

ІНТЕГРАЦІЯ МЕТАКОГНІТИВНОЇ ТА ДІАЛЕКТИЧНОЇ ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В КОРЕКЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

INTEGRATION OF METACOGNITIVE AND DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY IN THE CORRECTION OF SUICIDAL BEHAVIOR

Схильність до суїцидальної поведінки залишається соціальною проблемою сучасної охорони здоров'я, тому потребує впровадження інноваційних психотерапевтичних підходів. Традиційні методи терапії демонструють обмежену ефективність під час роботи з особами підвищеного суїцидального ризику, що актуалізує необхідність розроблення альтернативних терапевтичних стратегій.

У статті проводиться теоретичний аналіз потенціалу метакогнітивної терапії (МКТ) А. Веллса та діалектичної поведінкової терапії (ДПТ) М. Лінехан у корекції суїцидальної поведінки. Розглядаються концептуальні основи обох підходів, їхня клінічна ефективність та можливості впровадження у вітчизняну психотерапевтичну практику. Метакогнітивна терапія спрямована на корекцію дисфункціональних метакогнітивних переконань та синдрому когнітивної уваги (CAS), що забезпечує редукцію румінативних процесів і підвищення емоційної саморегуляції. Діалектична поведінкова терапія розвиває навички усвідомленості, толерантності до дистресу, міжособистісної ефективності й емоційної регуляції, що знижує імпульсивність та автоагресивні прояви.

Аналіз виявляє специфічні обмеження кожного методу: складності засвоєння метакогнітивних концепцій у метакогнітивній терапії та високі ресурсні вимоги діалектичної поведінкової терапії. Це обґрунтовує доцільність розроблення інтегративного підходу, що поєднує переваги обох методологій. Огляд міжнародних досліджень підтверджує довгострокову ефективність обох підходів у редукції суїцидальних ідеацій та автоагресивних дій. Метакогнітивна терапія демонструє особливу ефективність під час роботи з румінативними процесами та когнітивними спотвореннями, тоді як діалектична поведінкова терапія показує високі результати у формуванні стресостійкості та міжособистісних навичок.

Запропоновано сім інтегративних технік, зокрема й метакогнітивну усвідомленість, соціально-метакогнітивну інтеграцію та превентивні протоколи, що демонструють практичні можливості синергетичного поєднання метакогнітивної та діалектичної поведінкової терапії. Ці методи дозволяють одночасно працювати з когнітивними, емоційними та поведінковими аспектами суїцидальності.

Упровадження цих підходів у клінічну практику має потенціал для підвищення ефективності терапії суїцидальної поведінки через персоналізований комплексний вплив на різні компоненти суїцидального ризику.

Ключові слова: схильність до суїцидальної поведінки, метакогнітивна терапія, діалектична поведінкова терапія, інтегративний підхід, психотерапія, корекція суїцидальності.

Suicidal behavior tendencies remain a critical social problem in modern healthcare, necessitating the implementation of innovative psychotherapeutic approaches. Traditional therapeutic methods demonstrate limited effectiveness when working with individuals at high suicidal risk, which actualizes the need for developing alternative therapeutic strategies.

This article conducts a theoretical analysis of the potential of A. Wells' Metacognitive Therapy (MCT) and M. Linehan's Dialectical Behavior Therapy (DBT) in correcting suicidal behavior. The conceptual foundations of both approaches, their clinical effectiveness, and possibilities for implementation in domestic psychotherapeutic practice are examined.

MCT is aimed at correcting dysfunctional metacognitive beliefs and Cognitive Attentional Syndrome (CAS), which ensures reduction of ruminative processes and enhancement of emotional self-regulation. DBT develops mindfulness skills, distress tolerance, interpersonal effectiveness, and emotional regulation, which reduces impulsivity and auto-aggressive manifestations.

The analysis reveals specific limitations of each method: difficulties in assimilating metacognitive concepts in MCT and high resource requirements of DBT. This substantiates the feasibility of developing an integrative approach that combines the advantages of both methodologies. A review of international studies confirms the long-term effectiveness of both approaches in reducing suicidal ideations and auto-aggressive actions. MCT demonstrates particular effectiveness in working with ruminative processes and cognitive distortions, while DBT shows high results in developing stress resistance and interpersonal skills.

Seven integrative techniques are proposed, including metacognitive awareness, social-metacognitive integration, and preventive protocols, which demonstrate practical possibilities for synergistic combination of MCT and DBT. These methods allow simultaneous work with cognitive, emotional, and behavioral aspects of suicidality.

Implementation of these approaches in clinical practice has the potential to enhance the effectiveness of suicidal behavior therapy through personalized comprehensive impact on various components of suicidal risk.

Key words: suicidal behavior tendencies, metacognitive therapy, dialectical behavior therapy, integrative approach, psychotherapy, suicidality correction.

УДК 159.9.072:616.89-008.441.44
DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.77.1.34>
Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Раскосова А.М.
здобувачка вищої освіти
кафедри психології, політології
та соціокультурних технологій
Сумський державний університет
ORCID ID: 0009-0003-5798-1217

Іванова Т.В.
к.психол.н., доцент кафедри психології,
політології та соціокультурних
технологій
Сумський державний університет
ORCID ID: 0000-0002-9394-8858

Вступ. Суїцидальна поведінка становить одну з найактуальніших глобальних проблем сучасності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно внаслідок суїциду втрача-

ють життя приблизно 700 тисяч осіб, найбільш вразливою групою є молодь віком 15–29 років. Аналіз показників смертності ВООЗ за період 1990–2020 рр. демонструє критичне зростання

суїцидальної поведінки, особливо у Великій Британії, Сполучених Штатах Америки та регіонах Центрально-Східної Європи, де спостерігаються стійкі тенденції до збільшення кількості самогубств [2].

У зв'язку з високою поширеністю суїцидальної поведінки її профілактика, терапія та психокорекція визнані міжнародним пріоритетом охорони здоров'я. Зниження рівня самогубств офіційно включено як один із ключових індикаторів до Цілей сталого розвитку ООН із плановим терміном досягнення до 2030 р. [6].

Огляд сучасних наукових досліджень підтверджує критичну необхідність поглибленого вивчення суїцидальної поведінки та розроблення інноваційних психотерапевтичних підходів. Актуальність даної проблематики значно посилюється в контексті сучасних викликів – політичних криз, воєнних конфліктів, пандемій, зростання соціальної напруженості та масового психологічного виснаження населення, що призводить до надзвичайно швидкого зростання суїцидальних тенденцій.

Попри значний обсяг наукових праць, присвячених дослідженню схильності до суїцидальної поведінки, ця проблема залишається не досить розкритою з низки об'єктивних причин. З одного боку, соціально-економічні та політичні трансформації формують нові етіологічні фактори, які потребують глибокого міждисциплінарного аналізу. З іншого – традиційні терапевтичні методи, незважаючи на доведену ефективність у базових клінічних умовах, демонструють обмеження під час роботи із сучасними формами суїцидального ризику та не завжди адаптовані до індивідуальних особливостей пацієнтів в умовах мінливого соціального контексту. Це актуалізує необхідність як поглиблення теоретичного розуміння етіопатогенезу суїцидальної поведінки, так і впровадження науково обґрунтованих альтернативних терапевтичних підходів. Тому дослідження та впровадження інноваційних методів психотерапії залишаються пріоритетним напрямом сьогодення у клінічній практиці.

Сучасні наукові публікації акцентують увагу на необхідності систематизації та розширення існуючих знань про суїцидальну поведінку з метою розроблення доказово обґрунтованих методів профілактики та терапевтичних інтервенцій. Терапевтичні підходи мають орієнтуватися не лише на зменшення проявів гострих кризових станів, але й на формування психологічної резильєнтності особистості загалом, що надалі буде сприяти зниженню показників суїцидальної смертності [8].

Комплексне дослідження суїцидальної поведінки потребує інтеграції наукових, медичних і соціологічних підходів. З одного боку, емпіричні дослідження забезпечують ідентифікацію груп ризику, систематизацію предикторів суїцидальності та розроблення персоналізованих терапевтичних протоколів. З іншого – розуміння соціально-психологічних механізмів, що лежать в основі суїцидальних реакцій, створює підґрунтя для ефективних психотерапевтичних моделей, адаптованих

до специфіки різних вікових груп та індивідуально-психологічних особливостей [11]. Таким чином, важливим є врахування індивідуального характеру суїцидальної поведінки, оскільки фактори ризику демонструють значну варіативність залежно від віку, гендерної приналежності, соціально-економічного статусу та мікросоціального оточення. Така гетерогенність етіологічних чинників значно ускладнює розроблення уніфікованих терапевтичних протоколів, що актуалізує потребу у створенні комплексних і адаптивних психотерапевтичних моделей. Перш ніж перейти до розгляду можливих терапевтичних підходів у роботі з особами, що демонструють суїцидальну поведінку, розглянемо деякі основні визначення.

Схильність до суїцидальної поведінки визначається як спектр дій і когнітивних процесів, спрямованих на добровільне припинення власного життя. Цей континуум включає суїцидальні ідеації, планування самогубства, парасуїцидальні спроби та завершені суїциди [5]. Клінічна картина суїцидальної поведінки ускладнюється тим, що вона часто поєднується із психічними захворюваннями. Епідеміологічні дані свідчать, що більшість осіб, які вчиняють самогубство, мають додаткові психічні патології, серед яких трапляються депресивні епізоди, порушення шизофренічного спектра, залежності від психоактивних речовин, тривожні стани, межові типи особистості й інші адаптаційні порушення. Ця ситуація є підтвердженням необхідності використання саме мультимодальних терапевтичних підходів [10].

У контексті сучасних соціокультурних змін на особливий науковий інтерес заслуговує вивчення ролі цифрових технологій у формуванні суїцидального ризику серед підлітків і молоді. Інтенсивне використання соціальних мереж, онлайн-комунікація, соціальне порівняння та споживання цифрового контенту корелюють із підвищенням суїцидальних тенденцій у даних вікових групах. Постійне використання соціальних медіаплатформ негативно впливає на психоемоційний стан і суб'єктивне благополуччя користувачів. Як показують дослідження, надмірна інтернет-активність асоціюється з підвищеним рівнем соціальної ізоляції, міжособистісною агресивністю та зростанням аутодеструктивних тенденцій [18].

Виклад основного матеріалу. Метою статті є теоретичний аналіз терапевтичного потенціалу метакогнітивної терапії (далі – МКТ) А. Веллса та діалектичної поведінкової терапії (далі – ДПТ) М. Лінехан у корекції суїцидальної поведінки. Стаття спрямована на розкриття концептуальних основ зазначених методологій, оцінювання їхньої клінічної ефективності й обґрунтування перспектив упровадження у психотерапевтичну практику як доповнення до наявних підходів у роботі з особами підвищеного суїцидального ризику.

Теоретичні засади метакогнітивної терапії. Метакогнітивна терапія (МКТ) – це психотерапевтичний підхід, розроблений А. Веллсом, який кон-

центрується на модифікації метакогнітивних переконань, а не на зміні змісту когнітивних процесів. Теоретичним фундаментом МКТ слугує модель саморегуляторної функції (далі – S-REF), створена А. Веллсом і Г. Метьюзом, та модель занепокоєння. Ці концептуальні рамки розкривають роль дисфункціональних метакогнітивних переконань та синдрому когнітивної уваги (далі – CAS) у підтримці патологічних емоційних станів [9].

Синдром когнітивної уваги (CAS) становить центральну концепцію метакогнітивної терапії. Цей феномен характеризується як дезадаптивний паттерн когнітивного функціонування, що негативно впливає на здатність особи до ефективної саморегуляції та гнучкого реагування на емоційні переживання. CAS блокує природні механізми психологічної адаптації та включає такі компоненти: персевераційне занепокоєння, румінативні процеси, дезадаптивні копінг-стратегії та гіперпильність щодо потенційних загроз. Ключовим постулатом моделі є розуміння того, що психопатологія визначається не змістом думок, а специфікою метакогнітивного реагування на них. Отже, CAS функціонує як ключовий патогенетичний механізм метакогнітивної терапії, представляє дисфункціональний когнітивний стиль, що перешкоджає ефективній саморегуляції. Синдром проявляється через стійкі негативні когнітивні патерни, дезадаптивні поведінкові стратегії та постійний моніторинг загроз, які підтримуються дисфункціональними метакогнітивними переконаннями та лежать в основі широкого спектра психічних розладів [7].

Метакогнітивна терапія, розроблена А. Веллсом у 2009 р. на основі моделі саморегуляторної виконавчої функції, демонструє терапевтичну ефективність завдяки зменшенню дисфункціональних метакогнітивних переконань. МКТ успішно застосовується за широкого спектра психічних розладів, як-от травматичні та стресові розлади, obsесивно-компульсивний спектр, розлади особистості, психотичні розлади, залежності та сексуальні дисфункції, що підтверджує її універсальність у психіатричній практиці [12].

Теоретичні основи діалектичної поведінкової терапії. Діалектична поведінкова терапія (ДПТ) являє собою комплексний терапевтичний підхід, розроблений М. Лінехан, який первинно застосовувався для лікування осіб із залежністю від психоактивних речовин, хронічною суїцидальністю та емоційно нестабільним розладом особистості [16]. Із часом сфера застосування ДПТ значно розширилася, охопила корекцію розладів харчової поведінки та біполярного афективного розладу [13].

Методологічну основу ДПТ становить інтеграція принципів когнітивно-поведінкової терапії, буддійських практик усвідомленості (mindfulness) та діалектичної філософії. Центральний фокус ДПТ зосереджений на розвитку навичок емоційної саморегуляції, поведінкового самоконтролю та формуванні адаптивних копінг-стратегій для ефек-

тивного подолання дистресу та міжособистісних конфліктів [14].

Клінічна ефективність досліджуваних методів. Клінічне застосування МКТ у терапії осіб із суїцидальними тенденціями демонструє значну ефективність у редукції депресивної симптоматики, корекції дисфункціональних метакогнітивних процесів і оптимізації загального психічного функціонування. Техніка відстороненої уваги сприяє розмежуванню змісту думок від їхньої суб'єктивної значущості та зменшенню ідентифікації з негативними когніціями. Модифікація позитивних і негативних метакогнітивних переконань у поєднанні з корекцією дезадаптивних копінг-стратегій дає можливість підвищити емоційну саморегуляцію та знизити інтенсивність румінативних процесів [17].

Застосування ДПТ у клінічній практиці також показує високу ефективність у зниженні частоти автоагресивних дій і зменшенні суїцидальних намірів. Техніки усвідомленості (mindfulness) розвивають навички концентрації на актуальному моменті та формують здатність до рефлексивного реагування замість автоматичних поведінкових патернів, що суттєво знижує імпульсивність [1]. Тренування міжособистісної ефективності оптимізує соціальну взаємодію та якість міжособистісних стосунків, що виступає додатковим фактором профілактики суїцидального ризику. Навички толерантності до дистресу забезпечують формування адаптивних переживань, які, навіть за збільшення інтенсивності, не призводять до суїцидальної поведінки. Отже, ДПТ сприяє формуванню нових адаптивних поведінкових стратегій і значною мірою покращує психосоціальне функціонування [15]. Огляд програм тренування соціоемоційних навичок на основі ДПТ для профілактики суїциду серед студентів демонструє ефективність цього підходу у клінічних і освітніх контекстах. Результати досліджень показали, що позитивні зміни в пацієнтів зберігалися протягом одного-двох років зі зменшенням госпіталізацій, редукцією суїцидального ризику та депресивної симптоматики [4].

Обмеження та перспективи вдосконалення терапевтичних підходів. Аналіз підтверджує терапевтичну ефективність МКТ та ДПТ в корекції суїцидальної поведінки, проте виявляє суттєві методологічні обмеження, що потребують подальшого вдосконалення. Основні обмеження метакогнітивної терапії включають складнощі в засвоєнні пацієнтами концепції когнітивної дифузії, обмежену кількість адаптованих технік і переважний фокус на когнітивних процесах за браку уваги до емоційного складника, що може знижувати терапевтичну ефективність під час роботи з емоційно лабільними пацієнтами.

Діалектична поведінкова терапія має деякі практичні обмеження, до яких можна віднести високий рівень навантаження на терапевта, тривалість та вартість терапевтичного процесу, а також велику кількість вимог (завдання, щоденники моніторингу, регулярні вправи), що може спричинити

опір у пацієнтів із суїцидальними тенденціями через низьку мотивацію та брак енергетичних ресурсів. Ці обмеження актуалізують необхідність розроблення модифікованих терапевтичних протоколів, що враховують індивідуально-психологічні особливості пацієнтів і забезпечують стійкість терапевтичних результатів через персоналізований підхід до лікування.

З огляду на виявлені обмеження окремих терапевтичних підходів доцільним є розгляд можливості інтеграції методів ДПТ та МКТ для оптимізації роботи з особами, схильними до суїцидальної поведінки [3]. Інтегративна модель метакогнітивної та діалектичної поведінкової терапії передбачає синергетичне поєднання терапевтичних технік, що забезпечує комплексний вплив на різні аспекти суїцидальної поведінки.

МКТ-компонент інтегративного підходу забезпечує корекцію дисфункціональних метакогнітивних переконань та редуцію румінативних процесів, тоді як ДПТ-складник спрямований на розвиток навичок емоційної саморегуляції та поведінкового самоконтролю. Така комплементарність дозволяє компенсувати обмеження кожного окремого методу, розширює терапевтичний інструментарій і підвищує ефективність профілактики рецидивів. Інтегративний підхід буде сприяти оптимізації терапевтичного процесу через зменшення наявних обмежень, розширенню психотерапевтичних інтервенцій і підвищення якості роботи із суїцидальною поведінкою.

Реалізація інтегративного підходу потребує розроблення конкретних технік, що об'єднують переваги обох терапевтичних підходів і нівелюють їхні окремі обмеження. Наступні методи демонструють практичні можливості синергетичного поєднання МКТ та ДПТ в роботі із суїцидальною поведінкою.

1. Метакогнітивна усвідомленість (МКТ + ДПТ Mindfulness). Інтеграція відстороненої уваги з техніками усвідомленості забезпечує стабілізацію емоційного стану через розвиток навичок спостереження за когнітивними процесами без ідентифікації з ними. МКТ-компонент сприяє когнітивній дифузії, тоді як ДПТ-елемент забезпечує емоційну регуляцію, що ефективно відволікає від суїцидальних ідеацій.

2. Соціально-метакогнітивна інтеграція. Поєднання формування адаптованих форм індивідуальної поведінки (МКТ) з навичками міжособистісної ефективності (ДПТ) може зменшити соціальну ізоляцію. Розуміння пацієнтом потреби в підтримці та розвиток комунікативних навичок зможе забезпечити ефективну соціальну реінтеграцію.

3. Когнітивно-емоційна модифікація. Поєднання методів корекції метакогнітивних переконань (МКТ) з техніками емоційної регуляції (ДПТ) надасть клієнту можливість більш екологічно переживати інтенсивні емоційні стани, що виникають під час когнітивної реструктуризації, та мінімізувати ризик рецидивів.

4. Адаптивний копінг-комплекс. Інтеграція модифікації дезадаптивних копінг-стратегій (МКТ) з навичками толерантності до дистресу (ДПТ) включає розпізнавання неефективних стратегій і заміну їх адаптивними техніками (дихальні вправи, відволікання, медитація).

5. Превентивний протокол. Поєднання профілактики рецидивів (МКТ) з толерантністю до дистресу (ДПТ) передбачає розроблення персоналізованого плану дій для подолання автоагресивних імпульсів через техніки відволікання та безпечного емоційного вираження.

6. Метакогнітивний моніторинг емоцій. Застосування навичок метакогнітивного усвідомлення для спостереження за емоційними станами без негайного ситуативного реагування, що дозволяє активувати ДПТ-навички регуляції в разі необхідності.

7. Діалектичне переосмислення метакогніцій. Використання діалектичного мислення для роботи із суперечливими метакогнітивними переконаннями, це надає можливість клієнту інтегрувати протилежні когнітивні настанови без когнітивного дисонансу між ними.

Висновки. Теоретичний аналіз метакогнітивної терапії (МКТ) А. Веллса та діалектичної поведінкової терапії (ДПТ) М. Лінехан у контексті корекції суїцидальної поведінки демонструє їхній значний терапевтичний потенціал як альтернативних підходів до традиційних методів психотерапії. Обидва підходи показують доведену ефективність у роботі із ключовими компонентами суїцидальності: МКТ – через корекцію дисфункціональних метакогнітивних процесів та редуцію румінативних патернів, ДПТ – через розвиток навичок емоційної саморегуляції та толерантності до дистресу.

Систематичний огляд клінічних досліджень підтверджує, що МКТ забезпечує ефективну корекцію синдрому когнітивної уваги (CAS), що є центральним патогенетичним механізмом підтримки суїцидальних ідеацій. Можливість широкого застосування методу для роботи з різними порушеннями та відносно короткий період терапії роблять його особливо цінним для роботи із кризовими станами, де фактор часу має критичне значення.

ДПТ демонструє високу ефективність у забезпеченні довгострокової ремісії та стабільності терапевтичних результатів. Комплексний підхід до розвитку навичок усвідомленості, міжособистісної ефективності та толерантності до дистресу створює надійну основу для профілактики рецидивів автоагресивної поведінки.

Виявлені методологічні обмеження кожного підходу, зокрема складність засвоєння метакогнітивних концепцій у МКТ та високі вимоги до ресурсів у ДПТ, актуалізують перспективність розроблення інтегративної моделі. Запропонована концепція поєднання МКТ та ДПТ через синергетичне використання їхніх технік має потенціал для подолання окремих обмежень та створення більш ефективного терапевтичного інструментарію.

Практична реалізація інтегративного підходу через розроблені техніки метакогнітивної усвідомленості, соціально-метакогнітивної інтеграції та превентивних протоколів відкриває нові можливості для персоналізованої терапії суїцидальної поведінки. Ці методи дозволяють одночасно працювати з когнітивними, емоційними та поведінковими аспектами суїцидальності, забезпечувати комплексний терапевтичний вплив.

Впровадження МКТ та ДПТ, а також їх інтегративних варіантів у вітчизняну психотерапевтичну практику може суттєво підвищити якість допомоги особам із суїцидальним ризиком. Це особливо актуально в контексті сучасних викликів – воєнного стану, масового психологічного травматизму та зростання потреби в ефективних кризових інтервенціях.

Подальші перспективи розвитку даного напрямку включають емпіричну верифікацію ефективності запропонованих інтегративних технік, розроблення стандартизованих протоколів їх застосування та підготовку фахівців для впровадження цих методів у клінічну практику.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Açikel A., Manfredi C. Dialectical behavior therapy. *Encyclopedia of Mental Health*. Third Edition. 2023. P. 655–661. <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-91497-0.00076-x>
2. Bertuccio P., et al. Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database. *eClinicalMedicine*. 2024. Vol. 70. P. 102506. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102506>
3. Cernițanu M. Perspectives in integrative psychotherapy. *Psihologie*. 2023. P. 29–33. <https://doi.org/10.46727/c.v1.24-25-03-2023.p29-33>
4. de Luna Velasco L.E., Santana Campas M.A., Santoyo Telles F. Intervenciones psicológicas para la prevención del suicidio DBT-A con adolescentes: una revisión sistemática. *Avances en Psicología*. 2023. Vol. 32. № 1. P. 1–11. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2024.v32n1.3120>
5. Hosaoglu G. New Studies on Suicide and Self-Harm [Electronic resource]. London : IntechOpen, 2023. 120 p.
6. Luijter T., Francken S. Wat is metacognitieve therapie? *Metacognitieve therapie voor jongeren met een piekerstoornis*. 2023. P. 9–15. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2915-1_3
7. Menon V. Interventions for attempted suicide. *Current Opinion in Psychiatry*. 2022. Vol. 35. № 5. P. 317–323. URL: <https://scispace.com/papers/interventions-for-attempted-suicide-202tjv4o>
8. Menon V., Subramanian K., Balasubramanian I. Suicide: Epidemiology, Prevention, Assessment, Treatment, and Outcomes. *Essentials in Health and Mental Health*. Cham, 2024. P. 77–91. https://doi.org/10.1007/978-3-031-56192-4_5
9. Metakognitiv terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2023. Vol. 60. № 12. P. 781–791. <https://doi.org/10.52734/chiq3716>
10. Sarkhel S., Vijayakumar V., Vijayakumar L. Clinical practice guidelines for management of suicidal behaviour. *Indian Journal of Psychiatry*. 2023. Vol. 65. № 2. P. 124. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_497_22
11. Serafini G., et al. The role of inflammation in the pathophysiology of depression and suicidal behavior: implications for treatment. *Medical Clinics of North America*. 2023. Vol. 107. № 1. P. 1–29. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.09.001>
12. Sharma V., et al. The scope of metacognitive therapy in the treatment of psychiatric disorders. *Cureus*. 2022. <https://doi.org/10.7759/cureus.23424>
13. Silva Paredes C.R. Estrategias de terapia dialéctica conductual para depresión en adolescentes: una propuesta teórica. *Talentos*. 2022. Vol. 9. № 2. P. 84–100. <https://doi.org/10.33789/talentos.9.2.172>
14. Stein M.B., Nyer M. Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Techniques on a General Psychiatric Inpatient Unit. *Current Clinical Psychiatry*. Springer International Publishing, 2023. P. 437–453. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29368-9_29
15. Widyawati R.A., Surjaningrum E.R. Dialectical behavior therapy for improving individual emotional regulation ability with self-harm. *Psikoborneo: Jurnal Ilmiah Psikologi*. 2024. Vol. 12. № 4. P. 517. <https://doi.org/10.30872/psikoborneo.v12i4.16223>
16. Wöhrmann L., Wunderer E. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Essstörungen. *TUP – Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*. 2021. № 1. P. 40–46. <https://doi.org/10.3262/tup2101040>
17. Zhang Z., et al. Effect of metacognitive therapy on depression in patients with chronic disease: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2024. Vol. 14. № 4. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075959>
18. Zohuri B., McDaniel P. Global suicide rate among youngsters increasing significantly. *Transcranial Magnetic and Electrical Brain Stimulation for Neurological Disorders*. 2022. P. 343–355. <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-95416-7.00007-9>

Стаття надійшла у редакцію: 28.08.2025

Стаття прийнята: 10.09.2025

Опубліковано: 17.11.2025