vivo по відеозв'язку зі збільшенням радіусу віддалення від будинку та відвідуванням торгового центру. ДЗ – проведення протягом 2 тижнів самостійних експозицій з надсиланням звіту до месенджера.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 14-15 | Проведення експозиції in vivo у поєднанні з інтероцептивною експозицією по відеозв'язку. ДЗ – проведення протягом 2 тижнів самостійних експозицій з надсиланням звіту до месенджера. Підсумок – розототожнення симптомів тривоги і початку панічної атаки, формування у клієнтки віри в здатність упоратися навіть з інтенсивною тривогою. Закріплення принципу «діяти попри тривогу».                                                                                                                                                                                                                          |
| 16    | Складання кризового та профілактичного планів. Обговорення самостійної роботи, посилення ресурсної активності. Збір «валізи» технік.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**Моніторинг ефективності роботи:** Шкала тривоги А. Бека: було 56 балів (високий рівень) – стало 21 бал (значення у межах норми); Шкала тривоги М. Гамільтона: було 36 балів (високий рівень) – стало 16 балів (середній рівень); Шкала депресії А. Бека: було 20 балів (високий рівень) – стало 12 балів (значення у межах норми).

**Додаткові коментарі.** Проведено курс із 16 годинних сесій. Робота закінчена після досягнення позначених клієнткою цілей. Згідно результатів діагностичних опитувальників, можна зробити висновок, що нам вдалося знизити рівень тривожності, а також послабити депресивний стан.

Спочатку клієнтка звернулася зі скаргами на безсоння, депресивний стан, тривожність та панічні атаки. Клієнтка позначила, що завжди була тривожною і недовірливою людиною, з двадцяти років страждала панічними атаками, деякими психосоматичними проявами – головними болями, проблемами із травленням, ВСД, але її стан погіршився у зв'язку з епідемією коронавірусу, перебуванням в аб'юзивних стосунках та початком війни. Тривога клієнтки була спровокована спочатку карантинном, потім загибеллю на війні декількох знайомих, але надалі перекинулася і на інші сфери: роботу, відносини, уявлення про майбутнє, дозвілля, сон.

Спочатку тактика роботи була зосереджена на допомозі при тривожному стані (у широкому розумінні) та методах «швидкої допомоги», а саме: психоедукації на теми тривоги, тривожних румінацій, панічних атак, а також загальної соціалізації в когнітивну модель. На першому етапі клієнтка навчилася роботі з автоматичними думками, з тривожними румінаціями, освоїла прогресивно-м'язову релаксацію за Джекобсоном та практики усвідомленості, засновані на диханні і спостереженні за думками та емоціями.

Також у клієнтки настало розуміння, що її поточні стосунки не відповідають принципам здорового та екологічного спілкування. З'ясувалося, що основною причиною відновлення у неї панічних атак був постійний стрес від токсичних стосунків, газлайтингу та маніпулятивної поведінки з боку

партнера з макіавеллістичними характеристиками. Внаслідок рефлексії цих спостережень, відносини клієнтки з цією людиною були завершені нею.

Після зняття афекту ми перейшли до спільної побудови концептуалізації. І результатом цієї роботи стало виявлення додаткових тригерів і негативних модифікуючих чинників, що впливають на тривожний стан клієнтки (спілкування з тривожною сім'єю, функціональний стан перевтоми, спілкування зі знецінюючими людьми, дефіцит ресурсної активності).

Також було позначено чинники схильності, які у сукупності призвели до такої структури особистості. Біологічно клієнтка з дитинства була збудливою, емоційною, боязкою. Члени сім'ї також високотривожні люди, що надає підстави говорити про певну генетичну схильність.

У соціальному плані у процесі розвитку клієнтка зіткнулася з безліччю психотравмуючих ситуацій, будучи дитиною, виховувалася у атмосфері занепокоєння, страхів і втрат. Дівчинка не мала надійних безпечних фігур, які б скомпенсували те, що відбувається (епізод покинутості батьками в санаторії, жорстокого поводження вихователів, скандалів і розборок батька в стані алкогольного сп'яніння, страху, що він уб'є їх із мамою, раптове розлучення батьків і смерть бабусі). Внаслідок цього сформувалося глибинне переконання про небезпеку світу та загальну схему очікування катастрофи, а також занепокоєння та перфекціонізм — як копінги, що допомагають упоратися з цими установками.

Після позначення «карти роботи» та валідації переживань клієнтки, ми сформулювали більш конкретні цілі, що полягали у подоланні страху перед панічними атаками та виходом із дому, побудували підтримуючі цикли.

Розібрали дисфункціональні когніції про паніку та катастрофічні інтерпретації симптомів тривоги, потім склали шкалу для градуйованої експозиції. Почали з проведення інтероцептивних експозицій до симптомів тривоги (гіпервентиляція, дереалізація) спільно на сесіях, потім клієнтка почала виконувати їх щодня як домашнє завдання.

Після цього запустили експозиції *in vivo*, з послідовним виходом на вулицю та в лякаючі місця без використання клієнткою захисної поведінки, поступово збільшуючи дистанцію від дому та тривалість перебування у локації.

Паралельно велася робота, спрямована на побудову ціннісного усвідомленого життя, розставлення пріоритетів у майбутньому. Після закінчення експозиції клієнтка визнала результат роботи задовільним для себе, і вирішила завершити роботу, не торкаючись глибинних переконань.

*На третьому етапі дослідження* було проведено повторну оцінку рівня тривоги у респондентів з використанням тих же методик: Шкали тривоги А. Бека та шкали тривоги М. Гамільтона.

Далі було проведено статистичний аналіз емпіричних результатів. Виявлено значущі відмінності ( $p < 0,05$ , Т-критерій Вілкоксона) рівня тривожності на початку та наприкінці психоедукаційно-консультативної роботи з обох шкал. Рівень тривожності респондентів на початку консультативної роботи за наведеним протоколом достовірно вище, ніж після (див. Таблицю 3).

Таблиця 3

**Динаміка діагностичних показників на початку і після завершення  
психоедукаційно-консультативної роботи, n = 20**

| Рівень тривожності                                     |          |                             |          |
|--------------------------------------------------------|----------|-----------------------------|----------|
| Шкала тривоги А. Бека                                  |          | Шкала тривоги М. Гамільтона |          |
| до                                                     | після    | до                          | після    |
| 57,4±8,3                                               | 18,8±3,5 | 36,2±4,4                    | 16,1±2,1 |
| <i><math>p &lt; 0,05</math>, Т-критерій Вілкоксона</i> |          |                             |          |

З метою оптимізації психоемоційного стану респондентів було сформовано рекомендації щодо роботи з тривожними станами за допомогою когнітивно-поведінкових технік.

Описаний протокол психоедукаційно-консультативної роботи відрізняється від традиційних когнітивно-поведінкових протоколів за рахунок кількох особливостей.

*По-перше*, головна відмінність у тому, що протокол розрахований на психоедукаційно-консультативний формат роботи з використанням певних психокорекційних технік. Сесії зберігають класичну структуру: підлаштування та створення рапорту, діагностичний етап, психоедукація з проблеми, основний етап із побудовою гіпотез та їх перевіркою, психокорекційний етап та завершальний етап.

Зберігається гуманістична орієнтація, суб'єкт-суб'єктна взаємодія з клієнтом, поділ відповідальності за результати, що досягаються. Робота не має директивного стилю, жорсткого плану терапії, як при психотерапії тривожних розладів, що надає кращі можливості для побудови альянсу та обговорення широкого спектра проблем клієнта, а також підтримку мотивації клієнта та зниження ризику дропауту.

*По-друге*, протокол показує можливості гнучкого включення в роботу практик і технік не тільки з класичної КПТ, а й з діалектико-поведінкової терапії, терапії, сфокусованої на співчутті та терапії прийняття і відповідальності, що посилює зацікавленість клієнтів, їхню прихильність до консультативної роботи, а також покращує та закріплює досягнутий ефект від основних методів – когнітивних технік роботи та експозицій. У якості поради можемо рекомендувати завжди починати з традиційних технік і традиційного підходу, і тільки згодом, за умови достатнього засвоєння клієнтом цього етапу, переходити до практик майндфулнесу, самоспівчуття, роботи з цінностями.

Також можна рекомендувати до кінця використовувати можливості модульної роботи, не перескакувати з одного блоку на інший, уникати «дрейфу» у консультуванні, оскільки це позбавляє структури та ясності як клієнта, так і консультанта. У такі моменти варто зробити «крок назад» до попереднього етапу, звіритися з цілями та завданнями роботи, звернутися до концептуалізації та намітити спільно з клієнтом конкретний вектор роботи.

*По-третє*, робота проводилася в онлайн-форматі, що має як переваги, так і недоліки. Перевага полягала у зручності проведення, економії часу обох сторін, можливості зробити відеозапис сесії для запам'ятовування важливих моментів клієнтом та самовдосконаленні на супервізіях консультанта, а також такий формат дозволяє створювати зручні, редаговані концептуалізації, вести записи в електронних документах, проводити техніку через демонстрацію екрану, зберігати всі домашні завдання та щоденники клієнтів, що значно допомагає у підготовці до роботи, її корекції, а також, на завершальному етапі – у формуванні профілактичного та кризового планів для клієнтів, до цього часу у них уже готова відповідна папка на Гугл-диску, аудіоматеріали та відеоматеріали тощо.

Але цей формат має і недоліки. Це епізодичні технічні труднощі, легкість у перенесенні та скасуванні зустрічей, що може наразити психологічний контракт на загрозу. Це обмеженість у проведенні експеріментальних технік, роботи зі стільцями, проведенні історичної рольової гри, розмови з «режимами» тощо, що позбавляє роботу певного «магічного колориту». Проблеми виникають і під час проведення спільних експозицій. Клієнт і консультант виходять на вулиці з телефонами, знімають те, що іноді може спричинити агресію з боку інших осіб, а іноді спільна експозиція не є можливою, і доводиться обмежуватися звітами в месенджері (наприклад, при роботі із соціальною тривогою).

Також, слід наголосити, що не завжди онлайн-формат доречний, при такому виді роботи клієнту легко приховати самопошкоджувальну (автоагресивну) поведінку або насильницькі дії, яким він піддається.

Диференційна діагностика психіатричних розладів також ускладнена, тому при будь-якій підозрі на депресію, тривожний стан ступеня розладу, розлад особистості, психотичний розлад, слід відмовити клієнту у роботі і перенаправити до колег-психотерапевтів або психіатрів, особисто беручи участь у цьому процесі.

## **Висновки до розділу 2**

У змісті емпіричного розділу кваліфікаційного дослідження було проаналізовано два кейси практичної психоедукаційно-консультативної роботи з метою демонстрації ходу індивідуального консультування згідно із запропонованими протоколами.

Для кожної клієнтки було визначено мету роботи, складено індивідуальні концептуалізації та плани консультацій. Було проведено моніторинг ефективності консультативної роботи з метою оцінки рівня тривожності на початку та наприкінці сесій.

Динаміка діагностичних показників виявилася позитивною, тобто у респондентів після проведення психоедукаційно-консультативних сесій згідно з індивідуальним планом спостерігалось статистично значуще зниження рівня особистісної тривожності.

На нашу думку, це відбулося за рахунок спільної побудови концептуалізації та наявності в індивідуальному плані модулів (блоків) психоедукації, когнітивної та поведінкової роботи.

Розбір кейсів показав, що індивідуальні плани консультацій можуть бути доволі гнучкими і включати різні елементи, залежно від цілей роботи.

Незважаючи на проаналізовані переваги та недоліки онлайн-формату консультування, у цілому, респонденти відзначили зниження рівня занепокоєння, підвищення здатності керувати своїм настроєм, редукцію фізіологічних симптомів тривоги, набуття розуміння того, що таке тривожність, як вона виникає і як її подолати.

## ВИСНОВКИ

Дослідження психоедукації є відносно новим напрямком у вітчизняній психології, хоча споріднений вид діяльності – психологічна просвіта – традиційно широко представлений як в українській, так і в зарубіжній фаховій літературі.

Психоедукація має на меті інформування клієнта про природу психічних станів, симптоми тривоги, фактори ризику, методи самопомоги та стратегії адаптації. Ефективними є компоненти психоедукаційних заходів: формування знань про психічне здоров'я; розвиток навичок емоційної саморегуляції; навчання когнітивно-поведінковим технікам; дихальні та тілесні вправи; розвінчання стигми щодо звернення по допомогу.

У період 2024-2025 рр. ми провели психометричне дослідження серед молоді прифронтових міст Дніпропетровщини, результати якого довели необхідність зниження рівня тривожності, спровокованої життям в умовах війни та іншими супутніми чинниками.

Описаний нами протокол психоедукаційно-консультативної роботи відрізняється від традиційних когнітивно-поведінкових протоколів за рахунок кількох особливостей.

*По-перше*, головна відмінність у тому, що протокол розрахований на психоедукаційно-консультативний формат роботи з використанням певних психокорекційних технік. Сесії зберігають класичну структуру: підлаштування та створення рапорту, діагностичний етап, психоедукація з проблеми, основний етап із побудовою гіпотез та їх перевіркою, психокорекційний етап та завершальний етап. Зберігається гуманістична орієнтація, суб'єкт-суб'єктна взаємодія з клієнтом, поділ відповідальності за результати, що досягаються. Робота не має директивного стилю, жорсткого плану терапії, як при психотерапії тривожних розладів, що надає кращі можливості для побудови альянсу та обговорення широкого спектра проблем клієнта, а також підтримку мотивації клієнта та зниження ризику дропауту.

*По-друге*, протокол показує можливості гнучкого включення в роботу практик і технік не тільки з класичної КПТ, а й з діалектико-поведінкової терапії, терапії, сфокусованої на співчутті та терапії прийняття і відповідальності, що посилює зацікавленість клієнтів, їхню прихильність до консультативної роботи, а також покращує та закріплює досягнутий ефект від основних методів – когнітивних технік роботи та експозицій. У якості поради можемо рекомендувати завжди починати з традиційних технік і традиційного підходу, і тільки згодом, за умови достатнього засвоєння клієнтом цього етапу, переходити до практик майндфулнесу, самоспівчуття, роботи з цінностями.

Також можна рекомендувати до кінця використовувати можливості модульної роботи, не перескакувати з одного блоку на інший, уникати «дрейфу» у консультуванні, оскільки це позбавляє структури та ясності як клієнта, так і консультанта. У такі моменти варто зробити «крок назад» до попереднього етапу, звіритися з цілями та завданнями роботи, звернутися до концептуалізації та намітити спільно з клієнтом конкретний вектор роботи.

*По-третє*, робота проводилася в онлайн-форматі, що має як переваги, так і недоліки. Перевага полягала у зручності проведення, економії часу обох сторін, можливості зробити відеозапис сесії для запам'ятовування важливих моментів клієнтом та самовдосконаленні на супервізіях консультанта, а також такий формат дозволяє створювати зручні, редаговані концептуалізації, вести записи в електронних документах, проводити техніку через демонстрацію екрану, зберігати всі домашні завдання та щоденники клієнтів, що значно допомагає у підготовці до роботи, її корекції, а також, на завершальному етапі – у формуванні профілактичного та кризового планів для клієнтів, до цього часу у них уже готова відповідна папка на Гугл-диску, аудіоматеріали та відеоматеріали тощо.

Але цей формат має і недоліки. Це епізодичні технічні труднощі, легкість у перенесенні та скасуванні зустрічей, що може наражати психологічний контракт на загрозу. Це обмеженість у проведенні

експерієнтальних технік, роботи зі стільцями, проведенні історичної рольової гри, розмови з «режимами» тощо, що позбавляє роботу певного «магічного колориту». Проблеми виникають і під час проведення спільних експозицій. Клієнт і консультант виходять на вулиці з телефонами, знімають те, що іноді може спричинити агресію з боку інших осіб, а іноді спільна експозиція не є можливою, і доводиться обмежуватися звітами в месенджері (наприклад, при роботі із соціальною тривогою).

Також, слід наголосити, що не завжди онлайн-формат доречний, при такому виді роботи клієнту легко приховати самопошкоджувальну (автоагресивну) поведінку або насильницькі дії, яким він піддається.

Диференційна діагностика психіатричних розладів також ускладнена, тому при будь-якій підозрі на депресію, тривожний стан ступеня розладу, розлад особистості, психотичний розлад, слід відмовити клієнту у роботі і перенаправити до колег-психотерапевтів або психіатрів, особисто беручи участь у цьому процесі.

Таким чином, описаний консультативний протокол має як сильні сторони (використання модульного підходу, інтеграція методів третьої хвилі, суб'єкт-суб'єктні стосунки), так і обмеження (труднощі у підтримці контракту, «дрейф» у роботі, малу застосовність експерієнтальних технік, менші можливості у проведенні спільної експозиції, невидимість).

За результатами дослідження було зроблено висновок щодо ефективності індивідуальної психоедукаційно-консультативної роботи на засадах КПТ у подоланні тривожності серед молоді прифронтових міст.

Перспективи дослідження ми вбачаємо у подальшій мінімізації обмежень, необхідності зробити більший акцент на альтернативних методах та техніках, які не були використані нами через онлайн-формат проведення психоедукаційно-консультативних сесій. Актуальним також залишається питання інтеграції психоедукації в освітній простір закладів та установ різного типу для молоді прифронтових міст в умовах війни.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Абрамов В. В. Уявлення про психологічне благополуччя у третій хвилі когнітивно-поведінкової терапії. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*: матеріали п'ятої Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Донецьк, 18 листопада 2020 р.). Донецьк, 2020. С. 7–10.
2. Аврамчук О., Міловідова А. Психологічна підтримка осіб з ознаками соціально тривожного розладу, який асоціюється з травматичним досвідом. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. Том 8. № 4. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/441/804>
3. Активізація когнітивних процесів у спілкуванні: методичний посібник / за ред. В. П. Казміренка. Київ, 2011. 268 с.
4. Бек Аарон Т., Девіс Деніз Д., Фріман Артур. Когнітивна психотерапія розладів особистості. К. : Науковий світ, 2024. 500 с.
5. Бешлей О., Гайсонюк Н.А., Андрєєва Я.Ф. Вплив нестабільності, зумовленої війною, на ментальне здоров'я особистості. *Технології розвитку інтелекту*. 2024. Vol.8, № 2 (36). <https://doi.org/10.31108/3.2024.8.2.10>
6. Борисова О.О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. № 3. С. 7–12. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.1>.
7. Бульченко Д. В., Тодорова І. С. Підготовка майбутнього психолога до застосовування психоедукації. *Науковий журнал «Габітус»*. 2024, № 60. С. 50-54. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.60.8>
8. Вавринів О.С. Основи психологічного консультування: навч. посібник. Львів : ЛДУ БЖД, 2020. 112 с.
9. Васьківська С. В. Основи психологічного консультування: навч. посіб. Київ : Четверта хвиля, 2014. 256 с.
10. Ветсбрук Д, Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо. 2014. 420 с. [https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/KPT-TEXT-1\\_2-PART.pdf](https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/KPT-TEXT-1_2-PART.pdf)

11. Галієва О.М. Диференціація понять «тривога» та «тривожність». *Психологія та соціальна робота*. 2019. Вип. 1(49). С. 32-48. [https://doi.org/10.18524/2707-0409.2019.1\(49\).185763](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2019.1(49).185763)
12. Гільман А. Ю., Шугай М. А. Саногенне і патогенне мислення: теорія і важливі напрями психологічної практики. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. Острог, 2015. Вип. 2. С. 28–38.
13. Гулько Г. О. Психологічні чинники актуалізації особистісних властивостей тривожного спектру в ситуації досягнення : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.01 / Г. О. Гулько. – Київ, 2017. – 249 с.
14. Дерев'янка С. П. Когнітивна психологія: навч. посібник. Чернігів, 2012. 184 с.
15. Дерев'янка С. П. Сучасна проблематика когнітивно-поведінкової терапії. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал*. Острог, 2021. № 13. URL: <https://psj.oa.edu.ua/collections/№132021> (дата звернення: 22.12.2024).
16. Духневич В. М. Прикладні питання технологій підготовки та проведення когнітивно-орієнтованих тренінгів спілкування: методичні рекомендації. Київ, 2014. 84 с.
17. Ерфорд Бредлі Т. 45 основних технік психологічного консультування. К. : Науковий світ, 2024. 590 с.
18. Заяць А.Р., Чаркіна О.А. Психоедукація як засіб попередження емоційного вигорання вчителів. *Психологічний супровід особисті в умовах війни. Технології розвитку резильєнтності* : Матеріали щорічної звітної науково-практичної конференції студентів і молодих учених / Під ред. З.М. Мірошник, О.А. Чаркіної. Кривий Ріг: Вид-во "Криворізький державний педагогічний університет", 2023. С.56-62.)
19. Кабанцева, А. В. (2024). ПСИХОЕДУКАЦІЙНІ ЗАХОДИ ЯК СКЛADOVA КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ. *Наукові записки. Серія: Психологія*, (2), 63–70. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-2-9>

20. Калашнікова І. М. Психологічна просвіта як ресурс формування стресостійкості у молоді. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. Серія «Психологічні науки». 2022.
21. Коваленко О., Петровська К. Психоедукація як метод профілактики синдрому відкладеного життя у демобілізованих військових. *Соціально-освітні домінанти професійної підготовки фахівців соціальної сфери та інклюзивної освіти* : матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції (22-23 жовтня 2025 р., м. Запоріжжя) : зб. наук. праць / уклад.: К. В. Петровська, А. С. Попова. – Запоріжжя : БДПУ, 2025. – С. 194–198. URL: <https://dspace.bdpu.org.ua/handle/123456789/5462>
22. Кузьо О. Б. Особливості використання експерименту в когнітивно-поведінковій терапії та гештальт-терапії. *Вісник Львівського університету*. Серія: Психологічні науки. Львів, 2018. Випуск 2. С. 81–90.
23. Ліхі Роберт. Свобода від тривоги. Здолай тривогу, доки вона не здолала тебе / *Перекладач - Ірина Щепанюк*. К. : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 556 с.
24. Лук'янова О.І. Психоедукація в структурі психологічної допомоги: нові акценти. *Психологія і суспільство*. 2021.
25. Магдисюк Л. І. Основи психологічного консультування : навч. посіб. / Людмила Іванівна Магдисюк, Раїса Петрівна Федоренко. – Луцьк : Вежа-Друк, 2022. – 360 с.
26. Макаренко, А.А. (2022). Травма-орієнтована психоедукація. *Psy Practice*. URL: <https://bit.ly/3WvCDI7>
27. Меннінг Джеймс, Ріджуей Нікола. Практика когнітивно-поведінкової терапії. Робочі листи та роздаткові матеріали для практикуючих фахівців КПТ та їхніх клієнтів. К. : Науковий світ, 2022. 174 с.
28. Миколайчук М. Культура психічного здоров'я молоді як стратегічна проблема сучасного суспільства // <https://oldconf.neasmo.org.ua/node/2654>
29. Мосієнко О. Психоедукація – первинний засіб в роботі з воїнами АТО. URL: <http://iqholding.com.ua/articles/psikhoedukatsiya-pervinnii-zasib->

[vroboti-z-voinami-ato](#) (дата звернення 22.06.2025).

30. Москаленко В.Д. Основи психічного здоров'я. Київ: Видавництво Ліра, 2018.

31. Олексенко С. В. Психоедукація як засіб формування культури психологічного здоров'я у педагогічних працівників. *Технології розвитку інтелекту*. 2020. № 4 (1(26)). URL: [https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/32084/1/S\\_Oleksenko\\_TRI\\_1%2826%29\\_IPPO.Pdf](https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/32084/1/S_Oleksenko_TRI_1%2826%29_IPPO.Pdf)

32. Примаченко Ольга. До себе ніжно. Книга про те, як цінувати і берегти себе. Київ: BookChef, 2022. 320 с.

33. [Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню](#). Наказ МОЗ України № 2118 [Офіційний сайт] / Верховна Рада України. - 13.12.2023.

34. Психоедукація (2024, 10 травня). ReIntentio Psechoeducation HUB. URL: <https://bit.ly/4amOBTP>

35. Пушко Є. І. Основні техніки з використанням уяви в когнітивно-поведінковій психотерапії. *Психологічні координати розвитку особистості: реалії і перспективи*: матеріали V Міжнар. наук.- практ. онлайн-конф. (м. Полтава, 27-28 квітня 2020 р.). Полтава, 2020. С. 137–140.

36. Романчук О. І. Майндфулнес-орієнтована КПТ – новий ефективний метод попередження рецидиву депресії. *Нейроньоз: психоневрологія і нейропсихіатрія*. 2014. № 3 (38). С. 40–45.

37. Розенберг Маршалл Б. Ненасильницьке спілкування. Мова життя. К. : Вид-во «Ранок», 2020. 258 с.

38. Психологічне консультування : навчально-методичний посібник. Видання третє, перероблене та доповнене / укладач Н.С. Славіна. – Кам'янець-Подільський : Видавець Ковальчук О.В., 2022. – 180 с.

39. Світовий досвід психоедукації населення в умовах війни та воєнних загроз: *науково-аналітична доповідь* / [Л. Г. Чорна, П. П. Горностай, Т. С. Асланян, В. І. Вус, О. В. Пінчук, О. О. Старовойтенко] ; за наук. ред. Л. Г. Чорної ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут

соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2024. 50 с.

40. Соціально-психологічні інструменти промоції здорового способу життя [Електронний ресурс] : методичні рекомендації / за наук. ред. М. С. Дворник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2024. – 105 с.

41. Сухіна І. Психоедукація батьків дітей з особливими освітніми потребами в умовах війни як напрям роботи психолога. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2023. № 3 (111). С. 7–31.

42. Тодорова І. С., Бульченко Д. В. Концептуальні засади психоедукації як методу психологічної допомоги. *«Наукові інновації та передові технології»*. 2024. Випуск № 7(35). С. 1103-1116.  
[https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-7\(35\)-1103-1116](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-7(35)-1103-1116)

43. Толчинська Ю.В., Чаркіна О.А. Психоедукація як засіб профілактики тривожних розладів серед молоді прифронтових міст. *Промоція ментального здоров'я надавачів психологічних послуг в умовах війни* : Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю / Гол. ред. О.А. Чаркіна. Кривий Ріг: Вид-во «Криворізький державний педагогічний університет», 2025. 166 с. С. 161-163.

44. Тривожні розлади: визначення та симптоми. URL: <https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu/tryvozhni-rozlady-vyznachennya-ta-symptomy/>

45. Турчак О. М. Психологічні особливості вербальних проявів тривожності студентів у ситуаціях емоційної напруги : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / О. М. Турчак ; Нац. ун-т «Остроз. акад.». – Острог, 2015. – 194 с.

46. Фролова, О. (2016). Психоедукація як метод соціально-психологічної профілактики психічного та психологічного здоров'я студентів. *IQхолдинг*. URL: <https://bit.ly/3CkIMtk>

47. Христук О. Л. Сучасні виміри психологічної практики: майндфулнес-підхід. *Науковий вісник Львівського державного університету*

*внутрішніх справ*. Серія: Психологія. Львів, 2018. Вип. 1. С. 153–161.

48. Царькова О. В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності / О. В. Царькова, С. В. Радченко // *Актуальні проблеми психології*. – 2015. – Т. 7, вип. 38. – С. 479–491.

49. Цільмак О. М., Онішкевич А. Д. Технології психологічного консультування : підручник. Одеса : Астропринт, 2023. 212 с. URL: <https://hdl.handle.net/11300/28114>; <https://doi.org/10.32837/11300.28114>

50. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: Навчальний посібник. — К: ВД «Професіонал», 2005. — 656 с.

51. Чаплак Я.В., Чуйко Г.В. Специфіка зв'язку перфекціонізму та емоційного вигорання особистості. *Габітус*. 2024. № 57. С.266-271. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.57.45>

52. Чуйко Г.В., Чаплак Я.В., Зварич І.М. Воронка виснаження як імовірний результат вигорання. *Наукові перспективи*. 2024. № 4(46). С.1473 - 1486. <https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024>

53. Якимчук Б.А. Основи психологічного консультування: Навчальний посібник. Умань: ПП Жовтий О.О., 2013. 204 с.

54. APA Dictionary of Psychology URL: <https://dictionary.apa.org/anxiety>

55. Aziz M. O., Mehrinejad S. A., Hashemian K. Integrative therapy (short-term psychodynamic psychotherapy & cognitive-behavioral therapy) and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*. 2020. Vol. 39. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101122>

56. Berg C.A., Meegan S. P., & Deviney P.P. A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan // *International Journal of Behavioral Development* 1998. № 22(2). P. 231-237.

57. Berge J.M, Law D.D, Johnson J., Wells M.G. Effectiveness of a Psychoeducational Parenting Group on Child, Parent and Family Behavior: A Pilot Study in a Family Practice Clinic with an Underserved Population. *Fam Syst*

Health. 2013. Vol. 28 (3). P. 224–235.

58. Dolan N., Simmonds-Buckley M., Kellett S., Siddell E., Delgadillo J. Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic Review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. 2021. Vol. 60(3). P. 375–399. <https://doi.org/10.1111/bjc.12288>

59. Donker T., Griffiths K.M., Cuijpers P., Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Med*. 2009. P. 7–79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>

60. Dryden W., Neenan M. Rationale motive behaviour therapy: 100 keypoints and techniques (3rd ed.). 2020, Routledge/Taylor&Francis Group. 314 p.

61. Ellis A. Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: new directions for rational emotive behavior therapy. Prometheus Books, 2001.

62. Fernandez-Alvarez H., Fernandez-Alvarez J. Commentary: Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*. 2019. Vol. 10. P. 123-124.

63. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety / S. Freud // *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XX (1925–1926): An Autobiographical Study, Inhibitions, Symptoms and Anxiety. The Question of Lay Analysis and Other Works*. – London, 1959. – P. 75–176.

64. Hobfoll S. E. (1996). Social Support: Will you be there when I need you? In N. Vanzetti and S. Duck (eds.), *A lifetime of relationships*. California: Brooks / Cole Publishing Co.

65. Jean-Yves Bégin, Catherine Arseneault, Jonathan Bluteau, Jocelyne Pronovost, Ph.D. Psychoeducation in Quebec: A Psychoeducational Intervention Method. *Journal of Theories and Research in Education*. № 1 (2012). P. 1–22.

66. Kabat-Zinn Jon. Mindfulness for All: The Wisdom to Transform the World. Little, Brown Book Group, 2019. 240 c.

67. Lopez D. F., & Little T. D. Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain // *Developmental Psychology* 1996. № 32. P. 299-312.

68. Pinchuk, O. (2024). Psychological education: international experience in improving mental health and developing the psychological culture of young people. *Image of the Modern Pedagogue*, 1(6), 76-79. [https://doi.org/10.33272/2522-9729-2024-6\(219\)-76-79](https://doi.org/10.33272/2522-9729-2024-6(219)-76-79).
69. Powell L.A., Parker J., Weighall A., Harpin V. Psychoeducation intervention effectiveness to improve social skills in young people with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*. 2022 Feb. Vol. 26(3). P. 340–357. <https://doi.org/10.1177/1087054721997553>
70. Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: A scoping review / Herrera S.N., Sarac C., Phili A., Gorman J., Martin L., Lyallpuri R., Dobbs M.F., DeLuca J.S., Mueser K.T., Wyka K.E., Yang L.H., Landa Y., Corcoran C.M. *Schizophrenia Research*. 2023. Feb. Vol. 252. P. 148–158. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.008>
71. Sarkhel S., Singh O.P., Arora M. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*. 2020 Jan; 62 (Suppl 2). P. 319–323. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7001357>
72. Skinner E., Edge K. Reflections on Coping and Development across the lifespan // *International Journal of Behavioral Development* 1998. № 22(2). P. 231-237.
73. Spielberger C. D. *Anxiety: Current trends in theory and research*. N.Y., 1972. Vol. 1. P. 24-55.
74. Srivastava P., Panday R. Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modality in Mental Health. *The International Journal of Indian Psychology*. 2016. Vol. 4(1). P.123–130. doi:10.25215/0401.153
75. Vitaliano P. P. et al. Coping Profiles Associated With Psychiatric, Physical Health, Work and Family Problems// *Health Psychology*, 1990. № 9(3). P. 348-376.
76. WHO. Mental health promotion and mental health prevention: a policy for Europe. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021.

77. Zinbarg R. E., Barlow D. H., Hertz R. M. Cognitive-behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders // *Annual Review of Psychology*. 1992. Vol. 43. P. 235-267.

78. Poldinger W. Aspects of anxiety / W. Poldinger // *Anxiety and tension*. – New therapeutic aspects. – Basel, 1970. – P. 7–21.

79. Spielberger C. D. Manual for the state–trait–anxiety inventory / C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene. – Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1970. – 10 p.

80. Taylor J. A. A personality scale of manifest anxiety / J. A. Taylor // *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. – 1953. – № 48 (2). – P. 285–290.