

УДК 159.92

DOI <https://doi.org/10.32782/2707-0409.2025.2.5>

Завацький В. Ю.

доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри психології
Мелітопольський державний педагогічний університет
імені Богдана Хмельницького
e-mail: vadzavatskiy@gmail.com
ORCID ID: 0000-0001-9946-9113
Researcher ID: AAE–8862–2019

Новацький В. Р.

здобувач кафедри практичної психології та соціальної роботи
Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля
e-mail: Edelstarwest@gmail.com
ORCID ID: 0009-0008-8158-8649

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ПСИХОТЕРАПІЯ В СТРАТЕГІЯХ ВІДНОВЛЕННЯ В СИСТЕМІ СУЧАСНОЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

У статті розглянуто та проаналізовано сучасний стан проблеми застосування когнітивно-поведінкової психотерапії в стратегіях відновлення в системі сучасної соціально-психологічної допомоги. Показано, що практичне значення принципів та методів когнітивно-поведінкової психотерапії пов'язане з необхідністю профілактики та коригування депресії не тільки як переживання, але й як поширеного наразі захворювання. Наголошено на необхідності застосування досягнень цього психотерапевтичного спрямування для стратегій відновлення в системі сучасної соціально-психологічної допомоги широким верствам населення, зокрема осіб, засуджених до позбавлення волі, адже такі умови покликані забезпечити виправлення та ресоціалізацію засуджених, поряд із покаранням, що виявляється в наявності різних обмежень, які призводять до депресивних та аутоагресивних переживань, деструктивної поведінки.

Ключові слова: когнітивно-поведінкова психотерапія, раціонально-емоційна поведінкова терапія, депресивна симптоматика, програми психологічної корекції, стратегії відновлення, система сучасної соціально-психологічної допомоги.

Постановка проблеми. Когнітивно-поведінкова психотерапія – найбільш популярний метод у світовому професійному співтоваристві, один з небагатьох напрямів психотерапії з науково доведеною ефективністю. Когнітивно-поведінкова психотерапія пояснює психологічні проблеми як наслідок некоректної переробки інформації, що надходить у мозок.

Сьогодні саме когнітивно-поведінкова психотерапія є високоефективним методом лікування розладів різного типу та активно використовується в стратегіях

відновлення в системі сучасної соціально-психологічної допомоги. Низка проведених досліджень показала, що когнітивно-поведінкова психотерапія особливо високих результатів досягла в лікуванні депресії. Ця терапія ефективно знімає стан тривоги. Також було зазначено, що когнітивно-поведінкова психотерапія знижує ймовірність виникнення рецидиву захворювання на майбутнє.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Когнітивно-поведінкова психотерапія взаємозалежна з поведінковою психологією. Когнітивно-поведінкова психотерапія працює, коли треба знайти нові форми поведінки, розбудувати майбутнє, закріпити результат. Техніки когнітивно-поведінкової психотерапії постійно застосовуються на певних етапах терапії в комплексі з іншими підходами. Так, когнітивний підхід до емоційних розладів змінює погляд людини на себе та свої проблеми. Найбільш широко когнітивно-поведінкова психотерапія застосовується у клінічній практиці, психологічному консультуванні, роботі з персоналом на підприємствах. Для практикуючих фахівців когнітивно-поведінкова психотерапія зручна тим, що може гармонійно поєднуватися з будь-яким психотерапевтичним підходом, доповнюючи та збагачуючи його ефективність [1–5].

Когнітивно-поведінкова психотерапія дає змогу досягати дуже високих результатів у терапії та консультуванні, стратегіях відновлення в системі сучасної соціально-психологічної допомоги.

Насамперед нагадаємо, що початок когнітивно-поведінкової терапії пов'язують, зокрема, з діяльністю Дж. Келлі, який використав у своїй клінічній роботі психоаналітичні інтерпретації. На думку Дж. Келлі, інтерпретації З. Фрейда виявлялися ефективними, оскільки вони розхитували звичний для пацієнтів спосіб мислення та надавали їм можливість мислити та розуміти по-новому. У процесі терапії відбувається зміна того, як люди інтерпретують свій досвід та як вони дивляться на майбутнє. Люди стають депресивними чи тривожними, адже потрапляють у пастку ригідних, неадекватних категорій власного мислення.

Дж. Келлі вирішив створити техніки для безпосередньої корекції неадекватних способів мислення. Він пропонував пацієнтам усвідомити свої переконання та перевірити їх. Дж. Келлі був одним з перших психотерапевтів, які намагалися безпосередньо змінювати мислення пацієнтів. Ця мета є основою багатьох сучасних терапевтичних підходів, які поєднуються поняттям «когнітивна терапія».

На цьому етапі розвитку психотерапії когнітивний підхід у чистому вигляді майже не практикується: всі когнітивні підходи більшою чи меншою мірою використовують поведінкові техніки.

Сьогодні когнітивна терапія перебуває на стику когнітивізму, біхевіоризму та психоаналізу.

Когнітивна терапія була розроблена А. Беком в Університеті Пенсильванії як структурований, короткостроковий, орієнтований на теперішнє вид психотерапії, призначений для лікування депресивних розладів. Основною метою когнітивної

терапії стало вирішення актуальних проблем пацієнтів, а також зміна дисфункціонального, спотвореного мислення та поведінки.

Загалом сьогодні когнітивна модель передбачає, що в основі всіх психологічних порушень особистості лежить спотворене, чи дисфункціональне, мислення (що, своєю чергою, перекручує емоції і поведінку пацієнта). Реалістична оцінка та зміна такого мислення ведуть до покращення самопочуття та гармонізації поведінки. Отже, щоб досягти стійких результатів, необхідно виявити, оцінити та змінити дисфункціональні погляди та переконання, що лежать в основі будь-якого психологічного розладу.

Відомими вченими було розроблено інші форми когнітивної терапії. Особливо слід відзначити раціонально-емотивну терапію А. Елліс, когнітивно-поведінкову модифікацію Д. Мейченбаума, мультимодальну терапію А. Лазаруса. Вагомий внесок у розвиток когнітивної терапії зробили багато інших теоретиків, зокрема М. Махоні, В. Гьюдано та Дж. Ліотті.

Мета статті полягає у розкритті особливостей застосування когнітивно-поведінкової психотерапії в стратегіях відновлення в системі сучасної соціально-психологічної допомоги.

Результати дослідження. З того часу, як було опубліковано перше дослідження результатів лікування, когнітивно-поведінкова терапія зазнавала всебічних досліджень. Контрольовані експерименти підтвердили її ефективність у лікуванні депресії, генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, соціофобії, розладів внаслідок вживання психоактивних речовин, розладів їжі, проблем у стосунках з партнером та госпітальної депресії.

Нині когнітивна терапія застосовується в усьому світі як єдиний або додатковий вид лікування багатьох інших розладів. Це obsesивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад, розлади особистості, рекурентна депресія, хронічний больовий синдром, іпохондричний розлад та шизофренія. Когнітивна терапія успішно застосовується не тільки в лікуванні психіатричних пацієнтів, але й у роботі з людьми, які відбувають покарання в місцях позбавлення волі, з пацієнтами, які страждають на різноманітні захворювання, і багатьма іншими категоріями осіб. Когнітивно-поведінкова терапія ефективна для пацієнтів незалежно від їхнього походження, рівня освіти та доходів. Вона була адаптована до роботи з пацієнтами всіх вікових груп та модифікована для роботи з групами пацієнтів, вирішення проблем у стосунках з партнером, а також сімейної терапії.

Згідно з її принципами, ключ до розуміння та вирішення психологічних проблем перебуває у свідомості пацієнтів. Проблеми пацієнта впливають переважно з деяких спотворень дійсності, заснованих на помилкових передумовах і припущеннях. Ці неправильні уявлення виникають у результаті неправильного навчання у процесі пізнавального чи когнітивного розвитку особистості. Звідси легко вивести формулу лікування: терапевт допомагає пацієнтові відшукати спотворення у мисленні та навчитися альтернативним, більш реалістичним спосо-

бам формулювання свого досвіду. Когнітивний підхід до емоційних розладів змінює погляд людини на себе і свої проблеми.

Цілями когнітивно-поведінкової терапії є виправлення помилкової переробки інформації та допомога пацієнтам у модифікації переконань, які підтримують неадаптивну поведінку та емоції. Когнітивно-поведінкова терапія спочатку націлена на зняття симптому, включно з проблемною поведінкою та логічними спотвореннями, але її кінцевою метою є усунення систематичних упереджень у мисленні.

У кожної людини в когнітивному функціонуванні є своє слабке місце – «когнітивна вразливість», яка схиляє її до психологічного стресу. Ці «вразливості» належать до структури особистості.

Особистість формується «схемами» чи когнітивними структурами, які є базальними переконаннями (позиціями). Ці схеми починають формуватися у дитинстві з урахуванням особистого досвіду та ідентифікації з іншими. Люди формують концепції себе, інших, того, як функціонує світ. Ці концепції підкріплюються подальшим досвідом навчання і, своєю чергою, впливають на формування інших переконань, цінностей і позицій. Схеми можуть бути адаптивними чи дисфункціональними. Вони є стійкими когнітивними структурами, що стають активними, коли включаються специфічними стимулами, стресорами чи обставинами.

А. Бек розробив такі когнітивні моделі (моделі переробки інформації).

Когнітивна модель депресії. А. Бек описує когнітивну тріаду під час депресії:

- негативне уявлення про себе;
- негативний погляд на світ;
- нігілістичний погляд на майбутнє.

Когнітивна модель тривожних розладів. У мисленні тривожного пацієнта домінують теми небезпеки, тобто він передбачає події, які виявляться згубними для нього, його сім'ї, його майна та інших цінностей.

Манія. Такі індивіди вибірково сприймають переваги будь-якого життєвого досвіду, блокуючи негативний досвід або інтерпретуючи його як позитивний і нереалістично чекаючи на сприятливі результати від різних подій. Перебільшення здібностей, переваг та досягнень призводить до почуття ейфорії.

Когнітивна модель панічного розладу. Пацієнти з панічним розладом схильні розглядати будь-який незрозумілий симптом чи відчуття як ознаку неминучої катастрофи.

Когнітивна модель фобії. У разі фобій є передчуття фізичної чи психологічної шкоди у специфічних ситуаціях.

Когнітивна модель параноїдних станів. Параноїдний індивід приписує іншим людям переконливе ставлення до себе. Інші люди навмисно ображають, втручаються, критикують.

Когнітивна модель obsesій та компульсій. Пацієнти з obsesіями ставлять під сумнів ситуацію, яка більшістю людей вважається безпечною.

Когнітивна модель істерії. У разі істерії пацієнт переконаний, що має соматичний розлад.

Когнітивна модель розладів особистості. В основі порушеної особистості лежить генетична схильність та отриманий досвід навчання. Кожне порушення особистості характеризується базовим переконанням та відповідною поведінковою стратегією.

У терапевтичній зміні взаємодіють когнітивний, емоційний та поведінковий канали, проте когнітивно-поведінкова терапія підкреслює провідну роль когніцій у викликанні та підтримці терапевтичних змін.

Когнітивні зміни відбуваються на трьох рівнях:

- у довільному мисленні;
- у безперервному, або автоматичному, мисленні;
- у припущеннях (переконаннях).

Кожен рівень відрізняється від попереднього своєю доступністю для аналізу та стабільністю.

Когнітивно-поведінкова терапія – навчальний курс, у якому терапевт відіграє активну роль, допомагаючи пацієнту виявити та виправити когнітивні спотворення та дезорганізуючі переконання.

Найближча мета терапії – сприяти когнітивним перетворенням через виправлення систематичних відхилень у мисленні, що передбачає:

- виявлення, впізнання автоматичних думок;
- реконструкцію «базових схем» чи глибинних смислових структур з урахуванням систематичного аналізу автоматичних думок і виявлення їх повторюваних центральних тем;
- цілеспрямовану зміну дисфункціональних базових посилянь на більш конструктивні;
- закріплення конструктивних поведінкових навичок, отриманих у ході терапевтичних сеансів.

Когнітивну терапію відрізняє великий обсяг роботи, який наказується пацієнту як домашні завдання, що виконуються ним поза терапевтичними сеансами, а потім перевіряються у спільній з терапевтом роботі, що передбачає більш швидкі темпи позитивних змін у пацієнта та можливість самому стати когнітивним терапевтом.

Когнітивний терапевт виконує подвійну функцію:

- допомагає зрозуміти роль ірраціональних переконань та установок пацієнта в його патологічних афективних реакціях та поведінці;
- виступає каталізатором, що сприяє корекції досвіду та навчання адаптованих навичок.

А. Бек формулює три основні стратегії когнітивної терапії: емпіризм співпраці, сократівський діалог і відкриття, що спрямовується.

Емпіризм співробітництва полягає в тому, що терапевт та пацієнт є співробітниками у дослідженні фактів, які підкріплюють чи спростовують когніції пацієнта.

Розмова є головним терапевтичним інструментом у когнітивній терапії, при цьому широко використовується сократівський тип діалогу.

Терапевт ретельно складає питання забезпечення нового навчання.

Когнітивні техніки використовуються, по-перше, для ідентифікації та подальшої корекції автоматичних думок, по-друге, для ідентифікації неадаптивних припущень (переконань) та дослідження їхньої обґрунтованості.

Для з'ясування думки практичних психологів щодо оцінки можливостей та наявного досвіду застосування методів когнітивно-поведінкової психотерапії у роботі з особами, засудженими до позбавлення волі, було проведено письмове опитування. В анкетуванні взяли участь психологи різних установ. Загальна кількість опитаних становила понад 70 осіб. В рамках дослідження вибірка була поділена на чотири групи відповідно до стажу психологічної роботи в установі (до 5 років, 6–10 років, 11–15 років і більше 15 років).

Аналіз результатів анкетування показав, що майже всі опитані вважають за можливе застосування методів і методик психотерапевтичної роботи в психологічному супроводі засуджених, при цьому більшість вибірки (65%) вказує на необхідність проведення відповідного навчання та наявності методичного забезпечення.

Під час визначення ступеня обізнаності респондентів у галузі методів та технік когнітивно-поведінкової психотерапії у всіх групах домінуючим (70%) стало твердження про те, що вони мають інформацію загального плану. Третина опитаних знайома з конкретними методами та техніками, серед яких були зазначені методи раціонально-емотивної терапії, когнітивно-поведінкової терапії. При цьому фахівці зазначають, що застосовують їх у своїй практиці.

Серед найпоширеніших методів було названо такі: методи виявлення логічних невідповідностей, катарсису, декатастрофізації, виявлення автоматичних думок, зміни ірраціональних переконань та негативних установок, перевизначення, ідентифікації, відволікання, метод записів подій дня, імагінальна техніка тощо. При цьому слід врахувати, що більше половини вибірки методів когнітивно-поведінкової психотерапії у професійній практиці не застосовують.

Психологи, що практикують зазначені методи, використовують їх у роботі з особами, які перебувають на профілактичному обліку (40%), перебувають у депресивному стані, мають алкогольну або наркотичну залежність (по 10%), відбувають покарання без ізоляції від суспільства, готуються до звільнення тощо.

Чверть цих опитаних використовує методи когнітивно-поведінкової психотерапії з різними соціально-демографічними категоріями засуджених.

Під час оцінювання ефективності засобів когнітивно-поведінкової психотерапії за п'ятибальною шкалою домінуючими стали оцінки 4 (45%) і 3 (35%), хоча загалом серед відповідей респондентів були всі п'ять варіантів. Отримана оцінка ґрунтується на реальних результатах практичного застосування методів, тому опитуваним було запропоновано перерахувати основні труднощі, що виникають у процесі їх використання.

До труднощів психологи, які мають стаж роботи до 15 років, частіше відносять недолік наявних знань, відсутність сформованих практичних навичок як наслідок потреби в організації додаткового навчання. У 20% відповідей фахівців з різним стажем роботи як факт, що утрудняє застосування методів когнітивно-поведінкової психотерапії, зазначається низький рівень інтелектуальних здібностей осіб, які відбувають покарання. Як труднощі також були відзначені відсутність методичного забезпечення, брак часу й високе навантаження, низька мотивація участі засуджених у психологічних корекційних заходах тощо.

Незалежно від стажу професійної діяльності, здебільшого (75%) психологи, які взяли участь в опитуванні, висловили зацікавленість у можливості навчитися методам когнітивно-поведінкової психотерапії, щоб використовувати їх у роботі із засудженими. Серед частини вибірки, що залишилася, наявний сумнів у доцільності застосування методів когнітивно-поведінкової психотерапії в роботі з засудженими і небажання навчатися через недостатність наявних знань у цій сфері (7%).

Таким чином, в арсеналі методів практичної роботи психологів наявні методи когнітивно-поведінкової психотерапії, проте назвати їх поширеним засобом не можна. Загалом учасники опитування виявляють готовність до навчання та подальшого застосування зазначених методів у роботі з особами, засудженими до позбавлення волі. Аналіз досвіду використання когнітивно-поведінкової психотерапії в практичній діяльності пенітенціарних психологів показує, що вона є доволі актуальною і часто застосовуваною формою корекційного впливу на особистість засудженого.

Ця перевага пов'язана з тим, що названі методи дають змогу не тільки змінювати внутрішні установки, але й формувати нові способи поведінки. Підтвердження зв'язку між рівнем вираженості депресивної симптоматики (BDI, шкала депресії А. Бека) та ірраціональними установками (методика діагностики ірраціональних установок А. Елліса) було отримано в емпіричному дослідженні засуджених ($n = 50$) чоловічої статі.

Найбільше кореляційних показників (за $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$) отримано для шкали «катастрофізація», у якій замірялася установка, що відбиває гіперболізацію негативного характеру явища чи ситуації, а також надмірне перебільшення негативних наслідків подій.

Вираженість цього ірраціонального вірування супроводжується посиленням депресивної симптоматики, що виявляється у зниженні настрою, збільшенні песимізму і почуття неспроможності, посилюються незадоволеність і почуття провини, відраза до себе, стають більш вираженими дратівливість, ідеї самознищення і суїцидальні думки, нерішучість і втрата працездатності тощо.

Шкала «боргування щодо себе» поступається першістю за кількістю кореляцій із симптомами депресії, проте налічує 17 з 21 можливих.

Цікаво, що ідея обов'язку щодо інших людей практично не корелює (на значущих рівнях) з посиленням ознак депресії, тоді як і «оцінна установка», і

шкала «фрустраційна толерантність» показали зв'язки з деякими симптомами. При цьому встановлення обов'язкової реалізації своїх потреб відображає ірраціональне переконання, що людина, щоб існувати і бути щасливою, повинна обов'язково здійснювати свої бажання, мати певні якості та речі.

Наявність таких установок призводить до того, що бажання розростаються до рівня необґрунтованих імперативних вимог, які в результаті викликають протидію та конфлікти, що призводить до негативних емоцій, які виявляються у посиленні незадоволеності та почутті провини, стомлюваності, нерішучості (11 із 21 можливого). Щодо оцінної установки, то вона полягає в тому, що людей, а не окремі фрагменти їхньої поведінки, властивості тощо, можна оцінювати глобально.

За такої установки оцінка будь-якого обмеженого аспекту характеру людини ототожнюється з оцінкою людини. Вираженість показників за цією шкалою пов'язана з 10 симптомами, зокрема почуттям провини, переживанням незадоволеності, відчуттям загрози покарання, наявністю самозвинувачення, нерішучістю та стомлюваністю.

Висновки та перспективи подальшого дослідження. Слід зазначити, що досвід корекційних заходів дав змогу знизити у засуджених суб'єктивну оцінку наявності депресивних симптомів, а також вираженість параметрів «катастрофізація», «оцінна установка», «фрустраційна толерантність» на рівні значущих показників за критерієм Вілкоксона.

Таким чином, потрібно визнати потенціал методів когнітивно-поведінкової психологічної та психотерапевтичної практики корисним для значного поширення, у тому числі в рамках пенітенціарної системи.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в аналізі вікової та гендерної специфіки застосування методів когнітивно-поведінкової психотерапії в стратегіях відновлення в системі сучасної соціально-психологічної допомоги.

Список використаних джерел і літератури

1. Aharonovich E., Hasin D.S., Nunes E.V., Stohl M., Cannizzaro D., Sarvet A., Bolla K., Carroll K.M., Genece K.G. Modified cognitive behavioral therapy (M-CBT): Development of treatment for cognitively impaired users and results from a Stage 1 trial. *Psychol Addict Behav.* 2018. Vol. 32 (7). P. 800–811. <https://doi.org/10.1037/adb0000398>.
2. De Oliveira I.R. Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy. Brazil: Federal University of Bahia, 2012. 204 p. <https://doi.org/10.5772/1161>.
3. McHugh R.K., Hearon B.A., Otto M.W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2010. Vol. 33 (3). P. 511–525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>.
4. Wu S.S., Schoenfelder E., Hsiao R. C. Cognitive Behavioral Therapy and Motivational Enhancement Therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2016. Vol. 25 (4). P. 629–643. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.06.002>.
5. Zilverstand A., Parvaz M., Moeller S., Goldstein R. Cognitive interventions for addiction medicine: understanding the underlying neurobiological mechanisms. *Prog Brain Res.* 2016. Vol. 224. P. 285–304. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2015.07.019>.

References

1. Aharonovich, E., Hasin, D.S., Nunes, E.V., Stohl, M., Cannizzaro, D., Sarvet, A., Bolla, K., Carroll, K.M., Genece, K.G. (2018). Modified cognitive behavioral therapy (M-CBT): Development of treatment for cognitively impaired users and results from a Stage 1 trial. *Psychol Addict Behav*. Vol. 32 (7), pp. 800–811. <https://doi.org/10.1037/adb0000398> [in English].
2. De Oliveira, I.R. (2012). Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy. Brazil: Federal University of Bahia. 204 r. <https://doi.org/10.5772/1161> [in English].
3. McHugh R.K., Hearon, B.A., Otto, M.W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. Vol. 33 (3), pp. 511–525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012> [in English].
4. Wu, S.S., Schoenfelder, E., Hsiao, R.C. (2016). Cognitive Behavioral Therapy and Motivational Enhancement Therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. Vol. 25 (4), pp. 629–643. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.06.002> [in English].
5. Zilverstand, A., Parvaz, M., Moeller, S., Goldstein, R. (2016). Cognitive interventions for addiction medicine: understanding the underlying neurobiological mechanisms. *Prog Brain Res*. Vol. 224, pp. 285–304. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2015.07.019> [in English].

Zavatskyi V. Yu.

Doctor of Psychological Sciences, Professor,
Professor at the Department of Psychology
Bogdan Khmelnytsky Melitopol State Pedagogical University

Novatskyi V. R.

Applicant at the Department Social Psychology and Social Work
Volodymyr Dahl East Ukrainian National University

COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY IN RECOVERY STRATEGIES IN THE SYSTEM OF MODERN SOCIAL- PSYCHOLOGICAL CARE

The article reveals the features of the application of cognitive-behavioral psychotherapy in recovery strategies in the system of modern socio-psychological care. It is shown that the practical significance of the principles and methods of cognitive-behavioral psychotherapy is associated with the need to prevent and correct depression not only as an experience, but also as a currently widespread disease. The need to apply the achievements of this psychotherapeutic direction for recovery strategies in the system of modern socio-psychological assistance to broad segments of the population, in particular persons sentenced to imprisonment, is emphasized, since such conditions are designed to ensure the correction and resocialization of convicts, along with punishment, which manifests itself in the presence of various kinds of restrictions that lead to depressive and auto-aggressive experiences, destructive behavior.

Key words: cognitive-behavioral psychotherapy, rational-emotional behavioral therapy, depressive symptoms, psychological correction programs, recovery strategies, system of modern socio-psychological assistance.

Дата надходження статті: 29.09.2025

Дата прийняття статті: 28.10.2025

Опубліковано: 26.11.2025

