

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
ОДЕСЬКИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра загальнонаукових, соціальних та поведінкових дисциплін

«До захисту допущено»

Завідувач

кафедри _____
(підпис)

доктор філ. наук, доцент

Нерубасська Алла Олександрівна

(наукове звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

« ____ » _____ 2026р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
на тему: «Ефективність когнітивно-поведінкової терапії у
роботі з тривожністю»

Виконала:

студентка групи ІН18-9-22-Б1Пс(4,0д.)
(шифр групи)

Освітньої програми: «Психологія»

Спеціальності: 053 Психологія

(код і найменування спеціальності)

Бобріхіна Анастасія Юріївна

(ПІБ студента)

(підпис студента)

Керівник: кандидат психологічних наук,
доцент

Крюкова Марина Анатоліївна

(підпис наукового керівника)

2026 р.

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ
УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Одеський інститут

Кафедра загальнонаукових, соціальних та поведінкових дисциплін

Рівень вищої освіти: перший (бакалаврський) рівень

Спеціальності: 053 «Психологія»

Освітньої програми: «Психологія»

«Затверджую»

Завідувач кафедри _____

(підпис)

док. філ. наук, доцент **Нерубаська А.О.**

(вчене звання, науковий ступінь, ПІБ)

«_____» _____ 2026р.

Завдання

на кваліфікаційну роботу студента

Бобріхіної Анастасії Юрївни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Ефективність когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю»

Керівник кваліфікаційної роботи: к. пс. н., доц. Крюкова М.А.

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

2. Строк подання студентом кваліфікаційної роботи на попередній захист: Травень 2026р.

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи (рекомендовані науковим керівником та відповідним методичним забезпеченням /окремі аспекти роботи, обсяги роботи
Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, які поділені на підрозділи, висновків до кожного розділу та загальних висновків, списку використаних джерел (64 найменувань). Загальний обсяг роботи – 122 друковані сторінки, обсяг основної частини роботи складає 100 сторінок.

4. Необхідний графічний та аналітичний матеріал за темою дослідження: .
Кваліфікаційна робота містить 8 таблиць та 2 рисунка

5. Календарний план виконання кваліфікаційної роботи

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строки виконання		Примітка
		Планові	Фактичні	
1	2	3	4	5
1.	Збір та опрацювання наукових джерел	Листопад 2025	Листопад 2025	
2.	Написання вступу	Грудень 2025	Грудень 2025	
3.	Розділ 1. Теоретичні основи дослідження тривожності та когнітивно-поведінкової терапії	Грудень 2025	Грудень 2025	
4.	Розділ 2. Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю	Січень 2026	Січень 2026	

5.	Розділ 3. Емпіричне дослідження ефективності когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю	Березень 2026	Березень 2026	
1	2	3	4	5
6.	Висновки	Квітень 2026	Квітень 2026	
7.	Оформлення списку використаних джерел	Квітень 2026	Квітень 2026	
8.	Подання роботи на перевірку керівнику	Квітень 2026	Квітень 2026	
9.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	Травень 2026	Травень 2026	

АНОТАЦІЯ

Ефективність когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю» – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» – Одеський інститут ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом». Одеса, 2026.

Актуальність дослідження зумовлена зростанням рівня тривожності серед населення в умовах сучасних соціальних викликів, постійного психоемоційного напруження, інформаційного перевантаження та нестабільності. Тривожність негативно впливає на психологічний стан особистості, міжособистісні взаємини, професійну діяльність і загальну якість життя людини.

Мета – полягає у теоретичному обґрунтуванні та дослідженні ефективності когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю, а також у визначенні можливостей практичного застосування когнітивно-поведінкових технік для зниження рівня тривожності.

Методи. Теоретичний аналіз джерел та емпіричних результатів; методи збору емпіричних даних.

Ключові слова: тривожність, когнітивно-поведінкова терапія, психокорекція, тривожні стани, когнітивне реструктурування.

ABSTRACT

“Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in working with anxiety” – Manuscript.

Qualification work for obtaining the educational and qualification level “bachelor” – Odessa Institute of PrJSC “Higher Education Institution “Interregional Academy of Personnel Management”. Odesa, 2026.

The relevance of the study is due to the increase in the level of anxiety among the population in the conditions of modern social challenges, constant psycho-emotional stress, information overload and instability. Anxiety negatively affects the psychological state of the individual, interpersonal relationships, professional activity and the overall quality of a person's life. In this regard, the search for effective methods of psychological assistance and psychocorrection becomes of particular importance.

is to theoretically substantiate and study the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in working with anxiety, as well as to determine the possibilities of practical application of cognitive-behavioral techniques to reduce anxiety levels.

Methods. Theoretical analysis of sources and empirical results; methods of collecting empirical data.

Keywords: anxiety, cognitive behavioral therapy, psychocorrection, anxiety states.

ЗМІСТ

В

Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА

К

У

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Н

Розділ 2. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-

Розділ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах розвитку суспільства проблема психічного здоров'я набуває особливої актуальності. Постійне інформаційне навантаження, високий темп життя, економічна нестабільність, соціальні зміни, воєнні події, професійні труднощі та міжособистісні конфлікти створюють значний психологічний тиск на особистість. Одним із найпоширеніших наслідків впливу цих чинників є підвищення рівня тривожності серед населення. Тривожність стала невід'ємною складовою життя багатьох людей незалежно від віку, соціального статусу чи професійної діяльності. Вона негативно впливає на емоційний стан людини, її поведінку, міжособистісні стосунки, працездатність та загальну якість життя.

У психологічній науці тривожність розглядається як складне багатокомпонентне явище, що може проявлятися як ситуативна реакція на стресові обставини або як стійка особистісна характеристика. Помірний рівень тривожності є природною реакцією організму та виконує адаптивну функцію, допомагаючи людині мобілізувати власні ресурси у складних ситуаціях. У зв'язку з цим особливої значущості набувають сучасні психотерапевтичні підходи, спрямовані на подолання дезадаптивних моделей мислення та поведінки, що підтримують тривожність.

Одним із найбільш ефективних і науково обґрунтованих методів психологічної допомоги при тривожних станах є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Даний напрям психотерапії базується на положенні про взаємозв'язок думок, емоцій та поведінки людини. Основною ідеєю когнітивно-поведінкової терапії є те, що емоційний стан людини значною мірою визначається її переконаннями, інтерпретацією подій та автоматичними думками. Негативні або викривлені когнітивні установки можуть посилювати тривожність, формувати страхи та сприяти закріпленню деструктивних поведінкових реакцій.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю глибшого вивчення можливостей когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю,

оскільки саме цей підхід демонструє високий рівень ефективності у практичній психології та психотерапії. Важливим є також дослідження конкретних технік КПТ, які можуть застосовуватися як у професійній психотерапевтичній практиці, так і в процесі психологічної самодопомоги.

Проблема тривожності та методів її психокорекції є предметом дослідження багатьох вітчизняних і зарубіжних науковців. Значний внесок у вивчення природи тривожності зробили такі психологи та психотерапевти, як З. Фройд, який одним із перших розглядав тривогу як важливий психологічний феномен, пов'язаний із внутрішніми конфліктами особистості. Подальший розвиток теорії тривожності здійснили К. Горні, Р. Мей та Ч. Спілбергер, який розробив концепцію ситуативної та особистісної тривожності й створив одну з найвідоміших методик її діагностики.

У сучасній психологічній науці проблему тривожності активно досліджували А. Бек, А. Елліс, Дж. Бек та Д. Барлоу. Саме праці цих учених стали основою розвитку когнітивно-поведінкової терапії як одного з найбільш ефективних напрямів психотерапії у роботі з тривожними розладами. Серед учених, які досліджували ефективність когнітивно-поведінкової терапії при тривожних розладах, варто також відзначити М. Краске, С. Гофман та Е. Фоа, які вивчали механізми виникнення тривоги, ефективність експозиційних технік та методів когнітивної реструктуризації.

В українській психологічній науці питання тривожності та психологічної допомоги особистості досліджували Т. Яценко, С. Максименко, Г. Абрамова та інші науковці, праці яких присвячені проблемам емоційних станів, психологічної адаптації та психокорекції особистості.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та аналізі ефективності когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю, а також у визначенні її практичних можливостей застосування.

Об'єкт дослідження – тривожність як психологічне явище.

Предмет дослідження – ефективність когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних станів.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання** дослідження:

- дійснити теоретичний аналіз поняття тривожності у сучасній психологічній науці, розглянути основні підходи до її розуміння та класифікації.
- ослідити основні причини виникнення тривожності, а також її психологічні, поведінкові та фізіологічні прояви.
- роаналізувати особливості тривожних розладів як клініко-психологічного явища та визначити їх вплив на особистість.
- розглянути теоретичні засади когнітивно-поведінкової терапії, її основні принципи, моделі та механізми психологічного впливу.
- характеризувати основні методи та техніки когнітивно-поведінкової терапії, які застосовуються у роботі з тривожними станами, зокрема когнітивну реструктуризацію, техніки експозиції, релаксаційні вправи та поведінкові експерименти.
- роаналізувати ефективність когнітивно-поведінкової терапії при різних формах тривожних розладів та визначити її переваги й обмеження.
- провести емпіричне дослідження рівня тривожності та оцінити динаміку змін у процесі застосування когнітивно-поведінкових технік, а також розробити практичні рекомендації щодо зниження тривожності.

Методи дослідження, використані в роботі, включають: теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукової літератури з проблеми тривожності та когнітивно-поведінкової терапії; емпіричні методи: психодіагностичне тестування для визначення рівня тривожності (шкала тривожності Спілбергера–Ханіна), методика діагностики рівня тривожності Джозеф Тейлор (Шкала проявів тривожності Тейлора), опитувальник А. Бек (Шкала тривоги Бека); методи обробки даних: кількісний та якісний аналіз отриманих результатів, порівняння показників до та після застосування психокорекційних заходів; елементи психокорекційного впливу: використання базових технік когнітивно-поведінкової терапії (когнітивна реструктуризація, робота з автоматичними думками, поведінкові вправи та релаксаційні техніки).

Теоретична значимість кваліфікаційного дослідження полягає у поглибленні та узагальненні наукових уявлень про тривожність як психологічне явище, а також у систематизації сучасних підходів до застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожними станами. У дослідженні уточнено сутність понять «тривожність» і «тривожні стани», проаналізовано основні причини та прояви тривожності, а також узагальнено теоретичні засади когнітивно-поведінкової терапії, що дозволило визначити особливості її психологічного впливу на емоційний стан особистості та обґрунтувати ефективність використання когнітивно-поведінкових технік у процесі подолання тривожності.

Практична значимість кваліфікаційного дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів, висновків і практичних рекомендацій у діяльності психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та педагогів під час роботи з особами, які мають підвищений рівень тривожності. Запропоновані у роботі методи та техніки когнітивно-поведінкової терапії можуть бути застосовані у психокорекційній та консультативній практиці для зниження рівня тривожності та покращення психоемоційного стану особистості. Матеріали дослідження також можуть бути використані під час написання наукових робіт, у процесі викладання дисциплін «Психологія», «Основи психотерапії», «Когнітивно-поведінкова терапія» та «Психологічне консультування», а також у подальших наукових дослідженнях проблеми тривожності.

Структура кваліфікаційної роботи визначена метою та завданнями дослідження. Робота складається зі вступу, трьох розділів, поділених на підрозділи, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 122 сторінки друкованого тексту, список використаних джерел налічує 64 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

оняття тривожності у психологічній науці

Проблема тривожності є однією з найбільш актуальних у сучасній психологічній науці, оскільки саме тривожність значною мірою визначає емоційний стан людини, особливості її поведінки, характер міжособистісної взаємодії та рівень психологічного благополуччя. У сучасних умовах суспільного розвитку людина постійно стикається з великою кількістю стресових чинників: соціальною нестабільністю, економічними труднощами, високим темпом життя, інформаційним перенавантаженням, професійною конкуренцією, невизначеністю майбутнього та складними життєвими обставинами. Особливо актуальною проблема тривожності стала в умовах глобальних кризових явищ, воєнних конфліктів, соціальних змін та

н

е

с

т

а Тривожність є складним психологічним феноменом, який привертав увагу багатьох науковців у різні історичні періоди розвитку психології. Інтерес до вивчення тривожності пояснюється тим, що вона не лише супроводжує значну частину психічних розладів, але й впливає на повсякденне функціонування людини, її самооцінку, мотивацію, рівень адаптації та здатність ефективно взаємодіяти із соціальним середовищем. У помірному прояві тривожність може виконувати позитивну адаптивну функцію, допомагаючи людині мобілізувати внутрішні ресурси у складних ситуаціях. Однак надмірна або хронічна тривожність негативно впливає на психічне та фізичне здоров'я, призводить до емоційного виснаження, погіршення якості життя та розвитку різноманітних психосоматичних і

щ

о

психічних порушень. Одним із перших науковців, який системно досліджував проблему тривоги, був З. Фройд. У межах психоаналітичної теорії він розглядав тривогу як реакцію особистості на внутрішній конфлікт... [56]. Подальший розвиток психоаналітичного підходу пов'язаний із працями К. Горні. К. Горні наголошувала, що «почуття ізоляції та безпорадності у ворожому світі є основою базальної тривоги» [1, с. 30].

У психологічній науці поняття тривожності має багатогранний характер і розглядається з різних теоретичних позицій. Вивчення цього феномену здійснювалося представниками психоаналізу, біхевіоризму, гуманістичної психології, когнітивної психології та екзистенційного напрямку. Кожен із цих підходів по-своєму пояснював природу тривожності, її причини та механізми виникнення. Одним із перших науковців, який почав ґрунтовно досліджувати проблему тривоги, був Зигмунд Фройд. У межах психоаналітичної теорії він розглядав тривогу як реакцію особистості на внутрішній конфлікт між несвідомими потягами та моральними заборонами. На думку Фрейда, тривога виникає тоді, коли людина відчуває загрозу для власного «Я», а психіка сигналізує про небезпеку через переживання страху та напруження. Учений виділяв реалістичну, невротичну та моральну тривогу, підкреслюючи, що джерело тривожності може бути як зовнішнім, так і внутрішнім.

Подальший розвиток психоаналітичного підходу пов'язаний із працями Карен Горні, яка вважала, що основою тривожності є почуття базальної небезпеки та незахищеності, сформоване ще в дитинстві. На її думку, якщо дитина не отримує достатнього емоційного тепла, підтримки та безпеки, у неї формується базальна тривога, яка надалі впливає на всю систему міжособистісних відносин. Карен Горні наголошувала, що тривожність значною мірою визначається соціальним середовищем і характером взаємодії людини з іншими [27].

Представники біхевіористичного напрямку пояснювали тривожність як результат навчання та закріплення певних поведінкових реакцій. Вони вважали, що тривога виникає через формування умовних рефлексів у відповідь

на негативний досвід або травматичні події. Згідно з біхевіористичним підходом, людина може засвоювати тривожні реакції через власний досвід або спостереження за поведінкою інших людей. Важливе значення у цьому підході надається механізмам уникнення, адже людина, уникаючи тривожних ситуацій, тимчасово знижує рівень напруження, але водночас закріплює страх і тривожність.

У гуманістичній психології тривожність розглядається як наслідок внутрішньої невідповідності між реальним та ідеальним образом «Я». Представники цього напрямку, зокрема Карл Роджерс, вважали, що тривога виникає тоді, коли людина не може реалізувати власний потенціал або переживає конфлікт між своїми справжніми потребами та соціальними очікуваннями. Гуманістичний підхід акцентує увагу на унікальності особистості, її прагненні до самореалізації та необхідності створення умов для психологічного розвитку [13].

Особливе місце у вивченні тривожності посідає когнітивний напрям психології. Представники когнітивної психології вважали, що основною причиною виникнення тривожності є особливості мислення людини, її переконання, установки та спосіб інтерпретації подій. Значний внесок у розвиток когнітивного підходу зробив Аарон Бек, який довів, що люди з підвищеним рівнем тривожності схильні до негативних автоматичних думок, катастрофізації ситуацій та викривленого сприйняття реальності. Наприклад, людина може сприймати нейтральні події як потенційно небезпечні або перебільшувати ймовірність негативних наслідків. Саме такі когнітивні викривлення підтримують і посилюють тривожні переживання.

У межах когнітивно-поведінкової теорії тривожність розглядається як результат взаємодії думок, емоцій та поведінки. Негативні переконання формують тривожні емоції, які, у свою чергу, впливають на поведінку людини. Наприклад, людина, яка боїться осуду з боку інших, може уникати соціальних контактів, що лише посилює її соціальну тривожність. Таким чином формується замкнене коло тривоги, у якому думки, емоції та поведінка

взаємно підтримують одна одну. У сучасній психології важливим є розмежування понять «тривога» та «тривожність». Тривога зазвичай розглядається як емоційний стан, який виникає у відповідь на конкретну ситуацію небезпеки або невизначеності. Вона має ситуативний характер і може бути тимчасовою реакцією організму на стресову подію. Тривожність же є більш стійкою характеристикою особистості, що проявляється у схильності людини часто переживати стан тривоги навіть за відсутності реальної загрози [19].

Одну з найбільш відомих концепцій тривожності запропонував Ч. Спілбергер. Він виділив два основні види тривожності: ситуативну та особистісну. Ситуативна тривожність виникає як реакція на певну стресову ситуацію та супроводжується емоційним напруженням, хвилюванням і підвищеною активністю нервової системи. Особистісна тривожність є стійкою рисою характеру і проявляється у схильності людини сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі. Люди з високим рівнем особистісної тривожності частіше переживають страх. Тривожність може проявлятися на різних рівнях: психологічному, поведінковому та фізіологічному (рис.1.1)



Рис. 1.1. Рівні тривожності [5]

Джерело: згруповано за інформацією [5]

На психологічному рівні вона супроводжується почуттям страху, внутрішнього напруження, неспокою, невпевненості та очікування небезпеки.

Людина може постійно переживати негативні думки, сумніватися у власних можливостях, боятися помилок або осуду. На поведінковому рівні тривожність проявляється уникненням складних або незнайомих ситуацій, труднощами у спілкуванні, зниженням активності або навпаки надмірною метушливістю. Фізіологічні прояви тривожності можуть включати прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, головний біль, порушення сну, м'язову напругу, утруднене дихання та інші соматичні симптоми. Важливо зазначити, що тривожність не завжди має патологічний характер. Помірний рівень тривоги є природною реакцією організму та виконує адаптивну функцію. Завдяки тривозі людина стає більш уважною, обережною та готовою до подолання труднощів. У небезпечних ситуаціях тривога допомагає мобілізувати фізичні та психологічні ресурси організму. Проте якщо рівень тривожності стає надмірним, постійним або невідповідним реальним обставинам, це може свідчити про розвиток тривожних розладів [1, с. 30].

Сучасна психологія та психіатрія виділяють різні види тривожних розладів. До найбільш поширених належать генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальна тривожність, obsесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад та різноманітні фобії. Кожен із цих розладів має свої специфічні прояви, однак усі вони супроводжуються підвищеним рівнем тривоги та значним психологічним дискомфортом [2].

Причини виникнення тривожності є багатофакторними. Серед основних чинників виділяють біологічні, психологічні та соціальні. Біологічні фактори включають спадкову схильність, особливості функціонування нервової системи, гормональні порушення та нейрохімічні процеси у мозку. Психологічні чинники пов'язані з особливостями характеру, самооцінкою, попереднім життєвим досвідом, рівнем стресостійкості та сформованими моделями мислення. Соціальні фактори охоплюють умови виховання, сімейні конфлікти, соціальну нестабільність, труднощі у професійній діяльності та міжособистісних відносинах [23].

Особливу увагу дослідники приділяють дитячому та підлітковому віку, оскільки саме в цей період формуються основні механізми емоційного реагування та ставлення до себе і світу. Надмірна критика, емоційна холодність батьків, конфлікти у сім'ї, булінг, завищені вимоги або недостатня підтримка можуть сприяти формуванню високого рівня тривожності у майбутньому. Крім того, сучасні діти та підлітки часто стикаються з інформаційним перевантаженням, соціальним тиском та високими очікуваннями, що також негативно впливає на їхній емоційний стан.

У дорослому віці тривожність може посилюватися через професійне вигорання, фінансові труднощі, проблеми у міжособистісних стосунках, невизначеність майбутнього та хронічний стрес. В умовах сучасного суспільства людина постійно змушена адаптуватися до швидких змін, що створює додаткове психологічне навантаження. Проблема тривожності має не лише психологічне, а й соціальне значення. Підвищений рівень тривожності негативно впливає на працездатність, навчальну діяльність, соціальну адаптацію та міжособистісні взаємини. Люди з високим рівнем тривожності частіше відчують труднощі у прийнятті рішень, мають низьку самооцінку, уникають відповідальності та нових можливостей. У деяких випадках тривожність може призводити до соціальної ізоляції, депресивних станів та психосоматичних захворювань [31].

У зв'язку з поширенням тривожних станів особливого значення набуває проблема надання ефективної психологічної допомоги. Серед сучасних психотерапевтичних підходів найбільш ефективною у роботі з тривожністю вважається когнітивно-поведінкова терапія. Вона спрямована на виявлення та зміну деструктивних переконань, автоматичних думок і поведінкових моделей, що підтримують тривогу. Завдяки використанню когнітивної реструктуризації, поведінкових експериментів, технік релаксації та експозиції людина поступово навчається контролювати власні емоції та ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями [51].

Таким чином, тривожність є складним багатокомпонентним психологічним явищем, яке охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні аспекти функціонування особистості. Вона може виконувати як адаптивну, так і дезадаптивну функцію залежно від інтенсивності та тривалості проявів. Аналіз наукових підходів до розуміння тривожності свідчить про багатогранність цього феномену та необхідність комплексного підходу до його дослідження. Вивчення причин, проявів і механізмів розвитку тривожності є важливим підґрунтям для розробки ефективних методів психологічної допомоги та психотерапевтичного впливу, серед яких особливе місце займає когнітивно-поведінкова терапія.

сво́вні причини виникнення та прояви тривожності

Тривожність є складним психологічним явищем, яке формується під впливом великої кількості чинників та проявляється у різних сферах життєдіяльності людини. У сучасній психологічній науці проблема причин виникнення тривожності посідає важливе місце, оскільки розуміння механізмів її розвитку дозволяє більш ефективно здійснювати психологічну профілактику, психокорекцію та психотерапевтичну допомогу. У сучасному суспільстві людина постійно перебуває під впливом значної кількості стресових подразників. Високий темп життя, нестабільність соціально-економічних умов, професійна конкуренція, інформаційне перевантаження, невизначеність майбутнього та постійна необхідність адаптації до змін створюють підвищене психологічне навантаження.

Причини виникнення тривожності є багатофакторними, тому більшість сучасних науковців розглядає її як результат взаємодії внутрішніх та зовнішніх чинників. Як зазначав Ч. Спілбергер, «тривожність є індивідуальною психологічною особливістю, що проявляється у схильності людини сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі» [33]. До основних груп причин тривожності належать біологічні, психологічні, соціальні та когнітивні фактори (табл.1.1)

Таблиця 1.1

Основні причини виникнення та прояви тривожності

Група причин тривожності	Характеристика причин	Основні прояви тривожності
Біологічні фактори	Спадкова схильність, особливості функціонування нервової системи, порушення роботи нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну, ГАМК), підвищена активність симпатичної нервової системи, особливості темпераменту	Прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, м'язова напруга, головний біль, порушення сну, підвищена емоційна чутливість
Психологічні фактори	Низька самооцінка, невпевненість у собі, негативний життєвий досвід, психотравмувальні події, емоційна нестабільність, внутрішні конфлікти	Внутрішнє напруження, страх, невпевненість, очікування небезпеки, дратівливість, емоційна виснаженість
Сімейні та виховні фактори	Недостатня емоційна підтримка, критика, завищені вимоги, жорсткий контроль, конфлікти у сім'ї, емоційне насильство, тривожна поведінка батьків	Формування невпевненості, страх помилок, залежність від думки інших, труднощі адаптації та міжособистісного спілкування
Соціальні фактори	Соціальна нестабільність, фінансові труднощі, безробіття, професійна конкуренція, інформаційне перевантаження, воєнні дії та глобальні кризи	Хронічний стрес, емоційне виснаження, підвищена тривога, соціальна ізоляція, труднощі у прийнятті рішень
Когнітивні фактори	Негативне мислення, катастрофізація ситуацій, автоматичні негативні думки, концентрація уваги на небезпеці	Нав'язливі думки, постійне хвилювання, страх невдачі, труднощі концентрації уваги, очікування негативних наслідків
Поведінкові фактори	Уникнення складних ситуацій, страх критики, залежність від оцінки оточення	Уникнення соціальних контактів, нерішучість, надмірна обережність, зниження активності
Фізіологічні прояви	Реакція організму на стрес та активація механізму «бий або тікай»	Панічні атаки, нестача повітря, біль у грудях, запаморочення, порушення роботи ШКТ, швидка втомлюваність

Джерело: згруповано за інформацією [15]

Отже, наведена таблиця узагальнює основні причини виникнення тривожності та її найбільш поширені прояви. Аналіз наукових підходів свідчить, що тривожність формується під впливом комплексу біологічних,

психологічних, соціальних і когнітивних чинників. Її прояви можуть охоплювати емоційну, поведінкову та фізіологічну сфери функціонування особистості. Розуміння причин і симптомів тривожності є важливим для своєчасної психологічної допомоги, профілактики розвитку тривожних розладів та підбору ефективних психокорекційних методів.

Тривала тривожність негативно впливає на фізичне здоров'я людини. Хронічне емоційне напруження виснажує нервову систему, знижує імунітет та підвищує ризик розвитку психосоматичних захворювань. Люди з високим рівнем тривожності частіше страждають на серцево-судинні захворювання, порушення роботи шлунково-кишкового тракту, головні болі та проблеми зі сном.

Важливо зазначити, що прояви тривожності можуть відрізнятися залежно від віку, статі, індивідуальних особливостей та життєвого досвіду людини. У дітей тривожність часто проявляється страхом розлуки з батьками, труднощами адаптації, порушенням сну або підвищеною плаксивістю. У підлітковому віці тривожність може бути пов'язана з проблемами самооцінки, міжособистісними стосунками та соціальним тиском. У дорослих тривога частіше стосується професійної діяльності, фінансових труднощів, сімейних проблем та відповідальності за майбутнє.

Особливої уваги заслуговує проблема прихованої тривожності. Деякі люди не усвідомлюють власної тривоги або намагаються приховати її від оточення. У таких випадках тривожність може проявлятися через дратівливість, агресивність, надмірний контроль, перфекціонізм або трудоголізм. Сучасні дослідження свідчать про те, що рівень тривожності населення постійно зростає. Це пояснюється збільшенням кількості стресових факторів, високими вимогами сучасного суспільства та нестачею психологічної підтримки. Саме тому проблема профілактики та подолання тривожності є надзвичайно важливою для сучасної психології. І. Павлов підкреслював, що особливості нервової системи визначають характер емоційного реагування людини та її стійкість до стресових впливів [21].

У роботі з тривожністю важливе значення має раннє виявлення її причин та проявів. Чим раніше людина усвідомить власний емоційний стан і звернеться по допомогу, тим ефективніше можна запобігти розвитку тривожних розладів та негативних наслідків для психічного здоров'я. Одним із найбільш ефективних підходів до подолання тривожності є когнітивно-поведінкова терапія, яка спрямована на зміну негативних переконань, автоматичних думок і деструктивних моделей поведінки. Завдяки використанню спеціальних технік людина вчиться краще розуміти власні емоції, контролювати тривожні реакції та формувати більш адаптивні способи реагування на стресові ситуації. Г. Сельє підкреслював, що тривалий стрес виснажує адаптаційні ресурси організму та сприяє розвитку емоційних порушень [47].

Таким чином, тривожність є складним багатофакторним явищем, причини якого охоплюють біологічні, психологічні, соціальні та когнітивні аспекти. Її прояви можуть мати емоційний, поведінковий і фізіологічний характер та суттєво впливати на якість життя людини. Розуміння причин і механізмів виникнення тривожності є необхідною умовою для розробки ефективних методів психологічної допомоги, профілактики та психотерапевтичного впливу.

психологічні особливості тривожних розладів

Тривожні розлади є одними з найбільш поширених психічних порушень у сучасному суспільстві. Вони суттєво впливають на емоційний стан людини, її поведінку, міжособистісні стосунки, професійну діяльність та загальну якість життя. У сучасній психології та психіатрії проблема тривожних розладів набуває особливої актуальності у зв'язку зі зростанням рівня стресу, соціальної нестабільності, інформаційного перенавантаження та постійного психологічного напруження. Дослідники зазначають, що кількість людей, які страждають на різні форми тривожних розладів, щороку збільшується, а тому вивчення психологічних особливостей цих порушень є важливим напрямом

Як зазначає О. І. Романчук, «тривожні розлади належать до найбільш поширених психічних порушень сучасності та суттєво впливають на якість життя людини» [36].

Тривожні розлади являють собою групу психічних порушень, основною ознакою яких є надмірна, стійка та неконтрольована тривога, що не відповідає реальній ситуації або значно перевищує рівень об'єктивної небезпеки. На відміну від звичайної ситуативної тривоги, яка є природною реакцією організму на стрес або загрозу, тривожні розлади характеризуються тривалістю, інтенсивністю та негативним впливом на повсякденне функціонування людини. Людина, яка страждає на тривожний розлад, часто перебуває у стані постійного емоційного напруження, внутрішнього неспокою

т

а

о

ч

і Психологічні особливості тривожних розладів проявляються у когнітивній, емоційній, поведінковій та фізіологічній сферах. Однією з найбільш характерних особливостей є домінування негативного мислення та схильність до катастрофізації ситуацій. А. Бек вважав, що «негативні автоматичні думки є основою формування тривожних переживань» [32]. Люди з тривожними розладами часто очікують найгіршого розвитку подій, перебільшують небезпеку та недооцінюють власні можливості впоратися з труднощами. За словами О. В. Креслової, особи з високим рівнем тривожності схильні концентрувати увагу на потенційних загрозах і недооцінювати власні ресурси подолання труднощів [22].

е Такі особистості схильні до постійного аналізу можливих загроз і ризиків. Вони можуть тривалий час прокручувати у свідомості негативні сценарії майбутнього, хвилюватися через події, які ще не відбулися, або надмірно

з

п

е

зосереджуватися на власних помилках і недоліках. Навіть незначні труднощі або невизначені ситуації викликають у них сильне емоційне напруження.

Однією з ключових психологічних особливостей тривожних розладів є підвищена чутливість до небезпеки. Людина постійно перебуває у стані внутрішньої готовності до загрози, навіть якщо об'єктивних причин для хвилювання немає. Це призводить до того, що будь-які зміни, невизначеність або нові обставини сприймаються як потенційно небезпечні. Тривожні люди часто мають низький рівень стресостійкості. Вони важче переносять життєві труднощі, конфлікти, невдачі або зміни. Навіть незначні проблеми можуть викликати у них сильний страх, емоційне виснаження та відчуття безпорадності. Через це людина починає уникати ситуацій, які асоціюються з тривогою або можливістю невдачі.

Важливою психологічною особливістю тривожних розладів є порушення самооцінки. К. Є. Кирюшенко зазначає, що «високий рівень тривожності часто супроводжується низькою самооцінкою та невпевненістю у власних силах» [21]. Багато людей із підвищеним рівнем тривожності мають невпевненість у собі, постійно сумніваються у власних силах та бояться негативної оцінки з боку інших. Вони часто ставлять до себе надмірно високі вимоги, переживають через можливі помилки та прагнуть уникнути критики.

У деяких випадках тривожні розлади супроводжуються перфекціонізмом. М. В. Блохіна підкреслює, що постійне прагнення до ідеального результату нерідко стає джерелом емоційного виснаження та внутрішньої напруги [5]. Людина прагне виконувати все ідеально, боїться зробити помилку або не відповідати очікуванням оточення. Така поведінка призводить до постійного внутрішнього напруження та емоційного виснаження. Особливе місце серед психологічних особливостей тривожних розладів займає проблема емоційної нестабільності. Люди з тривожними розладами часто відчують дратівливість, емоційну виснаженість, внутрішній дискомфорт та труднощі у контролі власних емоцій. Вони можуть гостро реагувати навіть на незначні подразники та довго переживати неприємні ситуації.

Тривожні розлади також впливають на особливості міжособистісних відносин. Як зазначає М. М. Філоненко, емоційна напруженість і страх негативної оцінки ускладнюють процес міжособистісного спілкування та соціальної взаємодії [43]. Людина може боятися осуду, неприйняття або відмови з боку інших, тому часто уникає відкритого спілкування, нових знайомств або соціальної активності. Соціальна тривожність нерідко призводить до замкненості, ізоляції та труднощів у встановленні близьких стосунків. У багатьох випадках люди з тривожними розладами демонструють підвищену залежність від думки інших людей. Вони потребують постійного схвалення, підтримки та підтвердження власної значущості. Будь-яка критика або негативна оцінка можуть викликати у них сильне емоційне переживання.

Однією з характерних особливостей тривожних розладів є унікальна поведінка. Представники когнітивно-поведінкового підходу наголошують, що уникнення тривожних ситуацій тимчасово знижує напруження, однак у перспективі лише закріплює страх [2; 36]. Людина намагається уникати ситуацій, які викликають страх або тривогу, навіть якщо вони не становлять реальної небезпеки. Наприклад, людина із соціальною тривожністю може уникати публічних виступів, спілкування або нових знайомств, а людина з панічним розладом – уникати місць, де раніше переживала панічну атаку. Уникнення тимчасово знижує рівень тривоги, однак у довгостроковій перспективі лише посилює проблему. Людина поступово обмежує власну активність, відмовляється від нових можливостей та втрачає впевненість у собі. У результаті формується замкнене коло тривоги, коли уникнення підтримує страх і робить його ще сильнішим.

Серед основних видів тривожних розладів виділяють генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний тривожний розлад, фобії, obsесивно-компульсивний розлад та посттравматичний стресовий розлад. Генералізований тривожний розлад характеризується постійним і надмірним хвилюванням щодо різних сфер життя. Людина постійно переживає через роботу, здоров'я, сім'ю, майбутнє або повсякденні події. Таке хвилювання є

неконтрольованим і супроводжується фізичними симптомами: м'язовою напругою, швидкою втомлюваністю, дратівливістю та порушенням сну.

Панічний розлад проявляється у вигляді раптових нападів інтенсивного страху, які супроводжуються вираженими фізіологічними симптомами. О. В. Бацилєва зазначає, що панічні стани супроводжуються не лише емоційним переживанням страху, а й вираженими соматичними симптомами [3]. Під час панічної атаки людина може відчувати прискорене серцебиття, задиху, запаморочення, тремтіння, страх смерті або втрати контролю. Після кількох нападів у людини часто формується страх повторення панічної атаки, що значно обмежує її повсякденне життя.

Соціальний тривожний розлад пов'язаний зі страхом негативної оцінки з боку інших людей. Вершибалко підкреслює, що соціальна тривожність значно обмежує соціальну активність людини та негативно впливає на її самооцінку [10]. Людина боїться виглядати смішною, некомпетентною або незграбною у соціальних ситуаціях. Через це вона уникає спілкування, публічних виступів та будь-яких ситуацій, де може опинитися у центрі уваги. Фобії являють собою інтенсивний страх перед певними об'єктами або ситуаціями. Найпоширенішими є страх висоти, замкненого простору, темряви, тварин, польотів або медичних процедур. Людина усвідомлює, що її страх є надмірним, однак не може його контролювати.

Обсесивно-компульсивний розлад характеризується наявністю нав'язливих думок та повторюваних дій, які людина виконує для зниження тривоги. Наприклад, людина може постійно перевіряти, чи зачинені двері, багаторазово мити руки або повторювати певні ритуали. Посттравматичний стресовий розлад виникає після переживання психотравмувальної події та супроводжується нав'язливими спогадами, нічними кошмарами, підвищеною тривожністю та уникненням ситуацій, які нагадують про травму.

Психологічні особливості тривожних розладів значною мірою впливають на якість життя людини. Постійне емоційне напруження виснажує нервову систему, знижує працездатність та ускладнює повсякденну діяльність.

Людина може втрачати інтерес до улюблених занять, відчувати труднощі у навчанні чи професійній діяльності, уникати соціальних контактів та замикатися у собі. Тривожні розлади також часто супроводжуються депресивними станами, емоційним вигоранням та психосоматичними порушеннями. Хронічна тривога негативно впливає на роботу серцево-судинної, ендокринної та імунної системи. Люди з високим рівнем тривожності частіше страждають на безсоння, головні болі, проблеми з травленням та серцево-судинні захворювання.

Особливої уваги заслуговує проблема дитячої та підліткової тривожності. Т. В. Бойченко підкреслює, що в умовах сучасних кризових подій рівень тривожності серед підлітків суттєво зростає та негативно впливає на навчальну мотивацію [4]. У дітей тривожні розлади можуть проявлятися страхом розлуки з батьками, труднощами адаптації, порушеннями сну, підвищеною плаксивістю або труднощами у спілкуванні. У підлітковому віці тривожність часто пов'язана із самооцінкою, страхом неприйняття, навчальним навантаженням та соціальним тиском. У сучасному суспільстві проблема тривожних розладів стає дедалі більш актуальною через постійний вплив стресових факторів. Високий темп життя, нестабільність, війни, економічні труднощі та інформаційне перевантаження сприяють зростанню рівня тривоги серед населення.

У зв'язку з цим особливого значення набуває проблема надання ефективної психологічної допомоги людям із тривожними розладами. Одним із найбільш результативних підходів у сучасній психотерапії є когнітивно-

п
о
в
е
д
і
н
к
о

Романчук наголошує, що зміна дисфункційних переконань сприяє зниженню рівня тривоги та формуванню більш адаптивних моделей поведінки [36].

Завдяки використанню когнітивної реструктуризації, технік експозиції, релаксаційних вправ і поведінкових експериментів людина поступово долає страхи та повертає відчуття контролю над власним життям. Як зазначає В. Г. Панок, комплексне вивчення емоційних порушень є необхідною умовою ефективної психологічної допомоги особистості [30].

Таким чином, тривожні розлади є складними психічними порушеннями, що охоплюють емоційну, когнітивну, поведінкову та фізіологічну сфери особистості. Їх психологічні особливості проявляються у постійному переживанні страху, негативному мисленні, емоційній нестабільності, унікальній поведінці та порушенні міжособистісних відносин. Вивчення психологічних особливостей тривожних розладів має важливе значення для розуміння механізмів їх виникнення та розробки ефективних методів психологічної допомоги й психотерапевтичного впливу.

Теоретичні засади когнітивно-поведінкової терапії

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш поширених і науково обґрунтованих напрямів сучасної психотерапії. Упродовж останніх десятиліть цей підхід здобув широке визнання у психологічній та психотерапевтичній практиці завдяки високій ефективності у роботі з різними психічними та емоційними порушеннями, зокрема тривожними розладами, депресією, фобіями, посттравматичними станами та психосоматичними проблемами. Особливе значення когнітивно-поведінкова терапія має у роботі з тривожністю, оскільки саме цей метод дозволяє ефективно виявляти та змінювати негативні моделі мислення і поведінки, що підтримують тривожні переживання.

У сучасній психології когнітивно-поведінкова терапія розглядається як структурований, цілеспрямований та практично орієнтований психотерапевтичний підхід, основною метою якого є зміна деструктивних

переконань, автоматичних думок та неадаптивних моделей поведінки людини. Центральною ідеєю когнітивно-поведінкової терапії є твердження про те, що емоційний стан людини визначається не стільки самими подіями, скільки тим, як людина їх сприймає та інтерпретує. Теоретичні засади когнітивно-поведінкової терапії сформувалися під впливом кількох наукових напрямів, серед яких особливе місце посідають біхевіоризм, когнітивна психологія та теорії навчання. Формування когнітивно-поведінкового підходу стало результатом поступового розвитку психологічної науки та переосмислення механізмів виникнення психічних розладів.

Першою теоретичною основою когнітивно-поведінкової терапії став біхевіоризм – напрям психології, представники якого вважали, що поведінка людини формується під впливом зовнішнього середовища та процесів навчання. Засновники біхевіоризму, серед яких Джон Вотсон та Беррес Скіннер, акцентували увагу на тому, що поведінкові реакції можна змінювати за допомогою підкріплення, формування нових навичок та корекції неадаптивної поведінки.

Особливу роль у розвитку поведінкового напрямку відіграли дослідження Івана Павлова, який відкрив механізм умовних рефлексів. Саме його праці стали основою для пояснення того, як у людини можуть формуватися страхи та тривожні реакції через асоціацію певних ситуацій із негативним досвідом. Наприклад, якщо людина пережила сильний стрес у певній ситуації, надалі навіть нейтральні стимули можуть викликати у неї тривогу. У межах поведінкового підходу тривожність розглядалася як набута реакція, сформована внаслідок негативного досвіду або неправильного навчання. Поведінкові терапевти вважали, що страх і тривога підтримуються через механізми уникнення. Людина, уникаючи ситуацій, які викликають страх, тимчасово знижує рівень напруження, але водночас закріплює тривожну реакцію.

Подальший розвиток психотерапії привів до усвідомлення того, що лише поведінкових механізмів недостатньо для пояснення емоційних порушень.

Значний вплив на формування когнітивно-поведінкової терапії мала когнітивна психологія, яка акцентувала увагу на ролі мислення, переконань та способів інтерпретації подій. Основоположником когнітивної терапії вважається Аарон Бек. У процесі роботи з пацієнтами, які страждали на депресію та тривожні розлади, він дійшов висновку, що негативні емоції пов'язані насамперед із деструктивними автоматичними думками та когнітивними викривленнями. Бек зазначав, що людина не завжди об'єктивно оцінює ситуацію. Натомість вона може перебільшувати небезпеку, очікувати найгіршого розвитку подій або зосереджувати увагу лише на негативних аспектах. Наприклад, людина з високим рівнем тривожності може думати: «Я обов'язково помилюся», «У мене нічого не вийде», «Усі мене засудять». Такі автоматичні думки викликають сильне емоційне напруження та впливають на поведінку. Людина починає уникати складних ситуацій, що лише підтримує тривожність. Аарон Бек розробив когнітивну модель емоційних розладів, відповідно до якої психологічні проблеми виникають через викривлене мислення та негативні переконання про себе, світ і майбутнє. Саме ці переконання формують емоційні реакції та визначають поведінку людини.

Важливий внесок у розвиток когнітивно-поведінкової терапії зробив Альберт Елліс – засновник раціонально-емоційної поведінкової терапії. Він вважав, що емоційні проблеми людини виникають через ірраціональні переконання та надмірні вимоги до себе, інших людей і навколишнього світу. Альберт Елліс створив модель АВС, яка пояснює механізм виникнення емоційних реакцій. Відповідно до цієї моделі:

А – активуюча подія;

В – переконання людини щодо цієї події;

С – емоційні та поведінкові наслідки.

Згідно з цією концепцією, емоційний стан людини визначається не самою подією, а її інтерпретацією. Наприклад, одна людина може сприймати невдачу як тимчасову труднощі, а інша як катастрофу. Саме спосіб мислення впливає на рівень тривоги та емоційного напруження.

Теоретичні засади когнітивно-поведінкової терапії базуються на кількох ключових принципах. Одним із головних принципів є взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою. Когнітивно-поведінкова терапія виходить із того, що зміна мислення сприяє зміні емоційного стану та поведінки людини. Іншим важливим принципом є усвідомлення автоматичних думок. Автоматичні думки – це швидкі, спонтанні судження, які виникають у свідомості людини у відповідь на певні ситуації. Часто вони є негативними, викривленими або ірраціональними. Людина може навіть не помічати їх, однак саме вони впливають на її емоції та поведінку.

Когнітивно-поведінкова терапія допомагає людині навчитися розпізнавати автоматичні думки, аналізувати їх та замінювати більш реалістичними й адаптивними переконаннями. Ще одним важливим принципом є активна участь клієнта у психотерапевтичному процесі. На відміну від деяких інших психотерапевтичних підходів, когнітивно-поведінкова терапія має практичний та структурований характер. Клієнт не лише обговорює власні переживання, а й активно виконує вправи, домашні завдання, поведінкові експерименти та техніки самоспостереження.

Когнітивно-поведінкова терапія орієнтована насамперед на теперішній момент і вирішення актуальних проблем. Хоча у процесі терапії можуть аналізуватися події минулого, основна увага приділяється тому, як людина мислить і поводить себе зараз. Однією з важливих особливостей когнітивно-поведінкової терапії є її наукова обґрунтованість. Ефективність цього підходу підтверджується великою кількістю наукових досліджень. Саме тому когнітивно-поведінкова терапія вважається одним із найбільш результативних методів психологічної допомоги при тривожних розладах.

У когнітивно-поведінковій терапії важливе місце займає поняття когнітивних викривлень. Когнітивні викривлення – це систематичні помилки мислення, які призводять до негативного сприйняття реальності та посилення емоційних проблем. До найбільш поширених когнітивних викривлень належать:

- катастрофізація – схильність очікувати найгіршого розвитку подій;
- надмірне узагальнення – формування глобальних висновків на основі окремих ситуацій;
- чорно-біле мислення – сприйняття ситуацій лише у крайнощах;
- персоналізація – схильність брати на себе відповідальність за негативні події;
- фільтрація негативу – концентрація лише на негативних аспектах ситуації.

Саме ці викривлення підтримують тривожні переживання та формують негативне ставлення до себе і світу.

Теоретичні засади когнітивно-поведінкової терапії також включають поведінкові принципи. Поведінковий компонент КПТ спрямований на зміну неадаптивної поведінки та формування нових навичок реагування. Одним із ключових поведінкових методів є експозиція – поступове зіткнення людини з ситуаціями, які викликають страх або тривогу. Метою експозиції є зниження рівня тривоги через поступове звикання до подразника та руйнування механізму уникнення. Наприклад, людина із соціальною тривожністю може поступово вчитися виступати перед невеликою аудиторією, а згодом перед більшою кількістю людей. Завдяки повторюваному контакту зі страхом рівень тривоги поступово знижується.

Важливим елементом когнітивно-поведінкової терапії є поведінкові експерименти. Вони дозволяють людині перевіряти власні негативні переконання у реальних ситуаціях. Наприклад, якщо людина переконана, що будь-яка помилка призведе до осуду, терапевт може запропонувати їй виконати певне завдання та проаналізувати реальні наслідки. Когнітивно-поведінкова терапія також приділяє значну увагу розвитку навичок саморегуляції та управління емоціями. Для цього використовуються техніки релаксації, дихальні вправи, методи усвідомленості та навички контролю стресу.

У роботі з тривожністю когнітивно-поведінкова терапія спрямована на:

- виявлення причин тривоги;
- аналіз негативних автоматичних думок;
- зміну деструктивних переконань;
- подолання унікальної поведінки;
- формування адаптивних способів реагування;
- розвиток навичок емоційної саморегуляції.

Особливістю когнітивно-поведінкової терапії є її короткостроковий і структурований характер. Терапія зазвичай має чітко визначені цілі, план роботи та конкретні завдання. Це дозволяє людині поступово відстежувати власний прогрес і формувати нові способи мислення та поведінки. Сучасна когнітивно-поведінкова терапія постійно розвивається та доповнюється новими підходами. Одним із напрямів є терапія, заснована на усвідомленості, яка поєднує принципи КПТ із техніками mindfulness. Також активно розвиваються схема-терапія, діалектично-поведінкова терапія та терапія прийняття і відповідальності.

У сучасній психології когнітивно-поведінкова терапія застосовується не лише у клінічній практиці, але й у сфері освіти, психологічного консультування, роботи зі стресом та профілактики емоційних порушень. Завдяки своїй ефективності, структурованості та науковій обґрунтованості когнітивно-поведінкова терапія посідає провідне місце серед сучасних психотерапевтичних підходів. Вона дозволяє людині не лише знизити рівень тривоги, а й навчитися краще розуміти власні емоції, контролювати поведінку та ефективно справлятися зі складними життєвими ситуаціями.

Таким чином, теоретичні засади когнітивно-поведінкової терапії базуються на уявленні про взаємозв'язок мислення, емоцій і поведінки людини. Основною метою цього підходу є зміна негативних переконань та неадаптивних моделей поведінки, що підтримують психологічні проблеми. Когнітивно-поведінкова терапія поєднує когнітивні та поведінкові методи впливу, має науково доведену ефективність і є одним із найбільш

результативних напрямів психотерапії у роботі з тривожністю та тривожними розладами.

Основні принципи та моделі КПТ

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш ефективних і науково обґрунтованих напрямів сучасної психотерапії, який активно застосовується у роботі з тривожними розладами, депресивними станами, фобіями, психосоматичними порушеннями та іншими психологічними проблемами. Популярність когнітивно-поведінкової терапії пояснюється її практичною спрямованістю, структурованістю, короткотривалістю та високою результативністю. В основі цього підходу лежить розуміння того, що думки, емоції та поведінка людини перебувають у тісному взаємозв'язку та взаємно впливають одна на одну. Як зазначав А. Бек, «емоційні реакції людини визначаються не самими подіями, а тим, як вона їх інтерпретує» [36]. Основні принципи когнітивно-поведінкової терапії сформувалися на основі поєднання когнітивної психології, біхевіоризму та сучасних досліджень у сфері психотерапії. Вони визначають теоретичні засади терапевтичного процесу, особливості взаємодії між терапевтом і клієнтом, а також способи подолання психологічних проблем.

Одним із головних принципів когнітивно-поведінкової терапії є принцип взаємозв'язку думок, емоцій та поведінки. Відповідно до цього принципу, емоційний стан людини визначається не самими подіями, а способом їх інтерпретації. Одна й та сама ситуація може викликати різні емоційні реакції залежно від того, як людина її сприймає. Наприклад, публічний виступ для однієї людини може бути можливістю проявити себе, а для іншої джерелом сильного страху та тривоги. Саме думки й переконання визначають емоційне переживання ситуації та подальшу поведінку.

Цей принцип є надзвичайно важливим у роботі з тривожністю, оскільки люди з підвищеним рівнем тривоги часто мають схильність до негативного мислення, катастрофізації та перебільшення небезпеки. Саме тому когнітивно-

поведінкова терапія спрямована на виявлення й зміну деструктивних моделей мислення. О. І. Романчук підкреслює, що когнітивно-поведінкова терапія допомагає людині «виявляти автоматичні негативні думки та змінювати неадаптивні способи реагування» [36]. Наступним важливим принципом когнітивно-поведінкової терапії є принцип когнітивної детермінації емоційних реакцій. Відповідно до нього, негативні емоції виникають унаслідок автоматичних думок та ірраціональних переконань. Людина може навіть не усвідомлювати власних думок, однак саме вони впливають на її психологічний стан.

Автоматичні думки – це швидкі, спонтанні судження, які виникають у відповідь на певні ситуації. Наприклад, людина може подумати: «Я не впораюся», «У мене нічого не вийде», «Усі мене засудять». Такі думки викликають страх, тривогу, невпевненість і впливають на поведінку.

Когнітивно-поведінкова терапія допомагає людині усвідомити власні автоматичні думки, проаналізувати їх та навчитися формувати більш реалістичне й адаптивне мислення. На думку А. В. Ляного, одним із головних завдань КПТ є «формування навичок самоспостереження та критичного аналізу власних переконань» [26]. Ще одним важливим принципом є принцип активної участі клієнта у терапевтичному процесі. У когнітивно-поведінковій терапії клієнт не є пасивним слухачем, а виступає активним учасником роботи над власними психологічними труднощами. М. В. Архангельська зазначає, що ефективність КПТ значною мірою залежить від «активної співпраці терапевта та клієнта у процесі психотерапевтичної роботи» [2].

Терапевт допомагає людині зрозуміти механізми виникнення її проблем, навчитися аналізувати власні думки та поведінку, а також застосовувати нові навички у повсякденному житті. Значна увага приділяється виконанню домашніх завдань, самоспостереженню та практичному закріпленню нових способів реагування. Когнітивно-поведінкова терапія базується також на принципі співпраці між терапевтом і клієнтом. Взаємодія у процесі терапії має партнерський характер. Терапевт не нав'язує власних поглядів, а допомагає

людині самотійно досліджувати власні переконання, перевіряти їхню реалістичність та формувати нові моделі мислення.

У КПТ важливе значення має принцип структурованості та цілеспрямованості терапії. Кожна зустріч має чітку структуру, конкретні цілі та визначені завдання. Це дозволяє зробити терапевтичний процес більш зрозумілим і результативним. Зазвичай під час сесії обговорюються актуальні проблеми клієнта, аналізуються автоматичні думки та емоційні реакції, виконуються практичні вправи та визначаються домашні завдання. Ще одним важливим принципом когнітивно-поведінкової терапії є орієнтація на теперішній момент. Хоча у процесі терапії можуть аналізуватися події минулого, основна увага приділяється тому, як людина мислить і поводить себе зараз.

КПТ спрямована не лише на усвідомлення причин психологічних труднощів, а насамперед на формування ефективних способів їх подолання. Саме тому терапія має практичний характер та орієнтована на розвиток навичок саморегуляції й адаптивного реагування. За словами С. О. Мащак та А. А. Купцової, когнітивно-поведінковий підхід сприяє «розвитку навичок емоційної саморегуляції та адаптивного подолання стресових ситуацій» [27].

Одним із ключових принципів когнітивно-поведінкової терапії є принцип емпіричної перевірки переконань. Терапевт допомагає клієнту перевіряти реалістичність його негативних думок за допомогою логічного аналізу та поведінкових експериментів. Наприклад, якщо людина переконана, що будь-який виступ перед іншими закінчиться провалом, терапевт може запропонувати їй поступово перевірити це переконання на практиці. Завдяки такому досвіду людина переконується, що її страхи часто є перебільшеними. П. Дж. Нортон і Е. С. Прайс у своїх дослідженнях доводять, що поведінкові експерименти та експозиційні техніки є «ефективними методами зниження тривожності при різних тривожних розладах» [61].

Особливе значення у когнітивно-поведінковій терапії має принцип навчання новим навичкам. КПТ не лише допомагає зменшити рівень тривоги

чи емоційного напруження, але й формує у людини навички ефективного подолання стресу, контролю емоцій, комунікації та саморегуляції.

У процесі терапії людина навчається:

- розпізнавати автоматичні думки;
- аналізувати власні переконання;
- контролювати емоційні реакції;
- долати унікальну поведінку;
- формувати адаптивні способи реагування;
- ефективно справлятися зі стресом.

О. Е. Вершибалко наголошує, що формування нових поведінкових навичок дозволяє людині «поступово долати соціальні страхи та підвищувати впевненість у собі» [10]. Окрім принципів, важливе значення у когнітивно-поведінковій терапії мають її теоретичні моделі. Саме вони пояснюють механізми виникнення психологічних проблем та визначають напрями психотерапевтичного впливу.

Однією з найвідоміших моделей КПТ є когнітивна модель А. Бека. Відповідно до цієї моделі, психологічні проблеми виникають через викривлене мислення та негативні переконання.

Аарон Бек виділив три основні рівні когніцій:

- Автоматичні думки;
- Проміжні переконання;
- Глибинні переконання.

Автоматичні думки виникають швидко та часто не усвідомлюються людиною. Саме вони викликають емоційні реакції у конкретних ситуаціях. Проміжні переконання включають життєві правила, установки та припущення. Наприклад: «Я повинен бути ідеальним», «Якщо я помилюся – мене не любитимуть». Глибинні переконання є найбільш стійкими уявленнями людини про себе, інших людей та світ. Вони формуються ще у дитинстві та значною

мірою визначають емоційне реагування особистості. Наприклад, людина може мати глибинне переконання: «Я недостатньо хороший». Саме це переконання стає основою для формування тривоги, невпевненості та страху критики.

Ще однією важливою моделлю є раціонально-емоційна поведінкова модель Альберта Елліса. Вона базується на концепції ABC.

Відповідно до цієї моделі:

А – подія;

В – переконання щодо події;

С – емоційні та поведінкові наслідки.

А. Елліс вважав, що психологічні проблеми виникають через ірраціональні переконання. Наприклад, людина може бути переконана, що вона повинна завжди подобатися іншим або ніколи не помилятися. Такі вимоги створюють сильне внутрішнє напруження та підтримують тривожність. А. Елліс підкреслював, що ірраціональні переконання є основою багатьох емоційних порушень і призводять до хронічної тривоги [32].

У процесі терапії людина вчиться виявляти ірраціональні переконання та замінювати їх більш гнучкими й реалістичними установками. Важливе місце у когнітивно-поведінковій терапії посідає поведінкова модель тривоги. Вона пояснює, що тривожність підтримується через механізми уникнення. Наприклад, якщо людина боїться виступати перед аудиторією та уникає таких ситуацій, рівень тривоги тимчасово знижується. Однак уникнення закріплює страх і робить його ще сильнішим [32].

Саме тому у КПТ активно використовується метод експозиції – поступового зіткнення людини з ситуаціями, які викликають страх.

Сучасна когнітивно-поведінкова терапія також включає модель схем, розроблену Дж. Янгом. Схеми – це глибокі емоційні та когнітивні патерни, які формуються у дитинстві та впливають на сприйняття себе і світу. Наприклад, у людини може сформуватися схема покинутості, недовіри або емоційної депривації. Такі схеми часто лежать в основі хронічної тривожності та труднощів у міжособистісних відносинах.

У сучасній практиці дедалі більшої популярності набувають моделі третьої хвилі КПТ. До них належать:

- терапія прийняття і відповідальності;
- діалектично-поведінкова терапія;
- mindfulness-підходи;
- метакогнітивна терапія[50].

Ці напрями поєднують класичні принципи КПТ із розвитком усвідомленості, прийняття емоцій та навичок психологічної гнучкості. Наприклад, терапія прийняття і відповідальності навчає людину не уникати власних емоцій, а приймати їх без надмірної боротьби. Це особливо важливо у роботі з тривожністю, оскільки спроби повністю контролювати або пригнічувати тривогу часто лише посилюють її [48].

Метакогнітивна модель пояснює тривожність через особливості ставлення людини до власних думок. Людина починає боятися самої тривоги або нав'язливих думок, що формує додаткове емоційне напруження. Когнітивно-поведінкова терапія активно застосовується у роботі з різними видами тривожних розладів. Вона допомагає людині:

- усвідомити причини власної тривоги;
- навчитися розпізнавати когнітивні викривлення;
- зменшити рівень уникнення;
- подолати страхи та фобії;
- сформувати нові моделі поведінки;
- покращити емоційний стан [22].

Ефективність когнітивно-поведінкової терапії підтверджується великою кількістю наукових досліджень. Саме тому КПТ сьогодні вважається одним із провідних методів психологічної допомоги при тривожних розладах.

Таким чином, основні принципи когнітивно-поведінкової терапії базуються на уявленні про взаємозв'язок мислення, емоцій та поведінки

людини. КПТ спрямована на зміну деструктивних переконань, автоматичних думок та неадаптивних моделей поведінки, які підтримують психологічні проблеми. Теоретичні моделі когнітивно-поведінкової терапії пояснюють механізми виникнення тривожності та визначають основні напрями психотерапевтичного впливу. Завдяки своїй структурованості, практичній спрямованості та науковій обґрунтованості когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш ефективних підходів у сучасній психотерапії.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було здійснено теоретичний аналіз проблеми тривожності та когнітивно-поведінкової терапії. Встановлено, що тривожність є складним психологічним явищем, яке проявляється через емоційне напруження, страх, неспокій, негативні думки та поведінкові зміни. Вона може бути як ситуативною реакцією на стресові обставини, так і стійкою особистісною рисою. З'ясовано, що причини виникнення тривожності мають комплексний характер і пов'язані з біологічними, психологічними та соціальними чинниками. Основними проявами тривожності є емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні симптоми, які негативно впливають на психічний стан та якість життя людини.

У ході дослідження визначено психологічні особливості тривожних розладів, серед яких підвищена чутливість до небезпеки, негативне мислення, невпевненість у собі, унікальна поведінка та емоційна нестабільність. Встановлено, що тривожні розлади суттєво ускладнюють соціальне функціонування особистості та потребують своєчасної психологічної допомоги. Також було проаналізовано теоретичні засади когнітивно-поведінкової терапії. Визначено, що основою КПТ є взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою людини. Основні принципи цього підходу спрямовані на виявлення та зміну негативних автоматичних думок, подолання

деструктивних моделей поведінки та формування адаптивних способів реагування.

Отже, когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш ефективних та науково обґрунтованих методів роботи з тривожністю, що створює підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження ефективності її застосування у роботі з тривожними станами.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ

2.1. Методи та техніки когнітивно-поведінкової терапії

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) у сучасній психологічній практиці вважається одним із найбільш ефективних та науково обґрунтованих напрямів психотерапевтичної допомоги при роботі з тривожними станами. Її популярність пояснюється високою результативністю, структурованістю підходу, можливістю адаптації до різних категорій клієнтів, а також чіткою системою методів і технік, спрямованих на зміну деструктивних моделей мислення та поведінки. КПТ ґрунтується на положенні про те, що емоційний стан людини значною мірою визначається не самими подіями, а способом їх інтерпретації. Саме тому тривожність у межах когнітивно-поведінкового підходу розглядається як результат певних когнітивних викривлень, автоматичних думок і поведінкових стратегій уникнення. Як зазначав А. Бек, «людей турбують не самі події, а те, як вони їх інтерпретують» [36]. Це положення стало одним із фундаментальних принципів когнітивно-поведінкової терапії та визначило основний напрям роботи з тривожними розладами.

Тривога є природною реакцією організму на потенційну небезпеку, однак у випадках, коли вона стає надмірною, постійною та починає негативно впливати на повсякденне життя людини, виникає потреба у психологічному втручанні. Особи з підвищеним рівнем тривожності часто характеризуються схильністю до катастрофізації, перебільшення загроз, негативного прогнозування майбутнього, а також постійного самоконтролю та уникнення ситуацій, які викликають дискомфорт. Усе це сприяє підтриманню тривожного циклу, який з часом закріплюється та стає стійкою моделлю реагування. На думку О. І. Романчука, когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш

доказових методів лікування тривожних розладів, оскільки поєднує роботу з мисленням, емоціями та поведінкою людини [36].

Основна мета когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю полягає у виявленні та зміні неадаптивних когнітивних схем, формуванні більш реалістичного мислення, а також виробленні ефективних поведінкових стратегій. КПТ допомагає клієнту навчитися усвідомлювати власні думки, аналізувати їх критично, розпізнавати помилки мислення та поступово замінювати їх більш конструктивними переконаннями. Водночас велика увага приділяється поведінковим аспектам: подоланню уникнення, розвитку навичок саморегуляції та формуванню нового досвіду взаємодії зі стресовими ситуаціями. Як підкреслює Дж. Бек, «когнітивна терапія базується на припущенні, що наші думки впливають на емоції та поведінку» [32]. Саме тому зміна способу мислення дозволяє зменшити рівень тривоги та сформувати більш адаптивні способи реагування.

Однією з ключових особливостей КПТ є її структурованість. Терапевтичний процес зазвичай має чітко визначені етапи: встановлення контакту з клієнтом, формулювання проблеми, визначення терапевтичних цілей, навчання основам когнітивної моделі, застосування спеціальних технік та оцінювання результатів. Така організація роботи дозволяє клієнту краще розуміти логіку терапії та активно брати участь у процесі змін.

Таблиця 2.1

Основні методи та техніки когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю [46]

Метод / техніка КПТ	Характеристика методу	Мета застосування	Очікуваний результат
Когнітивна реструктуризація	Виявлення та зміна автоматичних негативних думок і когнітивних викривлень	Формування реалістичного мислення	Зниження рівня тривоги та катастрофізації

Продовження таблиці 2.1

Поведінкові експерименти	Перевірка негативних переконань через практичний досвід	Спростування тривожних прогнозів	Формування нового адаптивного досвіду
Експозиція	Поступове зіткнення з ситуаціями або об'єктами страху	Подолання уникнення та зниження страху	Зменшення інтенсивності тривожних реакцій
Діафрагмальне дихання	Контроль дихання та фізіологічного напруження	Саморегуляція емоційного стану	Зменшення фізичних проявів тривоги
Прогресивна м'язова релаксація	Почергове напруження та розслаблення м'язів	Усвідомлення й контроль тілесного напруження	Покращення психофізичного стану
Психоосвіта	Інформування клієнта про механізми тривожності	Підвищення рівня усвідомлення проблеми	Формування мотивації до терапії
Щоденники самопостереження	Фіксація думок, емоцій і поведінкових реакцій	Аналіз закономірностей тривожності	Розвиток саморефлексії
Сократівський діалог	Постановка терапевтом запитань для аналізу переконань	Переоцінка негативних установок	Формування гнучкого мислення
Навчання вирішенню проблем	Структурований аналіз складних ситуацій	Розвиток навичок подолання труднощів	Підвищення впевненості у власних силах
Майндфулнес-техніки	Практики усвідомленості та концентрації уваги	Зменшення емоційної реактивності	Підвищення психологічної стійкості

Джерело: згруповано за інформацією [46]

Серед основних методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю важливе місце посідає когнітивна реструктуризація. Ця техніка спрямована на виявлення автоматичних негативних думок, які виникають у

відповідь на певні ситуації та провокують тривожну реакцію. Автоматичні думки зазвичай виникають швидко, майже несвідомо, і часто сприймаються людиною як абсолютна істина. А. Елліс зазначав, що «людина засмучується не через події, а через свої переконання щодо цих подій» [32]. Саме тому зміна ірраціональних переконань є одним із ключових завдань КПТ.

Процес когнітивної реструктуризації передбачає кілька етапів. Спочатку клієнт навчається помічати власні автоматичні думки та фіксувати їх у спеціальних щоденниках. Далі відбувається аналіз цих думок: визначення доказів «за» і «проти», оцінка їхньої реалістичності, пошук когнітивних викривлень. До найбільш поширених когнітивних викривлень належать катастрофізація, дихотомічне мислення, узагальнення, персоналізація, фільтрація негативного досвіду та перебільшення ймовірності небезпеки.

Важливим методом КПТ є також поведінкові експерименти. Їхня сутність полягає у перевірці негативних переконань клієнта через практичний досвід. Часто людина з тривожністю уникає певних ситуацій, тому її страхи залишаються неперевіреними та підтримуються уявленнями про можливу небезпеку. Поведінкові експерименти дозволяють отримати новий досвід, який суперечить тривожним прогнозам. Не менш важливою технікою у роботі з тривожністю є експозиція. Вона вважається одним із найбільш ефективних методів лікування тривожних розладів, особливо фобій, панічного розладу та obsесивно-компульсивного розладу. Експозиція передбачає поступове та контрольоване зіткнення людини з об'єктом або ситуацією, яка викликає страх. П. Дж. Нортон та Е. С. Прайс у своїх дослідженнях довели, що використання поведінкових технік експозиції значно знижує рівень тривожності та сприяє формуванню стійких позитивних змін [61].

У межах когнітивно-поведінкової терапії широко використовуються техніки релаксації та саморегуляції. Тривожність супроводжується значним фізіологічним напруженням: прискореним серцебиттям, поверхневим диханням, м'язовою напругою, запамороченням, тремтінням. Тому навчання клієнта методам контролю фізичних реакцій є важливим компонентом терапії.

Однією з найпоширеніших технік є діафрагмальне дихання. Воно допомагає стабілізувати роботу нервової системи та зменшити інтенсивність тривожних симптомів. Також ефективною є прогресивна м'язова релаксація за методом Едмунда Джейкобсона. Регулярне використання релаксаційних технік сприяє покращенню емоційного стану, підвищенню стресостійкості та зменшенню проявів тривоги. Як зазначає Т. В. Архангельська, когнітивно-поведінкова терапія дозволяє клієнту не лише зменшити симптоми тривоги, а й сформувати навички самодопомоги та емоційної саморегуляції [2].

Ще одним важливим методом КПТ є навчання навичкам вирішення проблем. Люди з високою тривожністю часто сприймають життєві труднощі як непереборні та не вірять у власну здатність впоратися з ними. Методика вирішення проблем допомагає структурувати складну ситуацію та розробити конкретний план дій.

У роботі з тривожними клієнтами значну роль відіграє психоосвіта. На початкових етапах терапії клієнту пояснюють механізми виникнення та підтримання тривоги, роль автоматичних думок, фізіологічних реакцій і поведінки уникнення. Психоосвіта допомагає людині краще зрозуміти власний стан та усвідомити, що тривожність є зрозумілою реакцією психіки, а не ознакою слабкості. Суттєве значення у когнітивно-поведінковій терапії має робота з глибинними переконаннями та когнітивними схемами. Якщо автоматичні думки є поверхневим рівнем мислення, то глибинні переконання формуються протягом життя під впливом досвіду, виховання та значущих подій. Дж. Янг підкреслював, що ранні дезадаптивні схеми формують стійкі моделі реагування людини та можуть лежати в основі хронічної тривожності

Окрему увагу в КПТ приділяють роботі з уникненням. Уникнення є одним із ключових механізмів підтримання тривоги. Людина намагається не стикатися з ситуаціями, які викликають страх, однак у результаті це лише посилює переконання про їхню небезпечність.

Важливим компонентом когнітивно-поведінкової терапії є домашні завдання. На відміну від багатьох інших психотерапевтичних підходів, КПТ передбачає активну участь клієнта між сесіями. Домашня практика дозволяє закріплювати нові навички у повсякденному житті та робить терапію більш ефективною. Сучасна когнітивно-поведінкова терапія також активно інтегрує методи майндфулнес та прийняття. Практики усвідомленості допомагають людині навчитися спостерігати за власними думками та емоціями без осуду та надмірного занурення у них.

На думку С. О. Мащак та А. А. Купцової, інтеграція майндфулнес-підходів у КПТ сприяє підвищенню емоційної стійкості та ефективності роботи з тривожними станами [27].

У роботі з дітьми та підлітками когнітивно-поведінкова терапія має свої особливості. Методи та техніки адаптуються відповідно до вікових можливостей дитини. Часто використовуються ігрові елементи, метафори, малюнки, рольові вправи. Важливою є також співпраця з батьками, яких навчають підтримувати дитину та правильно реагувати на прояви тривожності

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія пропонує широкий спектр методів та технік для роботи з тривожністю. Її ефективність пояснюється комплексним впливом на когнітивний, емоційний, поведінковий та фізіологічний рівні функціонування людини. КПТ не лише допомагає зменшити симптоми тривоги, а й формує у клієнта навички самодопомоги, саморегуляції та конструктивного мислення. Завдяки структурованості, практичній спрямованості та науковому підґрунтю когнітивно-поведінкова терапія залишається одним із провідних методів психологічної допомоги при тривожних розладах. Її методи дозволяють людині не лише подолати поточні труднощі, а й навчитися ефективніше справлятися зі стресом у майбутньому, підвищуючи загальний рівень психологічного благополуччя та якості життя.

2.2. Когнітивна реструктуризація як метод подолання тривожності

Когнітивна реструктуризація є одним із центральних методів когнітивно-поведінкової терапії, який широко застосовується у роботі з тривожними станами та тривожними розладами. Її основна мета полягає у виявленні, аналізі та зміні неадаптивних думок, переконань і когнітивних схем, що підтримують тривогу та емоційне напруження. У межах когнітивно-поведінкового підходу саме спосіб інтерпретації подій розглядається як головний чинник формування емоційних реакцій. Тому зміна деструктивного мислення є важливою умовою подолання тривожності та формування більш адаптивного стилю реагування.

Тривожність часто супроводжується постійним внутрішнім напруженням, очікуванням небезпеки та схильністю до негативного прогнозування майбутнього. О. М. Галієва зазначає, що тривожність є складним психологічним утворенням, яке проявляється у підвищеному емоційному напруженні, очікуванні небезпеки та схильності особистості до негативного прогнозування майбутніх подій [13]. Людина починає сприймати навколишній світ як загрозливий, а власні можливості, як недостатні для подолання труднощів. Навіть нейтральні ситуації можуть інтерпретуватися як потенційно небезпечні. У результаті формується замкнений цикл: тривожні думки викликають емоційне напруження, емоції посилюють фізіологічні реакції організму, а тілесний дискомфорт ще більше підтверджує переконання про небезпеку.

Саме тому когнітивна реструктуризація спрямована не лише на поверхневу зміну окремих думок, а й на поступову трансформацію способу мислення людини. Цей процес дозволяє клієнту навчитися більш реалістично оцінювати ситуації, помічати власні когнітивні помилки та формувати нові підходи до сприйняття себе і світу.

У людей із високим рівнем тривожності мислення часто характеризується негативною спрямованістю. Вони схильні перебільшувати небезпеку, недооцінювати власні ресурси та очікувати найгірших наслідків. Подібні

переконання формуються поступово під впливом життєвого досвіду, виховання, травматичних подій або постійного перебування у стресовому середовищі. Т. В. Дуткевич підкреслює, що тривожні особистості схильні перебільшувати труднощі та недооцінювати власні можливості, що негативно впливає на емоційний стан і поведінку людини [16].

Когнітивна реструктуризація допомагає людині усвідомити, що її думки не завжди є об'єктивними фактами. Часто тривожні переконання ґрунтуються на припущеннях, домислах або когнітивних викривленнях. Усвідомлення цього стає першим кроком до змін. С. Ю. Діхтяренко, А. В. Шулдик, Г. О. Шулдик та ін. зазначають, що емоційні реакції людини значною мірою визначаються особливостями її інтерпретації подій, а не самими подіями [15].

Одним із ключових понять когнітивної реструктуризації є автоматичні думки. Це швидкі, спонтанні судження, які виникають у відповідь на певну ситуацію та часто залишаються поза свідомим контролем. Автоматичні думки можуть бути настільки звичними, що людина навіть не помічає їхнього впливу на власний емоційний стан. Л. В. Засекіна та Т. В. Пастрик наголошують, що автоматизовані негативні установки здатні суттєво впливати на міжособистісну взаємодію та психоемоційний стан особистості [18]. Наприклад, студент перед іспитом може думати: «Я обов'язково провалюся», «Я недостатньо розумний», «Усі інші підготовлені краще». Такі думки автоматично викликають тривогу, напруження, страх помилки та невпевненість у собі. У результаті рівень стресу настільки зростає, що людині стає складніше концентруватися та ефективно діяти.

Когнітивна реструктуризація починається з навчання клієнта помічати власні автоматичні думки. Для цього використовуються спеціальні техніки самоспостереження та ведення записів. Клієнт фіксує ситуацію, емоції, інтенсивність переживань і думки, які виникли у конкретний момент. Подібна практика допомагає зробити внутрішній процес мислення більш усвідомленим.

Важливим етапом когнітивної реструктуризації є виявлення когнітивних викривлень. Саме вони лежать в основі багатьох тривожних переживань та формують спотворене бачення реальності. Одним із найбільш поширених викривлень є катастрофізація, схильність очікувати найгірший можливий результат навіть у ситуаціях, де реальна загроза мінімальна. І. Гаркуша у своїх дослідженнях підкреслює взаємозв'язок між високим рівнем тривожності та схильністю особистості до емоційно негативного сприйняття ситуацій і власних переживань [12]. Наприклад, людина може сприймати невелику помилку на роботі як початок серйозних проблем: втрати авторитету, звільнення або професійного провалу. Подібне мислення створює постійне відчуття небезпеки та підтримує високий рівень тривожності.

Іншим поширеним викривленням є дихотомічне мислення, або мислення за принципом «усе або нічого». Людина оцінює події та себе лише у крайніх категоріях: абсолютний успіх або повна невдача. У результаті будь-яка помилка сприймається як доказ неспроможності.

Також тривожним людям властиве надмірне узагальнення. Один негативний досвід переноситься на всі подібні ситуації. Наприклад, після невдалої співбесіди людина може вирішити, що вона ніколи не знайде хорошу роботу. Поширеним є й викривлення, пов'язане з «читанням думок». Людина починає бути впевненою, що інші оцінюють її негативно, навіть не маючи реальних доказів. Це особливо характерно для соціальної тривожності [3].

У процесі когнітивної реструктуризації клієнт навчається аналізувати власні думки критично. Терапевт допомагає ставити запитання: «Які докази підтверджують цю думку?», «Чи існують факти, які їй суперечать?», «Наскільки реалістичним є цей прогноз?», «Що б я сказав іншій людині в подібній ситуації?». Такий підхід дозволяє поступово зменшувати вплив автоматичних негативних суджень [2].

Особливе значення у когнітивній реструктуризації має техніка сократівського діалогу. Її сутність полягає у постановці відкритих запитань, які стимулюють клієнта самостійно аналізувати власні переконання та знаходити

альтернативні пояснення ситуації. Терапевт не нав'язує готових висновків, а допомагає людині поступово дійти нових висновків через рефлексію. На думку М. В. Горенка, конструктивний діалог і рефлексивне осмислення власних переживань сприяють формуванню більш адаптивних моделей мислення та поведінки [14]. Наприклад, клієнт може стверджувати: «Якщо я хвилююся під час спілкування, усі вважатимуть мене слабким». У процесі діалогу терапевт уточнює: «Чи завжди люди помічають хвилювання інших?», «Чи означає хвилювання слабкість?», «Чи є приклади, коли люди нервували, але все одно справляли позитивне враження?». Завдяки такому аналізу переконання поступово втрачає свою категоричність.

Важливим аспектом когнітивної реструктуризації є формування альтернативних думок. Після виявлення та аналізу деструктивних переконань клієнт навчається створювати більш реалістичні та збалансовані інтерпретації ситуації. Альтернативна думка не повинна бути надмірно позитивною або штучною. Її головна мета: забезпечити більш об'єктивний погляд на події. Наприклад, замість думки «Я обов'язково провалю виступ» може з'явитися більш реалістичне твердження: «Я можу хвилюватися, але це не означає, що виступ буде невдалим». Подібна зміна мислення сприяє зниженню рівня тривоги та підвищенню впевненості у власних можливостях.

Когнітивна реструктуризація також допомагає змінювати ставлення до самої тривоги. Багато людей сприймають тривожність як щось небезпечне та неконтрольоване. Вони бояться власних емоцій, намагаються їх уникати або повністю придушувати. Однак така боротьба лише посилює внутрішнє напруження. У методичних рекомендаціях щодо психодіагностики негативних психічних станів зазначається, що усвідомлення природи тривоги та механізмів її виникнення сприяє зниженню емоційного напруження та покращенню психологічної саморегуляції [19].

У процесі терапії клієнт поступово починає розуміти, що тривога є природною реакцією організму, яка сама по собі не становить загрози.

Усвідомлення цього допомагає зменшити страх перед власними емоціями та знижує рівень вторинної тривоги.

Важливим напрямом когнітивної реструктуризації є робота з глибинними переконаннями. Якщо автоматичні думки виникають ситуативно, то глибинні переконання мають більш стійкий характер і формують загальний стиль мислення людини. Саме вони визначають, як людина сприймає себе, інших людей та навколишній світ. У тривожних клієнтів часто зустрічаються переконання типу: «Я слабкий», «Світ небезпечний», «Помилки неприпустимі», «Я повинен усе контролювати». Такі установки підтримують постійну настороженість та страх перед невизначеністю [10].

Зміна глибинних переконань вимагає тривалої та систематичної роботи. Для цього використовуються аналіз життєвого досвіду, дослідження причин виникнення переконань, поведінкові експерименти та накопичення нового позитивного досвіду. Когнітивна реструктуризація особливо ефективна при генералізованому тривожному розладі. Для цього розладу характерне постійне та надмірне хвилювання щодо різних сфер життя: здоров'я, фінансів, роботи, сім'ї, майбутнього. Людина постійно очікує негативних подій і намагається передбачити всі можливі ризики [11].

У роботі з такими клієнтами важливо допомогти їм усвідомити неефективність постійного хвилювання як способу контролю ситуації. Аналізується реальна ймовірність негативних подій, а також здатність людини справлятися з труднощами у разі їх виникнення. Поступово формується більш толерантне ставлення до невизначеності.

При соціальній тривожності когнітивна реструктуризація спрямована на зміну негативних уявлень про оцінювання з боку інших людей. Такі клієнти часто переконані, що будь-яка помилка призведе до осуду, приниження або втрати авторитету. Вони надмірно концентруються на власній поведінці, аналізують кожне слово та намагаються уникати ситуацій соціальної взаємодії. Л. Г. Кайдалова, Л. В. Пляка, Н. В. Альохіна та В. С. Шаповалова зазначають,

що страх негативного оцінювання значно ускладнює процес міжособистісного спілкування та знижує впевненість особистості у соціальних контактах [20].

У процесі терапії аналізуються реальні докази негативного оцінювання, досліджуються альтернативні пояснення поведінки інших людей та формується більш гнучке ставлення до власних помилок. Людина поступово починає усвідомлювати, що оточення зазвичай не приділяє їй такої великої уваги, як їй здається. При панічному розладі когнітивна реструктуризація допомагає змінити катастрофічне трактування фізичних симптомів тривоги. Людина може сприймати прискорене серцебиття як ознаку серцевого нападу, запаморочення як втрату контролю, а задишку як небезпеку для життя [15].

У процесі терапії клієнт отримує інформацію про фізіологічні механізми тривоги та вчиться більш реалістично інтерпретувати тілесні відчуття. Це допомагає зменшити страх перед симптомами та поступово руйнує цикл панічних атак.

Особливе значення когнітивна реструктуризація має для формування емоційної стійкості. Тривожні люди часто сприймають труднощі як докази власної неспроможності та швидко втрачають впевненість у собі. Робота з мисленням допомагає формувати більш адаптивне ставлення до помилок, невдач та життєвих труднощів. К. Є. Кирюшенко підкреслює, що високий рівень тривожності негативно впливає на самооцінку особистості та її соціальне самопочуття, формуючи невпевненість і психологічну вразливість. Людина починає розглядати проблеми не як катастрофу, а як ситуації, які можна вирішити або пережити. Це сприяє розвитку психологічної гнучкості, здатності адаптуватися до змін та ефективніше справлятися зі стресом. О. В. Креслова у своїх дослідженнях зазначає, що зниження рівня тривожності позитивно впливає на психологічне благополуччя та задоволеність життям особистості [22].

Важливим елементом когнітивної реструктуризації є регулярна практика нових способів мислення у повсякденному житті. Лише інтелектуального розуміння недостатньо для стійких змін. Необхідно, щоб нові переконання

поступово закріплювалися через досвід. Саме тому у когнітивно-поведінковій терапії велике значення мають домашні завдання. У матеріалах щодо психосоціальної допомоги дітям і сім'ям підкреслюється, що систематичне практичне закріплення нових навичок є важливою умовою ефективності психологічної допомоги [24]. Клієнт вчиться помічати тривожні думки у реальному житті, аналізувати їх та замінювати більш реалістичними інтерпретаціями. З часом цей процес стає більш автоматичним.

Когнітивна реструктуризація також сприяє розвитку самоспівчуття та більш доброзичливого ставлення до себе. Багато тривожних людей характеризуються високим рівнем самокритики та перфекціонізму. Вони висувають до себе надмірні вимоги та болісно реагують на будь-які помилки. С. Кравчук та Т. Ковпак зазначають, що розвиток емоційної гнучкості, самоприйняття та позитивної міжособистісної взаємодії сприяє психологічній адаптації особистості [23].

У процесі терапії людина поступово навчається сприймати себе не через призму постійного оцінювання, а як особистість, яка має право на недосконалість, труднощі та помилки. Це значно знижує рівень внутрішньої напруги та сприяє стабілізації емоційного стану.

Слід зазначити, що когнітивна реструктуризація не спрямована на «позитивне мислення» у спрощеному розумінні. Її метою є не ігнорування проблем чи нав'язування оптимізму, а формування більш реалістичного та збалансованого погляду на ситуацію. Людина вчиться бачити не лише можливі ризики, а й власні ресурси, альтернативи та реальні факти [23].

Ефективність когнітивної реструктуризації підтверджується численними науковими дослідженнями. Вона широко застосовується у лікуванні генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, соціальної фобії, obsesивно-компульсивного розладу та посттравматичного стресового розладу. Багато досліджень свідчать про те, що зміна когнітивних процесів сприяє не лише зменшенню симптомів тривоги, а й покращенню загального психологічного функціонування. Як зазначається у матеріалах платформи

«Інститут когнітивного моделювання», когнітивно-поведінкова терапія сьогодні є одним із найбільш ефективних і науково обґрунтованих методів підтримки психічного здоров'я [25].

Таким чином, когнітивна реструктуризація є одним із найважливіших методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю. Вона дозволяє людині усвідомити власні когнітивні викривлення, навчитися критично аналізувати тривожні думки та формувати більш адаптивні переконання. Завдяки цьому знижується рівень емоційного напруження, посилюється відчуття контролю над власним життям та формується здатність ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями.

2.3. Поведінкові техніки у роботі з тривожними станами

Поведінкові техніки займають важливе місце у структурі когнітивно-поведінкової терапії та широко застосовуються у роботі з тривожними станами. О. І. Романчук наголошує, що КПТ тривожних розладів базується на моделі, де поведінкові стратегії (зокрема експозиція) є критично важливими для розриву циклу підтримання тривоги [36]. Їхня ефективність пояснюється тим, що тривожність проявляється не лише на рівні думок і переживань, а й у поведінці людини. Згідно з дослідженнями Є. Потапчука та А. Пасічника, існує тісний взаємозв'язок між рівнем тривожності та загальним психічним здоров'ям особистості, що вимагає комплексного підходу до корекції [33]. Особи з високим рівнем тривоги часто уникають ситуацій, які викликають дискомфорт, обмежують соціальні контакти, надмірно контролюють власні дії або формують специфічні ритуали безпеки. Подібні поведінкові реакції тимчасово знижують напруження, однак у довгостроковій перспективі лише підтримують і посилюють тривогу. С. Ольховецький зазначає, що феноменологія тривоги та страху тісно пов'язана з суб'єктивним сприйняттям загрози, яке закріплюється через дезадаптивні дії [29].

У межах когнітивно-поведінкового підходу тривожність розглядається як результат взаємодії когнітивних, емоційних, фізіологічних та поведінкових компонентів. М. В. Попов, аналізуючи філософські підстави роботи Джудіт Бек, підкреслює, що зміна поведінки є необхідним етапом для трансформації глибинних когнітивних схем [32]. Саме тому робота лише з мисленням часто є недостатньою. Для стійких змін необхідно, щоб людина отримала новий поведінковий досвід, який допоможе їй переконатися у власній здатності справлятися з тривожними ситуаціями. Сучасні дослідження підкреслюють, що у груповій роботі з тривожністю особливо ефективним є когнітивно-поведінковий супровід, який дозволяє поєднувати роботу з думками та поведінковими реакціями клієнта [27; 28].

Однією з основних поведінкових технік у роботі з тривожністю є експозиція. К. М. Новікова вказує на особливу ефективність КПТ та експозиційних методів при роботі з психічною травмою, де уникнення є ключовим симптомом [34]. Цей метод вважається одним із найбільш ефективних у лікуванні тривожних розладів, фобій, панічного розладу та obsесивно-компульсивного розладу. Експозиція передбачає поступове та контрольоване зіткнення людини з ситуаціями, об'єктами або переживаннями, які викликають страх. Т. Л. Ряховська зазначає, що когнітивно-поведінкова терапія відіграє вирішальну роль у роботі з коморбідною тривожністю, допомагаючи пацієнтам стабілізувати стан навіть при ендогенних захворюваннях [35].

Основна мета експозиції полягає у тому, щоб допомогти людині перестати уникати тривожних стимулів і поступово звикнути до них. У процесі уникнення страх підтримується, оскільки людина не має можливості переконатися, що небезпека є перебільшеною або взагалі відсутньою. Кожне уникнення тимчасово полегшує стан, але водночас закріплює переконання про небезпечність ситуації. Наприклад, людина із соціальною тривожністю може уникати публічних виступів через страх осуду. У короткостроковій перспективі уникнення справді знижує напруження, однак у майбутньому страх лише

посилюється. Людина поступово втрачає впевненість у власних можливостях і починає уникати дедалі більшої кількості соціальних ситуацій. О. Старинська зауважує, що розвиток соціального та емоційного інтелекту є фундаментом для подолання міжособистісної тривоги [40]. У процесі експозиції клієнт поступово стикається зі своїми страхами, залишаючись у ситуації достатньо довго для того, щоб рівень тривоги почав природно знижуватися. Це дозволяє сформувати новий досвід: людина переконується, що здатна витримати дискомфорт і що катастрофічні наслідки не настають.

Експозиція може бути різних видів. Однією з найбільш поширених є *in vivo*-експозиція, тобто безпосереднє зіткнення з реальною ситуацією. Наприклад, людина з агорафобією поступово починає виходити з дому, користуватися транспортом або перебувати у місцях скупчення людей. Як зазначено в теоретичних джерелах, потреба в спілкуванні є базовою, і її незадоволення через тривогу веде до соціальної дезадаптації [31].

Іншим видом є уявна експозиція, коли клієнт детально уявляє ситуації, що викликають страх. Така техніка часто застосовується у роботі з посттравматичним стресовим розладом або ситуаціями, які складно відтворити у реальному житті. Особливе значення має інтероцептивна експозиція, що використовується переважно при панічному розладі. Вона передбачає навмисне викликання фізичних симптомів, подібних до тих, що виникають під час панічної атаки. Наприклад, клієнта можуть просити швидко дихати, затримувати дихання або виконувати фізичні вправи для підвищення серцебиття.

Метою такої техніки є зниження страху перед тілесними симптомами. Людина поступово переконується, що прискорене серцебиття, запаморочення або нестача повітря не є небезпечними та не призводять до катастрофічних наслідків. С. О. Мащак та А. А. Купцова підкреслюють, що когнітивно-поведінковий супровід тривожності у груповій роботі з внутрішньо переміщеними дітьми повинен враховувати їхній травматичний досвід та потребу у безпечному середовищі для формування нових навичок [27; 28]. Для

проведення експозиції часто використовується ієрархія страхів. Разом із терапевтом клієнт складає список ситуацій, які викликають тривогу, та оцінює їх за рівнем емоційного напруження. Робота зазвичай починається з менш тривожних ситуацій і поступово переходить до складніших.

Важливою поведінковою технікою є також поведінковий експеримент. На відміну від класичної експозиції, він спрямований не лише на звикання до тривожної ситуації, а й на перевірку конкретних переконань клієнта. Тривожні люди часто мають жорсткі негативні припущення щодо себе та навколишнього світу. Наприклад, людина може бути переконана, що якщо вона почервоніє під час розмови, то всі помітять це та почнуть її засуджувати. Поведінковий експеримент допомагає перевірити реалістичність таких переконань [57].

Клієнт навмисно входить у ситуацію, якої боїться, після чого аналізуються реальні результати. У більшості випадків виявляється, що катастрофічні прогнози не справджуються або їхні наслідки є значно менш серйозними, ніж очікувалося. Це сприяє поступовій зміні тривожного мислення. М. В. Савчин у підручнику з загальної психології акцентує увагу на тому, що розвиток особистості відбувається через активну взаємодію із середовищем [37], що підтверджує важливість техніки поведінкової активації. Такий підхід узгоджується з тезою В. Г. Панка про теоретико-методологічні засади практичної психології, де розвиток особистості розглядається через призму активної адаптації та саморегуляції [30].

Значне місце у роботі з тривожними станами посідають техніки подолання уникнення. Уникнення є одним із головних механізмів підтримання тривоги. Людина може уникати не лише очевидно тривожних ситуацій, а й будь-яких обставин, які потенційно можуть викликати дискомфорт. Наприклад, особа із соціальною тривожністю може уникати знайомств, телефонних дзвінків, висловлення власної думки або навіть зорового контакту. У результаті коло соціальної активності поступово звужується, а тривога лише посилюється.

Поведінкові техніки допомагають поступово відмовлятися від уникнення та повертатися до повноцінного життя. Людина вчиться діяти попри страх, а не чекати моменту, коли тривога повністю зникне. М. В. Попов, аналізуючи методологію КПТ, підкреслює, що подолання уникнення через поведінкові експерименти дозволяє клієнту змінити ставлення до об'єкта страху на когнітивному рівні [32].

Важливою складовою поведінкової терапії є тренування навичок. Тривожні клієнти часто відчують труднощі у спілкуванні, самовираженні або вирішенні конфліктів. Невпевненість у власних соціальних навичках може підтримувати високий рівень тривожності. На думку О. Старинської, дефіцит соціальних навичок часто корелює з низьким рівнем емоційного інтелекту, що підсилює соціальну тривогу [40].

У межах терапії використовуються рольові ігри, моделювання ситуацій та вправи на розвиток комунікативних умінь. Клієнт навчається підтримувати розмову, висловлювати власні потреби, реагувати на критику та відстоювати особисті кордони. Це відповідає теоретико-методологічним засадам розвитку практичної психології, описаним В. Г. Панком, де акцент ставиться на активному формуванні нових адаптивних механізмів особистості [30].

Особливу роль тренування соціальних навичок відіграє при соціальній фобії. С. Ольховецький у своїх працях зазначає, що зміна фокуса уваги з внутрішніх переживань на зовнішню діяльність є ключовим етапом подолання феноменології страху [29]. Такі клієнти часто мають обмежений позитивний досвід соціальної взаємодії та надмірно концентруються на власних недоліках. Практичне відпрацювання навичок допомагає їм почуватися впевненіше у міжособистісних контактах.

У роботі з тривожністю широко використовуються також техніки релаксації та саморегуляції. Тривожні стани супроводжуються значним фізіологічним напруженням: прискореним серцебиттям, напруженням м'язів, поверхневим диханням, пітливістю, тремтінням. Тому важливим завданням терапії є навчання людини контролювати фізичні прояви тривоги. Однією з

найбільш ефективних технік є прогресивна м'язова релаксація. Вона полягає у почерговому напруженні та розслабленні різних груп м'язів.

Людина поступово навчається розпізнавати тілесне напруження та свідомо його знижувати. Регулярне виконання вправ сприяє стабілізації емоційного стану та підвищенню здатності справлятися зі стресом [55].

Широко застосовуються також дихальні техніки. При тривозі дихання стає поверхневим і прискореним, що може посилювати фізичний дискомфорт. Навчання повільному діафрагмальному диханню допомагає активізувати процеси розслаблення та знижувати інтенсивність тривожної реакції.

У поведінковій терапії велике значення має формування активної життєвої позиції. Тривожні люди часто відкладають важливі справи, уникають прийняття рішень та обмежують власну активність через страх помилки або невдачі. Тому терапія включає поступове залучення клієнта до діяльності, яка раніше викликала страх або дискомфорт. Це можуть бути професійні завдання, навчання, соціальні контакти або нові види активності. Отримання позитивного досвіду допомагає зміцнювати впевненість у собі та знижувати тривожність.

Важливе місце займає техніка поведінкової активації. Хоча вона частіше застосовується при депресивних станах, її ефективність також доведена у роботі з тривожністю. Люди з високим рівнем тривоги нерідко обмежують приємну або значущу діяльність через постійне хвилювання та емоційне виснаження. Поведінкова активація спрямована на поступове повернення до активного життя та відновлення балансу між обов'язками, відпочинком і приємними заняттями. Це сприяє покращенню настрою та зниженню рівня психологічної напруги. Окрему увагу у поведінковій терапії приділяють роботі з ритуалами безпеки. Тривожні люди часто використовують певні дії або предмети для зниження страху. Наприклад, людина може постійно перевіряти телефон, носити із собою ліки, уникали виходу без супроводу або багаторазово перепитувати інших. С. О. Мащак та А. А. Купцова акцентують увагу на тому, що для дітей (особливо з числа внутрішньо переміщених осіб) поведінковий

супровід повинен бути максимально ігровим та підтримуючим, щоб мінімізувати ретравматизацію [27; 28]. К. М. Новікова додає, що робота з психічною травмою через поведінкові методи дозволяє дитині «перепрожити» досвід у безпечних умовах, формуючи нові стратегії подолання стресу [34].

Хоча такі дії тимчасово знижують тривогу, вони підтримують переконання про небезпечність ситуації та залежність від зовнішніх засобів контролю. У процесі терапії клієнт поступово вчиться відмовлятися від ритуалів безпеки та переконуватися у власній здатності справлятися без них. Важливим поведінковим методом є також самоспостереження. Клієнт вчиться помічати, як саме він реагує на тривогу: які ситуації викликають найбільший дискомфорт, які дії допомагають уникати страху, як змінюється поведінка у стані напруження. Самоспостереження сприяє підвищенню усвідомленості та дозволяє краще розуміти власні поведінкові патерни. Це створює основу для подальших змін.

Поведінкові техніки також активно застосовуються у роботі з дітьми та підлітками. У цьому випадку велике значення мають ігрові форми роботи, моделювання ситуацій та залучення батьків до терапевтичного процесу. Т. Л. Ряховська вказує на ефективність активаційних методів навіть при складних клінічних випадках, оскільки вони допомагають пацієнту відновити відчуття контролю над власним життям [35].

Діти часто не можуть достатньо точно описати власні переживання, тому поведінкові методи дозволяють працювати через практичний досвід. Поступове подолання страхів, навчання навичкам самозаспокоєння та позитивне підкріплення допомагають дитині формувати більш адаптивні способи реагування.

У роботі з підлітками важливо враховувати потребу у самостійності та чутливість до соціального оцінювання. Тому поведінкові техніки часто поєднуються з розвитком навичок самооцінки, комунікації та емоційної регуляції. Особливе значення поведінкові методи мають у формуванні толерантності до невизначеності. Тривожні люди часто прагнуть повного

контролю та намагаються уникати будь-якої непередбачуваності. Однак повністю уникнути невизначеності у житті неможливо. Через поступове зіткнення з ситуаціями, де результат неможливо передбачити, клієнт навчається переносити невизначеність без надмірного хвилювання. Це допомагає зменшити потребу у постійному контролі та знижує загальний рівень тривожності. Є. Потапчук та А. Пасічник підкреслюють, що тривале перебування у стані такого напруження виснажує психічні ресурси особистості, тому навчання саморегуляції є першочерговим завданням [33].

Слід зазначити, що поведінкові техніки потребують активної участі клієнта. На відміну від пасивних форм психологічної допомоги, вони орієнтовані на практичну діяльність і поступове формування нового досвіду. Саме тому важливу роль відіграють домашні завдання, які допомагають переносити нові навички у повсякденне життя. М. В. Савчин зауважує, що активність особистості є рушійною силою подолання внутрішніх конфліктів та тривожних станів [37].

Регулярна практика сприяє закріпленню змін та формуванню нових поведінкових моделей. З часом людина починає автоматично реагувати менш тривожно та більш впевнено.

Ефективність поведінкових технік підтверджується численними науковими дослідженнями. Вони широко застосовуються у лікуванні генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, соціальної фобії, специфічних фобій та obsесивно-компульсивного розладу. Особливо важливо, що поведінкові методи допомагають не лише зменшити симптоми тривоги, а й відновити соціальне, професійне та особистісне функціонування людини [34].

Таким чином, поведінкові техніки є невід'ємною складовою когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожними станами. Вони спрямовані на подолання уникнення, формування нового поведінкового досвіду, розвиток навичок саморегуляції та підвищення психологічної стійкості. Завдяки практичній спрямованості поведінкові методи дозволяють людині не лише зрозуміти природу власної тривоги, а й навчитися діяти по-новому у складних

ситуаціях. Це сприяє підвищенню впевненості у собі, зниженню рівня емоційного напруження та покращенню якості життя загалом.

2.4. Ефективність КПТ при різних формах тривожних розладів

Когнітивно-поведінкова терапія вважається одним із найбільш ефективних та науково обґрунтованих методів психологічної допомоги при тривожних розладах. У сучасній психотерапевтичній практиці саме КПТ найчастіше рекомендується як провідний напрям лікування тривожних станів завдяки своїй структурованості, практичній спрямованості та високому рівню доказовості. Численні клінічні дослідження підтверджують, що когнітивно-поведінковий підхід дозволяє суттєво знижувати рівень тривоги, покращувати емоційний стан людини та підвищувати якість її життя [24].

Особливістю КПТ є те, що вона впливає одночасно на кілька компонентів тривожного розладу: когнітивний, емоційний, поведінковий та фізіологічний. Такий комплексний підхід дозволяє не лише тимчасово зменшити симптоми, а й змінити механізми, які підтримують тривогу. Людина навчається розуміти власні емоційні реакції, аналізувати тривожні думки, контролювати поведінкові прояви та ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями.

Ефективність когнітивно-поведінкової терапії значною мірою пояснюється її активною та практичною спрямованістю. На відміну від підходів, орієнтованих переважно на аналіз минулого досвіду, КПТ допомагає людині працювати з актуальними проблемами та формувати конкретні навички подолання тривоги. Клієнт не займає пасивну позицію у терапії, а виступає активним учасником процесу змін. Важливим фактором ефективності КПТ є також її структурованість. Терапія має чіткі цілі, план роботи та систему оцінювання результатів. Це дозволяє клієнту краще усвідомлювати власний прогрес, підвищує мотивацію та формує відчуття контролю над процесом лікування [37].

КПТ демонструє високу ефективність при генералізованому тривожному розладі. Для цього розладу характерне постійне та надмірне хвилювання щодо різних аспектів життя: здоров'я, фінансів, роботи, навчання, стосунків або майбутнього. Людина перебуває у стані хронічного внутрішнього напруження, їй важко розслабитися, а думки про можливі проблеми стають майже безперервними.

Особи з генералізованим тривожним розладом часто вважають хвилювання необхідним способом підготовки до небезпеки. Вони переконані, що постійний контроль та прогнозування допоможуть уникнути негативних наслідків. Однак на практиці надмірне хвилювання лише виснажує нервову систему та погіршує психологічний стан [33].

У межах когнітивно-поведінкової терапії при генералізованому тривожному розладі велика увага приділяється роботі з катастрофічними прогнозами, формуванню толерантності до невизначеності та розвитку навичок емоційної саморегуляції. Людина поступово навчається розрізняти реальні та уявні загрози, а також відмовлятися від постійного внутрішнього контролю. Ефективність КПТ при генералізованому тривожному розладі проявляється у зниженні інтенсивності хвилювання, покращенні концентрації уваги, нормалізації сну та зменшенні фізичного напруження. Крім того, людина починає більш конструктивно ставитися до життєвих труднощів і менш болісно реагувати на невизначеність [18].

Високу результативність когнітивно-поведінкова терапія демонструє також при панічному розладі. Панічний розлад характеризується повторними панічними атаками, які супроводжуються інтенсивним страхом, фізичними симптомами та переживанням втрати контролю або небезпеки для життя. Під час панічної атаки людина може відчувати прискорене серцебиття, задишку, запаморочення, тремтіння, біль у грудях або страх смерті. Через інтенсивність цих переживань у багатьох людей формується постійний страх повторення панічної атаки. З часом тривога починає поширюватися на різні ситуації: громадський транспорт, місця скупчення людей, перебування наодинці або

вихід з дому. Це може призводити до розвитку агорафобії та значного обмеження повсякденного життя.

КПТ при панічному розладі спрямована насамперед на зміну катастрофічного трактування фізичних симптомів тривоги. Людина вчиться розуміти, що панічна атака є реакцією нервової системи, а не ознакою смертельної небезпеки. Важливе місце у терапії займає інтероцептивна експозиція, яка допомагає клієнту звикнути до фізичних симптомів тривоги та перестати їх боятися. Також проводиться робота з уникненням та поведінкою безпеки. Дослідження свідчать, що когнітивно-поведінкова терапія значно знижує частоту та інтенсивність панічних атак, а також допомагає відновити соціальну та професійну активність людини. Багато клієнтів після проходження терапії перестають уникати ситуацій, які раніше викликали страх, і повертаються до повноцінного життя [45].

Особливо ефективною КПТ є при соціальному тривожному розладі, або соціальній фобії. Цей розлад характеризується вираженим страхом негативного оцінювання з боку інших людей. Людина боїться виглядати смішною, невпевненою або некомпетентною, через що уникає соціальних контактів, публічних виступів та будь-яких ситуацій, пов'язаних із можливістю оцінювання. Соціальна тривожність значно впливає на якість життя людини. Вона може заважати навчанню, професійній діяльності, побудові міжособистісних стосунків та самореалізації. Людина часто відчувається ізольованою та самотньою [44].

Когнітивно-поведінкова терапія при соціальній фобії допомагає змінити негативні переконання щодо себе та інших людей. Клієнт навчається помічати автоматичні думки, пов'язані зі страхом осуду, та перевіряти їхню реалістичність. Важливе місце займають поведінкові експерименти та експозиція у соціальних ситуаціях. Людина поступово стикається з обставинами, яких раніше уникала, та переконується, що її страхи є перебільшеними.

Також у терапії активно використовуються тренування соціальних навичок, рольові ігри та робота з самооцінкою. У результаті людина стає більш упевненою у спілкуванні, менш залежною від думки інших та більш відкритою до соціальної взаємодії [48].

Високу ефективність КПТ демонструє і при специфічних фобіях. Специфічні фобії – це інтенсивний страх певних об'єктів або ситуацій, які об'єктивно не становлять значної небезпеки. Це можуть бути страх висоти, польотів, тварин, ін'єкцій, замкнених просторів або природних явищ. Люди з фобіями часто усвідомлюють надмірність власного страху, однак не можуть самостійно його контролювати. Уникнення фобічних стимулів тимчасово знижує тривогу, але водночас закріплює проблему. Найбільш ефективним методом КПТ при фобіях є експозиційна терапія. Через поступове зіткнення з об'єктом страху людина звикає до тривожного стимулу та переконується, що ситуація не є небезпечною. Наприклад, при страху польотів клієнт може спочатку переглядати фотографії літаків, потім відвідувати аеропорт, а згодом здійснювати короткі перельоти. Поступове просування дозволяє уникнути надмірного стресу та формує відчуття контролю [59].

Ефективність експозиції при специфічних фобіях є однією з найвищих серед усіх психотерапевтичних методів. У багатьох випадках суттєве покращення спостерігається вже після кількох терапевтичних сесій. Когнітивно-поведінкова терапія також широко застосовується при obsесивно-компульсивному розладі. Для цього розладу характерні нав'язливі думки, образи або імпульси, які викликають сильну тривогу, а також компульсивні дії, спрямовані на її зниження. Наприклад, людина може постійно боятися зараження та багаторазово мити руки, перевіряти двері або виконувати певні ритуали для запобігання уявній небезпеці. Хоча компульсивні дії тимчасово зменшують тривогу, вони підтримують сам механізм розладу [63].

У роботі з obsесивно-компульсивним розладом особливо ефективною є техніка експозиції із запобіганням реакції. Людина поступово стикається з тривожними думками або ситуаціями, але утримується від виконання звичних

ритуалів. Наприклад, клієнт може торкатися предметів, які вважає «брудними», але не мити руки одразу після цього. Завдяки повторенню таких вправ тривога поступово зменшується, а потреба у ритуалах слабшає.

КПТ дозволяє значно знизити вираженість obsesій та компульсій, а також покращити здатність людини контролювати власну поведінку. Важливе місце когнітивно-поведінкова терапія посідає і у роботі з посттравматичним стресовим розладом. Після пережитої травматичної події людина може страждати від нав'язливих спогадів, підвищеної настороженості, уникнення нагадувань про травму та сильного емоційного напруження [60].

Травматичний досвід часто формує переконання про небезпечність світу, власну безпорадність або неможливість довіряти іншим людям. Це призводить до постійної тривоги та труднощів у повсякденному функціонуванні. У межах КПТ використовуються техніки уявної експозиції, когнітивної реструктуризації та поступового опрацювання травматичних спогадів. Людина вчиться безпечним способом контактувати зі спогадами про травму та змінювати їхнє емоційне значення. Ефективність КПТ при посттравматичному стресовому розладі проявляється у зменшенні інтенсивності тривоги, покращенні емоційного контролю та відновленні здатності до нормального життя. Особливо важливим є те, що когнітивно-поведінкова терапія допомагає не лише зменшити симптоми окремого розладу, а й підвищити загальний рівень психологічної стійкості. Людина набуває навичок саморегуляції, вчиться ефективніше справлятися зі стресом та стає менш вразливою до майбутніх психологічних труднощів [36].

Суттєвою перевагою КПТ є її адаптивність. Методи терапії можуть змінюватися залежно від віку клієнта, типу тривожного розладу, індивідуальних особливостей особистості та життєвого контексту. Це дозволяє застосовувати КПТ як у роботі з дорослими, так і з дітьми та підлітками [21].

У роботі з дітьми поведінкові та когнітивні техніки адаптуються через використання гри, метафор, творчих завдань та залучення батьків. Це допомагає дитині легше засвоювати нові навички та формувати більш

адаптивні способи реагування. Для підлітків важливою є робота із самооцінкою, соціальною взаємодією та емоційною регуляцією. КПТ допомагає їм краще розуміти власні переживання та розвивати впевненість у собі. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії підтверджується великою кількістю наукових досліджень та клінічних спостережень. У багатьох міжнародних рекомендаціях саме КПТ визначається як метод першого вибору при лікуванні тривожних розладів. Важливо також зазначити, що результати когнітивно-поведінкової терапії часто зберігаються навіть після завершення лікування. Це пояснюється тим, що людина не лише отримує тимчасове полегшення, а й набуває конкретних навичок самодопомоги, які може використовувати у майбутньому [27].

Клієнти навчаються розпізнавати тривожні думки, контролювати поведінкові реакції, регулювати емоційний стан та більш конструктивно реагувати на життєві труднощі. Саме це забезпечує довготривалий терапевтичний ефект [20].

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш результативних методів психологічної допомоги при різних формах тривожних розладів. Її ефективність підтверджується як практичним досвідом, так і численними науковими дослідженнями. КПТ дозволяє не лише зменшити симптоми тривоги, а й змінити механізми, які підтримують тривожний стан. Завдяки комплексному впливу на мислення, поведінку та емоційну сферу людина набуває здатності ефективніше справлятися зі стресом, підвищує рівень психологічної стійкості та покращує якість власного життя.

2.5. Переваги та обмеження когнітивно-поведінкової терапії

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш популярних та науково обґрунтованих напрямів сучасної психотерапії. Її активне використання у роботі з тривожними розладами пояснюється високою ефективністю, структурованістю та орієнтацією на практичний результат.

Упродовж останніх десятиліть когнітивно-поведінковий підхід став одним із провідних методів психологічної допомоги у багатьох країнах світу та широко застосовується як у клінічній практиці, так і в системі психологічного консультування.

Популярність КПТ значною мірою пов'язана з її здатністю забезпечувати відносно швидкі та помітні результати. На відміну від деяких інших психотерапевтичних підходів, які можуть бути орієнтовані переважно на тривалий аналіз внутрішніх переживань або несвідомих процесів, когнітивно-поведінкова терапія спрямована на вирішення актуальних проблем клієнта та формування конкретних навичок подолання труднощів.

Таблиця 2.2

Переваги та обмеження когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) [46]

Переваги КПТ	Обмеження КПТ
Науково доведена ефективність та велика кількість досліджень	Потребує високої мотивації та активної участі клієнта
Структурованість терапевтичного процесу (цілі, план, оцінювання)	Може бути складною для людей з низькою дисципліною або мотивацією
Орієнтація на вирішення актуальних проблем	Обмежена увага до глибинних несвідомих процесів
Відносно короткотривалий характер терапії	Може не підходити для клієнтів, які потребують тривалої емоційної опори
Формування навичок самодопомоги	Вимагає регулярного виконання домашніх завдань
Довготривалий ефект після завершення терапії	Експозиційні техніки можуть викликати сильний емоційний дискомфорт
Універсальність застосування (вік, розлади, формати)	Не завжди достатня при складних травмах без поєднання з іншими підходами
Можливість поєднання з іншими терапевтичними підходами	Потребує високої кваліфікації терапевта
Активна роль клієнта у процесі змін	Недостатня ефективність при низькій залученості клієнта
Розвиток саморефлексії та усвідомлення зв'язку думок, емоцій і поведінки	Може сприйматися як надто раціональний і «структурований» підхід

Джерело: згруповано за інформацією [46]

Однією з головних переваг КПТ є її наукова доказовість. Ефективність цього підходу підтверджується великою кількістю клінічних досліджень,

метааналізів та практичних спостережень. Саме когнітивно-поведінкова терапія сьогодні вважається одним із найбільш досліджених психотерапевтичних напрямів. Як зазначав К. Роджерс, ефективна психотерапія сприяє розвитку здатності людини «стати повноцінно функціонуючою особистістю» через усвідомлення власних переживань та зміну ставлення до себе [55]. Результати наукових досліджень свідчать, що КПТ є ефективною при різних формах тривожних розладів, депресії, obsесивно-компульсивному розладі, посттравматичному стресовому розладі, розладах харчової поведінки та багатьох інших психологічних проблемах. Завдяки цьому когнітивно-поведінковий підхід широко використовується у медичних установах, психологічних центрах та програмах психічного здоров'я. За даними Г. Теммінг та Д. Стейн, когнітивно-поведінкові методи демонструють високу ефективність у зниженні рівня тривожності та покращенні емоційного функціонування пацієнтів [58].

Важливою перевагою КПТ є її структурованість та чітка організація терапевтичного процесу. Робота зазвичай має визначені цілі, конкретний план та систему оцінювання результатів. Такий підхід допомагає клієнту краще розуміти логіку терапії, відстежувати власний прогрес та відчувати більший контроль над процесом змін. Структурованість терапії особливо важлива для тривожних клієнтів, які часто відчують невизначеність та потребу у передбачуваності. Чіткі етапи роботи, конкретні завдання та регулярне оцінювання результатів створюють для людини відчуття стабільності та безпеки. Р. Яремко, В. Гродська, А. Дзюбак та Х. Ільків підкреслюють, що тривожність часто супроводжується підвищеною потребою у передбачуваності та психологічному контролі ситуації [47].

Ще однією суттєвою перевагою когнітивно-поведінкової терапії є її практична спрямованість. КПТ не обмежується лише обговоренням проблем, а активно навчає людину новим способам мислення, поведінки та емоційної регуляції. Клієнт поступово набуває навичок, які може використовувати самостійно у повсякденному житті. На думку І. Волошиної та О. Крупського,

розвиток емоційного інтелекту та навичок саморегуляції є важливим чинником психологічної адаптації особистості [48]. Особливе значення має те, що когнітивно-поведінкова терапія формує навички самодопомоги. Людина вчиться помічати автоматичні негативні думки, аналізувати власні когнітивні викривлення, контролювати поведінкові реакції та ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями. М. Сігман зазначає, що значна частина людських реакцій формується автоматично, тому усвідомлення власних когнітивних процесів є важливим етапом психологічних змін [52].

Завдяки цьому результати терапії часто зберігаються навіть після завершення психотерапевтичної роботи. Клієнт отримує не лише тимчасове полегшення, а й інструменти для подальшого самостійного подолання труднощів. Важливою перевагою КПТ є її відносно короткотривалий характер. У багатьох випадках терапія має чітко визначену тривалість та орієнтована на досягнення конкретних результатів за обмежений період часу. Це робить когнітивно-поведінковий підхід більш доступним для багатьох клієнтів [53].

Короткотривалість терапії не означає поверхневості роботи. Навпаки, завдяки високій структурованості та активній участі клієнта зміни можуть відбуватися досить інтенсивно. Людина швидше починає помічати позитивні результати, що додатково підвищує мотивацію до подальшої роботи. Ще однією важливою перевагою є універсальність когнітивно-поведінкової терапії. Методи КПТ можуть адаптуватися до різних вікових груп, культурних особливостей та типів психологічних труднощів. Вона успішно застосовується у роботі з дітьми, підлітками, дорослими та людьми похилого віку.

КПТ також може проводитися як у форматі індивідуальної терапії, так і у груповій формі. З. Фройд ще у своїх працях наголошував, що внутрішні психічні конфлікти можуть суттєво впливати на поведінку та емоційний стан людини [56]. Крім того, сучасні технології дозволяють ефективно використовувати когнітивно-поведінковий підхід у дистанційному форматі через онлайн-консультування. Значною перевагою є також можливість інтеграції КПТ з іншими методами психологічної допомоги [47]. Сучасна

когнітивно-поведінкова терапія активно поєднується з техніками майндфулнес, емоційно-фокусованої терапії, схемотерапії, діалектично-поведінкової терапії та інших підходів. Це дозволяє зробити терапію більш гнучкою та краще адаптувати її до індивідуальних потреб клієнта. Наприклад, у роботі з хронічною тривогою можуть використовуватися не лише техніки когнітивної реструктуризації, а й практики усвідомленості та емоційної регуляції [16].

Важливим позитивним аспектом КПТ є активна позиція клієнта у терапевтичному процесі. Людина не виступає пасивним отримувачем допомоги, а бере безпосередню участь у власних змінах. Це сприяє формуванню відповідальності за власне життя та підвищує рівень психологічної автономії. Е. Дюркгейм підкреслював значення соціальних зв'язків та міжособистісних відносин у формуванні психологічного благополуччя особистості [54].

КПТ також допомагає людині краще розуміти зв'язок між думками, емоціями та поведінкою. Усвідомлення власних психологічних процесів сприяє розвитку саморефлексії та емоційної зрілості. Попри значну кількість переваг, когнітивно-поведінкова терапія має і певні обмеження. Одним із них є необхідність активної участі клієнта у терапевтичному процесі. КПТ вимагає регулярного виконання домашніх завдань, ведення записів, практики нових навичок та готовності поступово виходити із зони комфорту. Не всі клієнти готові до такого рівня активності та відповідальності. Деяким людям складно систематично виконувати вправи або дотримуватися терапевтичних рекомендацій. У таких випадках ефективність терапії може знижуватися [10].

Ще одним обмеженням є те, що когнітивно-поведінковий підхід орієнтований переважно на усвідомлені когнітивні процеси та актуальні проблеми. Деякі критики вважають, що КПТ недостатньо уваги приділяє глибинним емоційним переживанням, ранньому дитячому досвіду або несвідомим конфліктам. Особливо це може проявлятися у роботі з клієнтами, які мають складні особистісні травми або тривалі порушення міжособистісних

стосунків. У таких випадках лише зміна мислення та поведінки може бути недостатньою для досягнення глибоких особистісних змін [6]. Крім того, деякі клієнти можуть сприймати структуру та директивність КПТ як надмірно формалізовані. Людям, які потребують більш емоційної підтримки або вільного простору для самовираження, такий підхід іноді здається занадто раціональним. А. Меграбіан вказував, що потреба людини у підтримці, прийнятті та емоційному контакті є важливою складовою психологічного комфорту [57].

Ще одним обмеженням є те, що окремі техніки КПТ можуть викликати значний емоційний дискомфорт. Наприклад, експозиційна терапія передбачає зіткнення зі страхами, що на початкових етапах здатне посилювати тривогу. Для деяких клієнтів це стає причиною опору терапії або дострокового припинення роботи. Саме тому важливо, щоб терапевтичний процес відбувався поступово та з урахуванням емоційного стану людини. Г. Гартлі, К. Барроуклаф та Г. Хеддок зазначають, що робота з тривогою може супроводжуватися тимчасовим посиленням емоційного напруження, однак поступове опрацювання страхів сприяє зниженню симптоматики [59].

Слід також враховувати, що ефективність КПТ значною мірою залежить від мотивації клієнта. Якщо людина не готова до змін або очікує миттєвого результату без активної участі, терапія може не дати бажаного ефекту. У роботі з тяжкими психічними розладами когнітивно-поведінкова терапія часто потребує поєднання з медикаментозним лікуванням [5]. Наприклад, при тяжких формах тривожних або депресивних розладів психологічної допомоги може бути недостатньо без підтримки психіатра. К. Роджерс наголошував, що терапевтичні зміни значною мірою залежать від атмосфери довіри, емпатії та прийняття у взаємодії між психологом і клієнтом [55].

Також існують ситуації, коли когнітивно-поведінкові техніки необхідно адаптувати через особливості клієнта. Наприклад, люди з когнітивними порушеннями, низьким рівнем абстрактного мислення або труднощами у самоспостереженні можуть мати складнощі із засвоєнням окремих методів.

Важливою умовою ефективності КПТ є професійна підготовка терапевта. Поверхнєве або механічне використання технік без урахування індивідуальних особливостей клієнта може знижувати результативність терапії. Успішна робота потребує не лише знання методик, а й уміння будувати довірливі терапевтичні стосунки [4].

Незважаючи на певні обмеження, сучасна когнітивно-поведінкова терапія постійно розвивається та вдосконалюється. З'являються нові підходи, які поєднують традиційні когнітивно-поведінкові методи з роботою з емоціями, тілесними реакціями та глибинними переконаннями. Так звані «третя хвиля» КПТ включає терапію прийняття та відповідальності, майндфулнес-підходи, схемотерапію та інші напрямки, які розширюють можливості когнітивно-поведінкової терапії та дозволяють працювати з більш складними психологічними проблемами. Сучасні дослідження також підтверджують, що одним із найважливіших факторів успішності КПТ є якість терапевтичного контакту між психологом та клієнтом. Навіть найбільш ефективні техніки не можуть повністю замінити підтримку, довіру та емоційну безпеку у процесі терапії. Як зазначають дослідники тривожності, розвиток навичок емоційної регуляції сприяє підвищенню психологічної стійкості та адаптивності особистості [47].

Тому сьогодні когнітивно-поведінковий підхід дедалі більше поєднує структурованість і практичність із глибшим розумінням емоційних потреб людини. Слід зазначити, що переваги когнітивно-поведінкової терапії значно переважають її обмеження. Саме тому вона залишається одним із провідних методів психологічної допомоги у роботі з тривожністю та іншими психічними труднощами. КПТ допомагає людині не лише зменшити симптоми тривоги, а й навчитися більш конструктивно ставитися до власних переживань, формувати навички емоційної регуляції та підвищувати психологічну стійкість.

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія має широкий спектр переваг, серед яких наукова обґрунтованість, структурованість, практична

спрямованість, ефективність та здатність формувати навички самодопомоги. Водночас вона має певні обмеження, пов'язані з необхідністю активної участі клієнта, орієнтацією переважно на усвідомлені процеси та потребою адаптації до індивідуальних особливостей людини. Незважаючи на це, КПТ залишається одним із найбільш перспективних і результативних напрямів сучасної психотерапії. Її методи дозволяють ефективно працювати з тривожними станами, допомагаючи людині досягати психологічної рівноваги, підвищувати якість життя та формувати більш адаптивні способи взаємодії зі світом.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було розглянуто особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю, а також проаналізовано основні методи, техніки, переваги та ефективність цього підходу при різних формах тривожних розладів. Проведений аналіз дозволяє зробити висновок про те, що когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш результативних і науково обґрунтованих напрямів сучасної психотерапії у сфері подолання тривожних станів.

Було встановлено, що КПТ базується на взаємозв'язку між думками, емоціями, поведінкою та фізіологічними реакціями людини. Саме особливості інтерпретації подій, автоматичні негативні думки та когнітивні викривлення значною мірою визначають рівень тривожності та підтримують тривожний стан. Тому одним із ключових завдань когнітивно-поведінкової терапії є зміна неадаптивних способів мислення та формування більш реалістичного й конструктивного сприйняття себе та навколишнього світу.

У процесі дослідження було з'ясовано, що важливе місце у роботі з тривожністю займають методи та техніки когнітивно-поведінкової терапії. До найбільш ефективних із них належать когнітивна реструктуризація, поведінкові експерименти, експозиційна терапія, техніки релаксації, тренування навичок саморегуляції та подолання уникнення. Застосування цих

методів дозволяє людині не лише зменшити рівень тривоги, а й поступово змінити звичні моделі реагування на стресові ситуації.

Особливу увагу було приділено когнітивній реструктуризації як одному з центральних методів КПТ. Було встановлено, що цей метод допомагає клієнту усвідомлювати власні автоматичні думки, аналізувати когнітивні викривлення та формувати альтернативні, більш адаптивні переконання. Завдяки цьому людина навчається критично оцінювати власні тривожні прогнози, знижувати рівень катастрофізації та підвищувати впевненість у власних можливостях.

Дослідження поведінкових технік показало, що вони є надзвичайно важливими у роботі з тривожними станами, оскільки дозволяють подолати уникнення та сформувати новий позитивний досвід взаємодії зі складними ситуаціями. Особливу ефективність у роботі з тривожними розладами демонструють експозиційні методи, які допомагають людині поступово звикати до ситуацій, що викликають страх, та знижувати інтенсивність тривожної реакції.

У ході аналізу було встановлено, що когнітивно-поведінкова терапія є ефективною при різних формах тривожних розладів, зокрема генералізованому тривожному розладі, панічному розладі, соціальній фобії, специфічних фобіях, obsесивно-компульсивному та посттравматичному стресовому розладах. КПТ дозволяє суттєво зменшувати вираженість симптомів тривоги, покращувати емоційний стан людини та відновлювати її соціальне, професійне й особистісне функціонування.

Також було визначено основні переваги когнітивно-поведінкової терапії. Серед них наукова доказовість, структурованість, практична спрямованість, короткотривалість, універсальність та здатність формувати навички самодопомоги. Важливим є те, що КПТ навчає людину самостійно справлятися зі стресовими ситуаціями та підтримувати психологічну рівновагу навіть після завершення терапії.

Водночас було встановлено, що когнітивно-поведінкова терапія має і певні обмеження. Ефективність цього підходу значною мірою залежить від

активної участі клієнта, його мотивації та готовності до змін. Крім того, окремі техніки можуть викликати тимчасовий емоційний дискомфорт, а у випадках складних особистісних травм або тяжких психічних розладів КПТ нерідко потребує поєднання з іншими методами психотерапії чи медикаментозним лікуванням.

Отже, результати проведеного аналізу підтверджують, що когнітивно-поведінкова терапія є ефективним інструментом психологічної допомоги при тривожності. Її комплексний вплив на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості сприяє не лише подоланню симптомів тривоги, а й формуванню психологічної стійкості, розвитку навичок саморегуляції та покращенню якості життя людини.

Таким чином, когнітивно-поведінковий підхід має значний потенціал у роботі з тривожними станами та продовжує залишатися одним із найбільш перспективних напрямів сучасної психотерапії. Його методи та техніки дозволяють ефективно допомагати людям у подоланні тривожності, сприяючи гармонізації емоційного стану та успішнішій адаптації до вимог сучасного життя.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ

3.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження ефективності когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю проводилося на базі приватної психологічної практики ФОП Нежданова Н. В. Базою дослідження виступала приватна психологічна практика, що спеціалізується на психологічному консультуванні та психотерапевтичній допомозі особам із проявами тривожних станів, емоційного напруження та стресових розладів. Керівником практики від бази дослідження була кандидат психологічних наук, психолог, психотерапевт Нежданова Наталія Василівна. Дослідження проводилося упродовж 2026 року та включало констатувальний, формувальний і контрольний етапи.

У дослідженні взяли участь 40 осіб віком від 20 до 45 років, які звернулися за психологічною допомогою зі скаргами на підвищену тривожність, емоційне напруження, труднощі емоційної саморегуляції, нав'язливі переживання та психоемоційний дискомфорт. Вибірка формувалася за принципом добровільної участі з урахуванням етичних норм психологічного дослідження та конфіденційності отриманих даних.

Метою емпіричного дослідження було визначення ефективності когнітивно-поведінкової терапії у зниженні рівня тривожності клієнтів приватної психологічної практики.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання дослідження: здійснити первинну діагностику рівня тривожності учасників, розробити та реалізувати програму формувального впливу із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії, провести повторну психодіагностику після завершення формувального експерименту, здійснити порівняльний аналіз результатів до та після психокорекційної роботи, визначити статистичну значущість змін показників тривожності.

У дослідженні використовувалися такі психодіагностичні методики: шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна; шкала тривоги А. Бека; методика самооцінки рівня тривожності; спостереження та бесіда.

Основним методом психокорекційного впливу виступала когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), спрямована на виявлення та зміну деструктивних когнітивних схем, автоматичних негативних думок і неадаптивних моделей поведінки, що підтримують тривожні стани.

Формувальний експеримент проводився у форматі індивідуальних психокорекційних сесій. Програма включала 8–10 зустрічей тривалістю 50–60 хвилин кожна. У процесі роботи застосовувалися такі методи КПТ:

- виявлення автоматичних негативних думок;
- когнітивне реструктурування;
- техніка «щоденник думок»;
- поведінкові експерименти;
- техніки релаксації та дихальні вправи;
- формування навичок емоційної саморегуляції;
- робота з катастрофізацією та ірраціональними переконаннями;
- техніка поступової експозиції до тривожних стимулів.

Формувальний етап дослідження був спрямований на зниження інтенсивності тривожних проявів, розвиток адаптивних стратегій подолання стресу та формування більш конструктивних способів мислення й поведінки. Після завершення формувального експерименту було проведено повторне психодіагностичне обстеження учасників із використанням тих самих методик, що застосовувалися на констатувальному етапі. Це дозволило здійснити порівняння результатів до та після проходження програми когнітивно-поведінкової терапії.

Для статистичної обробки отриманих результатів використовувалися методи математичної статистики, зокрема:

- обчислення середніх значень показників;

- визначення відсоткових співвідношень;
- порівняння результатів до та після формувального впливу;
- t-критерій Стюдента для залежних вибірок;
- графічне представлення результатів дослідження.

Статистичний аналіз був спрямований на виявлення достовірності змін рівня тривожності після застосування методів когнітивно-поведінкової терапії. Очікувалося, що результати повторної діагностики продемонструють зниження показників реактивної та особистісної тривожності, що підтвердить ефективність КПТ у роботі з тривожними станами в умовах приватної психологічної практики.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Емпіричне дослідження ефективності когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю проводилося на базі приватної психологічної практики ФОП Нежданова Н. В. У дослідженні взяли участь 40 осіб віком від 20 до 45 років, які звернулися за психологічною допомогою у зв'язку з проявами підвищеної тривожності, емоційного виснаження, внутрішнього напруження, труднощів адаптації до стресових ситуацій та нав'язливих переживань.

На початковому етапі дослідження було проведено психодіагностичне обстеження респондентів із використанням шкали реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна. Дана методика дозволяє визначити як ситуативну тривожність, що характеризує емоційний стан людини у конкретний момент часу, так і особистісну тривожність, яка виступає відносно стабільною індивідуально-психологічною характеристикою особистості.

Методика включала 40 питань-суджень, із яких 20 були спрямовані на визначення рівня реактивної тривожності та 20 на визначення рівня особистісної тривожності. Досліджувані оцінювали кожне твердження відповідно до власного емоційного стану та частоти переживання певних станів. Обробка результатів здійснювалася відповідно до ключа методики. Для

визначення рівня реактивної тривожності враховувалися відповіді на прямі та зворотні запитання. Після підрахунку сумарних показників здійснювалося визначення рівня тривожності за такими критеріями:

- до 30 балів – низький рівень тривожності;
- 31–45 балів – середній рівень;
- понад 45 балів – високий рівень тривожності.

Первинні результати дослідження свідчили про те, що значна частина учасників характеризувалася високими показниками як реактивної, так і особистісної тривожності. Під час проведення діагностики багато респондентів демонстрували емоційну напруженість, невпевненість у собі, схильність до надмірного хвилювання, очікування негативних подій та труднощі у контролі власного емоційного стану.

Аналіз результатів за шкалою реактивної тривожності показав, що лише 4 досліджувані (10%) мали низький рівень тривожності. У 12 осіб (30%) було виявлено середній рівень реактивної тривожності, тоді як у 24 осіб (60%) зафіксовано високий рівень ситуативної тривожності.

Середній показник реактивної тривожності на констатувальному етапі дослідження становив 49,8 бала, що свідчить про високий рівень психоемоційного напруження серед більшості респондентів.

Особи з високими показниками реактивної тривожності характеризувалися такими особливостями: постійне внутрішнє напруження, підвищена емоційна чутливість, труднощі концентрації уваги, схильність до переживання страху та невизначеності, відчуття психологічного виснаження, труднощі у ситуаціях невизначеності, очікування негативного розвитку подій.

У процесі бесіди респонденти зазначали, що часто відчувають тривогу навіть у відносно безпечних ситуаціях, мають труднощі зі сном, швидко втомлюються, відчувають дратівливість та емоційну нестабільність. Частина учасників повідомляла про соматичні прояви тривожності: прискорене серцебиття, м'язове напруження, головний біль, відчуття внутрішнього тремтіння. Результати дослідження особистісної тривожності також

продемонстрували високий рівень тривожних проявів у більшості учасників дослідження. Низький рівень особистісної тривожності було виявлено лише у 5 осіб (12,5%). Середній рівень спостерігався у 11 респондентів (27,5%), а високий рівень у 24 осіб (60%). Середній показник особистісної тривожності становив 51,2 бала, що свідчить про наявність стійкої схильності до тривожного реагування.

Досліджувані з високим рівнем особистісної тривожності характеризувалися:

- схильністю до постійного самоконтролю;
- невпевненістю у власних можливостях;
- очікуванням негативної оцінки з боку інших;
- схильністю до самокритики;
- підвищеною чутливістю до невдач;
- страхом помилок;
- труднощами прийняття рішень;
- тенденцією до катастрофізації ситуацій.

У багатьох учасників спостерігалось домінування негативних автоматичних думок, таких як: «Я не впораюсь», «Обов'язково станеться щось погане», «Я недостатньо хороший», «Інші мене засуджують», «Я не контролюю ситуацію». Отримані результати підтвердили актуальність проведення психокорекційної роботи із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії. Після проведення первинної діагностики було організовано формувальний експеримент, основною метою якого стало зниження рівня тривожності та формування більш адаптивних способів емоційного реагування. Формувальний експеримент тривав упродовж двох місяців та включав 8–10 індивідуальних психокорекційних зустрічей із кожним учасником. Тривалість однієї сесії становила 50–60 хвилин. Психокорекційна програма була побудована відповідно до основних

принципів когнітивно-поведінкової терапії та включала декілька взаємопов'язаних етапів.

На першому етапі проводилася психоедукація. Учасникам пояснювалися механізми виникнення тривожності, взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою. Респонденти знайомилися з моделлю когнітивно-поведінкової терапії та вчилися розпізнавати власні автоматичні думки. На другому етапі здійснювалася робота з негативними когнітивними установками. Учасники вчилися:

- виявляти ірраціональні переконання;
- аналізувати власні тривожні думки;
- визначати когнітивні викривлення;
- оцінювати реалістичність негативних прогнозів;
- формувати альтернативні способи мислення.

Особлива увага приділялася роботі з такими когнітивними викривленнями:

- катастрофізація;
- надмірне узагальнення;
- дихотомічне мислення;
- негативна селекція;
- персоналізація;
- знецінення позитивного досвіду.

У процесі терапії активно використовувалася техніка «щоденник думок», яка дозволяла учасникам фіксувати тривожні ситуації, автоматичні думки, емоції та поведінкові реакції. Це сприяло усвідомленню власних деструктивних моделей мислення.

На третьому етапі застосовувалися поведінкові техніки. Учасники поступово вчилися змінювати унікальну поведінку, яка підтримувала тривожність. Використовувалися:

- поведінкові експерименти;

- поступова експозиція;
- тренування навичок саморегуляції;
- техніки релаксації;
- дихальні вправи;
- вправи на зниження фізіологічного напруження.

Особливо ефективною виявилася техніка поступової експозиції до тривожних ситуацій. Респонденти поступово стикалися із ситуаціями, які раніше викликали сильне хвилювання, що сприяло зниженню інтенсивності тривожних реакцій та формуванню відчуття контролю над власним станом.

У процесі психокорекційної роботи більшість учасників почали демонструвати позитивні зміни: зменшення інтенсивності тривожних переживань, підвищення емоційної стабільності, покращення навичок самоконтролю, підвищення впевненості у собі, покращення якості сну, зниження рівня внутрішнього напруження. Після завершення формувального експерименту було проведено повторну психодіагностику із застосуванням методики Спілбергера – Ханіна. Результати повторного обстеження продемонстрували суттєве зниження рівня реактивної тривожності. Низький рівень реактивної тривожності після проходження програми КПТ було виявлено у 15 осіб (37,5%), середній рівень у 18 осіб (45%), високий рівень лише у 7 осіб (17,5%). Середній показник реактивної тривожності знизився з 49,8 до 35,6 бала. Отримані результати свідчать про значне зменшення емоційного напруження та стабілізацію емоційного стану більшості учасників дослідження. Повторна діагностика особистісної тривожності також продемонструвала позитивну динаміку. Низький рівень особистісної тривожності було виявлено у 13 осіб (32,5%), середній рівень у 20 осіб (50%), високий рівень у 7 осіб (17,5%). Середній показник особистісної тривожності після завершення психокорекційної програми становив 37,9 бала, що відповідає середньому рівню тривожності.

Отримані результати свідчать про те, що після проходження програми когнітивно-поведінкової терапії у більшості респондентів знизилася

схильність до постійного переживання тривоги, покращилася здатність до емоційної саморегуляції та підвищився рівень психологічної адаптації.

Для наочного представлення результатів було здійснено порівняльний аналіз показників до та після формувального експерименту.

Таблиця 3.1

Динаміка показників реактивної тривожності

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
Н и з ь к и й		

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
С е р е д н і й		
В и с о к		

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
и й		

Джерело: згруповано автором на основі [5]

Аналіз даних таблиці свідчить про суттєве зменшення кількості осіб із високим рівнем реактивної тривожності. Якщо на початку дослідження високий рівень тривожності спостерігався у 60% респондентів, то після завершення психокорекційної програми цей показник знизився до 17,5%.

Таблиця 3.2

Динаміка показників особистісної тривожності

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
Н и з ь к и й		
С е р е д н		

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
і й		
В и с о к и й		

Джерело: згруповано автором на основі [5]

Отримані результати демонструють позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії на рівень особистісної тривожності. Значно збільшилася

кількість осіб із низьким та середнім рівнем тривожності, а кількість респондентів із високим рівнем тривожності суттєво зменшилася.

Для перевірки статистичної значущості змін було використано t-критерій Стюдента для залежних вибірок. Результати статистичного аналізу показали(табл.3.3).

Таблиця 3.3

**Результати перевірки статистичної значущості змін за t-критерієм
Стюдента для залежних вибірок**

Показник	t-критерій Стюдента
Реактивна тривожність	
Особистісна тривожність	

Джерело: згруповано автором на основі [5]

Отримані значення свідчать про статистично значущі відмінності між результатами до та після формувального експерименту. Це підтверджує ефективність застосованої програми когнітивно-поведінкової терапії.

У процесі повторного опитування учасники дослідження зазначали, що після проходження психокорекційної програми: стали краще контролювати власні емоції, рідше переживають безпричинну тривогу, легше справляються зі стресовими ситуаціями, відчувають більшу впевненість у собі, краще контролюють негативні думки, менше уникають складних життєвих ситуацій, мають більш стабільний емоційний стан. Таким чином, результати

емпіричного дослідження підтвердили ефективність когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю в умовах приватної психологічної практики. Застосування методів КПТ сприяло статистично значущому зниженню показників реактивної та особистісної тривожності, покращенню емоційного самопочуття та розвитку адаптивних механізмів психологічної саморегуляції.

Отримані результати підтверджують доцільність використання когнітивно-поведінкової терапії у психокорекційній роботі з особами, які мають підвищений рівень тривожності, та свідчать про високу практичну ефективність даного підходу в умовах приватної психологічної практики.

Для більш глибокого дослідження особливостей тривожності респондентів у межах емпіричного дослідження також було використано методику «Особистісна шкала проявів тривоги» Дж. Тейлора (Taylor Manifest – TMAS). Методика була розроблена американською дослідницею Джанет Тейлор у 1953 році на основі тверджень Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника MMPI. Основною метою створення шкали було виявлення рівня хронічної тривожності та визначення інтенсивності тривожних проявів у структурі особистості. Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора належить до методик самооцінки та дозволяє виявити стійку схильність людини до переживання тривоги в різних життєвих ситуаціях. Методика широко використовується у психологічній практиці, психодіагностиці, клінічній психології та психотерапії для оцінки емоційного стану особистості.

У межах даного дослідження методика застосовувалася з метою:

- визначення рівня особистісної тривожності респондентів;
- виявлення інтенсивності психоемоційного напруження;
- оцінки соматичних та емоційних проявів тривоги;
- визначення ефективності когнітивно-поведінкової терапії у зниженні тривожності.

Методика складається з 50 тверджень, які відображають різні аспекти тривожних переживань, емоційної нестабільності, фізіологічних симптомів

тривоги та особливостей емоційного реагування. Респондентам пропонувалося уважно прочитати кожне твердження та відповісти «так» або «ні» залежно від того, наскільки дане твердження відповідає їхньому звичному стану. Особливістю методики є те, що вона дозволяє виявити не лише усвідомлені переживання тривоги, але й соматичні прояви психоемоційного напруження. Значна кількість тверджень стосується фізіологічних симптомів тривоги, таких як: прискорене серцебиття; порушення сну; тремтіння рук; підвищена пітливість; шлунково-кишкові розлади; м'язове напруження; швидка втомлюваність. Наявність таких симптомів свідчить про психосоматичний характер тривожних переживань та хронічне емоційне перенапруження.

Під час проведення дослідження респондентам було надано інструкцію уважно прочитати кожне твердження та обрати варіант відповіді, який найбільше відповідає їхньому звичному емоційному стану. Особлива увага зверталася на необхідність щирих відповідей, оскільки методика спрямована на дослідження індивідуальних особливостей переживання тривоги.

Обробка результатів здійснювалася відповідно до ключа методики. За кожну відповідь, що збігалася з ключем, респондент отримував 1 бал. Після підрахунку загальної суми балів визначався рівень тривожності.

Інтерпретація результатів проводилася за такими показниками:

- 0–5 балів – низький рівень тривожності;
- 5–15 балів – середній рівень із тенденцією до низького;
- 15–25 балів – середній рівень тривожності;
- 25–40 балів – високий рівень тривожності;
- понад 40 балів – дуже високий рівень тривожності.

На констатувальному етапі дослідження результати методики Тейлора продемонстрували високий рівень тривожності у більшості респондентів.

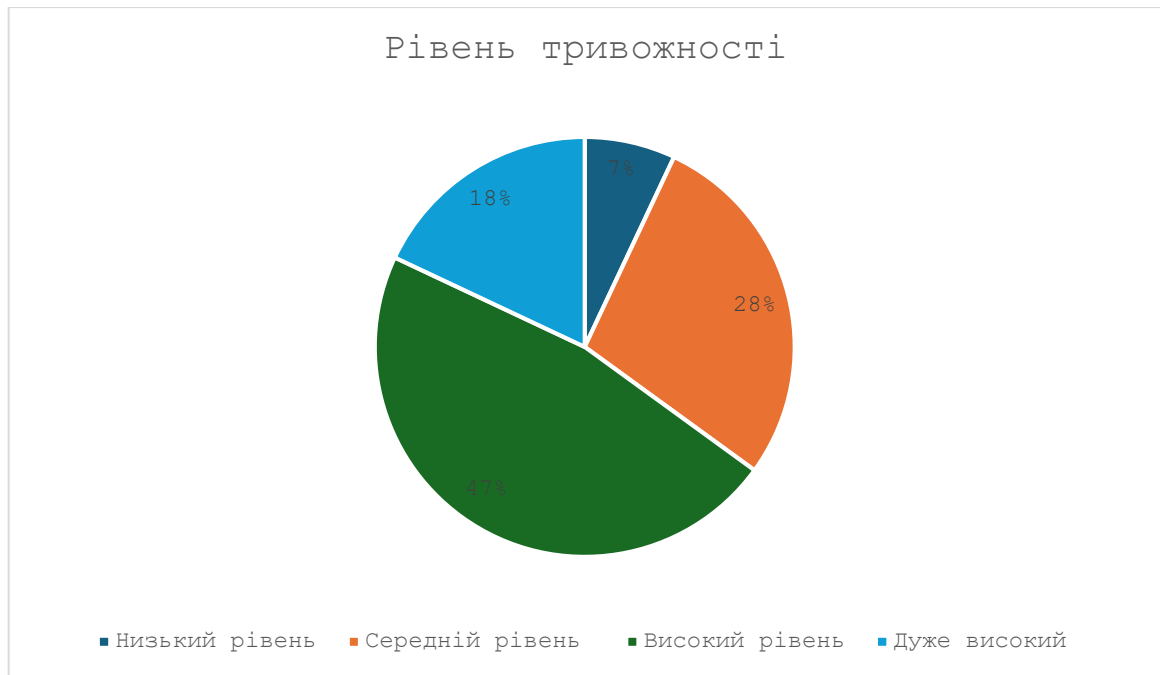


Рисунок 3.1 Рівень тривожності

Джерело: згруповано автором на основі [5]

Було встановлено, що:

- низький рівень тривожності мали 3 особи (7,5%);
- середній рівень 11 осіб (27,5%);
- високий рівень 19 осіб (47,5%);
- дуже високий рівень тривожності 7 осіб (17,5%).

Середній показник за шкалою Тейлора на початку дослідження становив 31,4 бала, що відповідає високому рівню тривожності. Отримані результати свідчили про наявність у більшості респондентів вираженого психоемоційного напруження, постійного внутрішнього неспокою та схильності до хронічного переживання тривоги.

Аналіз відповідей респондентів дозволив виявити найбільш поширені прояви тривожності: постійне очікування негативних подій, труднощі концентрації уваги, підвищена вразливість до стресових ситуацій, емоційна нестабільність, порушення сну, невпевненість у собі, підвищена чутливість до критики, соматичні прояви тривоги. Особливо часто респонденти погоджувалися з такими твердженнями: «Мене дуже турбують можливі

невдачі», «Я часто ловлю себе на тому, що мене щось турбує», «Очікування завжди нервує мене», «Мені важко зосередитися на роботі чи на якомусь завданні», «Життя для мене пов'язане з незвичайною напругою». Це свідчить про домінування тривожного типу реагування, схильність до негативного прогнозування подій та труднощі психологічної адаптації.

У процесі бесід із респондентами було встановлено, що високий рівень тривожності супроводжувався постійним внутрішнім напруженням, емоційним виснаженням, труднощами прийняття рішень, униканням складних ситуацій, страхом помилок, підвищеним самоконтролем та труднощами емоційної саморегуляції. Після проведення первинної діагностики було реалізовано формувальний експеримент із використанням методів когнітивно-поведінкової терапії. У процесі психокорекційної роботи використовувалися методи когнітивного реструктурування, аналізу автоматичних негативних думок та техніка «щоденник думок». Значна увага приділялася поведінковим експериментам, дихальним технікам і методам релаксації, що сприяли зниженню рівня емоційного напруження. Також застосовувалися техніки формування навичок саморегуляції, робота з катастрофізацією та поступова експозиція до тривожних ситуацій. У ході занять учасники вчилися розпізнавати власні тривожні установки та аналізувати причини виникнення тривожних переживань. Окрема увага приділялася розвитку вмінь контролювати фізіологічні прояви тривоги та формувати більш адаптивні способи реагування на стресові ситуації. Поступово учасники набували навичок зниження внутрішнього напруження та більш ефективного емоційного самоконтролю.

Після завершення формувального експерименту було проведено повторне обстеження за шкалою проявів тривоги Тейлора. Результати повторної діагностики продемонстрували виражену позитивну динаміку.

Було встановлено, що після проходження програми КПТ:

- низький рівень тривожності мали 10 осіб (25%);
- середній рівень 21 особа (52,5%);

- високий рівень 7 осіб (17,5%);
- дуже високий рівень 2 особи (5%).

Середній показник тривожності за шкалою Тейлора після завершення психокорекційної програми становив 19,6 бала, що відповідає середньому рівню тривожності.

Таблиця 3.4

Динаміка показників тривожності за методикою Дж. Тейлора

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
Н и з ь к		

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
и й		
С е р е д н і й		
В и с		

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
о к и й		
Д у ж е в и с о к		

Р і в е н ь т р и в о ж н о с т і	До КПТ	Після КПТ
и й		

Джерело: згруповано автором на основі [5]

Отримані результати свідчать про суттєве зниження рівня особистісної тривожності після застосування методів когнітивно-поведінкової терапії.

Особливо помітним стало зниження кількості осіб із високим та дуже високим рівнем тривожності, підвищення кількості респондентів із середнім та низьким рівнем тривожності, зменшення психосоматичних проявів тривоги, покращення емоційної стабільності, зниження внутрішнього напруження. У процесі повторного опитування учасники дослідження зазначали, що після проходження психокорекційної програми вони рідше відчували безпричинне хвилювання та краще контролювали власні емоції. Більшість учасників

повідомляли, що їм стало легше справлятися зі стресовими ситуаціями та підтримувати емоційну рівновагу. Також респонденти відзначали покращення якості сну, підвищення впевненості у собі та зменшення уникнення складних життєвих ситуацій. Учасники наголошували, що навчилися краще контролювати негативні думки та більш конструктивно реагувати на тривожні переживання.

Для перевірки статистичної значущості отриманих змін було використано t-критерій Стюдента для залежних вибірок. Результати статистичного аналізу показали статистично значущі відмінності між показниками до та після формувального експерименту ($t = 4,81$ при $p \leq 0,01$). Отримані дані підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії у зниженні рівня особистісної тривожності та психоемоційного напруження. Таким чином, застосування методики Дж. Тейлора дозволило більш детально дослідити особливості тривожних проявів у респондентів та підтвердити позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії на емоційний стан особистості. Результати дослідження свідчать про те, що використання методів КПТ сприяє зниженню хронічної тривожності, стабілізації емоційного стану та розвитку адаптивних механізмів психологічної саморегуляції.

З метою комплексного дослідження рівня тривожності респондентів у межах емпіричного дослідження також було використано методику «Шкала тривоги Бека» (Beck Anxiety Inventory – BAI), розроблену Аарон Бек. Шкала тривоги Бека є однією з найбільш поширених психодіагностичних методик для оцінки рівня тривожності та інтенсивності тривожних симптомів. Методика широко застосовується у психологічному консультуванні, психотерапії, клінічній психології та психодіагностиці для визначення вираженості тривожних переживань і психосоматичних проявів тривоги.

Основною метою використання шкали у даному дослідженні було:

- визначення рівня тривожності респондентів;
- виявлення інтенсивності фізіологічних проявів тривоги;
- оцінка психоемоційного стану учасників;

– визначення ефективності когнітивно-поведінкової терапії у зниженні тривожних проявів.

Методика складається з 21 симптому тривожності, які охоплюють емоційні, когнітивні та фізіологічні прояви тривоги. Респондентам пропонувалося оцінити ступінь вираженості кожного симптому за чотирибальною шкалою:

0 балів – зовсім не турбує;

1 бал – злегка турбує;

2 бали – середньо турбує;

3 бали – дуже турбує.

Максимальна кількість балів за методикою становить 63 бали. Інтерпретація результатів здійснювалася за такими критеріями: 0–5 балів норма; 6–8 балів легкий рівень тривоги; 9–18 балів середній рівень тривоги; понад 19 балів – високий рівень тривоги.

Особливістю шкали тривоги Бека є те, що вона дозволяє виявити не лише психологічні переживання тривоги, а й соматичні симптоми, які супроводжують тривожні стани. Значна частина тверджень спрямована на оцінку фізіологічних проявів тривоги, таких як:

- прискорене серцебиття;
- тремтіння;
- утруднене дихання;
- підвищена пітливість;
- головокружіння;
- відчуття нестабільності;
- страх втрати контролю;
- страх смерті;
- шлунково-кишкові розлади.

У процесі дослідження респондентам було запропоновано уважно ознайомитися з кожним симптомом та оцінити, наскільки він турбував їх

упродовж останнього часу. Учасники проходили опитування індивідуально в умовах психологічного консультування.

На констатувальному етапі дослідження результати шкали тривоги Бека продемонстрували високий рівень тривожних проявів у більшості респондентів. Було встановлено, що:

- нормальний рівень тривожності мали 2 особи (5%);
- легкий рівень тривоги 6 осіб (15%);
- середній рівень тривоги 14 осіб (35%);
- високий рівень тривоги 18 осіб (45%).

Середній показник тривожності за шкалою Бека на початку дослідження становив 21,8 бала, що відповідає високому рівню тривоги.

Отримані результати свідчили про наявність вираженого психоемоційного напруження та значної кількості соматичних симптомів тривожності у більшості респондентів. Аналіз відповідей учасників дослідження показав, що найбільш поширеними симптомами тривожності були неможливість розслабитися, страх того, що станеться найгірше, прискорене серцебиття та дратівливість. Значна частина респондентів також відзначала страх втрати контролю, труднощі з диханням, підвищене потовиділення та постійне відчуття внутрішнього напруження. Окремі учасники повідомляли про появу страху смерті, а також тремтіння в руках і ногах під час переживання тривоги.

Особливо часто респонденти наголошували на неможливості розслабитися та постійному очікуванні негативних подій. Поширеними проявами також були прискорене серцебиття, страх втрати контролю над власним станом, дратівливість і труднощі з диханням. Отримані результати свідчать про виражений як емоційний, так і фізіологічний компонент тривожних переживань у досліджуваних. Це свідчить про наявність у більшості учасників високого рівня психоемоційної напруги, схильності до катастрофізації та постійного внутрішнього неспокою. Частина респондентів

зазначала, що тривога негативно впливає на їхню професійну діяльність, міжособистісні стосунки та загальне самопочуття.

Після проведення первинної психодіагностики було реалізовано формувальний експеримент із використанням методів когнітивно-поведінкової терапії.

У межах психокорекційної програми застосовувалися:

- когнітивне реструктурування;
- аналіз автоматичних негативних думок;
- техніки релаксації;
- дихальні вправи;
- поведінкові експерименти;
- техніки самоспостереження;
- поступова експозиція;
- формування навичок емоційної саморегуляції.

Особлива увага приділялася роботі з катастрофічними очікуваннями та страхами, які підтримували високий рівень тривожності. Учасники вчилися розпізнавати тривожні думки, оцінювати їх реалістичність, контролювати фізіологічні реакції тривоги, знижувати рівень емоційного напруження та формувати адаптивні моделі поведінки.

У процесі психокорекційної роботи респонденти поступово почали демонструвати позитивні зміни:

- зниження рівня внутрішнього напруження;
- покращення емоційного самопочуття;
- зменшення кількості соматичних проявів тривоги;
- покращення концентрації уваги;
- підвищення впевненості у собі;
- покращення сну;
- зниження рівня страху та панічних переживань.

Після завершення формувального експерименту було проведено повторне психодіагностичне обстеження за шкалою тривоги Бека.

Результати повторної діагностики продемонстрували суттєве зниження рівня тривожності.

Було встановлено, що після проходження програми когнітивно-поведінкової терапії:

- нормальний рівень тривожності мали 11 осіб (27,5%);
- легкий рівень тривоги 14 осіб (35%);
- середній рівень тривоги 11 осіб (27,5%);
- високий рівень тривоги 4 особи (10%).

Середній показник тривожності після завершення психокорекційної програми становив 10,7 бала, що відповідає середньому рівню тривожності та свідчить про виражене покращення емоційного стану респондентів.

Таблиця 3.5

Динаміка показників тривожності за шкалою Бека

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
Н о р м а		
Л е г к и й рі в		

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
е н ь		
С е р е д н і й рі в		

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
е н ь		
В и с о к и й рі в е		

Р і в е н ь т р и в о ж н о с ті	До КПТ	Після КПТ
Н ь		

Джерело: згруповано автором на основі [5]

Аналіз результатів таблиці свідчить про значне зниження кількості осіб із високим рівнем тривожності. Якщо до початку психокорекційної роботи високий рівень тривоги спостерігався у 45% респондентів, то після завершення програми КПТ цей показник знизився до 10%. Водночас суттєво збільшилася кількість осіб із нормальним та легким рівнем тривожності, що свідчить про стабілізацію емоційного стану та покращення психологічного самопочуття учасників дослідження. У процесі повторного опитування респонденти зазначали, що після проходження психокорекційної програми їм стало значно легше контролювати власні емоції та справлятися зі стресовими

ситуаціями. Багато учасників підкреслювали, що панічні переживання виникають рідше, а негативні думки вже не займають таке домінуюче місце, як раніше. Один із респондентів зазначив: «Я почав помічати, що можу зупинити тривожні думки ще до того, як вони переходять у паніку». Інший учасник повідомив: «Тепер я не зациклююсь постійно на найгірших сценаріях і швидше заспокоююсь».

Частина респондентів звертала увагу на те, що навчилася швидше знижувати внутрішнє напруження за допомогою дихальних вправ і технік саморегуляції. Зокрема, один із учасників зазначив: «Раніше під час хвилювання я не міг заспокоїтися, а зараз знаю, як контролювати свій стан». Також учасники дослідження повідомляли про підвищення впевненості у собі та покращення емоційної стійкості. Деякі респонденти говорили: «Я став спокійніше реагувати на складні ситуації» та «У мене з'явилося більше відчуття контролю над власним життям».

Особливо помітним, за словами учасників, стало зменшення фізіологічних симптомів тривоги. Респонденти зазначали, що рідше відчувають прискорене серцебиття, труднощі з диханням, тремтіння та підвищене потовиділення. Один із учасників зауважив: «Під час хвилювання серце вже не б'ється так сильно, як раніше». Інший респондент повідомив: «Я перестав боятися, що втрачу контроль над собою». Також учасники відзначали суттєве зменшення відчуття жаху та внутрішньої напруги у тривожних ситуаціях.

Для перевірки статистичної значущості змін було використано t-критерій Стьюдента для залежних вибірок.

Результати статистичного аналізу показали статистично значущі відмінності між показниками до та після формульовального експерименту ($t = 5,03$ при $p \leq$ поведінкової терапії у зниженні рівня тривожності та психосоматичних проявів тривоги).

Таким чином, використання шкали тривоги Бека дозволило комплексно оцінити інтенсивність тривожних симптомів у респондентів та підтвердити позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії на емоційний стан особистості. Результати дослідження свідчать про те, що застосування методів КПТ сприяє зниженню рівня тривоги, стабілізації психоемоційного стану та формуванню більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Отже, результати емпіричного дослідження підтвердили ефективність когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю в умовах приватної психологічної практики. Проведене психодіагностичне обстеження за методиками Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, Дж. Тейлора та шкалою тривоги Бека дозволило встановити, що до початку формувального експерименту більшість респондентів характеризувалися високим рівнем реактивної та особистісної тривожності, емоційним напруженням, схильністю до негативного прогнозування та вираженими психосоматичними проявами тривоги. Після реалізації програми когнітивно-поведінкової терапії було зафіксовано позитивну динаміку за всіма досліджуваними показниками. У більшості учасників знизився рівень тривожності, покращився емоційний стан, зменшилися прояви внутрішнього напруження, страху, дратівливості та психосоматичних симптомів. Респонденти стали краще контролювати власні емоції, ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями та демонструвати більш адаптивні способи реагування.

Статистичний аналіз результатів підтвердив достовірність отриманих змін, що свідчить про високу ефективність застосування методів когнітивно-поведінкової терапії у психокорекційній роботі з особами, які мають підвищений рівень тривожності.

3.3. Практичні рекомендації щодо зниження рівня тривожності

На основі результатів емпіричного дослідження, а також аналізу динаміки показників за шкалами Спілбергера – Ханіна, Тейлора та Бека, було встановлено, що найбільш ефективним підходом до зниження рівня

тривожності є системне застосування методів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у поєднанні з психогігієнічними та поведінковими стратегіями саморегуляції. У зв'язку з цим були розроблені практичні рекомендації, спрямовані на зниження як ситуативної, так і особистісної тривожності.

1. Когнітивна реструктуризація як базовий інструмент зниження тривожності. Одним із ключових напрямів роботи є зміна деструктивних когнітивних схем, які підтримують тривожні стани. Рекомендується систематично:

- виявляти автоматичні негативні думки («я не впораюсь», «станеться щось погане»);
- аналізувати їхню реалістичність;
- визначати когнітивні викривлення (катастрофізація, надузагальнення, персоналізація);
- формувати альтернативні, більш раціональні думки.

Практичним інструментом є ведення «щоденника думок», де фіксуються ситуація, автоматична думка, емоція (з оцінкою інтенсивності), альтернативна думка та новий емоційний стан. Регулярне виконання цієї вправи сприяє поступовому зниженню рівня тривожності та формуванню більш адаптивного мислення [30].

2. Техніки тілесної та фізіологічної саморегуляції. Оскільки результати дослідження за шкалою Бека показали наявність виражених соматичних проявів тривоги (тахікардія, тремор, напруження, порушення дихання), важливим є навчання тілесної саморегуляції: Рекомендуються такі техніки:

- діафрагмальне (повільне глибоке) дихання;
- метод «4–7–8» для зниження фізіологічного збудження;
- прогресивна м'язова релаксація;
- тілесне сканування (body scan);
- техніки заземлення (grounding) у момент паніки.

Регулярне застосування цих методів дозволяє знизити активацію симпатичної нервової системи та стабілізувати емоційний стан [27].

3. Робота з поведінкою уникнення. Одним із ключових факторів підтримки тривожності є унікальна поведінка. Рекомендується поступове її подолання через складання «ієрархії страхів» (від найменш до найбільш тривожних ситуацій), поступове зіткнення з тривожними ситуаціями (експозиція), закріплення позитивного досвіду успішного подолання та зменшення поведінкових «запобіжників» (надмірного контролю, уникнення). Такий підхід сприяє формуванню відчуття контролю та зниженню страху перед невизначеністю.

4. Формування навичок стресостійкості. З огляду на високий рівень реактивної тривожності у респондентів, важливим є розвиток стресостійкості через тренування навичок вирішення проблем, розвиток гнучкого мислення, навчання навичкам тайм-менеджменту, формування реалістичного планування діяльності, зменшення перфекціоністських установок. Це дозволяє знизити рівень внутрішнього напруження у повсякденному житті

5. Психоедукація як основа профілактики тривожності. Важливим компонентом є підвищення психологічної обізнаності клієнтів щодо природи тривожності. Рекомендується:

- пояснення механізму «думки – емоції – поведінка»;
- нормалізація тривоги як природної реакції організму;
- навчання розпізнаванню ранніх ознак тривожного стану;
- формування розуміння різниці між реальною та уявною загрозою.

Психоедукація знижує страх перед власними емоційними реакціями та підвищує рівень самоконтролю [14].

6. Оптимізація способу життя як фактор зниження тривожності. Важливу роль відіграють психофізіологічні умови, тому рекомендується: дотримання стабільного режиму сну, фізична активність (ходьба, йога, плавання), обмеження кофеїну та стимуляторів, зменшення інформаційного перевантаження (особливо новинного контенту), регулярні перерви у роботі,

баланс між роботою та відпочинком. Такі заходи сприяють зниженню загального рівня нервової збудливості [30].

7. Робота з емоційною сферою. Рекомендовано розвиток емоційної компетентності через усвідомлення та вербалізацію емоцій, щоденне емоційне «сканування» стану, ведення емоційного щоденника, розвиток навичок самопідтримки, формування позитивного внутрішнього діалогу. Це дозволяє зменшити інтенсивність емоційних реакцій та підвищити рівень психологічної стійкості [36].

8. Соціальна підтримка та міжособистісні ресурси

Важливим фактором зниження тривожності є наявність стабільної соціальної підтримки. Рекомендується:

- підтримувати контакт із близькими людьми;
- обговорювати емоційні труднощі;
- уникати соціальної ізоляції;
- за необхідності звертатися до психолога або психотерапевта.

Соціальна підтримка виконує функцію емоційного «буфера» у стресових ситуаціях [57].

9. Регулярна психопрофілактика. Для запобігання рецидиву високого рівня тривожності доцільно періодично проходити психодіагностику (Спілбергера, Бека, Тейлора), контролювати рівень стресу, використовувати техніки саморегуляції навіть за відсутності вираженої тривоги, своєчасно звертатися за психологічною допомогою при погіршенні стану [43].

Отже, комплексне застосування когнітивно-поведінкових технік, методів емоційної та тілесної саморегуляції, а також психопрофілактичних заходів є ефективним підходом до зниження рівня тривожності. Реалізація запропонованих рекомендацій дозволяє не лише зменшити інтенсивність тривожних переживань, але й сформувати стійкі адаптивні механізми психологічного функціонування особистості.

Висновки до розділу 3

У ході емпіричного дослідження було встановлено, що більшість респондентів до початку формувального етапу характеризувалися високим рівнем реактивної та особистісної тривожності, що підтверджено результатами методик Спілбергера – Ханіна, Тейлора та Бека. Проведення формувального експерименту із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії сприяло суттєвому зниженню рівня тривожності, зменшенню психоемоційного напруження та покращенню загального психологічного стану учасників дослідження.

Порівняльний аналіз результатів «до» і «після» психокорекційної роботи показав статистично значущі позитивні зміни, що підтверджує ефективність КПТ у роботі з тривожними станами. Отримані результати свідчать про доцільність використання когнітивно-поведінкової терапії як дієвого методу зниження тривожності в умовах приватної психологічної практики та формування більш адаптивних стратегій емоційного реагування.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретико-емпіричного дослідження ефективності когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю було отримано комплексні дані, які дозволяють сформулювати узагальнені висновки відповідно до поставлених у вступі завдань.

1. Теоретичний аналіз поняття тривожності у сучасній психологічній науці показав, що тривожність є складним багаторівневим психологічним феноменом, який поєднує емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти. У сучасній психології вона розглядається як стан і як властивість особистості, що дозволяє розрізняти ситуативну (реактивну) та особистісну тривожність. У межах різних наукових підходів (психодинамічного, когнітивного, поведінкового та інтегративного) тривожність інтерпретується як результат взаємодії внутрішніх когнітивних процесів, емоційних реакцій та зовнішніх стресових факторів. Таким чином, тривожність є не лише емоційною реакцією, а й стійкою характеристикою психічного функціонування особистості.

2. Дослідження причин виникнення тривожності та її проявів дозволило встановити, що формування тривожних станів зумовлене поєднанням індивідуально-психологічних та соціально-середовищних факторів. До основних внутрішніх чинників належать когнітивні викривлення (катастрофізація, надмірне узагальнення, персоналізація), низька самооцінка, підвищена чутливість до стресу та схильність до негативного прогнозування подій. Зовнішні фактори включають хронічний стрес, соціальну нестабільність, міжособистісні конфлікти та психотравмувальні ситуації. Прояви тривожності охоплюють широкий спектр симптомів: емоційні (напруження, страх, дратівливість), когнітивні (постійне занепокоєння, нав'язливі думки), поведінкові (уникнення, скутість) та фізіологічні (тахікардія, тремор, порушення сну, пітливість).

3. Аналіз тривожних розладів як клініко-психологічного явища показав, що вони суттєво впливають на загальне функціонування особистості,

знижуючи її адаптаційні можливості та якість життя. Тривожні розлади характеризуються стійким емоційним напруженням, порушенням когнітивної діяльності, схильністю до унікальної поведінки та вираженими психосоматичними реакціями. Вони можуть призводити до соціальної дезадаптації, зниження працездатності, емоційного виснаження та формування вторинних психологічних труднощів. Таким чином, тривожні розлади потребують системного психотерапевтичного втручання.

4. Теоретичні засади когнітивно-поведінкової терапії засвідчили, що КПТ ґрунтується на базовому положенні про взаємозв'язок думок, емоцій і поведінки. Згідно з цим підходом, саме дисфункціональні когнітивні схеми та автоматичні негативні думки є ключовим фактором підтримки тривожних станів. Зміна цих когнітивних структур призводить до трансформації емоційного реагування та поведінкових патернів. КПТ є науково обґрунтованим, структурованим, короткостроковим і доказовим методом психотерапії, ефективність якого підтверджена численними емпіричними дослідженнями.

5. Охарактеризовано основні методи та техніки когнітивно-поведінкової терапії, які застосовуються у роботі з тривожними станами. До них належать когнітивна реструктуризація, експозиційні техніки, поведінкові експерименти, релаксаційні вправи, дихальні техніки та методи самоспостереження. Їх комплексне використання дозволяє впливати як на когнітивний, так і на поведінковий та фізіологічний рівні тривожності. Зокрема, когнітивна реструктуризація сприяє зміні негативних переконань, експозиція знижує унікальну поведінку, а релаксаційні техніки зменшують фізіологічне напруження.

6. Проаналізовано ефективність когнітивно-поведінкової терапії при тривожних розладах, що дозволило встановити її високу результативність у зниженні рівня тривожності. КПТ демонструє стійкий терапевтичний ефект, що проявляється у зменшенні інтенсивності тривожних переживань, підвищенні емоційної стабільності та формуванні адаптивних стратегій

поведінки. До основних переваг методу належать його структурованість, орієнтація на конкретний результат, доказова база та відносно коротка тривалість терапевтичного процесу. Разом із тим, певним обмеженням є необхідність активної участі клієнта та його мотивації до змін.

7. Емпіричне дослідження рівня тривожності та оцінка динаміки змін підтвердили ефективність когнітивно-поведінкової терапії у практичних умовах приватної психологічної практики. За результатами психодіагностики (Спілбергера – Ханіна, Тейлора, Бека) було зафіксовано статистично значуще зниження рівня реактивної та особистісної тривожності після проведення формувального експерименту. У більшості респондентів зменшилися прояви емоційного напруження, страху, дратівливості та психосоматичних симптомів. Також спостерігалось підвищення рівня самоконтролю, покращення емоційної регуляції та загального психологічного стану. Результати статистичного аналізу підтвердили достовірність отриманих змін, що свідчить про ефективність застосованих КПТ-інтервенцій. На основі отриманих даних розроблено практичні рекомендації щодо подальшого зниження тривожності, які включають когнітивні, поведінкові та психофізіологічні методи саморегуляції.

Узагальнюючи, можна зазначити, що проведене дослідження підтвердило теоретичні положення про природу тривожності та довело практичну ефективність когнітивно-поведінкової терапії як одного з провідних методів її корекції. Отримані результати мають як теоретичне, так і прикладне значення, оскільки можуть бути використані у практиці психологічного консультування та психотерапії для роботи з особами, які мають підвищений рівень тривожності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Александров Ю. В. Поняття страху у психології. Київ : Наукова думка, 2021. С. 134–136.

Архангельська М. В. Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних втручань першого вибору в лікуванні тривожних розладів /

Габітус, О.В. Особливості психодіагностики страхів у дорослому віці. Габітус, 2020. Вип. 20. С. 69-76

Нойченко Т. В. Вплив тривожності підлітків на навчальну мотивацію в умовах воєнного стану : кваліфікаційна робота магістра : спец. 053 «Психологія» /

Клохін І. О. Психологічні причини виникнення тривожності у студентів. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2021. № 4. С. 82–

Власенко О. О., Кущенко І. В., Мітіна С. В. Вплив тривоги, тривожності та тривожних розладів на планування консультування: психологічний і соматичний аспект // Mental Health: Global Challenges of the <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/83>

Слошак О. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості //

Рогошина В. В., Долинська Л. В., Ставицька С. О. Загальна психологія: практикум. К.: Каравела, 2019. 279 с.

Бірюжаніна Т. А. Особливості психологічного консультування в Інтернеті. Актуальні проблеми психології. 2020. Т. 7. Вип. 33. С. 63–71.

Дершибалко О. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії розладу соціальної тривоги онлайн: магістерська робота: (053 «Психологія»). Український католицький університет. кафедра клінічної психології. Львів: ЛУКУ, 2022, 53 с. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14570/3637>

11. Гаркуша І. В., Кайко В. І. Психологічні аспекти та основні мотиви використання соціальних мереж. Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Педагогіка і психологія. Педагогічні науки. 2019. № 2 (18). С. 40–46. URL: <https://pedpsy.duan.edu.ua/images/PDF/2019/2/6.pdf> (DOI: 10.32342/2522-4115-2019-2-18-5)

12. Гаркуша І. Взаємозв'язок рівнів тривожності та акцентуації характеру підлітків // Український психолого-педагогічний науковий збірник. 2015. № 4 (04). Львів. URL: https://www.academia.edu/49602704/%D0%92%D0%B7%D0%B0%D1%94%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D0%BE%D0%BA_%D1%80%D1%96%D0%B2%D0%BD%D1%96%D0%B2_%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96_%D1%82%D0%B0_%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D0%B9_%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%83_%D0%BF%D1%96%D0%BB%D1%96%D1%82%D0%BA%D1%96%D0%B2

алієва О. М. Теоретичні поняття тривожності // Теорія і практика сучасної п

оренко М. В. Психологія спілкування : навч. посіб. Уманський державний и

іхтяренко С. Ю., Шулдик А. В., Шулдик Г. О., Данилевич Л. А., Поліщук О. Р. Загальна психологія: навчально-методичний посібник. Умань: Візаві, 2023. 245 а.

уткевич Т. В. Загальна психологія. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 88 с.

ілкевська І. Особливості роботи з «суїцидальним запитом» в методі психотерапії «я-реконструкція». Формування компетентностей обдарованої особистості в системі позашкільної та вищої освіти. 2024, № 3, С. 226–229.

ісекіна Л. В., Пастрик Т. В. Основи психології та міжособове спілкування : и

и

навч. посіб. Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі
Українки, 2013. 184 с. URL:

бірник методик для діагностики негативних психічних станів
військовослужбовців: Методичний посібник / Н.А. Агаєв, О.М. Кокур, І.О.
Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук, В.В. Ткаченко. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016.
234 с

айдалова Л. Г., Пляка Л. В., Альохіна Н. В., Шаповалова В. С. Психологія
спілкування : навч. посіб. 2-ге вид., перероб. і допов. Харків : НФаУ, 2018. 140
с

У
ирюшенко К. Є. Тривожність як чинник впливу на самооцінку та соціальний
Р
статус особистості : кваліфікаційна робота / науковий керівник І. М. Шаповал
L
; Криворізький державний педагогічний університет. Кривий Ріг, 2024. 66 с.
h

t
реслова О. В. Взаємозв'язки тривожності та задоволеності життям у осіб з
t
різним рівнем тривоги // Актуальні напрями практичної психології і
p
психотерапії : матеріали VIII Міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених,
s
студентів та аспірантів (м. Харків, 16 груд. 2020 р.). Харків : ХНУВС, 2020. С.
9

с
равчук С., Ковпак Т. Особливості зв'язку соціального інтелекту зі схильністю
s
до прощення. Габітус. 2020. № 20. С. 239–244.

о
нсультації в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що
u
опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій / авт. кол;
r
заг. ред. В. Г. Панок, І. І. Ткачук. Київ : УНМЦ практичної психології і
с
соціальної роботи, 2019. 144 с.

е
ПТ є невід'ємною частиною сучасної, цілісної, ефективної моделі турботи про

о
п
д
енний А. В. Особливості когнітивно-поведінкової терапії у роботі з
m
тривожністю : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня

u
x

е
г

d
ч

«бакалавр» : спец. 053 «Психологія» / А. В. Лянний ; ЧНУ ім. Петра Могили. Миколаїв, 2023. 91с.

ащак С. О., Купцова А. А. Особливості когнітивно-поведінкового супроводу тривожності у груповій роботі з внутрішньо-переміщеними дітьми // Серія П

с 28. Столярчук О., Жорова С. Особливості переживання психічної
и травми внутрішньо переміщеними дітьми // Перспективи та інновації науки.
х 2025. № 7 (53). С. 1598–1608. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7\(53\)-1598-1608](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7(53)-1598-1608)

л Льховецький С. Феноменологіс тривоги та страху. Збірник наукових праць
о «Проблеми сучасної психології», 2019, № 9. С. 174–193.

г анок В. Г. Практична психологія. Теоретико-методологічні засади розвитку:
і Монографія. Чернівці: Технодрук, 2010. 486 с.

я
о

фпов М. В. Філософські підстави когнітивно-поведінкової психокорекційній
роботі за текстами Джудіт Бек. Інновації у науці, 2018. № 4 (80). С. 41-46

2
є
о
о
о
2
а
4
стапчук Є., Пасічник А. Взаємозв'язок тривожності та психічного здоров'я

овікова, К. М. Особливості застосування когнітивно–поведінкової терапії в
роботі з психічною травмою / Катерина Миколаївна Новікова // Особистість,

в
б
успільство, війна: тези доп. учасників міжнар. психолог. форуму (м. Харків, 7
квіт. 2023 р.) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків, 2023. –

в
с

и
п

т
р

о
л

с
х

к
т

с
у

і

Вманчук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель

а
1

н

о
д

розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності. НейроNews:

п

Савчин М. В. Загальна психологія : підручник. Вид. 3-тє, стереотип. Київ, ВЦ
и «Академія», 2020. 344 с.

х

пількування як феномен психології. Теоретичні аспекти процесу спілкування.
о
(дата звернення: 13.04.2026).

н

е

в

пількування як феномен соціальної психології. URL:

р

о

таринська О. Проблема психологічної сутності понять «соціальний інтелект»
л та «емоційний інтелект»: науковий дискурс. Наукові праці Міжрегіональної
о академії управління персоналом. 2022. № 3(56). С. 40–44.

г

емиченко В. А. Теоретичні та практичні проблеми сучасної психології // Праці
і Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка, психологія. 2016.
я №

р

Тюоненко М. М. Психологія спілкування : підручник. Київ : Центр учбової
а літератури, 2008. 224 с. URL: https://library.udpu.edu.ua/library_files/417948.pdf

н

орна Н. В. Вплив біосугестивної терапії на зниження симптомів тривожних
н розладів. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія :
с Психологія. 2024. Вип. 4. С. 64–67.

и

иркова Т. І. Алгоритм побудови психологічної консультації крос-культурної
р пари. Теорія і практика сучасної психології. 2019. 4, С. 153–157.

о

4
пточкіна І. Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема //
і Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки = Visnyk of the Lviv

ї

у

я

ремко Р., Гродська В., Дзюбак, А., Ільків Х. Теоретичне дослідження проблеми

д

і

е

т

тривожності особистості у психологічній літературі. Молодий вчений, 2022, 5(105), С. 83–86.

oloshyna I., Krupskyi O. Emotional intelligence as a factor in successful team management. Challenges and Issues of Modern Science. 2024. Vol. 3. P. 188–195. URL: <https://cims.fti.dp.ua/j/article/view/246>.

ozigora M. A. Art therapy as a means of teaching and educating primary school

s

t

”

50. Seto M.C., & Lalumiere M.L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (4), 5260575. doi: 10.1037/a0019700

51. McCuish E., Lussier P., & Corrado R. (2015). Criminal careers of juvenile sex and non-sex offenders: Evidence from a prospective longitudinal study. *Youth Violence & Juvenile Justice*. Published ahead of print online January 20, 2015. doi: 10.1177/1541204014567541

a

r 53. Simmel G. Conflict and the Web of Group Affiliations. New York : Free Press, 1955.

a 54. Durkheim É. Suicide: A Study in Sociology. New York : Free Press, 1951.

o 55. Rogers C. R. On Becoming a Person: A Therapist’s View of Psychotherapy. Boston : Houghton Mifflin, 1961.

S 56. Freud S. Beyond the Pleasure Principle. London : Hogarth Press, 1920.

i 57. Mehrabian A. The Need for Affiliation. New York : Springer, 1976.

g 58. Temmingh H., & Stein D.J. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*, 2015. Vol. 29, Issue 10, pp. 819–832. URL: <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0282-7>

n 59. Hartley S., Barrowclough C., Haddock G. Anxiety and depression in psychosis: A systematic review of associations with positive psychotic symptoms.

T

h

Acta Psychiatrica Scandinavica, 2013. Vol. 128, Issue 5, pp. 327–346. URL: <https://doi.org/10.1111/acps.12080>

60. Kingsep P., Nathan P., & Castle D. Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2003. Vol. 63, Issue 1–2, pp. 121–129. URL: [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00376-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00376-6)

61. Norton P.J., & Price E.C. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2007. Vol. 195, Issue 6, pp. 521–531. URL: <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a>

62. Opoka S.M., & Lincoln T.M. The Effect of Cognitive Behavioral Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2017. Vol. 40, Issue 4, pp. 641–659. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.005>

63. Teger, Allan I. *Too Much Invested to Quit*. Elsevier. Pergamon General Psychology Series. 2017. Vol. 83.

64. Valsiner, Jaan, Nandita Chaudhary, and Gerhard Benetka. *From methodology to methods in human psychology*. Cham: Springer International Publishing. 2017. P. 113–122.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник Спілбергера-Ханіна (СХ)

Опитувальник СХ призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів.

Реактивна тривожність - це стан спеціаліста, який характеризує ступінь його занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості.

Опитувальник Ч. Спілбергера складається з 40 питань-суджень, з котрих 1-20 призначені для оцінки реактивної тривожності (шкала "Як ви себе почуваєте в даний момент?") та 21-40 - для визначення особистісної тривожності (шкала "Як Ви себе почуваєте звичайно?"). На кожне запитання можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності, та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистісної тривожності.

Одні питання-судження в опитувальнику Ч. Спілбергера сформульовані так, що відповідь (1) означає відсутність чи легку ступінь

Коло Айзенка



тривожності. Це в шкалі реактивної тривожності так звані прямі запитання: № 3, 4, 6, 77, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності - № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. В інших, так званих зворотних запитаннях відповідь (1) означає високий ступінь тривожності, а відповідь (4) - низьку тривожність: № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 - в шкалі реактивної тривожності; № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 - в шкалі особистісної тривожності. Обробка проводиться у такий спосіб. Спочатку окремо складаються результати за зворотними та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотних запитань і до одержаного числа додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 - для шкали особистісної тривожності.

Показник результату за кожною шкалою може знаходитись в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим він більший, тим вищий рівень тривожності (реактивної або

особистісної). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

Шкала самооцінки ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і закресліть ту цифру справа, в залежності від того як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Ні, не зовсім так	Мабуть так	Вірно	Цілком вірно

1. Я спокійний.
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я напружений.
4. Я відчуваю співчуття.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я прикро вражений.
7. Мене хвилюють можливі негаразди.
8. Я відчуваю себе відпочившим.
9. Я насторожений.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений (накручений в собі).
15. Я не відчуваю напруги і скованості.
16. Я задоволений.
17. Я заклопотаний.
18. Я занадто збуджений і мені ніяково.

19. Мені радісно.

20. Мені приємно.

Шкала самооцінки особистісної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених питань і закресліть ту цифру справа в залежності від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над запитаннями довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Майже ніколи	Інколи	Часто	Майже завжди

21. Я відчуваю задоволення.

22. Я швидко втомлююсь.

23. Я легко можу заплакати.

24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.

25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.

26. Я почуваю себе бадьорим.

28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.

29. Я занадто переживаю через дрібниці.

30. Я буваю повністю щасливий.

31. Я приймаю все занадто близько до серця.

32. Мені не дістає впевненості у собі.

33. Я почуваю себе в безпеці.

34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.

35. У мене буває хандра.

36. Я задоволений.

37. Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.

38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.

39. Я врівноважена людина.

40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.

ОСОБИСТІСНА ШКАЛА ПРОЯВІВ ТРИВОГИ

Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора (Teilor's Manifest Anxiety) призначена для виміру проявів тривожності. Опубліковано Дж. Тейлор в 1953 р. Твердження відбиралися з набору тверджень Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (ММРІ). Вибір пунктів для тестування здійснювався на основі аналізу їхньої здатності розрізняти осіб з «хронічними реакціями тривоги».

Текст

1. Зазвичай я спокійний і вивести мене з себе нелегко.

а) так

б) ні

2. Мої нерви розхитані не більше, ніж у інших людей.

а) так

б) ні

3. У мене рідко бувають запори.

а) так

б) ні

4. У мене рідко бувають головні болі.

а) так

б) ні

5. Я рідко втомлююсь.

а) так

б) ні

6. Я майже завжди відчуваюся цілком щасливим.

а) так

б) ні

7. Я впевнений у собі.

а) так

б) ні

8. Я практично ніколи не червонію.

а) так

б) ні

9. У порівнянні зі своїми друзями я вважаю себе цілком сміливою людиною.

а) так

б) ні

10. Я червонію не частіше, ніж інші.

а) так

б) ні

11. У мене рідко буває прискорене серцебиття.

а) так

б) ні

12. Зазвичай мої руки досить теплі.

а) так

б) ні

13. Я сором'язливий не більше ніж інші.

а) так

б) ні

14. Мені не вистачає впевненості у собі.

а) так

б) ні

15. Іноді мені здається, що я ні на що не придатний.

а) так

б) ні

16. У мене бувають періоди такого занепокоєння, що я не можу всидіти на місці.

а) так

б) ні

17. Мій шлунок сильно турбує мене.

а) так

б) ні

18. У мене не вистачає духу винести всі майбутні труднощі.

а) так

б) ні

19. Я хотів би бути таким же щасливим, як інші.

а) так

б) ні

20. Мені здається часом, що переді мною нагромаджені такі труднощі, які мені не подолати.

а) так

б) ні

21. Мені нерідко сняться кошмарні сни.

а) так

б) ні

22. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся щось зробити.

а) так

б) ні

23. У мене надзвичайно неспокійний і уривчастий сон.

а) так

б) ні

24. Мене дуже турбують можливі невдачі.

а) так

б) ні

25. Мені доводилося відчувати страх у тих випадках, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує.

а) так

б) ні

26. Мені важко зосередитися на роботі чи на якомусь завданні.

а) так

б) ні

27. Я працюю з великою напругою.

а) так

б) ні

28. Я легко приходжу в замішання.

а) так

б) ні

29. Майже весь час відчуваю тривогу через будь-кого.

а) так

б) ні

30. Я схильний приймати все занадто серйозно.

а) так

б) ні

31. Я часто плачу.

а) так

б) ні

32. Мене нерідко мучать напади блювоти та нудоти.

а) так

б) ні

33. Раз на місяць чи частіше у мене буває розлад шлунка.

а) так

б) ні

34. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.

а) так

б) ні

35. Мені дуже важко зосередитися на чомусь.

а) так

б) ні

36. Моє матеріальне становище дуже турбує мене.

а) так

б) ні

37. Нерідко я думаю про такі речі, про які ні з ким не хотілося б говорити.

а) так

б) ні

38. У мене бували періоди, коли тривога позбавляла мене сну.

а) так

б) ні

39. Часом, коли я почуваюся розгубленим, у мене з'являється сильна пітливість, що дуже бентежить мене.

а) так

б) ні

40. Навіть у холодні дні я легко потію.

а) так

б) ні

41. Часом я стаю таким збудженим, що мені важко заснути.

а) так

б) ні

42. Я – людина легко збудлива.

а) так

б) ні

43. Часом я почуваюся абсолютно марним.

а) так

б) ні

44. Іноді мені здається, що мої нерви сильно розхитані, і я ось-ось вийду з себе.

а) так

б) ні

45. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось турбує.

а) так

б) ні

46. Я набагато чутливіший, ніж більшість інших людей.

а) так

б) ні

47. Я майже весь час відчуваю голод.

а) так

б) ні

48. Іноді я засмучуюсь через дрібниці.

а) так

б) ні

49. Життя для мене пов'язане з незвичайною напругою.

а) так

б) ні

50. Очікування завжди нервує мене.

а) так

б) ні

Шкала Тривоги Бека

Прізвище, ім'я _____ Вік _____ Дата дослідження _____

Прошу обрати одну з можливостей відповіді на кожне запитання. Старайтесь відповідати швидко.

	0.Зовсім не турбує
1.Відчуття оніміння та поколювання в тілі	
2.Відчуття жару	
3.Тремтіння в ногах	
4.Неможливість розслабитись	
5.Страх, що станеться найгірше	
6.Головокружіння	
7.Прискорене серцебиття	
8.Нестійкість, нестабільність	
9.Відчуття жаху, це кінець	
10.Дратівливість	
11.Тремтіння в руках	
12.Відчуття задухи	
13.Нерівна хода	
14.Страх втрати контролю	
15.Труднощі з диханням	
16.Страх смерті	
17.Переляк	
18.Шлунково-кишкові розлади	
19.Непритомність	
20.Прилив крові до обличчя	
21.Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)	

0–5 норма

6-8 легкий рівень тривоги

9-18 середній рівень тривоги

Більше 19 балів – високий рівень тривоги