

УДК 159.97:614

DOI <https://doi.org/10.32782/pub.health.2026.1.10>

Лупанов Костянтин Вячеславович,
кандидат медичних наук,
професор кафедри загальної медицини Медичного інституту
Приватного закладу вищої освіти «Київський міжнародний університет»
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1412-2701>

Сечейко Олена Віталіївна,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри авіаційної психології та управління людським фактором
Державного університету «Київський авіаційний інститут»
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7140-8252>

МЕТАКОГНІТИВНИЙ ПІДХІД В ПСИХОЛОГІЧНОМУ СУПРОВОДІ ОСІБ ІЗ ПСИХОТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

Актуальність. У сучасних умовах зростання рівня травматизації населення, зумовленої воєнними подіями, соціально-економічною нестабільністю та іншими кризовими чинниками, особливої значущості набуває розроблення ефективних підходів до психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом у системі громадського здоров'я. Існуючі моделі допомоги часто не забезпечують достатньої структурованості та орієнтації на формування довготривалих адаптивних механізмів.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування та концептуалізація підходу до психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом у системі громадського здоров'я на основі метакогнітивної саморегуляції, а також розроблення структурованої моделі його реалізації.

Матеріали і методи. Дослідження виконано у межах теоретико-аналітичного підходу. Використано методи системного аналізу, узагальнення та інтерпретації сучасних наукових джерел з проблеми психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом. Метод концептуального моделювання застосовано для розроблення структурованої моделі психологічної допомоги. Структурно-функціональний аналіз використано для визначення етапів, механізмів та принципів реалізації запропонованого підходу.

Результати дослідження. Обґрунтовано доцільність використання метакогнітивної саморегуляції як ключового механізму психологічної адаптації осіб із психотравматичним досвідом. Запропоновано структуровану модель психологічного супроводу, що включає етапи скринінгу, пріоритетизації проблем, планування інтервенцій та моніторингу їх реалізації. Визначено механізми трансформації дистресу у керований процес вирішення проблем через формування навичок структурованого мислення та усвідомленого контролю когнітивних процесів. Окреслено умови формування когнітивної автономії та здатності до перенесення ефективних копінг-стратегій у нові життєві ситуації.

Висновки. Запропонований підхід дозволяє підвищити ефективність психологічного супроводу в умовах системи громадського здоров'я за рахунок структуризації процесу допомоги та орієнтації на формування стійких метакогнітивних навичок. Практичне значення дослідження полягає у можливості використання розробленої моделі для оптимізації психологічної допомоги в умовах обмежених ресурсів та підвищеного навантаження на систему охорони здоров'я. Подальші дослідження доцільно спрямувати на емпіричну перевірку ефективності запропонованої моделі.

Ключові слова: психологічний супровід, травматичний досвід, метакогнітивна саморегуляція, громадське здоров'я, копінг-стратегії, когнітивна автономія.

Lupanov K. V., Secheiko O. V. The Metacognitive Approach to Psychological Support for Individuals with Psychotraumatic Experience

Topicality. In the context of the increasing prevalence of population traumatization caused by war-related events, socio-economic instability, and other crisis factors, the development of effective approaches to psychological support for individuals with traumatic experience within the public health system is of particular importance. Existing models of psychological assistance often lack sufficient structure and are not adequately oriented toward the formation of long-term adaptive mechanisms.

The goal of the work is to provide a theoretical substantiation and conceptualization of an approach to psychological support for individuals with traumatic experience in the public health system based on metacognitive self-regulation, as well as to develop a structured model for its implementation.

Materials and methods. The study was conducted within a theoretical and analytical framework. Methods of system analysis, generalization, and interpretation of contemporary scientific sources on psychological support for individuals with traumatic experience were applied. The method of conceptual modeling was used to develop a structured model

of psychological assistance. Structural and functional analysis was employed to identify the stages, mechanisms, and principles of implementing the proposed approach.

Research results. The study substantiates the feasibility of applying metacognitive self-regulation as a key mechanism of psychological adaptation for individuals with traumatic experience. A structured model of psychological support is proposed, which includes the stages of screening, problem prioritization, intervention planning, and monitoring of implementation. The mechanisms of transforming distress into a manageable problem-solving process through the development of structured thinking skills and conscious regulation of cognitive processes are identified. The conditions for the formation of cognitive autonomy and the transfer of effective coping strategies to new life situations are outlined.

Conclusions. The proposed approach enhances the effectiveness of psychological support within the public health system by structuring the assistance process and focusing on the development of stable metacognitive skills. The practical significance of the study lies in the possibility of applying the developed model to optimize psychological care under conditions of limited resources and increased pressure on the healthcare system. Further research should be aimed at empirical verification of the effectiveness of the proposed model.

Key words: psychological support, traumatic experience, metacognitive self-regulation, public health, coping strategies, cognitive autonomy.

Вступ. Сьогодні у сфері громадського здоров'я все чіткіше постає запит на такі методи допомоги, які не просто «лікують симптоми», а дають людині реальні інструменти для самостійного відновлення. Психологічний супровід тих, хто пережив психотравмуючі події, має на меті передусім повернення пацієнту його когнітивної автономії, а саме здатності знову керувати власним життям і думками [1, с. 881–883]. Наукові дослідження доводять, що травма працює як деструктивний механізм: вона буквально «зламає» звичні процеси обробки інформації, змушуючи людину застрягати у ригідних, болісних патернах мислення. Зокрема, відома модель S-REF пояснює, що афективні розлади часто підживлюються так званим когнітивно-уважним синдромом. Щоб розірвати це коло, необхідно навчити людину навичок метакогнітивної саморегуляції, тобто вміння усвідомлено керувати своїми реакціями на власні ж думки [1, с. 884–885; 2, с. 319–321]. У цьому контексті особливої ваги набуває концепція конструктивного, або «корисного» мислення. Вона виступає як багаторівнева стратегія, що допомагає особистості опанувати себе навіть у стані екстремального дистресу. Замість того, щоб бути пасивним отримувачем допомоги, людина вчиться чітким алгоритмам самопомоги: від скринінгу власних станів до свідомого вибору копінг-стратегій. Такий підхід дозволяє перетворити хаотичне переживання множинних проблем на зрозумілий процес реабілітації, де кожна дія має свою ієрархію та логіку. Зрештою, головна мета такого супроводу – сформувати стійку компетенцію психологічного відновлення, яка дозволить особистості не лише вистояти зараз, а й зберегти резильєнтність перед майбутніми викликами. Дане дослідження має теоретико-аналітичний характер і спрямоване на концептуалізацію та систематизацію підходів до психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом у

системі громадського здоров'я. У роботі запропоновано авторську модель, що інтегрує принципи метакогнітивної саморегуляції з алгоритмами структурованого вирішення проблем. Наукова новизна дослідження полягає у розробленні інтегративної моделі психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом, яка поєднує метакогнітивні механізми регуляції мислення з алгоритмізованими стратегіями подолання, а також у визначенні когнітивної автономії як ключового результату психологічного відновлення.

Мета та завдання. *Метою* дослідження є теоретичне обґрунтування та концептуалізація підходу до психологічного супроводу осіб із психотравматичним досвідом у системі громадського здоров'я на основі метакогнітивної саморегуляції, а також розроблення структурованої моделі його реалізації. *Завдання* дослідження полягають в аналізі сучасних підходів до психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом у системі громадського здоров'я, обґрунтуванні ролі метакогнітивної саморегуляції як механізму адаптації, розробленні структурованого підходу до скринінгу, пріоритетизації та планування інтервенцій, а також визначенні умов формування автономності та генералізації ефективних копінг-стратегій.

Методи дослідження. Дослідження виконано у межах теоретико-аналітичного підходу. Методологічну основу становлять положення когнітивно-поведінкової та метакогнітивної парадигм у психології. У роботі використано методи системного аналізу, узагальнення та інтерпретації сучасних наукових джерел, що дозволило виявити ключові закономірності психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом у системі громадського здоров'я. Метод концептуального моделювання застосовано для розроблення структурованої моделі психологічної допомоги на основі принципів метакогнітивної саморегуляції.

Структурно-функціональний аналіз використано для визначення етапів, механізмів та принципів реалізації запропонованого підходу, а також для обґрунтування його внутрішньої логіки та прикладної доцільності.

Результати дослідження. Теоретичний аналіз сучасних досліджень свідчить про ефективність метакогнітивної терапії (МКТ) у роботі з посттравматичними станами, зокрема в аспекті регуляції процесів мислення [3, с. 373–375]. У межах концептуального підходу розвиток навичок структурованого вирішення проблем розглядається як механізм трансформації дистресу у керований алгоритм дій, що корелює із принципом «стратегічного дуалізму» та формуванням компетенції психологічного відновлення. Такий підхід забезпечує не лише стабілізацію стану, а й практичне застосування концептуальних засад резильєнтності в реальних життєвих обставинах [4, с. 197–201].

Окреме місце посідає поведінкова активація для реставрації афективного фону [5, с. 318–320] та когнітивна реструктуризація для нейтралізації дисфункційних патернів [6, с. 427–429]. Кінцевою метою супроводу є формування психологічної гнучкості та здатності особистості самостійно екстраполювати засвоєні стратегії на нові життєві виклики, що забезпечує перехід до повної когнітивної автономії [7, с. 865–868; 8, с. 3015–3017; 9, с. 20–23; 10, с. 79–82]. У практиці психологічного супроводу осіб із травматичним досвідом одним із ключових етапів є моніторинг реалізації обраних рішень. Під час повторних консультаційних сесій фахівець має здійснити комплексну оцінку комплаєнсу пацієнта щодо впровадження раніше визначених алгоритмів дій. Структура терапевтичної роботи на цьому етапі базується на трикомпонентній моделі аналізу:

Блок 1. Верифікація реалізованих інтервенцій та їх результативності. Цей блок передбачає детальну ідентифікацію успішно впроваджених кроків та аналіз отриманих результатів. Основна увага приділяється оцінці досягнення проміжних (короткострокових) цілей. Навіть часткова реалізація плану розглядається як позитивний індикатор динаміки метакогнітивної адаптації, що зміцнює віру пацієнта у власну ефективність.

У ситуаціях, коли пацієнт не вдався до практичної апробації запропонованих рішень, пріоритетним завданням стає виявлення причин, що перешкоджають реалізації запланованих дій. Такий аналіз включає виявлення когнітивних та середовищних бар'єрів, що перешкождали імплементації плану. Отримана інформація стає основою корекції терапевтичної стратегії, що дозво-

ляє розробити більш реалістичні та операційно доступні кроки, адаптовані до поточного стану пацієнта та його актуальних ресурсів.

Блок 2. Стратегічне планування та ревізія терапевтичного маршруту. На основі аналізу результатів першого етапу фахівець спільно з пацієнтом здійснює верифікацію наступних етапів терапевтичної роботи. Даний блок спрямований на визначення практичної доцільності поточного плану та необхідності його корекції. Аналітичний процес включає розгляд альтернативних дій у разі низької ефективності попередніх кроків, а також розширення репертуару доступних стратегій шляхом реалізації нових когнітивних рішень. Такий підхід забезпечує гнучкість терапевтичного процесу та його адаптивність до мінливих обставин життєвого контексту пацієнта.

Блок 3. Генералізація навичок та трансфер когнітивних стратегій на нові виклики. Вирішальним показником успішності психологічного супроводу є здатність пацієнта до самостійного перенесення засвоєного алгоритму на нові проблемні ситуації. Якщо первинний дезадаптивний чинник було усунуто або він втратив актуальність, сесія фокусується на закріпленні успішного досвіду. Важливим аспектом є аналіз спроб пацієнта самостійно застосувати етапи структурованого вирішення проблем до додаткових повсякденних труднощів. Формування такої автономності свідчить про глибоку інтерналізацію адаптивних механізмів та перехід від зовнішньої фасилітації до сталого самостійного копінгу. Це забезпечує довгострокову стійкість особистості до потенційних майбутніх кризових ситуацій.

Теоретичний аналіз процесу імплементації дозволяє розглядати цей етап як важливий механізм зміцнення адаптивних копінг-стратегій. Важливим терапевтичним інструментом при цьому виступає метод ретроспективного моделювання: психолог спонукає пацієнта проаналізувати ефективність обраних рішень та здійснити когнітивний перегляд альтернативних варіантів дій – «Як би ви вчинили за наявності повторної можливості?». Така переоцінка сприяє деконструкції ригідних переконань та глибокому розумінню індивідуальних патернів прийняття рішень. Невід'ємним ресурсним елементом супроводу виступає надання конструктивного позитивного зворотного зв'язку. Фахівець має валідувати будь-які вольові зусилля пацієнта, спрямовані на досягнення цілей, оскільки це зміцнює нейропсихологічне підкріплення нових поведінкових моделей.

Завершальним етапом кожної сесії є рекапітуляція – повторення ключових етапів алгоритму

структурованого вирішення проблем. Ця інтервенція спрямована на посилення когнітивної доступності методу, що дозволяє пацієнту автоматизувати використання даного підходу під час майбутніх викликів. Таким чином, психологічний супровід трансформується з процесу вирішення конкретної проблеми у процес навчання універсальному алгоритму метакогнітивної саморегуляції.

Процес збору релевантних даних та встановлення ієрархії пріоритетів психологічного супроводу є детермінантою ефективності подальших інтервенцій з врахуванням індивідуальної траєкторії відновлення пацієнта. Нижче представлено алгоритмізовану модель структурованого підходу, що окреслює ключові діагностичні вектори, які підлягають експертному аналізу з боку психолога.

Етап I. Скринінг актуальних потреб та ідентифікація проблемних доменів. У клінічній практиці більшість осіб із травматичним досвідом здатні до самостійної вербалізації нагальних потреб, що потребують первинної інтервенції. У таких випадках безпосередня відповідь на запит пацієнта є достатньою і не потребує додаткової дескрипції. Проте певна категорія осіб демонструє труднощі у формулюванні занепокоєнь або наданні розгорнутих відповідей на уточнюючі запитання, що вимагає від фахівця застосування технік фасилітації.

Важливим аспектом діагностичного процесу є динамічна корекція пріоритетних тем. У разі виявлення пацієнтом проблеми, що потребує негайної стабілізації, стандартна процедура скринінгу має бути призупинена на користь невідкладного втручання або перенаправлення до вузькоспеціалізованих установ. До станів, що потребують пріоритетної уваги та невідкладної роботи належать:

– *Соматичні ускладнення* як критичні стани фізичного здоров'я.

– *Кризи ментального здоров'я*, проявлені через афективні розлади в стадії загострення, гострі тривожні стани, зловживання психоактивними речовинами, наявність суїцидального ризику.

– *Загрози фізичній безпеці* в ситуаціях насильства або безпосередніх погроз життю.

Адекватна відповідь на такі запити мінімізує ризик ретравматизації та підвищує прихильність пацієнта до подальшого процесу реабілітації.

Етап II. Визначення пріоритетів та стратегія запитів. Результативність первинного скринінгу безпосередньо залежить від точності пріоритетизації виявлених дезорганізуючих факторів, адекватності вибору копінг-стратегій та узго-

дження терапевтичного контракту. Роль психолога на цьому етапі полягає у фасилітації процесу селекції найнагальнішого запиту, що потребує негайного опрацювання. Процес спільного визначення пріоритетів базується на суб'єктивному сприйнятті пацієнта та експертних рекомендаціях фахівця. У ситуаціях мультипроблемності (наявності кількох рівнозначних сфер дезадаптації) психолог допомагає пацієнту структурувати їх за ступенем критичності. Для оптимізації цього процесу доцільно використовувати структуроване інтерв'ю з фокусом на детермінацію пріоритетів, що включає наступні діагностичні вектори:

– *Суб'єктивна інтенсивність дистресу:* «Яка з цих сфер викликає у вас найбільше занепокоєння?»

– *Хронологічна невідкладність:* «Чи є проблема, що потребує негайного втручання через ризик погіршення ситуації в найближчому майбутньому?»

– *Функціональна домінантність (кумулятивний ефект):* «Чи є серед перелічених проблем та вирішення якої автоматично полегшить стан у інших сферах?»

– *Когнітивна готовність (ресурсність):* «Над яким із питань ви відчуваєте найбільшу готовність та внутрішній ресурс працювати сьогодні?»

– *Актуалізація через ситуативні тригери:* «Чи відбулися останнім часом події, що загострили конкретну проблему та потребують невідкладної корекції?»

Такий структурований підхід забезпечує перехід від хаотичного переживання кризового стану до цілеспрямованого процесу психологічної реабілітації, де пацієнт виступає активним суб'єктом прийняття рішень.

Етап III. Проактивне проектування плану дій та стратегічне дублювання. Після верифікації потенційної можливості проблеми та актуалізації внутрішніх і зовнішніх ресурсів пацієнта, ключовим завданням стає його активне залучення до формулювання операційного плану дій. Суб'єктна роль особи, яка пережила травму, у цьому процесі є детермінантою відновлення відчуття контролю над життєвими обставинами.

У межах даного етапу особливо ефективною є *трикомпонентна модель планування*, яка передбачає наступний алгоритм:

1. Ідентифікація суті проблеми, а саме чітке фокусування на пріоритетному запиті, визначенню на попередньому етапі.

2. Формування стратегічного дуалізму через розроблення щонайменше двох варіативних стра-

тегій подолання – детермінованої (основної) та ад'ювантної (додаткової).

Наявність альтернативного (резервного) плану дій знижує рівень тривожності перед можливими перешкодами та підвищує загальну стійкість системи адаптації, а також забезпечує когнітивну гнучкість пацієнта. Це дозволяє уникнути фіксації на невдачі у разі неефективності первинної стратегії та стимулює проактивну позицію у процесі психологічної реабілітації.

Критичним аспектом реалізації плану дій є роль фахівця у диференціації та зміцненні специфічних навичок подолання труднощів. У межах запропонованого підходу виділяються наступні стратегічні домени копінг-компетенцій:

– Когнітивно-процесуальний домен (SPS-базис) виступає фундаментом терапевтичного втручання. Включає алгоритмізований цикл: від ідентифікації проблеми та детермінації цілей до багатоваріантного пошуку стратегій та їх операційної імплементації. Акцент зміщується на активне подолання дезадаптивних чинників та стимуляцію особистісного прогресу.

– Активація позитивної діяльності (Behavioral Activation) – це стратегія спрямована на реставрацію афективного фону та загального рівня функціонування. Передбачає ідентифікацію та інтеграцію в повсякденне життя активностей, що забезпечують суб'єктивне відчуття задоволення та самореалізації.

– Емоційна саморегуляція, завдяки опануванню технік контролю афективних станів для редукції соматичних та психологічних проявів тривожності й дистресу.

– Когнітивна реструктуризація (конструктивне мислення) передбачає детекцію етіологічних чинників негативних емоцій та розробку адаптивних схем для нейтралізації дисфункційних когнітивних патернів.

– Відновлення приналежності до групи (спільноти) фокусується на відновленні та зміцненні позитивної міжособистісної взаємодії. Активізація соціальної підтримки сприяє формуванню відчуття приналежності та є базовим предикатором психологічного благополуччя.

Висновки. У межах теоретичного аналізу встановлено, що ефективність психологічної допомоги особам із травматичним досвідом

детермінована якістю діагностичного тріажу. Лаконічний скринінг дозволяє не лише ідентифікувати кризові стани та поведінкові ризики, а й встановити довірчий терапевтичний альянс через урахування етнокультурних та індивідуальних переваг пацієнта.

Показано, що перехід від хаотичного переживання мультипроблемності до цілеспрямованої реабілітації забезпечується використанням критеріальної матриці пріоритезації – від суб'єктивної інтенсивності дистресу до функціональної значущості проблеми. Це дозволяє обрати найбільш «ресурсну» мішень для втручання, що підвищує самоефективність пацієнта вже на перших етапах роботи.

Теоретично обґрунтовано доцільність застосування трикомпонентної моделі планування, що базується на принципі стратегічного дуалізму – формуванні основної та додаткової стратегії подолання. Інтеграція когнітивно-процесуальних навичок із поведінковою активацією, емоційною саморегуляцією та реставрацією соціальної афіліації забезпечує всебічне охоплення дезадаптивних особистісних конструктів.

Теоретичний аналіз ролі моніторингу та рефлексивного аналізу («ретроспективного моделювання») дозволяє розглядати їх як ефективні інструменти трансформації досвіду вирішення проблем у стійкі метакогнітивні навички. Це сприяє успішному трансферу адаптивних стратегій на нові життєві виклики, забезпечуючи перехід пацієнта до повної когнітивної автономії та довгострокової резильєнтності. Обмеження дослідження полягають у його теоретичному характері, що не передбачає емпіричної верифікації запропонованої моделі. Подальші дослідження доцільно спрямувати на апробацію моделі в умовах практичної діяльності системи громадського здоров'я із застосуванням кількісних та якісних методів оцінки ефективності.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання запропонованої моделі як інструменту структуризації психологічної допомоги в умовах підвищеного навантаження на систему громадського здоров'я та обмежених ресурсів, що є особливо актуальним у контексті масового травматичного досвіду населення.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Wells A., Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*. 1996. Vol. 34, No. 11–12. P. 881–888. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2)
2. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38, No. 4. P. 319–345. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

3. Wells A., Colbear J. S. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*. 2012. Vol. 68, No. 4. P. 373–381. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20871>
4. D’Zurilla T. J., Nezu A. M. Problem-solving therapy. *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. 2010. P. 197–225.
5. Cuijpers P., van Straten A., Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2007. Vol. 27, No. 3. P. 318–326. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
6. Hofmann S. G., Asnaani A., Vonk I. J., Sawyer A. T., Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012. Vol. 36, No. 5. P. 427–440. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
7. Kashdan T. B., Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*. 2010. Vol. 30, No. 7. P. 865–878. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
8. Lupanov K. V., Secheiko O. V. Helpful thinking as a multilevel strategy for cognitive-semantic self-regulation of personality under conditions of extreme distress. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2026. № 1 (59). С. 3006–3019. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1\(59\)-3006-3019](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1(59)-3006-3019)
9. Bonanno G. A. Resilience in the face of potential trauma. *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, No. 1. P. 20–28. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
10. Southwick S. M., Charney D. S. The science of resilience: Implications for prevention and treatment. *Science*. 2012. Vol. 338, No. 6103. P. 79–82. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.1222942>

REFERENCES:

1. Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11–12), 881–888. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2) [in English].
2. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0) [in English].
3. Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 373–381. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20871> [in English].
4. D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 197–225) [in English].
5. Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318–326. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001> [in English].
6. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1> [in English].
7. Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001> [in English].
8. Lupanov, K. V., & Secheiko, O. V. (2026). Helpful thinking as a multilevel strategy for cognitive-semantic self-regulation of personality under conditions of extreme distress. *Perspektyvy ta Innovatsii Nauky. Seriya "Psykhologhiia"*, (1(59)), 3006–3019. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1\(59\)-3006-3019](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2026-1(59)-3006-3019) [in English].
9. Bonanno, G. A. (2004). Resilience in the face of potential trauma. *American Psychologist*, 59(1), 20–28. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20> [in English].
10. Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: Implications for prevention and treatment. *Science*, 338(6103), 79–82. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.1222942> [in English].

Дата першого надходження статті до видання: 30.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 24.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 28.05.2026



Стаття поширюється на умовах ліцензії
відкритого доступу (CC BY 4.0)