

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

Ключник Яна Володимирівна
(прізвище, ім'я, по батькові студента в називному відмінку)

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня магістр

на тему: **« РОЛЬ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В
ПОДОЛАННІ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРОСЛИХ»**

Група ТУбз-8-24 М1ПС (2.0 здс)
Спеціальність: 053 «Психологія»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

*Дипломна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів, текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело*

(підпис)

Ключник Я. В.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник
кандидат психологічних наук, _____
(посада, науковий ступінь, вчене звання) (підпис)

Назаренко І.Є.
(прізвище та ініціали)

Допущено до захисту перед ЕК
Завідувач кафедри
(посада, науковий ступінь,
вчене звання)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Київ 2026р.

АНОТАЦІЯ

Ключник Я.В. Роль когнітивно-поведінкової терапії в подоланні тривожних розладів у дорослих. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 053 «Психологія» – Міжрегіональна Академія управління персоналом, Київ, 2026 рік.

У кваліфікаційній роботі досліджено теоретичні та практичні аспекти застосування когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних станів у дорослих осіб, які зазнали психотравмувального впливу внаслідок військових подій. Актуальність обраної теми зумовлена зростанням рівня психоемоційного напруження серед населення України в умовах воєнного стану, поширенням тривожних розладів, порушенням емоційної стабільності та необхідністю впровадження ефективних психокорекційних підходів для відновлення психологічного благополуччя постраждалих осіб.

У першому розділі здійснено теоретико-психологічний аналіз сутності когнітивно-поведінкової терапії як сучасного напрямку психологічної допомоги та психокорекції. Розкрито психологічний зміст тривожності як складного емоційно-когнітивного феномену, систематизовано основні наукові підходи до її розуміння, проаналізовано механізми формування тривожних станів та особливості застосування методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

У другому розділі представлено організацію емпіричного дослідження, охарактеризовано вибірку учасників та обґрунтовано використання комплексу психодіагностичних методик. Проведено аналіз рівня тривожності, емоційного стану та особливостей психоемоційного реагування дорослих осіб, які пережили травматичний вплив військових подій. За результатами діагностики встановлено підвищені показники тривожності, емоційного виснаження, внутрішнього напруження та схильності до тривожно-депресивних переживань.

У третьому розділі розроблено та апробовано психокорекційну програму

зниження тривожності, побудовану на засадах когнітивно-поведінкової терапії. Програма включала техніки когнітивного переосмислення, виявлення автоматичних думок, поведінкових експериментів, емоційної саморегуляції та формування адаптивних моделей реагування. Результати формувального етапу дослідження підтвердили ефективність запропонованої програми, що проявилось у статистично значущому зниженні рівня тривожності, покращенні емоційного стану та підвищенні психологічної стійкості учасників. На основі отриманих результатів сформульовано практичні рекомендації щодо використання методів когнітивно-поведінкової терапії у психологічній практиці при роботі з особами, які пережили психотравмувальні події внаслідок військових дій.

Ключові слова: когнітивно-поведінкова терапія, тривожність, психокорекція, психологічна допомога, психотравма, військові події, емоційна саморегуляція, психоемоційний стан, дорослі постраждалі.

ANNOTATION

Klyuchnyk Y.V. The Role of Cognitive Behavioral Therapy in Overcoming Anxiety Disorders in Adults. – Manuscript.

Master's qualification thesis in Specialty 053 Psychology – Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv, 2026.

This qualification thesis examines the theoretical and practical aspects of applying Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in overcoming anxiety conditions among adults who have experienced psychological trauma as a result of military events. The relevance of the research topic is determined by the increasing level of psycho-emotional distress among the population of Ukraine under martial law conditions, the growing prevalence of anxiety disorders, disturbances in emotional stability, and the urgent need to implement effective psychocorrectional approaches aimed at restoring the psychological well-being of affected individuals.

The first chapter presents a theoretical and psychological analysis of the essence of Cognitive Behavioral Therapy as a modern approach to psychological support and psychocorrection. The psychological nature of anxiety as a complex emotional and

cognitive phenomenon is explored, major scientific approaches to its interpretation are systematized, the mechanisms underlying the development of anxiety states are analyzed, and the specific features of applying CBT methods in working with anxiety are identified.

The second chapter outlines the organization of the empirical study, describes the characteristics of the research sample, and substantiates the selection of psychodiagnostic instruments. An analysis of anxiety levels, emotional condition, and psycho-emotional response patterns among adults who experienced the traumatic impact of military events was conducted. The diagnostic findings revealed elevated levels of anxiety, emotional exhaustion, internal tension, and a tendency toward anxiety-depressive experiences.

The third chapter presents the development and implementation of a psychocorrectional program aimed at reducing anxiety, based on the principles of Cognitive Behavioral Therapy. The program included techniques of cognitive restructuring, identification of automatic thoughts, behavioral experiments, emotional self-regulation, and the development of adaptive behavioral response patterns. The results of the formative stage of the study confirmed the effectiveness of the proposed intervention program, as evidenced by a statistically significant reduction in anxiety levels, improvement in emotional well-being, and increased psychological resilience among participants. Based on the findings, practical recommendations were developed regarding the application of Cognitive Behavioral Therapy methods in psychological practice when working with individuals affected by psychologically traumatic experiences caused by military actions.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, anxiety, psychocorrection, psychological assistance, psychological trauma, military events, emotional self-regulation, psycho-emotional state, affected adults.

ЗМІСТ

Вступ.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ	9
1.1. Когнітивно-поведінкова терапія як сучасний напрям психологічної допомоги та психокорекції.....	9
1.2. Тривожність як психологічний феномен у контексті основних наукових підходів та концепцій.....	21
1.3. Особливості застосування методів когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних станів.....	32
Висновки до першого розділу	40
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНОСТІ У ДОРΟΣЛИХ ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПСИХОТРАВМУЮЧОГО ВПЛИВУ ВІЙСЬКОВИХ ПОДІЙ.....	42
2.1. Організація дослідження, характеристика вибірки та обґрунтування психодіагностичного інструментарію.....	42
2.2. Аналіз рівня тривожності та особливостей психоемоційного стану дорослих постраждалих унаслідок військових дій.....	51
Висновки до другого розділу.....	61
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБЛЕННЯ ТА АПРОБАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ЗАСОБАМИ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ.....	63
3.1. Структура, зміст та методичне наповнення психокорекційної програми із застосуванням технік когнітивно-поведінкової терапії.....	63
3.2. Оцінка ефективності психокорекційного впливу за результатами формульованого дослідження.....	71
3.3. Практичні рекомендації щодо зниження тривожності та стабілізації емоційного стану.....	83
Висновки до третього розділу.....	87
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	94
ДОДАТКИ.....	99

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тривожність належить до найбільш поширених психоемоційних станів, з якими людина стикається впродовж життя. Вона характеризується внутрішнім напруженням, почуттям невизначеності, очікуванням потенційної небезпеки або несприятливого розвитку подій, які ще не настали, проте суб'єктивно сприймаються як можливі чи загрозові. На формування тривожних станів впливає широкий спектр чинників, серед яких вагоме місце займають біологічні передумови, індивідуально-психологічні особливості, соціальне середовище, життєвий досвід, психотравмувальні обставини та тривалий вплив стресу. Високий рівень тривожності здатний суттєво ускладнювати повсякденне функціонування особистості, негативно позначаючись на професійній реалізації, міжособистісній взаємодії, емоційній стабільності та загальному відчутті життєвого благополуччя. За оцінками World Health Organization, тривожні розлади належать до найбільш поширених форм психічних порушень у сучасному світі, що визначає їх як важливу медико-психологічну та соціальну проблему.

У зв'язку з поширеністю тривожних проявів питання пошуку ефективних методів психологічної допомоги набуває особливого значення як у науковому середовищі, так і в практиці психологічного консультування та психотерапії. Одним із підходів, ефективність якого підтверджена численними дослідженнями, є Cognitive Behavioral Therapy. Основою цього напрямку є розуміння взаємозв'язку між когнітивними процесами, емоційними реакціями та поведінковими моделями людини. Застосування технік КПТ дозволяє виявляти автоматичні негативні думки, аналізувати дисфункціональні переконання, переосмислювати деструктивні когнітивні установки та формувати більш адаптивні способи реагування на стресові чи невизначені життєві ситуації. У процесі терапевтичної роботи особистість поступово набуває навичок емоційної саморегуляції, конструктивного подолання страхів та більш усвідомленого ставлення до власних переживань.

Актуальність дослідження обумовлена стійкою тенденцією до зростання кількості осіб, які стикаються з різними формами тривожних розладів, особливо в умовах соціальної нестабільності, високого рівня психологічного навантаження та кризових суспільних процесів. Це зумовлює потребу у поглибленому вивченні механізмів виникнення тривожності, а також у вдосконаленні психокорекційних підходів, спрямованих не лише на зменшення актуальних симптомів, але й на формування стійких психологічних ресурсів для попередження повторного загострення тривожних станів у майбутньому.

Об'єкт дослідження: Тривожність як психологічний стан постраждалих дорослих.

Предметом дослідження є психологічні особливості застосування методів когнітивно-поведінкової терапії у процесі надання психологічної допомоги особам, які зазнали психотравмувального впливу внаслідок військових дій в Україні та демонструють підвищений рівень тривожності.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення психологічних особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю постраждалих унаслідок військових дій в Україні, а також визначення ефективності психокорекційного впливу зазначеного підходу на емоційний стан особистості.

Для досягнення поставленої мети у дослідженні визначено такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до розуміння сутності тривожності як психологічного феномену та особливостей її прояву в умовах психотравмувального досвіду.
2. Дослідити психологічні особливості виникнення, перебігу та емоційного переживання тривожних станів у осіб, які постраждали внаслідок військових дій в Україні.
3. Визначити основні психокорекційні можливості та терапевтичні стратегії когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних станів.
4. Виявити психологічні закономірності зниження рівня тривожності в процесі застосування технік когнітивно-поведінкової терапії.
5. Розробити, впровадити та експериментально перевірити ефективність психокорекційної програми, побудованої на методах когнітивно-

поведінкової терапії, для зниження тривожності у постраждалих унаслідок військових подій в Україні.

Для реалізації поставлених завдань у роботі було використано комплекс теоретичних, емпіричних та статистичних методів дослідження.

На теоретичному етапі застосовувалися: аналіз наукової психологічної літератури; синтез і узагальнення наукових підходів; порівняння та систематизація теоретичних положень. Застосування цих методів дало можливість визначити сучасний стан досліджуваної проблеми, уточнити зміст ключових понять та сформувати теоретико-методологічну основу дослідження.

З метою діагностики рівня тривожності, емоційного стану та індивідуально-психологічних особливостей респондентів було використано такі психодіагностичні методики:

- методика «Шкала диференціальних емоцій» Carroll Izard;
- Шкала тривоги Бека Aaron Beck;
- Методика визначення реактивної та особистісної тривожності Charles Spielberger;
- Особистісна шкала проявів тривожності Тейлора Janet Taylor.

Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася із використанням програмного забезпечення Microsoft Excel, що дозволило систематизувати отримані дані, провести їх кількісний аналіз та забезпечити об'єктивність інтерпретації результатів дослідження.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 104 сторінки. Робота містить 4 таблиці, 21 рисунок, 4 додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

1.1. Когнітивно-поведінкова терапія як сучасний напрям психологічної допомоги та психокорекції

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш результативних та науково обґрунтованих напрямів сучасної психотерапевтичної практики, що орієнтований на виявлення взаємозв'язку між мисленням людини, її емоційними реакціями та поведінковими моделями. Основна ідея цього підходу полягає в тому, що психологічний стан особистості значною мірою визначається не стільки самими життєвими обставинами, скільки способом їх сприйняття, осмислення та інтерпретації. Відповідно, трансформація деструктивних переконань, автоматичних негативних думок і неадаптивних поведінкових реакцій сприяє покращенню емоційного самопочуття, підвищенню рівня самоприйняття, розвитку навичок саморегуляції та формуванню більш ефективних стратегій досягнення особистісних цілей.

Практична реалізація когнітивно-поведінкової терапії передбачає поетапну та структуровану взаємодію між терапевтом і клієнтом. На початковому етапі здійснюється первинна психологічна оцінка стану особистості, в межах якої виявляються актуальні емоційні труднощі, симптоматика, характер тривожних переживань та наявність стійких негативних когнітивних схем. Наступним кроком виступає формування терапевтичних цілей, що дозволяє окреслити ключові напрямки психокорекційної роботи. Важливе місце у терапевтичному процесі займає когнітивна реструктуризація, яка спрямована на виявлення дисфункціональних думок, аналіз причин їх виникнення та поступову зміну неконструктивних способів мислення.

Поряд із когнітивною роботою активно використовуються поведінкові техніки, зокрема поведінкова активація, яка передбачає організацію щоденної активності клієнта, включення ресурсних дій та формування поведінкових моделей, що сприяють стабілізації емоційного стану. У роботі з тривожними розладами також широко застосовується експозиційний підхід, сутність якого полягає у поступовому та контрольованому контакті людини із ситуаціями, що

викликають страх або тривогу, з метою зниження інтенсивності емоційного реагування. Значущим компонентом терапії виступає виконання домашніх завдань, які дозволяють закріпити набуті навички самодопомоги поза межами терапевтичного кабінету. Упродовж усього терапевтичного процесу здійснюється регулярний моніторинг динаміки змін, оцінювання прогресу та корекція терапевтичної стратегії. Завершальними етапами є профілактика рецидивів і подальший супровід клієнта з метою підтримання досягнутих результатів.

Наукові засади когнітивної терапії були закладені Aaron Beck на початку 1960-х років в University of Pennsylvania. Спочатку цей підхід розроблявся як короткострокова, структурована форма психотерапії для осіб із депресивними розладами. Однак подальші дослідження підтвердили його високу ефективність і в роботі з тривожними станами, фобіями, посттравматичними переживаннями та іншими психоемоційними порушеннями. Головною метою когнітивної терапії стало не лише вирішення актуальних психологічних труднощів клієнта, а й трансформація глибинних дисфункціональних переконань, які підтримують неадаптивні емоційні реакції та поведінкові патерни [36].

Важливою характеристикою когнітивно-поведінкової терапії є її структурованість та концептуальна логічність. Ефективність психокорекційного процесу значною мірою залежить від правильного виявлення психологічних механізмів, що лежать в основі емоційних труднощів клієнта. Помилкова інтерпретація причин внутрішніх переживань може ускладнити терапевтичний процес та знизити результативність психотерапевтичного впливу.

У межах когнітивно-поведінкового підходу особливого значення набули моделі, що описують взаємозв'язок між життєвими подіями, мисленням та емоційними наслідками. Однією з ранніх моделей була схема А–С, де А відображає активуючу подію (*activating event*), а С — емоційні та поведінкові наслідки. Однак така модель не враховувала роль внутрішньої когнітивної обробки інформації. Саме тому Albert Ellis запропонував більш розгорнуту модель А–В–С [18], у якій:

- А — життєва подія або ситуація;
- В — когнітивна інтерпретація події, переконання, установки;
- С — емоційні та поведінкові наслідки.

Саме когнітивний компонент (В) визначає, яким чином особистість реагує на життєві обставини. Тому одним із ключових завдань психотерапевта є виявлення способів інтерпретації подій клієнтом, аналіз його внутрішнього діалогу та реконструкція деструктивних когнітивних схем.

Особливе значення у практиці когнітивно-поведінкової терапії має когнітивна концептуалізація, яка дозволяє терапевту системно дослідити психологічний досвід клієнта, його базові переконання, поведінкові реакції та емоційні патерни. Саме цей інструмент формує основу для побудови індивідуальної терапевтичної стратегії та забезпечує глибше розуміння внутрішнього світу особистості [17].

В умовах військових подій в Україні застосування когнітивно-поведінкової терапії набуває особливої актуальності, оскільки дозволяє ефективно працювати з тривожністю, наслідками психотравматичного досвіду, почуттям небезпеки, невизначеності та емоційного виснаження у постраждалих осіб.

На початковому етапі психотерапевтичної взаємодії фахівець здійснює первинне клініко-психологічне оцінювання стану клієнта, формуючи систему запитань, які дозволяють структурувати подальший терапевтичний процес і визначити ключові напрями психокорекційної роботи. У ході первинного аналізу терапевт висуває робочу гіпотезу щодо можливих психологічних механізмів виникнення та підтримання проблемного стану. При цьому увага зосереджується на виявленні автоматичних дисфункціональних думок, базових переконань особистості, негативних життєвих установок, наслідків психотравматичного досвіду, а також типових когнітивних викривлень, які можуть впливати на емоційне реагування та поведінку клієнта. Формування когнітивної концептуалізації розпочинається вже під час першої психотерапевтичної зустрічі та продовжується протягом усього терапевтичного процесу. У міру отримання нової інформації сформульована концептуальна модель уточнюється, розширюється та адаптується до індивідуальних особливостей клієнта, що сприяє підвищенню ефективності психотерапевтичного впливу [16].

Теоретико-практичні засади когнітивно-поведінкової терапії були детально описані у працях Д. Вестбрука, Г. Кеннерлі та Дж. Кірка, які визначили ключові принципи організації терапевтичної роботи. Перший принцип передбачає

постійне уточнення та розвиток когнітивного формулювання терапевтичного випадку, що дозволяє більш точно розуміти природу психологічних труднощів клієнта. Другий принцип підкреслює необхідність побудови стабільного терапевтичного альянсу, який базується на довірі, відкритості та психологічній безпеці. Третій принцип акцентує увагу на активній співпраці між терапевтом і клієнтом, оскільки досягнення позитивних змін значною мірою залежить від включеності обох сторін у терапевтичний процес.

Четвертий принцип визначає когнітивно-поведінкову терапію як цілеспрямований і проблемно-орієнтований підхід, у межах якого робота будується навколо конкретних психологічних труднощів і чітко сформульованих терапевтичних завдань. П'ятий принцип передбачає фокусування переважно на актуальному життєвому досвіді клієнта та його поточних переживаннях за принципом «тут і зараз», особливо на початкових етапах терапії.

Шостий принцип пов'язаний із профілактикою повторного виникнення симптоматики. Уже на першій сесії терапевт знайомить клієнта з особливостями його емоційного стану, пояснює механізми формування психологічних труднощів та демонструє когнітивну модель, яка дозволяє зрозуміти взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінковими реакціями. Сьомий принцип полягає у відносній часовій обмеженості терапевтичного процесу. У багатьох випадках при роботі з тривожними або депресивними станами позитивна динаміка може спостерігатися вже протягом 4–14 терапевтичних зустрічей.

Восьмий принцип характеризує терапію як чітко структурований процес, де кожна сесія має логічну послідовність, визначену мету, конкретний зміст і систему зворотного зв'язку. Незалежно від характеру психологічного запиту чи етапу терапії спеціаліст дотримується певного плану роботи, що забезпечує системність психокорекційного впливу.

Дев'ятий принцип орієнтує клієнта на розвиток навичок самопостереження, саморефлексії та критичного аналізу власного мислення. У процесі терапії людина вчиться ідентифікувати власні дисфункціональні переконання, оцінювати їхню реалістичність, аналізувати вплив цих думок на емоційний стан і поступово формувати більш адаптивні способи реагування на складні життєві обставини [17].

У науковій літературі, присвяченій розвитку та практичному застосуванню когнітивно-поведінкової терапії, Д. Вестбрук, Г. Кеннерлі та Дж. Кірк звертають увагу на низку поширених хибних уявлень щодо можливостей і змісту цього психотерапевтичного підходу. Аналіз таких стереотипів дозволяє глибше зрозуміти специфіку терапевтичного процесу та реальні механізми психокорекційного впливу.

Одним із найбільш поширених є міф про те, що в межах когнітивно-поведінкової терапії терапевтичні стосунки не відіграють суттєвої ролі. Подібне уявлення формує хибне сприйняття цього підходу як формалізованого або емоційно дистанційованого. Насправді ефективність терапевтичного процесу значною мірою залежить від якості взаємодії між терапевтом і клієнтом. Уже на початкових етапах роботи особливого значення набуває формування атмосфери психологічної безпеки, довіри та відкритості, що створює умови для глибшого саморозкриття клієнта та продуктивної спільної роботи. Хоча в когнітивно-поведінковій терапії терапевтичний альянс не розглядається як основний лікувальний інструмент, він є невід'ємною умовою ефективної психотерапевтичної взаємодії. Крім того, будь-які труднощі, які виникають у стосунках між терапевтом і клієнтом, розглядаються як важливий діагностичний матеріал, що може вказувати на актуальні переконання, страхи або внутрішні конфлікти особистості [19].

Іншим поширеним стереотипом є переконання, що когнітивно-поведінкова терапія має механістичний або шаблонний характер. Насправді, попри наявність розроблених терапевтичних моделей для окремих психічних розладів, кожен терапевтичний випадок розглядається індивідуально. Наприклад, при роботі з панічними станами увага може бути зосереджена на катастрофічному трактуванні фізіологічних симптомів, тоді як у роботі з депресивними станами ключовими є негативні уявлення людини про себе, інших і навколишній світ. Однак застосування конкретних технік ніколи не здійснюється за універсальним шаблоном. Терапевтична стратегія формується на основі індивідуальної когнітивної концептуалізації, яка дозволяє виявити психологічні механізми, що підтримують проблему конкретного клієнта, а також взаємозв'язки між його думками, емоційними реакціями, поведінкою та фізіологічними проявами [19].

Ще одним поширеним міфом є уявлення про те, що когнітивно-поведінкова терапія ефективна лише при відносно простих психологічних запитах. Проте сучасні наукові дослідження переконливо демонструють високу результативність цього підходу не лише при тривожних чи депресивних станах, але й при більш складних психічних порушеннях, включаючи розлади особистості, obsесивно-компульсивні прояви, наслідки психотравмального досвіду та інші форми емоційної дезадаптації. Важливою умовою позитивної терапевтичної динаміки є активна участь самого клієнта в терапевтичному процесі та його готовність до внутрішньої роботи [18].

Окреме місце серед стереотипів займає твердження про те, що когнітивно-поведінкова терапія не працює з неусвідомленими психічними процесами. На відміну від психоаналітичного підходу, цей напрям не використовує класичну концепцію несвідомого, проте визнає існування автоматизованих когнітивних процесів, які не завжди усвідомлюються людиною. Такі когнітивні реакції можуть існувати на передсвідомому рівні та ставати доступними для усвідомлення за умови відповідної психотерапевтичної роботи. Для цього широко застосовуються методи сократичного діалогу, самоспостереження, аналізу внутрішнього діалогу та рефлексії. Особливо це важливо у роботі з клієнтами, які мають психотравмувальний досвід або схильні до уникнення болісних спогадів і внутрішніх переживань [19].

Також нерідко зустрічається переконання, що когнітивно-поведінкова терапія підходить лише тим клієнтам, які мають високий рівень психологічної усвідомленості або схильність до самоаналізу. Насправді рівень початкової психологічної підготовленості не є визначальним критерієм ефективності цього методу. Якщо клієнту складно усвідомлювати власні думки, почуття чи внутрішні реакції, завдання терапевта полягає у поступовому розвитку цих навичок. Через спеціально підібрані вправи, практичні завдання та психоосвіту клієнт поступово набуває здатності краще розуміти власний внутрішній досвід. У складних випадках можуть проводитися пробні терапевтичні зустрічі, що дозволяє оцінити готовність людини до такого формату психологічної роботи [19].

У процесі психокорекційної роботи важливе місце займає формування у клієнта розуміння когнітивної моделі власного психологічного функціонування.

Терапевтичний процес спрямовується на усвідомлення того, яким чином внутрішні переконання впливають на емоційні стани, поведінкові реакції та сприйняття життєвих подій. У цьому контексті особливого значення набуває ознайомлення клієнта з базовими елементами когнітивної структури особистості, зокрема з такими поняттями, як глибинні переконання, проміжні переконання та автоматичні думки.

Починаючи з раннього дитинства, людина поступово формує систему уявлень про себе, інших людей і навколишній світ. Ці уявлення стають основою подальшого емоційного реагування та поведінки. Найбільш фундаментальним рівнем когнітивної організації є глибинні переконання — стійкі внутрішні установки, які формуються під впливом життєвого досвіду та часто залишаються поза межами свідомого контролю. Вони мають глобальний характер, глибоко інтегровані у структуру особистості та зазвичай чинять опір швидким змінам.

На проміжному рівні знаходяться умовні припущення, правила та життєві установки, які визначають способи реагування людини у соціальних ситуаціях. Найбільш доступним для усвідомлення рівнем виступають автоматичні думки — швидкі вербальні формулювання, внутрішні образи або миттєві інтерпретації подій, які безпосередньо впливають на емоційний стан особистості. Саме робота з автоматичними думками часто стає початковим етапом психотерапевтичного втручання, оскільки їх виявлення та переосмислення дозволяє клієнту навчитися краще відстежувати зміни власного емоційного стану, особливо в моменти посилення тривоги, страху чи внутрішнього напруження.

Ситуація→Автоматичні думки→Емоції.



Проміжні переконання.



Глибинне переконання

Рис. 1.1. Модель когнітивно-поведінкової терапії [17]

У своїх наукових працях Robert Leahy виокремлює низку базових технік, які становлять основу практичного застосування когнітивно-поведінкової терапії. До

таких методів дослідник відносить ідентифікацію автоматичних думок, їх подальший аналіз та перевірку достовірності, дослідження прихованих припущень і життєвих правил особистості, а також виявлення когнітивних викривлень, що виникають у процесі сприйняття та інтерпретації інформації [17].

Одним із центральних напрямів психотерапевтичної роботи є формування у клієнта здатності розмежовувати власні думки, емоційні переживання та об'єктивну реальність. Такий підхід дозволяє особистості усвідомити, що емоційні реакції часто виникають не безпосередньо внаслідок певної події, а через її суб'єктивну когнітивну інтерпретацію. Саме тому в процесі терапії особлива увага приділяється розвитку навичок спостереження за автоматичними думками, які впливають на емоційний стан, поведінкові реакції та загальне психологічне самопочуття.

Окреме місце в терапевтичному процесі займає робота з внутрішніми правилами, переконаннями та припущеннями, які часто проявляються у формі жорстких когнітивних конструкцій, таких як: «я повинен», «мені необхідно», «якщо..., то...», «я зобов'язаний». Подібні установки нерідко стають джерелом внутрішнього напруження, сприяють формуванню неадаптивних моделей поведінки, закріпленню неефективних копінг-стратегій та підтриманню негативних когнітивних схем [17].

У межах когнітивно-поведінкового підходу значна увага також приділяється аналізу типових логічних помилок, які виникають у процесі мислення. До таких когнітивних викривлень можуть належати катастрофізація, надмірне узагальнення, селективне сприйняття негативної інформації, персоналізація, полярне мислення та інші помилки обробки інформації. Подібні механізми часто призводять до формування так званої упередженості підтвердження, коли людина схильна помічати лише ту інформацію, яка підтримує її негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ. Саме виявлення, усвідомлення та подальша корекція таких когнітивних викривлень є одним із ключових компонентів ефективної психотерапевтичної роботи.

Висока ефективність когнітивно-поведінкової терапії значною мірою забезпечується використанням таких методологічних підходів, як емпіризм співпраці, сократичний діалог та спрямоване відкриття.

Емпіризм співпраці передбачає активну участь клієнта у терапевтичному процесі. Особистість не займає пасивну позицію, а виступає повноцінним учасником психотерапії, бере участь у дослідженні власних переживань, ставить запитання, аналізує внутрішні реакції та спільно з терапевтом формує нові способи розуміння власного досвіду. У такому форматі психотерапевт виступає не як наставник, який дає готові відповіді, а як професійний супровідник, який допомагає клієнту самостійно знаходити психологічно конструктивні рішення.

Сократичний діалог базується на використанні спеціально побудованої системи запитань, що стимулюють глибшу рефлексію та критичне осмислення власних переконань. Завдяки такому формату клієнт поступово починає помічати внутрішні суперечності у власному мисленні, аналізувати логіку своїх висновків і переоцінювати усталені когнітивні установки. При цьому остаточні висновки формуються не терапевтом, а самим клієнтом у процесі особистісного усвідомлення.

Не менш важливим механізмом є спрямоване відкриття, яке передбачає створення терапевтичного простору, у якому людина самостійно приходить до нових психологічних інсайтів. Завдання терапевта полягає не у нав'язуванні готових рішень, а у створенні умов, за яких клієнт може сам виявити власні когнітивні викривлення, поведінкові патерни та емоційні тригери. Такий формат роботи сприяє більш глибокому внутрішньому засвоєнню нових способів мислення та поведінки [25].

На початкових етапах терапії фахівець допомагає клієнту чітко визначити психологічну проблему, сформулювати основні терапевтичні цілі та окреслити бажані результати психокорекційної роботи. Після цього індивідуально підбираються конкретні психотерапевтичні техніки залежно від характеру емоційних труднощів, серед яких можуть бути тривожні стани, депресивні переживання, прояви гніву, емоційне виснаження або наслідки психотравмального досвіду.

Окрім класичних когнітивно-поведінкових інструментів, у сучасній психотерапевтичній практиці активно використовуються також елементи схема-терапії, спрямовані на виявлення глибинних психологічних схем, дослідження причин їх формування, аналіз поведінкових механізмів уникнення, компенсації

або підтримки цих схем. Подальша психотерапевтична робота спрямована на зниження ригідності деструктивних когнітивних структур, розширення поведінкового репертуару особистості та формування більш адаптивних способів емоційного реагування [16].

Важливим напрямом сучасної когнітивно-поведінкової терапії є робота з дезадаптивними психологічними схемами, які формуються в процесі життєвого досвіду особистості та можуть тривалий час впливати на емоційне реагування, поведінкові стратегії й міжособистісну взаємодію. У процесі психотерапевтичної роботи здійснюється виявлення таких схем, аналіз умов їх формування, дослідження чинників, які сприяли їх закріпленню, а також оцінювання поведінкових механізмів, за допомогою яких людина підтримує їх існування. До таких механізмів можуть належати уникнення психологічно значущих ситуацій, надмірна компенсація внутрішньої вразливості або автоматичне відтворення звичних деструктивних моделей реагування. Застосування спеціальних психотерапевтичних технік дозволяє поступово знижувати ригідність цих схем, зменшувати частоту їх прояву та формувати більш адаптивні способи психологічного функціонування [16].

Не менш значущим компонентом психотерапевтичного процесу є розвиток навичок емоційної саморегуляції. У сучасній практиці дедалі більше уваги приділяється терапії емоційних схем, технікам усвідомленості, розвитку емоційного прийняття та формуванню здатності екологічно проживати складні внутрішні стани. У деяких клінічних випадках саме стабілізація емоційного стану стає першочерговим терапевтичним завданням. Це особливо актуально тоді, коли виражена емоційна дезрегуляція перешкоджає повноцінному когнітивному аналізу, ускладнює застосування поведінкових технік, експозиційної роботи або навіть створює ризики для психологічної безпеки самого клієнта чи його оточення [16].

Відповідно до підходу Judith Beck, психотерапевтична сесія в межах когнітивно-поведінкового підходу має чітку внутрішню структуру, що забезпечує системність терапевтичного процесу та сприяє досягненню поставлених цілей [17].

Першим етапом є визначення порядку денного сесії. На цьому етапі

терапевт разом із клієнтом формує перелік актуальних питань, які потребують опрацювання в межах конкретної зустрічі. Такий підхід дозволяє зосередитися на найбільш значущих психологічних труднощах та уникнути неструктурованих розмов, які можуть знижувати ефективність терапії.

Наступним етапом є оцінювання емоційного стану клієнта. Для цього використовуються як стандартизовані психодіагностичні інструменти, так і суб'єктивна самооцінка внутрішнього стану. Зокрема можуть застосовуватися Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Бека та Шкала безнадійності Бека, розроблені Aaron Beck. Крім того, терапевт навчає клієнта самостійно оцінювати інтенсивність власних переживань за шкалою від 0 до 100 балів, що сприяє розвитку емоційної усвідомленості та навичок самоспостереження.

Третій етап включає аналіз актуальних труднощів клієнта, його основних скарг, життєвих проблем та внутрішніх переживань. У ході обговорення уточнюються запити клієнта, визначаються короткострокові та довгострокові терапевтичні цілі.

Четвертим етапом виступає ознайомлення клієнта з когнітивною моделлю, що дозволяє йому зрозуміти взаємозв'язок між думками, емоційними реакціями, фізіологічними проявами та поведінкою.

П'ятий етап пов'язаний із обговоренням очікувань від терапії, де клієнт має можливість сформулювати власне бачення результатів психологічної роботи, а також усвідомити роль активної участі у терапевтичному процесі.

Шостий етап передбачає психоосвіту, під час якої терапевт пояснює клієнту природу його психологічного стану, особливості виникнення симптоматики, фактори підтримання проблеми та можливі механізми її подолання.

На завершальному етапі сесії здійснюється узагальнення результатів зустрічі, підбиття проміжних підсумків та визначення практичних завдань для самостійного опрацювання між сесіями.

Особливе значення має також зворотний зв'язок, який дозволяє клієнту висловити власні враження, оцінити корисність проведеної роботи та окреслити теми, які потребують подальшого опрацювання. Зокрема терапевт може запропонувати клієнту відповісти на такі рефлексивні питання:

- Що було для вас найбільш цінним або значущим під час

сьогоднішньої зустрічі?

- Які думки чи переживання викликала сьогоднішня робота?
- Які висновки ви зробили для себе після обговорення?
- На які питання ви хотіли б звернути увагу на наступній сесії? [17]

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія є структурованим, цілеспрямованим і орієнтованим на результат методом психологічної допомоги. Її ефективність значною мірою забезпечується системністю психотерапевтичного процесу, чіткою методологічною базою та глибокою когнітивною концептуалізацією, яка дозволяє комплексно зрозуміти особистість клієнта та обрати найбільш ефективні психокорекційні стратегії.

У процесі роботи з клієнтом терапевт також аналізує низку факторів, що можуть впливати на формування та підтримання психологічних труднощів. До них належать:

- фактори психологічної схильності (ранній негативний досвід, особливості темпераменту, умови виховання, соціальне середовище);
- біологічні та спадкові чинники;
- сформовані глибинні переконання;
- індивідуальні життєві правила та установки;
- актуальні життєві труднощі;
- критичні події, які стали пусковим механізмом розвитку проблеми;
- зовнішні та внутрішні тригери;
- чинники, які посилюють або модифікують перебіг психологічного стану;
- особистісні ресурси, що можуть бути використані в процесі психотерапевтичного відновлення.

Саме комплексне врахування цих компонентів дозволяє побудувати ефективну індивідуальну стратегію психологічної допомоги та сприяє стійким позитивним змінам у психоемоційному стані особистості.

1.2. Тривожність як психологічний феномен у контексті основних наукових

підходів та концепцій

У психологічній науці тривога розглядається як багатовимірний психоемоційний стан, що охоплює одночасно когнітивний, фізіологічний та поведінковий рівні реагування особистості. Комплексність цього явища пояснюється тим, що тривожні переживання впливають не лише на емоційне самопочуття людини, а й на особливості її мислення, тілесні реакції та способи взаємодії з навколишнім середовищем.

Згідно з науковими підходами А. В. Будник, на когнітивному рівні тривожність проявляється через домінування негативно забарвлених думок, прогнозування несприятливих подій та схильність до очікування потенційної небезпеки ще до реального виникнення загрозової ситуації. Такі когнітивні реакції нерідко пов'язані з базовими переконаннями людини щодо себе, інших людей і навколишнього світу, а також із попереднім психотравматичним досвідом, який впливає на сприйняття реальності.

На фізіологічному рівні тривожний стан супроводжується активацією симпатичного відділу нервової системи, що є природною реакцією організму на потенційну загрозу. У результаті цього можуть спостерігатися прискорене серцебиття, зміни дихального ритму, посилене потовиділення, м'язова напруга, відчуття внутрішнього дискомфорту або тілесного виснаження.

На поведінковому рівні тривожність може проявлятися через уникнення потенційно стресових ситуацій, підвищену настороженість, постійний контроль навколишнього середовища, повторювані дії або ритуалізовану поведінку, спрямовану на зниження внутрішнього напруження. Подібні поведінкові реакції можуть тимчасово знижувати емоційний дискомфорт, однак у довгостроковій перспективі часто підтримують і закріплюють тривожний стан [18].

Дослідження природи тривожності має не лише теоретичне, але й важливе прикладне значення для системи охорони психічного здоров'я. У сучасному суспільстві тривожні розлади належать до найбільш поширених форм психологічної дезадаптації, що охоплюють мільйони людей у різних країнах світу. Поглиблене вивчення психологічних механізмів розвитку тривоги дозволяє виявляти фактори ризику, визначати захисні психологічні ресурси, а також

розробляти ефективні програми профілактики та психотерапевтичної допомоги.

Тривожні стани здатні суттєво впливати не лише на психічне, а й на соматичне здоров'я людини. Тривале перебування в умовах хронічної тривоги може призводити до порушень у функціонуванні системи стресової адаптації організму. У результаті цього можуть активізуватися запальні процеси, зростати рівень оксидативного стресу, погіршуватися робота серцево-судинної, ендокринної та імунної систем. Наукові дослідження підтверджують взаємозв'язок між тривалими тривожними станами та підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань, метаболічних порушень, зокрема цукрового діабету, а також аутоімунних патологій.

Крім фізіологічних наслідків, тривожність істотно впливає на соціальне функціонування особистості. Особи з вираженими тривожними проявами нерідко стикаються з труднощами у побудові міжособистісних взаємин, відчуттям соціальної відчуженості, зниженням якості комунікації та звуженням соціальної активності. Соціальна ізоляція, страх оцінювання з боку інших людей або невпевненість у власних можливостях можуть значно знижувати загальний рівень якості життя. Саме тому вивчення соціально-психологічних чинників тривожності є важливим напрямом розроблення ефективних психотерапевтичних стратегій [18].

У сучасних умовах проблема тривожності набуває особливої актуальності, оскільки в різних країнах спостерігається стійка тенденція до зростання кількості випадків тривожних розладів. Серед основних причин цього явища дослідники виокремлюють високий рівень соціального стресу, інформаційне перевантаження, економічну нестабільність, міжособистісну ізоляцію, невизначеність майбутнього та наслідки кризових суспільних процесів.

Таким чином, тривожність є складним психологічним феноменом, який має суттєвий вплив на емоційне благополуччя, фізичне здоров'я, соціальну адаптацію та загальне функціонування особистості. Поглиблене вивчення механізмів її виникнення, розвитку та підтримання створює наукову основу для розроблення більш ефективних психотерапевтичних підходів, профілактичних програм і стратегій психологічної допомоги, спрямованих на покращення психічного здоров'я населення [4].

У межах альтернативних психотерапевтичних підходів цікаве пояснення природи тривожності пропонує гештальт-терапія. Цей напрям психологічної допомоги ґрунтується на цілісному розумінні особистості та акцентує увагу на інтеграції усвідомлення, емоційного переживання, відповідальності, мислення та поведінки людини. Основна увага приділяється тому, яким чином особистість проживає власний досвід у поточному моменті та будує контакт із зовнішнім світом.

У контексті гештальт-підходу тривога не розглядається виключно як деструктивний симптом. Навпаки, вона трактується як природна психологічна реакція організму на внутрішню або зовнішню напругу, невизначеність чи необхідність змін. Тривожний стан виникає в момент усвідомлення розбіжності між актуальною життєвою ситуацією та бажаним станом, до якого прагне людина. У такому розумінні тривога виступає не лише сигналом внутрішнього конфлікту, але й потенційним джерелом психологічної енергії, яка може бути спрямована на особистісний розвиток, адаптацію та подолання життєвих труднощів.

Одним із фундаментальних положень гештальт-терапії є зосередження на принципі «тут і зараз», який визначає особливості психотерапевтичної взаємодії та розуміння внутрішнього досвіду особистості. У межах цього підходу особлива увага приділяється актуальному моменту життя людини, її безпосереднім переживанням, емоційним реакціям, тілесним відчуттям і думкам, які виникають у поточній ситуації. Гештальт-терапевти виходять із того, що надмірна фіксація на минулому досвіді або постійне занепокоєння майбутнім часто стають джерелом внутрішнього напруження та підсилюють тривожні стани. Саме тому одним із завдань психотерапевтичної роботи є повернення клієнта до усвідомлення власного досвіду в теперішньому моменті, що сприяє глибшому контакту із собою та власними емоційними потребами [15].

У процесі психотерапії клієнт поступово навчається звертати увагу на власні внутрішні переживання, усвідомлювати емоції, тілесні реакції, думки та переконання, які можуть лежати в основі формування тривожності. Аналізуючи власні поведінкові патерни та способи реагування на стресові ситуації, людина починає краще розуміти психологічні механізми виникнення тривоги. Усвідомлення цих внутрішніх процесів створює основу для розвитку більш

адаптивних способів емоційного реагування та формування ефективних стратегій подолання тривожних станів [15].

Важливе місце в гештальт-підході займають терапевтичні стосунки. Представники цього напрямку розглядають взаємодію між терапевтом і клієнтом як один із ключових факторів психологічного зростання та внутрішньої трансформації особистості. Саме в безпечному, приймаючому та емоційно підтримуючому середовищі клієнт отримує можливість глибше досліджувати власні переживання, усвідомлювати приховані емоції, формувати довіру до себе та інших, а також набувати нового емоційного досвіду. Терапевтичний контакт стає простором, у якому особистість може відкрито проживати складні почуття та поступово відновлювати внутрішню цілісність.

Для роботи з тривожними станами гештальт-терапія використовує широкий спектр психотерапевтичних технік. Одним із провідних інструментів є розвиток навички присутності в поточному моменті, що дозволяє клієнту не уникати власних переживань, а навчитися приймати їх без внутрішнього осуду чи пригнічення. Через усвідомлене спостереження за своїми емоціями людина поступово набуває здатності краще регулювати власний внутрішній стан.

Не менш значущою технікою є терапевтичний діалог, який передбачає щире, відкрито побудоване спілкування між терапевтом і клієнтом. У ході такого діалогу особистість отримує можливість вербалізувати власні переживання, досліджувати внутрішні конфлікти та усвідомлювати ті психологічні процеси, які раніше могли залишатися поза межами свідомості.

У практиці гештальт-терапії також активно застосовуються експериментальні техніки, які дозволяють людині проживати власний досвід більш безпосередньо та емоційно. До таких методів можуть належати рольове програвання ситуацій, робота з внутрішніми образами, тілесно-орієнтовані вправи, техніки розвитку усвідомлення тілесних відчуттів і внутрішніх реакцій. Завдяки таким практикам клієнт не лише усвідомлює природу власної тривоги, але й отримує можливість дослідити її на глибшому емоційному рівні.

Особливістю гештальт-підходу є також його орієнтація на активізацію особистісних змін. Гештальт-терапія не обмежується лише аналізом внутрішнього досвіду людини, а стимулює її до конкретних поведінкових дій, спрямованих на

покращення якості життя. На думку А. М. Кобозєва та Т. Є. Черничевської, цей психотерапевтичний підхід мотивує клієнта не лише до усвідомлення власних переживань, а й до практичних змін, спрямованих на подолання внутрішніх обмежень і реалізацію особистісного потенціалу [20].

Послідовне здійснення навіть незначних, але регулярних кроків у напрямі особистісного розвитку сприяє підвищенню самооцінки, формуванню внутрішньої впевненості, зміцненню емоційної стійкості та розвитку здатності більш конструктивно справлятися з тривожними переживаннями у майбутньому.

Таким чином, гештальт-терапія пропонує цілісний, глибокий і практично орієнтований підхід до розуміння природи тривожності. Завдяки поєднанню роботи з усвідомленням, емоційним досвідом, терапевтичними стосунками та практичними техніками саморегуляції цей метод дозволяє не лише виявити внутрішні джерела тривоги, але й трансформувати її в ресурс особистісного розвитку, психологічної адаптації та внутрішнього зростання.

З позицій психоаналітичного підходу природа тривожності пояснюється дещо інакше. Засновник психоаналізу Sigmund Freud та його послідовники розглядали тривогу як зовнішній прояв глибинних внутрішньоособистісних конфліктів, корені яких переважно формуються на ранніх етапах психічного розвитку людини. Згідно з цим підходом, тривожні переживання можуть бути пов'язані з неусвідомленими бажаннями, пригніченими емоціями, внутрішніми суперечностями між потребами, моральними установками та соціальними обмеженнями. Саме ці внутрішні конфлікти, які залишаються поза межами свідомого контролю, здатні зумовлювати виникнення стійких тривожних станів та впливати на подальше психологічне функціонування особистості.

У межах психоаналітичного підходу тривога розглядається як своєрідний психологічний сигнал, який вказує на існування внутрішньоособистісних суперечностей, що не були усвідомлені або конструктивно опрацьовані. Представники цього напрямку вважають, що джерела тривожних переживань часто пов'язані з раннім дитячим досвідом, незадоволеними емоційними потребами, пригніченими почуттями або внутрішніми страхами, які з певних причин не отримали свого вираження. Саме тому тривога виступає не лише симптомом емоційного дискомфорту, але й показником існування глибших психологічних

конфліктів.

Згідно з психоаналітичною концепцією, значна частина емоційних переживань людини залишається на несвідомому рівні. Пригнічені емоції, внутрішні суперечності, витіснені спогади або конфліктні переживання можуть тривалий час залишатися поза межами свідомого усвідомлення, однак продовжувати впливати на психологічний стан особистості, сприяючи виникненню тривожності. Для зменшення внутрішнього напруження психіка активує різні захисні механізми, які тимчасово допомагають людині адаптуватися до емоційно складних переживань. До найбільш поширених механізмів психологічного захисту належать витіснення, заперечення, проєкція, пригнічення та сублімація. Використання таких механізмів дозволяє знижувати рівень внутрішнього конфлікту, проте нерідко може ускладнювати усвідомлення справжніх причин емоційного дискомфорту [27].

У психоаналітичній практиці для дослідження глибинних причин тривожності застосовуються спеціальні психотерапевтичні методи, серед яких особливе місце займають вільні асоціації та аналіз сновидінь. Метод вільних асоціацій передбачає, що клієнт без обмежень вербалізує будь-які думки, образи чи спогади, які виникають у свідомості, не піддаючи їх внутрішній цензурі. Такий процес дозволяє поступово наблизитися до прихованих переживань і неусвідомлених конфліктів.

Не менш важливим інструментом є аналіз сновидінь, у межах якого символічний зміст снів розглядається як можливий прояв несвідомих внутрішніх переживань, пригнічених емоцій або психологічних конфліктів. Через інтерпретацію сновидінь терапевт отримує додаткову інформацію про внутрішній світ клієнта та особливості його емоційного функціонування.

Особлива увага в психоаналізі приділяється ролі дитячого досвіду у формуванні особистості. Негативні або психотравматичні події раннього періоду розвитку, зокрема емоційне нехтування, відсутність почуття безпеки, психологічне або фізичне насильство, порушення прив'язаності чи нестача батьківської підтримки, можуть стати основою для формування неусвідомлених внутрішніх конфліктів. У подальшому це здатне впливати на емоційну регуляцію, міжособистісну взаємодію та схильність до тривожних реакцій.

Важливою складовою психоаналітичної роботи є також усвідомлення пригнічених емоцій. Терапевтичний процес спрямований на поступове виявлення внутрішніх переживань, які з певних причин були витіснені або заблоковані психологічними захисними механізмами. Через безпечну терапевтичну взаємодію клієнт отримує можливість поступово наближатися до власних емоцій, усвідомлювати їх та інтегрувати у свій психологічний досвід.

Таким чином, психоаналітичний підхід до розуміння тривожності акцентує увагу на ролі несвідомих психічних процесів, дитячих переживань, захисних механізмів та внутрішньоособистісних конфліктів у формуванні емоційного стану людини. Завдяки тривалій та глибинній психотерапевтичній роботі особистість отримує можливість краще зрозуміти власні внутрішні переживання, опрацювати приховані емоційні конфлікти та сформувати більш адаптивні способи емоційного реагування.

Інший погляд на природу тривожності пропонує нейролінгвістичне програмування (НЛП). Цей напрям практичної психології орієнтований на дослідження особливостей мислення, емоційного реагування та поведінкових моделей людини з метою їх подальшої трансформації та досягнення бажаних психологічних результатів.

У межах НЛП тривожність розглядається як когнітивно-емоційний стан, що формується під впливом внутрішніх психічних репрезентацій, таких як образи, внутрішній діалог, спогади або тілесні відчуття. Вважається, що людина несвідомо створює певні ментальні конструкції, які можуть активувати небажані емоційні реакції, зокрема страх, напруження або тривогу. Основна мета цього підходу полягає у виявленні способів, за допомогою яких особистість формує тривожний стан, та подальшій зміні цих внутрішніх процесів у більш ресурсний напрям.

З точки зору НЛП, тривожність не стільки діагностується як клінічний симптом, скільки розглядається як результат специфічної внутрішньої організації психічного досвіду. Саме тому психотерапевтична робота спрямовується на трансформацію внутрішніх образів, звукових уявлень, тілесних реакцій і когнітивних асоціацій, які підтримують стан тривоги.

Одним із перших етапів роботи з тривожністю в НЛП є виявлення

внутрішніх репрезентацій тривоги. Терапевт допомагає клієнту визначити, у який спосіб тривожний стан проявляється у внутрішньому досвіді:

- на візуальному рівні — через негативні образи можливих невдач, небезпеки або загроз;
- на аудіальному рівні — через внутрішню самокритику, тривожний внутрішній діалог або повторювані негативні фрази;
- на кінестетичному рівні — через тілесне напруження, дискомфорт, тремтіння, відчуття стискання або інші фізичні реакції.

Особливе значення в НЛП приділяється роботі із субмодальностями — характеристиками внутрішніх образів, звуків або відчуттів. До таких параметрів можуть належати яскравість образу, його розмір, віддаленість, інтенсивність звуку, тембр голосу або сила тілесних відчуттів.

Наприклад, якщо тривога пов'язана з яскравим і деталізованим образом можливої невдачі, терапевтична робота може бути спрямована на зміну цього образу — його зменшення, розмиття, віддалення або зниження кольорової насиченості. Якщо внутрішній критичний голос посилює тривогу, клієнту може пропонуватися змінити його тон, зробити його тихішим або надати йому менш загрозливого звучання. Подібні техніки дозволяють зменшити емоційну інтенсивність тривожних переживань та сприяють формуванню більш стабільного психологічного стану.

Одним із практичних інструментів роботи з тривожними станами в межах нейролінгвістичного програмування є техніка дисоціації. Її сутність полягає у створенні психологічної дистанції між людиною та ситуацією, яка викликає сильне емоційне напруження. У процесі виконання цієї техніки клієнт уявно переходить із позиції безпосереднього учасника події в позицію стороннього спостерігача. Така зміна перспективи дозволяє знизити інтенсивність емоційного реагування, зменшити внутрішнє напруження та більш об'єктивно оцінити ситуацію. Наприклад, тривожна подія може уявлятися як епізод фільму, який людина спостерігає на екрані, не будучи безпосередньо залученою до подій.

Ще одним інструментом психологічної корекції є техніка «швидкої фобії», яка використовується для послаблення емоційного заряду, пов'язаного зі страхом або тривожними переживаннями. У межах цієї техніки неприємні або лякаючі

образи можуть програватися у зміненому форматі — наприклад, у зворотній послідовності, у прискореному темпі або в карикатурній формі. Така трансформація внутрішнього образу допомагає змінити емоційне ставлення до травматичного або тривожного досвіду та формує нові, менш загрозливі асоціації.

У НЛП також активно використовується техніка «якоріння», або фіксації ресурсного стану. Цей метод спрямований на створення стійкого зв'язку між позитивним емоційним переживанням (відчуттям спокою, впевненості, внутрішньої стабільності) та певним зовнішнім або тілесним стимулом. Наприклад, людина може пов'язати стан психологічної рівноваги з легким дотиком до руки, стисканням пальців або певним внутрішнім образом. Надалі в момент виникнення тривоги активація такого «якоря» сприяє швидшому поверненню до ресурсного емоційного стану [36].

Ще одним ефективним інструментом є рефреймінг, який передбачає зміну значення або контексту сприйняття певної події. У межах цього підходу тривога не сприймається виключно як негативний симптом, а розглядається як внутрішній сигнал про необхідність адаптації, підготовки або більш усвідомленого ставлення до майбутніх подій. Наприклад, замість установки «я не впораюсь із цією ситуацією» людина поступово формує нову когнітивну позицію: «моє хвилювання підказує мені, що варто краще підготуватися». Така зміна когнітивного контексту дозволяє зменшити емоційне навантаження та підвищити відчуття контролю.

Окреме місце в НЛП займає робота з часовою перспективою. Дослідники зазначають, що тривога щодо майбутнього нерідко посилюється тоді, коли майбутня подія суб'єктивно сприймається як надто близька та емоційно значуща. Через техніку візуального дистанціювання людина навчається змінювати внутрішнє сприйняття часової дистанції, уявно віддаляючи майбутню подію на часовій лінії, що сприяє зниженню емоційної напруги та більш реалістичному сприйняттю ситуації.

Таким чином, нейролінгвістичне програмування пропонує низку практичних інструментів для роботи з тривожними станами, орієнтованих на зміну внутрішніх когнітивних моделей, емоційних реакцій та сенсорних репрезентацій досвіду. Хоча ефективність окремих технік потребує подальшого

наукового підтвердження, цей підхід уже активно використовується в короткостроковій психологічній допомозі.

Окремим напрямом психотерапевтичної роботи з тривожністю є експозиційна терапія, яка належить до методів когнітивно-поведінкової терапії. Її сутність полягає у поступовому, контрольованому контакті людини з ситуаціями, об'єктами або переживаннями, які викликають страх чи тривогу. Метою такого впливу є поступове зниження інтенсивності емоційного реагування та формування більш адаптивних моделей поведінки. Експозиційна робота може здійснюватися як у реальних життєвих обставинах, так і в уяві, залежно від індивідуальних особливостей клієнта та характеру його запиту. Для посилення терапевтичного ефекту цей метод часто поєднується з техніками м'язової релаксації, дихальними вправами та методами саморегуляції.

У сучасній психотерапевтичній практиці значної популярності набувають також підходи, засновані на усвідомленості. До них належать програми зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR) та когнітивна терапія на основі усвідомленості (MBCT). Ці методи спрямовані на розвиток здатності бути присутнім у поточному моменті, усвідомлювати власні думки, емоції та тілесні реакції без внутрішнього осуду. Практика усвідомленості демонструє високу ефективність у зниженні рівня тривожності, стабілізації емоційного стану та покращенні загального психологічного благополуччя.

Ефективним форматом психологічної допомоги при тривожних розладах є також групова психотерапія. Робота в групі створює підтримуюче середовище, у якому учасники можуть ділитися власним досвідом, отримувати емоційну підтримку, спостерігати за способами подолання труднощів інших людей та формувати нові поведінкові навички. Груповий формат часто доповнює індивідуальну терапію та сприяє соціальній адаптації.

У деяких випадках психотерапевтична допомога може поєднуватися з медикаментозною підтримкою. Найчастіше при лікуванні тривожних розладів використовуються селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), бензодіазепіни та бета-блокатори. Медикаментозна терапія може виступати допоміжним компонентом лікування, особливо при вираженій симптоматиці або значному зниженні якості життя пацієнта [20].

Таким чином, сучасна психотерапія тривожних станів охоплює широкий спектр методів психологічної допомоги, серед яких когнітивно-поведінковий підхід, психодинамічна терапія, експозиційні методики, техніки усвідомленості, групова робота та фармакологічна підтримка. Комплексне використання цих інструментів дозволяє більш ефективно працювати з причинами тривожності, коригувати дезадаптивні моделі мислення та поведінки, а також сприяти відновленню емоційної стабільності особистості.

Перспективним напрямом сучасних досліджень тривожності залишається вивчення нейробіологічних механізмів виникнення тривожних станів. Розвиток нейропсихології та нейронаук дозволяє глибше досліджувати функціонування мозкових структур, нейронних мереж і нейрохімічних процесів, що беруть участь у формуванні тривоги.

Окрему увагу привертають цифрові психотерапевтичні технології, зокрема використання віртуальної реальності в експозиційній терапії, мобільних додатків для психологічної самодопомоги та цифрових платформ психічного здоров'я, які демонструють перспективні результати в роботі з тривожними станами.

Не менш важливим є розвиток програм ранньої профілактики та своєчасного втручання, оскільки раннє виявлення ознак тривожності значно знижує ризик формування хронічних психоемоційних порушень.

Окремим науковим напрямом залишається дослідження коморбідності тривожних розладів, тобто їх поєднання з іншими психічними станами, зокрема депресивними розладами, адиктивною поведінкою та розладами емоційної регуляції. Подальше вивчення цих взаємозв'язків дозволить удосконалити психотерапевтичні стратегії та створити більш ефективні індивідуалізовані програми психологічної допомоги.

Отже, дослідження тривожності залишається одним із найбільш динамічних напрямів сучасної психології, що відкриває широкі можливості для глибшого розуміння природи цього феномену та розроблення ефективних методів психологічного втручання, спрямованих на покращення психічного здоров'я та якості життя людини.

1.3. Особливості застосування методів когнітивно-поведінкової терапії у

подоланні тривожних станів

У психологічній науці тривога розглядається як особливий емоційний стан, що супроводжується внутрішнім напруженням, почуттям дискомфорту, очікуванням потенційної небезпеки та переживанням невизначеності щодо майбутніх подій. На відміну від ситуативної тривоги, тривожність визначається як більш стійка індивідуально-психологічна характеристика особистості, яка значною мірою формується під впливом системи переконань, життєвого досвіду та способів інтерпретації навколишньої реальності.

Відповідно до когнітивної теорії Aaron Beck, емоційні реакції людини безпосередньо пов'язані з її базовими переконаннями, які формуються щодо трьох ключових сфер: уявлень про себе, сприйняття інших людей та оцінювання навколишнього світу. Якщо в когнітивній структурі особистості переважають установки про небезпеку, ворожість середовища, власну беззахисність або недовіру до оточення, це може значно підсилювати тривожні реакції. У такому стані людина нерідко стикається з нав'язливими думками, які поступово набувають інтенсивного характеру та можуть знижувати відчуття внутрішнього контролю.

При вираженій тривожності мисленнєва активність часто набуває безперервного характеру. Людина постійно повертається до потенційно загрозливих сценаріїв, аналізує можливі негативні наслідки або багаторазово прокручує в свідомості події минулого. Такий внутрішній діалог може тривати навіть у моменти відпочинку, ускладнюючи здатність до розслаблення, концентрації уваги або повноцінного сну. У результаті емоційне виснаження поступово посилюється, а повсякденні життєві ситуації починають сприйматися як потенційно небезпечні або психологічно перевантажуючі.

Тривожні переживання можуть супроводжуватися змінами в поведінці та загальному психоемоційному функціонуванні. Зокрема, у людини можуть спостерігатися порушення сну, підвищена дратівливість, зниження здатності приймати рішення, уникнення певних ситуацій, зменшення соціальної активності та втрата відчуття життєвої перспективи. Майбутнє нерідко починає сприйматися через призму невизначеності, небезпеки або потенційних невдач, що лише

підтримує замкнений цикл тривожного мислення.

Robert Leahy зазначає, що когнітивно-поведінкова терапія пропонує широкий спектр практичних інструментів, які дозволяють ефективно працювати з тривожними станами, змінювати неадаптивні когнітивні схеми та формувати більш конструктивні способи емоційного реагування [17].

Однією з ефективних технік є ведення щоденника емоцій. Цей інструмент допомагає людині дистанціюватися від власних переживань та поглянути на свій емоційний стан із позиції спостерігача. Регулярна фіксація власних думок, почуттів і реакцій дозволяє краще усвідомлювати, які ситуації викликають найбільше внутрішнє напруження, а також виявляти повторювані емоційні патерни. Особливо корисним є щоденний самоаналіз наприкінці дня із запитаннями на кшталт: *«Що я зараз відчуваю?»*, *«Які події вплинули на мій емоційний стан?»*, *«Які думки супроводжували мої переживання?»*. Подібна практика сприяє розвитку усвідомленості та формуванню навичок емоційної саморегуляції.

Ще одним важливим методом є техніка «Ситуація — думки — емоції», яка допомагає клієнту зрозуміти зв'язок між зовнішньою подією, її внутрішньою інтерпретацією та емоційною реакцією. У межах цієї техніки людина навчається аналізувати конкретні життєві обставини, власні автоматичні думки щодо них та емоції, які виникають у відповідь. Наприклад, ситуація, пов'язана з майбутнім іспитом, сама по собі не обов'язково викликає тривогу; емоційна реакція формується через інтерпретацію цієї події, наприклад: *«Я точно не впораюсь»* або *«Моя невдача покаже, що я недостатньо здібний»*. Усвідомлення такого механізму дозволяє поступово змінювати деструктивні способи мислення.

У роботі з тривожними станами також широко використовується техніка дистанціювання від думок. Її мета полягає у формуванні здатності сприймати негативні думки не як об'єктивну реальність, а як тимчасові психічні явища, які не обов'язково відображають істину. У межах цього підходу клієнт вчиться розпізнавати автоматичні тривожні думки, спостерігати за ними без повного емоційного залучення та поступово знижувати їхній вплив на свій емоційний стан.

Один із практичних способів реалізації цієї техніки полягає у персоніфікації

внутрішнього критичного голосу або негативного внутрішнього діалогу. Наприклад, коли виникають самокритичні або катастрофічні думки, людина може подумки ідентифікувати їх як окремий «внутрішній голос», усвідомлюючи, що ці думки не є об'єктивним відображенням реальності. Такий підхід допомагає зменшити емоційне злиття з негативним мисленням, посилює когнітивну гнучкість та дозволяє більш усвідомлено обирати власну реакцію на стресову ситуацію.

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія пропонує широкий спектр психокорекційних технік, спрямованих на розвиток усвідомленості, трансформацію негативних переконань, покращення емоційної саморегуляції та зниження інтенсивності тривожних переживань, що робить цей підхід одним із найбільш ефективних у роботі з тривожними станами [17].

У процесі психотерапевтичної роботи з тривожними станами одним із важливих завдань є формування в клієнта здатності своєчасно розпізнавати нав'язливі негативні думки та не ототожнюватися з ними. Досить часто люди, які переживають виражену тривожність, можуть внутрішньо заперечувати власним автоматичним думкам, використовуючи фрази на кшталт: *«Я не зобов'язаний вірити цій думці»*, *«Це лише моя тривога, а не факт»*, *«Мої думки не завжди відображають реальність»*. Такий внутрішній діалог дозволяє створити певну психологічну дистанцію між людиною та її тривожними переживаннями.

Після розпізнавання нав'язливого мислення важливим наступним кроком є повернення уваги до поточного моменту. Для цього клієнту пропонується зосередитися на тому, що відбувається навколо нього саме зараз: відчутти температуру води під час миття рук або посуду, звернути увагу на запахи, кольори, звуки, текстури предметів, рух повітря або інші сенсорні деталі навколишнього середовища. Така практика сприяє зниженню інтенсивності тривожних переживань і повертає психіку до реального моменту. Для підвищення ефективності цієї техніки клієнт разом із терапевтом може заздалегідь сформувати індивідуальний список дій, які допомагають переключити увагу, наприклад: вивчення нового слова, спостереження за природними явищами, короткі тілесні вправи, слухання навколишніх звуків або концентрація на деталях простору. Водночас слід враховувати, що на початкових етапах терапії деяким

клієнтам може бути складно дистанціюватися від негативного мислення, особливо якщо звичка до постійного внутрішнього переживання сформувалася протягом тривалого часу.

Одним із дієвих інструментів роботи з глибинними переконаннями є техніка «За / Проти». Основна мета цього методу полягає у зниженні абсолютної віри клієнта у власні деструктивні переконання та створенні простору для формування більш реалістичного бачення себе і світу. У процесі виконання вправи терапевт разом із клієнтом спочатку досліджують факти, які, на думку клієнта, підтверджують його переконання, а потім поступово шукають об'єктивні аргументи, що можуть його спростовувати. Після аналізу отриманої інформації клієнт переходить до формування нових, більш адаптивних когнітивних схем. Наприклад, якщо людина переконана: *«Я менш компетентний за інших»*, терапевтична робота спрямовується на пошук як підтверджень, так і фактів, що демонструють професійні досягнення, успішний досвід або позитивний зворотний зв'язок від інших людей. У результаті поступово формується більш збалансоване самосприйняття [29].

Численні психологічні дослідження підтверджують, що когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш результативних методів корекції тривожних розладів. Ефективність цього підходу пов'язана з тим, що клієнт не лише отримує тимчасове зменшення симптомів, але й набуває практичних навичок саморегуляції, які можуть зберігати позитивний ефект навіть після завершення психотерапевтичного процесу. Опановуючи нові когнітивні та поведінкові стратегії, людина поступово вчиться ефективніше керувати власними емоціями, знижувати інтенсивність тривоги та покращувати загальну якість життя.

Для роботи з невизначеністю та страхом перед майбутніми подіями використовується техніка прийняття рішень. У межах цієї вправи клієнту пропонується умовно поділити аркуш на чотири частини та послідовно відповісти на запитання:

1. Що може відбутися, якщо ця подія справді станеться?
2. Що може відбутися, якщо ця подія не станеться?
3. Чого не буде у моєму житті, якщо ця подія станеться?

4. Чого не буде, якщо ця подія не відбудеться?

Такий структурований аналіз допомагає знизити катастрофізацію, розширити сприйняття ситуації та побачити альтернативні варіанти розвитку подій.

Для роботи з глибинними переконаннями та прихованими страхами широко застосовується техніка «Падаюча стріла». Її мета полягає у поступовому поглибленні розуміння того, які базові переконання лежать в основі тривоги. Терапевт послідовно ставить клієнту запитання:

- Що це означає особисто для вас?
- До яких наслідків це може призвести?
- Що може статися далі?
- Що це говорить про ваше ставлення до себе?

Завдяки такому аналізу клієнт отримує можливість виявити приховані установки, страхи або внутрішні конфлікти, які підтримують тривожні реакції.

У роботі з нав'язливими думками ефективною є техніка «Радіостанція». Вона базується на метафоричному сприйнятті внутрішнього діалогу як безперервного радіоефіру, який постійно транслює негативні прогнози, самокритику або катастрофічні сценарії. Спочатку клієнту пропонується усвідомити зміст своїх типових тривожних думок і визначити найбільш повторювані «хіти» внутрішнього радіо — наприклад: *«У мене нічого не вийде»*, *«Я не впораюсь»*, *«Все закінчиться погано»*. Після цього людина вчиться не сприймати ці думки як об'єктивну істину, а розпізнавати їх як продукт тривожного мислення. Наступним етапом є свідоме переключення уваги на навколишню реальність, спогади, тілесні відчуття або конструктивну діяльність. Регулярне повторення цього алгоритму сприяє зниженню сили автоматичних негативних думок.

Ще одним ефективним методом є техніка «Час для переживань». Її основна мета — навчити людину не дозволяти тривозі повністю контролювати повсякденне життя. Протягом дня клієнт записує всі тривожні думки, але відкладає їх детальний аналіз на спеціально визначений час. У межах цієї практики людина може вести структурований запис, де фіксує дату, час, тривалість переживань та їх інтенсивність за шкалою від 0 до 100%.

Під час аналізу клієнт відповідає на такі питання:

1. Що саме викликає моє занепокоєння?
2. Які теми найчастіше повторюються?
3. Які позитивні або негативні наслідки мають мої переживання?
4. Чи є ці переживання конструктивними, чи вони лише виснажують мене?

Такий підхід дозволяє не лише структурувати тривожний досвід, але й формувати більш усвідомлене ставлення до власних емоцій, поступово знижуючи їхній деструктивний вплив на психологічне благополуччя.

Однією з креативних технік, що використовується в межах когнітивно-поведінкової терапії при роботі з нав'язливими тривожними думками, є техніка «Думка-клоун». Її основна мета полягає у зниженні емоційної значущості негативних автоматичних думок, які людина зазвичай сприймає надто серйозно або як потенційну загрозу. У процесі виконання вправи клієнту пропонується уявити власну тривожну думку у вигляді клоуна — яскравого персонажа, який постійно шумить, перебільшує, намагається привернути до себе увагу та драматизує ситуацію. Клієнт може уявити, яким голосом «говорить» цей образ — наприклад, писклявим, перебільшено емоційним або навіть комічним — а також відтворити типові тривожні висловлювання, такі як: *«Обов'язково станеться щось погане»*, *«Ти точно не впораєшся»*, *«Все піде не так»*. Наступним етапом стає усвідомлення власного ставлення до цих внутрішніх повідомлень. Така форма роботи дозволяє людині дистанціюватися від нав'язливого мислення та зменшити його психологічний вплив.

У межах когнітивно-поведінкового підходу також використовується структурована техніка «С–Е–Д–П», яка допомагає клієнту простежити взаємозв'язок між зовнішніми подіями, когнітивною інтерпретацією та поведінковими реакціями. Ця модель включає чотири основні компоненти:

С — ситуація: подія або життєва обставина, яка викликала внутрішню реакцію;

Е — емоції: почуття, що виникли у відповідь на ситуацію;

Д — думки: автоматичні переконання або внутрішні інтерпретації ситуації;

П — поведінка: спосіб реагування людини після виникнення думок та емоцій.

Завдяки такому аналізу клієнт починає краще усвідомлювати, що саме не подія як така викликає тривогу, а спосіб її внутрішнього осмислення.

Для зміни неадаптивних моделей мислення в когнітивно-поведінковій терапії активно застосовуються когнітивні техніки, розроблені Aaron Beck.

Однією з таких технік є декатастрофізація. Її мета полягає у перевірці реалістичності найгірших сценаріїв, які людина створює у власній уяві. Під час роботи клієнт аналізує, наскільки ймовірним є негативний результат, якого він боїться, та які реальні наслідки може мати ця подія. Часто виявляється, що очікувана «катастрофа» є значно менш загрозливою, ніж вона сприймається на емоційному рівні. Це сприяє зниженню тривоги та підсилює відчуття внутрішнього контролю.

Ще одним важливим інструментом є сократичний діалог — метод постановки терапевтичних запитань, який допомагає людині критично оцінювати власні переконання. У процесі терапії фахівець може ставити запитання на кшталт:

- Які факти підтверджують цю думку?
- Чи існують об'єктивні докази протилежного?
- Що б ви сказали близькій людині, якби вона опинилася в такій самій ситуації?
- Чи завжди ваші припущення справджувалися раніше?

Подібний формат роботи сприяє розвитку критичного мислення та зменшує автоматичну віру в негативні прогнози.

Широко використовується також когнітивна реструктуризація — процес виявлення і подальшої трансформації негативних, викривлених або ірраціональних переконань у більш збалансовані та адаптивні когнітивні установки. Під керівництвом терапевта клієнт навчається розпізнавати власні автоматичні думки, перевіряти їхню достовірність та формувати більш реалістичні інтерпретації життєвих подій.

У сучасній психотерапевтичній практиці все більшої популярності набуває когнітивна терапія на основі усвідомленості, яка поєднує класичні принципи когнітивно-поведінкової терапії з практиками mindfulness. Такий підхід допомагає людині не боротися з кожною негативною думкою, а навчитися спостерігати за

нею без надмірного залучення, розвиваючи прийняття, емоційну гнучкість і співчутливе ставлення до себе.

Особливості психотерапевтичної роботи з тривожними станами детально описує також David Clark. На його думку, ефективність когнітивно-поведінкової терапії значною мірою залежить від кількох ключових компонентів.

Передусім це співпраця між терапевтом і клієнтом. Психотерапевтичний процес будується як партнерська взаємодія, у межах якої обидві сторони спільно визначають цілі роботи, аналізують труднощі та формують індивідуальний план терапії.

Важливим етапом є також психоосвіта, тобто надання клієнту знань про природу тривоги, її фізіологічні, когнітивні та поведінкові прояви. Розуміння механізмів тривожності дозволяє людині менш катастрофічно сприймати власні симптоми.

Наступним напрямом є виявлення тригерів, тобто ситуацій, думок або обставин, які запускають тривожні реакції. Усвідомлення цих факторів допомагає клієнту завчасно використовувати навички саморегуляції.

Окрему увагу приділяють корекції негативних когнітивних схем. Терапевт допомагає клієнту виявити стійкі переконання та автоматичні способи інтерпретації ситуацій, які підтримують тривожний стан, і поступово замінити їх більш адаптивними моделями мислення.

Не менш важливими є поведінкові інтервенції, серед яких особливе місце займають експозиційна терапія, техніки релаксації, дихальні вправи та розвиток соціальних навичок, що дозволяють знижувати уникнення та формувати нові поведінкові стратегії.

Значний терапевтичний ефект забезпечують також домашні завдання, які клієнт виконує між сесіями. Це дозволяє переносити отримані навички у повсякденне життя та закріплювати результати психотерапії.

На завершальних етапах терапії особливе значення має моніторинг прогресу, коли терапевт спільно з клієнтом аналізує динаміку змін, оцінює досягнення поставлених цілей та за потреби коригує терапевтичний план.

Отже, застосування когнітивних технік у роботі з тривожністю дозволяє людині не лише виявити власні деструктивні мисленнєві шаблони, але й

сформувати більш гнучке, реалістичне та адаптивне сприйняття себе, інших людей і навколишнього світу. У поєднанні з поведінковими методами такі підходи значно покращують психоемоційний стан особистості, сприяють зниженню рівня тривожності та підвищують загальний рівень психологічного благополуччя.

Висновки до першого розділу

У першому розділі було здійснено комплексний теоретичний аналіз психологічних особливостей когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю осіб, які постраждали внаслідок військових дій в Україні. Проведене дослідження дозволило поглибити наукове розуміння природи тривожності як складного багаторівневого психоемоційного феномену, що проявляється на когнітивному, емоційному, фізіологічному та поведінковому рівнях і суттєво впливає на загальне психологічне функціонування особистості.

У ході теоретичного аналізу встановлено, що тривожність формується під впливом комплексу внутрішніх і зовнішніх чинників, серед яких особливе значення мають психотравмувальний досвід, індивідуальні особливості особистості, система базових переконань, негативні когнітивні установки, а також особливості попереднього емоційного досвіду. Визначено, що в умовах війни тривожні стани набувають особливої інтенсивності, оскільки постійна загроза життю, втрата почуття безпеки, вимушене переміщення, переживання втрат і невизначеність майбутнього створюють потужне психологічне навантаження та сприяють розвитку стійких емоційних порушень.

У процесі дослідження було систематизовано основні наукові підходи до розуміння природи тривожності, зокрема когнітивно-поведінковий, психоаналітичний, гештальт-підхід, а також окремі сучасні психотерапевтичні концепції. Встановлено, що кожен із зазначених підходів по-своєму пояснює механізми формування тривожних станів, однак саме когнітивно-поведінкова терапія демонструє найбільш структурований, практично орієнтований та науково обґрунтований підхід до психологічної корекції тривожності.

Обґрунтовано, що ефективність когнітивно-поведінкової терапії полягає у її здатності виявляти та коригувати дисфункціональні переконання, автоматичні негативні думки, когнітивні викривлення та неадаптивні поведінкові стратегії, які підтримують тривожний стан. Доведено, що використання когнітивної реструктуризації, експозиційних технік, методів самоспостереження, розвитку усвідомленості, емоційної регуляції та поведінкової активації створює умови для поступового зниження психоемоційної напруги, відновлення відчуття контролю та формування більш адаптивних моделей реагування.

Особливу увагу приділено аналізу специфіки психологічної допомоги особам, які пережили наслідки військових подій. Встановлено, що в роботі з цією категорією клієнтів надзвичайно важливими є безпечний терапевтичний контакт, індивідуалізація психотерапевтичних інтервенцій, поетапність опрацювання травматичного досвіду, а також врахування глибини емоційної дезрегуляції, рівня психологічних ресурсів та актуальних життєвих обставин.

Таким чином, результати теоретичного аналізу підтверджують, що когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш ефективних сучасних психотерапевтичних підходів у роботі з тривожністю постраждалих внаслідок військових дій. Вона забезпечує не лише зниження інтенсивності тривожних симптомів, але й сприяє відновленню психологічної стійкості, розвитку навичок емоційної саморегуляції, підвищенню адаптаційного потенціалу особистості та створює надійну теоретико-методичну основу для подальшого емпіричного дослідження заявленої проблематики у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНОСТІ У ДОРОСЛИХ ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПСИХОТРАВМУЮЧОГО ВПЛИВУ ВІЙСЬКОВИХ ПОДІЙ

2.1. Організація дослідження, характеристика вибірки та обґрунтування психодіагностичного інструментарію

Дослідницько-експериментальна робота виконувалась на базі ТОВ «Київська класична гімназія». Вибірку дослідження склали:

30 респондентів віком від 20 до 25 років, з них 20 жінок та 10 чоловіків.

З метою реалізації емпіричної частини дослідження та всебічного вивчення психологічних особливостей тривожності дорослих, які постраждали внаслідок військових подій, було сформовано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють дослідити як емоційний стан респондентів, так і специфіку прояву тривожних реакцій на різних рівнях психічного функціонування. До діагностичного інструментарію увійшли такі психодіагностичні методи:

- Методика «Шкала диференціальних емоцій» автора Carroll Izard;
- Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI), розроблена Aaron Beck;
- Тест тривожності Спілбергера, авторства Charles Spielberger;
- Особистісна шкала проявів тривожності Тейлора, створена Janet Taylor.

Організація емпіричного дослідження здійснювалася поетапно, що забезпечило системність збору, аналізу та інтерпретації отриманих результатів.

Перший етап – підготовчий. На цьому етапі було сформовано методологічну основу дослідження, конкретизовано мету, завдання та гіпотези емпіричного вивчення, здійснено підбір психодіагностичного інструментарію відповідно до предмета дослідження. Крім того, було підготовлено необхідні діагностичні матеріали, бланки для фіксації результатів, а також сформовано

вибіркову сукупність досліджуваних.

Другий етап – діагностичний. На цьому етапі безпосередньо проводилося психодіагностичне обстеження учасників дослідження. Діагностика здійснювалася переважно в індивідуальному форматі, що дозволило створити більш безпечні психологічні умови для респондентів, врахувати їхній емоційний стан та забезпечити достовірність отриманих результатів.

Третій етап – аналітичний. Після завершення збору емпіричних даних було проведено їх математико-статистичну обробку, систематизацію, кількісний та якісний аналіз. На основі отриманих результатів здійснювалося порівняння показників, виявлення закономірностей та формулювання науково обґрунтованих висновків.

Однією з ключових методик, використаних у дослідженні, стала «Шкала диференціальних емоцій», розроблена Carroll Izard на основі його фундаментальної теорії емоцій. Відповідно до концепції автора, емоційне життя людини ґрунтується на десяти базових емоціях, кожна з яких виконує важливу адаптивну функцію та впливає на поведінку, міжособистісну взаємодію й психічне самопочуття особистості.

До основних емоцій, які досліджуються за допомогою цієї методики, належать:

1. інтерес;
2. радість;
3. здивування;
4. горе;
5. гнів;
6. огида;
7. зневага;
8. страх;
9. сором;
10. почуття провини.

Структура методики включає 30 характеристик-описів, представлених у формі прикметників, які відображають різні емоційні переживання людини. Для оцінювання кожної базової емоції використовуються три окремі показники, що

дозволяє отримати більш точне уявлення про інтенсивність прояву конкретного емоційного стану.

Процедура обробки результатів здійснюється у два послідовні етапи.

На першому етапі визначаються сумарні показники за кожною з десяти базових емоцій. Для кожного емоційного параметра отримується окремий числовий індекс, який може варіюватися в межах від 3 до 15 балів. Вищі значення свідчать про більшу інтенсивність переживання відповідної емоції.

На другому етапі отримані результати узагальнюються у вигляді так званого «емоційного профілю» досліджуваного. Для візуалізації даних використовується графічне представлення, де по горизонтальній осі відображаються види базових емоцій, а по вертикальній — рівень їхньої вираженості у балах. Побудова такого емоційного профілю дозволяє комплексно оцінити емоційний стан особистості, виявити домінуючі переживання, а також визначити можливі емоційні дисбаланси, пов'язані з високим рівнем тривожності, наслідками психотравмувального досвіду чи особливостями психологічної адаптації.

Використання цієї методики в межах дослідження є особливо доцільним, оскільки вона дозволяє не лише оцінити рівень страху чи тривоги, але й простежити взаємозв'язок тривожності з іншими емоційними станами, що є надзвичайно важливим у роботі з особами, які пережили наслідки військових дій.

Наступним етапом інтерпретації результатів за методикою «Шкала диференціальних емоцій» є визначення інтегральних показників, які дозволяють оцінити загальну спрямованість емоційного реагування досліджуваної особистості та виявити домінуючі емоційні стани.

Першим узагальненим параметром виступає індекс позитивного емоційного фону (ПЕМ), який відображає рівень позитивного емоційного ставлення людини до актуальної життєвої ситуації, ступінь її внутрішньої відкритості до нового досвіду, здатність переживати позитивні емоції та емоційно включатися у навколишню дійсність. Даний показник формується шляхом сумування результатів за трьома базовими емоційними блоками — інтересом, радістю та здивуванням:

$$\text{ПЕМ} = \text{інтерес} + \text{радість} + \text{здивування}$$

Сумарне значення цього показника може варіюватися в межах від 9 до 45 балів. Вищі значення свідчать про більш позитивне емоційне сприйняття ситуації, психологічну активність та більшу адаптивність особистості.

Другим інтегральним параметром є індекс негативного емоційного напруження (НЕМ), який дозволяє оцінити загальний рівень негативного емоційного реагування на актуальні життєві обставини. Цей показник формується на основі сумарної оцінки чотирьох базових негативних емоцій — горя, гніву, огиди та зневаги:

$$\text{НЕМ} = \text{горе} + \text{гнів} + \text{огида} + \text{зневага}$$

Можливий діапазон значень цього індексу становить від 12 до 60 балів. Зростання показника може свідчити про підвищений рівень емоційного виснаження, внутрішнього напруження, фрустрації або негативного сприйняття поточної життєвої ситуації.

Третім важливим показником є індекс тривожно-депресивних переживань (ТДЕМ), який характеризує інтенсивність емоційних станів, пов'язаних із тривожністю, почуттям провини, внутрішнім соромом, емоційною вразливістю та страхом. Для його розрахунку підсумовуються результати за трьома завершальними емоційними блоками:

$$\text{ТДЕМ} = \text{страх} + \text{сором} + \text{вина}$$

Отримані результати можуть інтерпретуватися як низький, помірний, виражений або високий рівень тривожно-депресивних переживань, що дозволяє глибше оцінити емоційний стан респондентів, особливо в умовах пережитого психотравмувального досвіду.

Слід зазначити, що в межах даної методики всі шкали є прямими, тобто збільшення кількості набраних балів прямо вказує на зростання інтенсивності відповідного емоційного переживання.

Окрім кількісної інтерпретації результатів, методика передбачає також якісний аналіз емоційного профілю. У процесі такого аналізу визначаються домінуючі емоційні стани, так звані «емоційні піки», які співвідносяться з рівнем вираженості інших емоційних показників. Це дозволяє більш глибоко дослідити емоційне забарвлення психічної діяльності особистості, особливості її емоційної адаптації та наявність потенційних емоційних дисбалансів.

Для оцінки рівня тривожності в межах дослідження також було використано Шкалу тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI), розроблену Aaron Beck. Дана методика належить до клінічних психодіагностичних інструментів і широко застосовується для первинного виявлення тривожних проявів, а також визначення ступеня їх вираженості.

Структурно опитувальник складається з 21 діагностичного пункту, кожен із яких відображає окремий симптом тривоги — як психоемоційного, так і соматичного характеру. До них можуть належати відчуття внутрішнього напруження, страх втрати контролю, серцебиття, тремтіння, запаморочення, труднощі концентрації уваги, відчуття небезпеки тощо.

Респондент оцінює кожен симптом за чотирибальною шкалою:

- 0 балів — симптом не проявлявся;
- 1 бал — симптом турбував незначною мірою;
- 2 бали — симптом був помітно вираженим;
- 3 бали — симптом проявлявся дуже інтенсивно.

Загальний результат визначається шляхом підсумовування балів за всіма 21 пунктом.

Інтерпретація отриманих результатів здійснюється за такими критеріями:

- до 21 бала включно — низький або незначний рівень тривожності;
- від 22 до 35 балів — помірно виражений рівень тривоги;
- понад 36 балів — високий або клінічно значущий рівень тривожності.

Максимально можливий результат за даною методикою становить 63 бали.

Перевагою цього інструменту є його доступність, простота застосування та висока інформативність. Шкала може використовуватися як у клінічній практиці, так і в умовах масових скринінгових обстежень, психопрофілактичної роботи, професійного психологічного відбору або в дослідженнях, спрямованих на вивчення психоемоційного стану різних категорій населення. Час виконання опитувальника зазвичай не перевищує 10–15 хвилин, що робить його зручним інструментом для проведення емпіричних досліджень.

Використання цієї методики у межах даного дослідження дозволило отримати об'єктивні дані щодо рівня тривожності в осіб, які пережили наслідки військових подій, а також оцінити ступінь психологічної дезадаптації та потребу в

подальшій психокорекційній роботі.

Для комплексного дослідження рівня тривожності у респондентів у межах емпіричного етапу роботи також було використано Тест тривожності Спілбергера (State–Trait Anxiety Inventory, STAI), розроблений Charles Spielberger у другій половині XX століття. Дана методика належить до найбільш валідних та поширених психодіагностичних інструментів, які використовуються як у наукових дослідженнях, так і в практичній діяльності психологів для визначення рівня тривожності.

Особливістю цього психодіагностичного інструменту є можливість окремо оцінити два різні психологічні компоненти тривоги — особистісну та ситуативну тривожність.

Особистісна тривожність відображає відносно стійку індивідуально-психологічну характеристику особистості, яка визначає схильність людини сприймати значну кількість життєвих ситуацій як потенційно загрозливі або стресогенні. Високі показники за цією шкалою можуть свідчити про схильність до внутрішнього напруження, надмірної настороженості, емоційної вразливості та постійного очікування небажаних подій.

Ситуативна тривожність, своєю чергою, відображає поточний емоційний стан людини в конкретний момент часу та демонструє, наскільки сильно особистість переживає напруження, хвилювання чи внутрішній дискомфорт у певній ситуації.

Структурно опитувальник складається з двох окремих блоків, кожен із яких містить 20 тверджень, тобто загальна кількість діагностичних позицій становить 40 пунктів.

Респонденту пропонується оцінити кожне твердження за чотирибальною шкалою, обираючи варіант відповіді відповідно до власного психологічного стану:

- 0 балів — практично ніколи або зовсім не характерно;
- 1 бал — інколи;
- 2 бали — досить часто;
- 3 бали — майже завжди або дуже часто.

Приклади тверджень, що характеризують особистісну тривожність, можуть

відображати загальне ставлення людини до власного емоційного стану, наприклад: *«Я часто відчуваю внутрішнє напруження»* або *«Я схильний хвилюватися через можливі труднощі»*.

Натомість твердження, що входять до шкали ситуативної тривожності, спрямовані на оцінювання емоційного стану в момент проходження діагностики, наприклад: *«Зараз я відчуваю внутрішній спокій»* або *«У даний момент я відчуваю напруження та занепокоєння»*.

Отримані результати дозволяють не лише визначити загальний рівень тривожності, але й зрозуміти, чи пов'язана тривога переважно з індивідуальними особистісними особливостями, чи вона виникає як реакція на конкретні стресові обставини. Це має особливе значення в роботі з особами, які пережили психотравмувальний досвід внаслідок військових подій, оскільки дозволяє точніше визначити напрями подальшої психокорекційної роботи.

Для додаткової оцінки рівня тривожності в межах дослідження було використано також Особистісну шкалу проявів тривоги Тейлора, розроблену Janet Taylor. Дана методика широко застосовується для вивчення індивідуальної схильності до переживання тривоги та виявлення стійких тривожних тенденцій у структурі особистості.

Опитувальник містить 50 тверджень, кожне з яких стосується особливостей емоційного реагування, самопочуття, поведінкових реакцій та переживань людини в різних життєвих ситуаціях.

Під час проходження тестування досліджуваний визначає ступінь згоди або незгоди з кожним твердженням відповідно до власного досвіду та особистісних особливостей. Середня тривалість проходження методики становить від 15 до 30 хвилин.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку кількості відповідей, які вказують на наявність тривожних проявів. Після підрахунку загальної кількості балів проводиться інтерпретація результатів за такими рівнями:

- 40–50 балів — дуже високий рівень тривожності;
- 25–39 балів — високий рівень тривоги;
- 15–24 бали — середній рівень із тенденцією до підвищення;
- 5–14 балів — середній рівень із тенденцією до зниження;

- 0–4 бали — низький рівень тривожності.

Використання цієї методики дозволяє виявити ступінь емоційної напруги, схильність до переживання внутрішнього неспокою та індивідуальні особливості реагування на стресові ситуації.

З метою забезпечення достовірності отриманих емпіричних результатів подальша обробка даних здійснювалася із застосуванням математико-статистичних методів.

На початковому етапі статистичного аналізу проводилася перевірка характеру розподілу отриманих результатів на відповідність нормальному закону розподілу. Для цього було використано метод Є. І. Пустильніка, який дозволяє оцінити відповідність емпіричних даних параметрам нормального розподілу.

У межах цієї процедури спочатку були визначені основні міри центральної тенденції, а саме:

- середнє арифметичне;
- мода;
- медіана.

Після цього формувався впорядкований варіаційний ряд отриманих показників, що дозволило провести подальший аналіз структури розподілу емпіричних даних.

Застосування методу Є. І. Пустильніка забезпечило можливість перевірити однорідність вибірки, оцінити статистичні характеристики досліджуваних показників та обґрунтувати доцільність подальшого використання параметричних методів статистичної обробки результатів дослідження. Перевірка нормальності розподілу здійснюється за наступним алгоритмом:

$$A = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^3}{n \cdot \sigma^3}$$

де: σ – (сигма) стандартне відхилення, знаходимо за формулою:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

де: n – кількість ознак, що вимірювались;

x_i – кожне значення ознаки;

$\bar{x}$ – середнє арифметичне.

В ідеалі для симетричних розподілів показник оцінки асиметрії дорівнює нулю.

Показник оцінки асиметрії порівнюємо з критичними значеннями, при цьому, якщо показник оцінки асиметрії не перевищує свою похибку репрезентативності втричі, то це свідчить про те, що отримані дані мають вигляд нормального розподілу, тобто якщо $A_{кр} \leq 3$ то отримані дані розподілені згідно нормального закону.

Якщо $A_{емп} \leq A_{кр}$, то отримані дані розподілені згідно нормального закону розподілу.

Для оцінки ексцесу застосовується наступна формула:

$$E = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^4}{n \cdot \sigma^4} - 3$$

Для нормального розподілу показник оцінки ексцесу дорівнює нулю.

Після визначення основних статистичних характеристик вибірки було проведено оцінювання ексцесу розподілу, що дало змогу більш точно перевірити відповідність отриманих емпіричних даних параметрам нормального закону розподілу. Під час статистичного аналізу емпіричне значення показника ексцесу співвідносилось з його стандартною похибкою репрезентативності.

У випадках, коли величина емпіричного показника ексцесу не перевищувала значення своєї похибки більш ніж утричі, це дозволяло зробити висновок про відсутність суттєвих відхилень від нормального розподілу досліджуваних показників. Іншими словами, якщо емпіричне значення показника ексцесу не перевищувало критеріальним межах статистичної допустимості ($E_{емп} \leq E_{кр}$), розподіл результатів вважався таким, що відповідає нормальному закону.

У процесі проведених статистичних розрахунків було встановлено, що основні показники центральної тенденції — середнє арифметичне ($\bar{x}$), мода (M_o)

та медіана (Me) — мають близькі числові значення ($\bar{x} \approx Mo \approx Me$). Така статистична закономірність додатково підтвердила симетричність емпіричного розподілу та його наближеність до нормального.

З огляду на отримані результати перевірки нормальності розподілу, для подальшого статистичного аналізу та перевірки достовірності виявлених відмінностей було обрано параметричний метод математичної статистики — t-критерій Стюдента, розроблений William Sealy Gosset. Використання даного критерію дозволило оцінити статистичну значущість відмінностей між досліджуваними показниками та встановити наявність або відсутність достовірних змін у результатах емпіричного дослідження.

З метою підвищення точності обчислень та оптимізації процесу статистичної обробки всі розрахунки проводилися в автоматизованому режимі із застосуванням програмного середовища Microsoft Excel, що забезпечило надійність обробки експериментальних даних та коректність отриманих статистичних висновків.

2.2. Аналіз рівня тривожності та особливостей психоемоційного стану дорослих постраждалих унаслідок військових дій

За «Шкалою диференціальних емоцій» К. Ізард отримано наступні результати. середні показники у вибірці, та представили їх наглядно на рис. 2.1.

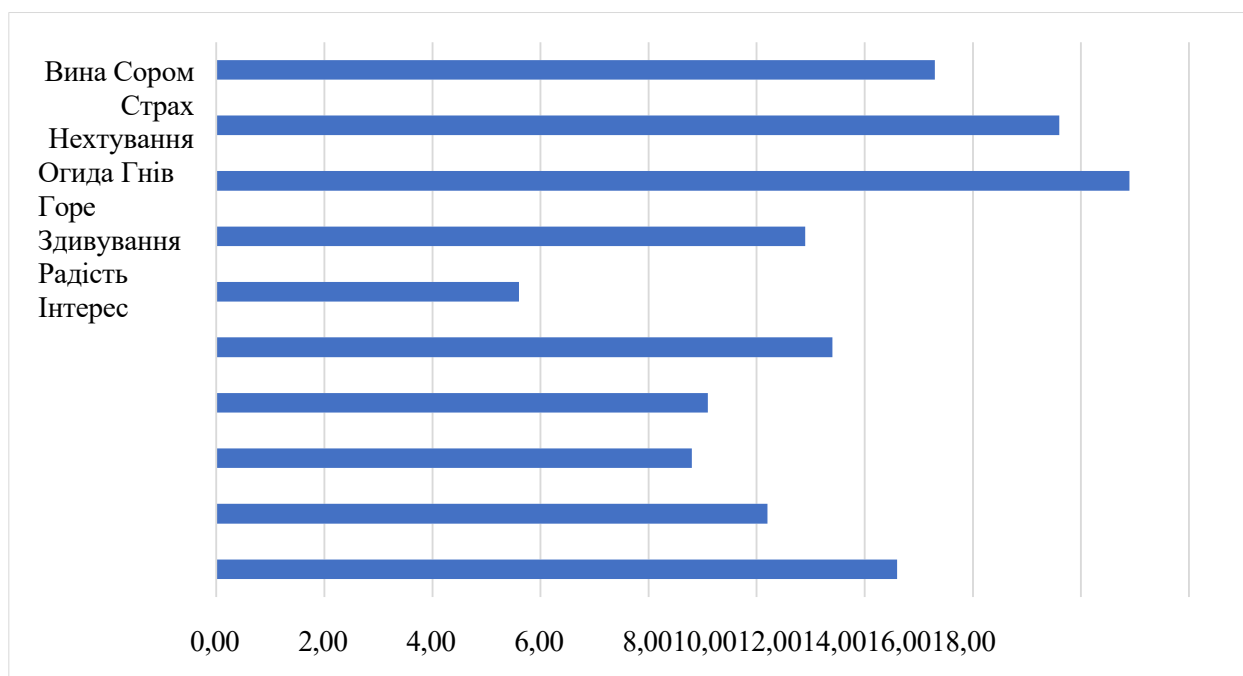


Рис. 2.1. – Індекс вираженості базових емоцій у вибірці дослідження на констатувальному етапі

За результатами первинного психодіагностичного обстеження було встановлено, що в емоційній структурі досліджуваних домінують тривожно-депресивні переживання, які виявилися більш вираженими порівняно з іншими типами емоційного реагування. Отримані результати свідчать про наявність підвищеного внутрішнього напруження, емоційної виснаженості, переживання страху, почуття невпевненості, внутрішньої вразливості та схильності до негативного прогнозування подій, що є характерним для осіб, які пережили психотравмувальний досвід.

Домінування саме цього емоційного комплексу було додатково підтверджено на наступному етапі емпіричного дослідження під час розрахунку інтегральних емоційних індексів. Порівняльний аналіз отриманих показників дозволив встановити переважання тривожно-депресивного емоційного фону над показниками позитивних емоцій та гострих негативних переживань.

Для наочного представлення отриманих результатів на рисунку 2.1 наведено порівняльний аналіз розрахованих індексів позитивних емоцій, гострих негативних емоцій та тривожно-депресивних переживань у досліджуваній вибірці. Це дозволяє більш чітко простежити особливості емоційного стану респондентів та виявити домінуючі емоційні тенденції в структурі їх психологічного функціонування.

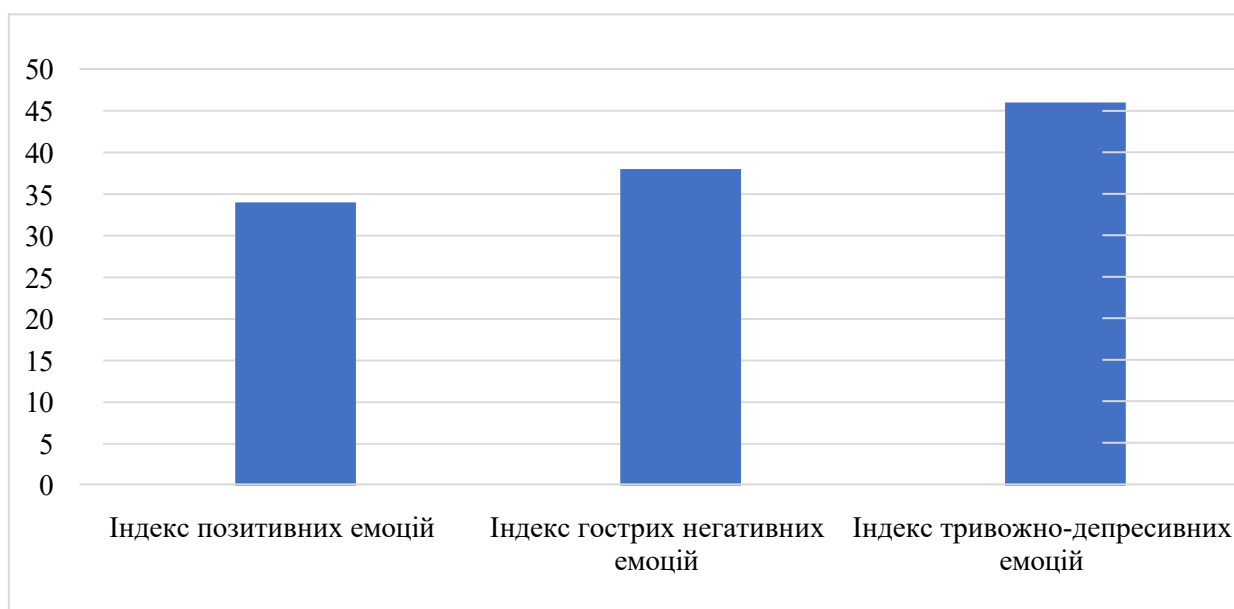


Рис.2.2 – Порівняння показників вираженості індексів емоцій досліджуваних на констатувальному етапі

Відповідно до поставлених завдань емпіричного дослідження було здійснено оцінювання рівня вираженості тривожно-депресивних переживань у досліджуваної групи. Аналіз отриманих результатів показав, що низький рівень прояву тривожно-депресивного емоційного стану не був виявлений у жодного з учасників дослідження, що вже свідчить про загальне підвищення емоційної напруги серед респондентів.

Помірний рівень тривожно-депресивних переживань було зафіксовано лише у 3 досліджуваних, що становить найменшу частину вибірки. Водночас у переважної більшості респондентів спостерігався більш виражений рівень емоційного неблагополуччя: виражені тривожно-депресивні прояви були діагностовані у 17 осіб, а високий рівень емоційного напруження та сильна вираженість тривожно-депресивного стану — у 10 учасників дослідження.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що для більшості досліджуваних характерний рівень тривожно-депресивних переживань, який перевищує середні нормативні показники. Це може свідчити про наявність стійкого внутрішнього напруження, емоційного виснаження, підвищеного рівня психологічної вразливості, переживання невизначеності та труднощів емоційної адаптації внаслідок пережитого психотравмувального досвіду.

Для більш наочного відображення отриманих результатів розподіл рівнів вираженості тривожно-депресивних переживань серед учасників дослідження представлено на рисунку 2.3.

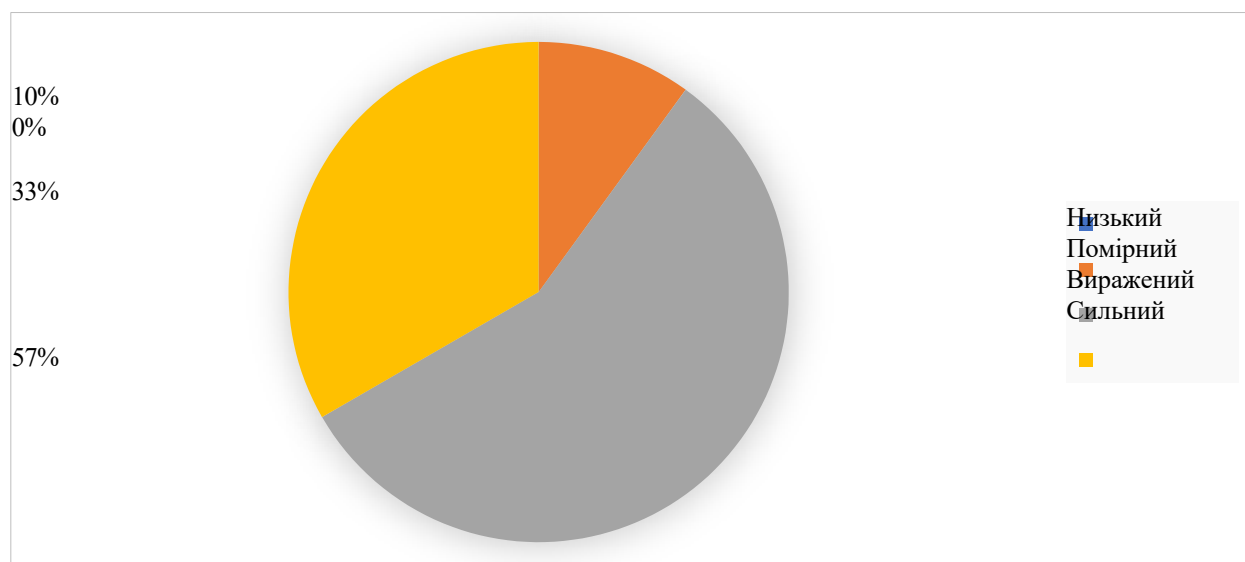


Рис.2.3 – Характеристика рівнів вираженості тривожно-депресивних емоцій на констатувальному етапі дослідження

За результатами психодіагностичного обстеження, проведеного за допомогою Шкали тривоги Бека, було встановлено різний ступінь вираженості тривожних проявів у досліджуваних осіб.

Зокрема, незначний (легкий) рівень тривожності було виявлено лише у 2 учасників дослідження, що свідчить про відносно стабільний емоційний стан та нижчу інтенсивність тривожних переживань у незначної частини вибірки.

Помірний рівень тривожності був діагностований у 16 респондентів, що становить значну частину досліджуваної групи. Отримані результати можуть свідчити про наявність стійкого внутрішнього напруження, емоційної вразливості, схильності до хвилювання та періодичного переживання психологічного дискомфорту.

Водночас високий рівень тривожності було зафіксовано у 12 досліджуваних, що вказує на суттєво виражене емоційне напруження, підвищену чутливість до стресових факторів, труднощі психологічної адаптації та можливу наявність стійких тривожних переживань, які можуть негативно впливати на загальне психоемоційне функціонування особистості.

Загалом отримані результати свідчать про те, що у більшості учасників дослідження спостерігається середній та високий рівень тривожності, що підтверджує актуальність подальшої психокорекційної роботи із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії.

Для більш наочного представлення отриманих результатів розподіл рівнів тривожності серед досліджуваних подано графічно на рисунку 2.4.

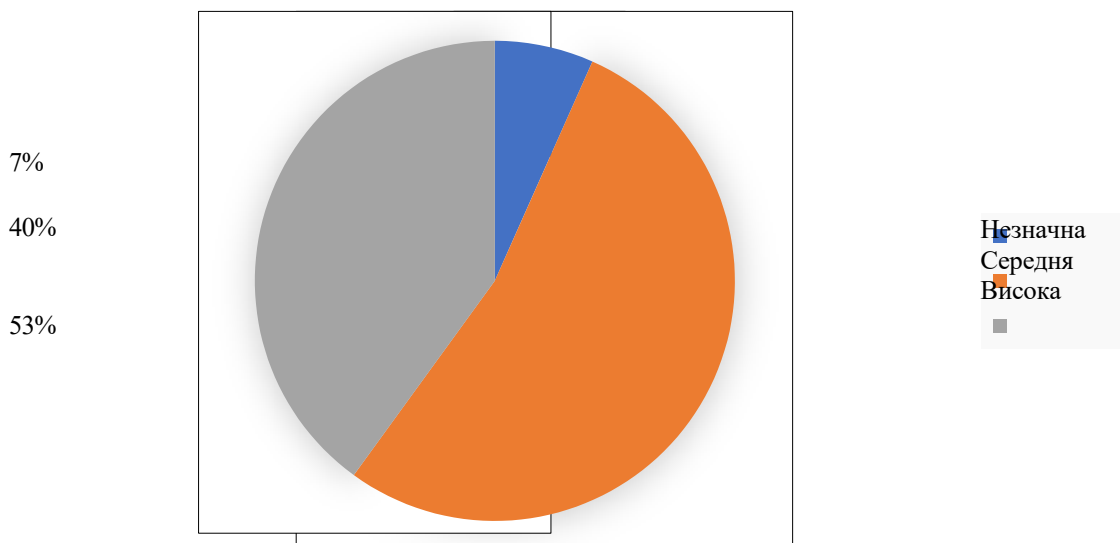


Рис. 2.4 – Характеристика рівнів тривоги на констатувальному етапі дослідження (Шкала тривоги Бека)

Відповідно до результатів методики «Тест тривожності Спілбергера» було здійснено оцінку рівня особистісної та ситуативної тривожності досліджуваних.

Для більшої частини вибірки властивий високий рівень особистісної тривожності (рисунок 2.5).

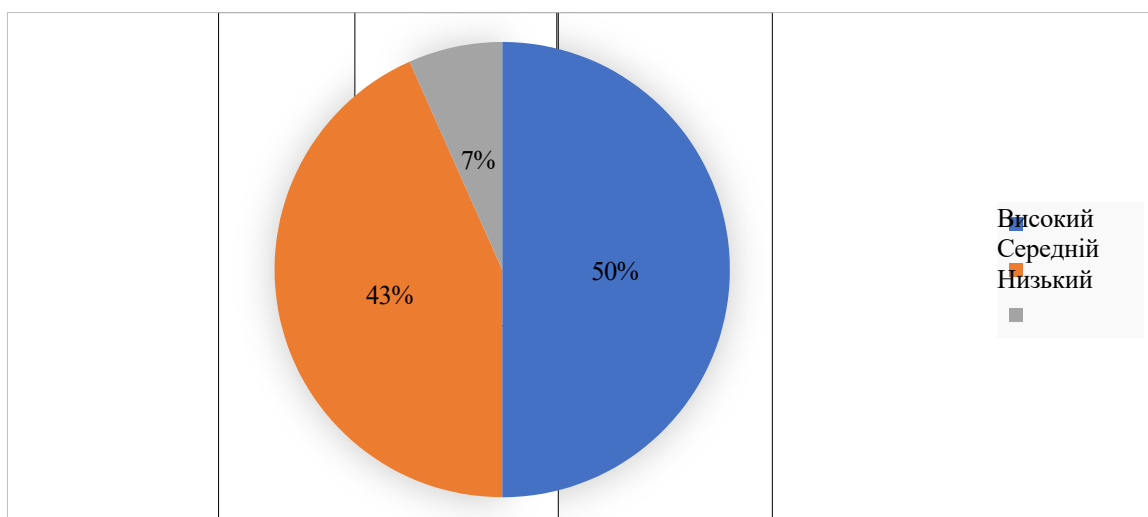


Рис. 2.5 – Характеристика рівнів особистісної тривожності констатувальному етапі дослідження (Тест тривожності Спілбергера)

Високий рівень тривожності як відносно стійка індивідуально-психологічна характеристика особистості може мати суттєвий вплив як на емоційне

самопочуття людини, так і на ефективність її соціального, професійного та особистісного функціонування. Особи з підвищеним рівнем особистісної тривожності, як правило, характеризуються більшою емоційною чутливістю до стресогенних факторів, схильністю до надмірного прогнозування можливих небезпек, а також тенденцією сприймати навіть відносно безпечні життєві ситуації як потенційно загрозливі. У результаті інтенсивність емоційного реагування часто не відповідає реальному рівню зовнішньої небезпеки, що може спричиняти постійне внутрішнє напруження та психологічне виснаження.

Тривале перебування в стані психоемоційного напруження створює серйозне навантаження на адаптаційні ресурси організму. Особливо несприятливими для психічного та фізичного здоров'я є ситуації, коли негативні переживання накопичуються, залишаються невисловленими або тривалий час пригнічуються. За умов пролонгованого стресового впливу організм поступово втрачає здатність до повноцінного відновлення, а активовані фізіологічні механізми напруження набувають хронічного характеру, що може призводити до порушення функціонування різних систем організму.

До найбільш поширених життєвих чинників, здатних підтримувати стан хронічного психологічного напруження, можуть належати міжособистісні конфлікти, сімейні труднощі, фінансова нестабільність, професійна невизначеність, втрата роботи, переживання втрати близьких людей або тривалий психотравмувальний досвід. Саме тривалий, неконтрольований стрес є одним із найбільш деструктивних факторів, що негативно впливають як на психоемоційну сферу, так і на соматичне здоров'я людини.

У наукових працях зазначається, що ще Hans Selye описав основні етапи розвитку стресової реакції організму, підкреслюючи, що за тривалого впливу стресорів може формуватися дистрес — патологічна форма стресової реакції, яка супроводжується поступовим виснаженням фізичних і психологічних ресурсів особистості. Як зазначає Тимошенко (2011), саме дистрес характеризується порушенням цілеспрямованої поведінки, зниженням адаптаційних можливостей та розвитком стану емоційного й фізіологічного виснаження.

Підвищена тривожність як особистісна риса може негативно позначатися і на когнітивному функціонуванні людини. Зокрема, надмірний рівень

внутрішнього напруження часто супроводжується труднощами концентрації уваги, зниженням продуктивності мисленнєвих процесів, погіршенням оперативної пам'яті, уповільненням швидкості прийняття рішень та зменшенням здатності до ефективного опрацювання інформації. Це може ускладнювати як професійну діяльність, так і повсякденне соціальне функціонування.

Разом із високими показниками особистісної тривожності в досліджуваній вибірці також було виявлено достатньо виражений рівень ситуативної тривожності. Аналіз результатів показав, що у більшості учасників дослідження, а саме у 22 осіб, домінує середній рівень ситуативної тривожності, що свідчить про наявність актуального емоційного напруження, пов'язаного з поточними життєвими обставинами, пережитим психотравмувальним досвідом та особливостями адаптації до складних соціальних умов. Для більш наочного представлення отриманих результатів відповідні показники подано на рисунку 2.6.

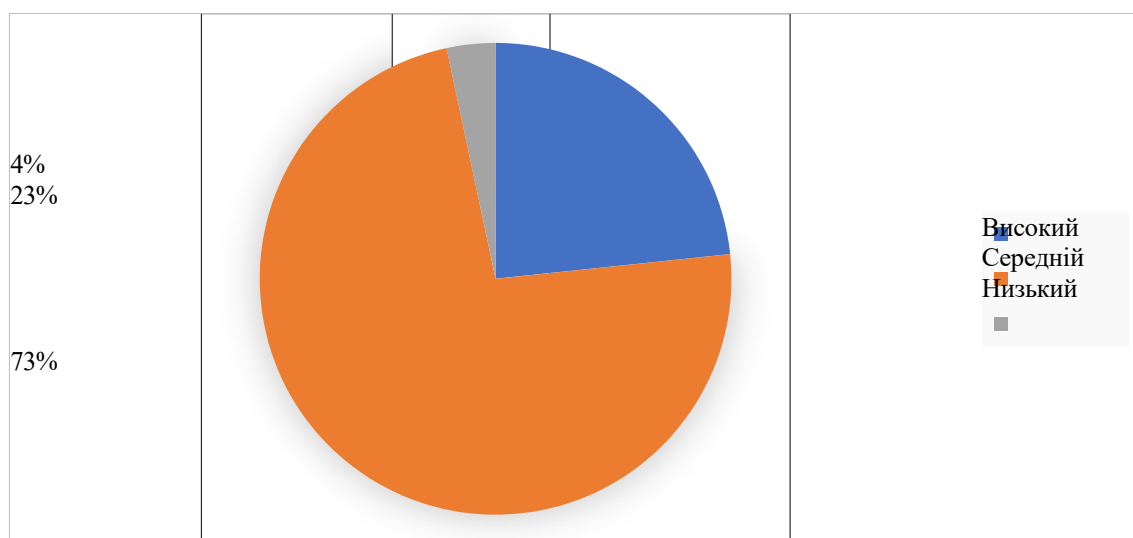


Рис. 2.6 – Характеристика рівнів ситуативної тривожності констатувальному етапі дослідження (Тест тривожності Спілбергера)

За результатами психодіагностичного обстеження, проведеного за допомогою Особистісної шкали проявів тривожності Тейлора, було отримано дані, які свідчать про достатньо високий рівень тривожності серед учасників дослідження.

Зокрема, дуже високий рівень тривожності було виявлено у 6 досліджуваних, що може свідчити про виражене внутрішнє напруження,

підвищену емоційну вразливість, схильність до надмірного хвилювання та труднощі в психологічній саморегуляції.

Високий рівень тривожності було діагностовано у 11 учасників дослідження. Отримані показники можуть вказувати на стійку схильність до переживання внутрішнього неспокою, очікування негативного розвитку подій, підвищену настороженість та емоційну чутливість до зовнішніх стресових факторів.

У 8 респондентів було зафіксовано середній рівень тривожності з тенденцією до підвищення, що характеризує наявність періодичного внутрішнього напруження, схильності до емоційного перевантаження та зростання рівня тривоги в умовах психологічного навантаження.

Водночас 5 досліджуваних продемонстрували середній рівень тривожності з тенденцією до зниження, що може свідчити про відносно кращі адаптаційні можливості та більш стабільний емоційний стан порівняно з іншими учасниками вибірки.

Слід звернути увагу, що низький рівень тривожності не був виявлений у жодного з учасників дослідження, що додатково підтверджує загальну тенденцію до підвищеного емоційного напруження, психологічної вразливості та наявності стійких тривожних переживань у досліджуваній групі.

Загалом отримані результати дозволяють зробити висновок про переважання високих та помірно високих показників особистісної тривожності у більшості респондентів, що свідчить про актуальність подальшого застосування психокорекційних заходів, зокрема методів когнітивно-поведінкової терапії, спрямованих на стабілізацію емоційного стану та розвиток навичок психологічної саморегуляції.

Для більш наочного представлення результатів розподіл рівнів особистісної тривожності серед досліджуваних подано графічно на рисунку 2.7.

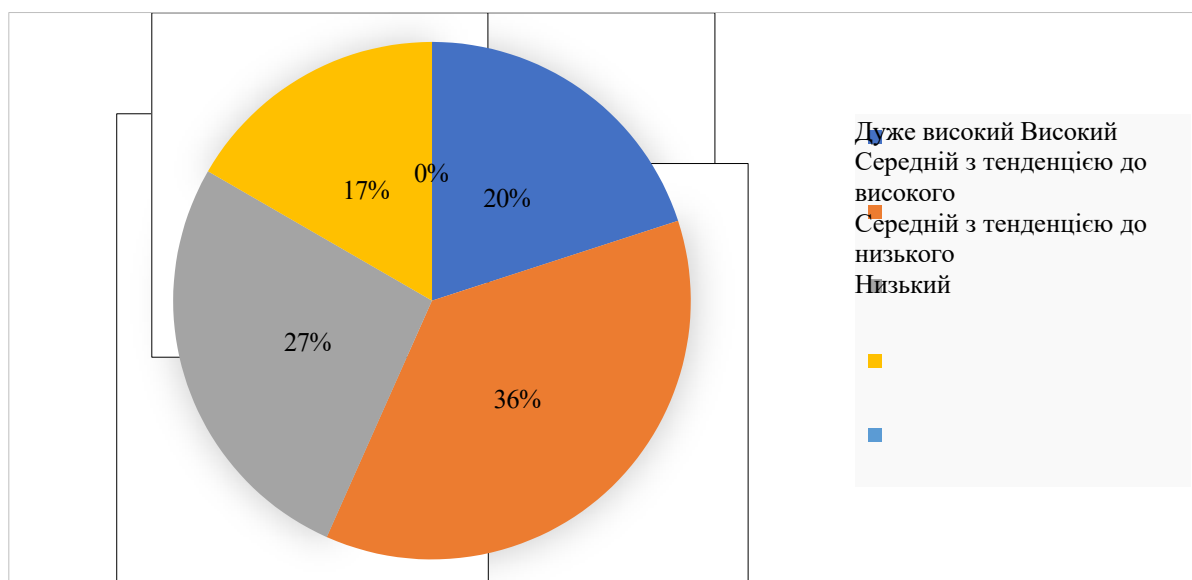


Рис. 2.7 – Характеристика рівнів тривоги констатувальному етапі дослідження (Особистісна шкала проявів тривоги (J.Taylor))

Аналізуючи результати проведеного емпіричного дослідження, доцільно зазначити, що прояви тривожності у досліджуваних не є однорідними та можуть змінюватися залежно як від індивідуально-психологічних особливостей особистості, так і від впливу конкретних життєвих обставин. У психологічній науці тривожність прийнято розглядати у двох основних вимірах — як стійку особистісну характеристику та як ситуативний емоційний стан.

Особистісна тривожність характеризує відносно стабільну психологічну властивість, що відображає схильність людини сприймати широкий спектр життєвих подій як потенційно загрозливі для власного благополуччя, самоповаги чи безпеки. Особи з високим рівнем особистісної тривожності, як правило, демонструють підвищену настороженість, емоційну вразливість, схильність до надмірного самоконтролю, негативного прогнозування подій та внутрішнього напруження навіть за умов відносно безпечного середовища.

Натомість ситуативна тривожність проявляється як тимчасова емоційна реакція на конкретні стресогенні фактори або життєві обставини. Для такого стану характерні внутрішнє напруження, неспокій, нервозність, підвищене хвилювання, заклопотаність та емоційний дискомфорт, які виникають у відповідь на зовнішній стресовий вплив.

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що для більшості

учасників вибірки характерне переважання високих або помірно високих показників тривожності, що свідчить про наявність стійкого психоемоційного напруження та підвищеної чутливості до впливу зовнішніх стресових факторів. Зростання рівня тривожності в сучасних умовах може бути зумовлене як складною соціально-політичною ситуацією в країні, так і віковими психологічними особливостями досліджуваних.

Підвищена тривожність має комплексний вплив на психічне функціонування особистості. Насамперед вона негативно позначається на емоційній сфері, спричиняючи зниження життєвої активності, втрату емоційної стабільності, посилення внутрішнього напруження, дратівливості або агресивних реакцій. З часом можуть формуватися песимістичні установки, знижуватися самооцінка, посилюватися невпевненість у власних можливостях та страх перед майбутнім.

Крім емоційної сфери, тривожність впливає також на когнітивні процеси. Надмірне внутрішнє напруження здатне знижувати концентрацію уваги, погіршувати процеси запам'ятовування, ускладнювати аналітичне мислення та зменшувати пізнавальну активність. Особливо у молодому віці підвищений рівень тривоги нерідко супроводжується такими станами, як апатія, емоційна виснаженість, млявість, зниження ініціативності та втрата мотивації до активної діяльності.

Наукові дослідження підтверджують, що саме період навчання у закладах вищої освіти є одним із найбільш стресогенних етапів розвитку особистості. У цей період молодь стикається з великою кількістю життєвих викликів, серед яких професійне самовизначення, академічна відповідальність, соціальна адаптація, формування особистісної автономії та побудова життєвих перспектив [3]. Окремим джерелом психологічного напруження виступає навчальна діяльність, яка часто супроводжується переживаннями щодо успішності, професійної реалізації та майбутньої кар'єри.

Особливу роль у формуванні тривожних станів відіграють ситуації оцінювання знань — заліки, іспити, тестування та інші форми академічного контролю. У зарубіжній психології даний феномен описується як оціночна тривожність, тобто схильність особистості переживати страх, напруження або занепокоєння в умовах оцінювання її інтелектуальних, навчальних чи

професійних можливостей. У структурі цього явища традиційно виділяють два компоненти:

- когнітивний, який пов'язаний із внутрішніми переживаннями щодо власної компетентності, можливих помилок або невдач;
- емоційно-фізіологічний, який проявляється через соматичні реакції — серцебиття, м'язову напругу, тремтіння, відчуття внутрішнього дискомфорту.

Аналізуючи високі показники тривожності у досліджуваній вибірці, необхідно також враховувати вплив зовнішніх соціальних обставин, зокрема умов воєнного стану в Україні. Воєнні події розглядаються дослідниками як один із найбільш потужних психотравмувальних чинників, здатних суттєво впливати на емоційний стан особистості, підвищувати рівень стресу, формувати відчуття невизначеності, небезпеки та втрати базового відчуття безпеки.

Психоемоційні реакції в умовах війни можуть мати різні прояви залежно від індивідуальних особливостей, статі, життєвого досвіду та актуальних соціальних ролей. Наприклад, жінки частіше демонструють підвищений рівень тривоги, емоційного виснаження та апатії, що може бути пов'язано з переживанням за безпеку близьких, дітей та загальну життєву стабільність. У чоловіків частіше можуть проявлятися реакції внутрішнього напруження або агресивності. Після завершення первинної фази психологічного шоку можуть активізуватися такі базові емоційні стани, як страх, паніка, тривога, агресія, безпорадність, зневіра або депресивні переживання [5].

Таким чином, результати проведеного емпіричного дослідження свідчать про наявність підвищеного рівня тривожності у більшості учасників вибірки, що зумовлюється як особистісними психологічними особливостями, так і впливом актуальних зовнішніх стресогенних факторів. На основі проведеного кількісного та якісного аналізу рівня тривожності, особливостей її прояву та ймовірних причин формування було розроблено психокорекційну програму подолання тривожних станів із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії, зміст та структура якої будуть детально розглянуті в наступному підрозділі дослідження.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було здійснено емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву тривожності в осіб, які постраждали внаслідок військових дій в Україні, а також проведено комплексну психодіагностичну оцінку їхнього емоційного стану в контексті подальшого застосування методів когнітивно-поведінкової терапії.

У ході дослідження було сформовано методичну базу емпіричного аналізу, що включала використання валідного психодіагностичного інструментарію, спрямованого на вивчення емоційних переживань, рівня ситуативної та особистісної тривожності, а також інтенсивності тривожних проявів у структурі особистості. Застосування комплексу психодіагностичних методик дозволило отримати об'єктивні кількісні та якісні показники емоційного стану досліджуваних, визначити специфіку переживання тривоги та виявити домінуючі психологічні тенденції.

За результатами аналізу емоційного профілю встановлено, що у більшості досліджуваних переважають тривожно-депресивні переживання, які характеризуються підвищеним рівнем внутрішнього напруження, страху, емоційної вразливості, невпевненості, пригніченості та схильності до негативного прогнозування майбутніх подій. Отримані результати свідчать про суттєве емоційне виснаження значної частини вибірки, що може бути наслідком пережитого психотравмувального досвіду в умовах війни.

Результати, отримані за Шкалою тривоги Бека, підтвердили наявність переважно середнього та високого рівня тривожності у більшості учасників дослідження, що вказує на актуальність виражених тривожних симптомів, емоційного дискомфорту та психологічної дезадаптації.

Дослідження за Тестом тривожності Спілбергера дозволило встановити, що у респондентів спостерігається не лише підвищена ситуативна тривожність, пов'язана з актуальними стресогенними обставинами, але й достатньо виражена

особистісна тривожність, що свідчить про сформовану схильність до сприйняття значної кількості життєвих ситуацій як потенційно небезпечних або емоційно загрозливих.

Дані, отримані за Особистісною шкалою проявів тривожності Тейлора, також підтвердили переважання високих і помірно високих показників тривожності у більшості учасників вибірки. Відсутність низьких показників тривожності серед досліджуваних додатково свідчить про загальну тенденцію до підвищеного психоемоційного напруження, внутрішньої нестабільності та потреби у психологічній підтримці.

Проведений статистичний аналіз підтвердив достовірність отриманих результатів та дозволив виявити стійкі закономірності у структурі емоційних переживань досліджуваних. Встановлено, що високий рівень тривожності негативно впливає не лише на емоційний стан особистості, але й на когнітивну сферу, знижуючи концентрацію уваги, продуктивність мислення, здатність до саморегуляції та ефективної адаптації до складних життєвих обставин.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтвердили наявність у більшості досліджуваних виражених тривожних та тривожно-депресивних проявів, що зумовлює необхідність цілеспрямованого психокорекційного впливу. Отримані дані стали науково обґрунтованою основою для розробки та подальшого впровадження психокорекційної програми із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії, спрямованої на зниження рівня тривожності, стабілізацію емоційного стану та відновлення психологічних ресурсів постраждалих осіб.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБЛЕННЯ ТА АПРОБАЦІЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ЗАСОБАМИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

3.1. Структура, зміст та методичне наповнення психокорекційної програми із застосуванням технік когнітивно-поведінкової терапії

Актуальність розроблення психокорекційної програми зумовлена суттєвим зростанням рівня психоемоційних порушень серед населення України внаслідок тривалого впливу воєнних подій. Переживання втрати безпеки, вимушене переміщення, розлука з близькими, постійне перебування в умовах невизначеності та загрози життю значно підвищують ризик розвитку тривожних, депресивних та стресових реакцій. У зв'язку з цим особливої практичної значущості набуває застосування когнітивно-поведінкової терапії як одного з найбільш ефективних психотерапевтичних підходів у роботі з наслідками психотравмувального досвіду. Це зумовлює необхідність створення спеціалізованих психокорекційних програм, адаптованих до психологічних потреб осіб, які постраждали внаслідок військових дій.

Основною метою розробленої психокорекційної програми стало формування в учасників навичок усвідомлення власних автоматичних думок, переконань і внутрішніх когнітивних схем, що підтримують тривожні реакції, а також навчання способам їх переосмислення, корекції та заміни на більш адаптивні моделі мислення. Окрему увагу було приділено розвитку навичок емоційної саморегуляції, психологічної стійкості та відновленню внутрішніх ресурсів особистості.

Структурно корекційна програма була побудована за принципом поетапного психологічного супроводу та включала три взаємопов'язані змістові блоки.

Перший блок був спрямований на первинну стабілізацію емоційного стану

учасників, зниження рівня психоемоційного напруження та формування навичок розпізнавання власних автоматичних думок, які провокують або підтримують тривожні реакції. На цьому етапі основна увага приділялася розвитку емоційної усвідомленості, здатності відстежувати взаємозв'язок між ситуаціями, думками, тілесними реакціями та поведінкою.

Другий блок мав на меті поглиблену роботу з базовими переконаннями, внутрішніми установками та когнітивними викривленнями. Учасники навчалися аналізувати власні неадаптивні схеми мислення, шукати альтернативні способи інтерпретації життєвих подій, розвивати навички самоприйняття, емоційної гнучкості та більш конструктивного ставлення до себе.

Третій блок був орієнтований на формування нових адаптивних моделей поведінки, усвідомлення особистісних цілей, розвиток життєстійкості та закріплення отриманих психотерапевтичних навичок. Особлива увага приділялася формуванню позитивного образу майбутнього, розвитку внутрішньої мотивації та профілактиці повторного виникнення емоційних дезадаптивних станів.

Тривалість кожного психокорекційного заняття становила від 60 до 90 хвилин. Зустрічі проводилися один раз на тиждень у форматі групової роботи з учасниками чисельністю до 10 осіб, що створювало умови для підтримуючої міжособистісної взаємодії, безпечного обговорення власного досвіду та формування атмосфери довіри.

Методи емоційної саморегуляції, включені до структури програми, були спрямовані на реалізацію таких психологічних завдань:

- розвиток здатності усвідомлювати та аналізувати власний емоційний стан;
- розширення розуміння ролі емоцій у життєдіяльності особистості;
- формування навичок управління емоційними реакціями в умовах стресу;
- розвиток внутрішніх ресурсів психологічної адаптації;
- підвищення здатності до самоспостереження та саморегуляції.

Для реалізації програми використовувався необхідний психодіагностичний та корекційний інструментарій, зокрема:

- індивідуальні діагностичні бланки;

- робочі зошити для виконання вправ;
- картки із психотерапевтичними завданнями;
- аркуші паперу;
- кольорові олівці;
- фломастери, маркери;
- ватман;
- письмове приладдя.

Проведення занять здійснювалося у комфортному, просторому, добре освітленому приміщенні, обладнаному необхідними меблями та засобами для групової психологічної роботи.

Кожне заняття розпочиналося з обговорення результатів виконання домашніх завдань, аналізу внутрішніх змін, труднощів та позитивних зрушень, які відбувалися між сесіями.

У межах першого блоку використовувалися такі психотерапевтичні техніки:

- розвиток навичок розпізнавання емоцій та автоматичних думок;
- елементи когнітивної концептуалізації;
- техніки м'язової релаксації за Edmund Jacobson;
- вправи на діафрагмальне дихання;
- практики усвідомленості та тілесного сканування для кращого розуміння емоцій через тілесні відчуття.

У другому блоці поєднувалися методи когнітивно-поведінкової терапії та елементи арт-терапевтичної роботи. Основними завданнями цього етапу були:

- розвиток емоційної компетентності;
- усвідомлення власних переживань та емоцій інших людей;
- робота з емоційними реакціями в реальних життєвих ситуаціях;
- техніки екстерналізації внутрішніх переживань;
- когнітивна реструктуризація неадаптивних переконань.

У межах третього блоку активно застосовувалися творчі психотерапевтичні методи, спрямовані на формування позитивного образу себе та майбутнього. Робота включала:

- вправи на трансформацію внутрішніх образів;
- техніки формування нових життєвих сценаріїв;

- вправи з візуалізації бажаного майбутнього;
- методи експозиції в уяві;
- тренування навичок подолання труднощів;
- опрацювання можливих кризових ситуацій;
- формування стратегій профілактики рецидивів тривожних і депресивних станів.

Таким чином, розроблена психокорекційна програма має комплексний, структурований та практично орієнтований характер. Її зміст спрямований не лише на зниження рівня тривожності, а й на відновлення психологічної стійкості, розвиток адаптивного мислення, зміцнення емоційної саморегуляції та формування ресурсного потенціалу особистості в умовах пережитого психотравмувального досвіду.

Одним із базових елементів психокорекційної програми стало опанування технік релаксації, що було включено до початкового етапу терапевтичної роботи. Необхідність використання саме цього напрямку була зумовлена результатами первинної психодіагностики, які засвідчили наявність підвищеного рівня тривожності у більшості учасників дослідження. Формування навичок психофізіологічного розслаблення розглядалося як необхідна передумова для подальшої когнітивної роботи, оскільки ефективне усвідомлення власних думок, емоцій та поведінкових реакцій потребує відносно стабільного емоційного стану. Опанування навичок швидкого зниження внутрішнього напруження дозволяло учасникам ефективніше контролювати тривожні реакції, об'єктивніше оцінювати поточні життєві обставини та формувати більш адаптивні способи реагування на стресові ситуації.

Важливим напрямом психокорекційної роботи стало також використання когнітивно-поведінкової арт-терапії, яка поєднує структурованість когнітивно-поведінкового підходу з ресурсами творчого самовираження. Інтеграція арт-терапевтичних технік у процес психологічної корекції сприяла активізації емоційної сфери, розвитку здатності до образного мислення, кращому усвідомленню власних переживань, а також створювала безпечний простір для спонтанного вираження внутрішніх емоційних станів.

Слід підкреслити, що розроблена психокорекційна програма була

спрямована не лише на зниження інтенсивності тривожних проявів, але й на більш глибокі особистісні зміни. Одним із ключових завдань виступало поступове зміщення зовнішнього локусу контролю до внутрішнього, тобто формування в учасників відчуття особистої відповідальності за власний емоційний стан, здатності довіряти своїм почуттям, краще розуміти внутрішні переживання та вільно їх виражати.

Тренінгова програма психокорекційної роботи реалізовувалася послідовно та включала такі основні етапи.

На початковому етапі учасники отримували психоосвітню інформацію щодо природи виникнення тривожності, механізмів її розвитку та впливу на психоемоційний стан особистості. Окрема увага приділялася поясненню можливостей психологічної корекції за допомогою методів когнітивно-поведінкової терапії.

Наступним кроком було проведення оцінювання актуального емоційного стану учасників та виявлення індивідуальних факторів, які провокують або підтримують тривожні переживання.

Після цього відбувалося формулювання індивідуального психологічного запиту, що дозволяло кожному учаснику більш усвідомлено включатися у терапевтичний процес та визначати особисті цілі психокорекційної роботи.

На наступному етапі учасники знайомилися з когнітивною моделлю ABC, розробленою Albert Ellis, а також з її адаптованою модифікацією СМЕР, яка використовувалася в межах програми для аналізу емоційних реакцій, автоматичних думок та поведінкових відповідей у стресових ситуаціях.

Подальша робота була спрямована на формування навичок виявлення дисфункціональних автоматичних думок, глибинних переконань та когнітивних викривлень, що лежать в основі тривожних переживань.

Наступним кроком стало навчання способам когнітивного опрацювання виявлених переконань, їх перевірки на реалістичність, логічну обґрунтованість та поступову заміну на більш адаптивні, конструктивні моделі мислення.

Після завершення кожного тренінгового заняття учасники отримували домашні завдання, спрямовані на закріплення отриманих навичок у повсякденному житті. Основним інструментом самопостереження виступав

щоденник самостереження із використанням протоколу СМЕР.

У межах домашньої роботи учасникам пропонувалося:

1. Відстежувати життєві ситуації, у яких виникає тривога або спостерігається погіршення емоційного стану.
2. Визначати власні емоційні реакції та особливості поведінки в цих ситуаціях.
3. Виявляти автоматичні думки, переконання або внутрішні установки, які супроводжують переживання тривоги.
4. Аналізувати достовірність виявлених думок, а також їх позитивні чи негативні наслідки.
5. Формулювати альтернативні, більш адаптивні способи інтерпретації ситуації та відповідні поведінкові реакції.

Учасники програми щотижня подавали заповнені протоколи для подальшого аналізу та обговорення в терапевтичному процесі. Це дозволяло відстежувати динаміку змін, рівень усвідомленості та ступінь засвоєння психокорекційних навичок.

Особлива увага в процесі роботи приділялася формуванню мотивації до особистісних змін, оскільки саме мотиваційний компонент значною мірою визначає ефективність психотерапевтичного процесу.

У межах терапії враховувалися такі психологічні чинники, що можуть впливати на рівень мотивації:

1. Рівень психоемоційного напруження. Дослідження показують, що чим вищим є суб'єктивний рівень дистресу, тим сильнішою може бути внутрішня готовність людини до змін і залучення в терапевтичний процес. Особи, які переживають виражену тривогу або емоційне виснаження, зазвичай демонструють вищу мотивацію до пошуку ефективної психологічної допомоги.

2. Рівень усвідомлення сутності психотерапії. На момент звернення до фахівця більшість клієнтів уже мають певні уявлення про психотерапевтичний процес, які не завжди є реалістичними. Тому на початковому етапі важливим завданням терапевта є корекція нереалістичних очікувань та формування більш усвідомленого ставлення до процесу психологічної роботи [3].

3. Терапевтичні очікування. Важливим чинником ефективності психотерапії

виступає відповідність між очікуваннями клієнта та реальним змістом терапевтичної роботи. Більшість клієнтів прагнуть швидкого результату, тому одним із завдань терапевта є формування реалістичного розуміння тривалості психологічних змін, поступовості особистісного розвитку та активної ролі самого клієнта в процесі терапії.

Таким чином, поєднання релаксаційних технік, методів когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапевтичних інструментів та системної домашньої роботи дозволило створити комплексну психокорекційну модель, спрямовану не лише на зниження тривожності, але й на розвиток психологічної стійкості, емоційної зрілості та здатності до усвідомленої саморегуляції.

Ще одним важливим компонентом психотерапевтичного процесу є очікування клієнта щодо результатів лікування, зокрема віра у можливість позитивних змін. Даний феномен активно досліджувався у межах вивчення ефекту плацебо, де було доведено, що установка на успіх значною мірою впливає на ефективність будь-якого терапевтичного втручання. Сучасні психотерапевтичні підходи сходяться на тому, що клієнти, які демонструють готовність до активної взаємодії з терапевтом, відкритість до змін та включеність у процес роботи, значно частіше досягають позитивних результатів порівняно з тими, хто не проявляє достатнього рівня мотивації.

Окремим аспектом очікувань виступає рівень довіри до психотерапевта, який є ключовою умовою формування ефективного терапевтичного альянсу. Високий рівень довіри сприяє більш глибокому розкриттю внутрішніх переживань, зменшенню психологічного опору та підвищенню результативності психокорекційної роботи [6].

Важливим фактором, що впливає на перебіг і результати психотерапії, є також характер і тяжкість психічного розладу. Дослідження свідчать, що існують певні обмеження ефективності психотерапевтичного впливу, пов'язані зі складністю клінічної картини або хронічністю стану (зокрема, у працях Neil McWilliams підкреслюється роль структурних особливостей особистості у процесі терапії). Водночас це не заперечує можливості досягнення позитивних змін навіть у випадках тяжких або тривалих розладів, оскільки численні емпіричні дослідження підтверджують ефективність психотерапії у покращенні якості життя

пацієнтів.

Ще одним значущим чинником виступає рівень особистісної вразливості або дефензивності клієнта. Зокрема, такі риси, як чутливість, сором'язливість, емоційна відкритість та схильність до саморефлексії, можуть підвищувати ефективність психотерапевтичної роботи, оскільки сприяють більш глибокому зануренню у процес самопізнання та змін.

У контексті роботи з особами, які постраждали внаслідок військових дій, особливого значення набуває адаптація методів когнітивно-поведінкової терапії до специфіки травматичного досвіду. Така адаптація передбачає врахування особливостей переживання травми, включаючи феномени емоційної дисоціації, уникнення травматичних стимулів, інтенсивні спогади та когнітивні спотворення, пов'язані з досвідом небезпеки.

Структура психокорекційного впливу в таких умовах має бути поетапною та логічно послідовною. Вона включає:

- психоосвітній компонент, спрямований на формування у клієнта розуміння природи тривожності;
- когнітивний етап, що передбачає виявлення та аналіз дисфункціональних думок і переконань;
- поведінковий компонент, орієнтований на зміну неадаптивних моделей реагування;
- етап розвитку навичок емоційної саморегуляції, який забезпечує стабілізацію психоемоційного стану.

Важливим завданням є пояснення клієнту механізмів функціонування тривоги, зокрема її фізіологічних, емоційних та когнітивних проявів, а також ознайомлення з базовою моделлю взаємозв'язку «думки – емоції – поведінка». Це створює основу для подальшого усвідомлення власних реакцій та їх цілеспрямованої корекції.

У процесі терапії особлива увага приділяється виявленню так званих автоматичних негативних думок, які підтримують тривожні стани (наприклад: «я не впораюся», «мені загрожує небезпека», «я беззахисний»). Подальша робота передбачає їх критичний аналіз та трансформацію за допомогою методів когнітивної реконструкції.

Застосування зазначених підходів ґрунтується на науково обґрунтованих принципах когнітивно-поведінкової терапії, ефективність яких підтверджена численними дослідженнями у сфері лікування тривожних розладів і Посттравматичний стресовий розлад. Комплексне впровадження цих методів сприяє зниженню рівня тривожності, відновленню психологічної рівноваги та підвищенню адаптаційного потенціалу осіб, які зазнали впливу психотравмувальних подій.

Отже, урахування мотиваційних, особистісних та клінічних особливостей клієнтів, а також адаптація психотерапевтичних інструментів до умов воєнного досвіду дозволяє забезпечити більш ефективну реалізацію психокорекційних програм і досягнення стійких позитивних змін у психоемоційному стані постраждалих.

3.2. Оцінка ефективності психокорекційного впливу за результатами формульовального дослідження

Завершальним етапом емпіричного дослідження стало проведення контрольного психодіагностичного обстеження, метою якого була оцінка ефективності розробленої психокорекційної програми та визначення динаміки змін емоційного стану учасників після проходження курсу психологічної допомоги із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії.

Повторна діагностика дала змогу простежити зміни у рівні тривожності, особливостях емоційного реагування та загальному психоемоційному стані досліджуваних після завершення формульовального етапу експерименту.

За результатами повторного обстеження за методикою «Шкала диференціальних емоцій» Carroll Izard було встановлено зміни у структурі базових емоцій досліджуваних. Аналіз отриманих показників дозволив оцінити ступінь вираженості основних емоційних станів після проходження психокорекційної програми, а також визначити характер емоційної динаміки у досліджуваній вибірці.

Отримані результати свідчать про наявність позитивних змін в емоційній

сфері учасників, що проявляється у зниженні інтенсивності негативних емоційних переживань, зменшенні внутрішнього напруження та поступовому відновленні емоційної стабільності. Показники вираженості базових емоцій досліджуваних після завершення психокорекційної роботи наведено на рисунку 3.1.

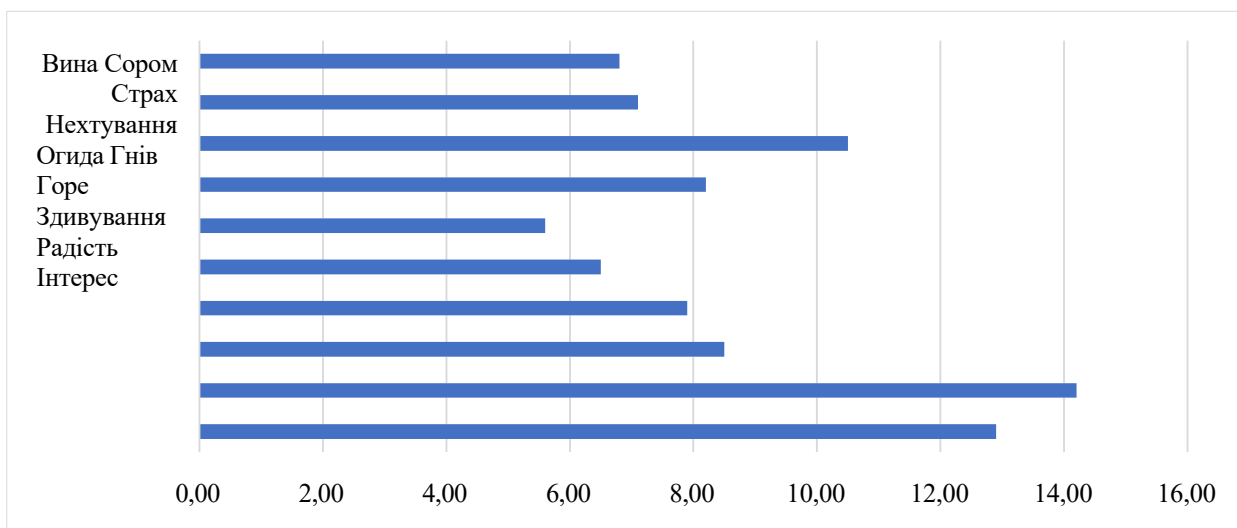


Рис. 3.1 – Індекс вираженості базових емоцій у вибірці дослідження на контрольному етапі

Можемо характеризувати зміни у структурі базових емоцій наступним чином: рівень позитивних емоцій підвищився незначним чином, в той час як рівень тривожно-депресивних емоцій та гострих негативних зменшився в процесі терапевтичного впливу (рис 3.2).

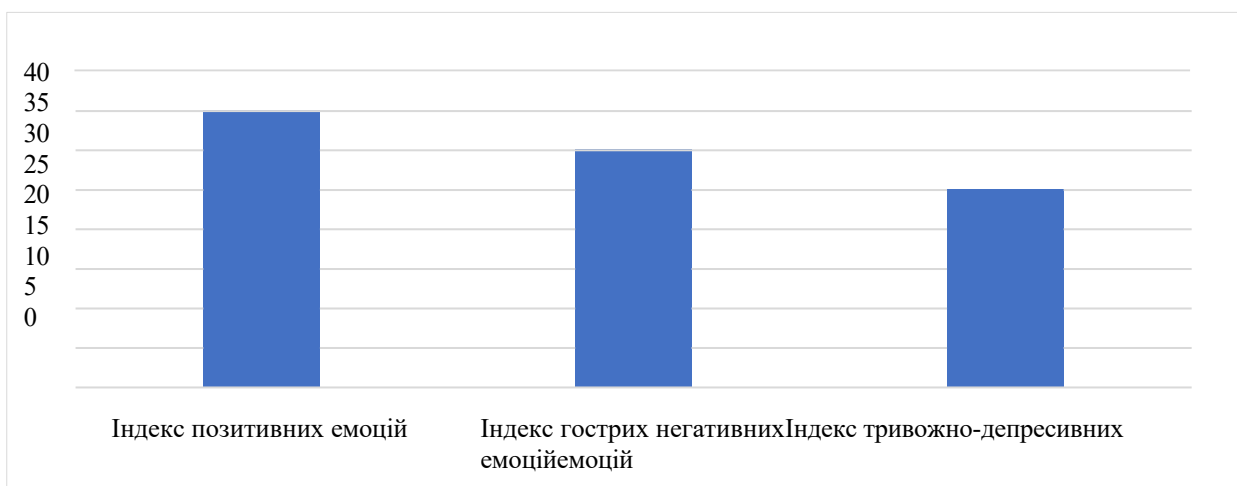


Рис.3.2. – Порівняння показників вираженості індексів емоцій досліджуваних на контрольному етапі

Отримані результати порівняємо на рисунку 3.3.

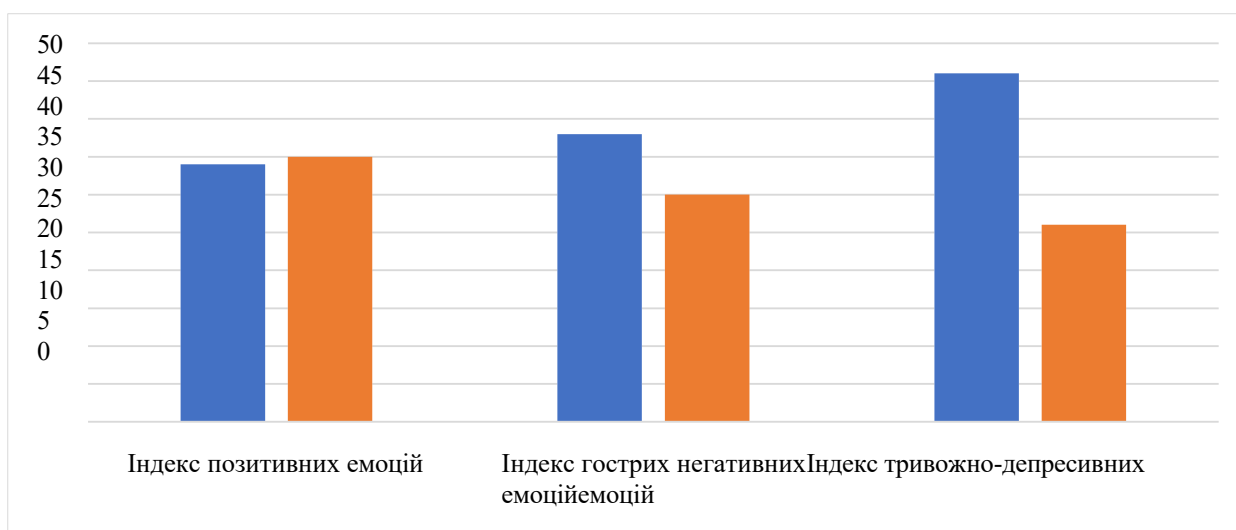


Рис.3.3. – Порівняння динаміки вираженості індексів емоцій досліджуваних в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

З метою оцінки ефективності проведеної психокорекційної роботи було також здійснено повторне дослідження рівня вираженості тривожно-депресивних переживань серед учасників експериментальної вибірки.

Аналіз отриманих результатів засвідчив наявність позитивної динаміки в емоційному стані досліджуваних після проходження програми психологічної корекції із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії. Зокрема, низький рівень тривожно-депресивних переживань було виявлено у 8 осіб, помірний рівень — у 19 учасників, виражений рівень зафіксовано у 9 досліджуваних, тоді як сильний ступінь вираженості тривожно-депресивних емоцій було діагностовано лише у 4 учасників дослідження.

Отримані результати свідчать про поступове зниження інтенсивності негативних емоційних переживань у більшості учасників експерименту, зменшення проявів емоційного напруження, пригніченості та внутрішнього дискомфорту. Виявлена динаміка підтверджує позитивний вплив розробленої психокорекційної програми на емоційний стан постраждалих та свідчить про ефективність використання методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю в осіб, які зазнали впливу психотравмувальних подій внаслідок військових дій.

Графічне представлення отриманих результатів наведено на рисунку 3.4.

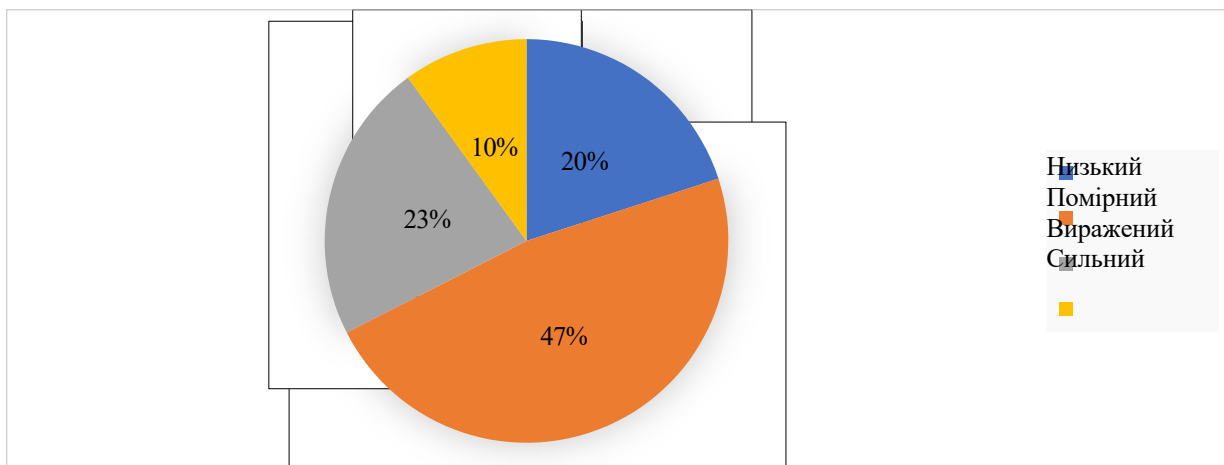


Рис. 3.4. – Характеристика рівнів вираженості тривожно-депресивних емоцій на контрольному етапі дослідження

Порівняємо динаміку вираженості тривожно-депресивних емоцій в процесі психокорекційної роботи на рисунку 3.5.

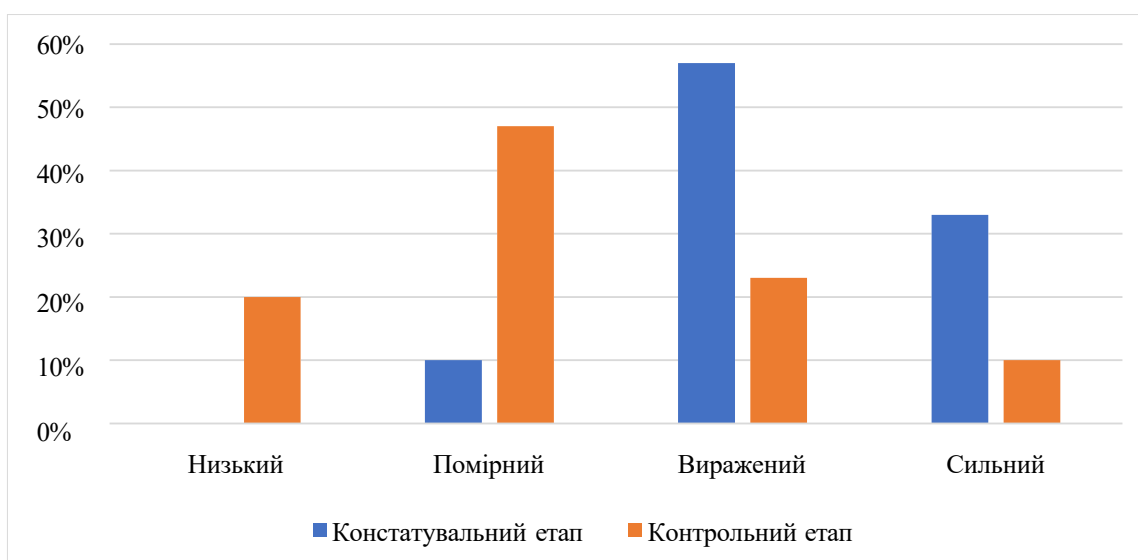


Рис. 3.5. – Динаміка рівнів вираженості тривожно-депресивних емоцій у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

Таким чином, результати повторного психодіагностичного обстеження свідчать про позитивну динаміку емоційного стану учасників після завершення психокорекційної програми. На даному етапі для більшості досліджуваних характерним є помірний рівень вираженості тривожно-депресивних переживань, що вказує на поступову стабілізацію

психоемоційного стану та зниження інтенсивності внутрішнього напруження.

Особливо важливим є той факт, що порівняно з результатами первинної діагностики спостерігається зменшення кількості осіб із вираженим та високим рівнем тривожно-депресивних емоційних проявів. Водночас у структурі вибірки з'явилася група учасників, у яких рівень вираженості зазначених переживань було визначено як низький, що може свідчити про позитивний вплив застосованих методів когнітивно-поведінкової терапії на процес емоційної адаптації, формування навичок саморегуляції та зниження психологічного дистресу.

З метою підтвердження достовірності виявлених змін та перевірки статистичної значущості розбіжностей між показниками первинного та повторного обстеження було проведено математико-статистичну обробку отриманих результатів. Для цього було застосовано t-критерій Стюдента, який дозволив оцінити ступінь статистичної значущості змін, що відбулися в емоційному стані досліджуваних після проходження психокорекційної програми.

Результати проведених статистичних розрахунків наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Результати встановлення розбіжностей у вияві груп емоцій досліджуваних в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

Групи емоцій	г-крит. (0,05%)	г-крит. (0,01%)	г-емпір.
Позитивні	2,45	2,71	0,02
Гострі негативні			1,23
Тривожно-депресивні			4,23**

* - показник, значимий на 0,05% рівні

** - показник, значимий на 0,01% рівні

Отримані результати математико-статистичного аналізу дають підстави стверджувати про наявність статистично значущих відмінностей між показниками первинного та повторного обстеження рівня тривожно-депресивних переживань у досліджуваній вибірці. Це підтверджує, що реалізована психокорекційна програма із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії мала позитивний вплив на емоційний стан учасників та сприяла зниженню інтенсивності негативних емоційних проявів.

Аналіз результатів контрольного обстеження за Шкалою тривоги Бека Aaron Beck також засвідчив виражену позитивну динаміку. Зокрема, було зафіксовано суттєве зменшення кількості досліджуваних із високим рівнем тривожності — з 12 до 4 осіб, що свідчить про зниження інтенсивності тривожних симптомів у значної частини учасників після проходження психокорекційної програми.

Водночас результати повторної діагностики показали, що для більшості учасників на контрольному етапі характерним став середній рівень тривожності, при цьому спостерігається загальна тенденція до зниження середніх групових показників. Це свідчить про покращення психоемоційної стабільності, зниження рівня внутрішнього напруження, зменшення частоти тривожних переживань та формування більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Графічне представлення отриманих результатів наведено на рисунку 3.6.

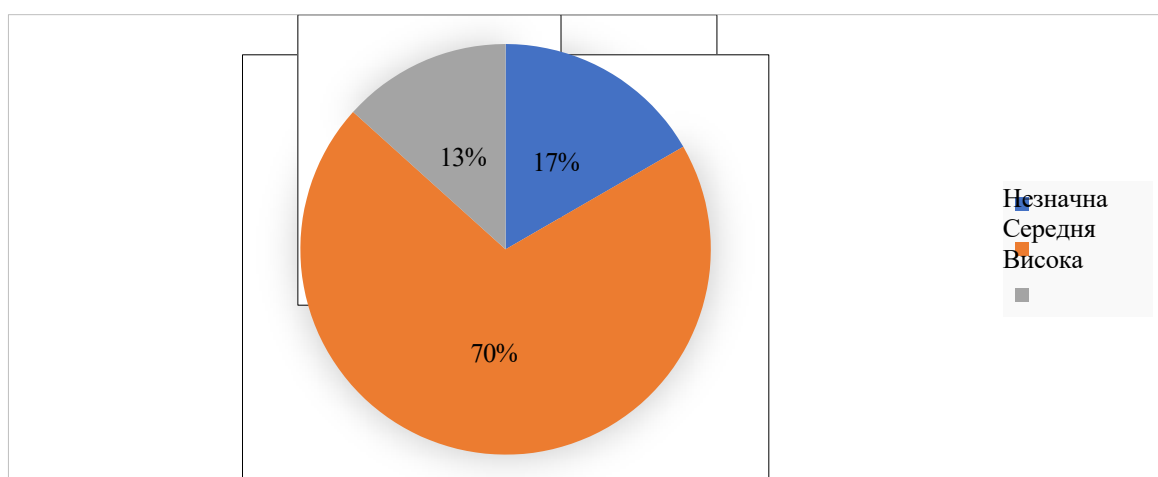


Рис. 3.6. – Характеристика рівнів тривоги на контрольному етапі дослідження (Шкала тривоги Бека)

Порівняємо отримані показники на рисунку 3.7.

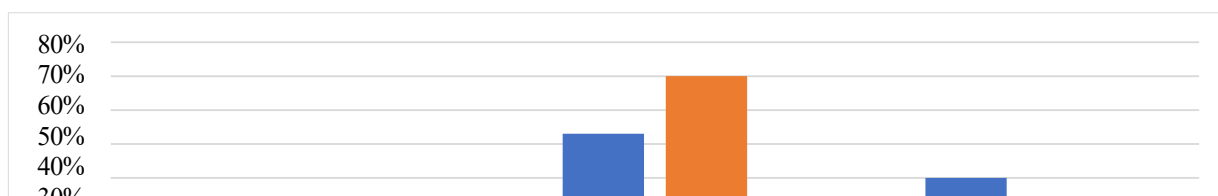


Рис.3.7. - Динаміка рівнів вираженості тривоги у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Шкала тривоги Бека)

Про наявність змін у рівні тривоги (а саме її зменшення) свідчать і результати математико-статистичних розрахунків (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Результати встановлення розбіжностей у вияві тривоги досліджуваних (Шкала Бека) в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

	г-крит. (0,05%)	г-крит. (0,01%)	г-емпір.
Рівень тривоги	2,45	2,71	3,18**

* -показник, значимий на 0,05% рівні

** - показник, значимий на 0,01% рівні

Також було здійснено повторну діагностику ситуативної та особистісної тривожності за методикою «Тест тривожності Спілбергера». Результати діагностики дають змогу стверджувати про зниження рівня особистісної тривожності у вибірці дослідження (рисунок 3.8.).

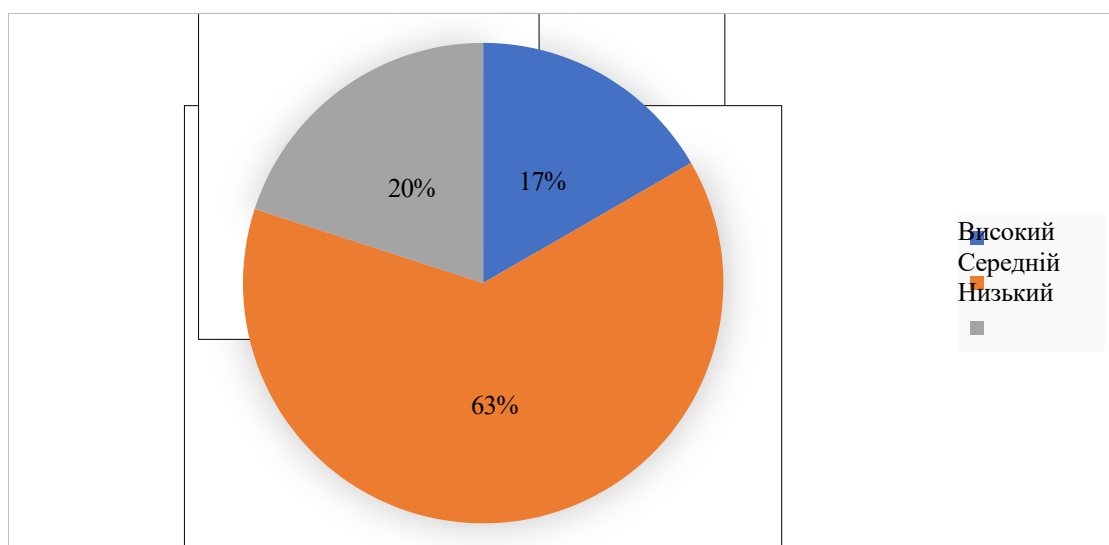


Рис. 3.8. – Характеристика рівнів особистісної тривожності контрольному етапі дослідження (Тест тривожності Спілбергера)

Порівняємо отримані результати на рисунку 3.9.

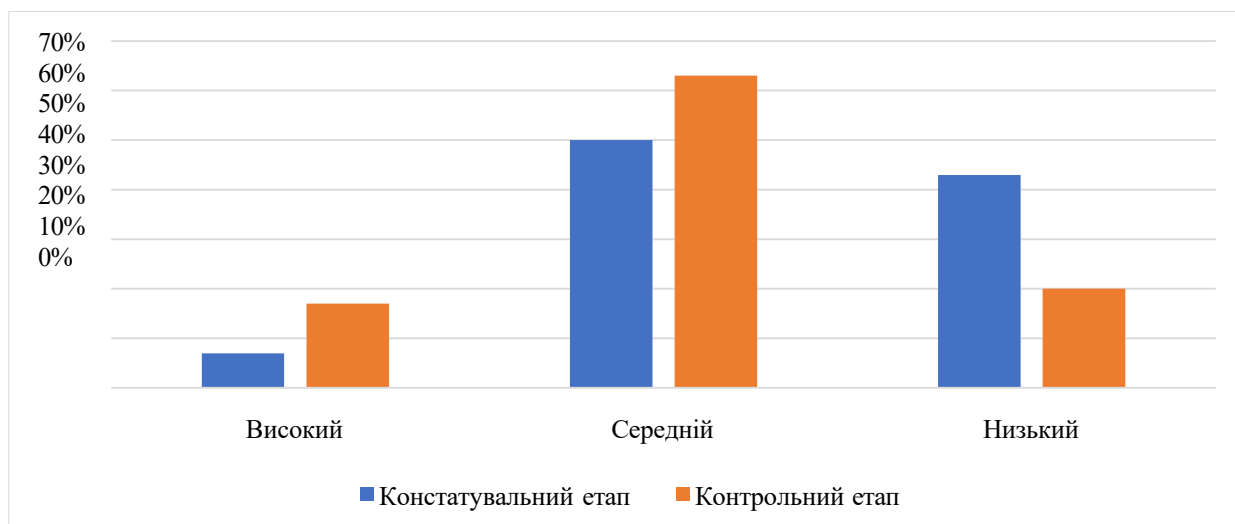


Рис.3.9 - Динаміка рівнів вираженості особистісної тривожності у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Тест тривожності Спілбергера)

Було діагностовано і зниження рівня ситуативної тривожності – для більшості групи спостерігається зменшення якісного рівня до низького показника (рис. 3.10.).

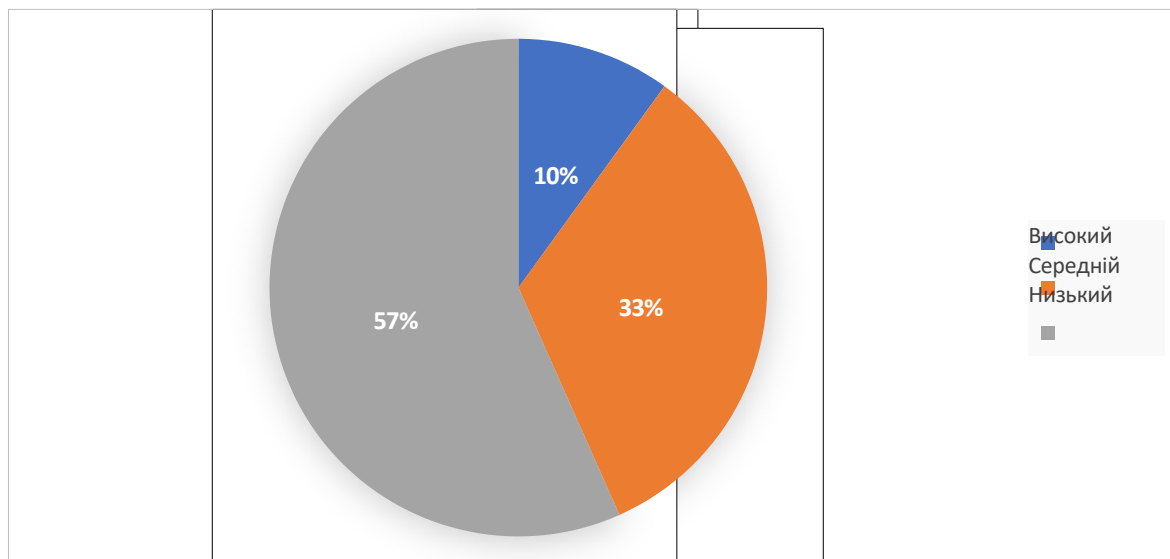


Рис. 3.10 – Характеристика рівнів ситуативної тривожності на контрольному етапі дослідження (Тест тривожності Спілбергера)

Порівнюємо отримані результати на рисунку 3.11.

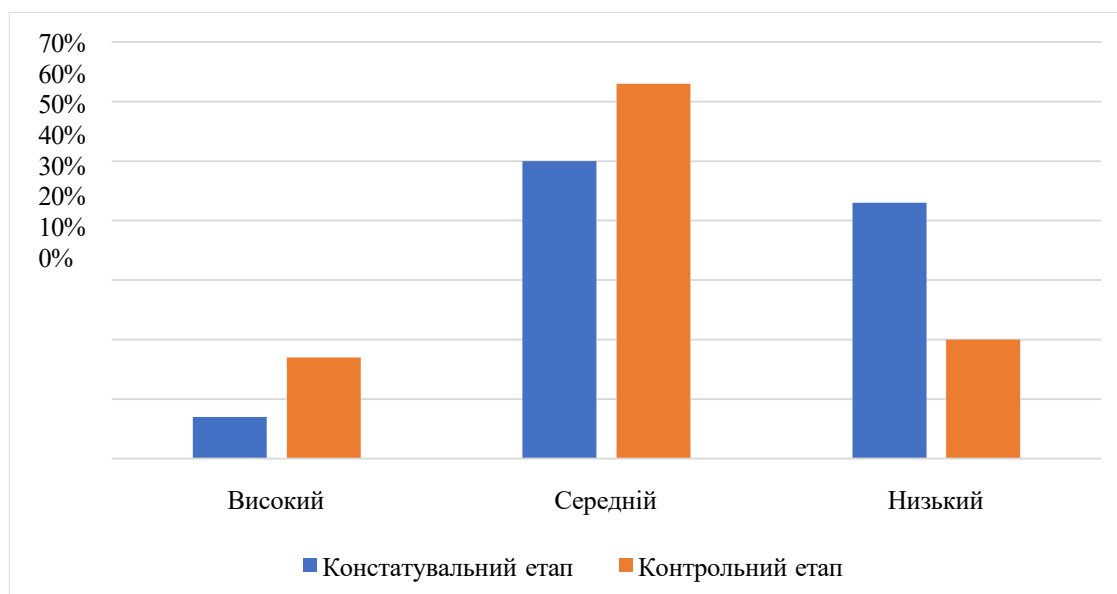


Рис. 3.11 - Динаміка рівнів вираженості ситуативної тривожності у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Тест тривожності Спілбергера)

Таким чином, результати контрольного етапу дослідження дозволяють констатувати позитивну динаміку змін як у структурі особистісної, так і ситуативної тривожності серед учасників експериментальної вибірки. Після завершення психокорекційної програми було зафіксовано зниження інтенсивності тривожних переживань, зменшення внутрішнього психоемоційного напруження, підвищення емоційної стабільності та покращення здатності досліджуваних до саморегуляції в стресових ситуаціях.

Зниження показників особистісної тривожності свідчить про поступові зміни у більш глибоких когнітивно-емоційних структурах особистості, зокрема у ставленні до себе, навколишнього світу та власних можливостей. Водночас зменшення рівня ситуативної тривожності вказує на покращення адаптаційних механізмів, підвищення стресостійкості та формування більш конструктивних поведінкових стратегій у ситуаціях невизначеності чи психологічного навантаження.

Достовірність виявлених змін була підтверджена результатами математико-статистичної обробки емпіричних даних із використанням t-критерію Стьюдента, що засвідчило статистичну значущість отриманих відмінностей між показниками первинного та повторного обстеження.

Результати статистичного аналізу наведено у таблиці 3.3, що додатково підтверджує ефективність розробленої програми психологічної корекції із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю осіб, які постраждали внаслідок військових дій в Україні.

Таблиця 3.3

**Результати встановлення розбіжностей у вияві тривоги
досліджуваних (Тест Спілбергера) в процесі використання методів
когнітивно-поведінкової терапії**

	г-крит. (0,05%)	г-крит. (0,01%)	г-емпір.
Особистісна тривожність	2,45	2,71	3,55**
Ситуативна тривожність			4,21**

* -показник, значимий на 0,05% рівні

** - показник, значимий на 0,01% рівні

Результати контрольного психодіагностичного обстеження за методикою «Особистісна шкала проявів тривожності» Janet Taylor також засвідчили позитивні зміни у структурі тривожних проявів серед учасників дослідження після завершення психокорекційної програми.

Зокрема, дуже високий рівень тривожності було виявлено лише у 2 досліджуваних, високий рівень — у 5 учасників, середній рівень із тенденцією до високого діагностовано у 9 осіб, середній рівень із тенденцією до низького — у 10 учасників дослідження, тоді як низький рівень тривожності було зафіксовано у 4 опитаних.

Порівняння отриманих результатів із даними первинного обстеження дозволяє констатувати суттєве зменшення кількості осіб із високими показниками особистісної тривожності та одночасне збільшення частки досліджуваних із помірними і низькими показниками. Така динаміка свідчить про позитивний вплив проведеної психокорекційної роботи на особистісну сферу учасників, зниження внутрішнього емоційного напруження, розвиток більш адаптивних способів реагування на стресові фактори та підвищення рівня психологічної стійкості.

Отримані результати додатково підтверджують ефективність використання методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожними проявами в осіб, які зазнали впливу психотравмувальних подій внаслідок військових дій.

Графічне представлення отриманих результатів наведено на рисунку 3.12.

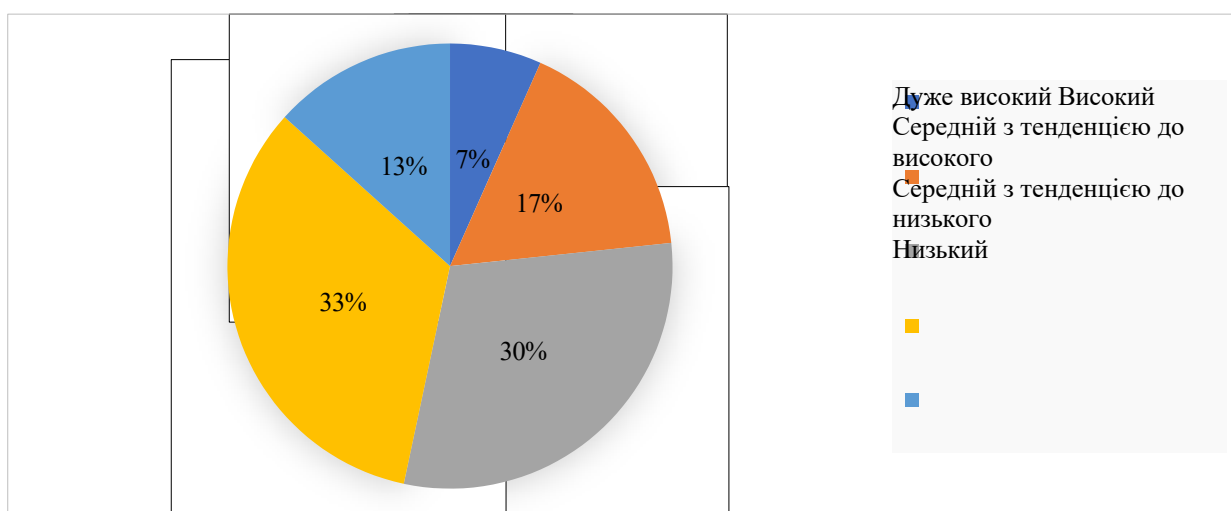


Рис. 3.12. – Характеристика рівнів тривоги на констатувальному етапі

дослідження (Особистісна шкала проявів тривоги (J.Taylor))

Отримані результати порівняємо на рисунку 3.13.

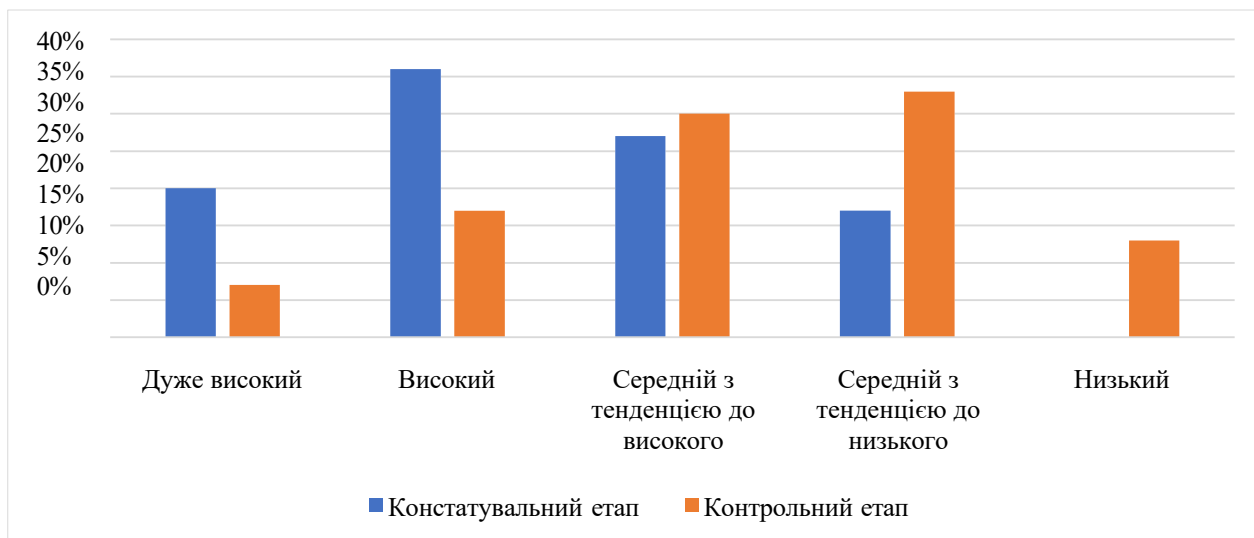


Рис. 3.13 - Динаміка рівнів вираженості ситуативної тривожності у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Методика Дж. Тейлора)

Розбіжності у виявленні рівня за цією методикою також було підтверджено математико-статистичними розрахунками (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Результати встановлення розбіжностей у вияві тривоги досліджуваних (методика Дж. Тейлора) в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

	г-крит. (0,05%)	г-крит. (0,01%)	г-емпір.
Рівень тривоги	2,45	2,71	4,01**

* - показник, значимий на 0,05% рівні

** - показник, значимий на 0,01% рівні

Таким чином, узагальнення результатів формувального експерименту за всіма використаними психодіагностичними методиками дозволило встановити наявність статистично значущих змін у показниках тривожності серед учасників дослідження після завершення психокорекційної програми. Отримані результати послідовно демонструють позитивну динаміку у зниженні інтенсивності тривожних проявів, зменшенні емоційного напруження, стабілізації

психоемоційного стану та формуванні більш адаптивних способів реагування на стресові обставини.

Проведений математико-статистичний аналіз підтвердив достовірність виявлених змін, що дає підстави стверджувати про ефективність реалізованого психокорекційного впливу із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії.

Отже, результати емпіричного дослідження підтвердили висунуту гіпотезу про те, що цілеспрямоване використання інструментів когнітивно-поведінкової терапії сприяє суттєвому зниженню рівня особистісної та ситуативної тривожності, покращенню емоційної саморегуляції, підвищенню психологічної стійкості та відновленню внутрішніх ресурсів у осіб, які постраждали внаслідок військових дій в Україні. Отримані результати мають не лише наукову, але й вагомому практичну цінність, оскільки можуть бути використані в діяльності практичних психологів, психотерапевтів, кризових консультантів та фахівців, які працюють у сфері психологічної реабілітації постраждалого населення.

3.3. Практичні рекомендації щодо зниження тривожності та стабілізації емоційного стану

Результати сучасних наукових досліджень і практичний досвід застосування когнітивно-поведінкової терапії підтверджують, що даний підхід є одним із найбільш результативних, науково обґрунтованих та структурованих методів психологічної допомоги при роботі з тривожними станами. Завдяки своїй доказовій базі та високій практичній ефективності когнітивно-поведінкова терапія може розглядатися як один із пріоритетних напрямів психокорекційної роботи з особами, які переживають тривожні розлади або наслідки психотравмувальних подій.

Водночас важливо враховувати, що максимальна ефективність психотерапевтичного впливу досягається за умови індивідуалізації корекційного процесу. Побудова терапевтичної стратегії повинна здійснюватися з урахуванням особистісних характеристик клієнта, особливостей його життєвого досвіду, форми та інтенсивності тривожних проявів, рівня психологічної стійкості, наявних

ресурсів та актуального соціального оточення. У разі необхідності психокорекційний процес може бути доповнений залученням сімейного консультування, соціально-психологічної підтримки або інших видів професійної допомоги.

Значною перевагою когнітивно-поведінкової терапії є її гнучкість та можливість інтеграції з іншими формами психологічного або медичного супроводу. Залежно від клінічної картини та психологічного стану клієнта цей підхід може застосовуватися як самостійний метод психотерапії або в межах комплексної допомоги, що включає медикаментозну підтримку, психоосвітні програми, тілесно-орієнтовані практики, релаксаційні техніки та інші реабілітаційні заходи. Такий мультидисциплінарний підхід дозволяє досягати більш стійких і довготривалих результатів.

У структурі когнітивно-поведінкової терапії використовуються різноманітні терапевтичні інструменти, серед яких особливе місце займають:

- когнітивна реструктуризація дисфункціональних переконань;
- робота з автоматичними негативними думками;
- експозиційні техніки;
- поведінкові експерименти;
- формування навичок емоційної саморегуляції;
- розвиток адаптивних копінг-стратегій.

Комбінування різних психотерапевтичних технік дозволяє комплексно впливати як на когнітивний, так і на емоційно-поведінковий рівні функціонування особистості, що значно підвищує результативність терапії.

Не менш важливою складовою психотерапевтичного процесу є систематична підтримка та подальший психологічний супровід клієнта. У процесі роботи з тривожними станами учасники терапії можуть переживати періоди емоційного напруження, внутрішнього опору або тимчасового загострення переживань. Саме тому постійний контакт із фахівцем, моніторинг психологічного стану та своєчасна корекція терапевтичної стратегії суттєво знижують ризик повторного загострення тривожних симптомів та сприяють закріпленню досягнутих результатів.

Ефективність когнітивно-поведінкової терапії підтверджується численними

міжнародними дослідженнями. Зокрема, результати зарубіжних наукових робіт демонструють її високу результативність у роботі з ветеранами бойових дій, які пережили Посттравматичний стресовий розлад, а також з особами, які зазнали тривалого впливу психотравмувальних факторів [14, с. 319–333].

Окремі клінічні дослідження також підтверджують позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії на зниження рівня тривожності та депресивних проявів у пацієнтів із тяжкими психічними розладами, зокрема при Шизофренія [4].

Крім того, доведено високу ефективність даного підходу у роботі з дітьми та підлітками, які переживають різні форми тривожних розладів, включаючи генералізовану тривожність, соціальну тривогу, емоційні труднощі адаптації та тривогу розлуки [13].

Отже, узагальнення результатів наукових досліджень та практичного досвіду застосування когнітивно-поведінкової терапії дозволяє зробити висновок про її високу ефективність у роботі з тривожними станами у представників різних вікових, соціальних та клінічних груп населення. Практична цінність цього методу полягає не лише в можливості зниження рівня тривожності, але й у формуванні стійких навичок саморегуляції, психологічної адаптації та відновлення внутрішніх ресурсів особистості.

Окрім індивідуального формату роботи, когнітивно-поведінкова терапія успішно реалізується і в групових формах психологічної допомоги — у форматі психотерапевтичних груп, тренінгових програм, психоосвітніх семінарів та програм психологічної реабілітації, що особливо актуально в умовах роботи з постраждалими внаслідок воєнних подій.

Групова форма застосування когнітивно-поведінкової терапії має особливу практичну цінність у роботі з особами, які переживають соціальну тривожність, труднощі міжособистісної взаємодії або страх оцінювання з боку оточення. Участь у груповому психотерапевтичному процесі створює безпечне середовище для поступового подолання соціального напруження, формування навичок відкритої комунікації, розвитку впевненості у собі та набуття позитивного досвіду емоційного контакту з іншими людьми.

Однією з важливих переваг групового формату є можливість не лише

отримувати психологічну підтримку від терапевта, а й спостерігати за досвідом інших учасників, обмінюватися переживаннями, отримувати зворотний зв'язок та усвідомлювати, що власні труднощі не є унікальними чи ізольованими. Такий формат сприяє зниженню внутрішнього почуття самотності, сорому та психологічної ізоляції, які часто супроводжують тривожні стани.

Ефективність групових програм, побудованих на принципах когнітивно-поведінкової терапії, підтверджується як практичним досвідом, так і результатами міжнародних досліджень. Зокрема, в освітньому середовищі були розроблені спеціалізовані програми психологічної підтримки студентської молоді, спрямовані на зниження рівня тривожності, розвиток емоційної стійкості та формування навичок саморегуляції. Такі програми, зокрема реалізовані в University of Pennsylvania, включали серію групових занять тривалістю кілька тижнів та передбачали опанування ключових технік когнітивно-поведінкової терапії, серед яких:

- дихальні техніки для зниження фізіологічного напруження;
- методи когнітивного переосмислення негативних думок;
- розвиток позитивного мислення;
- практики усвідомленості та медитативної саморегуляції.

Окремий науковий інтерес становлять клінічні дослідження ефективності групової когнітивно-поведінкової терапії у роботі з особами, які мають тяжкі соматичні захворювання та супутні емоційні порушення. Так, результати рандомізованих контрольованих досліджень засвідчили, що групова психотерапевтична робота сприяє суттєвому зниженню рівня тривожності та депресивних переживань у пацієнтів із Рак молочної залози, що підтверджує універсальність і високу адаптивність цього психотерапевтичного підходу.

Таким чином, групові психокорекційні програми, побудовані на засадах когнітивно-поведінкової терапії, можуть виступати ефективним інструментом психологічної допомоги при роботі з тривожними станами. Вони дозволяють не лише знижувати рівень тривожності, але й сприяють розвитку комунікативної компетентності, підвищенню соціальної адаптації, зміцненню психологічної стійкості та формуванню довготривалих навичок емоційної саморегуляції, що особливо важливо для осіб, які пережили психотравмувальні події.

Висновки до третього розділу

Методи когнітивно-поведінкової терапії зарекомендували себе як один із найбільш результативних напрямів психологічної допомоги у роботі з тривожними станами, оскільки поєднують наукову обґрунтованість, структурованість психотерапевтичного процесу та орієнтацію на досягнення конкретного практичного результату. Ефективність цього підходу полягає у можливості комплексного впливу на когнітивні, емоційні та поведінкові механізми, які підтримують або посилюють тривожні переживання.

Розроблена в межах дослідження психокорекційна програма, побудована на принципах когнітивно-поведінкової терапії, мала системний характер і включала три послідовні змістові блоки, кожен із яких виконував окрему терапевтичну функцію.

Перший блок був спрямований на первинну стабілізацію психоемоційного стану учасників, зниження інтенсивності тривожних переживань, формування навичок емоційної саморегуляції та виявлення автоматичних негативних думок, які виступають пусковим механізмом виникнення тривожних реакцій.

Другий блок передбачав більш глибоку когнітивну роботу, пов'язану з виявленням дисфункціональних переконань, когнітивних викривлень та внутрішніх установок, що підтримують тривожність. Основна увага приділялася формуванню альтернативних способів мислення, розвитку самоприйняття, підвищенню рівня емоційної усвідомленості та зміцненню позитивного ставлення до себе.

Третій блок був орієнтований на формування нових адаптивних життєвих установок, розвиток внутрішньої мотивації до змін, постановку особистісно

значущих цілей та визначення конкретних стратегій їх досягнення. На цьому етапі особлива увага приділялася закріпленню отриманих навичок, розвитку психологічної стійкості та профілактиці повторного виникнення тривожних станів.

Комплексна структура програми дозволила глибоко опрацювати як когнітивні, так і емоційні компоненти тривожності, що сприяло формуванню у досліджуваних більш гнучких, адаптивних і конструктивних способів реагування на стресові життєві ситуації.

Результати проведеного формувального експерименту переконливо засвідчили ефективність запропонованої психокорекційної програми. Після завершення терапевтичного впливу було зафіксовано:

- суттєве зниження рівня особистісної та ситуативної тривожності;
- зменшення проявів тривожно-депресивних переживань;
- стабілізацію емоційного стану;
- покращення здатності до саморегуляції;
- підвищення психологічної стійкості;
- покращення загального рівня соціального та особистісного функціонування.

Отримані емпіричні дані підтверджують, що когнітивно-поведінкова терапія дозволяє досягати стійких позитивних змін у відносно короткі терміни, що робить цей підхід особливо цінним для практичного використання в роботі з особами, які переживають наслідки психотравмувальних подій.

На основі результатів дослідження були сформульовані практичні рекомендації щодо зниження рівня тривожності із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії. Вони передбачають:

- розвиток навичок усвідомленого спостереження за власними емоціями та думками;
- своєчасне виявлення автоматичних негативних переконань;
- застосування технік когнітивного переосмислення;
- регулярне виконання поведінкових експериментів;
- розвиток здатності до саморефлексії та емоційного аналізу;
- формування конструктивних стратегій подолання стресу.

Реалізація зазначених рекомендацій сприяє не лише зниженню рівня тривожності, але й забезпечує більш глибокі особистісні зміни, підвищує рівень психологічної зрілості, емоційної стійкості та загальної якості життя, що особливо важливо для осіб, які зазнали впливу психотравмувальних подій внаслідок воєнних дій.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретико-методологічне дослідження проблеми тривожності, розкрито психологічні особливості особистості, схильної до тривожних проявів, визначено основні механізми формування тривожності та окреслено базові напрями її психологічної корекції. Розроблено психокорекційну програму, а також проведено аналіз динаміки змін психологічних показників у досліджуваних після її впровадження.

Відповідно до завдань дослідження, ми можемо сформулювати наступні висновки:

Було здійснено комплексний теоретичний аналіз психологічних особливостей когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю осіб, які постраждали внаслідок військових дій в Україні. Проведене дослідження дозволило поглибити наукове розуміння природи тривожності як складного багаторівневого психоемоційного феномену, що проявляється на когнітивному, емоційному, фізіологічному та поведінковому рівнях і суттєво впливає на загальне психологічне функціонування особистості.

У ході теоретичного аналізу встановлено, що тривожність формується під впливом комплексу внутрішніх і зовнішніх чинників, серед яких особливе значення мають психотравмувальний досвід, індивідуальні особливості особистості, система базових переконань, негативні когнітивні установки, а також особливості попереднього емоційного досвіду. Визначено, що в умовах війни тривожні стани набувають особливої інтенсивності, оскільки постійна загроза життю, втрата почуття безпеки, вимушене переміщення, переживання втрат і

невизначеність майбутнього створюють потужне психологічне навантаження та сприяють розвитку стійких емоційних порушень.

У процесі дослідження було систематизовано основні наукові підходи до розуміння природи тривожності, зокрема когнітивно-поведінковий, психоаналітичний, гештальт-підхід, а також окремі сучасні психотерапевтичні концепції. Встановлено, що кожен із зазначених підходів по-своєму пояснює механізми формування тривожних станів, однак саме когнітивно-поведінкова терапія демонструє найбільш структурований, практично орієнтований та науково обґрунтований підхід до психологічної корекції тривожності.

Обґрунтовано, що ефективність когнітивно-поведінкової терапії полягає у її здатності виявляти та коригувати дисфункціональні переконання, автоматичні негативні думки, когнітивні викривлення та неадаптивні поведінкові стратегії, які підтримують тривожний стан. Доведено, що використання когнітивної реструктуризації, експозиційних технік, методів самоспостереження, розвитку усвідомленості, емоційної регуляції та поведінкової активації створює умови для поступового зниження психоемоційної напруги, відновлення відчуття контролю та формування більш адаптивних моделей реагування.

Особливу увагу приділено аналізу специфіки психологічної допомоги особам, які пережили наслідки військових подій. Встановлено, що в роботі з цією категорією клієнтів надзвичайно важливими є безпечний терапевтичний контакт, індивідуалізація психотерапевтичних інтервенцій, поетапність опрацювання травматичного досвіду, а також врахування глибини емоційної дезрегуляції, рівня психологічних ресурсів та актуальних життєвих обставин.

було здійснено емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву тривожності в осіб, які постраждали внаслідок військових дій в Україні, а також проведено комплексну психодіагностичну оцінку їхнього емоційного стану в контексті подальшого застосування методів когнітивно-поведінкової терапії.

У ході дослідження було сформовано методичну базу емпіричного аналізу, що включала використання валідного психодіагностичного інструментарію, спрямованого на вивчення емоційних переживань, рівня ситуативної та особистісної тривожності, а також інтенсивності тривожних проявів у структурі особистості. Застосування комплексу психодіагностичних методик дозволило

отримати об'єктивні кількісні та якісні показники емоційного стану досліджуваних, визначити специфіку переживання тривоги та виявити домінуючі психологічні тенденції.

За результатами аналізу емоційного профілю встановлено, що у більшості досліджуваних переважають тривожно-депресивні переживання, які характеризуються підвищеним рівнем внутрішнього напруження, страху, емоційної вразливості, невпевненості, пригніченості та схильності до негативного прогнозування майбутніх подій. Отримані результати свідчать про суттєве емоційне виснаження значної частини вибірки, що може бути наслідком пережитого психотравмувального досвіду в умовах війни.

Результати, отримані за Шкалою тривоги Бека, підтвердили наявність переважно середнього та високого рівня тривожності у більшості учасників дослідження, що вказує на актуальність виражених тривожних симптомів, емоційного дискомфорту та психологічної дезадаптації.

Дослідження за Тестом тривожності Спілбергера дозволило встановити, що у респондентів спостерігається не лише підвищена ситуативна тривожність, пов'язана з актуальними стресогенними обставинами, але й достатньо виражена особистісна тривожність, що свідчить про сформовану схильність до сприйняття значної кількості життєвих ситуацій як потенційно небезпечних або емоційно загрозливих.

Дані, отримані за Особистісною шкалою проявів тривожності Тейлора, також підтвердили переважання високих і помірно високих показників тривожності у більшості учасників вибірки. Відсутність низьких показників тривожності серед досліджуваних додатково свідчить про загальну тенденцію до підвищеного психоемоційного напруження, внутрішньої нестабільності та потреби у психологічній підтримці.

Проведений статистичний аналіз підтвердив достовірність отриманих результатів та дозволив виявити стійкі закономірності у структурі емоційних переживань досліджуваних. Встановлено, що високий рівень тривожності негативно впливає не лише на емоційний стан особистості, але й на когнітивну сферу, знижуючи концентрацію уваги, продуктивність мислення, здатність до саморегуляції та ефективної адаптації до складних життєвих обставин.

Методи когнітивно-поведінкової терапії зарекомендували себе як один із найбільш результативних напрямів психологічної допомоги у роботі з тривожними станами, оскільки поєднують наукову обґрунтованість, структурованість психотерапевтичного процесу та орієнтацію на досягнення конкретного практичного результату. Ефективність цього підходу полягає у можливості комплексного впливу на когнітивні, емоційні та поведінкові механізми, які підтримують або посилюють тривожні переживання.

Розроблена в межах дослідження психокорекційна програма, побудована на принципах когнітивно-поведінкової терапії, мала системний характер і включала три послідовні змістові блоки, кожен із яких виконував окрему терапевтичну функцію.

Перший блок був спрямований на первинну стабілізацію психоемоційного стану учасників, зниження інтенсивності тривожних переживань, формування навичок емоційної саморегуляції та виявлення автоматичних негативних думок, які виступають пусковим механізмом виникнення тривожних реакцій.

Другий блок передбачав більш глибоку когнітивну роботу, пов'язану з виявленням дисфункціональних переконань, когнітивних викривлень та внутрішніх установок, що підтримують тривожність. Основна увага приділялася формуванню альтернативних способів мислення, розвитку самоприйняття, підвищенню рівня емоційної усвідомленості та зміцненню позитивного ставлення до себе.

Третій блок був орієнтований на формування нових адаптивних життєвих установок, розвиток внутрішньої мотивації до змін, постановку особистісно значущих цілей та визначення конкретних стратегій їх досягнення. На цьому етапі особлива увага приділялася закріпленню отриманих навичок, розвитку психологічної стійкості та профілактиці повторного виникнення тривожних станів.

Комплексна структура програми дозволила глибоко опрацювати як когнітивні, так і емоційні компоненти тривожності, що сприяло формуванню у досліджуваних більш гнучких, адаптивних і конструктивних способів реагування на стресові життєві ситуації.

Результати проведеного формувального експерименту переконливо

засвідчили ефективність запропонованої психокорекційної програми. Після завершення терапевтичного впливу було зафіксовано:

- суттєве зниження рівня особистісної та ситуативної тривожності;
- зменшення проявів тривожно-депресивних переживань;
- стабілізацію емоційного стану;
- покращення здатності до саморегуляції;
- підвищення психологічної стійкості;
- покращення загального рівня соціального та особистісного функціонування.

Отримані емпіричні дані підтверджують, що когнітивно-поведінкова терапія дозволяє досягати стійких позитивних змін у відносно короткі терміни, що робить цей підхід особливо цінним для практичного використання в роботі з особами, які переживають наслідки психотравмувальних подій.

На основі результатів дослідження були сформульовані практичні рекомендації щодо зниження рівня тривожності із застосуванням методів когнітивно-поведінкової терапії. Вони передбачають:

- розвиток навичок усвідомленого спостереження за власними емоціями та думками;
- своєчасне виявлення автоматичних негативних переконань;
- застосування технік когнітивного переосмислення;
- регулярне виконання поведінкових експериментів;
- розвиток здатності до саморефлексії та емоційного аналізу;
- формування конструктивних стратегій подолання стресу.

Реалізація зазначених рекомендацій сприяє не лише зниженню рівня тривожності, але й забезпечує більш глибокі особистісні зміни, підвищує рівень психологічної зрілості, емоційної стійкості та загальної якості життя, що особливо важливо для осіб, які зазнали впливу психотравмувальних подій внаслідок воєнних дій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Будник А.В., Мацкевич О.Ю. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: практ. посібник. Київ, 2019. 256 с.
2. Войтко Т.В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів. Київ, 2020. 224 с.
3. Ярошевська. Г.В. Психологія тривоги. Київ, 2021. 420 с.
4. Гребенюк І.О., Євсєєва О.О., Лихачова І.В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів. Київ, 2019. 240 с.
5. Даниленко І. І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: практичний посібник. Київ, 2021. 328 с.
6. Зеленіна І.В., Іваненко О.І., Кононенко І.О. Терапія тривожних розладів: когнітивно-поведінковий підхід. Київ, 2019. 368 с.
7. Кобозєва О.М., Чернихівська Т.Є. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: навчальний посібник. Київ, 2018. 240 с.
8. Коваленко І.О. Тривожність і когнітивно-поведінкова терапія. Київ, 2018. 224 с.
9. Король В.В., Максименко С.Д. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ, 2020. 192 с.
10. Корчак Я.А. Психологічні аспекти тривожності: когнітивно-поведінковий підхід. Київ, 2019. 192 с.
11. Мамайчук Л.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожності: теорія та практика. Київ, 2021. 352 с.
12. Нечипоренко А.В., Попова І.В. Тривожні розлади: сучасний погляд на проблему. Київ, 2020. 208 с.
13. Панченко А.В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожності: практичні аспекти. Київ, 2019. 256 с.
14. Стеценко Ю.В., Беленька О.С. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: навч. посібник. Київ, 2020. 320 с.

15. Тарасова Т.В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожності: принципи і техніки. Київ, 2021. 192 с.
16. Ліхі. Р.Л. Техніки когнітивної-терапії. Київ, 2020. 18-100с.
17. Бек.Д.С. Когнітивна терапія повне керівництво. Київ, 2006. 13-100с.
18. Маллин.М. Р. Практикум по когнітивній психології. Львів, 2001. 22 с.
19. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Лівів, 2014. 23-43
20. Ліхи. Р.Л. Свобода від тривоги. Київ, 2018. 29-32 с
21. Кларк Д.А. Тревога та страхи. Як їх подолати. Київ, 2020. 29-30 с.
22. Beck A. Beck Anxiety Inventory. Manual. New-York, 1988. 1-2 p
23. Шевченко В.О. Психологічні основи когнітивно-поведінкової терапії тривожності. Київ, 2019. 192 с.
24. Бондар І.М. Когнітивно-поведінкова терапія в лікуванні тривожності: навч. посібник. Київ, 2021. 240 с.
25. Гриневич В.В. Когнітивно-поведінкова терапія в лікуванні соціальної фобії. Київ, 2019. 168 с.
26. Дроздова Т.М. Когнітивно-поведінкова терапія панічного розладу: практичний посібник. Київ, 2020. 176 с.
27. Зарецька О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дітей та підлітків. Київ, 2021. 200 с.
28. Калашник О.В. Когнітивно-поведінкова терапія генералізованого тривожного розладу. Київ, 2018. 136 с.
29. Ковальчук О.В. Когнітивно-поведінкова терапія у психотерапевтичній практиці: практ. посібник. Київ, 2020. 224 с.
30. Козак Л.А. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у пацієнтів з хронічними захворюваннями. Київ, 2018. 192 с.
31. Литвиненко А.М. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дорослих: практ. посібник. – Київ, 2018. 192 с.

32. Макаренко І.В. Когнітивно-поведінкова терапія при посттравматичному стресовому розладі. Київ, 2020. 224 с.
33. Новак Л.М. Когнітивно-поведінкова терапія у профілактиці тривожних розладів: теорія та практика. Київ, 2019. 184 с.
34. Остапенко В.О. Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні тривожних розладів у дорослих та дітей: посібник для практикуючих психотерапевтів. Київ, 2021. 256 с.
35. Петренко Т.А. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у пацієнтів з порушеннями розвитку: практ. посібник. Київ, 2018. 176 с.
36. Поліщук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожної депресії. Київ, 2019. 160 с.
37. Сидоренко І.А. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів при алкогольній залежності: практ посібник. Київ, 2021. 208 с.
38. Швидка Н.І. Когнітивно-поведінкова терапія: Навч. посібник. Київ, 2018. 336 с.
39. Кузьменко Л.І. Когнітивно-поведінкова терапія депресії: практичні аспекти. Київ, 2018. 224 с.
40. Михайлова Л.В. Когнітивно-поведінкова терапія у сучасній клінічній практиці. Київ, 2019. – 312 с.
41. Бондар В. І. Психологія тривожності. Київ, 2006. – 199 с.
42. Ліфарева Н.В. Психологія особистості: навч. посібник. Київ, 2003. 240 с.
43. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. Загальна психологія. Київ, 2007. 256с.
44. Бандурка О.М., Тюріна В.О., Федоренко О.І. Основи психології і педагогіки Харків, 2003. 293 с.
45. Богданова І.М. Соціальна педагогіка. Київ, 2008. 343 с.
46. Копитін О. І. Основи арт терапії. Київ, 1999. 144 с.

47. Немошук А. Г. Психологія сприймання. Вінниця, 2006. 66 с.
48. Палій А.А. Диференціальна психологія. Харків, 2011. 492 с.

49. Перлз Ф.С. Практика гештальт-терапії. Київ, 2001. 133 с.
50. Рогов Є. І. Настільна книга практичного психолога. Львів, 2006. 384 с.
51. Капська А.Й. Соціальна педагогіка. Київ, 2003. 256.
52. Пшук М.В., Маркова А.І., Кондратюк, Л.В. Медична психологія: навч. посібник. Вінниця, 2010. 135 с.
53. Тараріна О.В. Тканева терапія в роботі з різними категоріями клієнтів. Київ, 2016. 28-30 с.
54. Лебедева Л.Д. Педагогічні аспекти арт-терапії Київ, 2000. 45 с.
55. Станчишин В.О. Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією. Київ, 2020. 56 с.
56. Ліндсі К.Г. Вільні діти емоційно незрілих батьків. Київ, 2018. 67с.
57. Руденко Т.Л. Фізіотерапія. Житомир, 1996. 125 с.
58. Блек, Т., Люсі В. "Когнітивно-поведінкова терапія для дітей та підлітків. Львів, 2013. 54-65 с.
59. Катрін К. Дихання як засіб зняття тривоги. Львів, 2018. с 25.
60. Кочарян А. С. Синдроми невротичної любові. Харків, 2000. 72с.
61. Змановська Є.В., Рибников В.Ю. Девіантна поведінка особистості і групи. Київ, 2010. 352 с.
62. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях. Київ, 2003. 134с
63. Льюїсон Р.Л. Як зняти тривогу. 2015. Львів, 19-18 с.
64. Бек А., Еммонс Г. Тривога: лікування та попередження. Харків, 2015. 18-34 с.
65. Сізанов А. Н. Психологічні ігри. Львів, 1995. 342 с.
66. Ялом І.Д. Тривога і депресія: перший крок до здоров'я. Київ, 2011. 87-89 с.
67. Брунер Д.С. Психологія пізнання. Київ, 1977. 269-270 с.
68. Джеймс В.І. Наукові засади психології. Київ, 1992. 547 с.
69. Обухова Л.Ф. Дитяча психологія. Миргород, 1996. 65 с.

70. Платонов, Ю.П. Соціальна психологія поведінки. Київ, 2003. 464с.
71. Яковлєва Є.В. Емоційні механізми особистісного та творчого розвитку. Київ, 1997. 20-27 с.
72. Брене Б. Дар уразливості: Як прийняти свою неповторність і сміливо відкритися світу. Львів, 2010. 29-30 с.
73. Петровський А.В. Загальна психологія. Одеса, 1986. 56 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала диференціальних емоцій (Differential Emotions Scale – DES), розроблена Карролом Ізардом у 1972 році, використовується для оцінки інтенсивності та частоти переживання базових емоцій. Методика включає набір тверджень, які описують різні емоційні стани. Респондент оцінює, наскільки часто чи інтенсивно він переживав ці стани протягом певного часу. Основні емоції, що вимірює DES: Інтерес, Радість, Подив, Смуток, Гнів, Зневага, Огида, Страх, Сором, Провина

Додаток Б

Шкала тривоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI)

Ціль: Визначення рівня тривожності.

Інструкція: Респондент оцінює, наскільки його турбував кожен із симптомів за останній тиждень, за шкалою:

0 – зовсім не турбувало,

1 – слабо турбувало,

2 – помірно турбувало,

3 – сильно турбувало.

1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі

2. Відчуття жару

3. Тремтіння в ногах

4. Немоżliвість розслабитись

5. Страх, що станеться

найгірше 6. Головокружіння

7. Прискорене серцебиття

8. Нестійкість, нестабільність

9. Відчуття жаху, це кінець

10. Дратівливість

11. Тремтіння в руках

12. Відчуття задухи

13. Нерівна хода

14. Страх втрати контролю

15. Труднощі з диханням

16. Страх смерті

17. Переляк

18. Шлунково-кишкові розлади

19. Непритомність

20. Прилив крові до обличчя

21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)

Додаток В

Тест за шкалою тривоги Спілбергера.

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 відповідно твердження цифру від 1 до 4 балів, де 1 – це «Ні, це не так», 2 – «Мабуть, 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 відчуваюся вільно.
- 6 Я засмучений.
- 7 Мене хвилюють можливі невдачі.
- 8 Я відчуваюся 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.

Додаток Г

Особистісна шкала проявів тривоги (J.Taylor)

Ціль: Визначення рівня тривожності як стабільної особистісної характеристики, що впливає на емоційну реакцію людини в різних ситуаціях.

Інструкція: Пропонується відповісти на серію тверджень, що стосуються почуттів, думок і реакцій у різних ситуаціях. Відповідайте "Так" або "Ні", виходячи з того, наскільки кожне твердження відповідає вашому самовідчуттю. Не існує правильних чи неправильних відповідей, важливо лише бути чесними з собою.

1. Мені часто сняться неприємні сни.
2. Я боюся потрапити в ситуації, в яких виглядатиму дурним.
3. Я відчуваю напругу навіть у повсякденних ситуаціях.
4. У мене часто буває почуття провини.
5. Я часто відчуваю страх перед тим, що може статися.
6. Мене легко збентежити.
7. Моє серце часто починає сильно битися без очевидної причини.
8. Я зазвичай не довіряю людям.
9. Я часто почуваюся самотнім, навіть серед друзів.
10. Я зазвичай уникаю ризикованих ситуацій.
11. Мені важко розслабитися після напруженого дня.
12. Я боюся, що інші люди можуть погано подумати про мене.
13. Я часто турбуюся про своє здоров'я.
14. Мене часто дратують дрібниці.
15. Я часто відчуваю, що мій організм працює "на межі".
16. Я боюся бути відкинутим іншими людьми.
17. Я схильний уникати великих зібрань людей.
18. Мені важко заснути через нав'язливі думки.
19. Я переживаю сильний стрес навіть через незначні зміни у житті.
20. Я боюся відповідальності.
21. Я часто думаю про свої невдачі.
23. Мене лякає невідомість.
24. Я часто хвилююся через те, що можуть подумати інші.
25. У мене часто виникає відчуття, що я роблю щось неправильно.

26. Я часто турбуюся через дрібниці.
27. Я нервую в присутності незнайомих людей.
28. Я рідко відчуваю повністю розслабленим.
29. У мене часто виникає потреба щось змінювати в своїх діях, навіть якщо це не потрібно.
30. Я схильний уникати прийняття важливих рішень.
31. Я відчуваю фізичне виснаження без очевидної причини.
33. Мені важко зосередитися через тривожні думки.
34. Я часто хвилююся про своє майбутнє.
35. Я схильний сумніватися в собі.
36. Я боюся бути висміяним.
37. Мене лякають конфліктні ситуації.
38. Я нервую, коли стикаюся з новими завданнями.
39. Я часто відчуваю себе втомленим через переживання.
40. Я зазвичай остерігаюся незнайомих ситуацій.
41. Мені важко почуватися впевнено в колективі.
42. Я боюся, що не впораюся зі своїми обов'язками.
43. Я часто турбуюся про інших людей більше, ніж про себе.
44. Я схильний до швидкого підвищення пульсу в стресових ситуаціях.
45. Мені важко говорити про свої почуття.
46. Я часто відчуваю страх, навіть коли нема причин для хвилювання.
47. Мені здається, що люди можуть мене неправильно зрозуміти.
47. Я уникаю ситуацій, де мені доведеться проявляти ініціативу.
48. Я часто відчуваю дискомфорт у соціальних ситуаціях.
49. Я переживаю, що мої зусилля можуть не оцінити.
50. У мене часто з'являється відчуття внутрішньої напруги.