ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДОРОСЛИХ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

ЛИСЕНКО АНАСТАСІЇ ОЛЕКСАНДРІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри_____
«04» травня 2026 р.

Науковий керівник:
Раєвська Я.М.,
доктор психологічних наук,
професор
Рецензент:
Комар Т.В.,
доктор психологічних наук,
професор

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту

Я.М. Раєвська

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК

Н.В. Волинець

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК

С.А. Палій

підпис	ініціали, прізвище

В.Б. Синякова

підпис	ініціали, прізвище

О.Л. Туриніна

підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК

Д.В. Бур’ян

підпис	ініціали, прізвище

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс ІІ *(магістратура)*

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра

Лисенко Анастасії Олександрівни

1. Тема роботи: **Застосування методів когнітивно-поведінкової терапії у психологічній корекції тривожності у дорослих**
2. Цільова установка: соціальні працівники та фахівці із соціальної роботи, студенти психологічних спеціальностей, практикуючі психологи;
3. вихідні дані: матеріали професійної та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
4. Перелік графічного матеріалу 4 табл., 14 рис.
5. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	**Консультант (Прізвище, ініціали)**	**Підпис, дата**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Розділ 1	Раєвська Я.М.		
Розділ 2	Раєвська Я.М.		
Розділ 3	Раєвська Я.М.		

6. Зміст роботи:

Вступ
Розділ 1. Теоретичні засади дослідження тривожності та когнітивно-поведінкового підходу.
Розділ 2. Організація та методи дослідження тривожності у дорослих.
Розділ 3. Когнітивно-поведінкова корекційна програма зниження тривожності у дорослих.
Висновок
Список використаних джерел
Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	**Фактичний**
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	червень 2025	червень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	липень 2025	липень 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	серпень 2025	серпень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	жовтень 2025	жовтень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	грудень 2025	грудень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	січень-березень 2026	січень-березень 2026
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	квітень 2026	квітень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень 2026	травень 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Раєвська Я.М.)

Завдання прийняв(ла) до виконання

здобувач(ка) _____ (Лисенко А.О.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 84 с., 4 табл., 14 рис., 65 джерел, 2 додатки

Об'єкт дослідження: психологічні прояви ситуативної та особистісної тривожності особистості.

Предмет дослідження: ефективність методів когнітивно-поведінкової терапії у психокорекції ситуативної та особистісної тривожності.

Мета: визначення теоретичних засад та емпіричне вимірювання дієвості методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

Гіпотеза дослідження: корекційна програма когнітивно-поведінкової терапії допоможе суттєво знизити ситуативну тривогу та соматичні симптоми у дорослих. При цьому особистісна тривожність зменшиться лише частково, оскільки як стійка риса характеру вона потребує тривалішої індивідуальної роботи.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз літератури з проблеми дослідження, узагальнення, порівняння, систематизація;
- емпіричні: спостереження, тестування (Шкала тривоги Бека Beck Anxiety Inventory (BAI), Шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI).
- методи обробки даних та описової статистики: якісний та кількісний аналіз отриманих результатів; методи описової статистики (групування даних, підрахунок частот та визначення відсоткових співвідношень) для узагальнення та наочного представлення результатів дослідження.

ТРИВОЖНІСТЬ, КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ, ПСИХОКОРЕКЦІЯ, ДОРОСЛІ, СОЦІАЛЬНА РОБОТА, ЕФЕКТИВНІСТЬ

ANXIETY, COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY, PSYCHOCORRECTION, ADULTS, SOCIAL WORK, EFFECTIVENESS

ЗМІСТ

ВСТУП.....7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО ПІДХОДУ.....11

1.1. Тривожність у дорослих: чинники, прояви та вплив на якість життя.....11

1.2. Теоретичні основи когнітивно-поведінкової терапії.....16

1.3. Сучасні підходи до застосування когнітивно-поведінкових методів у корекції тривожності.....23

Висновок до першого розділу.....27

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ДОРОСЛИХ.....30

2.1. Організація, етапи та методи дослідження. Характеристика вибірки дослідження.....30

2.2. Аналіз результатів дослідження рівня тривожності у дорослих.....38

Висновки до другого розділу.....43

РОЗДІЛ 3. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ДОРОСЛИХ.....45

3.1. Мета, завдання та принципи когнітивно-поведінкової корекційної програми 45

3.2. Зміст і структура когнітивно-поведінкової корекційної програми.....48

3.3.Оцінка ефективності когнітивно-поведінкової корекційної програми.....64

Висновки до третього розділу.....69

ВИСНОВОК.....71

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....75

ДОДАТКИ.....80

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тривожність є одним із найпоширеніших емоційних станів особистості, який виявляється у сильному, нав'язливому переживанні щодо непрогнозованих або потенційно загрожуючих ситуацій у майбутньому. Цей стан формується під впливом комплексу чинників, включаючи генетичну схильність, середовище, хронічний стрес та травматичні події. Згідно зі звітами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), тривожні розлади є другим за поширеністю ментальним викликом у світі після депресії. З огляду на це, розробка та вдосконалення методів подолання тривожності залишається пріоритетним напрямком для науковців та практикуючих психотерапевтів.

На сучасному етапі одним із найбільш емпірично обґрунтованих та ефективних підходів у роботі з тривожними станами є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Цей напрямок базується на концепції, що емоційні та поведінкові реакції людини можна оптимізувати через трансформацію її мислення та ставлення до стресогенної ситуації.

КПТ демонструє високу результативність у подоланні різних форм дезадаптації — від соціальної тривоги до панічних атак. Процес корекції допомагає людині розвинути нові когнітивні стратегії, чітко диференціювати власні емоції та відновити контроль над поведінкою в тригерних обставинах. Ключовий інструментарій КПТ охоплює техніки аналізу зв'язку між ситуацією, думками й почуттями, реструктуризацію дисфункційних переконань, поведінкові експерименти, а також соматичні методи релаксації, спрямовані на стабілізацію психофізіологічного стану.

Практична значущість дослідження полягає у визначенні реального потенціалу та меж ефективності інструментів КПТ, що дозволить практикуючим психологам обґрунтовано підбирати техніки, оптимізувати тривалість психокорекційного процесу та спиратися на чіткі, доказові критерії оцінювання стану клієнта на кожному етапі терапії.

Мета дослідження – визначення теоретичних засад та емпіричне вимірювання дієвості методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

Відповідно до мети були визначенні **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз поняття тривожності як ситуативного стану та стійкої якості особистості.
2. Теоретично дослідити та систематизувати методи когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на корекцію тривожних станів.
3. Підібрати комплекс валідних психодіагностичних методик для емпіричного вимірювання рівнів ситуативної та особистісної тривожності.
4. Провести первинне діагностування та визначити рівень ситуативної та особистісної тривожності у досліджуваній групі.
5. Розробити та впровадити психокорекційну програму зниження тривожності в межах когнітивно-поведінкового підходу для учасників досліджуваної групи.
6. Здійснити повторну діагностику та провести порівняльний аналіз динаміки показників тривожності до і після корекційного впливу, щоб оцінити реальну ефективність застосованих методів КПТ.

Об’єкт – психологічні прояви ситуативної та особистісної тривожності особистості.

Предмет – ефективність методів когнітивно-поведінкової терапії у психокорекції ситуативної та особистісної тривожності.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (метод тестування, констатувальний та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження).

Психодіагностичний комплекс методик склали: Шкала тривоги Бека Beck Anxiety Inventory (BAI), Шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI).

Експериментальна база дослідження. Вибірку дослідження склали 40 осіб, які проживають в Україні, мають підвищений рівень тривожності, труднощі в управлінні тривожними станами та хочуть засвоїти навички психологічної саморегуляції. Віком від 25-55 років.

Теоретична та практична значущість. Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні та систематизації знань про вияв ситуативної та особистісної тривожності в сучасних стресогенних умовах, а також у теоретичному обґрунтуванні та оптимізації комплексного застосування когнітивних, поведінкових та соматичних інструментів КПТ для зниження тривожних станів.

Практичне значення дослідження визначається тим, що розроблена психокорекційна програма може бути впроваджена в практичну діяльність: фахівцями психологічних служб, центрів надання соціальних послуг та психологічної підтримки, а також під час проведення індивідуального консультування та групової психокорекційної роботи з особами, які мають високий рівень тривожності; у професійній підготовці майбутніх фахівців: як методичний матеріал під час організації та проведення виробничої практики для студентів спеціальності «Психологія».

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на IX Всеукраїнській студентській конференції «Науковий простір: аналіз, сучасний стан, тренди та перспективи» м. Київ, Україна.

Публікації: Основний зміст і результати роботи відображено в тезах у збірниках матеріалів конференції.

Структура роботи складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної

роботи становить 84 сторінки, основний зміст викладено на 68 сторінках. Робота містить 4 таблиці, 14 рисунків, 2 додатки.

Список використаних джерел складає 65 праць українських та зарубіжних авторів, з них 5 – англомовних.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО ПІДХОДУ

Тривожність у дорослих: чинники, прояви та вплив на якість життя

За актуальними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), тривожні розлади є найпоширенішими ментальними порушеннями у світі й в Україні, випереджаючи навіть клінічну депресію. Показники захворюваності стрімко зростають через глобальні кризи, соціальну нерівність, а в Україні — через фактор повномасштабної війни. [61]

За оцінками ВООЗ, близько 10 мільйонів українців мають високий ризик розвитку або вже мають важкі психічні розлади. При цьому тривожність є абсолютно домінуючою проблемою. Понад 90% українців відчувають щонайменше один із симптомів тривожних розладів (постійна знервованість, порушення сну, панічні атаки, хронічна втома). Найвищий рівень тривожності фіксується у мешканців східних та південних областей, а також серед жінок та молодих людей віком 25–34 років. При цьому найменш безпечними локаціями українці називають відкриту місцевість та місця великого скупчення людей. [45]

Тривога є природним захисним механізмом людини, сформованим у процесі еволюційного розвитку. У нормальних умовах вона має тимчасовий характер і піддається контролю. Проте у випадках, коли тривожний стан набуває тривалого перебігу, відзначається високою інтенсивністю, починає негативно впливати на соціальне функціонування та супроводжується неприємними фізичними (соматичними) проявами, йдеться вже про тривогу як психічний розлад. Такий стан істотно знижує якість життя людини, порушуючи її фізичне, психологічне та соціальне благополуччя.

Загальнотеоретичні проблеми тривоги та тривожності досліджували: З. Фройд, К. Хорні, Г. С. Саллівен, А. Бек, Р. Ліхі, Ч. Спілбергер, Р. Мей.

О.С. Чабан сформулював визначення тривоги як «емоційний стан, орієнтований на майбутнє, що характеризується випереджальними

когнітивними, поведінковими та афективними змінами у відповідь на невизначеність щодо потенційної загрози». [44]

О.С. Чабан підкреслює, що «нормальна (фізіологічна) тривога пов’язана із ситуацією загрози і посилюється адекватно їй в умовах суб’єктивної значущості вибору». В той час як «патологічна тривога - «безпредметне занепокоєння», передчуття небезпеки, загрозливої катастрофи з відчуттям внутрішньої напруги, що не пов’язане з реальною загрозою, посилюється неадекватно ситуації.» На відміну від нормальної, патологічна тривога більш тривала і виражена і призводить до виснаження ресурсів та адаптаційних можливостей організму. [44]

При цьому основними функціями тривоги є сигналізація та стимулювання, що стимулює включення механізмів психічної адаптації. Наявність постійної або неадекватної (не відповідає наявній ситуації) тривоги в людини дає можливість говорити про категорію тривожності, яку «можна охарактеризувати як стійке особистісне утворення, що зберігається протягом досить тривалого періоду часу», і яка «має власну спонукальну силу та стійкі форми реалізації в поведінці з переважанням компенсаторних і захисних проявів». [8]

Тривожність є стійкою рисою характеру особистості, що свідчить про її схильність до частих та сильних тривожних реакцій, які не пов’язані з наявністю реальних подій або не корелюються зі значущістю цих подій. [8]

Соматичні прояви тривоги виявляються у тремтінні рук і ніг, напруженні та болю в м'язах, судомах, головному болі та запамороченні. Також можуть виникаюти прискорений пульс, брак повітря, збої у травленні, проблеми в сексуальній сфері та часті позиви до сечовипускання. Організм може реагувати раптовим жаром, ознобом, надмірним потовиділенням, занепадом сил і різними порушеннями сну — від безсоння та тривожних ночей до постійної сонливості. [8]

До психологічних симптомів тривоги належать постійне занепокоєння, страх, нервозність, дратівливість і відчуття внутрішньої напруги. Людині важко

контролювати свої дії, вона не може розслабитися чи зосередитися на чомусь. Часто з'являється почуття безвиході та приреченості, зникає інтерес до улюблених справ, падає самооцінка, а сама особа починає уникати спілкування та закривається від людей.

У стані тривоги виникає рухове занепокоєння, через яке людина діє хаотично і намагається зайняти себе будь-якою роботою, щоб відволіктися. Ситуація очікування стає для неї нестерпною. Мовлення значно прискорюється, перетворюючись на неконтрольований потік слів. Люди стають занадто багатослівними, надмірно деталізують інформацію та постійно комунікують (наприклад, безперервно телефонують), намагаючись через ілюзію своєї потрібності подолати страх самотності. Поведінка стає консервативною: прагнення все проконтролювати й передбачити спрямоване на уникнення неприємностей. Через це людина відкидає будь-які нововведення та ризики, оскільки все невідоме сприймає як потенційну загрозу. [41]

За формами прояву виокремлюють: тривожність – хвилювання (належить до не особистісних інтересів, а до інтересів осіб, у яких зацікавлений індивід); тривожність – передчуття (належить до відчуття невідомого, характеризується ірраціональним підходом); тривожність – спостережливість (відновиться до почуття пильності та передбачливості); тривожність – відокремлення (стосується неможливості мати соціальні зв’язки, що задовольняють особистість); інтернальна тривожність (пов’язана з наявністю думок, що відображають зниження авторитету тих осіб, з якими інтерналізується індивід). [8]

За ситуацією виникнення виділяють особистісну тривожність (залежить від особистісних рис та темпераменту індивіда) та ситуативну тривожність (залежить від ситуації, що виникла).

Тривожність може бути усвідомлена (свідомо переживається і відображається в поведінці особистості) та неусвідомлена (може бути неусвідомлена різною мірою, проявляється надмірним спокоєм, нечутливістю до реального благополуччя або ж навіть запереченням його). [8]

За критерієм зовнішнього вираження: прихована тривожність (для стороннього спостерігача є невидимою), відкрита тривожність (проявляється явними симптомами: фізичними та поведінковими проявами).

Тривожність може набувати різної інтенсивності, що залежить від певних факторів, а саме: сили нервової системи, психологічної стійкості, суб'єктивного сприйняття ситуації, рівня загрози та завчасно прийнятих дій.

За рівнем інтенсивності виокремлюють низький рівень тривожності, за якого особистість відчуває постійне занепокоєння, що суттєво не позначається на її повсякденній життєдіяльності, помірний рівень тривожності, коли тривога стає сильніше вираженою і в певних ситуаціях чинить вагомий вплив на життя людини, а також високий рівень тривожності, коли вона є досить інтенсивною та довготривалою, що кардинально погіршує загальну якість життя особистості. [8]

За причинами виникнення тривожність буває зумовлена: фізіологічними чинниками (генетична схильність, перенесені травми, гормональні збої); зовнішніми обставинами (інформаційне перенасичення, споживання певних речовин, психотравмуючі події); внутрішніми факторами (перебування в стані стресу, специфіка індивідуального мислення). [8]

Тривалий і регулярний вплив стресу за умови відповідного його оцінювання людиною вважається основним джерелом невротичних і передневротичних станів, зокрема й самої тривожності. Окрім цього, важливу роль відіграють внутрішні — психологічні чи психофізіологічні чинники. Серед психологічних чинників — розбіжності у Я-концепції, конфліктна будова самооцінки, суперечливе ставлення до власного майбутнього.

Стійка тривожність вказує на нездатність людини впоратися зі своїми почуттями та контролювати їх. Неможливість керувати собою викликає відчуття безсилля і безнадії, що ще більше знижує життєвий тонус, посилюючи пасивність та песимізм. Як наслідок, руйнується впевненість у собі, рішучість у діях і вчинках, а також наполегливість у досягненні мети, через що людина заздалегідь налаштовує себе на поразку. [60]

Прояви тривоги поділяються на два основних види, які мають яскраво виражений індивідуальний характер:

мобілізуючий – проявляється в підвищеній активності, майже агресивності, мобілізуюча тривога дає додатковий імпульс до діяльності;

демобілізуючий – проявляється в оціпенінні, одеревенінні, раптовій втраті інтересу, апатії та ін. [60]

Для тривожної людини характерним є постійне переживання почуття напруженості, приниження, важкі передчуття, уявлення про свою соціальну неспроможність, підвищена заклопотаність критикою на свою адресу, небажання вступати в соціальні контакти без гарантії сподобатися, ухилення від соціальної або професійної діяльності, пов’язаної з інтенсивними і значущими соціальними контактами.

Тривожні розлади формуються внаслідок тривалого деструктивного впливу тривожності на повсякденну життєдіяльність людини. Про розвиток такої патології свідчить стійке та всеохопне підвищення рівня тривоги, яке повністю підпорядковує собі мислення індивіда. Цей стан супроводжується нав’язливими думками про негативний розвиток подій навіть за відсутності об'єктивних загроз, реальних причин чи ґрунтовних підстав для занепокоєння. [8]

Цей патологічний стан визначається як інтенсивна, непідконтрольна та безпідставна тривожність, що дезорганізує повсякденну активність особи і обмежує її функціонування. Така патологія істотно знижує якість життя, завдаючи людині глибоких психологічних страждань. Відповідно до класифікації МКХ-11 від Всесвітньої організації охорони здоров’я, категорія тривожних розладів охоплює: генералізований тривожний розлад, панічний розлад, агорафобію, специфічну фобію, соціальний тривожний розлад, а також селективний мутизм. [64]

Отже, підвищена тривожність є деструктивним станом, який негативно позначається на здоров'ї та соціальному функціонуванні особистості. На соматичному рівні хронічне напруження виснажує адаптаційні ресурси

організму, призводячи до розладів сну, серцево-судинних порушень та збоїв у роботі травної системи. У когнітивній сфері тривожність блокує продуктивне мислення: знижується концентрація уваги, погіршується пам'ять, а сприйняття реальності викривлюється через постійне очікування загрози. Поведінкові зміни виявляються у втраті мотивації, руйнуванні впевненості у собі та формуванні стійкої пасивності. Уникання соціальних контактів і міжособистісної взаємодії зрештою призводить до психологічної дезадаптації та суттєвого зниження якості життя.

Теоретичні основи когнітивно-поведінкової терапії

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) визнана світовим «золотим стандартом» у лікуванні тривожних розладів завдяки своїй високій доказовості. На відміну від методів, що орієнтовані лише на тимчасове полегшення симптомів, КПТ працює безпосередньо з першопричиною тривоги — деструктивними когнітивними схемами та помилками мислення (катастрофізацією, упередженнями). Метод дозволяє пацієнту не просто усвідомити свої страхи, а активувати процес когнітивної реструктуризації: виявити, протестувати та змінити ірраціональні переконання, що запускають тривожну реакцію.

Окрім того, поєднання когнітивних технік із поведінковими (наприклад, методом експозиції) забезпечує нейробіологічну звичку до стимулу, руйнує захисну поведінку уникнення та формує у людини стійкі навички саморегуляції, що мінімізує ризик рецидивів у майбутньому. [7]

Засновником когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) є видатний американський психіатр і психотерапевт Аарон Бек, який у 1960-х роках здійснив революційний перехід від класичного психоаналізу до когнітивного підходу. Працюючи з пацієнтами, він помітив, що тривожні та депресивні стани підтримуються не стільки прихованими несвідомими конфліктами, скільки потоком автоматичних негативних думок і помилок мислення. Поєднавши когнітивну модель реструктуризації мислення з поведінковими

методиками бігевіоризму, А. Бек створив структурований, короткостроковий та орієнтований на результат метод лікування. Його фундаментальна праця «Когнітивна терапія депресії» (а згодом і дослідження тривожних розладів) заклала основу сучасного розуміння психотерапії, перетворивши КПТ на найбільш науково обґрунтований напрям у світі. [7]

Дочка та послідовниця засновника методу, Джудіт Бек, структурувала підхід батька та сформулювала 10 принципів когнітивно-поведінкової терапії, які роблять її максимально ефективною при роботі з тривожністю. Ось вони:

1. КПТ постійно розвивається і базується на формулюванні проблем клієнтів та індивідуальній концептуалізації кожного клієнта в когнітивних термінах.

Концептуалізація клієнта формулюється на основі зібраної інформації, щоб отримати точну картину всієї ситуації клієнта. Ця концепція уточнюється щоразу, коли стає доступною додаткова інформація.

2. КПТ вимагає надійного терапевтичного альянсу

Успішний результат терапії в КПТ часто залежить від того, наскільки ефективно терапевт і клієнт працюють разом. Терапевт сприяє активній участі клієнта у процесі терапії, заохочуючи до власного розвитку й самопізнання.

3. КПТ наголошує на співпраці та активній участі

Протягом сесій заохочується командна робота, і рішення про те, над чим і як часто працювати, ухвалюються разом. Активна участь клієнта важлива для ефективного довготривалого результату.

4. КПТ є цілеспрямованою і зосередженою на проблемі

Під час перших сеансів клієнт має поставити конкретні цілі. Цілі необхідні, щоб оцінити та опрацювати думки, які заважають досягненню цих цілей.

5. КПТ спочатку наголошує на сьогоденні

Допомога має бути зосереджена на поточних проблемах і конкретних ситуаціях, які хвилюють клієнта. КПТ розглядає минуле лише тоді, коли клієнт висловлює рішучу волю зробити це, або коли клієнт «застряє» в

дисфункціональному мисленні, і спроба зрозуміти своє дитинство потенційно може допомогти змінити його глибинні переконання.

6. КПТ має навчальний характер, має на меті навчити клієнта бути власним терапевтом і наголошує на профілактиці рецидивів

КПТ не лише надає клієнтам змогу розв’язувати поточні проблеми, але і навчає їх вмінню бути своїм власним терапевтом. Це означає, що клієнти отримують інструменти, які потрібні для самостійного подолання проблем у майбутньому.

7. КПТ прагне бути обмеженою у часі

Допомогти при тривозі та депресії зазвичай можна протягом 6–14 сеансів. Однак для тих, хто має серйозніші психічні захворювання та стійкі переконання, часові рамки можуть коливатися від кількох місяців до років, якщо необхідно.

8. Сеанси КПТ структуровані

Структурована допомога сприяє підвищенню ефективності та продуктивності.

9. КПТ вчить клієнтів виявляти, оцінювати та реагувати на свої дисфункціональні думки та переконання

Терапевти допомагають клієнтам визначити ключові пізнання та прийняти більш реалістичні, раціональні думки.

10. КПТ використовує різноманітні техніки для зміни мислення, настрою та поведінки

Техніки поведінки та розв’язання проблем є важливими в КПТ. Типи технік, які вибере терапевт, залежатимуть від концептуалізації клієнта, проблеми, яку ви обговорюєте, і ваших цілей сеансу. [2]

В основі когнітивної концепції Аарона Бека лежить положення про те, що емоційні, поведінкові та фізіологічні реакції індивіда обумовлені не безпосередньо об'єктивними стимулами чи життєвими ситуаціями, а їх суб'єктивною когнітивною репрезентацією — внутрішнім процесом інтерпретації та осмислення досвіду. Аарон Бек визначив три рівні пізнання:

1. Глибинні переконання. Вони закладаються ще в ранньому дитинстві на основі першого життєвого досвіду. Це фундаментальні, стійкі правила, які

людина приймає як абсолютну істину. Саме вони формують стійке негативне ставлення за трьома напрямками: до себе («Я нічого не вартий»), до оточення («Нікому немає до мене діла») та до майбутнього («Нічого не зміниться на краще»).

2. Дисфункціональні припущення (проміжний рівень). Вони виникають як захисні правила через те, що людина звикає фокусуватися лише на негативі. Це призводить до викривленого сприйняття реальності та неправильного тлумачення фактів. Такі когнітивні спотворення є ірраціональними шаблонами мислення, які посилюються негативними емоціями та звужують світогляд людини до так званого «тунельного бачення».

3. Автоматичні думки. Це миттєві, неусвідомлені думки, які виникають автоматично як звична реакція на певні події. Людина зазвичай не помічає їх через їхню швидкоплинність, але вони миттєво викликають сильні негативні емоції та тривогу. Головна особливість автоматичних думок полягає в тому, що їх можна виявити, перевірити на реалістичність і замінити на більш раціональні та адаптивні через переосмислення ситуації. [2]

Глибинні переконання

↓

Проміжні переконання

↓

Ситуація→Думки→Реакції (емоційні, фізіологічні, поведінкові)

Рис.1.1. Модель когнітивно-поведінкової терапії [7]

1. Ситуація (Тригер)

Процес завжди починається з конкретної події, яка запускає реакцію. Тригер може бути зовнішнім (іспит, зауваження колеги, запізнення) або внутрішнім (раптовий неприємний спогад чи фізичне відчуття, наприклад,

запаморочення). Сама по собі подія є лише нейтральним фактом, поштовхом до дії.

2. Автоматичні негативні думки

Опинившись у ситуації, мозок людини миттєво формує її оцінку. Виникають автоматичні думки — швидкі, мимовільні оціночні судження, які з'являються без свідомого аналізу. Людина вірить їм беззастережно, хоча ці думки часто є перебільшеними або помилковими (наприклад: «Я зараз знову все зіпсую» або «Вони всі думають, що я невдаха»).

3. Реакції (Емоції та фізичний дистрес)

Негативні думки миттєво запускають реакцію організму на двох рівнях:

Емоційному: виникають неприємні почуття (тривога, сором, гнів, пригніченість).

Фізичному (дистрес): тіло реагує на негативну думку як на реальну загрозу. З'являється м'язове напруження, прискорене серцебиття, брак повітря або тремтіння.

4. Негативна поведінка

Намагаючись зменшити душевний та фізичний біль, людина обирає певну дію. Зазвичай це дезадаптивна поведінка — захисні дії, які приносять лише тимчасове полегшення, але шкодять у перспективі. Сюди відносяться уникнення (втеча з ситуації), прокрастинація (відкладання важких справ), самоізоляція або спалахи агресії.

Цей процес є циклічним, а не просто лінійним. Коли людина через свій страх обирає негативну поведінку (наприклад, уникає публічного виступу), вона втрачає можливість отримати позитивний досвід. Як наслідок, негативні думки зміцнюються, емоції стають сильнішими, а психічний розлад закріплюється. [2]

Практичне застосування когнітивно-поведінкового підходу (КПТ) спрямоване на зміну негативних думок та поведінкових патернів (моделей), які підтримують психологічний дискомфорт людини. Оскільки в моделі А. Бека мислення, емоції та поведінка тісно пов'язані між собою, терапевтичний вплив

здійснюється комплексно. У науковій практиці методи КПТ традиційно поділяють на три групи: когнітивні, поведінкові та психофізіологічні.

1. Когнітивні методи інтервенції (робота з мисленням)

Метою цих методів є виявлення, аналіз та зміна помилкових автоматичних думок і глибинних переконань пацієнта.

Протоколювання (щоденники) автоматичних думок. Базовий інструмент самоспостереження. Пацієнт за певною структурою фіксує життєві ситуації, свої емоції та автоматичні думки, а також формує альтернативний, більш реалістичний погляд на подію. Це допомагає зробити неусвідомлені думки зрозумілими та підконтрольними.

Сократівський діалог. Метод ведення бесіди, за якого терапевт не нав'язує свою думку, а за допомогою послідовних запитань допомагає пацієнту самостійно помітити суперечності у своїх міркуваннях, знайти логічні помилки та оцінити об'єктивність своїх думок.

Когнітивна реструктуризація. Процес перетворення помилкових думок (когнітивних викривлень, як-от катастрофізація чи чорно-біле мислення) на більш гнучкі та об'єктивні переконання, що спираються на факти, а не на емоції. Це безпосередньо знижує рівень негативних переживань.

Техніка «зважування доказів». Передбачає раціональний аналіз ситуації шляхом поділу інформації на дві колонки: факти, що підтверджують негативну думку («докази за»), та факти, що її спростовують («докази проти»). Це допомагає відійти від емоційного сприйняття до об'єктивного оцінювання реальності. [31]

2. Поведінкові методи (робота з діями)

Поведінкові техніки орієнтовані на зміну дій людини, подолання стратегій уникнення та перевірку думок на практиці.

Поведінкові експерименти. Негативні думки чи прогнози пацієнта розглядаються як гіпотези, що потребують практичної перевірки. Людина планує та виконує реальну дію в житті, щоб перевірити, чи справді відбудеться

те, чого вона боїться (наприклад, чи справді з нею ніхто не заговорить, якщо вона підійде першою).

Метод експозиції. Поступове, контрольоване та тривале зіткнення пацієнта з ситуаціями або об'єктами, що викликають страх чи тривогу, без використання захисної поведінки. Це призводить до поступового звикання нервової системи та зниження рівня тривожності.

Поведінкова активація. Ключовий метод у лікуванні депресивних станів. Він полягає у плануванні та поступовому збільшенні в щоденному графіку пацієнта корисних справ і дій, які приносять задоволення. Це допомагає подолати апатію та соціальну ізоляцію.

Градуйовані завдання. Розбиття великого, суб'єктивно «непідйомного» для пацієнта завдання на послідовність маленьких і простих кроків. Виконання дій від найпростішої до складнішої допомагає подолати прокрастинацію та відновлює відчуття контролю. [31]

3. Психофізіологічні методи (саморегуляція)

Дані техніки застосовуються для зниження фізичних проявів тривоги (дистресу) та стабілізації стану нервової системи.

Діафрагмальне дихання. Навчання техніці повільного дихання животом. Це активує парасимпатичну нервову систему, допомагає уповільнити серцебиття та зменшити гостру тривогу й напруження в тілі.

Прогресивна м'язова релаксація (за Джекобсоном). Базується на чергуванні сильного напруження та подальшого розслаблення основних груп м'язів. Метод допомагає швидко зняти фізичний тонус, викликаний стресом, що позитивно впливає і на емоційний стан. [44]

Таким чином, методи КПТ працюють як єдина система: зміна поведінки допомагає перебудувати мислення, а реструктуризація думок створює основу для впровадження нових, адаптивних дій індивіда.

Сучасні підходи до застосування когнітивно-поведінкових методів у корекції тривожності

Сучасний етап розвитку когнітивно-поведінкового підходу характеризується поступовим відходом від суто лінійних класичних схем у бік більшої гнучкості, інтенсивності та технологічності. Новітні модифікації методів КПТ спрямовані не лише на пряме спростування тривожних думок, а й на зміну самого ставлення людини до свого емоційного досвіду, а також на підвищення доступності психологічної допомоги через цифровізацію.

Аналіз сучасних підходів до корекції тривожності дозволяє виокремити декілька провідних інноваційних тенденцій — від інтеграції практик усвідомленості (Mindfulness) до використання технологій віртуальної реальності (VR) та трансдіагностичних протоколів, що детально розглянуто нижче.

1. Трансдіагностичний підхід (Єдиний протокол)

Одним із найбільш значущих методологічних зрушень у сучасній когнітивно-поведінковій практиці став розвиток трансдіагностичного підходу, найбільш репрезентативним втіленням якого є Єдиний протокол (Unified Protocol) Девіда Барлоу. Традиційна модель КПТ передбачала використання окремих, специфічних для кожного діагнозу протоколів (наприклад, окремо для соціофобії, панічного чи генералізованого тривожного розладу).

Натомість трансдіагностичний підхід переорієнтовує увагу на спільні психопатологічні механізми, які об'єднують усю групу тривожних та афективних станів — зокрема, на порушення емоційної регуляції, схильність до негативної реактивності та непереносимість дистресу.

Корекційна робота в межах цього підходу фокусується не на унікальних симптомах конкретного розладу, а на зміні ставлення індивіда до своїх емоцій загалом, розвитку навичок усвідомленого сприйняття внутрішніх станів та подоланні емоційного уникнення. Така уніфікація методів дозволяє значно підвищити ефективність корекції, особливо у випадках коморбідності

(наявності кількох взаємопов'язаних тривожних станів одночасно), що є вкрай характерним для сучасної клінічної та консультативної практики. [7]

2. Диджиталізація КПТ та використання штучного інтелекту

Важливим чинником модернізації когнітивно-поведінкових методів є масштабна диджиталізація та інтеграція технологій штучного інтелекту (ШІ) у практику корекції тривожних станів. Розвиток інтернет-орієнтованої КПТ (iCBT) та спеціалізованих мобільних застосунків дозволив трансформувати класичні інструменти самомоніторингу, зокрема щоденники автоматичних думок, у зручні інтерактивні цифрові формати.

Особливе науково-практичне значення має впровадження алгоритмів ШІ та генеративних моделей, які здатні забезпечувати миттєву первинну психологічну допомогу в кризових ситуаціях (наприклад, під час панічних атак чи гострих нападів тривоги) за допомогою адаптивних чат-ботів. Крім того, сучасні ШІ-системи дозволяють глибоко персоналізувати корекційний процес: вони аналізують індивідуальні паттерни мислення користувача, відстежують динаміку фізіологічних маркерів тривоги через сенсори портативних пристроїв у реальному часі та автоматично пропонують релевантні когнітивні чи релаксаційні вправи.

Диджиталізація КПТ суттєво підвищує доступність психологічної допомоги, мінімізує проблему географічних та фінансових бар'єрів, а також знижує рівень стигматизації, перетворюючи терапевтичні інтервенції на мобільний, гнучкий та високотехнологічний інструмент підтримки ментального здоров'я. [7]

3. VR-експозиція (Віртуальна реальність)

Технологічним проривом у практичній реалізації поведінкового компонента КПТ стало впровадження методів експозиційної терапії у віртуальній реальності (Virtual Reality Exposure Therapy — VRET). На відміну від традиційної експозиції в уяві (in imagino) або в реальних умовах (in vivo), використання VR-технологій дозволяє високоточно змоделювати стресогенне середовище у тривимірному цифровому просторі (in virtuo).

Головною науково-практичною перевагою VRET є можливість повного моніторингу та контролю над параметрами тривожного стимулу з боку фахівця. Терапевт має змогу гнучко дозувати рівень загрози, адаптувати сценарій під індивідуальні особливості пацієнта (наприклад, моделювати страх публічних виступів, польотів чи замкненого простору) та багаторазово відтворювати ситуацію в безпечних та конфіденційних умовах.

Завдяки ефекту повної присутності, занурення у віртуальну реальність активує реальні фізіологічні та афективні прояви тривоги, що дозволяє ефективно запустити нейробіологічні механізми гальмування страху та звикання (габітуації). Це робить VR-експозицію одним із найбільш перспективних, безпечних та економічно вигідних методів подолання ізольованих фобій, соціальної тривожності та посттравматичних стресових станів у сучасній практиці ментального здоров'я.

4. Інтеграція «третьої хвилі» КПТ

Суттєвим методологічним збагаченням сучасного арсеналу психокорекції стала інтеграція методів «третьої хвилі» КПТ - терапії прийняття та відповідальності (ACT) та когнітивної терапії на основі усвідомленості (MBCT).

Замість прямої модифікації чи спростування самого змісту негативних автоматичних думок, зусилля терапевта й пацієнта спрямовуються на трансформацію контексту і ставлення індивіда до свого внутрішнього досвіду. Ключовими механізмами корекції тривожності тут виступають психологічна гнучкість, когнітивне розділення (cognitive defusion) та радикальне прийняття (acceptance). Замість непродуктивної когнітивної боротьби з тривогою або спроб повністю її контролювати, людина вчиться безоцінно спостерігати за тривожними думками та тілесними відчуттями як за тимчасовими психічними феноменами.

Це дозволяє ефективно знизити рівень так званої мета-тривоги (тривоги з приводу наявності самої тривоги) та подолати емоційне уникнення. Поєднання традиційного поведінкового інструментарію з практиками усвідомленості

(Mindfulness) дає змогу переорієнтувати увагу індивіда з безплідного ментального жування (румінацій) на реалізацію життєво важливих, ціннісно-орієнтованих дій, що забезпечує стійку довготривалу адаптацію особистості навіть в умовах стресогенного середовища. [7]

Узагальнюючи аналіз сучасних тенденцій у когнітивно-поведінковому підході, можна констатувати, що новітній етап розвитку методів корекції тривожності характеризується глобальним переходом до вищого рівня концептуальної гнучкості, інтенсивності та технологічної інтеграції. Еволюція практичного інструментарію відбувається у двох взаємопов'язаних площинах — методологічній та цифровій.

Висновок до першого розділу

Показники захворюваності на тривожні розлади стрімко зростають через комплекс деструктивних чинників, серед яких глобальні кризи, соціальна нерівність, а в контексті України — фактор повномасштабної війни.

Тривога є природним захисним механізмом людини, сформованим у процесі еволюційного розвитку, і науково визначається як емоційний стан, орієнтований на майбутнє, що характеризується випереджальними когнітивними, поведінковими та афективними змінами у відповідь на невизначеність щодо потенційної загрози.

Тривожність виступає як стійка індивідуальна риса характеру особистості, що свідчить про її постійну схильність до частих і сильних тривожних реакцій, які часто не пов’язані з наявністю реальних загроз або є неспівмірними з їхньою значущістю.

Тривожні розлади формуються як наслідок тривалого деструктивного впливу тривожності на повсякденне життя, про що свідчить стійке та всеохопне підвищення рівня тривоги, яке повністю підпорядковує собі мислення індивіда, супроводжується нав’язливими думками про негативний розвиток подій і суттєво знижує якість життя особистості, порушуючи її фізичне, психологічне та соціальне благополуччя.

Підвищена тривожність є системним дезадаптивним станом, який руйнує життєдіяльність людини: виснажує адаптаційні ресурси організму, призводячи до розладів сну, серцево-судинних порушень та збоїв у роботі травної системи. Також тривожність блокує продуктивне мислення, знижуючи концентрацію уваги, погіршуючи пам'ять та викривлюючи сприйняття реальності через постійне очікування небезпеки.

Поведінкові зміни виявляються у втраті мотивації, руйнуванні впевненості у собі, формуванні стійкої пасивності та уникненні соціальних контактів, що зрештою призводить до повної психологічної дезадаптації особистості.

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найефективніших методів корекції тривожності. Її висока дієвість пов'язана з практичним підходом, який одночасно впливає на думки, дії та фізичний стан людини. У когнітивній сфері такі інструменти, як щоденники автоматичних думок, сократівський діалог, когнітивна реструктуризація та техніка «зважування доказів», допомагають виявити помилки у мисленні та замінити тривожні переконання на більш об'єктивні. На рівні поведінки використання поведінкових експериментів, методів експозиції, поведінкової активації та градуйованих завдань дає змогу перевірити свої страхи на практиці, подолати прагнення уникати труднощів і повернутися до активної діяльності.

Крім того, фізичні прояви тривоги успішно долаються за допомогою технік саморегуляції — діафрагмального дихання та прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном. Комплексне застосування цих методів робить КПТ надійною науковою системою, яка не просто зменшує рівень тривоги, а й повертає особистості відчуття впевненості та контроль над власним життям.

Водночас когнітивно-поведінковий підхід постійно еволюціонує, адаптуючись до сучасних життєвих викликів та цифрових технологій. У методичній роботі важливим кроком став трансдіагностичний підхід, який дозволяє працювати не з окремими діагнозами, а з універсальними порушеннями емоційної регуляції, що є спільними для всіх тривожних станів. Великої популярності набули й методи «третьої хвилі» КПТ, зокрема терапія прийняття та відповідальності (ACT) й практики усвідомленості (Mindfulness). Вони вчать людину не виснажувати себе боротьбою з тривожними думками, а спокійно приймати свій емоційний досвід, що значно знижує внутрішнє напруження.

З іншого боку, науково-технічний прогрес приніс у практику віртуальну реальність (VR-експозицію), яка допомагає безпечно та під контролем спеціаліста долати фобії у цифровому просторі. Нарешті, диджиталізація та штучний інтелект дозволили створити мобільні застосунки, які перетворили психологічну допомогу на доступний, швидкий та персоналізований інструмент

саморегуляції. Така еволюція робить сучасну КПТ максимально гнучкою, короткостроковою та адаптованою до потреб людини у сучасному стресогенному світі.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ДОРОСЛИХ

2.1. Організація, етапи та методи дослідження. Характеристика вибірки дослідження

Організація дослідження передбачала чітке структурування його етапів, добір адекватних методів та формування репрезентативної вибірки. З метою отримання достовірних результатів було використано комплекс взаємодоповнюючих методів, зокрема теоретичних, емпіричних і методів кількісної обробки даних. Емпірична частина дослідження включала проведення первинної діагностики рівня тривожності, реалізацію корекційної програми на основі когнітивно-поведінкового підходу та повторне вимірювання показників для оцінки її ефективності.

Організація дослідження здійснювалася з урахуванням поставленої мети та завдань роботи, а також специфіки досліджуваної проблематики. Особлива увага приділялася створенню умов, що забезпечують надійність і валідність отриманих результатів, а також дотриманню етичних принципів проведення психологічних досліджень.

У зв’язку з цим доцільним є детальний розгляд особливостей організації дослідження, зокрема умов його проведення, способів залучення учасників та загальної процедури реалізації емпіричної частини роботи.

1. База дослідження. Дослідження проводилось у дистанційному форматі з використанням онлайн-платформи. Учасники були набрані через соціальні мережі.
2. Форма проведення: дистанційна. В закритому чаті були розміщені психоосвітні матеріали та техніки, проводились групові онлайн-зустрічі, також були надані домашні завдання.
3. Терміни дослідження: лютий-березень 2026 року, 6 занять протягом 2 тижнів

4. Кількість учасників: 40 осіб, які мають підвищений рівень тривожності, труднощі в управлінні тривожними станами та хочуть засвоїти навички психологічної саморегуляції.

Етапи реалізації дослідження:

1. Організаційний етап

На даному етапі здійснювався відбір учасників програми шляхом залучення через соціальні мережі та онлайн-платформи. Потенційні учасники були поінформовані про мету, завдання, структуру та тривалість дослідження.

Особлива увага приділялася дотриманню етичних принципів психологічної роботи, зокрема: добровільності участі, конфіденційності отриманої інформації, інформованої згоди на участь у дослідженні.

2. Діагностичний етап

Метою даного етапу було первинне визначення рівня тривожності учасників дослідження.

Для цього використовувалися стандартизовані психодіагностичні методики: Шкала тривоги Бека Beck Anxiety Inventory (BAI) (додаток А), Шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI) (додаток Б).

«Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Шкала Спілбергера–Ханіна є надійним та інформативним інструментом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Цей тест був розроблений Ч. Д. Спілбергером у 1970 році і адаптований Ю.Л. Ханіним у 1978 році.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб’єктивно пережитими емоціями напруги, занепокоєння, «нервозності», що супроводжуються активацією вегетативної нервової системи. Стан тривожності як емоційної реакції на стресову ситуацію може бути різним за інтенсивністю і є досить динамічним та мінливим за часом.

Шкала Спілбергера–Ханіна складається з 40 питань, у тому числі 20 запитань, які характеризують реактивну тривожність (опитувальник А), і з 20 запитань, які характеризують особистісну тривожність (опитувальник В).

Для зниження ймовірності утворення установки на позитивні або негативні питання в кожен з опитувальників включено приблизно однакове число суджень, що характеризують низький і високий ступінь тривожності».[43]

Шкала тривоги Бека - це тест, який виявляє емоційні, фізіологічні та когнітивні симптоми тривоги. Шкала Бека є загальноприйнятим інструментом для оцінювання рівня тривожності у дорослих та підлітків і може бути використана у клінічних та дослідницьких умовах. Тест призначений для самостійного проходження та дозволяє отримати кількісно виражений результат ступеня тривоги.

Тест складається з 21 питання, кожен пункт містить простий опис симптому тривоги, що стосується одного з таких аспектів:

- Суб'єктивному (наприклад, «Нездатність розслабитися»).
- Нейрофізіологічному (наприклад, «Оніміння або поколювання»).
- Вегетативному (наприклад, «Відчуття жару»).
- Панічному (наприклад, «Страх втрати контролю»)

Особливістю шкали є її орієнтація переважно на соматичні симптоми тривоги (наприклад, серцебиття, запаморочення, тремтіння, утруднене дихання), що дозволяє більш чітко диференціювати тривожні та депресивні стани. [62]

Застосування зазначених інструментів дозволило отримати кількісні показники рівня тривожності та сформувати загальну характеристику вибірки.

3. Формувальний етап

На цьому етапі здійснювалося безпосереднє впровадження корекційної програми, яка включала 6 занять, спрямованих на зниження рівня тривожності та розвиток навичок саморегуляції.

Зміст програми передбачав поєднання таких компонентів:

- психоосвітній блок (ознайомлення з природою тривоги та її механізмами);
- формування навичок тілесної саморегуляції (дихальні техніки, м’язова релаксація, техніки заземлення);
- когнітивна реструктуризація (виявлення та аналіз автоматичних думок, робота з когнітивними викривленнями та ін);
- експозиційна терапія (метод поступового контрольованого зіткнення із ситуаціями, що викликають тривогу) ;
- розвиток емоційної обізнаності.

Відповідно до стандартів когнітивно-поведінковій терапії обов’язковими були домашні завдання після кожного заняття, що сприяло закріпленню набутих навичок та їх перенесенню у повсякденне життя.

4. Контрольно-оцінювальний етап

З метою визначення ефективності корекційної програми було проведено повторну діагностику рівня тривожності учасників після завершення програми. Для цього повторно застосовувалися ті самі психодіагностичні методики: шкала тривоги Бека та шкала Спілбергера–Ханіна.

Порівняння результатів первинного та повторного вимірювання дозволило оцінити динаміку змін рівня тривожності та визначити ефективність впроваджених психокорекційних заходів.

Характеристика вибірки учасників програми

Для соціально-демографічної характеристики учасників був створений авторський опитувальник.

У дослідженні взяли участь 40 осіб**,** які мають підвищений рівень тривожності, труднощі в управлінні тривожними станами та хочуть засвоїти навички психологічної саморегуляції.

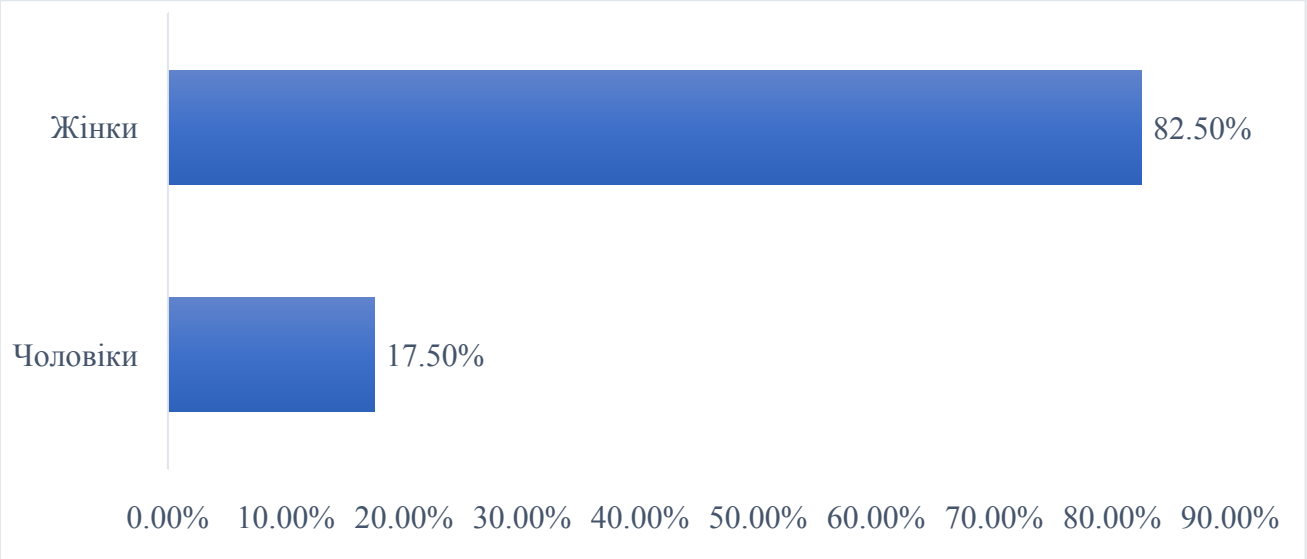


Рис. 2.1. Розподіл учасників за статтю

Серед них 7 (17,5%) чоловіків та 33 (82,5%), жінки що узгоджується з даними наукових досліджень щодо більшої поширеності тривожних станів серед жіночого населення. [44]

За віковими характеристиками учасники розподілилися таким чином: 11 осіб (27,5%) — віком 25–35 років; 24 особи (60%) — віком 35–45 років; 5 осіб (12,5%) — віком 45–55 років. Отже, у вибірці переважали особи середнього дорослого віку.

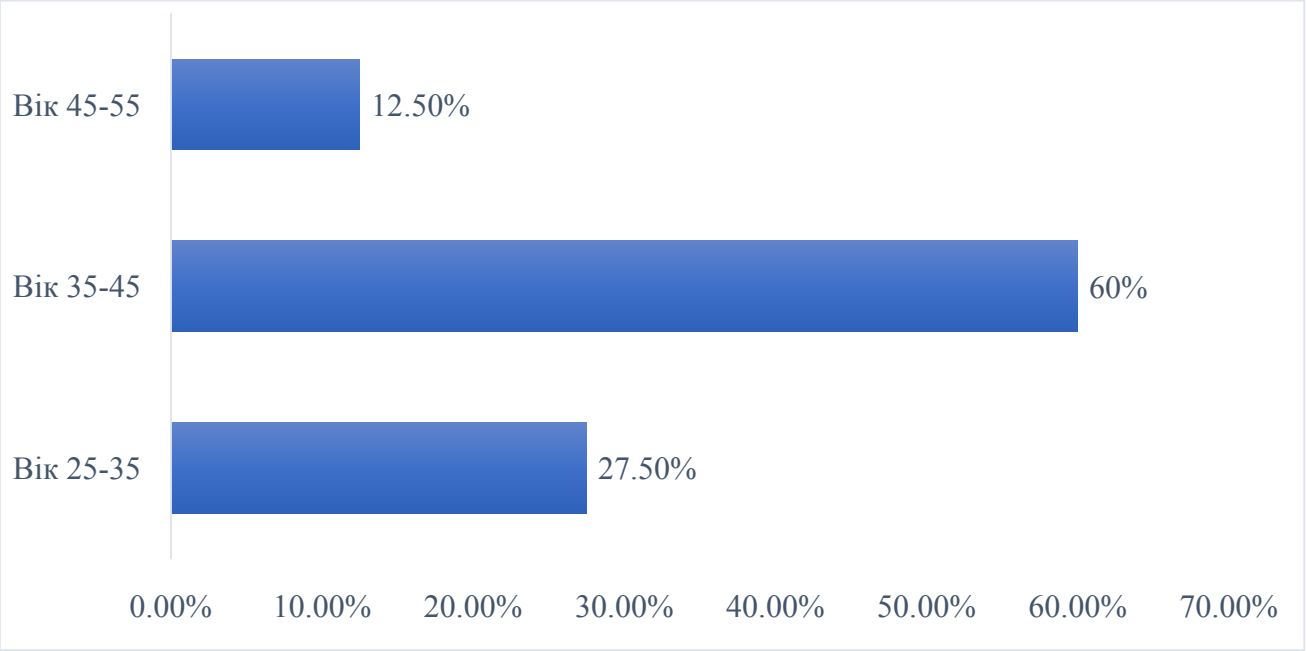


Рис. 2.2. Розподіл учасників за віком

Щодо рівня освіти, переважна більшість респондентів — 38 осіб (95%) — мають вищу освіту, тоді як 2 особи (5%) мають незакінчену вищу або середню спеціальну освіту. Це свідчить про достатньо високий освітній рівень досліджуваної вибірки.

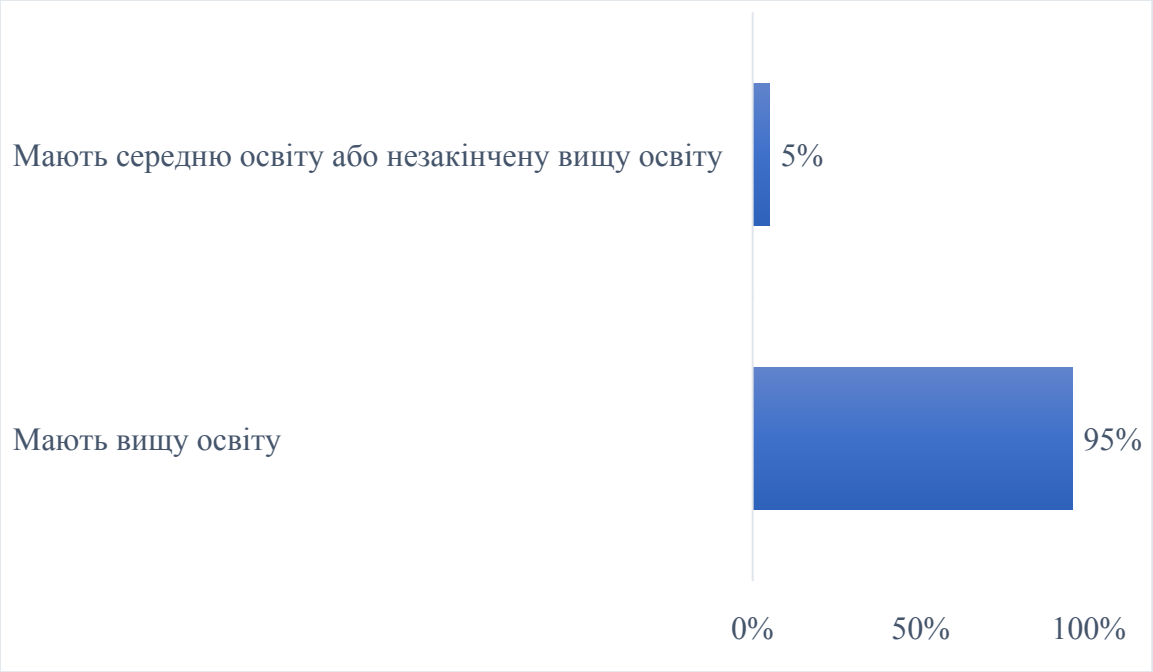


Рис. 2.3. Розподіл учасників за рівнем освіти

Аналіз зайнятості показав, що 11 осіб (27,5%) поєднують навчання з професійною діяльністю, 2 особи (5%) тимчасово не працюють, тоді як 27 осіб (67,5%) мають постійне місце роботи. Отримані дані свідчать про переважання у вибірці соціально активних працюючих дорослих.

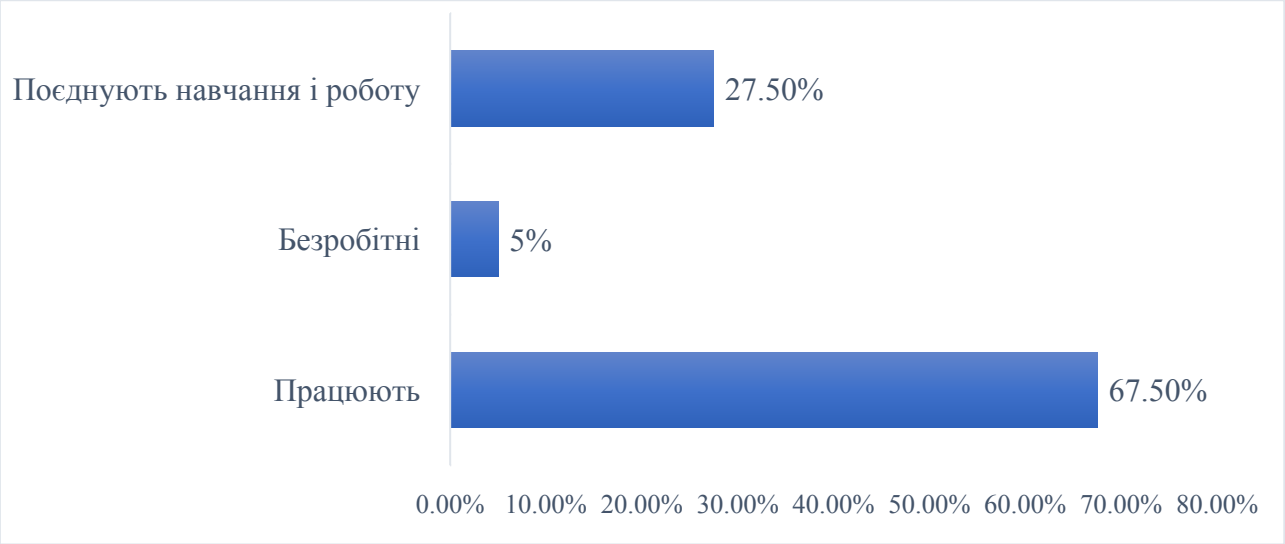


Рис. 2.4. Розподіл учасників за рівнем зайнятості

Сімейний стан учасників представлений таким чином: 13 осіб (32,5%) є неодруженими та не перебувають у стосунках на момент дослідження, 18 осіб (45%) перебувають у шлюбі, а 9 осіб (22,5%) — у романтичних стосунках. Таким чином, більшість респондентів мають партнерські або сімейні взаємини.



Рис. 2.5. Розподіл учасників за сімейним станом

Щодо наявності стресових подій упродовж останнього часу, 7 осіб (17,5%) зазначили відсутність значущих стресових подій, тоді як 33 особи (82,5%) повідомили про їх наявність. Отримані результати свідчать про високий рівень впливу стресогенних факторів на досліджувану вибірку.

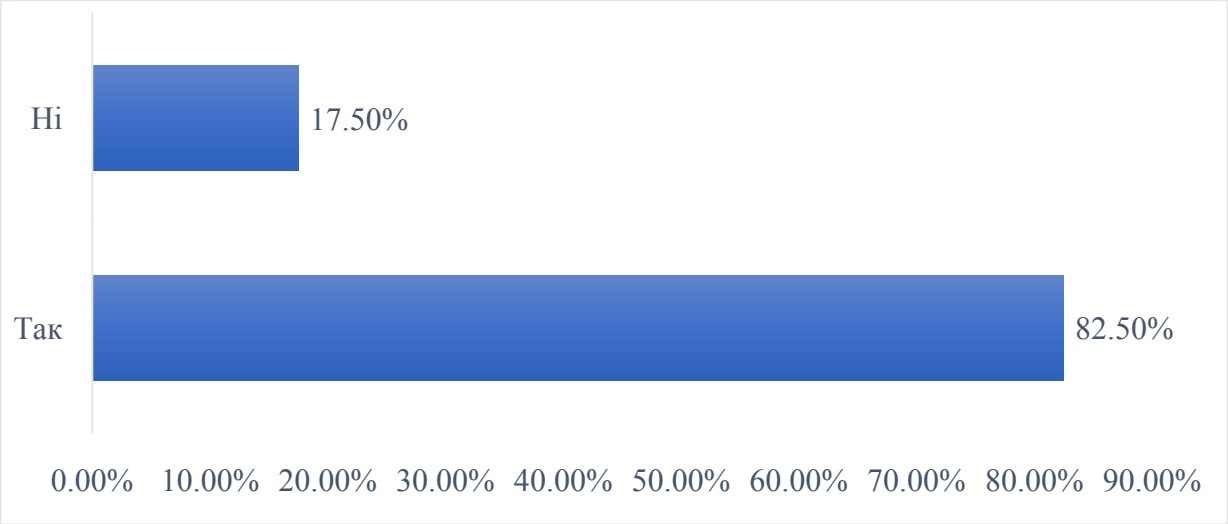


Рис. 2.6. Розподіл учасників за наявністю стресових подій

Аналіз досвіду звернення за психологічною допомогою показав, що 22 особи (55%) раніше не зверталися до психолога, тоді як 18 осіб (45%) мають досвід отримання психологічної допомоги. Отримані результати можуть свідчити про поступове зростання психологічної обізнаності та готовності звертатися по фахову допомогу у разі емоційних труднощів.

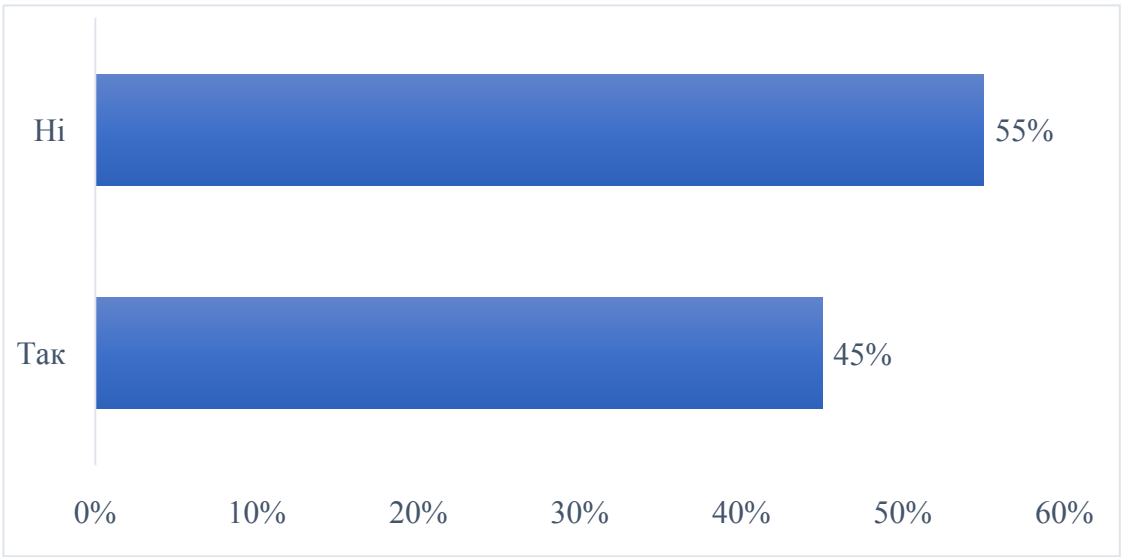


Рис. 2.7. Чи звертались досліджувані за психологічною допомогою раніше

З характеристики вибірки досліджуваних можна зробити висновок, що більшість учасників – дорослі жінки 35-45 років із вищою освітою, стабільною роботою та у шлюбі. Більшість учасників відмітили переживання стресових подій за останній час, але майже половина не зверталась раніше за

психологічною допомогою. Це може свідчити про недостатню сформованість культури звернення по психологічну підтримку або прагнення самостійно справлятися з емоційними труднощами.

Кількісний склад вибірки та різноманітність соціально-демографічних характеристик учасників дозволяють розглядати вибірку як достатньо репрезентативну та валідну для реалізації поставлених завдань дослідження.

2.2. Аналіз результатів дослідження рівня тривожності у дорослих

Після проведення психодіагностичного обстеження було здійснено аналіз отриманих результатів з метою визначення рівня тривожності у досліджуваних. Особлива увага приділялася виявленню показників ситуативної та особистісної тривожності, а також загальних закономірностей прояву тривожних станів у дорослих.

Для дослідження рівня тривожності було використано стандартизовані психодіагностичні методики, такі як шкала тривоги Бека та шкала Спілбергера–Ханіна. Аналіз отриманих даних став підґрунтям для розробки та подальшої реалізації корекційної програми.

За результатами діагностики рівня тривожності за шкалою **Шкала тривоги Бека**

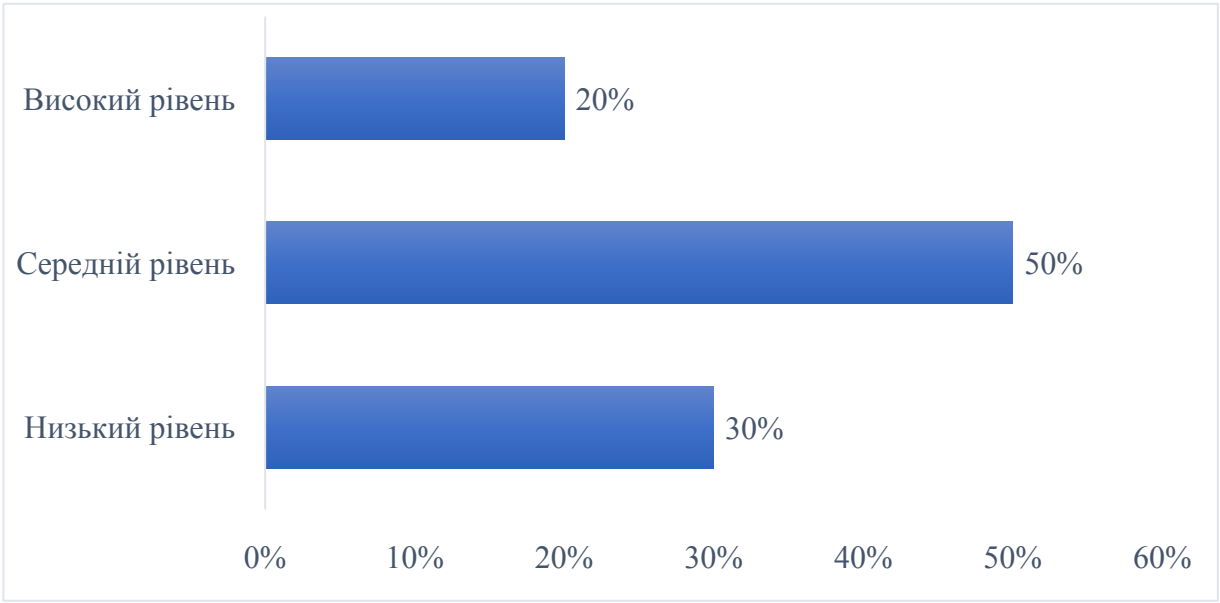


Рис. 2.8. Рівень тривоги досліджуваних за шкалою тривоги Бека

12 учасників (30%) виявлено низький рівень тривожності (менше 21 бала), що свідчить про відсутність або незначну вираженість тривожних проявів.

20 осіб (50%) зафіксовано середній рівень тривожності (22–35 балів), який характеризується наявністю помірно виражених тривожних симптомів, що можуть впливати на емоційний стан та повсякденну діяльність.

8 учасників (20%) виявлено високий рівень тривожності (36 балів і вище), що свідчить про значну інтенсивність тривожних переживань та потребу у психологічній корекції.

Аналіз результатів дослідження ситуативної тривожності за методикою Шкала Спілбергера–Ханіна показав, що у більшості досліджуваних спостерігається середній рівень ситуативної тривожності. Зокрема, низький рівень ситуативної тривожності було виявлено у 6 осіб (15%). Для таких учасників характерний відносно стабільний емоційний стан, достатній рівень самоконтролю та здатність ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями без виражених тривожних переживань.

Середній рівень ситуативної тривожності виявлено у 22 осіб (55%). Це свідчить про наявність помірного емоційного напруження та періодичного переживання тривоги у відповідь на стресогенні фактори. Такий рівень тривожності вважається відносно адаптивним, оскільки може сприяти мобілізації психічних ресурсів у складних ситуаціях. Водночас за умов тривалого впливу стресу існує ризик посилення тривожних проявів та емоційного виснаження.

Високий рівень ситуативної тривожності було зафіксовано у 12 осіб (30%). У таких учасників спостерігається виражене емоційне напруження, підвищена чутливість до стресових ситуацій, схильність до переживання страху, внутрішнього неспокою та труднощів у саморегуляції емоційного стану. Отримані результати можуть свідчити про значний вплив життєвих обставин та стресогенних факторів на психоемоційний стан досліджуваних.

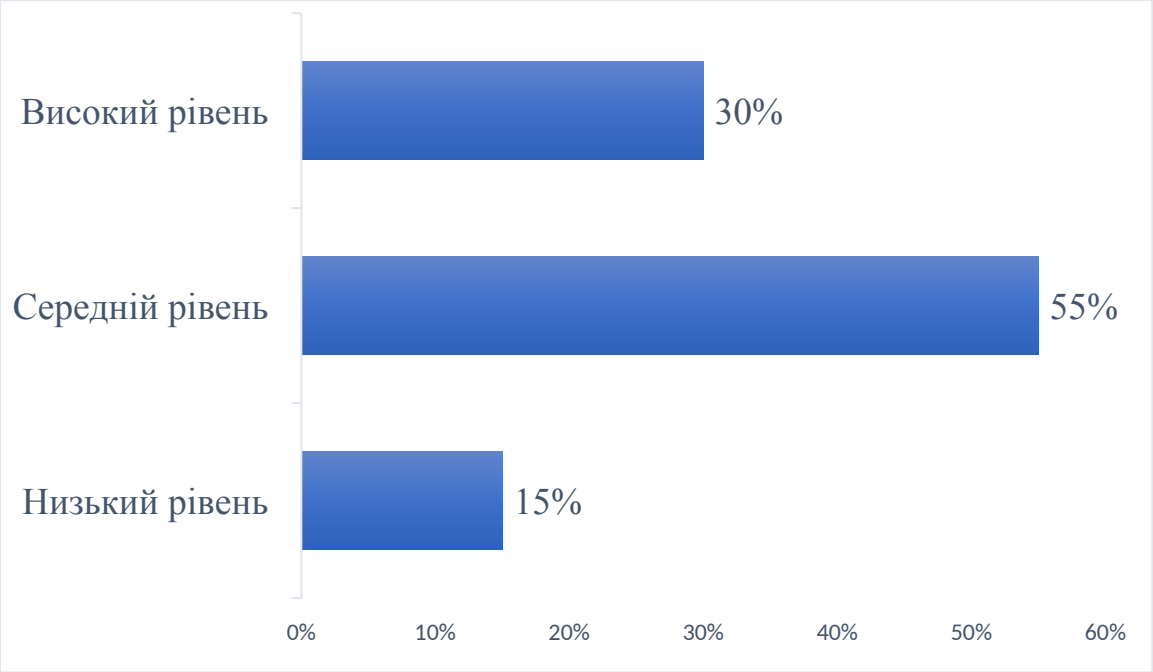


Рис. 2.9. Рівень ситуативної тривожності досліджуваних за шкалою Спілбергера-Ханіна

Аналіз результатів дослідження особистісної тривожності за методикою Шкала Спілбергера–Ханіна показав, що у більшості учасників переважає середній рівень особистісної тривожності.

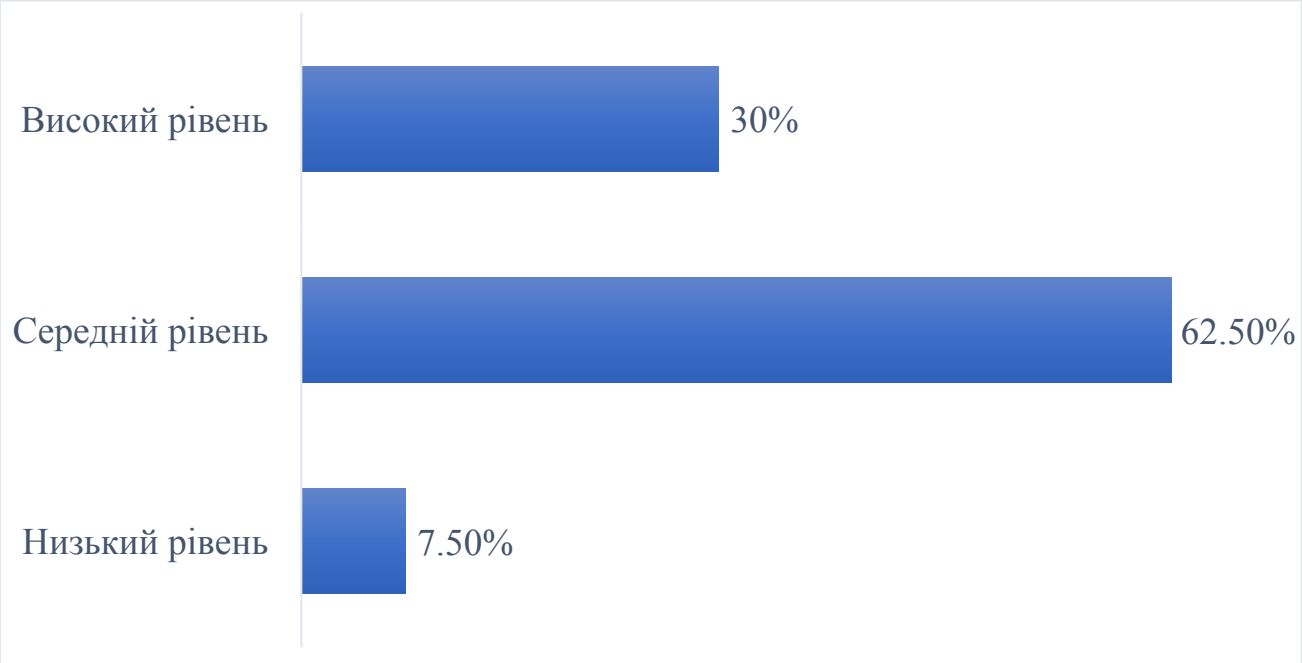


Рис. 2.10. Рівень особистісної тривожності досліджуваних за шкалою Спілбергера-Ханіна

Низький рівень особистісної тривожності було виявлено у 3 осіб (7,5%). Для таких респондентів характерні емоційна врівноваженість, достатній рівень психологічної стійкості та відносно низька схильність до переживання тривоги у повсякденному житті. Особи з низьким рівнем особистісної тривожності зазвичай демонструють вищий рівень упевненості у власних можливостях, здатність зберігати самоконтроль у стресових ситуаціях та більш адаптивні способи реагування на труднощі.

Середній рівень особистісної тривожності був зафіксований у 25 осіб (62,5%). Такий показник свідчить про помірну схильність до переживання тривоги як індивідуально-психологічної особливості. Для учасників із середнім рівнем особистісної тривожності характерне періодичне виникнення тривожних переживань у ситуаціях невизначеності, підвищеної відповідальності або емоційного навантаження. Водночас даний рівень тривожності не обов’язково має дезадаптивний характер і за певних умов може сприяти підвищенню уважності, обережності та мобілізації внутрішніх ресурсів особистості.

Високий рівень особистісної тривожності було виявлено у 12 осіб (30%). Такі результати свідчать про стійку схильність до переживання тривоги, підвищену емоційну чутливість, внутрішню напруженість та схильність сприймати значну кількість життєвих ситуацій як потенційно загрозливі. Особи з високим рівнем особистісної тривожності можуть частіше переживати невпевненість у собі, труднощі емоційної саморегуляції, підвищену вразливість до стресогенних факторів та схильність до негативних очікувань.

Загалом результати дослідження свідчать про переважання середнього та високого рівнів особистісної тривожності серед учасників дослідження, що може вказувати на наявність стійкого емоційного напруження та схильності до тривожного реагування у значної частини дорослих респондентів.

Отримані результати підтверджують наявність підвищеного рівня тривожності у значної частини досліджуваних та обґрунтовують доцільність впровадження корекційної програми, спрямованої на зниження тривожності та

розвиток навичок емоційної саморегуляції в межах когнітивно-поведінкового підходу.

Висновки до другого розділу

В умовах соціально-економічної нестабільності та тривалих військових дій на території України проблема тривожності серед дорослого населення набуває особливої актуальності. Тому дослідження тривожності у дорослих є надзвичайно важливим як у теоретичному, так і у практичному аспектах.

В ході дослідження тривожності у дорослих було використано наступні емпіричні методи: тести - Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI), Шкала тривоги Бека, опитувальник для збору соціально-демографічних даних, методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження). Тестування проводилось з метою виявлення рівня ситуативного та особистісного рівня тривожності, соматичних проявів тривожності.

Дослідження складалось з чотирьох етапів – організаційного (набір та інформування учасників), діагностичний (вимірювання рівня тривожності до початку корекційної програми), формувальний (впровадження корекційної програми в методі когнітивно-поведінкової терапії), контрольно-оцінювальний (вимірювання тривожності після проходження корекційної програми та оцінка її результатів).

В дослідженні прийняли участь 40 осіб, які мають підвищений рівень тривожності, труднощі в управлінні тривожними станами та хочуть засвоїти навички психологічної саморегуляції.

За результатами вимірювання тривожності по шкалі Бека – переважна більшість учасників (50%) мають середній рівень тривожності, який характеризується наявністю помірно виражених тривожних симптомів, що можуть впливати на емоційний стан та повсякденну діяльність. Високий рівень тривожності мають 20% учасників, що свідчить про значну інтенсивність тривожних переживань та потребу у психологічній корекції.

За результатами вимірювання по Шкалі Спілбергера-Ханіна середній рівень ситуативної тривожності має 55% учасників, в той же час 30 % учасників

має високий рівень. Середній рівень особистісної тривожності має 62,5% учасників, в той час як високий рівень виявили у 30 % учасників програми.

Отже, за результати дослідження більшість учасників мають високий рівень тривожності, що потребує корекції. Тому впровадження корекційної програми, спрямованої на зниження тривожності в методі когнітивно-поведінкової терапії обґрунтоване і доцільне.

РОЗДІЛ 3. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ДОРОСЛИХ

3.1. Мета, завдання та принципи когнітивно-поведінкової корекційної програми

Після аналізу проведеного дослідження була розроблена і випробувана корекційна програма, спрямована на зниження тривожності за допомогою методів когнітивно-поведінкової терапії.

Метою програми є психологічна корекція тривожності та зниження інтенсивності тривожних проявів у дорослих шляхом застосування методів когнітивно-поведінкової терапії, розвитку навичок емоційної саморегуляції та формування більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Завдання корекційної програми:

1. Надати учасникам теоретичне уявлення про природу тривоги, її психологічні та фізіологічні механізми, а також взаємозв’язок між когнітивними процесами, емоційними переживаннями та тілесними реакціями.
2. Сприяти зниженню рівня тривожності у дорослих шляхом розвитку навичок психологічної саморегуляції та стабілізації емоційного стану.
3. Ознайомити учасників із тілесно-орієнтованими техніками зниження тривожності та сформувати практичні навички їх застосування в умовах підвищеного емоційного напруження.
4. Сформувати вміння використовувати когнітивно-поведінкові техніки для виявлення, аналізу та корекції автоматичних негативних думок, що підтримують тривожний стан.
5. Сприяти усвідомленню та критичному переосмисленню дисфункціональних когнітивних установок і негативних припущень.
6. Сформувати навички більш адаптивного реагування на стресові ситуації та підвищити рівень психологічної стійкості учасників.

7. Надати практичні рекомендації щодо формування антитривожного способу життя, спрямованого на профілактику хронічної тривожності та підтримання психологічного благополуччя.

Корекційна програма ґрунтується на основних положеннях когнітивно-поведінкової терапії та реалізується відповідно до таких принципів:

1. Принцип активної участі

Корекційна програма передбачає активне залучення учасників до процесу психологічної роботи через виконання практичних вправ, домашніх завдань, самоспостереження та відпрацювання навичок саморегуляції. Активна позиція учасника розглядається як важлива умова ефективності психокорекційного процесу.

2. Принцип практичної спрямованості

Програма орієнтована не лише на усвідомлення причин тривожності, а й на формування практичних навичок подолання тривожних станів у повсякденному житті. Основна увага приділяється розвитку навичок емоційної саморегуляції, когнітивної рестуруктуризації та адаптивного реагування на стресові ситуації.

3. Принцип психологічної безпеки та добровільності

Участь у програмі здійснюється на засадах добровільності, конфіденційності та поваги до індивідуального досвіду учасників. У процесі роботи створюються умови психологічної безпеки, необхідні для відкритого обговорення емоційних переживань та ефективного засвоєння корекційних технік.

4. Принцип впливу думок на емоційний стан

Відповідно до когнітивно-поведінкового підходу, емоційні реакції та поведінка людини значною мірою визначаються її когнітивними процесами, зокрема автоматичними думками, переконаннями та інтерпретацією подій. У межах програми особлива увага приділяється виявленню та корекції дисфункціональних когніцій, що підтримують тривожність.

5. Принцип взаємозв’язку думок, емоцій, поведінки та тілесних реакцій

Програма базується на уявленні про цілісність когнітивних, емоційних, поведінкових та фізіологічних компонентів тривоги. Робота спрямована на усвідомлення учасниками взаємозв’язку між власними думками, емоціями, поведінковими реакціями та тілесними проявами тривожності.

6. Принцип поступовості та систематичності

Опрацювання тривожних переживань здійснюється поетапно — від психоосвіти та стабілізації емоційного стану до більш глибокого аналізу когнітивних установок і поведінкових стратегій. Послідовність та систематичність роботи сприяють більш стійким позитивним змінам.

7. Принцип усвідомленості та самоспостереження

Учасники програми навчаються навичкам усвідомленого ставлення до власних думок, емоцій і поведінкових реакцій. Розвиток рефлексії та самоспостереження сприяє підвищенню рівня емоційної компетентності та більш ефективному контролю тривожних проявів. [2]

Очікується, що в результаті реалізації корекційної програми у учасників відбудуться позитивні зміни в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах, зокрема:

- Зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності.
- Зменшення інтенсивності тривожних переживань, емоційного напруження та проявів внутрішнього неспокою.
- Формування навичок психологічної саморегуляції та стабілізації емоційного стану в умовах стресу.
- Підвищення рівня усвідомлення взаємозв’язку між думками, емоціями, поведінкою та тілесними реакціями.
- Розвиток умінь виявляти автоматичні негативні думки та дисфункціональні когнітивні установки, що підтримують тривожність.
- Оволодіння навичками когнітивного переосмислення та більш адаптивного реагування на стресові ситуації.
- Розширення репертуару конструктивних способів подолання тривоги та підвищення рівня психологічної стійкості.

- Покращення здатності до ідентифікації, диференціації та усвідомленого проживання емоційних станів.
- Підвищення рівня впевненості у власних можливостях та формування відчуття внутрішньої опори.
- Засвоєння практичних навичок використання технік когнітивно-поведінкової терапії у повсякденному житті з метою профілактики хронічної тривожності та підтримання психологічного благополуччя.

Отже, запропонована корекційна програма має комплексний характер і спрямована на зниження тривожності, розвиток навичок саморегуляції та формування більш адаптивних когнітивних і поведінкових стратегій у дорослих.

3.2. Зміст і структура когнітивно-поведінкової корекційної програми

Корекційна програма зниження тривожності у дорослих реалізовувалася онлайн упродовж 14 днів у період з лютого по березень 2026 року. Вона включала 6 групових занять по 1,5 години, побудованих на основі методів когнітивно-поведінкової терапії. Програма реалізовувалася у дистанційному форматі за допомогою онлайн-платформ Telegram та Zoom. Також для учасників було створено закритий чат для комунікації, у якому розміщувалися психоосвітні матеріали, практичні вправи та рекомендації щодо самостійного опрацювання технік.

Програма мала комплексний характер і поєднувала психоосвітні матеріали, стабілізаційні техніки когнітивно-поведінкового підходу, зокрема дихальні вправи, техніки заземлення, методи м’язової релаксації, елементи майндфулнес-практик, техніки когнітивного переосмислення та інші способи емоційної саморегуляції. Особлива увага приділялася розвитку в учасників навичок усвідомлення автоматичних негативних думок, виявлення когнітивних викривлень та формування більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Важливим компонентом програми було виконання домашніх завдань, спрямованих на закріплення отриманих навичок та інтеграцію технік саморегуляції у повсякденне життя учасників. Домашні завдання включали ведення щоденника думок, дихальні вправи, виконання технік когнітивної реструктуризації, вправ на експозицію та ін.

Структура кожного заняття передбачала:

1. Актуалізацію емоційного стану учасників та короткий зворотний зв’язок щодо попереднього заняття й виконання домашніх завдань.
2. Надання психоосвітніх матеріалів (текстових матеріалів, таблиць, інфографіки) відповідно до теми заняття.
3. Теоретичний розбір та практичне опрацювання основної когнітивно-поведінкової техніки.
4. Обговорення результатів виконання вправ та надання зворотного зв’язку учасникам.
5. Надання домашнього завдання для самостійного опрацювання та закріплення отриманих навичок.

Таким чином, запропонована програма базувалась на стандартах когнітивно-поведінкової терапії, включала основні методики та техніки цього методу й була спрямована на комплексну психологічну корекцію тривожності у дорослих.

Нижче представлено детальний план занять корекційної програми з описом психоосвітніх матеріалів, когнітивно-поведінкових технік та практичних вправ.

Заняття 1

Мета заняття: проінформувати про метод когнітивно-поведінкової терапії, сформувати уявлення про механізми виникнення тривожності, дати базові техніки стабілізації тривожного стану.

1. У теоретичному блоці розглядались:

Основні принципи та механізми когнітивно-поведінкової терапії, її вплив на емоційні стани.

Особливості функціонування мозку в стані тривоги (активація амігдали, роль гормонів стресу).

Пояснення взаємозв’язку між когнітивними процесами, емоціями та поведінкою.

Пояснення когнітивної моделі Бека.

2. Пояснення, демонстрація та практика технік стабілізації.

Були дані основні дихальні вправи для стабілізації тривожного стану.

- Техніка дихання “по квадрату”

Передбачає виконання циклу: вдих — 4 рахунки, затримка — 4 рахунки, видих — 4 рахунки, затримка — 4 рахунки. Техніка сприяє стабілізації серцевого ритму та зниженню рівня напруження.

- Техніка «Задуваємо уявну свічку»

Пропонується робити короткий вдих, після цього довгий і повільний видих, ніби задуває уявну свічку.

- Техніка дихання в складені долоні

Пропонується скласти долоні ковшиком і спокійно дихати в них 2-3 хв. [44]

Також запропоновані вправи на концентрацію, переключення та відволікання:

- Стиснення та розтискання пальців у кулаки (як варіант – стискання іграшок-антистрес)
- Пальці ніг зібрати «у кулак»
- Клацання пальцями. Разом, потім почергово.
- Техніка «заземлення»

Коли накочує паніка, фокус уваги зміщується всередину страху. Щоб повернути себе в реальність і переключити увагу, учасникам пропонується назвати:

5 предметів, які вони бачать прямо зараз.

4 речі, до яких можуть торкнутися (тканина одягу, стіл, холодна стіна).

3 звуки, які вони чують (гул авто, цокання годинника).

2 запахи, які вони відчувають (або які їм подобаються).

1річ, яку можуть спробувати на смак (або назвати улюблену страву).

- Техніка «Безпечне місце»

Учасник уявляє себе в безпечному місці і детально описує це місце, як воно виглядає, свої відчуття (також можна переглядати фото, де учаснику було безпечно і деталізувати це в спогадах). [44]

3. Для домашнього завдання запропонована і розібрана з учасниками техніка «Щоденник думок» [2]

Щоденник думок (thought record) — класичний інструмент КПТ, який навчає клієнта відстежувати зв’язок між ситуаціями, думками, емоціями та поведінкою.

Учасникам пропонується проаналізувати ситуації, які викликали у них тривогу, заповнивши наступну таблицю

Таблиця 3.1

Таблиця «Щоденник думок»

Ситуація	Думки	Емоції	Поведінка	Альтернативна думка

Також в якості домашнього завдання учасникам пропонується практикувати отримані техніки стабілізації та обрати ті , які сподобались їм найбільше.

Заняття 2

Мета заняття: формування в учасників розуміння ролі когнітивних спотворень у виникненні та підтриманні тривожності, розвиток навичок виявлення автоматичних негативних думок і дисфункціональних переконань.

1. У теоретичному блоці розглядались:

Пояснення терміну «когнітивні спотворення» та детальний розгляд тих, які підтримують тривогу (катастрофізація, чорно-біле мислення, надмірне узагальнення, передбачення майбутнього, читання думок та ін).

Три рівні когніцій у когнітивно-поведінковій терпії (автоматичні думки, проміжні переконання, базові або глибинні переконання).

2. Вправа на визначення найпоширеніших когнітивних спотворень

Були надані приклади думок з когнітивними спотвореннями, учасникам пропонувалось визначити, яке саме спотворення є в цих прикладах.

3. Пояснення, демонстрація та практика техніки «Низхідної стріли»

Призначення: допомогти учаснику перейти від поверхневої автоматичної думки до глибинних переконань, які її породжують.

Алгоритм техніки: Записати автоматичну думку.

Поставити запитання: «Якщо це правда, що це означає для вас?»

Отриману відповідь зафіксувати як нову думку.

Повторювати запитання доти, доки не виявиться базове переконання.

Останнє твердження є базовим переконанням, яке лежить в основі тривоги. Саме з цим базовим (глибинним) переконанням потрібно працювати далі. [7]

4. Домашнє завдання: зробити письмово вправу «Низхідна стріла». Додатково визначити та записати, які саме когнітивні спотворення підтримують вашу тривогу.

Заняття 3

Мета заняття: формування в учасників розуміння взаємозв’язку між тривожними переживаннями, фізіологічними реакціями організму та поведінковими способами реагування, а також усвідомлення механізмів, які сприяють підтриманню та посиленню тривожності.

1. У теоретичному блоці розглядались:

Які відчуття і симптоми в тілі можуть бути під час тривоги, чому вони безпечні.

Що таке замкнений цикл тривоги і як він формується.

Що таке уникаюча поведінка та чому вона підтримує тривогу.

2. Пояснення, демонстрація та практика техніки «Аналіз уникаючої поведінки».Техніка спрямована на усвідомлення поведінкових стратегій, які підтримують та посилюють тривожність. [31]

Було продемонстровано приклад аналізу тривожної ситуації із визначенням тригерів, автоматичних негативних думок, емоційних та тілесних реакцій, а також наслідків уникнення. Далі учасники самостійно виконували вправу за допомогою спеціально розробленої таблиці аналізу уникаючої поведінки.

Таблиця 3.2.

Таблиця «Аналіз уникань»

Ситуація Тригер	Поведінка уникання	Негативні думки	Емоції та симптоми	Наслідки уникання	Альтернативні стратегії

3. Пояснення, демонстрація та практика техніки «Декатастрофізація»

Ця техніка спрямована на роботу з катастрофізацією — поширеним когнітивним спотворенням, коли учасник перебільшує негативні наслідки події. [31]

Алгоритм виконання техніки:

Визначення тривожної думки. «Якщо я провалю презентацію, мене звільнять». Формулювання найгіршого сценарію. «Я провалю презентацію → керівник розчарується → мене звільнять → я залишусь без роботи».

Оцінка ймовірності. «Наскільки реально, що звільнення відбудеться лише через одну презентацію?»

Формулювання альтернативних сценаріїв. «Можливо, керівник вкаже на помилки, але я зможу їх виправити».

Розгляд реалістичного результату «Швидше за все, я матиму неприємний досвід, але він стане навчальним, а не фатальним».

Практичний ефект: учасник переходить від глобального страху («все пропало») до реалістичної оцінки події, що зменшує рівень тривоги.

4.Домашнє завдання: зробити письмово вправу «Аналіз уникань», зробити письмово вправу «Декатастрофізація».

Заняття 4

Мета заняття: ознайомлення учасників із методом експозиції, а також розвиток навичок планування експозиції та роботи зі своїми тривожними переживаннями.

1. У теоретичному блоці розглядались:

Пояснення методу експозиції і її ролі в когнітивно-поведінковій терапії

Пояснення техніки «Випробування страху в уяві».

Складання ієрархії страхів та планування експозиції відносно свого страху.

2. Опис техніки експозиції:

Експозиція передбачає цілеспрямоване піддавання людини об'єктам або ситуаціям, які спричиняють фобію, з поступовим збільшенням рівня складності. Цей метод заснований на ідеї, що зіткнення з фобією в контрольованому середовищі знижує тривогу та допомагає людині подолати страх. [31]

Як проводиться експозиція

- Створення ієрархії страху: учасники створюють список ситуацій або об'єктів, що спричиняють фобію, розташовуючи їх у порядку зростання тривожності.
- Виконання експозиції: поступове проходження через ієрархію, починаючи з найменш тривожних ситуацій і переходячи до більш складних. Використання технік стабілізації та когнітивної реструктуризації для подолання тривоги, коли це необхідно.
- Повторення та закріплення: Для ефективного подолання фобії експозицію необхідно повторювати кілька разів, щоб закріпити позитивний досвід і знизити рівень страху. Важливо виконувати «домашні завдання», пов'язані з експозицією, для подальшої роботи.

Практична частина включає складання ієрархії страхів та планування експозицій.

3. Вправа «Створення ієрархії страхів»

Учасники створюють ієрархію, яка представляє різні рівні страху перед ситуацією або об’єктом. Важливо починати з найменш тривожних ситуацій і поступово переходити до більш складних. [31]

Ієрархія страху (на прикладі фобії павуків):

Перегляд фотографій павуків.

Перегляд відео з павуками.

Спостереження за павуком у тераріумі з відстані.

Спостереження за павуком у тераріумі зблизька.

Спілкування з людиною, яка тримає павука в руках.

Тримання павука на руці.

4. Пояснення, демонстрація та практика техніки «Випробування страху в уяві»

Техніка спрямована на поступове зниження інтенсивності тривоги шляхом безпечного уявного контакту зі страхом або тривожною ситуацією. [31]

Учасникам пропонувалося обрати ситуацію, що викликає тривогу, детально уявити цю ситуацію, звертаючи увагу на власні думки, емоційні переживання та тілесні реакції. У процесі роботи учасники фіксували рівень тривоги до та після вправи, а також використовували стабілізаційні техніки для зниження емоційного напруження.

Для структурованого виконання техніки учасники заповнювали таблицю, наведену нижче (табл.3.3).

Таблиця 3.3.

Таблиця «Випробування страху в уяві»

Страх/тригер	Опис уявної ситуації	Негативні думки/переживання	Фізичні симптоми	Стратегії заспокоєння	Рівень тривоги до (0-10)	Рівень тривоги після (0-10)	Прогрес/замітки

Виконання техніки підвищило усвідомленість щодо механізмів виникнення тривоги, зменшило страх перед власними емоційними та фізіологічними реакціями, а також сформувало більш адаптивний спосіб подолання тривоги.

5. Домашнє завдання: заповнення таблиці «Випробування страху в уяві», виконання першої сходинки у власній ієрархії страху (з використанням технік стабілізації за необхідності)

Заняття 5

Мета заняття: формування в учасників навичок критичного аналізу автоматичних негативних думок і дисфункціональних переконань за допомогою когнітивно-поведінкових технік, а також розвиток уміння

перевіряти реалістичність тривожних припущень через логічний аналіз та поведінковий досвід.

1. У теоретичному блоці розглядались:

Пояснення техніки «Сократівський діалог», етапи виконання техніки, типологія запитань.

Пояснення техніки «Випробування думок»

Пояснення поняття «поведінковий експеримент», їх значення для подолання тривожності, етапи планування поведінкового експерименту.

2. Пояснення та практика техніки «Сократівський діалог» для роботи з автоматичними думками

Сократівський діалог — це метод у когнітивно-поведінковій терапії (КПТ), який допомагає виявити, поставити під сумнів і змінити автоматичні думки, що викликають тривогу або негативні емоції. [47]

Етапи Сократівського діалогу

- Виявлення думки: Зафіксувати, що саме ви подумали.
- Аналіз доказів: Пошук фактів «за» і «проти».
- Пошук альтернатив: Створення більш реалістичного погляду.
- Оцінка наслідків: Що буде, якщо я буду думати інакше?

Приклад діалогу (самодопомога)

Автоматична думка:

«Я не відповів одразу на повідомлення друга, тепер він образився і більше не захоче зі мною спілкуватися».

Які докази підтверджують цю думку?

Відповідь: Він давно не відповідає на мої повідомлення, а вчора написав коротко й сухо.

Які докази суперечать цій думці?

Відповідь: Раніше між нами вже були паузи у спілкуванні, але конфліктів не виникало. Також я знаю, що він зараз зайнятий роботою.

Чи не перебільшую я значення цієї ситуації?

Відповідь: Так, можливо, я одразу зробив негативний висновок без достатніх доказів.

Що б я сказав другу в такій ситуації?

Відповідь: «Одна затримка з відповіддю не означає, що людина хоче припинити спілкування».

Яка думка є більш реалістичною?

Відповідь: «Я не маю достатніх підстав вважати, що друг образився або не хоче спілкуватися. Ймовірно, він просто зайнятий або втомлений».

3. Пояснення та практика техніки «Випробовування думок»

Техніка «Випробовування думок» спрямована на критичний аналіз автоматичних негативних думок та перевірку їх реалістичності. У процесі виконання вправи учасник послідовно виступає в ролі «захисника», «прокурора» та «судді». Спочатку він наводить факти, що підтверджують негативну думку, далі — факти, які її спростовують. На завершальному етапі учасник аналізує обидві позиції та формулює більш раціональне й збалансоване переконання. Особлива увага приділяється розмежуванню фактів і суб'єктивних інтерпретацій. [31]

Таблиця 3.4.

Таблиця «Випробування думок»

Думка:	
Аргумент захисту (на захист думки)	Аргумент прокуратури (проти цієї думки)
Вердикт:	

4. Планування поведінкового експерименту одного з учасників

Етапи планування поведінкового експерименту

- Визначення дисфункціонального переконання

Учасник визначає початкове негативне переконання, яке викликає або підтримує тривожність, та оцінює ступінь віри у нього.
Наприклад: «Я не можу насолоджуватися життям, якщо залишаюся на самоті».

- Формулювання альтернативного переконання (гіпотези)

На основі дисфункціонального переконання формулюється більш реалістична та адаптивна гіпотеза. Учасник також оцінює рівень довіри до нового переконання.
Наприклад: «Я можу отримувати задоволення від деяких занять навіть наодинці».

- Планування поведінкового експерименту

Учасник визначає конкретні умови, дії або ситуації, які допоможуть перевірити альтернативне переконання на практиці. На цьому етапі обговорюється:

що саме необхідно зробити;

у яких умовах буде проводитися експеримент;

які реакції чи результати варто спостерігати.

- Проведення експерименту

Учасник виконує заплановані дії та фіксує власні думки, емоції, тілесні реакції й поведінкові особливості під час виконання вправи.

- Аналіз результатів та переосмислення переконань

Після завершення вправи учасник аналізує отриманий досвід, порівнює очікувані та реальні результати, а також оцінює, наскільки початкове дисфункціональне переконання підтвердилося або спростувалося.

- Формування більш адаптивного висновку

На основі отриманого досвіду формулюється більш реалістичне та

функціональне переконання, яке може бути використане у подальших тривожних ситуаціях. [31]

5. Домашнє завдання: заповнення таблиці «Випробування думок», виконання техніки «Сократівське опитування», планування власного поведінкового експерименту.

Заняття 6

Мета заняття: формування у учасників навичок когнітивної реструктуризації та заміни дисфункціональних переконань більш адаптивними, розвиток усвідомленого ставлення до власних думок і емоцій, а також ознайомлення з практиками майндфулнес.

1. У теоретичному блоці розглядались:

Пояснення терміну «когнітивна реструктуризація».

Покроковий план створення нового переконання.

Пояснення терміну «майндфулнес», його механізмів та базових технік.

2. Практика: покроковий план когнітивної реструктуризації (виконання разом з групою)

Когнітивна реструктуризація — техніка зміни негативних переконань на більш адаптивні та реалістичні.

Крок 1. Виявлення проблемної ситуації

Мета: визначити конкретний епізод, який викликав емоційний дистрес. Запитання: «Опишіть ситуацію, яка вас турбує.»

«Де ви були, з ким, що відбувалося?»

Крок 2. Ідентифікація автоматичної думки

Мета: зловити «перше пояснення» учасника, яке виникає майже миттєво. Запитання: «Яка думка промайнула у вас у той момент?» «Що це означало для вас?»

Крок 3. Визначення емоцій та інтенсивності

Мета: зв’язати думку з емоційною реакцією та оцінити її силу.

Інструкція: учасник називає емоції та оцінює їх інтенсивність (0–100%).

Крок 4. Виявлення когнітивного спотворення

Мета: допомогти учаснику побачити, яке спотворення лежить в основі думки. Інструменти: список типових когнітивних спотворень (чорно-біле мислення, катастрофізація, персоналізація тощо).

Крок 5. Виклик автоматичної думки (Сократівське опитування)

Мета: поставити думку під сумнів, дослідити докази «за» і «проти».

Приклади питань: «Які докази підтверджують цю думку?» «Які докази суперечать їй?» «Чи є інші пояснення ситуації?» «Як би ви подивилися на це через місяць?»

Крок 6. Формування альтернативної думки

Мета: замінити ірраціональну думку на більш реалістичну і гнучку.

Формула: «Більш збалансоване пояснення полягає в тому, що…»

Крок 7. Перевірка впливу альтернативної думки

Мета: оцінити, як нова думка впливає на емоції.

Запитання: «Як ви почуваєтеся, коли думаєте цю нову думку?» «Наскільки змінилася інтенсивність емоцій?»

Крок 8. Поведінковий експеримент

Мета: перевірити нове переконання у дії.

Приклад завдання: учасник пише повторний лист або телефонує. Якщо отримує нормальну відповідь, це підтверджує нову установку.

Крок 9. Закріплення нового переконання

Мета: інтегрувати зміну у щоденну практику.

Методи: Ведення щоденника думок. Використання карток-нагадувань.

Практика рефлексії після подій.

Крок 10. Підсумок і повторення процесу

Мета: навчити учасника застосовувати реструктуризацію самостійно.

Фінальні питання: «Що ви дізналися про свої думки у цьому процесі?» «Як ви можете застосувати цей підхід у майбутньому?»

Завдяки повторюваності поступово формується вміння відстежувати, оцінювати та змінювати власні думки. [31]

3. Пояснення та огляд технік майндфулнес

Техніка «Швидке сканування тіла»

Техніка швидкого сканування тіла полягає у послідовному фокусуванні уваги на різних частинах тіла — від стоп до голови та у зворотному напрямку — протягом короткого проміжку часу (до 5 хвилин).

Виконання техніки: Закрийте очі або зберігайте м'який погляд (коли ваші очі розслаблені і ви не фокусуєтеся ні на чому конкретно). Зверніть увагу на нижню частину стопи, потім на пальці ніг, верхню частину стопи, п'яти та щиколотки. Зверніть увагу на те, що ви відчуваєте в кожній області — подумайте про скутість, холод, відчуття поколювання чи взагалі нічого — не оцінюючи це як щось добре чи погане. Навмисне рухайтеся вгору по своєму тілу — до литок, колін, стегон тощо — і виконуйте те ж саме: звертайте увагу на фізичні відчуття в кожній частині з цікавою увагою. Коли ви підійдете до маківки, ви можете або зупинитися, або повернутися до ніг, тим самим шляхом, яким ви прийшли.

Техніка «Трихвилинна перерва»

Виконання техніки: Встановіть таймер на три хвилини. Сядьте в зручну позу, якщо можете (стояти теж можна), у відносно спокійній обстановці і закрийте очі. Зверніть увагу на те, що зараз відбувається у вашому розумі та тілі. Вас хвилює проблема чи помилка? Вам тепло чи холодно? Чи є у вашому оточенні звук, що відволікає увагу? Просто помічайте все, що ви відчуваєте в даний момент. Зверніть всю увагу на своє дихання, зосереджуючись на відчутті повітря, що входить і виходить з вашого тіла. Розширте свою зону усвідомлення далі від дихання, щоб вона включала все ваше тіло. Ви можете помітити свою поставу, вираз обличчя або ділянки м'язової напруги. Знову ж таки, просто зверніть увагу на те, що відбувається з вашим тілом.

Техніка «Уважне слухання»

Зосередження на звуках є одним із ефективних способів запровадити усвідомлений спосіб життя.

Виконання техніки передбачає зосередження на певному звуку у вашому поточному середовищі — скажімо, в автобусі чи на кухні — протягом кількох хвилин. Можливо, це щось очевидне і гучне, а може, це щось фонове. Після того, як ви визначили звук — віддалений рух, рівне дзижчання кондиціонера, надто гучний телевізор вашого сусіда — дотримуйтеся цієї легкої техніки уважного прослуховування: закрийте очі, якщо це комфортно для вас. Якщо ні, знайдіть місце у своєму просторі, щоб м'яко дивитися на нього (розслабте очі та не зосереджуйтесь ні на чому конкретному). Прислухайтеся до цього звуку. Зверніть увагу на його тон (Він м'який? Дзижчачий? Різкий?), ритм (він стабільний або нерегулярний) і гучність. Якщо ваш розум блукає, це нормально; просто визнайте це та поверніться до звуку. Ви навіть можете уявити, як ваші відволікаючі думки відлітають від вас на повітряній кулі або пливуть вниз по течії на листку. Завершуйте вправу, коли відчуваєте, що готові зупинитися.

Техніка «Спостереження за людьми»

Виконання техніки: ви можете перетворити свою дорогу на роботу чи неквапливу прогулянку на міні-сеанс усвідомленості, помічаючи незнайомців навколо себе. Коли ви помічаєте людей, це створює можливість відсторонитися від власної ментальної жуйки, дозволяючи практикувати усвідомлення без фактичної медитації.

Знайдіть хвилинку, щоб помітити людей навколо вас. Спостерігаючи за ними, намагайтеся не складати суджень і не розповідати про них. Якщо ваш розум починає судити або припускати, спробуйте відпустити ці думки та повернути свою увагу до нейтрального усвідомлення. Якщо вам зручно, ви також можете спробувати залучити одного або кількох незнайомців. Можливо, привітайтеся, погляньте в очі або посміхніться. Якщо ні, то теж добре. Просто поспостерігайте за тим, хто зараз навколо вас. [31]

4. Підсумкова рефлексія та повторне вимірювання тривожності

Наприкінці заняття учасникам пропонується поділитися власними враженнями від виконаних вправ та оцінити їх ефективність.

Також здійснюється повторна оцінка рівня тривоги за шкалою тривоги Бека та шкалою Спілбергера-Ханіна з метою визначення змін у емоційному стані.

5. Домашнє завдання:

Виконання техніки когнітивної реструктуризації, практика технік майндфулнес та релаксаційних технік.

Отже, зміст занять побудований відповідно до логіки когнітивно-поведінкового підходу та передбачає поетапне формування навичок: від усвідомлення тривоги до її когнітивної та поведінкової корекції, що забезпечує комплексний вплив на емоційний стан учасників.

3.3.Оцінка ефективності когнітивно-поведінкової корекційної програми

З метою визначення ефективності корекційної програми було проведено повторну діагностику рівня тривожності учасників після завершення програми.

Для цього повторно застосовувалися ті самі психодіагностичні методики: шкала тривоги Бека та шкала Спілбергера–Ханіна. [43]

Порівняння результатів первинного та повторного вимірювання дозволило оцінити динаміку змін рівня тривожності та визначити ефективність впроваджених психокорекційних заходів.

За результатами повторної діагностики рівня тривожності за шкалою Шкала тривоги Бека група з низьким рівнем тривожності (менше 21 бала) збільшилась з 12 учасників (30%) до 28 осіб (70%).

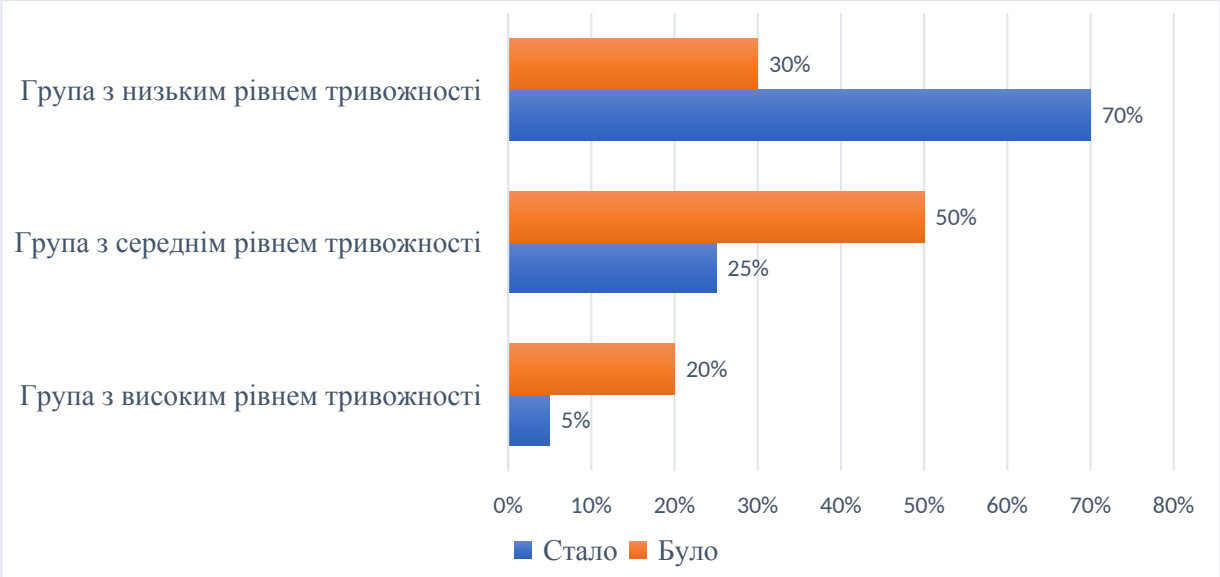


Рис. 3.1. Результат повторної діагностики рівня тривожності за Шкалою тривоги Бека

Група з середнім рівнем тривожності (22–35 балів) зменшилась з 20 осіб (50%) до 10 осіб (25%).

Група з високим рівнем тривожності (36 балів і вище) зменшилась з 8 учасників (20%) до 2 учасників (5%).

Після проведення програми спостерігається позитивна динаміка: кількість осіб із низьким рівнем тривожності зросла у 2.3 рази, а частка учасників із високим рівнем скоротилася в 4 рази**.** Це свідчить про ефективність запропонованої корекційної програми.

Результати повторної діагностики за методикою Шкалою реактивної та особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI).

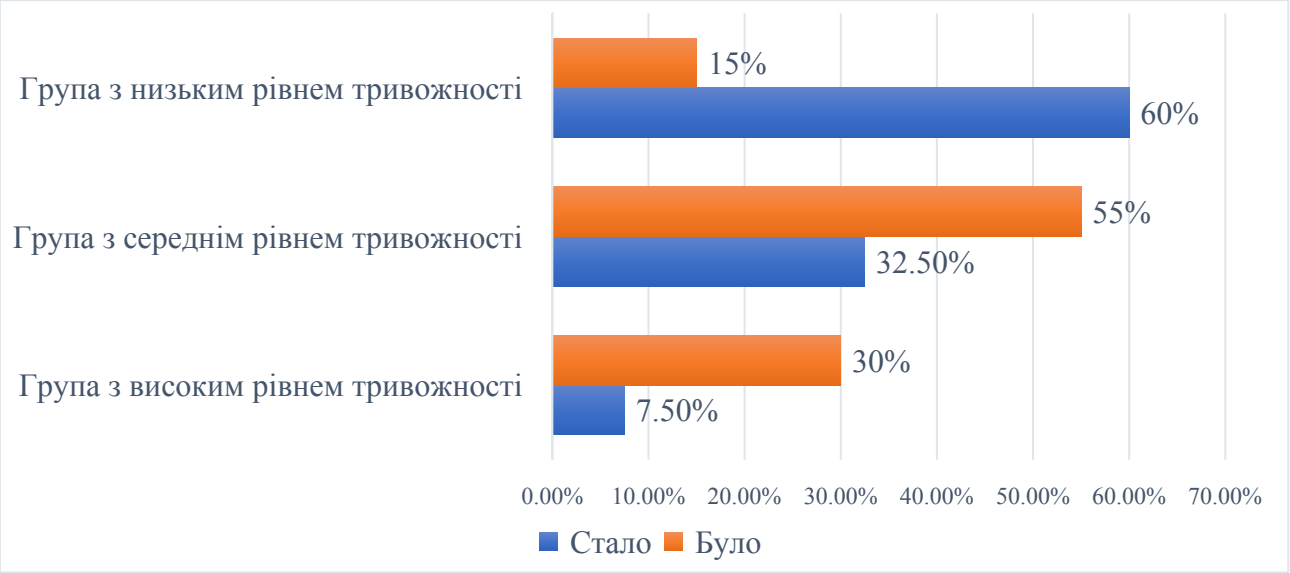


Рис. 3.2. Результат повторної діагностики реактивної тривожності за Шкалою реактивної та особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI)

Після завершення корекційної програми було зафіксовано позитивну динаміку показників ситуативної тривожності.

Зокрема, кількість учасників із низьким рівнем ситуативної тривожності зросла з 6 осіб (15%) до 24 осіб (60%). Водночас кількість учасників із середнім рівнем тривожності зменшилася з 22 осіб (55%) до 13 осіб (32,5%), а високий рівень ситуативної тривожності після проходження програми було виявлено лише у 3 осіб (7,5%) порівняно з 12 особами (30%) на початку дослідження.

Результати повторної діагностики особистісної тривожності також свідчать про позитивні зміни після проходження корекційної програми.

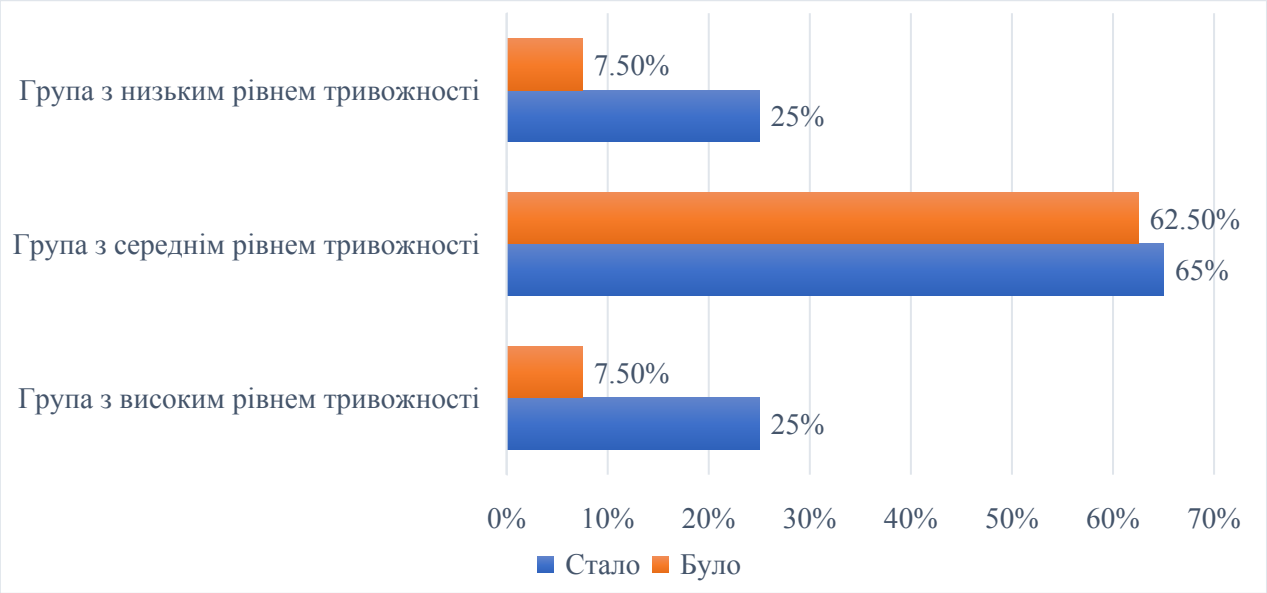


Рис. 3.3. Результат повторної діагностики особистісної тривожності за Шкалою реактивної та особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI)

Кількість учасників із низьким рівнем особистісної тривожності зросла з 3 осіб (7,5%) до 10 осіб (25%).

Показники середнього рівня особистісної тривожності залишилися відносно стабільними: до початку програми він спостерігався у 25 осіб (62,5%), а після завершення — у 26 осіб (65%).

Водночас кількість учасників із високим рівнем особистісної тривожності зменшилася з 12 осіб (30%) до 4 осіб (10%), що свідчить про зниження вираженості стійких тривожних проявів у більшості учасників дослідження.

Порівняльний аналіз показав, що програма виявилася найбільш ефективною у зниженні реактивної тривожності**.** Це означає, що учасники зрозуміли і засвоїли основні методи та техніки когнітивно-поведінкової терапії.

Зниження особистісної тривожності відбулося переважно за рахунок зменшення кількості осіб із високими показниками, що свідчить про початок трансформації глибинних когнітивних установок.

Отримані результати свідчать про ефективність розробленої корекційної програми у зниженні рівня тривожності у дорослих. Після завершення програми спостерігалося збільшення кількості учасників із низьким рівнем

ситуативної та особистісної тривожності, а також зменшення кількості осіб із високими показниками тривожності. Це свідчить про позитивний вплив використаних методів на емоційний стан учасників, розвиток навичок саморегуляції, когнітивного переосмислення та більш адаптивного реагування на тривожні ситуації. За отриманими результатами можна вважати, що цілі корекційної програми досягнуто.

Висновки до третього розділу

Після аналізу проведеного дослідження тривожності у дорослих, була розроблена і випробувана корекційна програма.

Метою програми є психологічна корекція тривожності та зниження інтенсивності тривожних проявів у дорослих шляхом застосування методів когнітивно-поведінкової терапії, розвитку навичок емоційної саморегуляції та формування більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Корекційна програма реалізовувалася онлайн упродовж 14 днів у період з лютого по березень 2026 року. Вона включала 6 групових занять по 1,5 години, побудованих на основі методів когнітивно-поведінкової терапії.

Програма мала комплексний характер і поєднувала психоосвітні матеріали, стабілізаційні техніки, зокрема дихальні вправи, техніки заземлення, методи м’язової релаксації, елементи майндфулнес-практик. Були задіяні такі методи як експозиція та когнітивна реструктуризація.

Особлива увага приділялася розвитку в учасників навичок усвідомлення автоматичних негативних думок, виявлення когнітивних викривлень та формування більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Учасники практикували такі техніки, як «Техніка низхідної стріли», «Сократівський діалог», техніки випробовування думок на реалістичність, декатастрофізації, створення ієрархії страхів та інші.

Структура занять передбачала надання психоосвітніх матеріалів відповідно до теми заняття, розбір та практичне опрацювання основної когнітивно-поведінкової техніки, обговорення результатів виконання вправи та надання домашнього завдання.

Таким чином, запропонована програма базувалась на стандартах когнітивно-поведінкової терапії, включала основні методики та техніки цього методу й була спрямована на комплексну психологічну корекцію тривожності у дорослих.

З метою визначення ефективності корекційної програми було проведено повторну діагностику рівня тривожності учасників після завершення програми.

Для цього повторно застосовувалися ті самі психодіагностичні методики: Шкала тривоги А. Бека та Шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI).

За результатами Шкали тривоги А.Бека кількість осіб із низьким рівнем тривожності зросла у 2.3 рази, а частка учасників із високим рівнем скоротилася в 4 рази. Це свідчить про ефективність запропонованої корекційної програми.

Аналіз результатів повторної діагностики за Шкалою реактивної та особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI) показав, що програма виявилася найбільш ефективною у зниженні ситуативної тривожності.

Зниження особистісної тривожності відбулося переважно за рахунок зменшення кількості осіб із високими показниками, що свідчить про початок трансформації глибинних когнітивних установок. Отримані результати свідчать про ефективність розробленої корекційної програми у зниженні рівня тривожності у дорослих.

ВИСНОВОК

Згідно зі звітами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), тривожні розлади є другими за поширеністю у світі після депресії. З огляду на це, розробка та вдосконалення методів подолання тривожності залишається пріоритетним напрямком для науковців та практикуючих психотерапевтів.

Підвищена тривожність є системним дезадаптивним станом, який руйнує життєдіяльність людини: виснажує адаптаційні ресурси організму, призводячи до розладів сну, серцево-судинних порушень та збоїв у роботі травної системи. Також тривожність блокує продуктивне мислення, знижуючи концентрацію уваги, погіршуючи пам'ять та викривлюючи сприйняття реальності через постійне очікування небезпеки.

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найефективніших методів корекції тривожності. Її висока дієвість пов'язана з практичним підходом, який одночасно впливає на думки, дії та фізичний стан людини. Тому метою нашого дослідження було визначення теоретичних засад та емпіричне вимірювання дієвості методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

В ході дослідження тривожності у дорослих було використано наступні емпіричні методи: Шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI), Шкала тривоги Бека Beck Anxiety Inventory (BAI), опитувальник для збору соціально-демографічних даних, методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження). Діагностика проводилось з метою виявлення рівня ситуативного та особистісного рівня тривожності, соматичних проявів тривожності.

Дослідження складалось з чотирьох етапів – організаційного (набір та інформування учасників), діагностичний (вимірювання рівня тривожності до початку корекційної програми), формувальний (впровадження корекційної програми в методі когнітивно-поведінкової терапії), контрольно-оцінювальний (вимірювання тривожності після проходження корекційної програми та оцінка її результатів). В дослідженні прийняли участь 40 осіб, які мають підвищений

рівень тривожності, труднощі в управлінні тривожними станами та хочуть засвоїти навички психологічної саморегуляції.

Після аналізу проведеного дослідження була розроблена і випробувана корекційна програма. Її метою була психологічна корекція тривожності та зниження інтенсивності тривожних проявів шляхом застосування методів когнітивно-поведінкової терапії, розвитку навичок емоційної саморегуляції та формування адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Програма мала комплексний характер, були задіяні таки методи як експозиція, когнітивна реструктуризація, такі інструменти, як щоденник автоматичних думок, сократівський діалог, використання поведінкових експериментів, техніки випробовування думок на реалістичність, декатастрофізації, створення ієрархії страхів та інші.

З метою визначення ефективності корекційної програми було проведено повторну діагностику рівня тривожності учасників після завершення програми. Для цього повторно застосовувалися ті самі психодіагностичні методики: Шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI), Шкала тривоги Бека Beck Anxiety Inventory (BAI).

За результатами повторної діагностики рівня тривожності за шкалою Шкала тривоги Бека група з низьким рівнем тривожності (менше 21 бала) збільшилась з 12 учасників (30%) до 28 осіб (70%). Група з середнім рівнем тривожності (22–35 балів) зменшилась з 20 осіб (50%) до 10 осіб (25%). Група з високим рівнем тривожності (36 балів і вище) зменшилась з 8 учасників (20%) до 2 учасників (5%). Отже, кількість осіб із низьким рівнем тривожності зросла у 2.3 рази, а частка учасників із високим рівнем скоротилася в 4 рази. Це свідчить про ефективність запропонованої корекційної програми.

Аналіз результатів повторної діагностики за Шкалою реактивної та особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна (STAI) показав, що програма виявилася найбільш ефективною у зниженні ситуативної тривожності. Зокрема, кількість учасників із низьким рівнем ситуативної тривожності зросла з 6 осіб (15%) до 24 осіб (60%). Водночас кількість учасників із середнім рівнем

тривожності зменшилася з 22 осіб (55%) до 13 осіб (32,5%), а високий рівень ситуативної тривожності після проходження програми було виявлено лише у 3 осіб (7,5%) порівняно з 12 особами (30%) на початку дослідження.

Кількість учасників із низьким рівнем особистісної тривожності зросла з 3 осіб (7,5%) до 10 осіб (25%). Показники середнього рівня особистісної тривожності залишилися відносно стабільними: до початку програми він спостерігався у 25 осіб (62,5%), а після завершення — у 26 осіб (65%). Водночас кількість учасників із високим рівнем особистісної тривожності зменшилася з 12 осіб (30%) до 4 осіб (10%), що свідчить про зниження вираженості стійких тривожних проявів у більшості учасників дослідження. Зниження особистісної тривожності відбулося переважно за рахунок зменшення кількості осіб із високими показниками, що свідчить про початок трансформації глибинних когнітивних установок.

Узагальнюючи результати дослідження, можна зробити висновок, що розроблена когнітивно-поведінкова програма продемонструвала високу ефективність у зниженні рівнів ситуативної тривожності та редукції соматичних симптомів. Такий результат зумовлений тим, що опановані учасниками соматичні техніки (діафрагмальне дихання та прогресивна м'язова релаксація) разом із поведінковими інструментами забезпечили швидку стабілізацію вегетативної нервової системи та знизили гостроту емоційного реагування на стресові чинники «тут і зараз».

Водночас показники особистісної тривожності виявили помірну, але чітку позитивну динаміку. Оскільки особистісна тривожність є стійкою, базовою властивістю індивіда, пов'язаною із давніми звичками мислення, її повна перебудова в межах короткострокового групового формату є ускладненою. Позитивні зрушення свідчать про те, що учасники розпочали процес усвідомлення та трансформації своїх дезадаптивних мисленнєвих патернів.

З огляду на це, для подальшої та глибшої корекції особистісної тривожності учасникам рекомендовано проходження індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії. Індивідуальний формат дозволить

зосередитися на довготривалій, персоналізованій роботі з глибинними переконаннями та базовими когнітивними схемами особистості, що забезпечить стійкий терапевтичний ефект у майбутньому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бек А., Еммонс Г. Тривога: лікування та попередження. Харків, 2015. С. 18–34.
2. Бек Дж. С. Когнітивно-поведінкова терапія: від основ до професійної майстерності / пер. з англ. С. Кузікова ; наук. ред. укр. вид. О. Романчук. Львів : Науковий світ, 2023. 460 с.
3. Блек Т., Люсі В. Когнітивно-поведінкова терапія для дітей та підлітків. Львів, 2013. С. 54–65.
4. Бондар В. І. Психологія тривожності. Київ, 2006. 199 с.
5. Бондар І. М. Когнітивно-поведінкова терапія в лікуванні тривожності : навч. посібник. Київ, 2021. 240 с.
6. Будник А. В., Мацкевич О. Ю. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів : практ. посібник. Київ, 2019. 256 с.
7. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію / пер. з англ. С. Кузікова ; наук. ред. укр. вид. О. Романчук. Львів : Галицька видавнича спілка, 2014. 404 с.
8. Власенко О. О., Кущенко І. В., Мітіна С. В. Вплив тривоги, тривожності та тривожних розладів на планування консультування: психологічний і соматичний аспект. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2025. Вип. 3. С. 17–21. DOI: doi.org.
9. Войтко Т. В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів. Київ, 2020. 224 с.
10. Гребенюк І. О., Євсєєва О. О., Лихачова І. В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів. Київ, 2019. 240 с.
11. Гриневич В. В. Когнітивно-поведінкова терапія в лікуванні соціальної фобії. Київ, 2019. 168 с.
12. Даниленко І. І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів : практичний посібник. Київ, 2021. 328 с.
13. Дроздова Т. М. Когнітивно-поведінкова терапія панічного розладу : практичний посібник. Київ, 2020. 176 с.

14. Елліс А. Як зберегти емоційне здоров’я за будь-яких обставин / пер. з англ. О. О. Дикої. Київ : Сварог, 2023. 210 с.

15. Зарецька О. І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дітей та підлітків. Київ, 2021. 200 с.

16. Занюк С. С. Психологія мотивації та емоцій : навч. посіб. Луцьк : Ред.-вид. відд. Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 1997. 180 с.

17. Зеленіна І. В., Іваненко О. І., Кононенко І. О. Терапія тривожних розладів: когнітивно-поведінковий підхід. Київ, 2019. 368 с.

18. Іванова Т. В. Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки. 2020. Вип. 6. С. 72–78.

19. Калашник О. В. Когнітивно-поведінкова терапія генералізованого тривожного розладу. Київ, 2018. 136 с.

20. Катрін К. Дихання як засіб зняття тривоги. Львів, 2018. С. 25.

21. Кларк Д. Подолати панічний розлад : покрокове керівництво з використанням КПТ / пер. з англ. Львів : Свічадо, 2014. 128 с.

22. Кобозєва О. М., Чернихівська Т. Є. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів : навчальний посібник. Київ, 2018. 240 с.

23. Коваленко І. О. Тривожність і когнітивно-поведінкова терапія. Київ, 2018. 160 с.

24. Ковальчук О. В. Когнітивно-поведінкова терапія у психотерапевтичній практиці : практ. посібник. Київ, 2020. 224 с.

25. Козак Л. А. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у пацієнтів з хронічними захворюваннями. Київ, 2018. 192 с.

26. Король В. В., Максименко С. Д. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ, 2020. 192 с.

27. Корчак Я. А. Психологічні аспекти тривожності: когнітивно-поведінковий підхід. Київ, 2019. 192 с.

28. Литвиненко А. М. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дорослих : практ. посібник. Київ, 2018. 192 с.

29. Ліфарева Н. В. Психологія особистості : навч. посібник. Київ, 2003. 240 с.
30. Ліхі Р. Л. Свобода від тривоги. Здолай тривогу, доки вона не здолала тебе / пер. з англ. І. Щепанюк. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 556 с.
31. Ліхі Р. Л. Техніки когнітивної психотерапії / пер. з англ. С. Кузікова. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 712 с.
32. Льюісон Р. Л. Як зняти тривогу. Львів, 2015. С. 18–19.
33. Макаренко І. В. Когнітивно-поведінкова терапія при посттравматичному стресовому розладі. Київ, 2020. 224 с.
34. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. Загальна психологія : підручник. Київ, 2007. 256 с.
35. Маллін М. Р. Практикум з когнітивної психології. Львів, 2001. 22 с.
36. Мамайчук Л. І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожності: теорія та практика. Київ, 2021. 352 с.
37. Маркер К., Ейлворд Л. Генералізований тривожний розлад : посібник з когнітивно-поведінкової терапії / пер. з англ. С. Кузікова ; наук. ред. укр. вид. О. Романчук. Львів : Свічадо, 2014. 156 с.
38. Михайлова Л. В. Когнітивно-поведінкова терапія у сучасній клінічній практиці. Київ, 2019. 312 с.
39. Нечипоренко А. В., Попова І. В. Тривожні розлади: сучасний погляд на проблему. Київ, 2020. 208 с.
40. Новак Л. М. Когнітивно-поведінкова терапія у профілактиці тривожних розладів: теорія та практика. Київ, 2019. 184 с.
41. Ольховецький С. М. Феноменологія тривоги та страху. Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2010. Вип. 9. С. 174–183.
42. Остапенко В. О. Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні тривожних розладів у дорослих та дітей : посібник для практикуючих психотерапевтів. Київ, 2021. 256 с.

43. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч. посіб. / за ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. Київ : Видавничий дім «Медкнига», 2019. 116 с.
44. Практична психосоматика: тривога : навч. посіб. / за ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. Київ : Видавничий дім «Медкнига», 2021. 156 с.
45. Понад 70% українців відчувають стрес або знервованість, і лише 2% звертаються до фахівця. Міністерство охорони здоров'я України : офіц. вебсайт. URL: moz.gov.ua
46. Сандерс Д. Подолати фобію, страх і паніку : покрокове керівництво з використанням КПТ / пер. з англ. С. Кузікова. Львів : Галицька видавнича спілка, 2020. 88 с.
47. Сократівський діалог у психотерапії. Qui help : блог про ментальне здоров'я. URL: qui.help
48. Станчишин В. Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і страхами. 2-ге вид. Київ : Віхола, 2021. 176 с.
49. Тарасова Т. В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожності: принципи і техніки. Київ, 2021. 192 с.
50. Тривоги, травми та обсесивно-компульсивні розлади : посібник Американської психіатричної асоціації / за ред. Н. М. Саймон, Е. Голландера, Б. О. Ротбаум, Д. Дж. Стайна ; наук. ред. укр. вид. Б. Михайлов ; пер. з англ. О. Скакун, Б. Пономаренко. Київ : ВСВ «Медицина», 2025. 855 с.
51. Хаустова О. Тривожна валіза українського лікаря. Ваше здоров’я. 2015. № 21-22. С. 16–17.
52. Хаустова О. О. Психосоматичні маски тривоги. Український медичний часопис. 2019. № 4 (132), т. 1. С. 48–51. DOI: doi.org.
53. Хоффман К. Когнітивно-поведінкова терапія в психіатрії та психотерапії. Львів, 1985. С. 40–60.
54. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посіб. Київ, 2005. 656 с.
55. Чабан О. С., Хаустова О. О. Тривога у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями: субклінічні та психосоматичні ознаки,

діагностика, терапія. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2020. № 3 (114). С. 38–44. URL: neuronews.com.ua

56. Челен Д. Ж. Тривога: вплив на здоров’я та як з нею боротися. Київ, 2001. 55 с.

57. Шевченко В. О. Психологічні основи когнітивно-поведінкової терапії тривожності. Київ, 2019. 192 с.

58. Ялом І. Д. Тривога і депресія: перший крок до здоров’я. Київ, 2011. С. 87–89.

59. Яремко Р. Я., Гродська В. М., Дзюбак А. В., Ільків Х. В. Теоретичне дослідження проблеми тривожності особистості у психологічній літературі. Молодий вчений. 2022. № 5 (105). С. 83–86. DOI: doi.org.

60. Ясточкіна І. Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема. Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки. 2020. Вип. 6. С. 165–170. DOI: doi.org.

61. Anxiety disorders : WHO fact-sheet. World Health Organization. 2023. URL: who.int

62. Beck A. T., Epstein N., Brown G., Steer R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. Vol. 56, No. 6. P. 893–897.

63. Izard C. E. The Psychology of Emotions. New York : Springer Science+Business Media, 1991. 452 p.

64. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics : International Classification of Diseases 11th Revision. World Health Organization. URL: who.int

65. Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management : NICE guideline [CG113]. National Institute for Health and Care Excellence. 2020. URL: nice.org.uk

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала тривоги Бека Beck Anxiety Inventory (BAI)

Шкала тривоги Бека - це тест, який виявляє емоційні, фізіологічні та когнітивні симптоми тривоги. Шкала Бека є загальноприйнятим інструментом для оцінювання рівня тривожності у дорослих та підлітків і може бути використана у клінічних та дослідницьких умовах. Тест призначений для самостійного проходження та дозволяє отримати кількісно виражений результат ступеня тривоги.

Інструкція: Тест складається з 21 питання, кожен пункт містить простий опис симптому тривоги, що стосується одного з таких аспектів:

- Суб'єктивному (наприклад, «Нездатність розслабитися»).
- Нейрофізіологічному (наприклад, «Оніміння або поколювання»).
- Вегетативному (наприклад, «Відчуття жару»).
- Панічному (наприклад, «Страх втрати контролю»).

Підрахунок балів: Зовсім не турбує – 0 балів,

Злегка. Не надто мене турбує – 1 бал,

Помірковано. Це було неприємно, але я можу це перенести – 2 бали,

Дуже сильно. Я важко можу це переносити – 3 бали,

ТЕСТОВИЙ МАТЕРІАЛ

Нижче наведено перелік загальних симптомів тривоги. Будь ласка, уважно прочитайте опис кожного симптому та вкажіть, наскільки сильно він турбував вас протягом останнього тижня (включно з сьогоднішнім днем).

	Зовсім не турбує	Злегка (не надто мене турбує)	Помірковано (було неприємно, але я можу це перенести)	Дуже сильно (я ледве можу це витримати)
Відчуття оніміння або поколювання в тілі	0	1	2	3
Відчуття жару	0	1	2	3
Тремтіння в ногах	0	1	2	3
Нездатність розслабитися	0	1	2	3
Страх, що станеться найгірше	0	1	2	3
Запаморочення або важке відчуття в голові	0	1	2	3
Прискорене серцебиття	0	1	2	3
Відчуття нестійкості (втрати рівноваги)	0	1	2	3
Відчуття жаху	0	1	2	3
Нервовість	0	1	2	3
Тремтіння в руках	0	1	2	3
Відчуття задухи	0	1	2	3
Хиткість ходи	0	1	2	3
Страх втрати контролю	0	1	2	3
Утрудненість дихання	0	1	2	3
Страх смерті	0	1	2	3
Переляк	0	1	2	3
Шлунково-кишковий дискомфорт	0	1	2	3
Непритомність	0	1	2	3
Припливи жару до	0	1	2	3

обличчя				
Посилення потовиділення (не пов'язане зі спекою)	0	1	2	3

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ Підрахунок балів провадиться шляхом складання балів за всіма пунктами. Результат: 0–21 бал — низький рівень тривожності. Результат: 22–35 балів — помірний рівень тривожності. Результат: 36 балів і більше — високий або потенційно клінічний рівень тривоги, який потребує уваги фахівця.

Додаток Б

Тест за шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI)

Тест призначений для діагностики ситуативної та особистісної тривожності. Інструкція до тесту: пропонуємо вам опис наведених тверджень ситуативного прояву тривожності та особистісного прояву тривожності. Вам необхідно обрати відновідно твердження цифру від 1 до 4 балів, де 1 – це «Ні, це не так», 2 – «Мабудь, так» , 3- «Вірно» , 4- абсолютно вірно.

Тестовий матеріал:

Ситуативний прояв тривожності:

1. Я спокійний.
2. Мені ніщо не загрожує.
3. Я перебуваю в напрузі.
4. Я відчуваю жаль.
5. Я почуваюся вільно.
6. Я засмучений.
7. Мене хвилюють можливі невдачі.
8. Я почуваюся відпочившим.
9. Я стривожений.
10. Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений.
15. Я не відчуваю скутості.
16. Я задоволений.
17. Я стурбований.
18. Я занадто збуджений і мені не по собі.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.

Особистісний прояв тривожності:

21. Я відчуваю задоволення.
22. Я зазвичай швидко втомлююся.
23. Я легко можу заплакати.
24. Я хотів би бути таким самим щасливим, як і інші.
25. Нерідко я програю через те, що недостатньо. швидко приймаю рішення.
26. Зазвичай я почуваюся бадьорим.
27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.
28. Очікувані труднощі зазвичай дуже тривожать мене.
29. Я занадто переживаю через дрібниці.
30. Я цілком щасливий.
31. Я приймаю все занадто близько до серця.
32. Мені не вистачає впевненості в собі.
33. Зазвичай я почуваюся в безпеці.
34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів.
35. У мене буває нудьга.
36. Я задоволений.
37. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене.
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.
39. Я врівноважена людина.
40. Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи.