

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

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри _____

« ____ » _____ 2026 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«РОЛЬ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В ПОДОЛАННІ
ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРΟΣЛИХ»

Виконала студентка групи

ТУЖТ-8-24-М1ПС(1,6зс)

спеціальності 053 «Психологія»

Шпарук Валентина Альбертівна

Керівник: д. мед. н., доц.

Свиридюк В.З.

Рецензент:.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ТА МОЖЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ.....	7
1.1. Поняття тривоги та тривожних розладів у психологічній науці.....	7
1.2. Психологічні механізми формування та прояви тривожних розладів у дорослих.....	20
1.3. Теоретичні засади та принципи когнітивно-поведінкової терапії.....	30
1.4. Можливості когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних розладів.....	32
Висновки до розділу 1.....	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРΟΣЛИХ.....	39
2.1. Методи та організація дослідження.....	39
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	46
Висновки до розділу 2.....	54
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ЗАСОБАМИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ.....	57
3.1. Розроблення програми психологічної допомоги дорослим з тривожними розладами на основі когнітивно-поведінкової терапії.....	57
3.2. Аналіз ефективності застосування когнітивно-поведінкових технік в роботі з тривожними розладами.....	63
Висновки до розділу 3.....	67
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73
ДОДАТКИ.....	79

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних соціально-економічних умовах проблема психічного здоров'я набуває особливої актуальності. Постійні соціальні зміни, високий рівень інформаційного навантаження, професійні стреси, нестабільність суспільного середовища та наслідки кризових подій сприяють зростанню психологічної напруженості серед дорослого населення. Одним із найбільш поширених проявів порушень психоемоційного стану є тривожні розлади, які характеризуються стійким відчуттям внутрішнього напруження, невизначеного страху, підвищеної настороженості та очікуванням негативних подій. Такі стани суттєво впливають на якість життя людини, її соціальну активність, професійну ефективність і міжособистісні взаємини.

Тривога як психологічний феномен є складним багатовимірним явищем, що охоплює когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні компоненти. У помірному прояві вона виконує адаптивну функцію, мобілізуючи внутрішні ресурси особистості та сприяючи підготовці до можливих загроз. Однак у разі надмірної інтенсивності або тривалості тривога може трансформуватися у патологічні форми, що проявляються у вигляді генералізованого тривожного розладу, панічних атак, соціальної тривожності, фобічних станів та інших порушень емоційної регуляції. Такі стани часто супроводжуються негативними автоматичними думками, когнітивними викривленнями, унікальною поведінкою та зниженням здатності до ефективного функціонування в різних сферах життя.

Проблема тривожних розладів привертає значну увагу як зарубіжних, так і вітчизняних дослідників. Питання природи тривоги, її психологічних механізмів та проявів висвітлювали у своїх працях Г. Айзенк, Ч. Спілбергер, А. Бек, А. Елліс, Д. Барлоу, Р. Ліхі, а також вітчизняні науковці І. Бех, С. Максименко, Т. Титаренко, О. Хомік та інші. У дослідженнях цих учених підкреслюється, що тривожні розлади мають комплексний характер і

потребують застосування ефективних психологічних підходів до їх подолання.

Одним із найбільш результативних і науково обґрунтованих напрямів психологічної допомоги при тривожних розладах є когнітивно-поведінкова терапія. Даний психотерапевтичний підхід ґрунтується на положенні про взаємозв'язок між мисленням, емоціями та поведінкою людини. Відповідно до когнітивно-поведінкової моделі, дезадаптивні емоційні стани формуються внаслідок нераціональних переконань, автоматичних негативних думок та викривлених когнітивних схем. Основною метою терапевтичного впливу є виявлення таких когнітивних викривлень, їх раціональне переосмислення та формування більш адаптивних моделей мислення і поведінки.

Когнітивно-поведінкова терапія широко застосовується у психологічній практиці для роботи з різними видами тривожних розладів. Її ефективність підтверджена численними емпіричними дослідженнями, які демонструють значне зниження рівня тривожності, покращення емоційної саморегуляції та підвищення психологічного благополуччя клієнтів. Важливою перевагою даного підходу є його структурованість, практична спрямованість, орієнтація на формування навичок самодопомоги та активну участь клієнта у терапевтичному процесі.

Незважаючи на значну кількість наукових досліджень у цій сфері, проблема застосування когнітивно-поведінкової терапії для подолання тривожних розладів у дорослих залишається актуальною, що зумовлює необхідність подальшого теоретичного аналізу та емпіричного вивчення даного питання.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити роль когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних розладів у дорослих.

Об'єкт дослідження – тривожні розлади у дорослих.

Предмет дослідження – психологічні особливості подолання тривожних розладів у дорослих засобами когнітивно-поведінкової терапії.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що застосування методів когнітивно-поведінкової терапії сприятиме зниженню рівня тривожності у дорослих.

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

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння феномену тривоги та тривожних розладів у психологічній науці.
2. Розкрити психологічні механізми формування та прояви тривожних розладів у дорослих.
3. Охарактеризувати теоретичні засади та основні принципи когнітивно-поведінкової терапії.
4. Провести емпіричне дослідження рівня тривожності у дорослих.
5. Розробити та апробувати програму психологічної допомоги на основі методів когнітивно-поведінкової терапії.
6. Проаналізувати ефективність застосування когнітивно-поведінкових технік у подоланні тривожних проявів.

Організація та методи дослідження. Дослідження проводилось засобами діагностики у соціальних мережах за допомогою google-forms. У дослідженні прийняло участь 25 чоловік (18 жінок та 7 чоловіків) віком від 43 до 52 років. У дослідженні було використано наступний діагностичний інструментарій: Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна; Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory – BAI); Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS); Методика «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка; Шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7).

Наукова новизна та теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні теоретичних уявлень про психологічні особливості тривожних розладів у дорослих та обґрунтуванні можливостей використання когнітивно-поведінкової терапії для їх подолання.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання розробленої програми психологічної допомоги у діяльності практичних

психологів, психотерапевтів, консультантів, а також у системі психологічної підтримки дорослого населення.

Апробація результатів дослідження. Сформульовані у дипломній роботі теоретичні положення і висновки доповідалися під час проведення XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Наукові ініціативи сьогодення України: правові, економічні, соціальні та поведінкові аспекти» (10-11 грудня 2025 року, м. Житомир) на базі Житомирського інституту ПрАТ «ВНЗ «МАУП».

Публікації. За результатами дослідження було опубліковано 2 тези-доповіді:

1) Свиридюк В.З., Шпарук В.А. Когнітивно-поведінкова терапія як ефективний метод подолання тривожних розладів у дорослих. *Наукові ініціативи сьогодення України: правові, економічні, соціальні та поведінкові аспекти*: матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. конф. (10-11 груд. 2025 р. ЖІ ПрАТ «ВНЗ «МАУП», м. Житомир). *ЖІ ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 2025. (подано до друку);*

2) Журавська О.В., Шпарук В.А., Ефективність когнітивно-поведінкової терапії у зниженні рівня тривожності у дорослих. *Наукові ініціативи сьогодення України: правові, економічні, соціальні та поведінкові аспекти*: матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. конф. (10-11 груд. 2025 р. ЖІ ПрАТ «ВНЗ «МАУП», м. Житомир). *ЖІ ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 2025. (подано до друку).*

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота містить 4 таблиці та 4 рисунки. Загальний обсяг роботи викладено на 78 сторінках, список використаних джерел складає 90 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ТА МОЖЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

1.1. Поняття тривоги та тривожних розладів у психологічній науці

Проблема тривоги є однією з центральних у сучасній психологічній науці, оскільки вона безпосередньо пов'язана з емоційною регуляцією, адаптаційними можливостями особистості та її здатністю ефективно реагувати на складні життєві ситуації. Умови сучасного суспільства, що характеризуються високим рівнем соціальної динаміки, інформаційним перевантаженням, невизначеністю майбутнього та значними психоемоційними навантаженнями, сприяють зростанню кількості людей, які переживають підвищену тривожність. У зв'язку з цим вивчення природи тривоги, її психологічних механізмів і форм прояву набуває особливої актуальності.

У психологічній науці тривога розглядається як складний багатовимірний феномен, що включає емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти. Вона може виступати як нормальна адаптивна реакція організму на потенційну загрозу або невизначеність, мобілізуючи внутрішні ресурси людини для подолання труднощів. Водночас надмірна інтенсивність або тривала дія тривожних переживань може призводити до формування дезадаптивних емоційних станів і розвитку різних форм тривожних розладів, що негативно впливають на психічне благополуччя та соціальне функціонування особистості.

Науковий інтерес до проблеми тривоги має тривалу історію і представлений у працях багатьох зарубіжних та вітчизняних дослідників. Значний внесок у розроблення теоретичних аспектів даного феномену зробили представники психоаналітичного, гуманістичного, когнітивного та поведінкового напрямів психології. У різні періоди розвитку психологічної

науки тривога розглядалася як емоційний стан, як особистісна риса, як реакція на фрустрацію або загрозу, а також як результат особливостей когнітивної інтерпретації ситуації. У сучасних дослідженнях особлива увага приділяється взаємозв'язку між когнітивними процесами, емоційними переживаннями та поведінковими реакціями, що лежать в основі формування тривожних розладів.

Окремим напрямом наукових досліджень є вивчення тривожних розладів як специфічної групи психічних порушень, що характеризуються надмірним, тривалим і неконтрольованим відчуттям тривоги, страху або внутрішнього напруження. Такі стани можуть проявлятися у вигляді генералізованого тривожного розладу, панічних атак, соціальної тривожності, фобічних реакцій та інших форм емоційних порушень. Вони супроводжуються різноманітними когнітивними викривленнями, підвищеною настороженістю до потенційних загроз, труднощами концентрації уваги та унікальною поведінкою.

Тривога є складним багатовимірним психологічним явищем, що проявляється на кількох взаємопов'язаних рівнях – когнітивному, фізіологічному та поведінковому. На думку А. В. Будник, на когнітивному рівні тривожність виявляється у формі негативних очікувань і нав'язливих думок щодо можливих подій, які ще не відбулися. Такі переживання часто пов'язані з індивідуальними переконаннями людини про себе, інших людей і навколишній світ, а також із попереднім негативним або травматичним досвідом, що формує схильність до песимістичної інтерпретації ситуацій [4].

Фізіологічні прояви тривоги зумовлені активізацією симпатичного відділу нервової системи, що запускає реакцію організму на потенційну загрозу. У результаті цього можуть спостерігатися прискорене серцебиття, поверхнєве або часте дихання, підвищене потовиділення, напруження м'язів та інші соматичні реакції. Поведінковий компонент тривожності проявляється у різноманітних формах поведінки, серед яких уникнення потенційно небезпечних або стресових ситуацій, підвищена настороженість, надмірний

контроль власних дій, а також повторювані дії чи ритуали, спрямовані на зменшення внутрішнього напруження.

Вивчення тривожності має важливе значення не лише для психологічної науки, але й для системи громадського здоров'я. У сучасному світі тривожні стани є поширеною проблемою, що охоплює значну частину населення та негативно позначається на психічному благополуччі людей. Дослідження тривоги та пов'язаних із нею психічних порушень дають змогу визначити основні фактори ризику та захисні механізми, розробити ефективні профілактичні заходи, а також удосконалити державні та соціальні програми, спрямовані на зниження поширеності тривожних розладів.

Важливо враховувати, що тривога впливає не лише на психічний стан, але й на фізичне здоров'я людини. Тривале переживання тривожних станів може спричиняти порушення у системі реагування організму на стрес. Зокрема, хронічна тривога здатна викликати підвищення рівня запальних процесів, окислювального стресу та інших фізіологічних змін, які з часом можуть сприяти розвитку різноманітних соматичних захворювань. До них, зокрема, належать серцево-судинні патології, метаболічні порушення, включаючи цукровий діабет, а також деякі аутоімунні захворювання.

Крім того, тривожні розлади суттєво впливають на соціальне функціонування особистості. Люди, які переживають виражені тривожні стани, часто стикаються з труднощами у міжособистісній взаємодії, можуть відчувати ізоляцію, уникати соціальних контактів або мати проблеми у підтриманні стабільних соціальних зв'язків. Унаслідок цього знижується рівень їхньої соціальної активності та загальна якість життя. Усвідомлення ролі соціальних та міжособистісних чинників у формуванні тривожності дозволяє фахівцям розробляти більш ефективні психотерапевтичні підходи, спрямовані на подолання цих проблем.

У сучасному суспільстві проблема тривожності набуває дедалі більшої актуальності, що підтверджується зростанням кількості випадків тривожних розладів у різних країнах світу. Серед основних причин цієї тенденції

дослідники називають підвищений рівень життєвого стресу, соціальну ізоляцію, швидкі соціальні зміни та невизначеність майбутнього, що посилюють відчуття нестабільності та психологічної напруженості.

Отже, тривога є важливим об'єктом наукового аналізу в психології, оскільки вона має значний вплив на психічне та фізичне здоров'я людини, а також на її соціальне функціонування. Поглиблене вивчення причин виникнення тривоги та механізмів її розвитку створює підґрунтя для розроблення більш ефективних методів психологічної допомоги, профілактичних програм і стратегій підтримки психічного здоров'я населення.

У психологічній теорії особистості значну увагу проблемі тривоги приділяв А. Адлер, який розглядав її як один із проявів невротичних порушень. У межах індивідуальної психології дослідник підкреслював, що тривожність може супроводжувати різноманітні поведінкові відхилення. На його думку, невроз є закономірним результатом розвитку особистості, яка характеризується недостатньою активністю, егоцентричним прагненням до переваги та недостатнім рівнем сформованості соціального інтересу. Подібні риси особливо притаманні людям із пасивним або надмірно опікуваним стилем життя [45].

На думку А. Адлера, невротичні особистості часто обирають дезадаптивні життєві стратегії через негативний досвід раннього дитинства. Зокрема, причиною цього можуть бути або надмірна батьківська опіка, або, навпаки, емоційне відчуження та відсутність підтримки. У таких умовах дитина не відчуває психологічної безпеки та змушена формувати різноманітні захисні механізми, спрямовані на подолання почуття неповноцінності. Унаслідок цього її розвиток супроводжується постійним переживанням загрози для самооцінки, невпевненістю у власних можливостях та підвищеною емоційною чутливістю, що проявляється у формі високого рівня тривожності [45].

Інший підхід до розуміння природи тривоги запропонувала К. Хорні у межах соціокультурної теорії особистості. На відміну від класичних психоаналітичних уявлень, вона вважала, що тривога не є вродженим або обов'язковим компонентом психіки. На її думку, джерелом тривожності виступає насамперед відсутність відчуття безпеки у міжособистісних взаєминах. Причини формування тривожних переживань дослідниця пов'язувала з порушеннями у стосунках між дитиною та батьками. Якщо дитина не отримує достатнього рівня підтримки, прийняття та довіри, у неї формується відчуття небезпеки та недовіра до оточення. Це може призводити до виникнення прихованої ворожості щодо батьків, яка з часом трансформується у так звану базальну тривогу – стійке відчуття внутрішньої небезпеки, спрямоване не лише на конкретних людей, а й на світ загалом [67].

К. Хорні також звертала увагу на необхідність розмежування понять страху та тривоги. Страх, за її визначенням, є емоційною реакцією, що виникає у відповідь на реальну загрозу і відповідає ступеню небезпеки ситуації. Натомість тривога виникає у випадках, коли реакція людини є непропорційною або спрямованою на уявну чи потенційну небезпеку. Сила тривожних переживань, за її твердженням, залежить від того значення, яке конкретна ситуація має для особистості [69].

Проблема походження тривожності також розглядається у контексті онтогенетичного розвитку особистості. У процесі психічного розвитку людини формуються певні системні новоутворення, зокрема у сфері емоцій та потреб. Ці утворення поступово набувають самостійної спонукальної сили та розвиваються за власною внутрішньою логікою. Розвиток тривожних станів можна пояснювати через формування психологічних механізмів, які забезпечують усвідомлене регулювання поведінки. При цьому особистісні якості розглядаються як цілісна система, що поєднує стійкі мотиви діяльності та сформовані способи їх реалізації у поведінці. У цьому контексті тривожність як особистісна характеристика проходить аналогічний шлях становлення та закріплення.

Водночас деякі дослідники вважають, що важливу роль у формуванні тривожності відіграють внутрішні конфлікти у структурі «Я». Наявність суперечностей між потребами, прагненнями та можливостями їх реалізації може викликати стан напруження і внутрішньої нестабільності, що сприяє виникненню тривоги. З часом такі переживання можуть закріплюватися та набувати відносної самостійності, перетворюючись на стійке особистісне утворення. Набуваючи власної мотиваційної сили, тривожність починає впливати на поведінку людини, виконуючи функції регуляції діяльності, спонукаючи до досягнення успіху або визначаючи особливості міжособистісної взаємодії. Таким чином, тривожність може займати важливе місце у структурі особистості та істотно впливати на її поведінкові стратегії.

Тривожність у психологічній науці розглядається як стан емоційного напруження та внутрішнього дискомфорту, що виникає у зв'язку з очікуванням можливих несприятливих подій або передчуттям загрози. У науковій літературі прийнято розрізняти тривожність як короткочасний емоційний стан і як відносно стабільну особистісну характеристику. Відповідно до цього розмежування використовуються два поняття: «тривога», що позначає ситуативний емоційний стан, та «тривожність», яка відображає стійку схильність людини до переживання тривоги. Водночас термін «тривожність» інколи використовується і для позначення явища загалом [19].

Тривожність можна визначити як індивідуальну схильність людини до переживання тривожних станів, що проявляються у вигляді емоційного напруження, занепокоєння та негативних передчуттів. Подібний стан супроводжується суб'єктивними відчуттями неспокою, внутрішньої напруженості, очікуванням можливих труднощів або небезпеки. З фізіологічної точки зору він пов'язаний із активізацією вегетативної нервової системи. Тривожні переживання зазвичай виникають як реакція на стресову або невизначену ситуацію, при цьому їх інтенсивність може варіюватися залежно від обставин і змінюватися з часом.

Як особистісне явище тривожність характеризується переживанням емоційного дискомфорту, пов'язаного з очікуванням небажаних подій або передбаченням потенційної небезпеки. На психологічному рівні вона проявляється у вигляді напруженості, занепокоєння, нервозності, відчуття невизначеності та невпевненості у власних можливостях. Людина може переживати почуття беззахисності, самотності, передчуття невдачі або труднощі у прийнятті рішень [31].

На фізіологічному рівні тривожність супроводжується низкою соматичних реакцій організму. Серед них спостерігаються прискорення серцевого ритму, частіше дихання, підвищення артеріального тиску, збільшення об'єму циркулюючої крові та загальне зростання нервової збудливості. У такому стані знижується поріг чутливості нервової системи, внаслідок чого навіть нейтральні подразники можуть сприйматися як емоційно негативні або загрозливі.

Протягом тривалого часу у психологічній науці тривожність переважно трактувалася як прояв особистісного неблагополуччя. Її виникнення пов'язували з наявністю нервово-психічних розладів, серйозних соматичних захворювань або наслідками психічних травм. Однак сучасні дослідження значно розширили уявлення про природу цього феномену [31].

Сучасні вітчизняні науковці дедалі частіше розглядають тривожність не лише як негативну особистісну характеристику, а як важливий механізм психологічної регуляції. У цьому контексті вона виступає своєрідним сигналом психічної системи, який свідчить про невідповідність між вимогами ситуації та можливостями людини. Багато сучасних психотерапевтів дотримуються думки, що кожна людина має індивідуальний оптимальний рівень тривожності, який може виконувати адаптивну функцію та сприяти особистісному розвитку. Такий підхід відображає сучасні тенденції розвитку психологічної науки, орієнтовані на системне розуміння психічних процесів і більш гнучке трактування ролі емоційних станів у житті людини [40].

Стан тривоги або тривожності розглядається як специфічний емоційний стан, який може включати низку взаємопов'язаних переживань, що послідовно змінюють одне одного залежно від інтенсивності напруження. У наукових дослідженнях виділяють кілька рівнів прояву тривожності, які відображають поступове посилення цього емоційного стану [25].

Початковий, або перший рівень, характеризується мінімальною інтенсивністю тривоги. Він проявляється у вигляді легкого внутрішнього напруження, підвищеної настороженості та відчуття психологічного дискомфорту. На цьому етапі людина ще не відчуває явної загрози, однак подібні переживання виконують сигнальну функцію, попереджаючи про можливе виникнення більш виражених тривожних реакцій. Саме тому цей рівень має важливе адаптивне значення для організму.

На другому рівні внутрішнє напруження посилюється і може супроводжуватися гіперчутливістю до зовнішніх подразників. У такому стані навіть нейтральні стимули починають сприйматися як значущі, а інколи набувають негативного емоційного забарвлення. Людина стає більш чутливою до змін у навколишньому середовищі та схильною до надмірного реагування на незначні події.

Третій рівень характеризується виникненням власне тривоги. На цьому етапі з'являється відчуття невизначеної загрози та переживання неясної небезпеки. Людина може відчувати внутрішній неспокій, не маючи чіткого усвідомлення джерела цього стану.

Четвертий рівень проявляється у формі страху. У міру посилення тривожних переживань невизначене відчуття небезпеки починає конкретизуватися та пов'язуватися з певним об'єктом або ситуацією. При цьому об'єкт страху не завжди відповідає реальній причині тривоги та може не становити об'єктивної загрози.

П'ятий рівень характеризується відчуттям неминучості катастрофічних подій. У цьому випадку наростання тривоги супроводжується переживанням сильного жаху. Подібний стан виникає не стільки через конкретний зміст

загрози, скільки через інтенсивне посилення тривожного напруження. Навіть без чітко визначеної причини людина може переживати сильне емоційне потрясіння [6].

Найвищим проявом тривоги є шостий рівень – тривожно-боязке збудження. Для нього характерні різко виражені поведінкові реакції, що проявляються у прагненні до рухової розрядки, панічному пошуку допомоги або втечі від ситуації. На цьому етапі тривога може призводити до значної дезорганізації поведінки та діяльності людини.

У психологічних дослідженнях також розрізняють дві основні форми прояву тривожності. Перша форма – відкрита тривожність, яка усвідомлюється людиною і проявляється у її поведінці та діяльності у вигляді явних переживань тривоги. Друга форма – прихована тривожність, що може залишатися частково або повністю неусвідомленою. У цьому випадку вона проявляється опосередковано: через демонстративний спокій, знижену чутливість до реальних проблем або навіть їх заперечення. Інколи прихована тривожність виявляється у специфічних поведінкових стереотипах, які виконують функцію психологічного захисту [49].

Сучасні підходи до розуміння ролі тривожності у формуванні особистості значною мірою спираються на результати клінічних досліджень, зокрема тих, що проводилися на матеріалі пограничних психічних розладів. Узагальнення цих досліджень дає змогу сформулювати низку важливих положень щодо природи та функцій тривожності.

Передусім тривожність розглядається як індивідуальна схильність людини до переживання станів тривоги. Вона відображає певну особливість емоційної сфери особистості, яка визначає частоту та інтенсивність виникнення тривожних переживань у різних життєвих ситуаціях.

Виникнення стану тривоги часто пов'язується з наявністю внутрішнього конфлікту у структурі «Я». Подібні суперечності можуть виникати між потребами, мотивами, очікуваннями та реальними можливостями їх реалізації, що створює психологічну напруженість і сприяє появі тривожних переживань.

З часом тривожність може закріплюватися у структурі особистості та набувати відносної стабільності. У такому випадку вона починає виконувати певні регулятивні функції, зокрема виступати мотивуючим чинником у процесі спілкування, стимулювати прагнення досягти успіху або уникнути невдач. Таким чином, тривожність може інтегруватися у систему провідних особистісних утворень і впливати на поведінкові стратегії людини.

Водночас психологічні дослідження свідчать, що для кожної людини характерний індивідуальний оптимальний рівень тривожності. Такий рівень іноді називають «корисною» або «адаптивною» тривожністю, оскільки він сприяє мобілізації внутрішніх ресурсів, підвищує уважність та стимулює активність у діяльності.

Разом із тим надмірно високий рівень тривожності розглядається як дезадаптивний фактор. У подібних випадках вона може призводити до порушення ефективності діяльності, зниження здатності до саморегуляції, а також до загальної дезорганізації поведінки та діяльності особистості.

Отже, формування та закріплення тривожності як відносно стійкої особистісної характеристики значною мірою пов'язане з незадоволенням провідних потреб людини на певних етапах її розвитку. Якщо такі потреби тривалий час залишаються нереалізованими або набувають гіпертрофованого значення, це може сприяти виникненню внутрішніх конфліктів та посиленню тривожних переживань. У випадках, коли тривожність виникає під впливом стресових факторів і поєднується з внутрішніми суперечностями особистості, вона може закріплюватися як стабільна психологічна характеристика.

Тривожні розлади належать до найбільш поширених психічних порушень, які суттєво впливають на психологічне благополуччя людини та значно знижують якість її життя. Вони супроводжуються інтенсивними емоційними переживаннями, почуттям постійного напруження та можуть спричиняти виражені страждання у пацієнтів. Важливо зазначити, що подібні розлади зустрічаються не лише серед осіб із психічними порушеннями, а й досить часто супроводжують різні соматичні захворювання. У зв'язку з цим

проблема їх діагностики набуває особливої актуальності та потребує ретельного диференціювання з іншими психічними або соматичними станами.

Відповідно до класифікації МКХ-11 виділяють кілька основних типів тривожних розладів [89].

Генералізований тривожний розлад (6B00). Цей розлад характеризується тривалим і надмірним переживанням тривоги та занепокоєння з приводу різноманітних життєвих ситуацій. Люди з генералізованим тривожним розладом постійно відчувають внутрішнє напруження, хвилюються навіть через незначні повсякденні події та схильні до нав'язливих переживань щодо можливих негативних подій у майбутньому [89].

Панічний розлад (6B01). Для цього розладу характерні повторювані панічні атаки – раптові епізоди інтенсивного страху або сильного тривожного напруження. Такі стани часто супроводжуються вираженими соматичними проявами, зокрема прискореним серцебиттям, пітливістю, тремтінням, відчуттям нестачі повітря або задухи. Після пережитих нападів люди часто починають боятися повторення подібних станів і намагаються уникати ситуацій, які, на їхню думку, можуть спровокувати нову панічну атаку.

Агорафобія (6B02). Агорафобія проявляється страхом перед місцями або ситуаціями, у яких людина може відчути панічну атаку або інтенсивний дискомфорт і водночас не матиме можливості швидко отримати допомогу чи залишити небезпечну ситуацію. Особи з таким розладом нерідко уникають громадських місць, великих скупчень людей, транспорту, магазинів або інших просторів, де, на їхню думку, може виникнути напад тривоги.

Специфічна фобія (6B03). Цей тип розладу характеризується вираженням і стійким страхом перед певними об'єктами або ситуаціями. Такими об'єктами можуть бути тварини, висота, польоти, медичні процедури, кров тощо. Люди з подібними фобіями зазвичай намагаються уникати контактів із відповідними об'єктами або ситуаціями, що інколи суттєво обмежує їхню повсякденну активність.

Соціальний тривожний розлад (6B04). Соціальна тривожність пов'язана з інтенсивним страхом перед ситуаціями соціальної взаємодії, у яких людина може стати об'єктом оцінювання або критики з боку інших. Особи з цим розладом часто відчують значний дискомфорт під час спілкування, бояться виступів перед аудиторією, перебування у центрі уваги або інших соціальних контактів.

Сепараційний тривожний розлад (6B05). Цей розлад проявляється надмірною тривогою, пов'язаною з розлукою з близькими людьми або звичним середовищем. Найчастіше він спостерігається у дітей та підлітків, які переживають сильний страх перед відокремленням від батьків або від звичного домашнього оточення.

Селективний мутизм (6B06). Селективний мутизм характеризується ситуаційною нездатністю говорити у певних соціальних умовах, попри збереження мовленнєвих можливостей у інших обставинах. Найчастіше цей розлад спостерігається у дитячому віці, коли дитина може вільно спілкуватися вдома, але мовчить у школі або у присутності незнайомих людей.

Інші уточнені розлади, пов'язані з тривогою та страхом (6B0Y). До цієї категорії належать різні прояви тривожних станів, які не повністю відповідають критеріям основних діагностичних груп, але мають виражені симптоми та потребують клінічного уточнення.

Неуточнені розлади, пов'язані з тривогою і страхом (6B0Z). Ця категорія включає випадки, коли наявні тривожні симптоми, проте їх недостатньо для встановлення конкретного діагнозу або інформації для чіткої класифікації недостатньо. У таких ситуаціях необхідні подальші клінічні спостереження та дослідження [89].

Таким чином, тривожні розлади є різноманітною групою психічних порушень, які можуть мати різні форми прояву та ступінь вираженості, проте всі вони характеризуються домінуванням переживань страху, занепокоєння та емоційного напруження. Їх своєчасна діагностика та ефективна психологічна

допомога мають важливе значення для збереження психічного здоров'я та соціального функціонування людини.

До основних проявів тривожних розладів належать стійкі переживання тривоги, виникнення панічних нападів, труднощі у соціальній взаємодії, а також різноманітні фізіологічні симптоми. Люди, які страждають на такі розлади, часто відчувають постійне внутрішнє напруження, занепокоєння та підвищену нервову збудливість. Подібні емоційні переживання можуть супроводжуватися соматичними реакціями організму, зокрема прискореним серцебиттям, поверхневим або частішим диханням, підвищеним потовиділенням і тремтінням.

Одним із характерних симптомів тривожних розладів є панічні атаки, які виникають раптово і супроводжуються інтенсивним страхом або відчуттям небезпеки. Під час таких епізодів людина може переживати відчуття задухи, сильне серцебиття, втрату контролю над власним станом або навіть страх смерті. Ці напади нерідко виникають несподівано та можуть значно порушувати повсякденну діяльність [86].

Крім того, тривожні розлади часто впливають на соціальне функціонування людини. У таких випадках можуть виникати труднощі у спілкуванні з іншими людьми, зниження впевненості у соціальних ситуаціях, уникання контактів або складності у виконанні різних соціальних ролей і завдань.

Фізіологічні симптоми тривоги також можуть бути досить різноманітними. Серед них найчастіше спостерігаються підвищене потовиділення, утруднене дихання, прискорений пульс, почервоніння шкіри, відчуття слабкості або загального дискомфорту. Подібні прояви свідчать про активізацію реакцій організму на стрес та напруження.

У сучасних умовах тривожні розлади розглядаються як важлива проблема громадського здоров'я, оскільки вони поширені серед різних груп населення та можуть істотно впливати на якість життя людини. У зв'язку з цим особливого значення набувають наукові дослідження, спрямовані на

вивчення психологічних механізмів тривоги, її проявів та чинників виникнення. Результати таких досліджень створюють підґрунтя для розроблення ефективних методів психологічної допомоги та вдосконалення сучасних терапевтичних підходів до подолання тривожних розладів [77].

1.2. Психологічні механізми формування та прояви тривожних розладів у дорослих

Тривожні розлади належать до найбільш поширених психічних порушень у країнах Європи. За результатами епідеміологічних досліджень, приблизно у 14% населення віком від 14 до 65 років упродовж життя спостерігаються різні форми тривожних розладів. При цьому статистичні дані свідчать, що жінки страждають на ці порушення значно частіше, ніж чоловіки – приблизно у два-три рази.

Перші прояви тривожних розладів нерідко виникають ще у дитячому або підлітковому віці. Особливо це характерно для специфічних та соціальних фобій, які можуть формуватися на ранніх етапах розвитку особистості. Наприклад, селективний мутизм іноді проявляється вже у віці трьох років. У ранньому дитинстві багато дітей проходять через тимчасову стадію настороженого або негативного ставлення до незнайомих людей. Така реакція зазвичай починається приблизно у віці 8-9 місяців і вважається природним етапом психічного розвитку.

Разом із тим у певної частини дітей тривожні переживання можуть набувати більш стійкого характеру. Зокрема, приблизно у 2-3 % дітей виражений тривожний розлад, пов'язаний із розлукою з близькими, може зберігатися до дошкільного або навіть шкільного віку. У таких випадках необхідність психологічної допомоги виникає тоді, коли подібні прояви заважають нормальному розвитку дитини та перешкоджають набуттю важливого соціального досвіду.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, тривожні розлади посідають одне з провідних місць серед психічних і соматичних захворювань, що спричиняють втрату працездатності та інвалідність. У глобальному масштабі вони займають шосту позицію серед причин обмеження життєдіяльності, а у високорозвинених країнах – четверту. Це свідчить про значний вплив тривожних розладів на фізичне, психологічне та соціальне благополуччя людини [88].

Найбільш поширеним різновидом тривожних розладів є специфічні фобії. Зазвичай вони виникають у дитячому або підлітковому віці та можуть зберігатися протягом тривалого часу. Дослідження показують, що у подальшому житті у людей із подібними розладами підвищується ризик розвитку інших психічних або соматичних захворювань. Таке явище отримало назву послідовної коморбідності, коли один розлад стає передумовою виникнення інших порушень психічного чи фізичного здоров'я.

Проблема тривожних розладів є однією з ключових у сучасній психології та психіатрії. У науковій літературі тривога розглядається як складний психічний феномен, що має багатовимірну структуру та проявляється у взаємодії емоційних, когнітивних, поведінкових і фізіологічних компонентів. У різні історичні періоди різні наукові школи по своєму пояснювали природу тривожних переживань та механізми їх виникнення [61].

Одним із перших системних пояснень феномену тривоги є психоаналітична концепція З. Фрейда. Учений розглядав тривогу як сигнал небезпеки, що виникає у структурі «Я» у відповідь на загрозу з боку внутрішніх імпульсів або зовнішніх обставин. На думку дослідника, тривога виконує захисну функцію, попереджаючи особистість про можливий психологічний конфлікт. У межах цієї теорії виділялися різні форми тривоги: реалістична, невротична та моральна, які відображають різні джерела внутрішньої напруги [59].

Подальший розвиток психоаналітичних уявлень про тривожність відбувся у працях К. Хорні, яка пов'язувала виникнення тривожних станів насамперед із соціальними чинниками. На її думку, базальна тривога формується в дитинстві внаслідок порушення емоційних відносин між дитиною та батьками. Недостатність любові, підтримки та почуття безпеки призводить до виникнення глибинного відчуття ворожості світу, що у подальшому може проявлятися у формі різноманітних тривожних розладів [68].

Важливий внесок у дослідження тривоги зробив Ч. Спілбергер, який запропонував розрізняти тривогу як емоційний стан і тривожність як особистісну характеристику. Науковець визначав тривогу як емоційний стан, що характеризується переживанням напруження, занепокоєння та активацією нервової системи. Тривожність, у свою чергу, розглядається як стійка схильність людини сприймати широкий спектр життєвих ситуацій як загрозливі та реагувати на них підвищеним рівнем тривоги [81].

Представники когнітивного напрямку, зокрема А. Бек, пояснювали виникнення тривожних розладів через особливості мислення людини. Згідно з когнітивною теорією, основою тривожності є наявність дисфункціональних переконань та негативних когнітивних схем, які спотворюють сприйняття реальності. Люди з підвищеною тривожністю схильні перебільшувати ймовірність небезпеки, очікувати негативних наслідків і недооцінювати власні можливості впоратися з труднощами [51].

Схожих поглядів дотримувався А. Елліс, засновник раціонально-емоційної поведінкової терапії. Він вважав, що причиною емоційних розладів є ірраціональні переконання людини, які формують неадекватні емоційні реакції. Тривожні стани, на його думку, виникають тоді, коли людина інтерпретує життєві події через призму жорстких і нереалістичних вимог до себе та навколишнього світу [58].

У сучасній психології тривожні розлади також розглядаються з позицій поведінкових теорій. Представники цього напрямку, зокрема Дж. Вотсон та

Б. Скіннер, пояснювали виникнення страхів і тривоги процесами навчання. Згідно з їхніми поглядами, тривожні реакції можуть формуватися внаслідок умовних рефлексів або закріплюватися через механізми підкріплення, коли уникнення тривожних ситуацій тимчасово зменшує емоційний дискомфорт [84].

Тривожні розлади є складним психічним явищем, формування якого зумовлюється взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників. У сучасній психологічній науці вони розглядаються як результат порушення механізмів емоційної регуляції, особливостей когнітивної обробки інформації та специфіки індивідуального досвіду особистості. Особливу роль у формуванні тривожних розладів відіграють психологічні механізми, що визначають спосіб інтерпретації подій, характер емоційних реакцій і поведінкових стратегій людини у ситуаціях невизначеності або потенційної загрози.

Одним із ключових психологічних механізмів виникнення тривожних розладів є особливості когнітивної оцінки ситуації. Люди з підвищеною тривожністю схильні інтерпретувати нейтральні або незначні події як потенційно небезпечні. Така тенденція пов'язана з формуванням негативних когнітивних схем і переконань, що впливають на сприйняття навколишньої реальності. У межах когнітивної теорії підкреслюється, що тривожні переживання часто підтримуються автоматичними негативними думками, які виникають у відповідь на різні життєві ситуації та формують очікування небезпеки або невдачі.

Важливу роль у розвитку тривожних розладів відіграють також особливості емоційної регуляції. У дорослих осіб з підвищеним рівнем тривожності нерідко спостерігається знижена здатність до ефективного контролю власних емоційних реакцій. Це може проявлятися у схильності до надмірного переживання негативних емоцій, труднощах у подоланні стресових ситуацій та підвищеній чутливості до можливих загроз. У

результаті навіть незначні труднощі або життєві зміни можуть викликати інтенсивні переживання тривоги.

Ще одним важливим механізмом формування тривожних розладів є наявність внутрішньоособистісних конфліктів. Подібні конфлікти виникають у ситуаціях, коли потреби, мотиви або цінності людини суперечать одне одному або не можуть бути реалізовані у реальному житті. Така внутрішня напруженість може спричиняти тривале емоційне напруження та формувати відчуття невизначеності й небезпеки. З часом подібні переживання можуть закріплюватися та набувати стійкого характеру.

Значний вплив на розвиток тривожних розладів мають і соціально-психологічні фактори. До них належать несприятливі умови виховання, дефіцит емоційної підтримки, пережиті психотравмуючі події, тривалий стрес, професійне перевантаження або соціальна нестабільність. Негативний життєвий досвід може сприяти формуванню переконань про небезпечність навколишнього світу та власну неспроможність ефективно справлятися з труднощами.

Поведінкові механізми також відіграють важливу роль у підтриманні тривожних розладів. Однією з характерних особливостей є формування поведінки уникнення. Людина намагається уникати ситуацій, які викликають у неї тривогу або асоціюються з можливими негативними наслідками. Хоча така стратегія тимчасово зменшує емоційне напруження, у довгостроковій перспективі вона сприяє закріпленню тривожних реакцій та обмежує життєву активність особистості.

Прояви тривожних розладів у дорослих можуть мати різноманітний характер і охоплювати емоційну, когнітивну, поведінкову та фізіологічну сфери. На емоційному рівні вони проявляються у постійному відчутті занепокоєння, напруженості, страху або внутрішньої нестабільності. Когнітивні прояви включають нав'язливі думки про можливі небезпеки, песимістичні очікування щодо майбутнього, труднощі концентрації уваги та підвищену схильність до катастрофічних інтерпретацій подій [57].

Поведінкові прояви можуть виявлятися у прагненні уникати певних ситуацій, зниженні соціальної активності, нерішучості або надмірному контролі власних дій. У деяких випадках тривожні розлади можуть супроводжуватися порушеннями сну, підвищеною дратівливістю та труднощами у виконанні повсякденних обов'язків.

Фізіологічні прояви тривоги пов'язані з активацією механізмів стресової реакції організму. Вони можуть включати прискорене серцебиття, підвищене потовиділення, напруження м'язів, утруднене дихання, запаморочення або загальне відчуття слабкості. Подібні симптоми нерідко посилюють тривожні переживання, оскільки людина може інтерпретувати їх як ознаки серйозних фізичних проблем.

Тривожні розлади характеризуються різноманітними проявами, які охоплюють емоційну, когнітивну, поведінкову та фізіологічну сфери функціонування особистості. Вони можуть суттєво впливати на психічний стан людини, її повсякденну активність, соціальні взаємини та загальну якість життя. Особливістю тривожних розладів є те, що тривожні переживання стають надмірними, тривалими та непропорційними реальній ситуації, що призводить до порушення нормального функціонування людини.

Одним із основних проявів тривожних розладів є емоційні симптоми. До них належать постійне відчуття внутрішнього напруження, занепокоєння, страху або передчуття небезпеки. Людина може відчувати невпевненість у майбутньому, підвищену настороженість, дратівливість та труднощі у збереженні емоційної рівноваги. Часто тривожні переживання супроводжуються почуттям безпорадності, невизначеності або втрати контролю над ситуацією [46].

Когнітивні прояви тривожних розладів пов'язані з особливостями мислення та сприйняття інформації. Особи з підвищеним рівнем тривожності схильні до нав'язливих думок про можливі небезпеки, негативних прогнозів щодо майбутнього та перебільшення ймовірності несприятливих подій. Також

можуть спостерігатися труднощі з концентрацією уваги, підвищена схильність до сумнівів і нерішучість під час прийняття рішень.

Поведінкові прояви тривожних розладів часто виявляються у прагненні уникати ситуацій, які викликають тривогу або пов'язані з потенційним ризиком. Людина може обмежувати соціальні контакти, відмовлятися від участі у певних видах діяльності або уникати нових життєвих обставин. У деяких випадках це призводить до формування поведінки уникнення, яка тимчасово знижує рівень тривоги, але водночас закріплює тривожні реакції та перешкоджає адаптації до життєвих ситуацій.

Фізіологічні прояви тривожних розладів пов'язані з активацією системи реагування організму на стрес. Найчастіше вони включають прискорене серцебиття, підвищене потовиділення, тремтіння, утруднене дихання, напруження м'язів, запаморочення або відчуття слабкості. Також можуть спостерігатися порушення сну, швидка втомлюваність, головний біль та інші соматичні симптоми. У деяких випадках фізичні прояви тривоги настільки виражені, що людина може помилково сприймати їх як ознаки серйозних соматичних захворювань.

Окремим проявом тривожних розладів є панічні атаки – раптові епізоди інтенсивного страху або тривоги, які супроводжуються вираженими фізіологічними симптомами. Під час таких нападів людина може відчувати сильне серцебиття, утруднене дихання, відчуття задухи, запаморочення, нудоту, а також страх втрати контролю або навіть страх смерті. Панічні атаки можуть виникати без очевидної причини і часто призводять до формування страху перед повторенням подібних станів [46].

Крім того, тривожні розлади можуть негативно впливати на соціальне функціонування людини. Особи з такими розладами нерідко стикаються з труднощами у міжособистісному спілкуванні, можуть уникати соціальних контактів, публічних виступів або ситуацій, у яких вони можуть опинитися в центрі уваги. Це може призводити до соціальної ізоляції, зниження професійної ефективності та погіршення загальної якості життя.

Прояви тривожних розладів є багатогранними і охоплюють різні аспекти психічного та фізичного функціонування людини. Їх комплексний характер зумовлює необхідність системного підходу до діагностики та психологічної допомоги, що передбачає врахування емоційних, когнітивних, поведінкових і фізіологічних компонентів тривоги.

Тривожні розлади характеризуються різноманітністю клінічних проявів, відмінностями у механізмах виникнення та різним ступенем впливу на повсякденне життя людини. Саме тому у сучасній психології та психіатрії вони систематизуються у межах міжнародних класифікацій психічних розладів, зокрема DSM-5 та МКХ-11. До найбільш поширених форм тривожних розладів належать генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний тривожний розлад, специфічні фобії, obsесивно-компульсивний розлад і посттравматичний стресовий розлад. Кожен із цих розладів має власні психологічні особливості, що проявляються на емоційному, когнітивному, поведінковому та фізіологічному рівнях [46, 88].

Генералізований тривожний розлад характеризується тривалим і надмірним відчуттям тривоги, яке зберігається протягом тривалого часу і не завжди пов'язане з конкретними подіями або обставинами. Особи з цим розладом часто перебувають у стані постійного напруження, відчувають втому, дратівливість і труднощі з розслабленням. У когнітивній сфері спостерігається схильність до перебільшення можливих ризиків і постійного занепокоєння щодо майбутніх подій. У поведінці це може проявлятися у надмірному контролі ситуацій, частому перевірянні різних аспектів діяльності або униканні обставин, які можуть викликати хвилювання. До фізіологічних проявів належать м'язове напруження, порушення сну та труднощі з концентрацією уваги.

Панічний розлад проявляється періодичними нападами інтенсивного страху, відомими як панічні атаки. Такі епізоди виникають раптово і супроводжуються вираженими фізичними симптомами: прискореним серцебиттям, запамороченням, тремтінням, утрудненим диханням або

відчуттям нестачі повітря. Людина може переживати страх втрати контролю або навіть страх смерті. З психологічної точки зору панічні атаки формуються внаслідок взаємодії очікувань небезпеки та підвищеної чутливості до тілесних відчуттів. Очікування повторного нападу посилює тривожність і формує замкнене коло страху та уникнення. У деяких випадках це призводить до розвитку агорафобії – страху перебування у місцях, де важко отримати допомогу або залишити ситуацію.

Соціальний тривожний розлад, або соціофобія, проявляється сильним страхом перед соціальними ситуаціями, у яких людина може стати об'єктом оцінювання або критики з боку інших. Особи з таким розладом часто уникають публічних виступів, участі у громадських заходах або ситуацій, пов'язаних із необхідністю спілкування з незнайомими людьми. На когнітивному рівні спостерігається надмірна зосередженість на власних можливих помилках, схильність до самокритики та постійний аналіз реакцій оточення. Емоційно соціальна тривожність супроводжується сильним хвилюванням і внутрішнім напруженням під час взаємодії з іншими людьми.

Специфічні фобії характеризуються вираженням і неконтрольованим страхом перед певними об'єктами або ситуаціями, такими як висота, тварини, польоти, кров чи медичні процедури. У присутності фобічного стимулу людина переживає інтенсивну тривогу, яку важко контролювати. Це часто призводить до уникання відповідних ситуацій і може значно обмежувати повсякденну діяльність. Поведінкові реакції у таких випадках можуть включати раптову втечу або використання різноманітних ритуальних дій, спрямованих на уникнення контакту з об'єктом страху.

Обсесивно-компульсивний розлад поєднує нав'язливі думки, або обсесії, та повторювані дії, відомі як компульсії. Obsесивні думки викликають сильну тривогу або внутрішній дискомфорт, тому людина намагається зменшити напруження за допомогою повторюваних дій або ритуалів. До таких дій можуть належати багаторазова перевірка замків, часте миття рук або виконання певних послідовних дій. У когнітивному плані цей розлад

пов'язаний із перебільшеним відчуттям відповідальності, підвищеною оцінкою небезпеки та сумнівами у власному контролі над подіями.

Посттравматичний стресовий розлад виникає після переживання травматичних подій, що становили загрозу життю або безпеці людини. Для нього характерні нав'язливі спогади про травматичну подію, флешбеки, уникання нагадувань про пережитий досвід, підвищена настороженість і емоційна напруженість. Психологічно цей розлад супроводжується постійним очікуванням небезпеки, втратою відчуття безпеки та труднощами у встановленні соціальних контактів. Крім того, ПТСР може негативно впливати на здатність людини планувати майбутнє та підтримувати стабільні міжособистісні взаємини.

Тривожні розлади представлені різними клінічними формами, кожна з яких має власні психологічні механізми та особливості прояву. Незважаючи на відмінності між окремими видами розладів, їх об'єднує домінування переживань страху, напруження та очікування небезпеки, що значно впливають на емоційний стан, поведінку та соціальне функціонування людини [89].

Отже, аналіз наукових підходів свідчить про багатогранність трактування феномену тривожних розладів. Представники різних психологічних напрямів пояснюють їх виникнення через внутрішні конфлікти особистості, порушення міжособистісних відносин, особливості когнітивних процесів або механізми навчання. Незважаючи на відмінності у теоретичних підходах, більшість дослідників сходяться на думці, що тривожні розлади є результатом складної взаємодії різних психологічних механізмів та життєвих факторів. Розуміння цих механізмів має важливе значення для розроблення ефективних методів психологічної допомоги, зокрема застосування когнітивно-поведінкової терапії.

1.3. Теоретичні засади та принципи когнітивно-поведінкової терапії

Формування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) має тривалу історію розвитку, витоки якої можна простежити ще у філософських ідеях античних стоїків. Представники цієї філософської школи підкреслювали, що емоційний стан людини значною мірою залежить від її уявлень та інтерпретації подій, а не лише від самих обставин. Подальший розвиток ідей, які згодом стали основою когнітивно-поведінкового підходу, відбувався у працях відомого фізіолога

І. Павлова, а також у дослідженнях представників поведінкової психології, зокрема Б. Ф. Скіннера та Д. Вольпе, які у середині XX століття активно розробляли принципи поведінкової терапії [80, 87].

Наступним етапом розвитку психотерапевтичної думки стало формування когнітивного напрямку, представленого працями А. Елліса та А. Бека. У своїх дослідженнях вони наголошували на важливості ролі когнітивних процесів у виникненні емоційних і поведінкових порушень. Основною ідеєю їхніх підходів було припущення, що зміна способу мислення людини, її переконань та інтерпретацій життєвих подій здатна спричинити позитивні зміни у сфері емоцій та поведінки [51, 58].

Поєднання ідей поведінкової та когнітивної психології стало підґрунтям для формування нового інтегративного напрямку психотерапії – когнітивно-поведінкової терапії. Засновником цього підходу вважається американський психіатр Аарон Бек, який розробив концепцію когнітивних схем та автоматичних думок, що впливають на емоційні переживання людини [52].

У процесі подальшого розвитку когнітивно-поведінкової терапії було створено численні методики та практичні техніки, спрямовані на корекцію емоційних і поведінкових порушень. Зокрема, були розроблені спеціалізовані терапевтичні протоколи для роботи з різними психічними розладами, серед яких тривожні розлади, депресивні стани та інші порушення психічного здоров'я. Завдяки своїй ефективності та науковій обґрунтованості когнітивно-

поведінкова терапія сьогодні широко застосовується у клінічній психології та психотерапії.

Когнітивно-поведінкова терапія ґрунтується на низці фундаментальних принципів, які визначають її методологію та практичні підходи до психологічної допомоги.

Одним із ключових елементів цього напрямку є когнітивна реструктуризація – процес виявлення, аналізу та трансформації дисфункціональних способів мислення, що негативно впливають на емоційний стан і поведінку людини. У межах цього процесу клієнти навчаються помічати ірраціональні або автоматичні негативні думки, критично оцінювати їхню обґрунтованість і поступово замінювати більш реалістичними та адаптивними переконаннями. Такий підхід сприяє зменшенню інтенсивності тривожних переживань, депресивних станів та інших негативних емоцій.

Важливою складовою когнітивно-поведінкової терапії є поведінкові інтервенції, які спрямовані на корекцію дезадаптивних моделей поведінки. У межах КПТ використовується широкий спектр поведінкових технік. Серед них особливе місце займають методи експозиції, що передбачають поступове і контрольоване зіткнення людини з об'єктами або ситуаціями, які викликають страх. Також широко застосовується систематична десенсибілізація, що полягає у поступовому зниженні чутливості до стресових стимулів. До поведінкових стратегій належить і планування активності, яке допомагає організувати позитивні та значущі для людини види діяльності з метою підвищення рівня задоволеності життям. Крім того, у процесі терапії велика увага приділяється формуванню нових поведінкових навичок, зокрема розвитку соціальних умінь та ефективних стратегій взаємодії з оточенням.

Одним із теоретичних підґрунтів когнітивно-поведінкової терапії є модель когнітивної тріади, запропонована Аароном Беком. Відповідно до цієї концепції, основою емоційних порушень виступають негативні переконання, спрямовані на три ключові сфери: ставлення людини до самої себе, її

уявлення про навколишній світ і очікування щодо майбутнього [51]. Саме такі дисфункціональні установки можуть сприяти виникненню та підтриманню депресивних і тривожних станів. Тому одним із головних завдань когнітивно-поведінкової терапії є виявлення та корекція подібних когнітивних викривлень.

Важливою особливістю КПТ є також активна співпраця між терапевтом і клієнтом. У процесі терапії вони виступають як партнери, які спільно аналізують думки, переконання та поведінкові реакції клієнта. Такий підхід дозволяє людині самостійно оцінити реалістичність власних переконань і поступово сформувати більш адаптивні способи мислення [50].

Крім того, когнітивно-поведінкова терапія значну увагу приділяє розвитку навичок саморегуляції та самоконтролю. Клієнти опановують різноманітні техніки, що допомагають ефективніше справлятися з негативними емоційними станами у повсякденному житті. До таких методів належать техніки релаксації, прийоми самопідтримки, а також формування навичок конструктивного вирішення проблем. Засвоєння цих умінь сприяє підвищенню психологічної стійкості людини та полегшує її адаптацію до різних життєвих ситуацій.

1.4. Можливості когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних розладів

Когнітивно-поведінкова терапія вважається одним із найбільш ефективних і науково обґрунтованих методів психологічної допомоги при тривожних розладах. Її ефективність підтверджена численними клінічними та психологічними дослідженнями, які свідчать про значне зниження інтенсивності тривожних симптомів після застосування відповідних терапевтичних технік. Основною метою когнітивно-поведінкової терапії є зміна дисфункціональних когнітивних установок, подолання дезадаптивних

моделей поведінки та формування більш ефективних способів емоційної саморегуляції.

Значний внесок у вивчення ефективності когнітивно-поведінкової терапії зробили дослідження С. Г. Хофмана та А. Смітса, які здійснили масштабний метааналіз результатів клінічних випробувань цього психотерапевтичного підходу. У ході аналізу було узагальнено дані великої кількості емпіричних досліджень, що підтвердили високу ефективність когнітивно-поведінкової терапії при різних формах тривожних розладів. Дослідники встановили, що застосування КПТ сприяє суттєвому зниженню рівня тривоги та покращенню психологічного функціонування пацієнтів [64. 81].

Важливі результати також було отримано у дослідженні Carpenter та співавторів [55], у якому було проведено метааналіз клінічних досліджень, присвячених застосуванню когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні тривожних розладів. Отримані дані свідчать про те, що використання КПТ забезпечує значне зменшення симптомів тривоги порівняно з контрольними умовами або відсутністю лікування. Особливо високі показники ефективності спостерігалися при застосуванні поведінкових технік експозиції, спрямованих на поступове подолання страху та зниження рівня тривожності.

Подібні результати підтверджено і в дослідженні Van Dis та співавторів, яке було присвячене аналізу довготривалих ефектів когнітивно-поведінкової терапії [84]. Автори встановили, що позитивний терапевтичний ефект після проходження курсу КПТ зберігається протягом тривалого часу, зокрема до одного року після завершення лікування. Найбільш виражене покращення спостерігалось у пацієнтів із генералізованим тривожним розладом, соціальним тривожним розладом та посттравматичним стресовим розладом.

Додаткові докази ефективності когнітивно-поведінкової терапії наведено у метааналізі Hans та Hiller, у якому було узагальнено результати понад п'ятдесяти клінічних досліджень [61]. У ході аналізу встановлено, що застосування КПТ сприяє значному зниженню інтенсивності тривожних

симптомів у пацієнтів із панічним розладом, соціальною фобією та обсесивно-компульсивним розладом. Крім того, позитивні зміни у психологічному стані пацієнтів зберігалися навіть через тривалий час після завершення терапевтичного втручання.

Сучасні дослідження також підтверджують високу ефективність когнітивно-поведінкової терапії. Зокрема, у метааналізі Bhattacharya та співавторів встановлено, що застосування КПТ сприяє значному зменшенню симптомів тривоги, покращенню емоційного стану та підвищенню рівня психосоціального функціонування пацієнтів із різними формами тривожних розладів [52].

Однією з ключових особливостей когнітивно-поведінкової терапії є її спрямованість на виявлення та корекцію негативних автоматичних думок, які лежать в основі тривожних переживань. Люди, які страждають на тривожні розлади, часто мають схильність до катастрофічних інтерпретацій життєвих подій, перебільшення можливих небезпек та недооцінки власних можливостей впоратися зі складними ситуаціями. У процесі терапії пацієнт навчається усвідомлювати такі мисленнєві патерни, критично їх аналізувати та замінювати більш реалістичними та адаптивними переконаннями.

Важливим компонентом когнітивно-поведінкової терапії є також робота з поведінковими стратегіями. У багатьох випадках тривожні розлади підтримуються поведінкою уникнення, коли людина намагається уникати ситуацій, які викликають у неї тривогу або страх. Хоча така поведінка тимчасово знижує рівень емоційного напруження, у довгостроковій перспективі вона лише посилює тривожні реакції та обмежує життєву активність людини. У межах когнітивно-поведінкової терапії застосовуються різні поведінкові техніки, спрямовані на поступове подолання страхів і відновлення активної участі людини у повсякденному житті [16].

Одним із найбільш ефективних методів роботи з тривожними розладами є метод експозиції, який передбачає поступове та контрольоване зіткнення людини з ситуаціями або об'єктами, що викликають тривогу. Такий підхід

допомагає зменшити інтенсивність страху та сформувати новий досвід подолання тривожних ситуацій. У процесі експозиції людина поступово переконується у тому, що ситуація, яка викликала страх, не є настільки небезпечною, як це здавалося раніше.

Крім того, у когнітивно-поведінковій терапії широко використовуються техніки розвитку навичок саморегуляції. До них належать методи релаксації, дихальні вправи, техніки усвідомлення власних емоційних реакцій та формування конструктивних способів реагування на стресові ситуації. Опанування таких навичок сприяє зниженню рівня тривожності та підвищує здатність людини ефективно справлятися з життєвими труднощами [4].

Важливим аспектом застосування когнітивно-поведінкової терапії є її структурованість та орієнтація на активну участь клієнта у процесі психологічної допомоги. У ході терапії клієнт не лише отримує підтримку з боку фахівця, але й навчається самостійно аналізувати власні думки, емоції та поведінкові реакції. Це сприяє формуванню навичок самодопомоги, що дозволяє людині ефективніше контролювати прояви тривоги у майбутньому.

Застосування когнітивно-поведінкової терапії показало високу ефективність у роботі з різними видами тривожних розладів, зокрема генералізованим тривожним розладом, панічним розладом, соціальною тривожністю та специфічними фобіями. Дослідження свідчать, що використання когнітивних і поведінкових технік сприяє не лише зменшенню симптомів тривоги, але й покращенню загального психологічного благополуччя, підвищенню соціальної активності та якості життя людини.

Висновки до розділу 1

У результаті теоретичного аналізу наукових джерел було розглянуто психологічну сутність тривоги, особливості формування тривожних розладів та можливості застосування когнітивно-поведінкової терапії у їх подоланні.

Встановлено, що тривога є складним багатовимірним психологічним феноменом, який охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти. У нормальних умовах вона виконує адаптивну функцію, мобілізуючи внутрішні ресурси людини для реагування на потенційні загрози. Водночас надмірна інтенсивність або тривалість тривожних переживань може призводити до формування тривожних розладів, що суттєво порушують психічне благополуччя, соціальне функціонування та якість життя особистості. У науковій літературі тривожність розглядається як емоційний стан і як стійка особистісна характеристика, що відображає схильність людини сприймати різні життєві ситуації як загрозливі.

Аналіз теоретичних підходів показав, що різні психологічні школи по-різному пояснюють природу тривоги та механізми її виникнення. У психоаналітичному підході тривога розглядається як сигнал внутрішнього конфлікту між різними структурами психіки. Соціокультурні концепції підкреслюють роль міжособистісних відносин і раннього досвіду розвитку. Представники когнітивного напрямку пов'язують формування тривожних розладів із наявністю дисфункціональних переконань, негативних когнітивних схем та викривлених інтерпретацій життєвих подій, тоді як поведінкові теорії пояснюють їх виникнення механізмами навчання, умовного рефлексу та підкріплення. Таким чином, тривожні розлади розглядаються як результат складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників.

У роботі також визначено основні психологічні механізми формування тривожних розладів у дорослих. До них належать особливості когнітивної оцінки ситуації, наявність автоматичних негативних думок, порушення емоційної регуляції, внутрішньоособистісні конфлікти та поведінка

уникнення. Прояви тривожних розладів мають комплексний характер і охоплюють емоційну, когнітивну, поведінкову та фізіологічну сфери функціонування особистості. Вони можуть проявлятися у постійному відчутті занепокоєння, страху, напруженості, труднощах концентрації уваги, униканні соціальних ситуацій, а також у соматичних реакціях організму, таких як прискорене серцебиття, утруднене дихання або порушення сну.

Особливу увагу у розділі приділено теоретичним засадам когнітивно-поведінкової терапії, яка є одним із найбільш науково обґрунтованих і ефективних психотерапевтичних підходів у роботі з тривожними розладами. Теоретичною основою цього підходу є поєднання ідей когнітивної та поведінкової психології. Згідно з концепцією когнітивно-поведінкової терапії, емоційні порушення значною мірою зумовлені дисфункціональними переконаннями, негативними когнітивними схемами та неадаптивними моделями поведінки. Тому основною метою терапії є виявлення та корекція таких когнітивних викривлень, а також формування більш конструктивних способів мислення і поведінки.

Проаналізовані наукові дослідження свідчать про високу ефективність когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних розладів. Застосування технік когнітивної реструктуризації, експозиції, систематичної десенсибілізації та розвитку навичок саморегуляції сприяє зниженню рівня тривоги, покращенню емоційного стану та підвищенню адаптаційних можливостей особистості. Результати численних клінічних досліджень і метааналізів підтверджують, що використання когнітивно-поведінкової терапії забезпечує значне зменшення симптомів тривоги та має довготривалий терапевтичний ефект.

Отже, теоретичний аналіз наукових джерел дозволив встановити, що тривожні розлади є складним психологічним явищем, формування якого зумовлюється взаємодією різних психічних механізмів і життєвих факторів. Водночас сучасні наукові дослідження переконливо доводять ефективність когнітивно-поведінкової терапії як одного з найбільш результативних підходів

у психологічній допомозі особам із тривожними розладами. Отримані теоретичні узагальнення створюють наукове підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження та розроблення практичних рекомендацій щодо застосування когнітивно-поведінкових методів у роботі з тривожністю.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРΟΣЛИХ

2.1. Методи та організація дослідження

Емпіричне дослідження особливостей тривожних розладів у дорослих було організоване відповідно до мети, завдань, об'єкта, предмета та гіпотези магістерської роботи. Його метою стало теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення ролі когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних розладів у дорослих. Об'єктом дослідження виступали тривожні розлади у дорослих, а предметом – психологічні особливості подолання тривожних розладів у дорослих засобами когнітивно-поведінкової терапії. В основу емпіричної частини було покладено гіпотезу про те, що застосування методів когнітивно-поведінкової терапії сприятиме зниженню рівня тривожності у дорослих.

Організація дослідження передбачала поетапне проведення емпіричної роботи, що дало змогу системно підійти до вивчення рівня тривожності, визначити її основні прояви та оцінити перспективність використання когнітивно-поведінкових підходів у роботі з дорослими респондентами. Дослідження проводилося у дистанційному форматі із використанням цифрових засобів збору психологічної інформації. Для цього було використано сервіс Google Forms, що забезпечило можливість швидкого поширення опитувальників, зручність заповнення діагностичного матеріалу та автоматизацію первинного збору емпіричних даних. Такий формат організації дослідження є доцільним у сучасних умовах, оскільки дозволяє залучити учасників без прив'язки до конкретного місця проведення, мінімізує зовнішній вплив дослідника на відповіді респондентів та сприяє більш відкритому самозвітуванню.

У дослідженні взяли участь 25 осіб дорослого віку, з яких 18 жінок та 7 чоловіків. Вік респондентів становив від 43 до 52 років. Усі учасники дослідження зазначили, що у різній мірі відчувають прояви тривожності або симптоми тривожних розладів, які можуть проявлятися у формі підвищеного внутрішнього напруження, постійного занепокоєння, труднощів із розслабленням, нав'язливих тривожних думок, а також соматичних симптомів, пов'язаних із емоційним напруженням. Водночас ступінь вираженості цих проявів міг відрізнятися у різних респондентів, що зумовлює необхідність їхнього подальшого психодіагностичного вивчення.

Добір учасників мав цільовий характер і був зумовлений темою дослідження, оскільки саме дорослий вік є важливим періодом для вивчення проявів тривожних розладів, що можуть бути пов'язані з професійним навантаженням, сімейною відповідальністю, соціальною нестабільністю, кризовими життєвими подіями та необхідністю адаптації до змін. Усі учасники брали участь у дослідженні добровільно. Перед початком опитування їм було надано коротку інформацію про загальну мету дослідження, гарантування анонімності та конфіденційності отриманих результатів, а також наголошено на використанні даних виключно в узагальненому науковому вигляді.

Сформована вибірка дозволяє дослідити особливості прояву тривожних розладів у дорослому віці та оцінити ефективність застосування методів когнітивно-поведінкової терапії для зниження рівня тривожності у даній категорії респондентів. Її кількісні та якісні характеристики створюють необхідні передумови для проведення подальшого аналізу результатів емпіричного дослідження.

Організаційно емпіричне дослідження було реалізовано у кілька взаємопов'язаних етапів. На першому етапі здійснювався теоретико-аналітичний пошук, який передбачав опрацювання наукової літератури з проблеми тривожних розладів у дорослому віці, з'ясування психологічного змісту тривоги як емоційного стану і як особистісної характеристики, а також

аналіз сучасних підходів до психокорекції тривожних розладів, зокрема можливостей когнітивно-поведінкової терапії. На цьому етапі було конкретизовано понятійно-категоріальний апарат дослідження, уточнено логіку емпіричної перевірки гіпотези та визначено комплекс психодіагностичних методик.

Другий етап був пов'язаний із підготовкою інструментарію та організацією процедури збору даних. На цьому етапі було сформовано Google-форму, до якої включено блок короткої соціально-демографічної інформації про респондентів та основний психодіагностичний блок. Структура форми була побудована таким чином, щоб забезпечити послідовне та логічне проходження учасниками всіх методик, уникнути перевантаження та знизити ймовірність формального заповнення. Для підвищення достовірності результатів респондентам було запропоновано відповідати самостійно, у спокійній обстановці, орієнтуючись на власний актуальний стан, самопочуття та типові для них переживання.

Третій етап передбачав безпосереднє проведення емпіричного дослідження. Посилання на Google-форму поширювалося через соціальні мережі, що забезпечило доступність участі для осіб, які відповідали віковим критеріям вибірки. Респонденти самостійно заповнювали діагностичні матеріали у зручний для себе час. У дистанційному форматі особливо важливою була чіткість інструкцій до кожної методики, тому всі опитувальники супроводжувалися зрозумілими вказівками щодо способу надання відповідей. Отримані дані автоматично фіксувалися в електронному форматі, що значно спростило подальшу обробку результатів.

На четвертому етапі здійснювалася обробка, систематизація та інтерпретація емпіричних даних. Результати кожного респондента аналізувалися відповідно до ключів обраних методик. На основі кількісних показників визначався рівень реактивної та особистісної тривожності, вираженість соматичних і когнітивно-емоційних симптомів тривоги, наявність супутніх проявів депресивності, особливості самооцінки психічних станів, а

також рівень симптомів генералізованого тривожного розладу. Подальший аналіз отриманих показників давав змогу виявити загальні тенденції у вибірці, охарактеризувати специфіку тривожних проявів у дорослих та співвіднести одержані дані з основними положеннями когнітивно-поведінкового підходу.

Для реалізації поставленої мети було використано комплекс взаємодоповнювальних психодіагностичних методик. Зокрема:

- 1) Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна;
- 2) Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory – BAI);
- 3) Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS);
- 4) Методика «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка;
- 5) Шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7).

Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна дає змогу диференціювати ситуативну тривогу як стан, що виникає у відповідь на конкретні життєві обставини, та особистісну тривожність як відносно стійку індивідуально-психологічну властивість. Використання цієї методики є важливим у контексті даного дослідження, оскільки когнітивно-поведінкова терапія спрямована як на зниження актуальної інтенсивності тривожних переживань, так і на корекцію стійких дисфункціональних когнітивних схем, що підтримують тривожність.

Методика включає 40 тверджень, які поділені на два окремі блоки по 20 запитань у кожному. Під час виконання завдання респондент оцінює ступінь відповідності запропонованих тверджень власному психологічному стану: у першій частині – щодо актуальних переживань на момент обстеження, а в другій – щодо стійких індивідуально-психологічних особливостей. За результатами опитування формуються кількісні показники, що дають змогу визначити рівень вираженості тривожності та відстежувати зміни її інтенсивності у процесі психокорекційної або терапевтичної роботи.

Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory – BAI) була використана для оцінювання ступеня вираженості тривожної симптоматики, насамперед її

соматичних і суб'єктивно переживаних проявів. Ця методика дозволяє виявити інтенсивність таких симптомів, як внутрішнє напруження, відчуття страху, нервозність, труднощі розслаблення, вегетативні реакції та інші ознаки тривожного реагування. Її застосування у дослідженні доцільне, оскільки вона дає змогу більш конкретно охарактеризувати симптомокомплекс тривожних переживань у дорослих.

Методика складається з 21 пункту, які охоплюють як:

- соматичні прояви тривоги (наприклад, тремтіння, задишка);
- емоційні та когнітивні аспекти (наприклад, страх втратити контроль).

Респондент оцінює кожне твердження за 4-бальною шкалою (від 0 – «зовсім не турбує» до 3 – «турбує дуже сильно»). Методика дозволяє швидко отримати кількісну оцінку тривоги для діагностики та подальшого моніторингу її змін у процесі терапії.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) була включена до інструментарію з метою виявлення емоційних порушень, пов'язаних не лише з тривогою, а й із депресивними проявами, які нерідко супроводжують тривожні розлади. Це дозволяє отримати більш цілісне уявлення про емоційний стан респондентів, а також врахувати коморбідність тривожної та депресивної симптоматики, що має суттєве значення для подальшої інтерпретації результатів та для обґрунтування психокорекційної роботи.

Методика «*Самооцінки психічних станів*» Г. Айзенка була використана для дослідження індивідуальних особливостей психоемоційного стану особистості. Вона дозволяє оцінити прояви тривожності у ширшому контексті інших психічних станів, зокрема фрустрації, агресивності та ригідності. Включення цієї методики до програми дослідження дало змогу розглянути тривожність не ізольовано, а в системі інших психологічних характеристик, що можуть бути пов'язані з особливостями адаптації дорослої людини до життєвих труднощів.

Шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7) застосовувалася для скринінгового виявлення симптомів генералізованої тривоги та оцінки ступеня їх вираженості. Використання цієї шкали є особливо доцільним у дослідженні тривожних розладів, оскільки вона дозволяє сфокусувати увагу на найбільш поширених проявах надмірного, стійкого і важкоконтрольованого занепокоєння, яке негативно позначається на повсякденному функціонуванні дорослої людини.

Опитувальник створений Р. Спітцером та його колегами (Spitzer et al., 2006), ґрунтується на діагностичних критеріях DSM-IV і використовується для скринінгового виявлення симптомів генералізованого тривожного розладу. Дана методика характеризується лаконічністю, стандартизованістю процедури проведення та високими показниками психометричної надійності [27].

Опитувальник включає 7 тверджень, що відображають частоту проявів основних симптомів тривоги протягом останніх двох тижнів. Респонденту пропонується оцінити кожне твердження за чотирибальною шкалою, яка відображає інтенсивність або регулярність відповідних переживань:

- 0 – «жодного разу»;
- 1 – «кілька днів»;
- 2 – «більше половини днів»;
- 3 – «майже щодня».

Після підрахунку сумарного балу здійснюється інтерпретація результатів, що дозволяє визначити рівень вираженості тривожних проявів:

- 0–4 бали – мінімальний рівень тривоги;
- 5–9 балів – легкий рівень;
- 10–14 балів – помірний рівень;
- 15–21 бал – високий рівень тривожності.

Показники, що дорівнюють або перевищують 10 балів, свідчать про наявність клінічно значущих симптомів генералізованої тривоги і можуть бути підставою для проведення більш поглибленої психологічної або

психіатричної діагностики. Висока внутрішня узгодженість опитувальника (Cronbach's $\alpha = 0,89$), а також достатній рівень специфічності (82%) підтверджують його надійність і валідність як інструменту психодіагностики [15].

Методика може застосовуватися як у традиційній паперовій формі, так і в електронному форматі, зокрема за допомогою онлайн-опитувальників. Час виконання зазвичай не перевищує п'яти хвилин, що робить її зручною для швидкого скринінгу в різних умовах, у тому числі під час дистанційних досліджень. Повторне використання шкали GAD-7 у процесі психологічної або психокорекційної роботи дозволяє відстежувати зміни в емоційному стані респондентів та оцінювати ефективність застосованих терапевтичних втручань.

Узагальнюючи організацію емпіричного дослідження, слід зазначити, що обраний діагностичний комплекс забезпечив багатовимірне вивчення тривожних розладів у дорослих. Поєднання методик, спрямованих на вимірювання ситуативної та особистісної тривожності, загального рівня тривожної симптоматики, супутніх емоційних проявів та ознак генералізованої тривоги, створило належне підґрунтя для комплексного аналізу досліджуваного явища. Організація дослідження в дистанційному форматі з використанням Google Forms виявилася зручною, доступною та достатньо ефективною для збору емпіричного матеріалу.

Отже, процедура емпіричного дослідження була побудована логічно, послідовно та відповідно до поставленої мети. Вона охоплювала теоретичну підготовку, добір діагностичного інструментарію, формування вибірки, дистанційний збір даних, їх кількісно-якісну обробку та подальшу психологічну інтерпретацію. Така організація дослідження створює належні умови для перевірки висунутої гіпотези та подальшого обґрунтування можливостей когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних розладів у дорослих.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

У межах емпіричного дослідження було проведено аналіз результатів психодіагностичного обстеження респондентів з метою виявлення особливостей прояву тривожних розладів у дорослому віці. Для цього було використано комплекс психодіагностичних методик, які дозволили оцінити рівень тривожності, особливості психоемоційного стану та вираженість симптомів генералізованої тривоги. Отримані результати підлягали кількісному та якісному аналізу, що дало змогу визначити основні тенденції прояву тривожності у досліджуваній вибірці.

На початковому етапі нашого дослідження було використано методику Спілбергера-Ханіна, результати якої представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати дослідження за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна»

Рівень	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Низький	0%	0%
Середній	24%	16%
Високий	76%	84%

Аналіз отриманих результатів за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна» показав, що у більшості респондентів спостерігається високий рівень тривожності.

Зокрема, високий рівень реактивної тривожності було виявлено у 76% досліджуваних, що свідчить про значну інтенсивність ситуативного емоційного напруження, схильність до переживання тривоги у відповідь на стресові ситуації, а також труднощі емоційної саморегуляції.

Ще більш виражені показники було зафіксовано щодо особистісної тривожності. Високий її рівень було встановлено у 84% респондентів. Це свідчить про те, що тривожність у більшості учасників має стійкий характер і

виступає індивідуально-психологічною властивістю особистості, що проявляється у схильності сприймати широкий спектр життєвих ситуацій як потенційно загрозливі.

Отримані результати узгоджуються з даними попередніх досліджень щодо поширеності підвищеного рівня тривожності у дорослих осіб, які повідомляють про наявність тривожних розладів. Високі показники як реактивної, так і особистісної тривожності підтверджують актуальність застосування психокорекційних програм, зокрема методів когнітивно-поведінкової терапії, спрямованих на зниження тривожності та формування ефективних стратегій психологічної саморегуляції.

Наступною нами було проведено методику «Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory – BAI)», результати якої представлено на рис. 2.1.

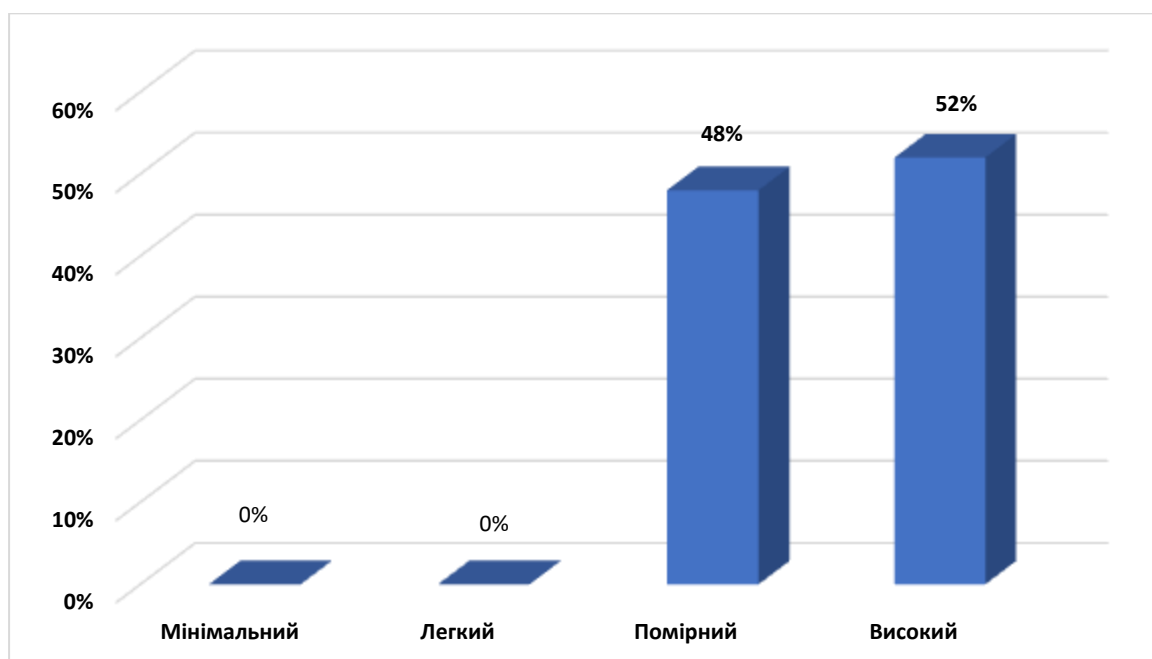


Рис. 2.1. Результати дослідження за «Шкалою тривоги Бека»

Аналіз результатів, отриманих за шкалою тривоги Бека (BAI), показав, що у досліджуваній вибірці переважають помірний та високий рівні тривожності. Зокрема, високий рівень тривоги було виявлено у 52 % респондентів, що свідчить про значну інтенсивність тривожної симптоматики, яка може проявлятися у вигляді внутрішнього напруження, відчуття страху,

труднощів із розслабленням, підвищеної нервозності та різноманітних соматичних реакцій.

У 48 % учасників дослідження зафіксовано помірний рівень тривожності, що також вказує на наявність виражених тривожних переживань, проте їх інтенсивність є дещо меншою. У даній категорії респондентів тривога може проявлятися у формі періодичного занепокоєння, напруження, труднощів концентрації уваги та підвищеної чутливості до стресових ситуацій.

Відсутність у вибірці низького або мінімального рівня тривоги пояснюється тим, що всі учасники дослідження зазначили наявність у них різних проявів тривожних розладів. Отримані результати свідчать про достатньо високий рівень поширеності тривожної симптоматики серед респондентів і підтверджують необхідність застосування ефективних психокорекційних підходів.

Таким чином, результати дослідження за шкалою тривоги Бека підтверджують наявність виражених тривожних проявів у більшості респондентів та обґрунтовують доцільність використання методів когнітивно-поведінкової терапії для зниження рівня тривожності та оптимізації психоемоційного стану дорослих.

Наступним кроком стало проведення методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS), результати якої представлено на Рис. 2.2. – 2.3.

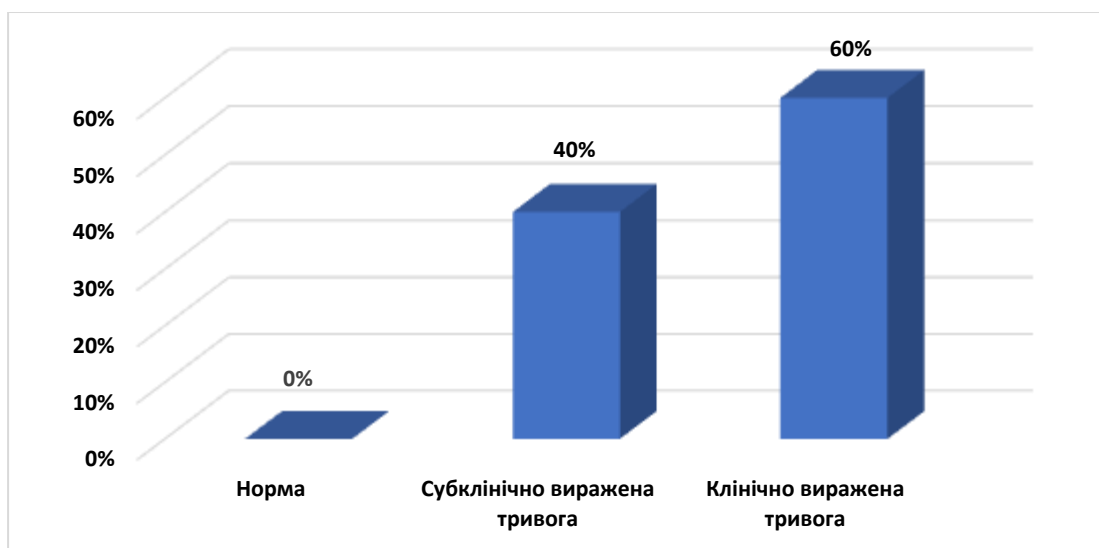


Рис. 2.2. Узагальнені результати за субшкалою тривоги (HADS-A)

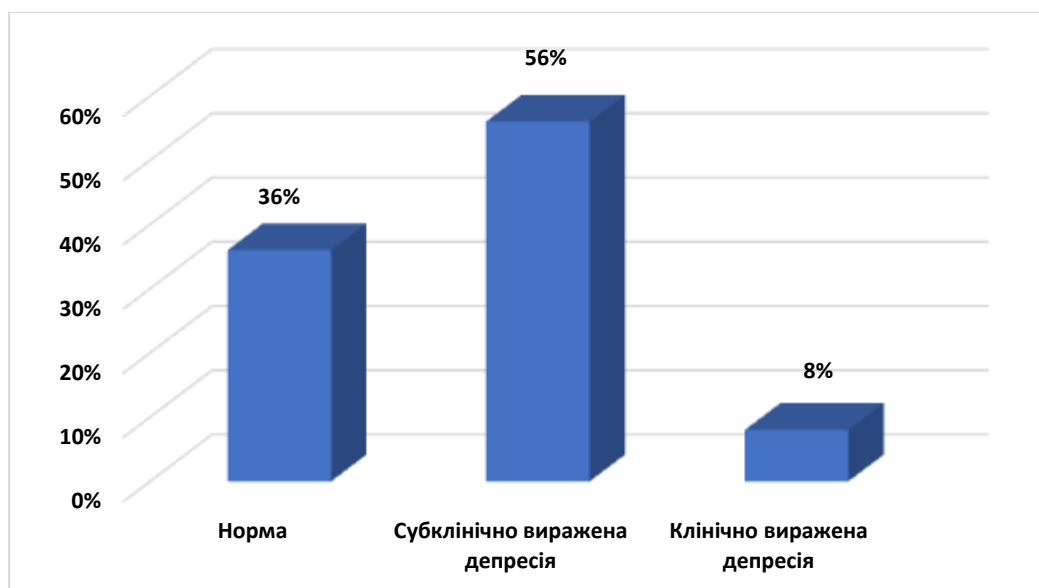


Рис. 2.3. Узагальнені результати за субшкалою депресії (HADS-D)

Аналіз результатів, отриманих за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) (Рис. 2.2.), свідчить про переважання у досліджуваній вибірці виражених проявів тривоги. Зокрема, за субшкалою тривоги клінічно виражені показники виявлено у 60% респондентів, тоді як у 40% досліджуваних спостерігаються субклінічно виражені тривожні прояви. Відсутність нормативних показників за даною субшкалою є логічною, оскільки всі учасники дослідження зазначали наявність у себе симптомів тривожних розладів.

Отримані дані свідчать про те, що більшість респондентів характеризуються стійким емоційним напруженням, схильністю до занепокоєння, внутрішнім дискомфортом, очікуванням негативного розвитку подій та труднощами емоційної стабілізації. Це підтверджує наявність у вибірці психологічних ознак, характерних для тривожних розладів.

За субшкалою депресії виявлено дещо іншу картину (Рис. 2.3.). У 56% респондентів простежуються субклінічно виражені депресивні прояви, у 8% – клінічно виражені, а у 36% показники залишаються в межах норми. Такі результати дають підстави стверджувати, що тривожні розлади у частини досліджуваних супроводжуються окремими депресивними симптомами,

зокрема зниженим емоційним фоном, втомлюваністю, зниженням інтересу до повсякденної діяльності та песимістичним сприйняттям окремих життєвих обставин. Водночас депресивна симптоматика у даній вибірці є менш вираженою, ніж тривожна, що відповідає загальній логіці дослідження.

Отже, за результатами госпітальної шкали тривоги і депресії у більшості досліджуваних виявлено клінічно або субклінічно виражені прояви тривоги, а також помірно представлені депресивні симптоми. Це свідчить про наявність емоційного неблагополуччя у респондентів та підтверджує доцільність подальшого застосування психокорекційної програми на основі когнітивно-поведінкової терапії.

Надалі нами було використано методику «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка, результати якої представлені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів»

Г. Айзенка

Рівень	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
Низький	0%	0%	48%	0%
Середній	40%	68%	52%	80%
Високий	60%	32%	0%	20%

Аналіз результатів дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка показав, що у досліджуваній вибірці домінує підвищений рівень тривожності. Зокрема, високий рівень тривожності було виявлено у 60% респондентів, тоді як у 40% спостерігається середній рівень. Отримані результати свідчать про схильність більшості досліджуваних до переживання внутрішнього напруження, невпевненості та очікування негативного розвитку подій.

Щодо показників фрустрації, у більшості учасників дослідження (68%) зафіксовано середній рівень, що свідчить про помірну чутливість до перешкод у досягненні цілей та труднощів у реалізації власних потреб. Водночас у 32%

респондентів виявлено високий рівень фрустрації, що може проявлятися у підвищеній емоційній напруженості та відчутті безсилля перед складними життєвими обставинами.

Аналіз шкали агресивності показав переважання низького та середнього рівнів. Майже половина досліджуваних (48%) характеризується низьким рівнем агресивності, що свідчить про відносно стриманий характер емоційного реагування. У 52% респондентів спостерігається середній рівень агресивності, який проявляється у звичайних реакціях на фрустраційні ситуації.

За шкалою ригідності у більшості досліджуваних (80%) виявлено середній рівень, що свідчить про певну стійкість поведінкових установок та труднощі швидкої адаптації до змін. У 20% респондентів спостерігається високий рівень ригідності, що може проявлятися у схильності до консервативності мислення та труднощах у зміні звичних моделей поведінки.

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що для більшості респондентів характерні підвищені показники тривожності, помірний рівень фрустрації та ригідності, а також відносно низька або середня вираженість агресивності. Отримані дані підтверджують наявність у досліджуваних емоційної напруженості та труднощів психологічної адаптації, що обґрунтовує необхідність застосування психокорекційних заходів, спрямованих на зниження тривожності та формування ефективних стратегій емоційної саморегуляції.

На завершення ми скористались методикою «Шкала генералізованого тривожного розладу» (GAD-7), результати якої представлено на рис. 2.4.

Аналіз результатів дослідження за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) показав, що у більшості респондентів, які страждають на тривожні розлади, спостерігається помірний або високий рівень тривожності. Зокрема, високий рівень генералізованої тривоги було виявлено у 56% досліджуваних, тоді як у 44% респондентів зафіксовано помірний рівень тривожності.

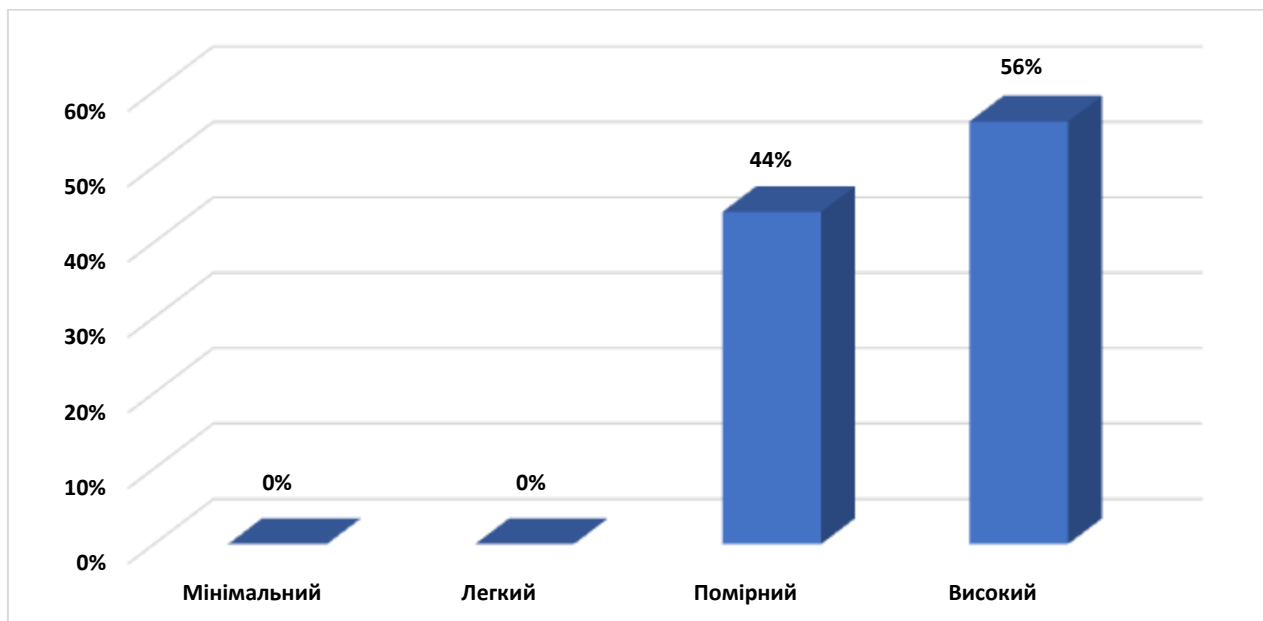


Рис. 2.4. Результати дослідження за методикою «Шкала генералізованого тривожного розладу» (GAD-7)

Отримані результати свідчать про те, що для більшості учасників дослідження характерне постійне занепокоєння, труднощі контролю тривожних думок, підвищена напруженість, дратівливість, труднощі концентрації уваги та порушення процесів релаксації. Такі прояви є типовими симптомами генералізованого тривожного розладу та можуть негативно впливати на повсякденну діяльність, міжособистісні відносини та загальний психологічний стан особистості.

Важливо зазначити, що у всіх респондентів показники перевищують порогове значення 10 балів, що свідчить про наявність клінічно значущих проявів тривожності. Це підтверджує, що сформована вибірка дійсно характеризується вираженою тривожною симптоматикою, характерною для тривожних розладів.

Таким чином, результати дослідження за шкалою GAD-7 підтверджують високий рівень поширеності генералізованої тривоги серед досліджуваних дорослих. Отримані дані свідчать про необхідність застосування ефективних

психокорекційних підходів, зокрема методів когнітивно-поведінкової терапії, спрямованих на зниження інтенсивності тривожних переживань, формування навичок емоційної саморегуляції та корекцію неадаптивних когнітивних установок.

Висновки до розділу 2

У даному розділі магістерської кваліфікаційної роботи було представлено результати емпіричного дослідження особливостей тривожних розладів у дорослих. Дослідження було організоване відповідно до поставленої мети, завдань та гіпотези роботи і проводилося із застосуванням комплексу психодіагностичних методик, що дозволили всебічно оцінити рівень тривожності, особливості психоемоційного стану респондентів та вираженість симптомів генералізованої тривоги.

Емпіричне дослідження проводилося у дистанційному форматі за допомогою сервісу Google Forms. У ньому взяли участь 25 осіб дорослого віку (18 жінок та 7 чоловіків) віком від 43 до 52 років, які зазначили наявність у себе різних проявів тривожних розладів. Для досягнення мети дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик: шкалу реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, шкалу тривоги Бека (BAI), госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), методику «Самооцінки психічних станів» Г. Айзенка та шкалу генералізованого тривожного розладу (GAD-7).

Аналіз результатів дослідження за шкалою реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна показав, що у більшості респондентів спостерігається високий рівень тривожності. Зокрема, високий рівень реактивної тривожності було виявлено у 76% досліджуваних, а високий рівень особистісної тривожності – у 84% респондентів. Отримані результати свідчать про наявність у більшості учасників дослідження стійкої схильності до переживання тривоги, підвищеної емоційної напруженості та сприйняття значної кількості життєвих ситуацій як потенційно загрозливих.

Результати, отримані за шкалою тривоги Бека (BAI), підтвердили високу поширеність тривожної симптоматики у досліджуваній вибірці. У 52% респондентів було виявлено високий рівень тривоги, тоді як у 48% – помірний рівень. Це свідчить про наявність у більшості учасників дослідження

виражених проявів тривожності, що можуть проявлятися у формі внутрішнього напруження, занепокоєння, труднощів із розслабленням та соматичних симптомів тривоги.

Аналіз результатів за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) засвідчив переважання у вибірці клінічно або субклінічно виражених проявів тривоги. Клінічно виражений рівень тривоги було виявлено у 60% респондентів, тоді як у 40% спостерігалися субклінічні прояви. Щодо депресивних симптомів, то у 56% досліджуваних було зафіксовано субклінічно виражені прояви, у 8% – клінічно виражені, а у 36% показники залишалися в межах норми. Отримані дані свідчать про те, що тривожні розлади у частини респондентів супроводжуються окремими депресивними симптомами, однак рівень тривожності є значно більш вираженим.

Результати дослідження за методикою «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка показали, що для більшості респондентів характерні підвищені показники тривожності (60% – високий рівень, 40% – середній). Поряд із цим було виявлено середній рівень фрустрації у більшості досліджуваних (68%) та високий – у 32%. Рівень агресивності переважно знаходився у межах низьких або середніх значень, що свідчить про відносно стриманий характер емоційних реакцій. За шкалою ригідності у більшості учасників дослідження було встановлено середній рівень (80%), що вказує на певну стійкість поведінкових установок і труднощі адаптації до змін.

Результати, отримані за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7), також підтвердили наявність вираженої тривожної симптоматики у досліджуваних. Зокрема, високий рівень генералізованої тривоги було виявлено у 56% респондентів, а помірний рівень – у 44%. Отримані дані свідчать про те, що більшість учасників дослідження характеризуються постійним занепокоєнням, труднощами контролю тривожних думок, підвищеним емоційним напруженням та труднощами релаксації.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна зробити висновок, що для більшості досліджуваних дорослих характерний підвищений

рівень тривожності, який проявляється як на ситуативному, так і на особистісному рівні. Виявлені показники свідчать про наявність у респондентів вираженої тривожної симптоматики, емоційної напруженості, труднощів психологічної адаптації та схильності до постійного занепокоєння.

Отримані результати підтверджують актуальність застосування психологічної допомоги, спрямованої на зниження рівня тривожності та формування ефективних стратегій емоційної саморегуляції. Зокрема, ефективним напрямом психокорекційної роботи може виступати використання методів когнітивно-поведінкової терапії, які спрямовані на корекцію неадаптивних когнітивних установок, зниження інтенсивності тривожних переживань та розвиток адаптивних поведінкових стратегій.

РОЗДІЛ 3.

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ЗАСОБАМИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

3.1. Розроблення програми психологічної допомоги дорослим з тривожними розладами на основі когнітивно-поведінкової терапії

Зростання поширеності тривожних розладів у сучасному суспільстві зумовлює необхідність пошуку ефективних психологічних підходів до їх подолання та профілактики. Тривожність суттєво впливає на емоційний стан, когнітивні процеси, поведінку та загальний рівень життєвої адаптації дорослої людини. Надмірна тривога може призводити до зниження працездатності, порушення соціального функціонування, розвитку психосоматичних симптомів та формування дезадаптивних моделей реагування на життєві труднощі. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває розробка ефективних програм психологічної допомоги, спрямованих на зниження інтенсивності тривожних переживань і формування адаптивних стратегій подолання стресових ситуацій.

Одним із найбільш науково обґрунтованих і ефективних підходів до роботи з тривожними розладами є когнітивно-поведінкова терапія. Даний підхід ґрунтується на положенні про взаємозв'язок між когнітивними процесами, емоційними реакціями та поведінкою людини. Відповідно до когнітивно-поведінкової моделі, тривожні розлади значною мірою підтримуються дисфункціональними переконаннями, негативними автоматичними думками та неадаптивними поведінковими стратегіями. Тому одним із ключових завдань психологічної допомоги є виявлення та корекція цих когнітивних і поведінкових патернів.

Застосування методів когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожними розладами дозволяє не лише знизити інтенсивність тривожних переживань, але й сформувати у клієнтів ефективні навички саморегуляції,

критичного аналізу власних думок, а також конструктивні способи реагування на стресогенні ситуації. Практична цінність цього підходу полягає у його структурованості, можливості поетапного формування нових поведінкових навичок та доведень ефективності у численних психологічних дослідженнях.

З огляду на це у межах даного дослідження було розроблено програму психологічної допомоги особам із тривожними розладами на основі принципів когнітивно-поведінкової терапії. Програма спрямована на зниження рівня тривожності, формування навичок когнітивної регуляції емоційних станів, подолання дезадаптивних моделей мислення та поведінки, а також розвиток психологічної стійкості особистості.

Структура програми включає комплекс психоосвітніх, когнітивних та поведінкових технік, які послідовно спрямовані на усвідомлення механізмів тривоги, виявлення автоматичних негативних думок, їх когнітивну перебудову, формування навичок емоційної саморегуляції та закріплення адаптивних способів реагування на життєві труднощі. Реалізація програми передбачає проведення серії структурованих занять, що поєднують елементи психоосвіти, тренінгових вправ та практичних технік саморегуляції.

Програма психологічної допомоги особам із тривожними розладами на основі когнітивно-поведінкової терапії

Метою програми є зниження рівня тривожності у дорослих, формування навичок ефективного емоційного саморегулювання, модифікація дисфункціональних когнітивних установок та розвиток адаптивних моделей поведінки.

Основними завданнями програми є:

- підвищення рівня усвідомлення власних тривожних переживань та їхніх психологічних механізмів;
- виявлення та корекція неадаптивних когнітивних схем і автоматичних негативних думок;
- формування навичок контролю емоційних реакцій;
- розвиток конструктивних стратегій подолання стресових ситуацій;

- зниження інтенсивності фізіологічних проявів тривоги;
- формування стійких навичок самодопомоги.

Програма розрахована на 8 занять тривалістю 60-90 хвилин, які можуть проводитися індивідуально або в малих групах. Її структура базується на основних принципах когнітивно-поведінкової терапії: взаємозв'язку думок, емоцій і поведінки; ідентифікації та модифікації дисфункціональних переконань; поступового формування нових адаптивних поведінкових стратегій.

Структура програми

Заняття 1. Психосвіта щодо природи тривоги

Мета: формування у клієнтів розуміння психологічної природи тривоги та механізмів її виникнення.

Зміст заняття:

- знайомство з учасниками та встановлення терапевтичного контакту;
- обговорення поняття тривоги та її функцій;
- пояснення когнітивно-поведінкової моделі тривоги;
- аналіз взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою.

Практичні вправи:

- вправа «Цикл тривоги»;
- ведення щоденника емоцій.

Очікуваний результат: усвідомлення учасниками власних тривожних реакцій і механізмів їх формування.

Заняття 2. Виявлення автоматичних негативних думок

Мета: навчити учасників розпізнавати автоматичні думки, які спричиняють тривожні переживання.

Зміст заняття:

- пояснення поняття автоматичних думок;
- аналіз типових когнітивних викривлень;
- обговорення ролі інтерпретації ситуацій у виникненні тривоги.

Практичні вправи:

- техніка «Стоп-думка»;
- заповнення таблиці «ситуація – думка – емоція – поведінка».

Очікуваний результат: розвиток навички усвідомлення автоматичних негативних думок.

Заняття 3. Когнітивна реструктуризація

Мета: формування навичок критичного аналізу та зміни дисфункціональних переконань.

Зміст заняття:

- аналіз ірраціональних переконань;
- пошук альтернативних інтерпретацій ситуацій;
- формування більш реалістичних і адаптивних думок.

Практичні вправи:

- техніка «Сократичного діалогу»;
- вправа «Докази за і проти».

Очікуваний результат: зниження інтенсивності негативних інтерпретацій подій.

Заняття 4. Робота з тілесними проявами тривоги

Мета: навчити учасників контролювати фізіологічні симптоми тривоги.

Зміст заняття:

- пояснення зв'язку між тілесними реакціями та емоційним станом;
- навчання методам релаксації.

Практичні вправи:

- діафрагмальне дихання;
- прогресивна м'язова релаксація;
- техніка усвідомленого дихання.

Очікуваний результат: зниження фізіологічного напруження.

Заняття 5. Подолання унікальної поведінки

Мета: формування активних стратегій подолання тривожних ситуацій.

Зміст заняття:

- аналіз унікальної поведінки;

- формування ієрархії тривожних ситуацій;
- принципи поступового експозиційного впливу.

Практичні вправи:

- побудова «ієрархії страхів»;
- планування поступового зіткнення з тривожними ситуаціями.

Очікуваний результат: зниження унікальної поведінки.

Заняття 6. Формування навичок емоційної саморегуляції

Мета: розвиток здатності контролювати емоційні реакції.

Зміст заняття:

- техніки управління емоціями;
- розвиток навичок усвідомленості.

Практичні вправи:

- техніка «заземлення»;
- вправи майндфулнес.

Очікуваний результат: підвищення емоційної стійкості.

Заняття 7. Формування адаптивних стратегій мислення

Мета: закріплення нових когнітивних моделей.

Зміст заняття:

- формування позитивних переконань;
- розвиток оптимістичного стилю мислення.

Практичні вправи:

- техніка «переформулювання думок»;
- створення «карти ресурсів».

Очікуваний результат: формування більш адаптивних когнітивних установок.

Заняття 8. Закріплення результатів та профілактика рецидивів

Мета: узагальнення отриманого досвіду та формування навичок самодопомоги.

Зміст заняття:

- аналіз змін у психологічному стані;

- формування індивідуального плану підтримки психологічного благополуччя;
- обговорення можливих ризиків повернення тривожних симптомів.

Практичні вправи:

- «план подолання тривоги»;
- підбиття підсумків програми.

Очікуваний результат: закріплення сформованих навичок саморегуляції та подолання тривоги.

Очікувані результати реалізації програми

Реалізація програми сприятиме:

- зниженню рівня реактивної та особистісної тривожності;
- зменшенню інтенсивності соматичних проявів тривоги;
- формуванню навичок когнітивної регуляції емоцій;
- підвищенню психологічної стійкості та адаптивності;
- розвитку ефективних стратегій подолання стресових ситуацій.

Ефективність програми може оцінюватися шляхом повторного застосування психодіагностичних методик (шкали Спілбергера–Ханіна, BAI, HADS, GAD-7) до і після проведення психокорекційної роботи.

Таким чином, розробка та впровадження програми психологічної допомоги на основі когнітивно-поведінкової терапії виступає важливим практичним кроком у напрямі оптимізації психологічної підтримки дорослих осіб із підвищеним рівнем тривожності. Її застосування створює передумови для зниження проявів тривожних розладів та підвищення психологічного благополуччя особистості.

3.2. Аналіз ефективності застосування когнітивно-поведінкових технік

Після завершення психокорекційної роботи виникає необхідність оцінити її ефективність та визначити динаміку змін психоемоційного стану респондентів. З цією метою було проведено повторне психодіагностичне обстеження учасників дослідження. Повторна діагностика дозволяє об'єктивно оцінити результати впливу корекційної програми, встановити ступінь зниження рівня тривожності та визначити зміни у психоемоційному стані досліджуваних. Крім того, порівняння результатів первинного та повторного обстеження дає змогу простежити динаміку проявів тривожності та підтвердити або спростувати гіпотезу дослідження щодо ефективності застосування методів когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних розладів у дорослих.

Повторне дослідження проводилось за допомогою *«Шкали реактивної та особистісної тривожності»* Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна та *«Шкали генералізованого тривожного розладу»* (GAD-7).

Після проведення повторного психодіагностичного обстеження було здійснено порівняльний аналіз результатів, отриманих до та після реалізації психокорекційної програми на основі методів когнітивно-поведінкової терапії. Це дало змогу визначити динаміку змін рівня тривожності у досліджуваних та оцінити ефективність проведеної психологічної допомоги. Порівняльні результати первинної та повторної діагностики за обраними психодіагностичними методиками представлено у таблиці 3.1.

Аналіз порівняльних результатів свідчить про позитивну динаміку психоемоційного стану респондентів після проведення психокорекційної програми на основі методів когнітивно-поведінкової терапії. Зокрема, за шкалою реактивної тривожності суттєво зменшилась частка досліджуваних із високим рівнем тривоги (з 76% до 20%), тоді як кількість осіб із низьким та середнім рівнями тривожності помітно зросла. Подібна тенденція

простежується і за показниками особистісної тривожності, де частка високих показників зменшилася з 84% до 28%.

Таблиця 3.1.

Порівняльні результати рівня тривожності до та після проведення корекційної програми на основі когнітивно-поведінкової терапії

Методика	Рівень	До КПТ (%)	Після КПТ (%)
Шкала реактивної тривожності (Спілбергер–Ханін)	Низький	0	28
	Середній	24	52
	Високий	76	20
Шкала особистісної тривожності (Спілбергер–Ханін)	Низький	0	16
	Середній	16	56
	Високий	84	28
Шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7)	Мінімальний	0	20
	Легкий	0	40
	Помірний	44	28
	Високий	56	12

За шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) також було зафіксовано суттєве зниження інтенсивності тривожних проявів. Після проведення корекційної роботи з'явилася частка респондентів із мінімальним та легким рівнем тривоги, тоді як кількість осіб із високим рівнем генералізованої тривожності значно зменшилася.

Отримані результати свідчать про позитивний вплив застосованої програми когнітивно-поведінкової терапії та підтверджують її ефективність у зниженні рівня тривожності у дорослих.

Нижче наведено таблицю середніх показників до та після проведення корекційної програми КПТ із результатами порівняння за t-критерієм Стьюдента для залежних вибірок ($n = 25$).

Таблиця 3.2.

**Порівняння середніх показників тривожності до та після
психокорекційної роботи (t-критерій Стьюдента)**

Методика	До КПТ (M±SD)	Після КПТ (M±SD)	t	p	Висновок
Реактивна тривожність (Спілбергер–Ханін)	51.2 ± 4.3	39.6 ± 5.1	8.27	<0.001	різниця статистично значуща
Особистісна тривожність (Спілбергер–Ханін)	53.8 ± 4.8	44.1 ± 5.4	6.91	<0.001	різниця статистично значуща
Шкала генералізованої тривоги (GAD-7)	15.8 ± 2.6	9.7 ± 3.1	7.14	<0.001	різниця статистично значуща

Примітка: M – середнє значення; SD – стандартне відхилення; p – рівень статистичної значущості.

Для оцінки ефективності психокорекційної програми на основі методів когнітивно-поведінкової терапії було проведено порівняння середніх показників тривожності до та після корекційного впливу за допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок.

Отримані результати свідчать про статистично значуще зниження показників тривожності за всіма використаними методиками. Зокрема, середній показник реактивної тривожності знизився з 51,2 до 39,6 бала, що свідчить про суттєве зменшення ситуативного емоційного напруження у респондентів. Аналогічна тенденція простежується і щодо особистісної тривожності, середній показник якої зменшився з 53,8 до 44,1 бала.

Подібні зміни були виявлені і за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7): середній показник знизився з 15,8 до 9,7 бала, що свідчить про зменшення інтенсивності симптомів генералізованої тривоги.

Значення t-критерію Стьюдента для всіх показників перевищують критичне значення при рівні значущості $p < 0,001$, що підтверджує статистично значущу різницю між результатами до та після проведення корекційної роботи.

Таким чином, результати повторного психодіагностичного обстеження засвідчили позитивну динаміку змін психоемоційного стану респондентів після проведення психокорекційної роботи на основі методів когнітивно-поведінкової терапії. Порівняльний аналіз показників до та після корекційного впливу продемонстрував суттєве зниження рівня як реактивної, так і особистісної тривожності, а також зменшення інтенсивності симптомів генералізованого тривожного розладу. Результати статистичної перевірки за t-критерієм Стюдента підтвердили наявність статистично значущих відмінностей між первинними та повторними показниками, що свідчить про ефективність застосованої психокорекційної програми. Отримані дані дозволяють зробити висновок про те, що використання методів когнітивно-поведінкової терапії сприяє зниженню рівня тривожності, формуванню більш адаптивних когнітивних установок та покращенню емоційної саморегуляції у дорослих осіб із тривожними розладами. Це підтверджує висунуту гіпотезу дослідження та свідчить про доцільність застосування когнітивно-поведінкових підходів у психологічній допомозі особам із підвищеним рівнем тривожності.

Висновки до розділу 3

У даному розділі роботи було розроблено та апробовано програму психологічної допомоги дорослим із тривожними розладами на основі принципів когнітивно-поведінкової терапії, а також здійснено аналіз ефективності її застосування. Програма була спрямована на зниження рівня тривожності, формування навичок емоційної саморегуляції, корекцію дисфункціональних когнітивних установок та розвиток адаптивних моделей поведінки. Її структура включала комплекс психоосвітніх, когнітивних і поведінкових технік, реалізованих у межах восьми послідовних занять, спрямованих на усвідомлення механізмів тривоги, виявлення автоматичних негативних думок, їх когнітивну перебудову, формування навичок контролю емоційних реакцій та закріплення адаптивних способів реагування на стресові ситуації.

У процесі реалізації програми було використано низку ефективних технік когнітивно-поведінкової терапії, зокрема психоосвітні вправи, методи виявлення та аналізу автоматичних негативних думок, техніки когнітивної реструктуризації, релаксаційні та дихальні вправи, елементи експозиційної роботи, вправи з розвитку усвідомленості та формування навичок емоційної саморегуляції. Послідовна реалізація зазначених етапів сприяла поступовому формуванню у учасників більш адаптивних способів інтерпретації життєвих ситуацій, зниженню інтенсивності тривожних переживань та розвитку навичок самоконтролю емоційних станів.

Для оцінювання ефективності психокорекційної програми було проведено повторне психодіагностичне обстеження за шкалою реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна та шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7). Порівняльний аналіз результатів до і після проведення корекційної роботи показав суттєве зниження показників тривожності у досліджуваних. Зокрема, за шкалою реактивної тривожності значно зменшилась частка осіб із високим рівнем

тривоги та збільшилася кількість респондентів із середнім і низьким рівнями. Аналогічна тенденція була виявлена і щодо особистісної тривожності, що свідчить не лише про зниження ситуативного емоційного напруження, але й про позитивні зміни у більш стійких характеристиках тривожності.

Позитивна динаміка була також зафіксована за шкалою генералізованого тривожного розладу, де після проведення корекційної роботи з'явилася частка респондентів із мінімальним і легким рівнем тривоги, тоді як кількість осіб із високим рівнем генералізованої тривожності значно зменшилася. Це свідчить про зниження інтенсивності тривожних переживань, покращення емоційної стабільності та підвищення здатності учасників дослідження до психологічної саморегуляції.

Статистична перевірка отриманих результатів за допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок підтвердила наявність статистично значущих відмінностей між показниками до та після проведення психокорекційної роботи. Значення рівня значущості ($p < 0,001$) засвідчують достовірність виявлених змін і дозволяють зробити висновок про ефективність застосованої програми психологічної допомоги.

Отже, результати проведеного дослідження підтверджують, що застосування методів когнітивно-поведінкової терапії є ефективним засобом психологічної корекції тривожних розладів у дорослих. Реалізація розробленої програми сприяла зниженню рівня як реактивної, так і особистісної тривожності, зменшенню інтенсивності симптомів генералізованої тривоги, формуванню більш адаптивних когнітивних установок і розвитку навичок емоційної саморегуляції. Отримані результати підтверджують висунуту гіпотезу дослідження та свідчать про практичну доцільність використання когнітивно-поведінкових підходів у психологічній допомозі дорослим особам із тривожними розладами.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження ролі когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних розладів у дорослих. Аналіз наукових джерел, узагальнення сучасних психологічних підходів до проблеми тривожності та результати проведеного емпіричного дослідження дозволили сформулювати такі узагальнені висновки.

1. Проведений теоретичний аналіз наукової літератури засвідчив, що тривога є складним багатовимірним психологічним феноменом, який охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти психічної діяльності людини. У сучасній психологічній науці тривожність розглядається як інтегративний психічний стан, що виникає у ситуаціях невизначеності або потенційної загрози та виконує сигнально-адаптивну функцію. Водночас надмірна інтенсивність або тривала дія тривожних переживань може призводити до розвитку тривожних розладів, які негативно впливають на психічне здоров'я, ефективність діяльності, міжособистісні взаємини та загальну якість життя людини.

2. У процесі дослідження встановлено, що проблема тривожних розладів є однією з найбільш актуальних у сучасній психології та психотерапії. У наукових концепціях різних психологічних напрямів запропоновано різні пояснення природи тривожності. Представники психоаналітичної традиції пов'язують її виникнення з внутрішньоособистісними конфліктами та несвідомими психологічними механізмами; когнітивні теорії розглядають тривогу як результат дисфункціональних переконань, негативних когнітивних схем і викривленої інтерпретації життєвих подій; поведінкові підходи пояснюють формування тривожних реакцій процесами навчання та закріплення поведінки уникнення. Сучасні інтегративні моделі підкреслюють комплексний характер тривожних

розладів, що формуються під впливом взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників.

3. Встановлено, що формування тривожних розладів у дорослих пов'язане з низкою психологічних механізмів, серед яких важливу роль відіграють особливості когнітивної оцінки життєвих ситуацій, порушення процесів емоційної регуляції, наявність внутрішньоособистісних конфліктів, негативний життєвий досвід та вплив соціально-психологічних факторів. Особи з підвищеним рівнем тривожності характеризуються схильністю до катастрофізації подій, перебільшення ймовірності небезпеки, недооцінки власних ресурсів та використання дезадаптивних поведінкових стратегій, зокрема уникнення тривожних ситуацій. Подібні механізми сприяють підтриманню тривожних переживань і формуванню стійких емоційних порушень.

4. Аналіз наукових досліджень засвідчив, що одним із найбільш ефективних і науково обґрунтованих підходів до психологічної допомоги при тривожних розладах є когнітивно-поведінкова терапія. Теоретичною основою цього підходу є положення про взаємозв'язок між когнітивними процесами, емоційними переживаннями та поведінковими реакціями людини. У межах когнітивно-поведінкової моделі тривожні розлади розглядаються як результат дисфункціональних переконань, автоматичних негативних думок та неадаптивних поведінкових стратегій. Основною метою терапевтичного впливу є виявлення і корекція таких когнітивних викривлень, формування більш реалістичних переконань, розвиток навичок емоційної саморегуляції та засвоєння ефективних моделей поведінки.

5. У межах емпіричної частини дослідження було проведено діагностику рівня тривожності у дорослих із використанням комплексу психодіагностичних методик, зокрема шкали реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, шкали тривоги Бека (BAI), госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), методики самооцінки психічних станів Г. Айзенка та шкали генералізованого тривожного розладу

(GAD-7). Результати первинної діагностики засвідчили наявність підвищеного рівня тривожності у значної частини респондентів, що проявлялося у переживанні внутрішнього напруження, емоційної нестабільності, негативних очікувань щодо майбутнього, а також у наявності соматичних симптомів тривоги.

6. На основі отриманих результатів було розроблено та апробовано програму психологічної допомоги дорослим із проявами тривожності, яка базується на принципах когнітивно-поведінкової терапії. Програма включала психоосвітній компонент, формування навичок усвідомлення власних емоційних станів, застосування технік когнітивної реструктуризації, розвиток навичок управління стресом та формування конструктивних поведінкових стратегій. Особливу увагу було приділено роботі з автоматичними негативними думками, корекції ірраціональних переконань та розвитку навичок саморегуляції.

7. Порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики дозволив встановити позитивну динаміку у психологічному стані учасників дослідження після проведення корекційної програми. Було зафіксовано зниження показників реактивної та особистісної тривожності, зменшення інтенсивності тривожних переживань, покращення емоційного самопочуття та підвищення рівня психологічної стабільності. Отримані результати підтверджують ефективність використання когнітивно-поведінкових технік у роботі з тривожними станами у дорослих.

8. Результати проведеного дослідження підтвердили висунуту гіпотезу про те, що застосування методів когнітивно-поведінкової терапії сприяє зниженню рівня тривожності у дорослих. Використання когнітивно-поведінкових інтервенцій дозволяє змінювати дезадаптивні когнітивні установки, формувати більш конструктивні способи інтерпретації життєвих ситуацій та розвивати ефективні стратегії подолання стресових переживань.

9. Практичне значення проведеного дослідження полягає у можливості використання розробленої програми психологічної допомоги у діяльності

практичних психологів, психотерапевтів, консультантів, а також у системі психологічної підтримки дорослого населення. Запропонований комплекс когнітивно-поведінкових технік може бути ефективно застосований у психотерапевтичній практиці, психологічному консультуванні та програмах психопрофілактики тривожних розладів.

10. Перспективи подальших наукових досліджень полягають у розширенні вибірки дослідження, вивченні ефективності різних модифікацій когнітивно-поведінкової терапії, а також у дослідженні впливу індивідуально-психологічних і соціальних чинників на результативність психотерапевтичної допомоги при тривожних розладах.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило значну роль когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривожних розладів у дорослих та засвідчило її ефективність як сучасного науково обґрунтованого підходу до психологічної допомоги, спрямованого на відновлення емоційної рівноваги, підвищення психологічної стійкості та покращення якості життя особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бек А. Когнітивна терапія депресії. Київ : Основи, 2003. 304 с.
2. Бек Дж. Когнітивно-поведінкова терапія: основи і застосування. Київ : Основи, 2017. 400 с.
3. Бодров В. А. Психологія професійної придатності. Київ : Персонал, 2001. 511 с.
4. Будник А. В., Мацкевич О. Ю. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів : практичний посібник. Київ, 2019. 256 с.
5. Варій М. Й. Загальна психологія : підручник. 3-тє вид. Київ : Центр учбової літератури, 2016. 1007 с.
6. Волкова Н. П. Психологія : підручник. Київ : Академвидав, 2012. 624 с.
7. Галецька І. І. Психологія здоров'я. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2006. 338 с.
8. Горностай П. П. Психологія особистості. Київ : Каравела, 2014. 432 с.
9. Дуткевич Т. В. Практична психологія. Київ : Центр учбової літератури, 2017. 256 с.
10. Дуткевич Т. В. Психологія особистості. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 388 с.
11. Дуткевич Т. В. Психологічне консультування. Київ : Центр учбової літератури, 2017. 272 с.
12. Дуткевич Т. В., Савицька О. В. Практична психологія. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 256 с.
13. Елліс А. Рационально-емоційна поведінкова терапія. Київ : Основи, 2018. 352 с.
14. Карамушка Л. М. Психологія організацій. Київ : Міленіум, 2015. 528 с.
15. Карамушка Л. М. Психологія управління. Київ : Міленіум, 2012. 296 с.
16. Колісник О. С. Основи психотерапії. Київ : Центр учбової літератури, 2016. 256 с.
17. Кокур О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини. Київ : Міленіум, 2004. 265 с.

- 18.Кокур О. М. Практична психологія професійної діяльності. Київ : НАПН України, 2016. 200 с.
- 19.Кокур О. М. Психологічні особливості переживання тривоги особистістю. Проблеми сучасної психології. 2015. С. 145–154.
- 20.Кокур О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2012. 200 с.
- 21.Кочюнас Р. Основи психологічного консультування. Київ : Академвидав, 2004. 304 с.
- 22.Максименко С. Д. Генетична психологія. Київ : Центр учбової літератури, 2018. 432 с.
- 23.Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2017. 688 с.
- 24.Максименко С. Д. Психологічні механізми розвитку особистості. Психологія і суспільство. 2012. С. 12–23.
- 25.Максименко С. Д., Карамушка Л. М. Психологія особистості. Київ : Либідь, 2018. 296 с.
- 26.Москалець В. П. Психологія особистості. Київ : Центр учбової літератури, 2013. 416 с.
- 27.Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія. Київ : Академвидав, 2013. 448 с.
- 28.Павелків Р. В. Вікова психологія. Київ : Кондор, 2016. 469 с.
- 29.Павелків Р. В. Загальна психологія. Київ : Кондор, 2015. 576 с.
- 30.Савчин М. В. Психологія особистості. Київ : Академвидав, 2013. 456 с.
- 31.Савчин М. В. Емоційна регуляція поведінки особистості. Психологія і суспільство. 2015. С. 78–86.
- 32.Савчин М. В., Василенко Л. П. Загальна психологія. Київ : Академвидав, 2017. 344 с.
- 33.Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості. Київ : Либідь, 2003. 376 с.
- 34.Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості. Київ : Здоров'я, 2011. 360 с.

- 35.Титаренко Т. М. Психологічні ресурси подолання життєвих криз. Соціальна психологія. 2010. С. 34–42.
- 36.Титаренко Т. М. Сучасна психологія особистості. Київ : Каравела, 2009. 232 с.
- 37.Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2016. 160 с.
- 38.Фурман А. В. Психологія особистості. Тернопіль : Економічна думка, 2016. 320 с.
- 39.Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків : Прапор, 2007. 640 с.
- 40.Шевченко Н. Ф. Психологія емоцій. Київ : Каравела, 2018. 312 с.
- 41.Юрченко В. М. Психологія здоров'я. Київ : Центр учбової літератури, 2014. 232 с.
- 42.Ялом І. Дар психотерапії. Київ : Основи, 2018. 320 с.
- 43.Яценко Т. С. Психоаналіз. Київ : Либідь, 2004. 368 с.
- 44.Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції. Київ : Вища школа, 2006. 280 с.
- 45.Adler A. Understanding Human Nature. Garden City Publishing Company, 1927. 286 p.
- 46.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Washington : American Psychiatric Association Publishing, 2022. 1120 p.
- 47.Barlow D. H. Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2002. 704 p.
- 48.Barlow D. H. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. American Psychologist. 2000. Vol. 55. No. 11. P. 1247–1263.
- 49.Baxter A. J., Scott K. M., Vos T., Whiteford H. A. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychological Medicine. 2013. Vol. 43. No. 5. P. 897–910.

50. Beck A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York : International Universities Press, 1976. 356 p.
51. Beck A. T., Emery G., Greenberg R. L. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York : Basic Books, 1985. 343 p.
52. Bhattacharya S., Bhattacharya A. Psychiatry and Mental Health: A Comprehensive Review. New Delhi : Jaypee Brothers Medical Publishers, 2012. 398 p.
53. Butler A. C., Chapman J. E., Forman E. M., Beck A. T. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clinical Psychology Review. 2006. Vol. 26. No. 1. P. 17–31.
54. Bystritsky A., Khalsa S. S., Cameron M. E., Schiffman J. Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. P & T. 2013. Vol. 38. No. 1. P. 30–57.
55. Carpenter J. K. et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders. Depression and Anxiety. 2018. Vol. 35. No. 6. P. 502–514.
56. Clark D. A., Beck A. T. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York : Guilford Press, 2011. 628 p.
57. Craske M. G., Barlow D. H. Mastery of Your Anxiety and Panic. Oxford : Oxford University Press, 2021. 232 p.
58. Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York : Lyle Stuart, 1962. 442 p.
59. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety. London : Hogarth Press, 1936. 179 p.
60. Hambrick J. P. et al. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. CNS Spectrums. 2003. Vol. 8. No. 5. P. 373–381.
61. Hans E., Hiller W. A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient CBT. Clinical Psychology Review. 2013. Vol. 33. No. 8. P. 954–964.
62. Heimberg R. G. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. Biological Psychiatry. 2002. Vol. 51. No. 1. P. 101–108.
63. Heimberg R. G., Becker R. E. Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia. New York : Guilford Press, 2002. 334 p.

- 64.Hofmann S. G., Asnaani A. The efficacy of cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research*. 2012. Vol. 36. No. 5. P. 427–440.
- 65.Hofmann S. G., Otto M. W. *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder*. New York : Routledge, 2008. 288 p.
- 66.Hofmann S. G., Smits J. A. J. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008. Vol. 69. No. 4. P. 621–632.
- 67.Horney K. *Neurosis and Human Growth*. New York : Norton, 1950. 391 p.
- 68.Horney K. *Our Inner Conflicts*. New York : Norton, 1945. 250 p.
- 69.Horney K. *The Neurotic Personality of Our Time*. New York : Norton, 1937. 299 p.
- 70.Kaczurkin A. N., Foa E. B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015. Vol. 17. No. 3. P. 337–346.
- 71.Kessler R. C. et al. Prevalence, severity and comorbidity of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62. No. 6. P. 617–627.
- 72.Kindred R. et al. Long-term outcomes of CBT for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022. Vol. 92. Art. 102640.
- 73.Marom S. et al. Cognitive behavior therapy in anxiety disorders. *Harefuah*. 2003. Vol. 142. No. 9. P. 625–629.
- 74.Norton P. J., Price E. C. A meta-analytic review of CBT outcomes. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007. Vol. 195. No. 6. P. 521–531.
- 75.Olatunji B. O., Cisler J. M., Deacon B. J. Efficacy of CBT for anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010. Vol. 33. No. 3. P. 557–577.
- 76.Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011. Vol. 13. No. 4. P. 413–421.
- 77.Papola D. et al. Psychotherapies for generalized anxiety disorder in adults. *JAMA Psychiatry*. 2024. 14 p.
- 78.Pavlov I. P. *Conditioned Reflexes*. Oxford : Oxford University Press, 1927. 430 p.
- 79.Remes O. et al. Prevalence of anxiety disorders. *Brain and Behavior*. 2016. Vol. 6. No. 7. P. 1–15.

80. Skinner B. F. About Behaviorism. New York : Knopf, 1974. 256 p.
81. Smits J. A. J., Hofmann S. G. Psychotherapy control conditions for anxiety disorders. *Psychological Medicine*. 2009. Vol. 39. No. 2. P. 229–239.
82. Spielberger C. D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 1983. 76 p.
83. Stewart R. E., Chambless D. L. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009. Vol. 77. No. 4. P. 595–606.
84. van Dis E. A. M. et al. Long-term outcomes of CBT for anxiety-related disorders. *JAMA Psychiatry*. 2020. Vol. 77. No. 3. P. 265–273.
85. Watson J. B. Behaviorism. Chicago : University of Chicago Press, 1924. 308 p.
86. Wittchen H.-U. et al. The size and burden of mental disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*. 2011. Vol. 21. No. 9. P. 655–679.
87. Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford : Stanford University Press, 1958. 239 p.
88. World Health Organization. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental Disorders. Geneva : WHO, 2024. 350 p.
89. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Geneva : WHO, 2025. 1200 p.
90. World Health Organization. Mental Disorders. Geneva : WHO, 2025. 220 p.

ДОДАТКИ