

УДК: 159.962.7:615.851
DOI: 10.60022/2(2)-1MHD

Яганова Анна

здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
Сумський державний університет, Україна

Yaganova Anna

higher education applicant at the first (Bachelor's) level
Sumy State University, Ukraine

ORCID ID: 0009-0008-2384-2063

Іванова Тетяна

кандидат психологічних наук, доцент
доцент кафедри психології, політології та соціокультурних технологій
Сумський державний університет, Україна

Ivanova Tetyana

Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor
Associate Professor of the Department of Psychology, Political Science and Sociocultural Technologies
Sumy State University, Ukraine

ORCID ID: 0000-0002-9394-8858

ІНТЕГРАЦІЯ МЕТОДІВ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТА ДІАЛЕКТИЧНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У КОРЕКЦІЇ ДИСФОРІЇ ТА ДИСФУНКЦІЙНИХ АТИТЮДІВ

Анотація. У статті розглядається проблема інтеграції методів діалектично-поведінкової (ДПТ) та когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у роботі з дисфорією та дисфункційними атитюдами. Актуальність дослідження обумовлена зростанням поширеності психологічних розладів, пов'язаних з дисфорією та порушеннями міжособистісних відносин.

Дисфорія розглядається як стан глибокого емоційного дискомфорту, що характеризується комплексом негативних емоцій, включаючи тривогу, депресію та роздратування. Тривала дисфорія призводить до значних фізіологічних змін, включаючи порушення сну та розвиток психосоматичних розладів. Дисфункційні атитюди визначаються як надмірно узагальнені та нереалістичні переконання щодо себе, світу та майбутнього, що формують «когнітивну тріаду». Підкреслюється тісний взаємозв'язок між дисфорією та дисфункційними атитюдами, який створює механізм самопідтримки негативних патернів мислення.

У роботі аналізуються теоретичні основи та практичні аспекти КПТ і ДПТ. Описуються основні техніки КПТ, включаючи когнітивну реструктуризацію, поведінкову активацію та експозицію. Розглядаються ключові навички ДПТ: усвідомленість, ефективна комунікація, емоційна регуляція та стресостійкість. Особлива увага приділяється техніці ТІР та концепції «радикального прийняття».

Представлено структурований план інтеграції КПТ та ДПТ, який включає сім етапів: діагностику, формування базових навичок, когнітивну реструктуризацію, поведінкову активацію, розвиток стресостійкості, інтерперсональну ефективність та профілактику рецидивів. Для кожного етапу описані конкретні техніки роботи, що забезпечують системний підхід до корекції психологічних проблем.

У висновках підкреслюється, що запропонований підхід дозволяє враховувати як раціональні, так і емоційні складові психологічних труднощів, забезпечуючи комплексний терапевтичний ефект. Окреслено перспективи подальших досліджень, які включають емпіричну перевірку ефективності інтегративного підходу, розробку інструментів для оцінки терапевтичних змін та адаптацію методів до різних клінічних контекстів.

Ключові слова: дисфорія, дисфункційні атитюди, когнітивно-поведінкова терапія, діалектично-поведінкова терапія, емоційна регуляція, когнітивна реструктуризація, інтегративний підхід.

INTEGRATION OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY METHODS IN THE CORRECTION OF DYSPHORIA AND DYSFUNCTIONAL ATTITUDES

Abstract. The article examines the problem of integrating Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) methods in working with dysphoria and dysfunctional attitudes. The relevance of the research is determined by the increasing prevalence of psychological disorders associated with dysphoria and interpersonal relationship disturbances.

Dysphoria is viewed as a state of deep emotional discomfort characterized by a complex of negative emotions, including anxiety, depression, and irritability. Prolonged dysphoria leads to significant physiological changes, including

sleep disturbances and the development of psychosomatic disorders. Dysfunctional attitudes are defined as overly generalized and unrealistic beliefs about oneself, the world, and the future, forming a «cognitive triad.» The close relationship between dysphoria and dysfunctional attitudes is emphasized, which creates a self-sustaining mechanism of negative thinking patterns.

The paper analyzes the theoretical foundations and practical aspects of CBT and DBT. The main CBT techniques are described, including cognitive restructuring, behavioral activation, and exposure. Key DBT skills are examined: mindfulness, effective communication, emotional regulation, and distress tolerance. Special attention is paid to the TIP technique and the concept of «radical acceptance».

A structured plan for integrating CBT and DBT is presented, which includes seven stages: diagnosis, basic skills formation, cognitive restructuring, behavioral activation, stress resistance development, interpersonal effectiveness, and relapse prevention. Specific techniques are described for each stage, providing a systematic approach to psychological problem correction.

The conclusions emphasize that the proposed approach takes into account both rational and emotional components of psychological difficulties, ensuring a comprehensive therapeutic effect. Prospects for further research are outlined, including empirical verification of the integrative approach's effectiveness, development of tools for assessing therapeutic changes, and adaptation of methods to different clinical contexts.

Keywords: *dysphoria, dysfunctional attitudes, cognitive behavioral therapy, dialectical behavior therapy, emotional regulation, cognitive restructuring, integrative approach.*

Постановка проблеми. Актуальність теми дослідження зумовлена зростанням поширеності психологічних розладів, пов'язаних з дисфорією та порушеннями міжособистісних відносин у сучасному суспільстві. За даними ВООЗ, близько 20% населення страждає від різних форм емоційних розладів, що суттєво впливають на якість життя та соціальне функціонування.

Діалектично-поведінкова (ДПТ) та когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) зарекомендували себе як ефективні методи психотерапевтичного втручання. Проте досі залишається відкритим питання щодо можливостей їх інтеграції та синергетичного застосування у роботі з комплексними випадками, де присутні як дисфоричні стани, так і порушення міжособистісної взаємодії.

Особливої уваги потребує розробка інтегративних підходів, які б поєднували сильні сторони обох терапевтичних напрямків – здатність ДПТ працювати з інтенсивними емоційними станами та навичками емоційної регуляції, а також структурований підхід КПТ до модифікації дисфункційних когнітивних схем та поведінкових патернів. Актуальним є дослідження механізмів взаємодії цих методів та розробка практичних рекомендацій щодо їх комплексного застосування у клінічній практиці.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Розглянемо ключові поняття, що лежать в основі нашого дослідження. Дисфорія – це стан глибокого емоційного дискомфорту, що характеризується комплексом негативних емоцій, включаючи тривогу, депресію, роздратування та загальне невдоволення. На відміну від звичайного поганого настрою, дисфорія має більш інтенсивний характер та може суттєво впливати на повсякденне функціонування людини [19, 10-11]. У клінічній практиці дисфорія часто розглядається як симптом різних психічних розладів, включаючи шизофренію [20], біполярний розлад і розлад уваги та гіперактивності [8], а також депресії [6].

Необхідність корекції дисфорії обумовлена її комплексним негативним впливом на різні сфери життя людини. Тривала дисфорія призводить до значних фізіологічних змін, включаючи порушення сну, зміни апетиту та розвиток психосоматичних розладів [9]. На психологічному рівні спостерігається зниження самооцінки, порушення когнітивних функцій та підвищений ризик розвитку клінічної депресії. Соціальний аспект проявляється у погіршенні професійного функціонування, тенденції до соціальної ізоляції та руйнуванні міжособистісних стосунків [5].

Особливу небезпеку становить хронічна дисфорія, яка може формувати стійкі патерни негативного мислення та дезадаптивної поведінки. За відсутності своєчасної психотерапевтичної допомоги, дисфоричні стани мають тенденцію до поглиблення та можуть стати тригером для розвитку більш серйозних психічних розладів [16]. Тому раннє виявлення та корекція дисфорії є важливим завданням сучасної психотерапевтичної практики, що дозволяє запобігти розвитку ускладнень та покращити загальне психологічне благополуччя людини.

Дисфункціональні атитюди – це надмірно узагальнені, суперечливі та нереалістичні переконання, об'єднані в цілісну картину щодо себе, навколишнього світу та майбутнього [3, 6-7].

Формуючись під час адаптації до стресових подій у житті, вони можуть з'являтися, як у психічно здорових людей, так і у людей з діагностованими психічними розладами, як от тривожні розлади чи депресія [17, 396]. За звичайних обставин ці установки здебільшого є прихованими, але в стресових подіях активуються [1, 81].

Дисфункційні атитюди часто формуються на основі моделей поведінки власної родини та підкріплюються авторитетом батьків і взаємовідносинами між членами родини. Частіше за все, це відбувається в дитинстві індивіда [1, 81]. А. Бек вважав, що дисфункційні атитюди – неусвідомлювані та невиражені думки, які стосуються

власної особистості, світу, що оточує людину та очікувань від нього [2]. Дисфункційні установки впливають на всі сфери життя людини, викривлюючи сприйняття себе, світу та оточуючих. А. Бек запропонував концепцію «когнітивної тріади», в якій описуються ключові дисфункційні установки особистості при депресивних станах [3, 6-7].

Когнітивна тріада включає негативне сприйняття себе, навколишнього світу та майбутнього. На рівні самосприйняття спостерігається стійка тенденція до знецінення власної особистості, що проявляється у відчутті власної неповноцінності. Світосприйняття характеризується інтерпретацією реальності як надмірно вимогливої та ворожої, де будь-яка взаємодія з оточенням розцінюється як потенційна загроза чи поразка. Щодо майбутнього, формується песимістичне переконання у безкінечності поточних страждань, що призводить до стану хронічної безнадії та фрустрації [4].

Між дисфорією та дисфункційними атитюдами існує тісний взаємозв'язок. У клінічній практиці часто спостерігається коморбідність дисфункційних атитюдів і дисфоричних станів, що формує особливо складну комбінацію психологічних проблем [12]. Дисфункційні атитюди, які являють собою стійкі негативні переконання щодо себе, світу та майбутнього, у взаємодії з дисфоричними станами, створюють потужний механізм самопідтримки негативних патернів мислення та емоційного реагування. Ця взаємодія може призводити до значного погіршення психологічного стану особистості, що виражається в таких негативних наслідках, як поглиблення депресивної симптоматики, посилення тривожних розладів, зниження здатності до адаптивного функціонування, порушення міжособистісних відносин та формування стійких деструктивних поведінкових патернів.

Тому терапевтичний підхід, орієнтований на одночасну корекцію як дисфункційних атитюдів, так і дисфоричних станів представляється більш ефективним. Ізолювана робота лише з одним із цих аспектів проблеми може виявитися недостатньою, оскільки невідкориговані патерни продовжуватимуть підтримувати і посилювати загальну дисфункціональність психічного стану.

Таким чином, **метою статті** є обґрунтування та розробка інтегративного підходу до застосування методів діалектично-поведінкової та когнітивно-поведінкової терапії у роботі з дисфорією та дисфункційними атитюдами.

Виклад основного матеріалу. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), завдяки своєму структурованому підходу до виявлення і корекції дисфункційних думок, дає змогу впоратися з когнітивними спотвореннями та неадаптивними переконаннями, що часто є основою емоційних труднощів. Водночас діалектично-поведінкова терапія (ДПТ), з її фокусом на емоційну регуляцію та розвиток навичок усвідомленості, пропонує інструменти для управління інтенсивними емоціями і, зокрема, дисфорією, допомагаючи людині краще справлятися з внутрішнім стресом і зміцнювати психічну стійкість. Інтеграція цих двох підходів створює ефективний терапевтичний інструментарій, де КПТ допомагає трансформувати негативні атитюди та когнітивні схеми, в той час як ДПТ забезпечує навички емоційної регуляції та толерантності до дистресу. Обидва методи разом сприяють розвитку більш адаптивних форм міжособистісної взаємодії та покращенню соціального функціонування.

Для глибшого розуміння того, як ці терапії впливають на психіку, варто детальніше розглянути кожен з підходів окремо, їх теоретичні основи та специфічні техніки, що використовуються для роботи з дисфорією та дисфункційними атитюдами.

Когнітивно поведінкова терапія (КПТ) – метод психотерапевтичного втручання, спрямований на виявлення та зміну деструктивних або тривожних патернів мислення [15]. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) базується на кількох основних принципах, що включають виявлення хибних або шкідливих установок і переконань, які можуть бути джерелом проблем у житті людини. Це означає, що психологічні труднощі часто виникають через сформовані моделі некорисної поведінки. Завдяки технікам КПТ клієнти можуть навчитися виявляти і змінювати ці патерни, покращуючи тим самим своє емоційне та психологічне благополуччя.

Під час терапії, яка фокусується на поточних подіях і емоціях, а не на глибинних причинах проблем, клієнти отримують інструменти для виявлення своїх мисленнєвих і поведінкових патернів, що ведуть до стресу або негативного самопочуття. Ці знання допомагають сформувати адаптивні навички подолання труднощів і змінювати реакції на стресові ситуації, покращуючи якість життя та емоційну стабільність.

КПТ-терапевти зосереджуються на роботі з поточними подіями та емоціями в житті людини, навчаючи клієнтів виявляти патерни та установки, що призводять до негативного самопочуття. Також у ході сеансів КПТ людина навчається змінювати власне мислення та реакції на стресогенні чинники.

КПТ пропонує широкий спектр інструментів для виявлення, аналізу та модифікації дезадаптивних когнітивних схем, які лежать в основі емоційних порушень. Розглянемо ключові техніки, які дозволяють здійснювати систематичну роботу з трансформації негативних установок та покращення емоційного стану клієнтів.

Д. Терк та Д. Мейхенбаум, описуючи метод реструктуризації – одну з найбільш ефективних технік для роботи з дезадаптивними та дисфункційними відносинами, виокремлюють п'ять основних етапів цього процесу [21, 135-154]. Перший етап передбачає оцінку ступеня психо-соціальних розладів за допомогою стандартизованих методів самозвітів і процедур спостереження, що дозволяє планувати найбільш ефективний курс терапії. Другий етап – переосмислення, або реструктуризація, є основою когнітивно-поведінкової терапії. На цьому ета-

пі терапевт допомагає клієнту ставити під сумнів дезадаптивні переконання та піддавати їх критичному осмисленню. Третій етап включає навчання клієнта стратегіям подолання труднощів у повсякденному житті та контролю над автоматичними негативними думками. Через домашні завдання клієнт закріплює навички, отримані під час сесій. Четвертий етап фокусується на підтримці та профілактиці рецидиву, коли обговорюються можливі майбутні труднощі та разом з терапевтом розробляється план для подолання потенційних тригерних ситуацій. Останній етап включає моніторинг засвоєних навичок на повторних сесіях, де оцінюється прогрес та пропонується подальша підтримка у разі виникнення труднощів з будь-яким етапом терапевтичного процесу [10].

Ще однією технікою КПТ є поведінкова активація (ПА), започаткована П. Левінсоном у 1970-х роках, яка орієнтована на розширення можливостей отримання клієнтом заохочень та винагород від найближчого оточення [13]. Н. Якобсон з колегами довели ефективність цієї техніки у лікуванні депресії [11]. У сучасній практиці метод ПА часто комбінується з іншими техніками для лікування депресії та супутніх розладів. Поведінкова активація сприяє поверненню до активного життя через заняття, які дозволяють людині піклуватися про себе, робити внесок у сім'ю, кар'єру та соціум, одночасно отримуючи від цього задоволення. Однією з інтегрованих технік є моніторинг активності (МА), який передбачає щогодинне відстеження власної активності поза сесіями, оцінку досягнутого результату та рівня задоволення. В кінці дня клієнт підсумовує загальний рівень депресії, що дозволяє виявити кореляцію між активністю і емоційним станом.

Іншою важливою технікою є планування діяльності (ПД), яка орієнтована на довгострокову перспективу. Використовуючи дані з моніторингу, клієнт планує конкретний час для виконання діяльності, що приносить найбільше задоволення і досягнення. Очікується, що спостереження за власною діяльністю допоможе клієнту відчувати себе впевненіше, покращить його емоційний стан і підвищить рівень активності [22].

Техніка експозиції або ж впливу – це регулярний контакт зі стресогенним чинником або подією з метою послаблення реакції на негативні стимули. Найчастіше застосовується при obsесивно-компульсивних та тривожних розладах, а також при роботі з конкретною психологічною травмою. Існують різні типи впливу, як от *in vivo*, що зосереджується на безпосередньому контакті зі стимулом; уявна експозиція, яка базується на уявному контакті зі стимулом та застосовується при неможливості фізично взаємодіяти з ним; інтроцептивний вплив застосовується для клієнтів, які бояться самих симптомів, наприклад, тривоги [22].

Після розгляду когнітивно-поведінкової терапії, яка фокусується на корекції дисфункційних переконань і патернів мислення, доцільно звернути увагу на інший підхід – діалектично-поведінкову терапію (ДПТ). Цей метод, що був розроблений М. Лінехан, зосереджений на роботі з емоційною регуляцією та адаптивними стратегіями подолання, що особливо важливо для осіб з емоційною дисрегуляцією і дисфорією. ДПТ поєднує елементи традиційної поведінкової терапії з техніками майндфулнес, що дозволяє ефективно працювати з емоційними проблемами, зокрема депресією та іншими психічними розладами, де емоційна нестабільність є ключовим фактором. Наразі існують модифікації ДПТ для лікування розладів емоційної регуляції, наркотичної залежності, депресії, розладів харчової поведінки. Головна мета ДПТ полягає в тому, щоб приймати клієнта таким, яким він є, одночасно з цим допомагаючи йому змінитися [7].

Процес терапії у ДПТ включає два етапи. Перший етап – це набуття та закріплення нових навичок, другий – розв'язання поточних проблем, як от робота з тривогою або стримування адиктивних потягів. Реалізація зазначених етапів базується на формуванні нових навичок, які включають, зокрема, 1) усвідомленість/уважність/майндфулнес; 2) ефективну комунікацію; 3) емоційну регуляцію; 4) стресостійкість. Зазначені навички групуються у навички змін (навички ефективної комунікації та регуляції емоцій) та навички прийняття (навички усвідомлення та стресостійкості). Дана модель розподілу уможливило додавання чи вилучення навичок відповідно до потреб клієнта та траєкторії терапії.

Навичка усвідомлення відіграє ключову роль в ДПТ, при цьому кожен інший тип навичок містить як мінімум одну навичку усвідомлення, наприклад, уважність до інших в міжособистісній комунікації, усвідомлення поточних емоцій в регуляції емоцій та усвідомлення теперішніх думок в стресостійкості [14]. Виходячи з того, що навички майндфулнес у ДПТ базуються на розумінні незмінності минулого та обмеженості миттєвих змін у теперішньому, надмірна самокритика та почуття провини можуть призвести до саморуйнівної поведінки, і тому усвідомлення та прийняття поточного моменту є ключовим елементом діалектично-поведінкової терапії [18].

Під час сесій ефективної комунікації клієнтів навчають ефективному висловлюванню власних бажань та асертивності. Наприклад, навичка DEARMAN, аббревіатура якої складається зі слів Describe (Опиши); Express (Вислови); Assert (Стверджуй); Reinforce (Підсилюй); stay Mindful (залишайся Уважним); Appear confident (Будь впевненим) [14].

Техніки регуляції емоційних станів у діалектично-поведінковій терапії являють собою комплексний підхід до управління емоційною сферою особистості. В рамках даного терапевтичного напрямку емоції концептуалізуються як мимовільні, короткотривалі, стереотипні реакції організму на зовнішні та внутрішні стимули. Методологія терапевтичної роботи базується на когнітивно-поведінкових стратегіях, спрямованих на оптимізацію емоційного реагування через посилення позитивних і редукцію негативних емоційних станів. Процес терапевтичного втручання зосереджується на розвитку навичок ідентифікації та вербалізації емоційних станів, зниженні емоційної вразливості до негативних стимулів та формуванні компетенцій емоційної саморегуляції. В

ході терапії впроваджується модель емоційного реагування, що охоплює оцінку рівня емоційної чутливості до стимулів, аналіз тригерних ситуацій та процесів, когнітивну обробку стимулів, вивчення патернів емоційного реагування та аналіз наслідків актуальних емоційних реакцій. Терапевтичний інструментарій у межах регуляції емоційних станів включає специфічні техніки, серед яких «Вирішення проблем», спрямована на пошук адаптивних копінг-стратегій, «Перевірка фактів», що орієнтована на реструктуризацію ірраціональних когнітивних схем, «Подолання на випередження», яка базується на принципах проактивного копіngu. Дані техніки становлять інтегративний комплекс методів, що забезпечують системний підхід до регуляції емоційних станів [14].

Навичка стресостійкості або ж дистрес-толерантності – це здатність знаходити зміст у стресових ситуаціях. Толерантність до дистресу передбачає формування здатності до конструктивного осмислення стресогенних ситуацій. У терапевтичному процесі відбувається засвоєння клієнтом методів емоційної саморегуляції та навичок відтермінованого підкріплення, спрямованих на подолання кризових станів без їх ескалації та превенцію дезадаптивної поведінки. Ефективним терапевтичним інструментом, у даному разі, є техніка ТІР, розроблена на основі нейрофізіологічних досліджень впливу температурних стимулів, фізичної активності, м'язової релаксації та респіраторних практик на автономну нервову систему з метою редукції психофізіологічного збудження. Методика включає наступні компоненти: термальну стимуляцію (занурення обличчя в холодну воду), інтенсивне фізичне навантаження, контрольоване дихання та прогресивну м'язову релаксацію. За умов неможливості модифікації чи уникнення стресового стимулу застосовуються техніки прийняття ситуації як об'єктивної даності.

Інтеграція когнітивно-поведінкової (КПТ) та діалектично-поведінкової терапії (ДПТ) у роботі з дисфорією та деструктивними атитюдами є відображенням необхідності всебічного підходу до вирішення психологічних труднощів, які часто мають багатовимірний характер. Такий підхід дозволяє врахувати когнітивний, емоційний і поведінковий аспекти функціонування особистості, забезпечуючи глибокий та системний вплив на джерела проблематики.

Когнітивно-поведінкова терапія орієнтована на ідентифікацію та зміну дисфункційних когніцій, таких як негативні переконання, упередження, автоматичні думки та шаблони мислення, що підсилюють відчуття дисфорії чи зумовлюють деструктивні атитюди. Через використання таких технік, як когнітивна реструктуризація, поведінкові експерименти та моніторинг автоматичних думок, КПТ сприяє формуванню більш адаптивного мислення. Це дає можливість клієнту не лише краще усвідомлювати свої когнітивні процеси, а й активно впливати на них, змінюючи сприйняття проблемних ситуацій та реакції на них.

Діалектично-поведінкова терапія, у свою чергу, фокусується на вирішенні проблем емоційної регуляції, які є ключовими для роботи з дисфорією. Цей підхід базується на діалектичному принципі балансу між прийняттям і зміною. Техніки, які використовуються в ДПТ, такі як майндфулнес, розвиток стресостійкості, модифікація поведінкових патернів та навички толерантності до дистресу, допомагають клієнтам краще управляти своїми емоціями, знижувати інтенсивність негативних афективних станів і уникати імпульсивних дій, що можуть посилювати дисфорію або закріплювати деструктивні атитюди.

У поєднанні ці два підходи утворюють синергію, яка посилює ефективність терапії. КПТ, будучи більш структурованою та аналітичною, забезпечує базу для раціонального переосмислення деструктивних переконань, тоді як ДПТ додає важливий компонент емоційної роботи, орієнтуючи клієнта на прийняття себе та своїх емоцій. Завдяки цьому клієнт не лише змінює дезадаптивні схеми мислення, а й отримує інструменти для довгострокового збереження цих змін, вбудовуючи нові стратегії саморегуляції в повсякденне життя.

Особливу роль інтеграція цих підходів відіграє у роботі з дисфорією, яка зазвичай характеризується одночасною присутністю когнітивних викривлень, таких як катастрофізація чи фільтрація негативу, та порушеннями емоційної регуляції, такими як неконтрольована тривога чи депресивні стани. КПТ дозволяє системно працювати з негативними установками та когнітивними викривленнями, що є основою деструктивних атитюдів, тоді як ДПТ акцентує увагу на навичках подолання сильних емоційних реакцій і прийнятті власних почуттів навіть у складних обставинах.

У контексті корекції деструктивних атитюдів, інтеграція цих підходів створює умови для всебічного впливу. КПТ сприяє поступовій зміні когнітивних схем, які підтримують негативне мислення, через інструменти аналізу доказів, зміни перспективи та перегляду основних життєвих переконань. ДПТ, доповнюючи цей процес, вносить акцент на прийняття клієнтом власного досвіду, валідацію емоцій і розвиток практичних навичок подолання життєвих труднощів без уникання чи заперечення.

Таким чином, синергія методів когнітивно-поведінкової та діалектично-поведінкової терапії є обґрунтованим і ефективним підходом до роботи з дисфорією та дисфункційними атитюдами. Інтеграція цих підходів дозволяє охопити когнітивний, емоційний та поведінковий аспекти проблематики, що забезпечує глибокий і комплексний вплив на психологічне функціонування особистості.

Для практичної реалізації цього підходу пропонується структурований план інтеграції КПТ та ДПТ, який включає всі ключові етапи роботи – від діагностики до профілактики рецидивів. Можна запропонувати наступну послідовність терапевтичного процесу, яка сприятиме досягненню стійких позитивних змін.

1. Діагностичний етап. Цей етап спрямований на глибоке розуміння індивідуальних проблем клієнта та визначення ключових аспектів терапевтичної роботи. У межах даного етапу передбачаються наступні кроки.

По-перше, оцінка ступеня психо-соціальних розладів, що передбачає використання стандартизованих опитувальників і клінічних інтерв'ю для визначення інтенсивності симптомів, ступеня їх впливу на повсякденне функціонування та взаємозв'язку з деструктивними атитюдами. По-друге, виявлення дезадаптивних когнітивних схем, автоматичних думок, основних переконань і когнітивних викривлень, які посилюють дисфору. По-третє, аналіз патернів емоційної регуляції з використанням діалектичного підходу для оцінки типових емоційних реакцій, їх інтенсивності, тривалості та контексту, в якому вони виникають. По-четверте, визначення рівня дистрес-толерантності, тобто стратегій, які використовує клієнт у складних ситуаціях.

2. Формування базових навичок. На цьому етапі закладається фундамент терапії шляхом опанування основних технік усвідомленості та емоційної регуляції. У межах майндфулнес-компетенцій це може бути (а) тренування концентрації на «тут і зараз» та уникнення надмірної фіксації на минулому чи майбутньому; (б) формування вміння приймати емоції та думки без самокритики чи осуду; (в) інтеграція принципів ДПТ для розуміння і прийняття реальності, навіть якщо вона неприємна чи складна. У межах емоційної регуляції пропонується (а) навчання розпізнаванню і диференціації емоційних переживань для кращого їх розуміння; (б) розвиток навичок вербалізації емоцій; (в) формування стабільного емоційного фону шляхом усунення тригерів і покращення фізичного благополуччя.

3. Когнітивна реструктуризація спрямована на глибоку роботу з когнітивними аспектами, що підтримують деструктивні атитюди. Окремі елементи у межах даного етапу включають (а) виявлення дисфункційних переконань з використанням технік КПТ; (б) критичний аналіз деструктивних атитюдів; (в) створення позитивних і реалістичних схем мислення для заміни старих дезадаптивних патернів; (г) інтеграція технік «Перевірки фактів» з метою навчання аналізу думок та перевірки їх відповідності реальності.

4. Поведінкова активація, спрямована на збільшення кількості адаптивних і корисних дій у повсякденному житті клієнта. На даному етапові можна запропонувати (а) моніторинг поточної поведінки клієнта та її впливу на емоційний стан; (б) планування діяльності, тобто, використання структурованих графіків для поступового збільшення позитивної активності; (в) розширення репертуару адаптивної поведінки; (г) розвиток навичок самопідкріплення, навчання усвідомленому схваленню своїх успіхів.

5. Розвиток стресостійкості, тобто формування навичок подолання кризових ситуацій і розвиток емоційної стійкості. На даному етапові можна запропонувати клієнту ряд технік, зокрема, (а) впровадження технік ТІР, які передбачають використання методів регулювання фізіологічного стану для швидкого зниження інтенсивності дистресу; (б) навчання методам кризової самодопомоги, розробка алгоритмів дій у складних ситуаціях для запобігання імпульсивній поведінці; (в) формування навичок «радикального прийняття», що полягає у допомозі клієнту приймати реальність як єдину точку старту для позитивних змін; (г) розвиток проактивного копінгу, тобто навчання клієнта передбачати потенційні стресові ситуації та готувати ефективні стратегії їх подолання.

6. Інтерперсональна ефективність, яка передбачає покращення міжособистісних взаємин та соціальної адаптації. Ефективними техніками тут можуть бути (а) розвиток комунікативних навичок; (б) навчання асертивній поведінці; (в) впровадження техніки DEARMAN, тобто навчання стратегічному підходу до вирішення конфліктних ситуацій і ефективного досягнення цілей у міжособистісних відносинах; (г) ідентифікація дезадаптивних моделей взаємодії та їх заміна на адаптивні.

7. Профілактика рецидивів, що забезпечує закріплення досягнутих змін та підтримку довгострокових результатів. Ефективним у даному разі може стати (а) моніторинг засвоєних навичок, що полягає у регулярному перегляді використання клієнтом нових стратегій поведінки і когніцій; (б) виявлення можливих ризиків повернення до деструктивних атитюдів та розробка конкретних планів їх подолання; (в) підтримка досягнутих змін, включення елементів саморефлексії у щоденну практику; (г) постановка довгострокових цілей для особистісного зростання.

Висновки. Теоретичний аналіз дисфорії та дисфункційних атитюдів демонструє, що ці явища мають багатовимірний характер, що обґрунтовує необхідність інтеграції методів когнітивно-поведінкової (КПТ) та діалектично-поведінкової терапії (ДПТ). КПТ ефективно працює з когнітивними аспектами, спрямовуючи увагу на зміну дисфункційних переконань, тоді як ДПТ зосереджується на емоційній регуляції, розвитку стресостійкості та подоланні імпульсивних реакцій. Таке поєднання підходів дозволяє враховувати як раціональні, так і емоційні складові психологічних труднощів, забезпечуючи комплексний терапевтичний ефект.

Запропонований інтегративний підхід охоплює послідовні етапи роботи: від діагностики та формування базових навичок до профілактики рецидивів, забезпечуючи систематичну та всебічну корекцію дисфорії та дисфункційних атитюдів. Особливий акцент робиться на навичках майндфулнес та емоційної регуляції, які є ключовими для довготривалої стабілізації емоційного стану та зменшення впливу когнітивних викривлень. Представлений план дозволяє адаптувати терапевтичну роботу до індивідуальних потреб клієнтів, враховуючи специфіку їхніх труднощів.

Перспективи подальших досліджень включають емпіричну перевірку ефективності інтегративного підходу через лонгітюдні дослідження, розробку інструментів для оцінки терапевтичних змін та адаптацію методів до різних вікових, культурних і клінічних контекстів.

Таким чином, інтеграція КПТ та ДПТ відкриває перспективи для підвищення ефективності психологічної

допомоги, формуючи базу для подальшого розвитку як теоретичних, так і прикладних аспектів терапії дисфорії та деструктивних когніцій.

Література

1. Ржевська-Штефан З. Життєстійкість особистості та дисфункціональні переконання юнаків. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2023. С. 78–88.
2. Beck A. T. Cognitive therapy: a 30-year retrospective. *American psychologist*. 1991. Vol. 46, no. 4. P. 368–375.
3. Beck A. T. *Cognitive therapy of depression*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2024. 406 p.
4. Beck A., Weissman A. Development and validation of the dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation. Washington, 1978. P. 33.
5. Berle D., Moulds M. L. Emotional reasoning processes and dysphoric mood: cross-sectional and prospective relationships. *PLoS ONE*. 2013. Vol. 8, no. 6. P. e67359.
6. Compton M. T., Carrera J., Frank E. Stress and depressive symptoms/dysphoria among US medical students. *The journal of nervous and mental disease*. 2008. Vol. 196, no. 12. P. 891–897.
7. Dimeff L., Linehan M. M. Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The californian psychologist*. 2001. Vol. 34, no. 3. P. 10–13.
8. Doerfler L. A., Connor D. F., Toscano P. F. Aggression, ADHD symptoms, and dysphoria in children and adolescents diagnosed with bipolar disorder and ADHD. *Journal of affective disorders*. 2011. Vol. 131, no. 1-3. P. 312–319.
9. Dougherty E. N., Bottera A. R., Haedt-Matt A. A. Dysphoric mood may explain the relation between sleep reactivity and binge eating but not purging. *Journal of american college health*. 2024. P. 1–5.
10. Gatchel R. J., Rollings K. H. Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *The spine journal*. 2008. Vol. 8, no. 1. P. 40–44.
11. Jacobson N. S. et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996. Vol. 64, no. 2. P. 295–304.
12. Jarrett et al. R. B. Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behaviour research and therapy*. 2012. Vol. 50, no. 5. P. 280–286.
13. Lewinsohn P. M., Graf M. Pleasant activities and depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1973. Vol. 41, no. 2. P. 261–268.
14. Linehan M. M., Wilks C. R. The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*. 2015. Vol. 69, no. 2. P. 97–110.
15. Nakao M., Shiotsuki K., Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*. 2021. Vol. 15, no. 1.
16. Pazzagli A., Monti M. R. Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2000. Vol. 33, no. 4. P. 220–226.
17. Perczel-Forintos D. et al. Introducing the brief version of the Dysfunctional Attitude Scale (DAS-14) based on a large clinical sample. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*. 2021. Vol. 22, no. 4. P. 395–417.
18. Robins C. J., Rosenthal M. Z. *Dialectical behavior therapy. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ, USA, 2012. P. 164–192.
19. Starcevic V. Dysphoric about dysphoria: towards a greater conceptual clarity of the term. *Australasian psychiatry*. 2007. Vol. 15, no. 1. P. 9–13.
20. Stusiński J., Lew-Starowicz M. Gender dysphoria symptoms in schizophrenia. *Psychiatria polska*. 2018. Vol. 52, no. 6. P. 1053–1062.
21. Turk D. C., Meichenbaum D. A cognitive-behavioral approach to pain management. *The evolution of cognitive behavior therapy*. 2017. P. 132–154.
22. Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric clinics of north america*. 2017. Vol. 40, no. 4. P. 597–609.

References

1. Rzhewska-Shtefan, Z. (2023). Zhyttiistiikist osobystosti ta dysfunksionalni perekonannia yunakiv. *Naukovyi chasopys NPU imeni M. P. Drahomanova. Serii 12. Psykholohichni nauky*, 78–88. [https://doi.org/10.31392/npu-nc.series12.2023.21\(66\).08](https://doi.org/10.31392/npu-nc.series12.2023.21(66).08).
2. Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368–375. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.46.4.368>
3. Beck, A. T. (2024). *Cognitive therapy of depression* (2nd ed.). Guilford Press.
4. Beck, A., & Weissman, A. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation*.
5. Berle, D., & Moulds, M. L. (2013). Emotional reasoning processes and dysphoric mood: Cross-sectional and

prospective relationships. *PLoS ONE*, 8(6), Стаття e67359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067359>

6. Berle, D., & Moulds, M. L. (2013). Emotional reasoning processes and dysphoric mood: Cross-sectional and prospective relationships. *PLoS ONE*, 8(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067359>

7. Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34(3), 10–13.

8. Doerfler, L. A., Connor, D. F., & Toscano, P. F. (2011). Aggression, ADHD symptoms, and dysphoria in children and adolescents diagnosed with bipolar disorder and ADHD. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 312–319. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.029>

9. Dougherty, E. N., Bottera, A. R., & Haedt-Matt, A. A. (2024). Dysphoric mood may explain the relation between sleep reactivity and binge eating but not purging. *Journal of American College Health*, 1–5. <https://doi.org/10.1080/07448481.2024.2336998>

10. Gatchel, R. J., & Rollings, K. H. (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *The Spine Journal*, 8(1), 40–44. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2007.10.007>

11. Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295–304. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.2.295>

12. Jarrett, R. B., Minhajuddin, A., Borman, P. D., Dunlap, L., Segal, Z. V., Kidner, C. L., Friedman, E. S., & Thase, M. E. (2012). Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(5), 280–286. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.008>

13. Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261–268. <https://doi.org/10.1037/h0035142>

14. Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>

15. Nakao, M., Shiotsuki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial Medicine*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w>

16. Pazzagli, A., & Monti, M. R. (2000). Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 33(4), 220–226. <https://doi.org/10.1159/000029147>

17. Perczel-Forintos, D., Mészáros, V., Kulig, B., Antal-Uram, D., & Rózsa, S. (2021). Introducing the brief version of the Dysfunctional Attitude Scale (DAS-14) based on a large clinical sample. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 22(4), 395–417. <https://doi.org/10.1556/0406.22.2021.014>

18. Robins, C. J., & Rosenthal, M. Z. (2011). Dialectical behavior therapy. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 164–192). John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9781118001851.ch7>

19. Starcevic, V. (2007). Dysphoric about dysphoria: Towards a greater conceptual clarity of the term. *Australasian Psychiatry*, 15(1), 9–13. <https://doi.org/10.1080/10398560601083035>

20. Stusiński, J., & Lew-Starowicz, M. (2018). Gender dysphoria symptoms in schizophrenia. *Psychiatria Polska*, 52(6), 1053–1062. <https://doi.org/10.12740/pp/80013>

21. Turk, D. C., & Meichenbaum, D. (2017). A cognitive-behavioral approach to pain management. *The evolution of cognitive behavior therapy* (c. 132–154). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315748931-12>

22. Wenzel, A. (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 597–609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>