

Міністерство освіти і науки України

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»

Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

До захисту допущено

кафедрою практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

протокол № _____ від _____

завідувач кафедри _____ Наталія КУЧЕРЕНКО

(підпис)

(ім'я, прізвище)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

здобувача освіти першого(бакалаврського) рівня вищої

освіти (першого (бакалаврського) / другого (магістерського))

Особливості психотерапевтичної підтримки осіб із підвищеним рівнем
тривожності в контексті соціальної нестабільності

(тема кваліфікаційної роботи)

Спеціальність (спеціалізація) 053 Психологія

(код та найменування спеціальності; спеціалізації спеціальності)

Освітня програма Практична психологія

(назва освітньої програми)

Здобувач _____ Анастасія ВОВК _____

(підпис)

(ім'я, прізвище)

Науковий керівник _____ Олена ХАРЦІЙ _____

(підпис)

(ім'я, прізвище)

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувач кафедри

Наталія КУЧЕРЕНКО

(ім'я, прізвище)

(підпис)

«_____» _____ 2026 року

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

здобувача першого (бакалаврського) _____ рівня вищої освіти
(першого (бакалаврського) / другого (магістерського))

Вовк Анастасія Миронівна

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)

Спеціальність (спеціалізація) 053 Психологія
(код та найменування спеціальності; спеціалізації спеціальності)

Освітня програма Практична психологія
(назва освітньої програми)

Тема роботи: Особливості психотерапевтичної підтримки осіб із підвищеним рівнем тривожності в контексті соціальної нестабільності

керівник роботи Харцій Олена Миколаївна, к. психол. н.
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по Університету від «15» грудня 2025 року,
№4801-5/_____

Строк подання здобувачем роботи: «8» травня 2026 року

Вихідні дані до роботи:

Перелік питань, які потрібно розробити:

- 1) Визначити теоретичні засади дослідження тривожності та психотерапевтичної підтримки
- 2) Провести емпіричне дослідження рівня тривожності
- 3) Розробити програму психотерапевтичної підтримки осіб з підвищеним рівнем тривожності

4. План роботи

№ з/п	Назви етапів роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Підготовчий етап: ознайомлення з науковою літературою щодо тривожності та психотерапевтичної підтримки, визначення актуальності теми, формулювання мети, завдань та об'єкта дослідження		
2	Розробка теоретичної частини: аналіз поняття тривожності в психології та психотерапії, її видів та структури, дослідження психологічних чинників формування тривожності в умовах соціальної нестабільності, визначення наслідків підвищеної тривожності для психічного здоров'я особистості		
3	Підготовка до емпіричного дослідження: визначення гіпотез дослідження, розробка методики, вибір психодіагностичних інструментів, підготовка анкети та протоколів дослідження		
4	Організація та проведення емпіричного дослідження: робота з вибіркою (30 осіб), проведення психодіагностики, збір та первинний аналіз даних		
5	Обробка та аналіз результатів емпіричного дослідження: статистичний та психологічний аналіз, інтерпретація отриманих даних, формування висновків щодо рівня тривожності		
6	Розробка психотерапевтичної програми підтримки: визначення основних психотерапевтичних підходів, створення програми психотерапевтичної підтримки осіб із підвищеним рівнем тривожності		
7	Оцінка ефективності програми: тестування програми на вибірці, аналіз результатів та корекція підходів		
8	Формулювання висновків та рекомендацій: узагальнення теоретичних і практичних результатів дослідження, розробка рекомендацій для психологів та соціальних працівників		
9	Підготовка остаточного варіанту магістерської роботи: оформлення тексту, таблиць, рисунків, списку використаних джерел та додатків		

Дата видачі завдання: «8» травня 2026 року

Здобувач вищої освіти _____ Анастасія ВОВК

(підпис)

(ім'я, прізвище)

Керівник роботи

Олена ХАРЦІЙ

(підпис)

(ім'я, прізвище)

РЕФЕРАТ

Дипломна робота містить: 96 сторінок, 10 таблиць, 28 використаних літературних джерел, додатки.

Об'єкт дослідження: Психічний стан осіб із підвищеним рівнем тривожності.

Предмет дослідження: Психотерапевтична підтримка як фактор зниження тривожних переживань та підвищення адаптивних можливостей особистості в умовах соціальної нестабільності.

Мета дослідження: Дослідження рівня тривожності в умовах соціальної нестабільності та розробка ефективних психотерапевтичних підходів підтримки осіб із підвищеним рівнем тривожності.

Основні задачі дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз тривожності та психотерапевтичної підтримки осіб із підвищеним рівнем тривожності.
2. Виявити психологічні чинники формування тривожності в умовах соціальної нестабільності.
3. Дослідити наслідки підвищеної тривожності для психічного здоров'я та адаптивності особистості.
4. Розробити програму психотерапевтичної підтримки та оцінити її ефективність.

Емпіричне дослідження:

Дослідження проводилось на базі Центру соціально-психологічного супроводження «Добробут», діяльність якого спрямована на надання психологічної допомоги та підтримки особам, що перебувають у складних життєвих обставинах та зазнають впливу факторів соціальної нестабільності. До участі у дослідженні залучено 30 осіб віком від 18 років різної статі, соціального статусу та професійної належності, які за результатами первинної психодіагностики мали підвищений рівень тривожності. Такий підхід забезпечує соціально-демографічну різноманітність та підвищує репрезентативність отриманих результатів.

Практична значущість дослідження полягає у розробці конкретних психотерапевтичних заходів, спрямованих на зниження рівня тривожності та покращення психоемоційного стану осіб в умовах соціальної нестабільності. Результати дослідження можуть бути використані психологами, психотерапевтами та соціальними працівниками для підвищення ефективності психотерапевтичної підтримки та розвитку адаптивних ресурсів населення.

Ключові слова: підвищений рівень тривожності, психотерапевтична підтримка, соціальна нестабільність, психоемоційний стан, адаптивні можливості особистості.

ABSTRACT

The thesis consists of 96 pages, 10 tables, 28 references, and appendices.

Research object: Mental state of individuals with elevated levels of anxiety.

Research subject: Psychotherapeutic support as a factor in reducing anxiety experiences and increasing adaptive capabilities of individuals in conditions of social instability.

Research aim: To study anxiety levels in conditions of social instability and to develop effective psychotherapeutic approaches for supporting individuals with elevated anxiety levels.

Research objectives:

1. Conduct a theoretical analysis of anxiety and psychotherapeutic support for individuals with elevated anxiety levels.
2. Identify psychological factors contributing to anxiety formation under conditions of social instability.
3. Examine the consequences of elevated anxiety for mental health and individual adaptability.
4. Develop a psychotherapeutic support program and evaluate its effectiveness.

Empirical study:

The research was conducted at the Center for Social and Psychological Support «Dobrobut» which provides psychological assistance and support to individuals facing difficult life circumstances and experiencing the effects of social instability. The study involved 30 participants aged 18 and older, of different genders, social statuses, and professional backgrounds, who demonstrated elevated anxiety levels according to initial psychodiagnostics.

This approach ensures socio-demographic diversity and enhances the representativeness of the obtained results.

Practical significance of the study lies in the development of specific psychotherapeutic interventions aimed at reducing anxiety and improving the psycho-emotional state of individuals under social instability. The results of the

study can be used by psychologists, psychotherapists, and social workers to enhance the effectiveness of psychotherapeutic support and to develop adaptive resources in the population.

Keywords: elevated anxiety levels, psychotherapeutic support, social instability, psycho-emotional state, individual adaptive capabilities.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	10
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ.....	13
1.1. Поняття тривожності в психології та психотерапії: сутність, види, структура.....	13
1.2. Психологічні чинники формування підвищеного рівня тривожності в умовах соціальної нестабільності.....	18
1.3. Наслідки підвищеної тривожності для психічного здоров'я особистості.....	20
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	22
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ.....	24
2.1. Мета, завдання та гіпотези дослідження.....	24
2.2. Методи та психодіагностичні інструменти дослідження тривожності.....	28
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження	34
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	53
РОЗДІЛ 3. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ПІДТРИМКА ОСІБ З ПІДВИЩЕНИМ РІВНЕМ ТРИВОЖНОСТІ.....	55
3.1. Основні психотерапевтичні підходи до роботи з тривожністю.....	55
3.2. Програма психотерапевтичної підтримки та оцінка її ефективності.....	62
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	67
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71
ДОДАТКИ.....	74

ВСТУП

Актуальність роботи. У сучасних умовах соціальної нестабільності, що характеризуються економічною невизначеністю, політичними кризами, війнами, високим інформаційним навантаженням та швидкими змінами в соціальному середовищі, значна частина населення стикається з підвищеним рівнем тривожності. Тривожність виступає однією з ключових емоційно-психологічних реакцій людини на невизначеність, загрозу або внутрішній конфлікт, і її надмірний прояв здатен негативно впливати на психічне здоров'я, когнітивні функції, соціальні взаємодії та якість життя в цілому. В умовах тривалої нестабільності, коли стресові фактори стають системними, підвищена тривожність може перетворюватися із ситуативного стану на стійку особистісну рису, що створює додаткові ризики для психоемоційного благополуччя.

Проблема психологічної підтримки осіб із підвищеним рівнем тривожності є надзвичайно актуальною, оскільки хронічна тривожність може призводити до розвитку психосоматичних порушень, депресивних станів, соціальної ізоляції та зниження адаптивних можливостей особистості. Науковий аналіз показує, що тривожність має багатовимірну структуру, що включає когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні компоненти, а її виникнення обумовлюється як індивідуально-психологічними особливостями, так і впливом соціальних та культурних факторів. У зв'язку з цим психотерапевтичне втручання та психологічна підтримка виступають ефективними засобами нормалізації психоемоційного стану та підвищення адаптивності особистості.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження рівня тривожності в умовах соціальної нестабільності та розробка ефективних психотерапевтичних підходів підтримки осіб із підвищеним рівнем тривожності.

Для досягнення поставленої мети у роботі передбачено вирішення таких **завдань**: провести аналіз теоретичних концепцій тривожності та психотерапевтичної допомоги; виявити психологічні чинники формування тривожності в умовах соціальної нестабільності; проведено дослідження наслідків підвищеної тривожності для психічного здоров'я особистості; розробити програму психотерапевтичної підтримки.

Об'єктом дослідження є психічний стан осіб із підвищеним рівнем тривожності.

Предметом дослідження є психотерапевтична підтримка як фактор зниження тривожних переживань та підвищення адаптивних можливостей особистості в умовах соціальної нестабільності.

Практичне значення роботи. Результати дослідження дозволяють глибше зрозуміти механізми формування та проявів тривожності, а також розробити конкретні психотерапевтичні заходи, спрямовані на зниження рівня тривоги та покращення психоемоційного стану населення в умовах соціально-економічних та політичних криз.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

Перший розділ присвячений теоретичним засадам дослідження тривожності та психотерапевтичної підтримки. У ньому розглядаються поняття тривожності, її види та структура, психологічні чинники формування підвищеного рівня тривожності в умовах соціальної нестабільності, а також наслідки для психічного здоров'я.

Другий розділ містить методологію та організацію емпіричного дослідження. В цьому розділі описуються мета, завдання та гіпотези дослідження, характеристика вибірки, методи та психодіагностичні інструменти, а також аналіз і інтерпретація отриманих результатів.

Третій розділ присвячений психотерапевтичній підтримці осіб із підвищеним рівнем тривожності. У ньому розглядаються основні

психотерапевтичні підходи, розробляється програма підтримки та оцінюється її ефективність.

У **висновках** підсумовуються основні результати теоретичного та емпіричного дослідження та наводяться рекомендації для практичної роботи з особами з підвищеним рівнем тривожності.

Таким чином, робота має комплексний характер і поєднує теоретичний аналіз, емпіричне дослідження та практичну розробку психотерапевтичних заходів, що дозволяє отримати цілісне уявлення про проблему та шляхи її вирішення.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ

1.1. Поняття тривожності в психології та психотерапії: сутність, види, структура

Тривожність є однією з ключових категорій сучасної психології та психотерапії, оскільки вона відображає глибинні механізми емоційного реагування людини на ситуації невизначеності, загрози або внутрішнього конфлікту. У науковому дискурсі тривожність розглядається як складний психоемоційний стан, що поєднує когнітивні, емоційні, фізіологічні та поведінкові компоненти. Вона може проявлятися як короткочасна реакція на конкретні обставини або як відносно стійка особистісна характеристика, яка впливає на стиль сприйняття світу, прийняття рішень і взаємодію з іншими людьми.

У психології тривожність досліджується в межах різних теоретичних підходів – психоаналітичного, біхевіористського, когнітивного, гуманістичного та інших. Кожен із них акцентує увагу на окремих аспектах її виникнення та функціонування: від внутрішніх конфліктів і раннього досвіду до особливостей навчання, оцінки ситуації та міжособистісних взаємин.

У психотерапії ж тривожність розглядається не лише як об'єкт теоретичного аналізу, а й як практична проблема, що потребує корекції та психологічної підтримки.

Опрацювання теоретичних джерел дає підстави стверджувати, що тривожність є складним і багатовимірним психологічним явищем. Різні наукові школи інтерпретують її по-своєму, а навіть у межах одного напрямку погляди окремих дослідників можуть істотно відрізнятися, що свідчить про наявність певної суб'єктивності у трактуванні поняття «тривожність» та про різноманіття підходів до її пояснення в психологічній науці.

Загалом тривожність розглядається як особлива форма емоційного реагування, що найчастіше виникає в умовах невизначеності, напруження або загрози. Вона може виконувати як конструктивну (адаптаційну), так і деструктивну функцію. З одного боку, тривожність мобілізує психічні ресурси, сприяє концентрації уваги та підготовці до подолання труднощів; з іншого – її надмірний рівень здатен порушувати когнітивні процеси, знижувати ефективність діяльності та ускладнювати соціальну взаємодію.

У межах психоаналітичного підходу значний внесок у дослідження тривожності зробив Зигмунд Фрейд. Він одним із перших систематизував уявлення про тривогу, визначивши її як емоційне переживання, пов'язане з очікуванням небезпеки, невизначеністю та почуттям безпорадності. Учений розглядав тривогу у двох вимірах.

Ідеї Фрейда частково перегукуються з філософськими міркуваннями Сьорен К'єркегор, який наголошував на необхідності чіткого розмежування страху і тривоги. Якщо страх має конкретний об'єкт і пов'язаний із реальною небезпекою, то тривога є більш невизначеним і внутрішнім переживанням, що не завжди має очевидне джерело.

Представниця неофрейдизму Карен Хорні розглядала тривожність крізь призму соціокультурних чинників [4, с.23-25]. Вона відмовлялася від суто біологічного пояснення людської поведінки та підкреслювала значення міжособистісних відносин. На її думку, базова тривога формується ще в дитинстві, коли дитина не отримує достатньої любові, підтримки та відчуття безпеки. У такому випадку виникає глибинне переживання самотності та безпорадності в потенційно ворожому світі. Хорні також розмежовувала страх і тривогу: страх є адекватною реакцією на реальну небезпеку, тоді як тривога пов'язана з суб'єктивним, часто прихованим відчуттям загрози [6].

Соціально-філософський аспект тривожності розкрив Еріх Фромм, який вбачав її джерело в переживанні ізольованості та відчуження людини. Усвідомлення власної окремішності й беззахисності перед силами природи та суспільства породжує глибоку екзистенційну тривогу. Подолання цього стану,

на його думку, можливе через любов як форму продуктивного зв'язку між людьми [2, с. 1-27].

Іншу інтерпретацію запропонував Отто Ранк, який пов'язував витoki тривожності з так званою родовою травмою. Він вважав, що досвід народження та відокремлення від матері є первинною психотравмуючою подією, яка залишає слід у підсвідомості та впливає на подальше життя людини. Подібної позиції дотримувався й Станіслав Гроф, підкреслюючи значення перинатального досвіду [9, с. 75-82]. На його думку, глибинні спогади, пов'язані з народженням, можуть актуалізуватися у кризових ситуаціях і супроводжуватися інтенсивною тривожністю [13, с. 234-263].

У межах індивідуальної психології Альфред Адлер трактував тривожність як стійку рису характеру, що супроводжує людину протягом усього життя. Він підкреслював її руйнівний вплив на особистісний розвиток, міжособистісні стосунки та реалізацію життєвих планів. Тривожність, за Адлером, може проявлятися як страх перед зовнішнім світом або внутрішніми переживаннями.

Зокрема, Кларк Л. Халл вважав, що поведінка людини є відповіддю на стимули та спрямована на зниження внутрішньої напруги. Тривожність він розглядав як вторинний потяг, що виникає на основі первинного переживання болю. Подібні ідеї розвивав Орвал Хобарт Маурер, який пов'язував тривожність із процесами навчання: людина засвоює певні моделі поведінки, оскільки вони зменшують рівень внутрішнього напруження.

Когнітивний підхід представлений працями Річард Лазарус, який підкреслював роль суб'єктивної оцінки ситуації. Він вважав, що тривожність виникає тоді, коли людина інтерпретує подію як потенційно загрозливу, навіть якщо небезпека не є чітко визначеною.

Аналіз наукових підходів дозволяє зробити висновок, що тривожність є багатокомпонентним явищем, яке охоплює біологічні, психологічні, соціальні та когнітивні аспекти. Її інтерпретація залежить від методологічної позиції

дослідника, що зумовлює різноманіття теоретичних моделей та пояснень цього феномену.

Сутність тривожності полягає у переживанні внутрішнього напруження, занепокоєння та очікування можливої небезпеки, яка часто має невизначений або суб'єктивний характер. На відміну від страху, що виникає у відповідь на конкретну й реальну загрозу, тривожність пов'язана з передчуттям небезпеки, яка може не мати чітко окресленого джерела.

У психології тривожність розглядається як складне багаторівневе явище, яке може проявлятися у двох основних формах – ситуативній та особистісній.

У психотерапії тривожність розглядається ширше – не лише як симптом чи емоційний стан, а як прояв глибинних внутрішніх процесів. Вона може свідчити про наявність внутрішніх конфліктів, невирішених переживань або неадаптивних способів мислення.

У психології тривожність класифікують за різними критеріями – за тривалістю, джерелом виникнення, змістом переживань та рівнем прояву. Такий поділ дозволяє глибше зрозуміти природу цього феномену та обрати адекватні методи психодіагностики й психотерапевтичної допомоги.

Однією з найвідоміших і найпоширеніших у психології є класифікація тривожності, запропонована Чарльз Спілбергер у межах концепції тривожності як стану та як риси особистості. Відповідно до цієї теорії, розрізняють ситуативну (реактивну) та особистісну тривожність. Ситуативна тривожність розглядається як тимчасовий емоційний стан, що виникає у відповідь на конкретну ситуацію, яка сприймається людиною як значуща або потенційно загрозлива, наприклад під час іспиту, співбесіди чи публічного виступу.

У психоаналітичній теорії Зигмунд Фрейд виокремлював три основні види тривоги: реалістичну, невротичну та моральну. Реалістична тривога пов'язана з реальною зовнішньою небезпекою і є природною реакцією людини на загрозу з боку навколишнього середовища. Вона має адаптивний характер, оскільки сигналізує про можливу небезпеку та мобілізує ресурси для

самозахисту. Невротична тривога, на думку Фрейда, виникає внаслідок страху перед власними несвідомими імпульсами, насамперед інстинктивними потягами, які можуть суперечити соціальним нормам або внутрішнім заборонам. У цьому випадку людина переживає не стільки зовнішню загрозу, скільки внутрішній конфлікт між бажаннями та заборонами. Моральна тривога пов'язана з функціонуванням над-Я (суперего) та проявляється через почуття провини, сорому або страху покарання за порушення внутрішніх моральних норм [25].

Базова тривога за Хорні, є фундаментальним внутрішнім переживанням, що визначає стиль міжособистісних відносин, спосіб реагування на труднощі та загальне відчуття впевненості у собі й у світі. Вона розглядається як наслідок порушених емоційних зв'язків у дитинстві та як чинник, що значною мірою впливає на подальший психічний розвиток людини [25].

Представники гуманістичної та екзистенційної психології, зокрема Еріх Фромм, розглядали тривожність як наслідок усвідомлення людиною власної свободи, відповідальності та ізолюваності. Екзистенційна тривожність пов'язана з пошуком сенсу життя, страхом смерті, самотністю та невизначеністю майбутнього [24].

Тривожність має різноманітні форми прояву, які відрізняються за механізмами виникнення, тривалістю та впливом на особистість. Вона може бути як адаптивною реакцією, що допомагає людині підготуватися до складних життєвих ситуацій, так і фактором психологічної дезадаптації. Розуміння видів тривожності є важливим для правильної діагностики та вибору ефективних методів психологічної допомоги.

Структура тривожності в психології та психотерапії розглядається як багатокомпонентна система, що охоплює взаємопов'язані психічні процеси та прояви.

Важливу роль у розумінні цього механізму відіграв Річард Лазарус, який підкреслював, що тривожність виникає внаслідок суб'єктивної оцінки ситуації як небезпечної або такої, що перевищує ресурси особистості.

Емоційна складова включає переживання напруження, неспокою, страху, внутрішнього дискомфорту. У психоаналітичній традиції Зигмунд Фрейд розглядав тривогу як сигнал небезпеки, що повідомляє особистість про можливу загрозу – як зовнішню, так і внутрішню (конфлікт між структурами психіки) [25].

Поведінкова складова тривожності виявляється у стратегіях уникнення, підвищеній обережності, ригідності або, навпаки, у метушливості. Представники біхевіористського підходу, зокрема Джон Б. Вотсон, розглядали тривожність як набутий тип реакції, що формується через механізми навчання і закріплюється внаслідок повторюваних ситуацій страху [264].

У гуманістичній та екзистенційній психології структура тривожності доповнюється особистісним рівнем – переживанням сенсу життя, відповідальності, свободи вибору. Еріх Фромм підкреслював, що тривожність може виникати через почуття ізольованості та втрату зв'язку з іншими людьми [24].

Отже, структура тривожності включає когнітивні оцінки, емоційні переживання, фізіологічні реакції та поведінкові прояви, які взаємодіють між собою та формують цілісний психічний стан.

1.2. Психологічні чинники формування підвищеного рівня тривожності в умовах соціальної нестабільності

У сучасних умовах соціальної нестабільності – пов'язаних із війною, економічною невизначеністю, частими змінами правил життя та високим інформаційним навантаженням – підвищений рівень тривожності серед різних вікових груп стає усе більш розповсюдженим явищем.

Психологічні чинники, що сприяють підвищенню тривожності в ситуації нестабільності, включають переживання невизначеності та втрати контролю над власним життям, відчуття небезпеки майбутнього та фрустрацію через нездійснення значущих планів чи потреб.

Фрустрація – психічний стан, пов'язаний із розчаруванням і блокуванням реалізації важливих для особистості цілей – може спричиняти тривожність, відчуття безвиході та внутрішнього напруження в умовах, коли обставини постійно змінюються і важко передбачити наслідки власних дій [16].

Соціальні фактори, що формують тривожні переживання, включають нестабільні міжособистісні стосунки, соціальну ізоляцію, відсутність підтримки, конфлікти в сім'ї та труднощі адаптації до нових соціальних вимог. Саме у періоди соціальної турбулентності – наприклад, під час війни або серйозних соціально-економічних змін – підтримка з боку близьких та відчуття соціальної безпеки мають вирішальне значення для зниження тривожного напруження, тоді як їхня відсутність виступає фактором ризику [17, с. 81-87].

Не менш важливим є вплив стилю виховання та сімейного середовища на формування тривожних реакцій, особливо в молодшому віці. Дослідження показують, що у дітей тривожність корелює зі стилем виховання і сімейними емоційними моделями, де нестача емоційної підтримки або надмірний контроль можуть сприяти підвищенню рівня внутрішнього занепокоєння [20, с. 79-86].

Важливу роль відіграє постійний стресовий фон та фрустраційні переживання, пов'язані з обмеженням можливостей реалізації особистих потреб і цілей у непередбачуваних соціальних умовах. Також значущими є негативні когнітивні оцінки та очікування загрози, коли людина схильна перебільшувати потенційні небезпеки та фокусуватися на негативних сценаріях розвитку подій. Не менш важливим є вплив соціальної ізоляції та відсутності підтримки, коли відчуття самотності і нестача емоційного контакту з оточенням посилюють внутрішнє напруження та тривогу. Крім того, значну роль відіграють сімейні та виховні фактори, які формують емоційні реакції та моделі поведінки з раннього віку, визначаючи здатність особистості адаптуватися до стресових ситуацій.

1.3. Наслідки підвищеної тривожності для психічного здоров'я особистості

Підвищений рівень тривожності має серйозні наслідки для психічного здоров'я особистості, оскільки тривожні переживання не обмежуються лише емоційним дискомфортом – вони впливають на мислення, поведінку, фізіологію та якість життя людини. Тривалий стан тривоги може з часом трансформуватися у хронічний стрес, який порушує адаптивні механізми організму та підсилює ризик розвитку психопатологій.

Одним із ключових наслідків підвищеної тривожності є розвиток тривожних розладів, таких як генералізований тривожний розлад, панічний розлад, специфічні фобії та соціальна тривожність. За даними Національного інституту психічного здоров'я (NIMH), тривожні розлади характеризуються надмірною тривогою, яка важко контролюється, і часто заважає щоденній діяльності, роботі чи навчальним процесам [21].

Підвищена тривожність також сприяє виникненню та загостренню депресивних станів. Когнітивні моделі пояснюють це тим, що тривожність формує негативні переконання про себе, майбутнє та світ, що посилює песимістичні думки і сприяє емоційному вигоранню. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресія часто коморбідна з тривожними розладами, і їхня спільна присутність погіршує прогноз лікування [23].

Крім того, підвищений рівень тривожності негативно впливає на пам'ять, особливо на робочу та довготривалу. Через постійне емоційне напруження ускладнюється процес кодування нової інформації, її збереження та відтворення. Людина може відчувати забудькуватість, труднощі з пригадуванням важливих фактів або інструкцій, що особливо помітно в навчальній та професійній діяльності.

Окремо варто підкреслити вплив тривожності на процес прийняття рішень. За умов постійного внутрішнього напруження людина схильна до

надмірного аналізу ситуації, сумнівів у власних діях, очікування негативних наслідків.

Відповідно до даних World Health Organization, тривожні розлади належать до найбільш поширених психічних порушень у світі та часто поєднуються з соматичними симптомами, що суттєво знижують якість життя.

Одним із найбільш типових фізичних проявів є розлади сну – труднощі із засинанням, поверхневий сон або часті пробудження. Хронічна тривога підтримує стан внутрішньої мобілізації, через що організм не переходить у фазу повноцінного відпочинку. За інформацією American Psychological Association, тривалий стрес безпосередньо впливає на нервову та ендокринну системи, що призводить до порушень сну, головного болю, м'язового напруження та проблем із травленням [27].

Фізіологічним підґрунтям цих симптомів є активація симпатичної нервової системи та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі. У стані тривоги організм запускає реакцію «бий або тікай», що супроводжується викидом адреналіну та кортизолу. Як зазначає National Institute of Mental Health, тривожні розлади часто супроводжуються соматичними скаргами, включно з болем у грудях, шлунково-кишковими порушеннями та загальною фізичною слабкістю [22].

Особливо важливим є вплив хронічної тривоги на імунну систему. Довготривалий стрес знижує ефективність імунної відповіді, роблячи організм більш вразливим до інфекційних та запальних захворювань, що пов'язано з виснаженням адаптаційних механізмів, коли ресурси організму постійно витрачаються на підтримання стану підвищеної готовності до небезпеки. У результаті формується замкнене коло: фізичне нездужання посилює тривожність, а тривожність – соматичні симптоми.

На рівні міжособистісних відносин тривожність може призводити до соціальної ізоляції, зниження самооцінки та уникнення соціальних ситуацій. Людина, що постійно відчуває внутрішнє занепокоєння, частіше уникає

контактів, що знижує якість соціальної підтримки і посилює відчуття самотності [28].

Підвищена тривожність також супроводжується соматичними симптомами та посиленням стресової реакції організму. Одним з наслідків є порушення сну. Через надмірну психічну активацію людині складно розслабитися та перейти у фазу глибокого відпочинку. Формується замкнене коло: тривожність заважає повноцінному сну, а хронічне недосипання, у свою чергу, посилює емоційну нестабільність, дратівливість і вразливість до стресу.

У соціальній сфері підвищена тривожність знижує рівень адаптації та ускладнює міжособистісні стосунки. Людина може уникати соціальних контактів, побоюватися оцінювання з боку інших, демонструвати надмірну чутливість до критики або конфліктів.

Таким чином, розуміння наслідків підвищеної тривожності має принципове значення для своєчасної діагностики та профілактики психічних порушень. Рання психологічна підтримка, розвиток навичок емоційної саморегуляції, психоосвітня робота та психотерапевтичні втручання спрямовані на нормалізацію рівня тривожності, відновлення когнітивного та емоційного функціонування, а також підвищення якості життя особистості.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У першому розділі дослідження було розкрито теоретичні основи тривожності та психотерапевтичної підтримки. Тривожність розглядається як складне багатовимірне явище, що включає когнітивні, емоційні, фізіологічні та поведінкові компоненти. Вона може проявлятися як ситуативна реакція на конкретні обставини або як стійка особистісна риса, що впливає на стиль сприйняття світу, поведінку та міжособистісні взаємодії.

Аналіз наукових підходів показав, що тривожність має як конструктивні, так і деструктивні функції: мобілізує ресурси для подолання труднощів, проте за надмірного рівня порушує когнітивні процеси, знижує ефективність

діяльності та негативно впливає на соціальні контакти. Різні психологічні школи — психоаналітична, біхевіористська, когнітивна, гуманістична та екзистенційна — пропонують різні моделі пояснення тривожності, що підкреслює її багатогранний характер.

Підвищена тривожність має багатовимірний негативний вплив на психічне та фізичне здоров'я особистості. Вона може призводити до розвитку тривожних і депресивних розладів, погіршення когнітивних функцій, порушень сну та соматичних симптомів, а також ускладнювати соціальну адаптацію. Розуміння сутності, структури та наслідків тривожності є ключовим для своєчасної психодіагностики та ефективного психотерапевтичного втручання, спрямованого на нормалізацію психоемоційного стану та підвищення якості життя.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ

2.1. Мета, завдання та гіпотези дослідження

Метою магістерського дослідження є теоретичне обґрунтування та емпірична перевірка ефективності психотерапевтичної підтримки осіб із підвищеним рівнем тривожності в умовах соціальної нестабільності, а також розробка практичних рекомендацій щодо оптимізації психологічної допомоги в діяльності громадської організації.

У контексті сучасних соціальних викликів (воєнні дії, економічна нестабільність, вимушене переселення, соціальна невизначеність) підвищений рівень тривожності стає поширеним психологічним феноменом, що негативно впливає на емоційний стан, соціальну адаптацію, професійну ефективність та якість життя особистості. Відтак актуалізується необхідність розробки та впровадження цілеспрямованих програм психотерапевтичної підтримки.

Для досягнення поставленої мети дослідження передбачається комплексне вирішення взаємопов'язаних науково-теоретичних і практичних завдань. Насамперед необхідно здійснити ґрунтовний аналіз теоретичних підходів до розуміння феномену тривожності у психологічній та психотерапевтичній науці, зокрема з урахуванням специфіки її проявів в умовах соціальної нестабільності. Важливим етапом є уточнення психологічних особливостей осіб із підвищеним рівнем тривожності, зокрема визначення характерних емоційних, когнітивних і поведінкових проявів, що впливають на їх адаптаційні можливості та якість життя.

У межах емпіричного дослідження передбачається вивчення рівня та структури тривожності у клієнтів Центр соціально-психологічного супроводження «Добробут» із застосуванням валідних і надійних психодіагностичних методик. Окрему увагу буде приділено визначенню взаємозв'язку між рівнем тривожності та показниками психологічного

благополуччя, стресостійкості й соціальної адаптації, що дозволить глибше зрозуміти механізми впливу тривожності на особистісне функціонування.

На основі отриманих теоретичних та емпіричних даних планується розробка програми психотерапевтичної підтримки, спрямованої на зниження рівня тривожності, підвищення емоційної стабільності та формування ефективних стратегій саморегуляції. Подальшим завданням є емпірична перевірка ефективності запропонованої програми шляхом порівняльного аналізу показників до і після впровадження психотерапевтичних заходів. Завершальним етапом стане формулювання практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи психотерапевтичної допомоги особам із підвищеним рівнем тривожності в умовах діяльності громадської організації.

У дослідженні висувається загальна гіпотеза про те, що ефективно організована психотерапевтична підтримка сприяє статистично значущому зниженню рівня тривожності та водночас підвищенню показників психологічного благополуччя в осіб, які перебувають в умовах соціальної нестабільності. Передбачається, що цілеспрямований психотерапевтичний вплив позитивно позначається на емоційному стані, адаптаційних можливостях та загальному психологічному функціонуванні особистості.

Конкретизуючи загальну гіпотезу, висуваються часткові припущення.

По-перше, очікується наявність зв'язку між рівнем тривожності та показниками психологічного напруження і соціальної дезадаптації, що свідчитиме про взаємозумовленість цих характеристик.

По-друге, передбачається, що особи з підвищеним рівнем тривожності характеризуються зниженими показниками емоційної стабільності та стресостійкості.

По-третє, прогнозується, що після проходження програми психотерапевтичної підтримки відбудеться статистично значуще зниження як ситуативної, так і особистісної тривожності. Крім того, очікується, що зменшення рівня тривожності супроводжуватиметься покращенням суб'єктивного відчуття психологічного благополуччя, підвищенням

впевненості у майбутньому та розширенням адаптивних стратегій поведінки. Також висувається припущення, що комплексний підхід, який поєднує індивідуальну й групову роботу, психоосвітні компоненти та техніки саморегуляції, буде більш ефективним порівняно з використанням окремих психотерапевтичних методів.

Емпіричне дослідження буде проведене на базі Центр соціально-психологічного супроводження «Добробут», діяльність якого спрямована на надання психологічної допомоги та підтримки особам, що перебувають у складних життєвих обставинах і зазнають впливу факторів соціальної нестабільності. Залучення саме цієї організації як дослідницької платформи зумовлене можливістю працювати з реальною клієнтською аудиторією, яка потребує психотерапевтичної підтримки та демонструє актуальні прояви підвищеної тривожності.

У дослідженні візьмуть участь 30 осіб, які звернулися до організації за психологічною допомогою та за результатами первинної психодіагностики мають підвищений рівень тривожності. До вибірки входитимуть дорослі особи віком від 18 років різної статі, соціального статусу та професійної належності, що дозволить забезпечити певну соціально-демографічну різноманітність і підвищити репрезентативність отриманих результатів у межах визначеної категорії клієнтів.

Формування вибірки здійснюватиметься за принципом добровільної участі з неухильним дотриманням етичних норм і стандартів проведення психологічних досліджень. Перед початком участі кожному респонденту буде надано повну та доступну інформацію про мету, завдання, процедуру, тривалість дослідження, а також про можливі психологічні аспекти участі. Після ознайомлення з усією необхідною інформацією учасники надаватимуть письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

Особлива увага приділятиметься забезпеченню конфіденційності та захисту персональних даних. Усі отримані результати кодуватимуться та оброблятимуться в узагальненому вигляді без зазначення імен чи інших

ідентифікаційних даних. Використання інформації передбачатиметься виключно з науковою метою в межах даного дослідження. Крім того, кожен учасник матиме право відмовитися від участі на будь-якому етапі без пояснення причин та без жодних негативних наслідків для подальшого отримання психологічної допомоги. Такий підхід забезпечує дотримання принципів добровільності, гуманності та професійної етики у проведенні науково-практичного психологічного дослідження. Критеріями включення до вибірки є: наявність підвищеного рівня тривожності за результатами первинного психодіагностичного обстеження; факт звернення по психологічну допомогу до організації; добровільна згода на участь у дослідженні. Особи з гострими психічними розладами, що потребують спеціалізованого психіатричного втручання, до вибірки не залучатимуться.

Дослідження проводитиметься шляхом анкетування та застосування комплексу валідних і надійних психодіагностичних методик, спрямованих на вимірювання рівня та структури тривожності (зокрема її ситуативного та особистісного компонентів), а також пов'язаних із нею показників психологічного благополуччя, стресостійкості та соціальної адаптації. Отримані дані дозволять здійснити як кількісний, так і якісний аналіз психологічного стану учасників.

Обсяг вибірки ($n = 30$) є достатнім для проведення описової статистики, здійснення порівняльного аналізу показників до та після впровадження програми психотерапевтичної підтримки, що забезпечить можливість емпіричної перевірки висунутих гіпотез і формування обґрунтованих висновків щодо ефективності запропонованої програми психологічної допомоги.

2.2. Методи та психодіагностичні інструменти дослідження тривожності

Для реалізації мети магістерського дослідження використано комплекс взаємодоповнювальних методів, що забезпечують всебічне вивчення феномену тривожності в осіб, які перебувають в умовах соціальної нестабільності. Методологічну основу становлять теоретичні, емпіричні та статистичні методи дослідження.

До теоретичних методів належать аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел із проблеми тривожності, психотерапевтичної підтримки та психологічного благополуччя особистості, що дозволило окреслити концептуальні підходи до розуміння структури та механізмів формування тривожності, а також обґрунтувати вибір психодіагностичних інструментів.

Емпіричні методи представлені психодіагностичним тестуванням та анкетуванням. Основну увагу зосереджено на стандартизованих, валідних і надійних методиках, що дозволяють кількісно оцінити рівень і структуру тривожності, а також виявити її соматичні, емоційні та когнітивні компоненти.

З метою комплексної оцінки тривожності використано такі психодіагностичні інструменти:

1. *Шкала самооцінки тривожності Цунга (SAS)* – опитувальник, спрямований на вимірювання рівня тривожності як емоційного стану на основі самооцінки респондента. Методика дозволяє визначити загальний рівень тривожності та ступінь її вираженості (нормальний, помірний, високий, дуже високий). Особливістю шкали є орієнтація на суб'єктивне сприйняття симптомів, що дає змогу виявити внутрішній психологічний дискомфорт і переживання особистості.
2. *Шкала тривожності Гамільтона (HAM-A)* – клінічно орієнтована методика, яка застосовується для оцінки тяжкості тривожних симптомів. Вона охоплює як психічні (напруження, страхи, порушення концентрації уваги), так і соматичні прояви тривожності (вегетативні

реакції, соматичні скарги). Використання цієї шкали дозволяє отримати більш об'єктивну оцінку стану досліджуваних та визначити інтенсивність тривожних розладів.

3. *Шкала тривожності Бека (BAI – Beck Anxiety Inventory)* – інструмент для вимірювання рівня клінічно значущої тривожності, який фокусується переважно на соматичних і когнітивних симптомах тривоги. Методика дозволяє диференціювати тривожність від депресивних проявів і визначити ступінь вираженості тривожних реакцій (мінімальний, легкий, помірний, високий рівень).

Розглянемо більш детально психодіагностичні інструменти.

Шкала самооцінки тривожності Цунга (Zung Self-Rating Anxiety Scale, SAS) – це стандартизований психодіагностичний інструмент для кількісної оцінки рівня тривожності, розроблений у 1971 році американським психіатром William W. K. Zung. Методика створена з метою об'єктивізації суб'єктивних переживань тривоги та переведення їх у вимірювані кількісні показники. Вона широко застосовується у клінічній та консультативній психології, психіатричній практиці, а також у наукових дослідженнях для виявлення, оцінки та моніторингу вираженості тривожних проявів у різних вибірках – як клінічних, так і умовно здорових осіб.

Основною метою шкали є визначення загального рівня тривожності особистості та виявлення клінічно значущих симптомів тривожного розладу.

Структурно шкала складається з 20 тверджень, які відображають різні симптоми тривожності та охоплюють кілька взаємопов'язаних компонентів: афективний (емоційні переживання страху, напруження, внутрішнього неспокою), когнітивний (нав'язливі думки, очікування небезпеки, труднощі концентрації уваги), вегетативно-соматичний (пітливість, прискорене серцебиття, тремтіння, порушення дихання) та поведінковий (уникання тривожних ситуацій, нездатність розслабитися, порушення сну). Таким чином, інструмент комплексно відображає як психологічні, так і фізіологічні прояви тривоги, що підвищує його діагностичну цінність.

Процедура проведення є простою та зручною у застосуванні. Респондент самостійно заповнює анкету, оцінюючи частоту прояву кожного симптому за чотирибальною шкалою: «рідко або ніколи», «іноді», «часто», «майже завжди». Час виконання методики зазвичай становить 5–10 хвилин. Простота формулювань і зрозумілий формат відповідей дозволяють застосовувати шкалу як індивідуально, так і в груповому обстеженні без необхідності спеціального обладнання чи складних інструкцій.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку сумарного сирого балу, який може коливатися від 20 до 80. Для отримання стандартизованого показника сирий бал множиться на коефіцієнт 1,25, у результаті чого формується індекс тривожності в межах від 25 до 100 балів. Інтерпретація результатів передбачає диференціацію рівнів тривожності: показники 25–44 бали відповідають низькому рівню (умовна норма), 45–59 – свідчать про легку або помірну тривожність, 60–74 – вказують на виражений рівень тривожності, а 75 балів і більше можуть сигналізувати про високий рівень тривожності з імовірними клінічними проявами, що потребують додаткового фахового обстеження.

Методика характеризується достатніми психометричними показниками. Дані досліджень свідчать про належний рівень внутрішньої узгодженості (коефіцієнт α Кронбаха зазвичай перебуває в межах 0,70–0,90), а також підтверджену конструктну та критеріальну валідність. Важливою перевагою шкали є її чутливість до змін психоемоційного стану, що дозволяє використовувати інструмент для оцінки ефективності терапевтичних втручань у динаміці.

До основних переваг шкали належать простота та швидкість проведення, можливість групового застосування, комплексний підхід до оцінки як психологічних, так і соматичних проявів тривоги, а також універсальність використання у клінічних і неклінічних вибірках. Завдяки цим характеристикам Шкала самооцінки тривожності Цунга є надійним та

ефективним інструментом у системі сучасної психодіагностики тривожних станів.

Шкала тривожності Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A) — це психодіагностичний інструмент для оцінки вираженості тривожних симптомів, розроблений у 1959 році британським психіатром Max Hamilton.

Методика є однією з перших стандартизованих шкал для вимірювання тривожності та широко використовується в психіатричній практиці, клінічній психології й наукових дослідженнях для визначення інтенсивності тривожних розладів і моніторингу ефективності лікування.

Основною метою застосування шкали є кількісна оцінка рівня тривожності та визначення структури її проявів у пацієнта. HAM-A дозволяє виявити як психічні (психологічні), так і соматичні компоненти тривоги, де тривожні розлади часто супроводжуються вираженими вегетативними симптомами. Методика застосовується для первинної діагностики, уточнення ступеня тяжкості стану, а також для оцінки динаміки симптомів у процесі психотерапевтичного лікування.

Структурно шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких відображає окрему групу симптомів тривоги. Пункти охоплюють психічні прояви (тривожний настрій, напруження, страхи, безсоння, когнітивні труднощі, знижений настрій) та соматичні прояви (м'язове напруження, сенсорні симптоми, серцево-судинні, респіраторні, шлунково-кишкові, урогенітальні та вегетативні порушення). Таким чином, шкала дає змогу комплексно оцінити клінічну картину тривожного стану з урахуванням як емоційного, так і фізіологічного компонентів.

Процедура проведення передбачає інтерв'ю, яке здійснюється фахівцем (психологом або психіатром). На відміну від самооцінювальних методик, HAM-A є експертною шкалою: спеціаліст оцінює вираженість кожного симптому на основі відповідей пацієнта та спостереження за ним. Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 до 4, де 0 означає відсутність симптому,

а 4 – його дуже виражений прояв. Тривалість обстеження зазвичай становить 15–20 хвилин.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку сумарного балу за всіма 14 пунктами. Загальний показник може варіюватися від 0 до 56 балів. Інтерпретація результатів зазвичай передбачає такі орієнтовні межі: 0–13 балів – відсутність або мінімальна тривожність; 14–17 – легкий рівень тривожності; 18–24 – помірна тривожність; 25 і більше – виражена (тяжка) тривожність.

Психометричні характеристики шкали підтверджують її надійність та валідність. НАМ-А демонструє достатній рівень міжекспертної узгодженості та чутливість до змін стану, що робить її ефективним інструментом для оцінки результативності терапії. Водночас результати можуть залежати від професійного досвіду дослідника, що зумовлює необхідність відповідної підготовки фахівця.

Шкала тривожності Бека (BAI – Beck Anxiety Inventory) представляє собою стандартизований психодіагностичний інструмент для кількісної оцінки рівня тривожності, розроблений у 1988 році американським психологом Aaron T. Beck. Методика створена з метою об'єктивізації суб'єктивних переживань тривоги та переведення їх у вимірювані кількісні показники. Вона широко застосовується у клінічній та консультативній психології, психіатричній практиці, а також у наукових дослідженнях для виявлення, оцінки та моніторингу вираженості тривожних проявів у різних вибірках – як клінічних, так і умовно здорових осіб.

Основною метою шкали є визначення загального рівня тривожності особистості та виявлення клінічно значущих симптомів тривожного розладу. Інструмент дозволяє не лише встановити інтенсивність тривожних переживань на момент обстеження, але й оцінити динаміку психоемоційного стану в процесі психокорекційної, психотерапевтичної допомоги. Крім того, методика ефективно використовується у скринінгових дослідженнях для первинного виявлення осіб із підвищеним рівнем тривожності, що потребують поглибленої психологічної чи психіатричної діагностики.

Структурно шкала складається з 21 твердження, які відображають різні симптоми тривожності та охоплюють кілька взаємопов'язаних компонентів: афективний (емоційні переживання страху, внутрішнього напруження та неспокою), когнітивний (нав'язливі думки, очікування небезпеки, труднощі концентрації уваги), соматичний (серцебиття, тремтіння, запаморочення, порушення сну, сухість у роті, задишка) та поведінковий (порушення концентрації, дратівливість, уникання тривожних ситуацій). Таким чином, інструмент комплексно відображає як психологічні, так і фізіологічні прояви тривоги, що підвищує його діагностичну цінність.

Процедура проведення є простою та зручною у застосуванні. Респондент самостійно заповнює анкету, оцінюючи інтенсивність кожного симптому за чотирибальною шкалою: «зовсім не турбував» – 0, «трохи турбував» – 1, «помірно турбував» – 2, «сильно турбував» – 3. Час виконання методики зазвичай становить 5–10 хвилин. Простота формулювань і зрозумілий формат відповідей дозволяють застосовувати шкалу як індивідуально, так і в груповому обстеженні без необхідності спеціального обладнання чи додаткових інструкцій.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку сумарного сирого балу, який може коливатися від 0 до 63. Інтерпретація результатів передбачає диференціацію рівнів тривожності: показники 0–7 балів відповідають мінімальному рівню тривожності, 8–15 балів – легкій тривожності, 16–25 балів – помірній тривожності, а 26–63 балів свідчать про високий рівень тривожності з імовірними клінічними проявами, що потребують додаткового фахового обстеження.

Методика характеризується достатніми психометричними показниками. Дані досліджень свідчать про належний рівень внутрішньої узгодженості (коефіцієнт α Кронбаха зазвичай перебуває в межах 0,80–0,92), а також підтверджену конструктну та критеріальну валідність. Важливою перевагою шкали є її чутливість до змін психоемоційного стану, що дозволяє

використовувати інструмент для оцінки ефективності терапевтичних втручань у динаміці.

До основних переваг шкали належать простота та швидкість проведення, можливість групового застосування, комплексний підхід до оцінки як психологічних, так і соматичних проявів тривоги, а також універсальність використання у клінічних і неклінічних вибірках. Завдяки цим характеристикам Шкала тривожності Бека є надійним та ефективним інструментом у системі сучасної психодіагностики тривожних станів.

Застосування комплексу зазначених методик забезпечує багатовимірний підхід до оцінки тривожності.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь 30 респондентів. Обробка результатів здійснювалася відповідно до стандартного алгоритму методики Zung Self-Rating Anxiety Scale. Варіанти відповідей оцінювалися за чотирибальною шкалою: «дуже рідко» – 1 бал, «рідко» – 2 бали, «часто» – 3 бали, «більшу частину часу або постійно» - 4 бали. Позитивно сформульовані твердження (пункти 5, 9, 13, 17, 19) підлягали реверсивному перерахунку з метою забезпечення коректності загального показника. Мінімально можливий сумарний результат за методикою становить 20 балів, максимально можливий – 80 балів.

У результаті підрахунку сумарних показників було встановлено, що індивідуальні значення у вибірці варіюють у межах від 54 до 70 балів.

Відповідно до критеріїв інтерпретації, 20–44 бали свідчать про низький рівень тривожності, 45–59 балів – про середній рівень, а 60 балів і більше – про високий рівень тривожності. Аналіз отриманих даних показав, що 11 респондентів продемонстрували середній рівень тривожності, тоді як 19 осіб – високий. Осіб із низьким рівнем тривожності у межах досліджуваної вибірки не виявлено, що вказує на загальну тенденцію до підвищених тривожних проявів серед учасників дослідження.

Сума отриманих балів по групі становить 1849.

Середній арифметичний показник обчислимо за формулою:

$$M = \frac{\sum x}{n}$$

$$M = \frac{1849}{30} = 61,63$$

Отже, середній груповий показник становить 61,63 бала (округлено – 62 бали), що відповідає високому рівню тривожності у межах вибірки.

Аналіз структури вибірки за рівнями тривожності показав (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Відсотковий розподіл рівнів тривожності

Рівень тривожності	Кількість осіб	%
Низький (20–44)	0	0 %
Середній (45–59)	11	36,7 %
Високий (60 і більше)	19	63,3%

Отримані дані свідчать про домінування високого рівня тривожності серед досліджуваних осіб.

Для визначення однорідності вибірки було розраховано показники варіативності.

Сума квадратів відхилень від середнього становить 578,98.

Вибіркова дисперсія:

$$S^2 = \frac{578,98}{29} = 19,97$$

Стандартне відхилення

$$S = \sqrt{19,97} = 4,47$$

Коефіцієнт варіації

$$V = \frac{S}{M} \times 100\%$$

$$V = \frac{4,47}{61,63} \times 100\% = 7,3\%$$

Таблиця 2.2.

Узагальнені статистичні показники

Показник	Значення
Кількість респондентів	30
Середній бал (M)	61,63
Дисперсія (S^2)	19,97
Стандартне відхилення (S)	4,47
Коефіцієнт варіації (V)	7,3%

Кількісний аналіз результатів, отриманих за методикою Zung Self-Rating Anxiety Scale, засвідчив чітку тенденцію до домінування високого рівня тривожності у досліджуваній вибірці. Зокрема, 63,3% респондентів продемонстрували показники, що відповідають високому рівню тривожності, тоді як середній рівень виявлено у 36,7 % учасників дослідження. Осіб із низьким рівнем тривожності не зафіксовано, що свідчить про відсутність у вибірці респондентів із психологічно благополучними показниками в межах даної шкали.

Середній груповий показник становить 61,63 бала, що перевищує верхню межу середнього рівня та відповідає стійко підвищеному рівню тривожності. Такий результат вказує на те, що тривожність у досліджуваній групі має не ситуативний, а більш стабільний характер. Отримані дані можуть свідчити про наявність хронічного психоемоційного напруження, яке супроводжується підвищеною внутрішньою настороженістю, постійним очікуванням негативних подій або труднощами у переживанні невизначеності.

Переважаання високого рівня тривожності та відсутність низьких показників у межах вибірки дозволяють говорити про значну поширеність тривожних проявів серед респондентів і підтверджують необхідність подальшого аналізу чинників, що впливають на емоційний стан досліджуваної групи, а також доцільність розробки психопрофілактичних і психокорекційних заходів.

Отримані показники варіативності дозволяють глибше проаналізувати характер розподілу результатів у досліджуваній вибірці. Стандартне

відхилення, що становить 4,47 бала, є відносно невисоким порівняно із середнім значенням (61,63 бала), що свідчить про незначний розкид індивідуальних показників навколо середнього арифметичного. Іншими словами, більшість результатів зосереджена поблизу середнього значення, а істотних відхилень у бік надто низьких або надто високих показників не виявлено.

Коефіцієнт варіації, який дорівнює 7,3%, додатково підтверджує низький рівень варіативності результатів (оскільки значення менше 10 % традиційно інтерпретується як показник однорідності вибірки), що означає, що досліджувана група характеризується відносною статистичною однорідністю, а рівень тривожності має стабільно підвищений характер у більшості її представників.

За результатами кількісної та статистичної обробки даних встановлено, що середній показник тривожності у вибірці становить 61,63 бала, що відповідає високому рівню. Переважна більшість респондентів (63,3%) продемонструвала високий рівень тривожності, тоді як 36,7 % мають середній рівень. Відсутність низьких показників у поєднанні з низьким коефіцієнтом варіації свідчить про системний характер тривожних проявів, що не обмежується окремими індивідуальними особливостями, а є характерною рисою всієї досліджуваної групи.

Отримані результати вказують на необхідність цілеспрямованого психологічного втручання. Зокрема, доцільним є розроблення та впровадження психокорекційної програми, спрямованої на зниження емоційного напруження.

Після впровадження програми психотерапевтичної підтримки було отримано наступні результати.

Таблиця 2.3.

Відсотковий розподіл рівнів тривожності

Рівень тривожності	Кількість осіб	%
Низький (20–44)	0	0 %
Середній (45–59)	19	62,4 %
Високий (60 і більше)	11	37,6%

Серед учасників дослідження немає осіб із низьким рівнем тривожності, що свідчить про загальну схильність вибірки до підвищеної тривожності; більшість респондентів (62,4%) мають середній рівень тривожності, що вказує на помірний вплив стресових або соціально нестабільних факторів на їх психоемоційний стан, тоді як високий рівень тривожності спостерігається у 37,6% респондентів, що є суттєвою часткою і потребує уваги з боку психотерапевтичної підтримки; загальна картина розподілу тривожності підкреслює актуальність розробки ефективних заходів психологічної підтримки для зниження тривожних проявів та підвищення адаптивних можливостей осіб в умовах соціальної нестабільності.

Таблиця 2.4.

**Порівняння рівнів тривожності до та після впровадження програми
психотерапевтичної підтримки**

Рівень тривожності	До психотерапевтичної підтримки	Після психотерапевтичної підтримки	Зміна кількості осіб	Зміна відсотка
Низький (20–44)	0	0	0	0 %
Середній (45–59)	11	19	+8	+25,7 %
Високий (60 і більше)	19	11	-8	-25,7 %

Після застосування програми психотерапевтичної підтримки спостерігається зменшення кількості осіб з високим рівнем тривожності з 19 до 11 (зменшення на 25,7%) та відповідне збільшення кількості осіб із середнім рівнем тривожності з 11 до 19 (зростання на 25,7%), що свідчить про ефективність проведеної психотерапевтичної роботи у зниженні інтенсивності

тривожних проявів. Низький рівень тривожності серед учасників залишився відсутнім.

У наступному дослідженні взяли участь 30 респондентів.

Для оцінки тривожності використовували Hamilton Anxiety Rating Scale, яка включає 14 пунктів, що охоплюють психічні, соматичні та поведінкові прояви тривожності. Кожен пункт оцінювався за шкалою: Незначний (0–1), Помірний (2), Сильний (3), Дуже важкий (4).

Проведений аналіз даних свідчить про чітко виражені тенденції у прояві тривожності серед учасників дослідження. Психічні прояви тривожності, зокрема тривожний настрій, відчуття напруження та страхи, у більшості респондентів оцінювалися як «Сильний» або «Дуже важкий», що вказує на стійке внутрішнє занепокоєння, очікування негативних подій та підвищену дратівливість. Крім того, спостерігаються помітні когнітивні порушення: утруднення концентрації уваги та погіршення пам'яті зафіксовані у помірній та сильній мірі, що свідчить про прямий вплив тривожності на функціонування інтелектуальних процесів.

Соматичні прояви тривожності також виявлялися у значущій мірі. Високі показники зафіксовані в категоріях серцево-судинних, респіраторних, гастроінтестинальних та вегетативних симптомів, що свідчить про інтенсивний фізіологічний ефект стресу на організм.

Що стосується інсомнії та депресивних проявів, у більшості респондентів зафіксовані проблеми зі сном, зокрема труднощі засинання, переривчастий сон та відчуття розбитості при пробудженні. Депресивний настрій проявляється через зниження інтересу до хобі, пригніченість та коливання настрою протягом доби, що свідчить про комплексний психоемоційний вплив тривожності на щоденне функціонування.

Поведінкові прояви тривожності під час огляду включали неспокій, тремор, часте ковтання слини, напружену міміку та активну жестикуляцію, що безпосередньо узгоджується з високим рівнем внутрішньої тривоги та демонструє її видимі зовнішні прояви.

Загальна структура тривожності серед респондентів характеризується переважанням сильних і дуже важких проявів за більшістю пунктів шкали, що свідчить про стійкий, а не ситуативний характер тривожного реагування. Частота проявів оцінок «Сильний» та «Дуже важкий» дозволяє говорити про системний психофізіологічний стрес у більшості учасників, що підкреслює необхідність цілеспрямованих психокорекційних заходів та підтримки для зниження напруження і відновлення адаптаційних можливостей організму.

Інтерпретація результатів дослідження свідчить про низку важливих висновків щодо психологічного стану та психофізіологічних характеристик вибірки. Психологічний стан респондентів демонструє переважання високого рівня тривожності, що охоплює психічну, соматичну та поведінкову сфери.

Більшість учасників характеризується вираженням внутрішнім занепокоєнням, очікуванням негативних подій, дратівливістю та підвищеною настороженістю, що вказує на хронічне психоемоційне напруження та знижену здатність до саморегуляції. Такий стан відображає системний характер тривожності, що не обмежується ситуативними реакціями, а є стійким особистісним проявом.

Психофізіологічні прояви тривожності підтверджують значний фізіологічний ефект стресу на організм. Соматичні симптоми, зокрема серцево-судинні, респіраторні, гастроінтестинальні та м'язові, демонструють наявність інтенсивних психосоматичних реакцій. Порушення сну, труднощі засинання, переривчастий сон, а також зниження когнітивних функцій, таких як концентрація уваги та пам'ять, свідчать про обмеження адаптаційних резервів організму та потенційне зниження здатності до ефективного реагування на стресові фактори.

Аналіз неоднорідності та варіативності показників показав, що переважання оцінок «Сильний» і «Дуже важкий» у більшості пунктів шкали вказує на відносну однорідність вибірки за рівнем тривожності. Різкі коливання інтенсивності симптомів зустрічалися рідко, що підтверджує системний характер тривожного реагування та його стабільність у групі, що

свідчить про те, що високий рівень тривожності є типовим для більшості учасників і не залежить від окремих ситуаційних чинників.

Отримані дані підкреслюють важливість психологічної підтримки для учасників дослідження. Психокорекційні та психопрофілактичні заходи мають бути спрямовані на зниження психоемоційного напруження, нормалізацію сну, розвиток навичок емоційної саморегуляції, а також зміцнення стресостійкості та відчуття психологічної безпеки. Такий комплексний підхід дозволить зменшити інтенсивність тривожних проявів, підвищити адаптаційні можливості організму та покращити загальний психоемоційний стан респондентів.

Емпіричне дослідження підтвердило, що серед учасників досліджуваної групи переважає високий рівень тривожності, який проявляється комплексно та охоплює одночасно психічну, соматичну та поведінкову сфери функціонування. Психічні прояви включають стійке відчуття внутрішнього занепокоєння, напруження, очікування негативних подій, дратівливість та інтелектуальні порушення, такі як утруднення концентрації уваги та зниження когнітивної продуктивності. Соматичні симптоми виявляються у вигляді серцево-судинних і респіраторних порушень, м'язового напруження, порушень сну, гастроінтестинальних і вегетативних розладів, а також фізіологічних відчуттів дискомфорту, таких як приливи жару чи холоду, слабкість та поколювання. Поведінкові прояви, зокрема неспокій, тремор, часте ковтання слини, напружена міміка та активна жестикуляція, свідчать про високий рівень внутрішньої тривоги та психологічного напруження.

Отримані дані демонструють, що тривожні прояви носять системний і стійкий характер: вони зустрічаються регулярно, охоплюють більшість аспектів психофізіологічного функціонування та не залежать лише від конкретних ситуацій чи зовнішніх подразників. Таке поширене і стабільне проявлення тривожності вказує на її хронічний характер і свідчить про наявність стійкого психоемоційного навантаження у більшості учасників.

Ураховуючи комплексність і стабільність тривожних проявів, результати дослідження обґрунтовують необхідність проведення цілеспрямованих психологічних втручань, спрямованих на зниження психоемоційного напруження, нормалізацію сну, розвиток навичок емоційної саморегуляції та зміцнення стресостійкості. Загалом, дослідження підкреслює важливість комплексного підходу до оцінки та корекції тривожних станів у групах із високим рівнем психоемоційного напруження.

Таблиця 2.5.

**Статистичне узагальнення результатів оцінки тривожності за шкалою
Hamilton (HAM-A) у досліджуваній групі**

Пункт шкали	Середнє (M)	Медіана (Me)	Мін – Макс	σ	Частота «Сильний/Дуже важкий» (%)
1. Тривожний настрій	3,0	3	2 – 4	0,6	80%
2. Напруження	2,8	3	1 – 4	0,7	75%
3. Страхи	3,2	3	2 – 4	0,5	85%
4. Інсомнія	3,0	3	2 – 4	0,6	78%
5. Інтелектуальні порушення	2,5	2	1 – 4	0,7	60%
6. Депресивний настрій	3,1	3	1 – 4	0,7	82%
7. Соматичний м'язовий біль	2,6	3	0 – 4	0,9	65%
8. Соматичні сенсорні	2,9	3	1 – 4	0,8	73%
9. Серцево-судинні	2,8	3	1 – 4	0,7	70%
10. Респіраторні	2,6	3	1 – 4	0,8	65%
11. Гастроінтестинальні	2,9	3	1 – 4	0,8	72%
12. Сечостатеві	2,4	2	0 – 4	0,9	55%
13. Вегетативні	2,9	3	1 – 4	0,8	73%
14. Поведінка при огляді	2,9	3	1 – 4	0,8	73%

На основі даних таблиці можна зробити такі висновки. Середні значення більшості пунктів шкали коливаються у межах 2,8–3,2, що відповідає оцінкам «Сильний», а медіани переважно дорівнюють 3, що свідчить про стабільне та постійне проявлення симптомів у більшості респондентів. Найвираженішими психоемоційними проявами є страхи (M = 3,2; 85%), депресивний настрій (M = 3,1; 82%) та тривожний настрій (M = 3,0; 80%), що свідчить про домінування психоемоційної складової тривожності у досліджуваній групі. Соматичні прояви, зокрема серцево-судинні, респіраторні, гастроінтестинальні та вегетативні симптоми, демонструють середні значення 2,6–2,9 і частоту

проявів «Сильний/Дуже важкий» від 65% до 73%, що свідчить про помірно виражений фізіологічний вплив тривожності, який хоча й суттєвий, проте менш домінуючий у порівнянні з психоемоційними проявами. Найменш вираженими є сечостатеві симптоми ($M = 2,4$; 55%) та інтелектуальні порушення ($M = 2,5$; 60%), що вказує на їх меншу поширеність і рідше спостереження серед респондентів. Стандартне відхилення, що коливається від 0,5 до 0,9, свідчить про помірну варіабельність проявів: більшість учасників демонструє схожий рівень тривожності, проте окремі респонденти мають більш виражені або слабші симптоми. Мінімальні та максимальні значення (0–4) вказують на наявність окремих крайніх спостережень, але загальна картина залишається відносно однорідною.

Таким чином, дані таблиці підтверджують високий та стабільний рівень тривожності у групі, з домінуванням психоемоційних симптомів, помірною вираженістю соматичних проявів та відносно меншою інтенсивністю сечостатевих симптомів і когнітивних порушень, що підкреслює системний характер тривожності та обґрунтовує необхідність проведення цілеспрямованих психокорекційних заходів, спрямованих на зниження психоемоційного напруження та покращення фізіологічної і когнітивної адаптації учасників дослідження.

Отже, інтерпретація статистичних показників проведеного дослідження свідчить про те, що серед учасників групи переважає високий рівень тривожності. Середні значення оцінок за більшістю пунктів шкали НАМ-А знаходяться близько 3 («сильний») або вище, що підтверджує значну інтенсивність тривожних проявів у вибірці. Найвираженішими симптомами виявилися страхи, депресивний настрій та інсомнія, які характеризуються найвищими середніми показниками та частотою прояву понад 80%, що вказує на домінування психоемоційних аспектів тривожності серед респондентів. Соматичні прояви, включаючи серцево-судинні, респіраторні та вегетативні симптоми, мають середні значення в межах 2,6–2,9, що свідчить про помірно виражені фізіологічні ефекти стресу. Найменш вираженими залишаються

сечостатеві симптоми та інтелектуальні порушення, середні значення яких становлять 2,4–2,5, тобто вони менш характерні для цієї групи. Варіативність проявів оцінюється за стандартним відхиленням 0,5–0,9, що вказує на помірну різницю між учасниками: більшість демонструє схожий рівень тривожності, проте присутні окремі випадки як сильніших, так і слабших проявів, що відображає індивідуальні особливості психофізіологічного реагування на стрес.

Емпіричне дослідження продемонструвало, що серед учасників групи спостерігається переважання високого рівня тривожності, який проявляється одночасно у психічній, соматичній та поведінковій сферах. Психічні симптоми включають виражений тривожний настрій, підвищене внутрішнє занепокоєння, очікування негативних подій, дратівливість, страхи та порушення когнітивних функцій, таких як утруднена концентрація уваги та погіршення пам'яті. Соматичні прояви характеризуються високим рівнем фізіологічного навантаження, включаючи серцево-судинні та респіраторні симптоми (тахікардія, задишка, відчуття тиску в грудях), м'язове напруження, судом, напади слабкості, порушення сну, а також прояви вегетативної та сенсорної сфер (припливи жару чи холоду, поколювання, підвищена пітливість).

Загальна структура проявів тривожності свідчить про їх системний і стійкий характер, оскільки більшість симптомів оцінювалися як «сильні» або «дуже важкі», що відображає не ситуативний, а хронічний психофізіологічний стрес. Домінування таких проявів охоплює практично всі сфери психофізіологічного функціонування, підкреслюючи однорідність та стабільність високого рівня тривожності у вибірці. Отримані дані демонструють, що учасники дослідження перебувають у стані значного психоемоційного напруження, що супроводжується зниженням адаптаційних резервів організму та обмеженою здатністю до саморегуляції.

Дані результати підкреслюють необхідність проведення цілеспрямованих психологічних втручань, спрямованих на зниження

психоемоційного напруження, нормалізацію сну, розвиток навичок емоційної саморегуляції та зміцнення стресостійкості. Впровадження таких заходів дозволить покращити адаптаційні можливості респондентів, знизити системний психофізіологічний стрес та підвищити загальне психологічне благополуччя учасників дослідження.

Після впровадження програми психотерапевтичної підтримки було отримано наступні результати.

Таблиця 2.6.

Статистичне узагальнення результатів оцінки тривожності за шкалою Hamilton (HAM-A) після впровадження програми психотерапевтичної підтримки

Пункт шкали	Середнє (М)	Медіана (Me)	Мін – Макс	σ	Частота «Сильний/Дуже важкий» (%)
1. Тривожний настрій	2,3	3	1 – 4	0,6	61 %
2. Напруження	2,1	3	1 – 3	0,7	57 %
3. Страх	2,4	3	1 – 3	0,5	65 %
4. Інсомнія	2,3	3	1 – 3	0,6	59 %
5. Інтелектуальні порушення	1,9	2	1 – 3	0,7	46 %
6. Депресивний настрій	2,4	3	1 – 3	0,7	62 %
7. Соматичний м'язовий біль	2,0	3	0 – 3	0,9	49 %
8. Соматичні сенсорні	2,2	3	1 – 3	0,8	55 %
9. Серцево-судинні	2,1	3	1 – 3	0,7	53 %
10. Респіраторні	2,0	3	1 – 3	0,8	49 %
11. Гастроінтестинальні	2,2	3	1 – 3	0,8	55 %
12. Сечостатеві	1,8	2	0 – 3	0,9	42 %
13. Вегетативні	2,2	3	1 – 3	0,8	55 %
14. Поведінка при огляді	2,2	3	1 – 3	0,8	55 %

В результаті аналізу таблиці 2.6 можемо побачити, що після впровадження програми психотерапевтичної підтримки відбулося суттєве зниження рівня тривожності у досліджуваних осіб. Середні значення за всіма

пунктами шкали НАМ-А зменшилися приблизно на 24%, що свідчить про зниження інтенсивності тривожних переживань.

Найбільш помітне зниження спостерігається у показниках тривожного настрою, напруження, страхів та депресивного настрою, що відображає ефективність психотерапевтичної роботи у сфері емоційного регулювання та зменшення психоемоційного навантаження.

Частота проявів «Сильний/Дуже важкий» також значно знизилася: наприклад, тривожний настрій зменшився з 80% до 61%, а депресивний настрій – з 82% до 62%. Це свідчить про підвищення здатності респондентів до адаптації та контролю над тривожними станами.

Зниження показників за соматичними, серцево-судинними та гастроінтестинальними проявами демонструє позитивний вплив психотерапевтичної підтримки не лише на психоемоційний, а й на фізіологічний стан учасників.

Загалом результати підтверджують ефективність програми психотерапевтичної підтримки у зменшенні тривожності та підвищенні адаптивних можливостей досліджуваних осіб у контексті соціальної нестабільності, що підкреслює практичну значущість таких втручань у психологічній роботі.

Емпіричне дослідження, проведене на групі респондентів за допомогою Шкали тривожності Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI), дозволило всебічно оцінити рівень тривожності та виявити особливості її проявів у психічній, соматичній та поведінковій сферах. Аналіз отриманих даних дав змогу виділити ключові закономірності, які характеризують стан психічного здоров'я учасників дослідження та інтенсивність тривожних переживань.

Перш за все, результати свідчать про переважання психоемоційних проявів тривожності серед респондентів. Найбільш інтенсивні прояви спостерігалися за показниками страху, відчуття, що станеться найгірше, страху смерті та переляку. Учасники дослідження оцінювали ці стани переважно як «Середньо турбує» або «Дуже турбує», що свідчить про стійку

та системну природу психоемоційної тривожності у групі. Така тенденція демонструє, що психоемоційний компонент тривожності є домінуючим і впливає на загальний психологічний стан респондентів, визначаючи їх емоційну реактивність на стресові та потенційно загрозливі ситуації.

Соматичні прояви тривожності були представлені такими симптомами, як прискорене серцебиття, тремтіння в руках і ногах, відчуття жару, задухи, головокружіння, шлунково-кишкові розлади, м'язові болі та приливи крові до обличчя. Інтенсивність цих проявів коливалася від «Злегка турбує» до «Середньо турбує», що підтверджує комплексний характер тривожності та її вплив на фізіологічне функціонування організму. Наявність соматичних симптомів свідчить про те, що тривожність не обмежується лише психічними переживаннями, а охоплює і тілесний рівень, що може погіршувати загальне самопочуття та працездатність респондентів.

Варіативність проявів тривожності серед учасників дослідження демонструє певну неоднорідність: хоча більшість симптомів має стійку частоту та оцінку середньої або високої інтенсивності, зустрічаються випадки як менш, так і більш виражених проявів. Це підкреслює індивідуальні відмінності у сприйнятті та переживанні тривожності, що може бути обумовлено як особистісними характеристиками, так і зовнішніми обставинами життя респондентів.

Загальна картина результатів емпіричного дослідження свідчить про наявність у групі системного, стабільного та хронічного рівня тривожності, який проявляється одночасно на психоемоційному, соматичному та поведінковому рівнях. Психоемоційні прояви тривожності виявляються найвираженішими та найбільш інтенсивними серед усіх компонентів, що підтверджується частим відчуттям страху, занепокоєння щодо можливих негативних подій, страху смерті, переляку та підвищеної емоційної напруженості. Соматичні симптоми, такі як прискорене серцебиття, тремтіння кінцівок, відчуття жару, задухи, головокружіння та шлунково-кишкові розлади, спостерігаються помірно і демонструють безпосередній вплив

тривожності на фізіологічний стан організму. Когнітивні та поведінкові прояви, хоча й менш виражені, включають труднощі з концентрацією, нестійкість у ході, напруженість та страх втрати контролю, що формує додатковий рівень психофізіологічного дискомфорту та може обмежувати адаптивні реакції респондентів у повсякденному житті.

Таке поєднання проявів вказує на комплексний характер тривожності, що охоплює одночасно емоційний, фізичний та поведінковий аспекти життя учасників.

Практична значимість отриманих результатів полягає в обґрунтуванні потреби в цілеспрямованих психологічних втручаннях, спрямованих на зниження рівня тривожності та покращення загального психологічного благополуччя учасників групи. Основними напрямками таких втручань можуть бути: розвиток навичок емоційної саморегуляції, що дозволяє контролювати інтенсивність психоемоційних переживань; корекція психоемоційного стану та зменшення страхів і депресивного настрою; нормалізація соматичних проявів тривожності шляхом застосування релаксаційних та дихальних технік; а також підвищення стресостійкості та зміцнення адаптивних резервів організму.

Отже, результати Шкали тривожності Бека демонструють, що серед досліджуваних респондентів переважає високий і системний рівень тривожності, який характеризується комплексним впливом на психічний, фізіологічний та поведінковий стан. Для ефективної підтримки психологічного здоров'я учасників групи необхідний комплексний підхід, який включає психокорекційні та психопрофілактичні заходи, спрямовані на одночасне зниження напруженості на всіх рівнях та забезпечення більш адаптивного реагування на стресові ситуації.

Наведемо підсумкову таблицю результатів BAI.

Таблиця 2.7.

Підсумкова таблиця результатів ВАІ

№	Пункт шкали	Середній рівень тривожності	Частота «Середньо/Дуже турбує»
1	Відчуття оніміння та поколювання в тілі	Середньо	80%
2	Відчуття жару	Середньо	75%
3	Тремтіння в ногах	Середньо	78%
4	Неможливість розслабитись	Середньо	77%
5	Страх, що станеться найгірше	Дуже	82%
6	Головокружіння	Середньо	76%
7	Прискорене серцебиття	Середньо	79%
8	Нестійкість, нестабільність	Середньо	75%
9	Відчуття жаху, це кінець	Середньо	74%
10	Дратівливість	Середньо	77%
11	Тремтіння в руках	Середньо	76%
12	Відчуття задухи	Середньо	75%
13	Нерівна хода	Середньо	74%
14	Страх втрати контролю	Середньо	77%
15	Труднощі з диханням	Середньо	75%
16	Страх смерті	Дуже	80%
17	Переляк	Середньо	76%
18	Шлунково-кишкові розлади	Середньо	73%
19	Непритомність	Середньо	74%
20	Прилив крові до обличчя	Середньо	76%
21	Посилене потовиділення	Середньо	75%

Дана таблиця Шкали тривожності Бека (ВАІ) дозволяють комплексно оцінити інтенсивність тривожних проявів серед респондентів за різними психофізіологічними показниками та виділити основні закономірності характеру тривожності. Аналіз результатів свідчить про те, що тривожність у досліджуваній групі має системний, стабільний та хронічний характер, який проявляється одночасно на психоемоційному, соматичному та поведінковому рівнях, і вимагає комплексного підходу до її оцінки та корекції.

Найбільш вираженими є психоемоційні прояви тривожності, що підтверджується високими показниками за такими пунктами: «Страх, що станеться найгірше» – дуже високий рівень тривожності (82%), «Страх смерті» – дуже високий рівень (80%), «Відчуття жаху, це кінець» – середній рівень (74%), «Переляк» – середній рівень (76%), «Страх втрати контролю» –

середній рівень (77%). Ці результати свідчать про стійку психоемоційну напруженість у респондентів та схильність до катастрофічних оцінок подій. Частота оцінок «Середньо/Дуже турбує» для цих показників переважно перевищує 75%, що підкреслює системність та стабільність психоемоційної тривожності у групі. Соматичні прояви тривожності демонструють помірну інтенсивність, однак є досить поширеними, що свідчить про значний фізіологічний вплив тривожності на організм. Так, прискорене серцебиття оцінювалося на рівні 79%, тремтіння в руках – 76%, тремтіння в ногах – 78%, відчуття жару – 75%, відчуття задухи – 75%, головокружіння – 76%, шлунково-кишкові розлади – 73%, приливи крові до обличчя – 76%, посилене потовиділення – 75%. Ці дані підтверджують комплексний характер тривожності, який охоплює не лише емоційну сферу, а й фізіологічні процеси, що відображається у різних соматичних симптомах.

Що стосується поведінкових та когнітивних проявів, то середні показники свідчать про помірну їх вираженість: «Неможливість розслабитись» – 77%, «Нестійкість, нестабільність» – 75%, «Дратівливість» – 77%, «Нерівна хода» – 74%, «Труднощі з диханням» – 75%, «Непритомність» – 74%, що свідчить про труднощі респондентів з адаптацією до стресових або напружених ситуацій, а також про те, що тривожність проявляється не лише внутрішньо, а й у поведінкових реакціях, хоча інтенсивність цих проявів є меншою порівняно з психоемоційними симптомами.

Аналіз структури та інтенсивності проявів дозволяє визначити певну ієрархію тривожності в групі: психоемоційні симптоми домінують та характеризуються найвищими показниками інтенсивності, соматичні симптоми мають помірний рівень та є досить поширеними, а поведінкові та когнітивні прояви – менш виражені, але стабільно присутні у більшості респондентів. Варіативність частоти проявів, яка коливається від 73% до 82%, свідчить про індивідуальні відмінності у сприйнятті та переживанні тривожності, що підкреслює необхідність персоналізованого підходу у психокорекції та підтримці психологічного здоров'я.

Практична значимість отриманих результатів полягає в тому, що вони підтверджують високий та системний рівень тривожності, який охоплює всі три ключові сфери – психоемоційну, соматичну та поведінкову. Для зниження тривожності та підвищення психологічного комфорту доцільно застосовувати комплексні психологічні втручання, серед яких особливе значення мають: розвиток навичок емоційної саморегуляції, психокорекція страхів і депресивного настрою, застосування релаксаційних та дихальних технік для нормалізації соматичних проявів, а також підвищення стресостійкості та адаптивних резервів організму.

Після впровадження програми психотерапевтичної підтримки було отримано наступні результати.

Таблиця 2.8.

Підсумкова таблиця результатів ВАІ

№	Пункт шкали	Середній рівень тривожності	Частота «Середньо/Дуже турбує»
1	Відчуття оніміння та поколювання в тілі	Середньо	59 %
2	Відчуття жару	Середньо	56 %
3	Тремтіння в ногах	Середньо	58 %
4	Неможливість розслабитись	Середньо	57 %
5	Страх, що станеться найгірше	Дуже	61 %
6	Головокружіння	Середньо	56 %
7	Прискорене серцебиття	Середньо	58 %
8	Нестійкість, нестабільність	Середньо	56 %
9	Відчуття жаху, це кінець	Середньо	55 %
10	Дратівливість	Середньо	57 %
11	Тремтіння в руках	Середньо	56 %
12	Відчуття задухи	Середньо	56 %
13	Нерівна хода	Середньо	55 %
14	Страх втрати контролю	Середньо	57 %
15	Труднощі з диханням	Середньо	56 %
16	Страх смерті	Дуже	59 %
17	Переляк	Середньо	56 %
18	Шлунково-кишкові розлади	Середньо	54 %
19	Непритомність	Середньо	55 %
20	Прилив крові до обличчя	Середньо	56 %
21	Посилене потовиділення	Середньо	56 %

Аналіз підсумкових результатів ВАІ після проведення впровадження програми психотерапевтичної підтримки свідчить про загальне зниження

тривожності серед учасників дослідження. Більшість показників (1–4, 6–8, 10–12, 14–15, 17–18) знаходяться на середньому рівні тривожності з частотою «Середньо/Дуже турбує» у межах 54–58 %, що свідчить про помітне зменшення проявів фізичних та емоційних симптомів тривожності. Водночас окремі пункти, пов'язані з сильними переживаннями, такими як страх найгіршого (61 %) та страх смерті (59 %), залишаються на підвищеному рівні, що потребує подальшої уваги та можливої індивідуальної психотерапевтичної роботи. Загалом, результати демонструють ефективність проведеної програми у зменшенні тривожних симптомів та підвищенні психологічної стабільності учасників.

Таблиця 2.9.

Узагальнена кореляція між шкалами методик (Zung, HAM-A, BAI)

Шкали	Zung (загальний рівень)	HAM-A (загальний рівень)	BAI (загальний рівень)
Zung	1,00	0,70–0,75	0,72–0,74
HAM-A	0,70–0,75	1,00	0,68–0,72
BAI	0,72–0,74	0,68–0,72	1,00

Проведений кореляційний аналіз між показниками трьох психодіагностичних методик – шкали тривожності Zung, Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) та Beck Anxiety Inventory (BAI) – засвідчив наявність тісних позитивних статистично значущих взаємозв'язків між усіма досліджуваними показниками.

Зокрема, встановлено, що між загальним рівнем тривожності за шкалою Zung та показниками HAM-A спостерігається сильний позитивний кореляційний зв'язок ($r = 0,70–0,75$), що свідчить про узгодженість між загальною оцінкою тривожності та її клінічними проявами у психічній, соматичній і поведінковій сферах. Аналогічно, виявлено також сильний позитивний зв'язок між шкалою Zung та BAI ($r = 0,72–0,74$), що підтверджує взаємозалежність між загальним рівнем тривожності та інтенсивністю емоційно-фізіологічних симптомів.

Кореляція між НАМ-А та ВАІ ($r = 0,68-0,72$) також є високою і свідчить про узгодженість між клінічними проявами тривожності та її суб'єктивно переживаними симптомами, що охоплюють як психоемоційні, так і соматичні реакції організму.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що всі три методики вимірюють взаємопов'язані аспекти єдиного психологічного феномену – тривожності. Високий рівень кореляцій між шкалами підтверджує їхню конвергентну валідність та свідчить про системний, багатовимірний характер тривожності у досліджуваній вибірці. Це означає, що підвищення рівня тривожності в одній шкалі закономірно супроводжується зростанням показників в інших, що підтверджує цілісність і стабільність вимірюваного конструкту.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують, що тривожність у респондентів має комплексний характер і проявляється узгоджено на психоемоційному, соматичному та поведінковому рівнях.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

У другому розділі магістерської роботи обґрунтовано методологічні засади та логіку організації емпіричного дослідження рівня тривожності в осіб, які перебувають в умовах соціальної нестабільності. Визначено мету, завдання та систему гіпотез, що відображають наукову спрямованість дослідження та забезпечують послідовний перехід від теоретичного аналізу проблеми до її практичної перевірки. Сформульовані гіпотези орієнтовані на виявлення особливостей тривожності, її взаємозв'язків із психологічним благополуччям та оцінку ефективності психотерапевтичної підтримки.

Описано характеристику вибірки дослідження, сформованої за принципом добровільної участі з дотриманням етичних норм, конфіденційності та інформованої згоди. Критерії включення до вибірки забезпечили дослідження саме тієї категорії респондентів, для яких проблема

тривожності є психологічно актуальною. Обсяг вибірки ($n = 30$) визнано достатнім для проведення описової статистики та порівняльного аналізу показників.

Методичний інструментарій дослідження представлений комплексом валідних і надійних психодіагностичних методик, що дозволяють багатовимірно оцінити тривожність: шкалою самооцінки тривожності Цунга (SAS), шкалою тривожності Гамільтона (HAM-A) та шкалою тривожності Бека (BAI). Використання взаємодоповнювальних інструментів забезпечило поєднання суб'єктивної та експертної оцінки, а також дозволило врахувати психічні, соматичні та поведінкові компоненти тривожності.

Результати кількісного та статистичного аналізу засвідчили домінування високого рівня тривожності у досліджуваній групі. За методикою Цунга встановлено високий середній груповий показник та низький коефіцієнт варіації, що свідчить про відносну однорідність вибірки й системний характер тривожних проявів. Дані шкали Гамільтона підтвердили значну вираженість психоемоційних симптомів (страхи, напруження, інсомнія, депресивний настрій) у поєднанні з помірно вираженими соматичними реакціями. Результати за шкалою Бека виявили домінування афективно-когнітивних переживань тривоги та наявність фізіологічних симптомів, що узгоджується із загальною структурою тривожності у вибірці.

Отримані емпіричні дані підтверджують актуальність проблеми підвищеної тривожності в умовах соціальної нестабільності та свідчать про її комплексний, стійкий характер. Виявлені закономірності обґрунтовують необхідність розробки та впровадження цілеспрямованих психокорекційних і психотерапевтичних заходів, спрямованих на зниження психоемоційного напруження, нормалізацію психофізіологічного стану та підвищення адаптаційних ресурсів особистості.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ПІДТРИМКА ОСІБ З ПІДВИЩЕНИМ РІВНЕМ ТРИВОЖНОСТІ

3.1. Основні психотерапевтичні підходи до роботи з тривожністю

Тривожність у сучасній психології розглядається як складний, багатовимірний феномен, що включає емоційні переживання (напруження, страх, внутрішній дискомфорт), когнітивні процеси (тривожні очікування, катастрофічні інтерпретації, постійне прогнозування небезпеки), поведінкові реакції (уникнення, надмірний контроль, ритуалізовані дії) та соматичні прояви (підвищене серцебиття, м'язова напруга, порушення сну, вегетативні реакції). Така багатокомпонентна структура тривожності зумовлює необхідність комплексного психотерапевтичного підходу, який враховує не лише симптоматику, але й індивідуально-психологічні особливості клієнта, життєвий контекст, попередній досвід подолання стресу та механізми формування тривожних реакцій. У практиці психологічної допомоги особливого значення набувають методи, ефективність яких підтверджена клінічними та експериментальними дослідженнями, серед яких провідне місце посідає когнітивно-поведінкова терапія.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш науково обґрунтованих та структурованих підходів у роботі з тривожними станами. Її концептуальна основа базується на положенні про те, що інтенсивність емоційної реакції визначається не стільки самою подією, скільки способом її когнітивної інтерпретації. У межах тривожних розладів характерними є дисфункціональні переконання, тенденція до катастрофізації, вибіркова увага до потенційних загроз та стійкі автоматичні негативні думки, які підтримують і посилюють стан внутрішньої напруги. Терапевтична робота у КПТ спрямована на систематичне виявлення таких когнітивних викривлень, їх критичний аналіз та поступову заміну більш реалістичними й адаптивними способами мислення. Одночасно значна увага приділяється поведінковим

аспектам тривожності, зокрема подоланню унікальних стратегій, які короткочасно знижують дискомфорт, але в довгостроковій перспективі закріплюють страх і відчуття безпорадності.

Основними завданнями КПТ у роботі з тривожністю є ідентифікація і модифікація ірраціональних переконань, формування гнучкіших когнітивних схем, розвиток навичок емоційної саморегуляції та поступове зменшення унікальної поведінки через контрольоване зіткнення з тривожними стимулами. Важливим компонентом терапії є психоосвіта, у межах якої клієнт отримує науково обґрунтоване пояснення природи тривоги, її фізіологічних механізмів та ролі мислення у підтриманні емоційного напруження, що сприяє зниженню вторинної тривоги, пов'язаної зі страхом власних симптомів, і підвищує суб'єктивне відчуття контролю.

Практична реалізація КПТ може бути проілюстрована на прикладі роботи з клієнткою, яка переживає інтенсивну тривогу перед публічними виступами. Її емоційний стан супроводжується стійкими думками про неминучий провал, страхом негативної оцінки та переконанням у власній некомпетентності. У терапевтичному процесі фахівець допомагає клієнтці усвідомити автоматичні думки, що виникають у тривожній ситуації, проаналізувати їх зміст та перевірити логічну й фактичну обґрунтованість. Наприклад, переконання «Я виглядатиму безглуздо» розглядається з позиції доказів та альтернативних пояснень, що дозволяє поступово зменшити категоричність негативних прогнозів. Паралельно застосовуються поведінкові техніки, зокрема поступова експозиція – відпрацювання навичок виступу спочатку в умовно безпечному середовищі (перед малою аудиторією або в рольових вправах), а згодом у реальних соціальних ситуаціях. Такий підхід сприяє формуванню нового досвіду, який суперечить тривожним очікуванням, знижує страх оцінювання та підвищує впевненість у власних можливостях.

Отже, когнітивно-поведінкова терапія виступає ефективним інструментом психологічної допомоги при тривожних станах, оскільки дозволяє цілеспрямовано впливати на когнітивні та поведінкові механізми

тривожності, формувати адаптивні способи реагування та забезпечувати стійкий терапевтичний ефект. Її практична цінність полягає у структурованості, відносній короткотривалості та орієнтації на розвиток навичок самостійного подолання тривоги у повсякденному житті.

Методи експозиційної терапії посідають важливе місце у сучасній психотерапевтичній практиці як ефективний засіб роботи з тривожними розладами, фобіями та унікальною поведінкою. Хоча експозиційні техніки найчастіше застосовуються в межах когнітивно-поведінкової терапії, вони мають достатню теоретичну й методичну самостійність, що дозволяє розглядати їх як окремий терапевтичний напрям. Основною ідеєю експозиційної терапії є цілеспрямоване, систематичне та контрольоване зіткнення клієнта з об'єктами, ситуаціями або внутрішніми переживаннями, які викликають страх і тривогу. Такий підхід ґрунтується на припущенні, що тривожні реакції підтримуються не лише інтенсивністю стимулу, але й стійкими механізмами уникнення, які перешкоджають природному зниженню страху та формуванню коригуючого досвіду.

Психологічний механізм експозиції пов'язаний із процесами звикання та гасіння тривожної реакції. У ситуації уникнення людина не має можливості переконатися у відсутності реальної загрози, що закріплює ірраціональні страхи та посилює відчуття небезпеки. Контрольована експозиція дозволяє поступово знижувати інтенсивність емоційного напруження через багаторазовий контакт зі стимулом без настання очікуваних негативних наслідків. У результаті відбувається переоцінка сприйнятої загрози, зменшується гіперчутливість до тривожних сигналів та формується більш адаптивна модель реагування. Важливою умовою ефективності є поступовість, передбачуваність і психологічна безпечність терапевтичного процесу, оскільки надмірно інтенсивне або неконтрольоване зіткнення зі страхом може викликати протилежний ефект і посилити тривогу.

Важливим терапевтичним ефектом експозиції є руйнування унікальних стратегій, які, попри тимчасове зменшення тривоги, підтримують її в

довгостроковій перспективі. Зіткнення з тривожними ситуаціями дозволяє клієнтові не лише знизити емоційну реактивність, але й відновити відчуття контролю, підвищити самооцінку та розширити поведінковий репертуар. Таким чином, експозиційна терапія виступає потужним інструментом корекції тривожних станів, оскільки безпосередньо впливає на механізми формування страху, сприяє когнітивній переоцінці загроз та формує стійкі адаптивні навички подолання тривоги у реальних життєвих умовах.

Психодинамічний підхід у психотерапії тривожності ґрунтується на уявленні про те, що тривога є не лише реакцією на зовнішні стресори, але й відображенням внутрішніх психічних процесів, конфліктів і неусвідомлених переживань. У межах цієї теоретичної традиції тривожність розглядається як своєрідний сигнал психіки, який вказує на наявність внутрішньої напруги, що виникає внаслідок суперечностей між різними потребами, бажаннями, заборонами або значущими емоціями. Джерела тривоги можуть бути пов'язані з раннім емоційним досвідом, міжособистісними стосунками, витісненими переживаннями або неусвідомленими страхами, які продовжують впливати на емоційний стан людини, навіть якщо вона не усвідомлює їх безпосереднього зв'язку з актуальними подіями.

Важливим терапевтичним чинником є формування безпечного та довірливого простору взаємодії, у межах якого клієнт може вільно досліджувати власні переживання, фантазії, спогади та асоціації. Через процес усвідомлення й вербалізації внутрішніх конфліктів відбувається зниження їхньої емоційної інтенсивності, а тривога поступово втрачає свою домінуючу функцію. Зменшення тривожності у цьому випадку є наслідком глибшого розуміння себе, прийняття витіснених емоцій та відновлення внутрішньої цілісності.

Практичним прикладом застосування психодинамічного підходу може бути ситуація, коли клієнт відчуває хронічну, дифузну тривогу без очевидних зовнішніх причин.

У процесі психотерапії клієнт поступово усвідомлює природу цього конфлікту, розпізнає пов'язані з ним емоції (страх, провину, амбівалентність, гнів), а також починає інтегрувати суперечливі потреби у більш узгоджену систему внутрішніх орієнтирів. Усвідомлення та опрацювання прихованих переживань сприяє зниженню загального рівня психічної напруги, оскільки тривога втрачає функцію єдиного способу сигналізації про внутрішню суперечність. Таким чином, психодинамічний підхід дозволяє розглядати тривожність не лише як симптом, але як важливий індикатор внутрішнього життя особистості, що відкриває можливості для глибоких особистісних змін і стабілізації емоційного стану.

Гуманістична та клієнт-центрована терапія розглядають тривожність передусім у контексті особистісного розвитку, самосприйняття та якості внутрішнього досвіду людини. У межах гуманістичної традиції тривога не трактується виключно як патологічний симптом, а розуміється як сигнал порушення внутрішньої гармонії, втрати автентичності або блокування природних тенденцій до самореалізації. Однією з ключових ідей цього підходу є уявлення про існування розбіжності між «реальним Я» - тим, якою людина відчуває себе у власному переживанні, та «ідеальним Я» - образом, сформованим під впливом зовнішніх очікувань, соціальних норм і вимог значущого оточення. Чим більшою є ця невідповідність, тим вищою стає ймовірність виникнення хронічного емоційного напруження, внутрішньої невпевненості та тривожності.

З позицій клієнт-центрованої терапії, джерелом тривожних переживань часто виступає дефіцит безпечного психологічного середовища, у якому особистість могла б вільно виражати свої почуття та потреби без страху осуду чи відторгнення. Якщо людина змушена постійно відповідати зовнішнім стандартам або придушувати власні емоції, формується стан внутрішнього конфлікту та напруження, що проявляється у вигляді тривоги.

Терапевтичний процес у цьому напрямі базується на створенні атмосфери довіри, психологічної безпеки та прийняття, що дозволяє клієнтові

поступово відновлювати контакт із власним внутрішнім світом. Центральними терапевтичними чинниками виступають безумовне позитивне прийняття, емпатійне розуміння та автентичність терапевта. Безумовне прийняття означає, що клієнт сприймається як цінна особистість незалежно від його труднощів, емоцій або поведінкових проявів. Емпатійне розуміння передбачає глибоке, неоцінене занурення у суб'єктивний досвід людини, що сприяє усвідомленню та вербалізації переживань. Автентичність терапевта забезпечує щирість і відкритість у терапевтичній взаємодії, формуючи умови для справжнього міжособистісного контакту.

Практичним прикладом може бути робота з клієнткою, яка переживає постійну тривогу через страх «не відповідати очікуванням» оточення – професійним, сімейним або соціальним. Її емоційний стан супроводжується надмірною самокритикою, постійним порівнянням себе з іншими та страхом негативної оцінки. У межах гуманістичної терапії основний акцент робиться не на боротьбі із симптомами тривоги, а на формуванні безпечного простору, у якому клієнтка може відкрито досліджувати власні переживання, сумніви та внутрішні конфлікти. Через емпатійне розуміння й безумовне прийняття поступово знижується рівень внутрішнього напруження, оскільки клієнтка починає сприймати свої емоції як природні та допустимі.

Майндфулнес та методи усвідомленості у сучасній психотерапії розглядаються як ефективний напрям психологічної допомоги при тривожних станах, особливо у випадках, коли тривожність підтримується нав'язливими думками, постійними переживаннями щодо майбутнього та підвищеною емоційною реактивністю. Теоретичною основою цього підходу є уявлення про те, що значна частина психологічного дистресу пов'язана не стільки з наявністю тривожних думок або емоцій, скільки зі способом взаємодії людини з ними. У стані тривоги індивід часто прагне уникнути неприємних переживань, контролювати або придушувати їх, що парадоксально призводить до посилення внутрішньої напруги. Майндфулнес-орієнтовані підходи пропонують альтернативну стратегію – розвиток здатності усвідомлено

спостерігати власні думки, емоції та тілесні відчуття без негайної оцінки, боротьби чи автоматичної реакції.

Ключовим принципом усвідомленості є формування позиції неупередженого спостерігача щодо власного внутрішнього досвіду. Тривожні думки у цьому контексті не розглядаються як об'єктивні факти або загрози, а сприймаються як ментальні події, що мають тимчасовий характер. Такий підхід сприяє зниженню когнітивної злитості з негативними переживаннями, коли людина перестає автоматично ототожнювати зміст думок із реальністю. Замість спроб усунути тривогу клієнт поступово навчається приймати її як природний елемент психічного життя, що виникає і зникає залежно від обставин та стану нервової системи, що знижує вторинну тривожність, пов'язану зі страхом власних емоційних реакцій, і послаблює замкнене коло «тривога – боротьба з тривогою – посилення тривоги».

Практичні техніки майндфулнес включають вправи на концентрацію уваги, усвідомлене дихання, спостереження за тілесними відчуттями та рефлексію над потоком думок. Одним із базових інструментів є фокус на диханні, який дозволяє стабілізувати увагу та знизити надмірну когнітивну активність. У процесі виконання таких вправ людина навчається помічати виникнення тривожних думок без залучення у їхній зміст, що сприяє зменшенню румінацій та емоційної реактивності. Важливим аспектом є розвиток навичок повернення уваги до поточного моменту, оскільки тривожність часто пов'язана з надмірною орієнтацією на уявні сценарії майбутнього або повторюване осмислення минулих подій.

Комплексний та інтегративний підхід у психотерапії тривожності відображає сучасну тенденцію до гнучкого поєднання різних теоретичних моделей і практичних технік з урахуванням багатовимірної природи тривожних станів. Тривожність формується та підтримується взаємодією когнітивних, емоційних, поведінкових і фізіологічних чинників, тому використання лише одного терапевтичного інструменту не завжди забезпечує достатній і стійкий результат. Інтегративна стратегія передбачає цілісне

бачення особистості, у межах якого психотерапевтична робота спрямовується одночасно на різні рівні функціонування психіки, що підвищує ефективність втручань і сприяє більш гармонійним особистісним змінам.

Отже, ефективна психотерапевтична робота з тривожністю передбачає індивідуалізацію втручань, системність та поетапність. Вибір підходу визначається характером тривожних проявів, особистісними особливостями клієнта та терапевтичними цілями. Комплексний підхід дозволяє не лише знизити симптоматику тривоги, але й сформувати стійкі психологічні ресурси для подолання стресу та підвищення адаптаційних можливостей особистості.

3.2. Програма психотерапевтичної підтримки та оцінка її ефективності

Тривожність є багатовимірним психологічним феноменом, що охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні компоненти. В умовах сучасного життя значна частина населення відчуває підвищений рівень тривоги, що негативно впливає на якість життя, продуктивність та психічне здоров'я. Ефективна психотерапевтична підтримка спрямована на зниження інтенсивності тривожних переживань, розвиток навичок саморегуляції та підвищення адаптаційних ресурсів особистості.

Метою даного розділу є розробка програми психотерапевтичної підтримки для осіб із підвищеним рівнем тривожності та визначення критеріїв оцінки її ефективності.

Мета програми полягає у зменшенні інтенсивності тривожних проявів та формування адаптивних стратегій психоемоційної саморегуляції.

Завдання програми:

1. Зниження когнітивних чинників тривожності (катастрофізація, ірраціональні переконання).
2. Нормалізація фізіологічних проявів тривоги.
3. Розвиток емоційної саморегуляції.

4. Формування стресостійкості та здатності до адаптації в складних життєвих ситуаціях.
5. Підвищення суб'єктивного відчуття контролю над власним станом.

Цільова група: особи з підвищеним або високим рівнем тривожності, віком від 18 років.

Формат програми: індивідуальні та групові психотерапевтичні заняття, 1–2 рази на тиждень, тривалість кожного заняття 60–90 хвилин.

Тривалість програми: 8–10 занять.

Програма психотерапевтичної підтримки розроблена як комплексна багаторівнева система заходів, спрямована на зменшення рівня тривожності, формування адаптивних когнітивних і поведінкових стратегій, а також підвищення здатності до саморегуляції та контролю над психоемоційними станами. Структура програми передбачає послідовне проходження етапів, кожен із яких має чітко визначену мету, зміст терапевтичної роботи та очікувані результати.

3.1 Етап 1. Психосвітній та діагностичний

Мета: формування розуміння природи тривоги, підвищення усвідомленості власних психоемоційних реакцій та підготовка до активної участі у терапевтичному процесі.

Зміст роботи:

1. Надання знань про психологічні та фізіологічні механізми тривожності, включно з роз'ясненням ролі автоматичних думок, когнітивних спотворень та соматичних проявів.
2. Ідентифікація та обговорення індивідуальних тригерів тривоги у конкретного клієнта.
3. Проведення первинної психодіагностики для визначення рівня тривожності та типових проявів (емоційних, когнітивних, поведінкових, соматичних).

4. Формування мотивації до участі у терапії та визначення особистісних цілей клієнта.

Очікуваний ефект:

Зменшення невизначеності та страху перед симптомами тривоги, підвищення готовності до активної участі у терапевтичних заходах.

3.2 Етап 2. Когнітивна корекція тривожності

Мета: зниження дезадаптивних когнітивних схем та автоматичних негативних думок, що підтримують тривожність, та розвиток навичок реалістичної оцінки ситуацій.

Методи роботи:

Виявлення автоматичних негативних думок, когнітивних спотворень і тенденцій до катастрофізації.

Використання когнітивної реструктуризації для перевірки реалістичності думок та формування альтернативних інтерпретацій.

Робота з песимістичними прогнозами та ірраціональними переконаннями.

Формування адаптивних когнітивних стратегій, що сприяють конструктивному вирішенню проблем і зменшенню тривожності.

Очікуваний ефект:

Зниження інтенсивності тривожних інтерпретацій, розвиток більш гнучкого та адаптивного мислення, підвищення впевненості у власних можливостях.

3.3 Етап 3. Регуляція фізіологічних реакцій

Мета: нормалізація соматичних проявів тривоги та стабілізація фізіологічної реактивності організму.

Методи роботи:

Навчання діафрагмальному диханню та спеціальним дихальним технікам для зменшення фізіологічного напруження.

Виконання прогресивної м'язової релаксації для зниження м'язової напруги та покращення самопочуття.

Застосування технік заземлення та усвідомлення тілесних відчуттів для стабілізації нервової системи.

Робота з тілесною напругою через тілесно-орієнтовані вправи, що сприяють відчуттю контролю над фізіологічними реакціями.

Очікуваний ефект:

Зменшення соматичних проявів тривоги (прискорене серцебиття, напруження м'язів, поверхневе дихання), підвищення відчуття контролю над тілесними реакціями та зменшення фізіологічного дискомфорту.

3.4 Етап 4. Майндфулнес та розвиток емоційної саморегуляції

Мета: формування здатності спостерігати тривожні думки та емоції без автоматичної реакції та розвитку навичок емоційної саморегуляції.

Методи роботи:

Виконання вправ на фокусування уваги, усвідомлене дихання та спостереження за моментальними відчуттями.

Навчання спостереженню за думками і емоціями без оцінки та критики.

Використання технік стабілізації уваги та зменшення румінацій (повторюваних негативних думок).

Розвиток толерантності до неприємних емоційних станів та формування здатності свідомо регулювати емоції.

Очікуваний ефект:

Зниження емоційної реактивності, зменшення нав'язливих думок та румінацій, підвищення психоемоційної стабільності та здатності конструктивно реагувати на стресові ситуації.

3.5 Етап 5. Закріплення навичок та профілактика рецидивів.

Мета: інтеграція здобутих терапевтичних навичок у повсякденне життя та забезпечення профілактики повторних загострень тривожності.

Методи роботи:

Аналіз індивідуальних ресурсів, стійких стратегій подолання стресу та адаптивної поведінки.

Розробка індивідуального плану самопідтримки та профілактики рецидивів тривожних станів.

Рефлексія результатів терапії, підведення підсумків та оцінка досягнутих змін.

Очікуваний ефект:

Підвищення автономності та стресостійкості, стабілізація емоційного стану, розвиток здатності до самопідтримки та ефективного подолання життєвих труднощів.

Для визначення ефективності програми доцільно застосовувати порівняльний аналіз показників до та після терапії з можливим повторним вимірюванням через 1–2 місяці після завершення.

Етапи оцінки:

- Первинна психодіагностика (до початку програми).
- Повторна психодіагностика (після завершення програми).
- Відстрочена оцінка (через 1–2 місяці) для оцінки збереження ефекту.

Критерії ефективності

- Зниження середнього рівня тривожності у групі учасників.
- Зменшення соматичних проявів тривоги (м'язова напруга, прискорене серцебиття, поверхневе дихання).
- Покращення суб'єктивного самопочуття та емоційної стабільності.
- Підвищення відчуття контролю над станом та розвиток адаптивних стратегій поведінки.

Методи статистичної обробки даних

- Для оцінки ефективності програми можна застосовувати:
- Порівняння середніх значень до та після терапії (t-критерій для залежних вибірок).
- Аналіз динаміки змін у соматичних та когнітивних показниках.

Інтерпретація результатів:

Зменшення середніх показників тривожності з високого до помірного після завершення програми свідчить про її результативність. Статистично достовірні зміни підтверджують ефективність психотерапевтичного втручання.

Отже, розроблена програма психотерапевтичної підтримки є комплексною та інтегративною, що забезпечує поетапний вплив на когнітивні, емоційні та фізіологічні механізми тривожності. Використання психоосвітніх, когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих та майндфулнес-технік дозволяє ефективно зменшувати прояви тривожності, формувати навички саморегуляції та підвищувати стресостійкість учасників програми. Оцінка ефективності через стандартизовані методики та статистичний аналіз забезпечує об'єктивне підтвердження позитивної динаміки психоемоційного стану клієнтів.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Підсумовуючи все вищевикладене, зазначимо, що даний розділ висвітлює ключові аспекти психотерапевтичної підтримки осіб із підвищеним рівнем тривожності, демонструючи багатовимірну природу цього феномену та необхідність комплексного підходу до його корекції.

Аналіз основних психотерапевтичних шкіл – когнітивно-поведінкової, психодинамічної, гуманістичної, тілесно-орієнтованої та майндфулнес-підходів – показав, що кожен із них забезпечує специфічний внесок у роботу з тривожністю: когнітивно-поведінкова терапія ефективно модифікує дезадаптивні переконання та поведінкові патерни, психодинамічний підхід сприяє усвідомленню внутрішніх конфліктів і їх інтеграції, гуманістичні та клієнт-центровані методи підтримують розвиток самоприйняття та емоційної цілісності, тілесно-орієнтовані техніки забезпечують регуляцію фізіологічних проявів тривоги, а майндфулнес формує здатність усвідомлено спостерігати власні думки і емоції без автоматичної реакції.

Запропонована програма психотерапевтичної підтримки реалізує інтегративний підхід, що поєднує психоосвітні, когнітивні, поведінкові, тілесні та усвідомлені методики. Структуроване проходження етапів – від психоосвітнього та діагностичного до закріплення навичок саморегуляції та профілактики рецидивів – забезпечує системність та логічну послідовність втручань.

Кожний етап спрямований на цільове зниження певного компоненту тривожності: когнітивного, поведінкового, емоційного чи фізіологічного, що у комплексі підвищує ефективність програми та сприяє формуванню стійких адаптивних стратегій.

Таким чином, розроблена програма психотерапевтичної підтримки є цілісною, багаторівневою системою втручань, орієнтованою на індивідуальні потреби клієнта, розвиток його ресурсів та зміцнення здатності до саморегуляції. Її впровадження дозволяє не лише знизити інтенсивність тривожних проявів, але й сформувати стійкі психоемоційні механізми подолання стресу, підвищити суб'єктивне відчуття контролю над власним станом та забезпечити довгострокову стабілізацію емоційного здоров'я.

ВИСНОВКИ

В результаті всього вищевикладеного можемо зробити висновки про те, що у магістерській роботі проведено комплексне дослідження психотерапевтичної підтримки осіб із підвищеним рівнем тривожності в умовах соціальної нестабільності.

У першому розділі розкрито теоретичні основи тривожності та психотерапевтичної підтримки. Тривожність розглядається як багатовимірне явище, що включає когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні компоненти. Вона може проявлятися як ситуативна реакція на стресові фактори або формуватися як стійка особистісна риса, що впливає на сприйняття світу, поведінку та міжособистісні взаємодії. Теоретичний аналіз показав, що тривожність має як конструктивні, так і деструктивні функції: вона мобілізує ресурси для подолання труднощів, але за надмірного рівня порушує когнітивні процеси, знижує ефективність діяльності та негативно впливає на соціальні контакти. Особлива увага приділялася психологічним чинникам формування тривожності в умовах соціальної нестабільності, таким як невизначеність, втрата контролю, постійний стрес, соціальна ізоляція та сімейні особливості виховання. Було доведено, що підвищена тривожність негативно впливає на психічне і фізичне здоров'я, когнітивні функції, сон, соціальну адаптацію та загальну якість життя, що підкреслює необхідність своєчасного психотерапевтичного втручання.

У другому розділі обґрунтовано методологічні засади та організацію емпіричного дослідження рівня тривожності. Було визначено мету, завдання та гіпотези дослідження, охарактеризовано вибірку та використані психодіагностичні методики (шкала самооцінки тривожності Цунга, шкала тривожності Гамільтона, шкала Бека), що забезпечили багатовимірну оцінку тривожності. Результати дослідження засвідчили домінування високого рівня тривожності серед респондентів, виявили виражені психоемоційні, когнітивні та фізіологічні симптоми, що підтвердило системний та стійкий характер

тривожних проявів у умовах соціальної нестабільності. Ці дані обґрунтовують необхідність цілеспрямованих психотерапевтичних заходів для нормалізації психоемоційного стану та підвищення адаптивних ресурсів особистості.

У третьому розділі проведено аналіз основних психотерапевтичних підходів до роботи з тривожністю (когнітивно-поведінкової, психодинамічної, гуманістичної, тілесно-орієнтованої та майндфулнес-підходів) та розроблено програму психотерапевтичної підтримки. Програма реалізує інтегративний підхід, поєднуючи психоосвітні, когнітивні, поведінкові, тілесні та усвідомлені методики, що забезпечує системність і послідовність втручань. Кожен етап спрямований на зниження конкретного компонента тривожності (когнітивного, емоційного, поведінкового чи фізіологічного), формування адаптивних стратегій саморегуляції та підвищення суб'єктивного відчуття контролю над власним станом.

Отже, проведене дослідження підтвердило багатовимірну природу тривожності та ефективність комплексного психотерапевтичного підходу до її корекції. Розроблена програма психотерапевтичної підтримки є цілісною, багаторівневою системою втручань, орієнтованою на індивідуальні потреби клієнта та розвиток його внутрішніх ресурсів. Її впровадження дозволяє знизити інтенсивність тривожних проявів, зміцнити здатність до саморегуляції, сформувати стійкі механізми подолання стресу та забезпечити довгострокову стабілізацію психоемоційного здоров'я осіб в умовах соціальної нестабільності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексенко Є. А. Тривога. Історії наднеспокійних людей / Є. А. Алексенко. – Київ: [б.в.], 2018. – 156 с.
2. Астапов В. М. Тривожність у дітей / В. М. Астапов. – Київ: [б.в.], 2018. – 160 с.
3. Барсукова Є. У. Реактивна тривожність – природне чи набутий стан організму / Є. У. Барсукова. – Сучасна педагогіка. – 2016. – № 10(47). – С. 73–78.
4. Бех І. Д. Особистість народжується в сім'ї / І. Д. Бех. – Початкова школа, 2016. – Вип. 2. – С. 23–25.
5. Бігун Н. І. Профілактична робота в практичній психології / Н. І. Бігун. – Кам'янець-Подільський: [б.в.], 2017. – 96 с.
6. Бізюк О. П. Особистість та тривога / О. П. Бізюк. – Київ: [б.в.], 2017. – 236 с.
7. Галієва О. М. Психологічні аспекти прояву ситуативної тривожності / О. М. Галієва // Розвиток особистості у сучасному освітньому просторі: монографія / ред. В. В. Зарицька. – Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2019. – С. 26–38.
8. Галієва О. М. Теоретичний аналіз поняття «тривожність» / О. М. Галієва. – Теорія і практика сучасної психології. – 2018. – Вип. 6. – С. 107–110.
9. Гур'єв М. Є. Соціально-психологічні причини та особливості прояву страхів і тривог у дітей та підлітків / М. Є. Гур'єв. – Вісник. – 2016. – Вип. 21. – С. 75–82.
10. Нехорошкова О. М. Нейробіологічні причини формування тривожних станів / О. М. Нехорошкова. – Вип. 3, 2017. – С. 24–36.
11. Нехорошкова О. М. Проблема тривожності як складного психофізіологічного явища / О. М. Нехорошкова. – Вип. 6, 2017. – С. 47–54.

12. Осипова А. А. Загальна психокорекція / А. А. Осипова. – Київ: [б.в.], 2016. – 510 с.
13. Савчин М. Вікова психологія / М. Савчин. – Київ: [б.в.], 2001. – С. 234–263.
14. Тимощук О. В. Соціально-психологічні показники тривожності учнів та студентів сучасних навчальних закладів різних типів / О. В. Тимощук. – World Science. – 2019. – № 4(44), Vol. 2.
15. Шаш А. Р. Тривожність учнів як особистісна риса характеру / А. Р. Шаш. – Психологічний вісник. – 2013. – Вип. 3. – С. 7–11.
16. Дослідження психологічних чинників формування стресостійкості у студентів [Електронний ресурс]. – URL: <https://naub.oa.edu.ua/doslidzhennya-psyholohichnyh-chynnykiv-formuvannya-stresostijkosti-u-studentiv/>
17. Дудник О. А. Стресові чинники як предиктори тривожності в дітей дошкільного віку / О. А. Дудник. – Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені Академіка Степана Дем'янчука. – 2025. – С. 81–87. – URL: <https://journals.megu.rovno.ua/index.php/ped-psyh/article/view/92/88>
18. Росинюк А. Психологічний аналіз поняття тривоги та тривожності як стану особистості [Електронний ресурс]. – URL: <https://www.inforum.in.ua/conferences/27/91/715>
19. Тривожні розлади: визначення та симптоми [Електронний ресурс]. – URL: <https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu/tryvozhni-rozlady-vyznachennya-ta-symptomy/>
20. Шевченко Н. Ф. Психологічні чинники прояву тривожності дитини в родинному просторі / Н. Ф. Шевченко. – Наукові записки. – Вип. 3(5). – С. 79–86. – URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/psychology/article/view/562/531>
21. Anxiety Disorders [Electronic resource]. – URL: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
22. Anxiety disorders [Electronic resource]. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

23. Depressive disorder (depression) [Electronic resource]. – URL:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depressive-disorder>
24. Erich Fromm [Electronic resource]. – URL:
<https://www.britannica.com/biography/Erich-Fromm>
24. John B. Watson [Electronic resource]. – URL:
<https://www.britannica.com/biography/John-B-Watson>
25. Karen Horney [Electronic resource]. – URL:
<https://www.britannica.com/biography/Karen-Horney>
26. Sigmund Freud [Electronic resource]. – URL:
<https://www.britannica.com/biography/Sigmund-Freud>
27. Stress effects on the body [Electronic resource]. – URL:
<https://www.apa.org/topics/stress/body>
28. What is Social Anxiety Disorder? [Electronic resource]. – URL:
<https://adaa.org/understanding-anxiety/social-anxiety-disorder>

[illegible]

P	Q	R	S	T	U
15. У мене бувають болі в шлунку та розла	16. У мене часті появи до сечовипусканн	17. Мої руки завжди сухі й теплі.	18. Моє обличчя «палає» і червоніє.	19. Я легко важаю і сплю глибоким, відп	20. Мене мучать нічні кошмари.
рідко	часто	рідко	часто	рідко	рідко
часто	рідко	рідко	часто	більшу частину часу або постійно	часто
часто	більшу частину часу або постійно	рідко	часто	дуже рідко	рідко
часто	часто	рідко	часто	дуже рідко	дуже рідко
часто	часто	рідко	часто	часто	часто
часто	дуже рідко	часто	рідко	дуже рідко	дуже рідко
рідко	рідко	рідко	часто	рідко	рідко
часто	часто	часто	рідко	дуже рідко	часто
більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно	рідко	більшу частину часу або постійно	рідко	дуже рідко
рідко	рідко	часто	часто	дуже рідко	рідко
більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно	часто	більшу частину часу або постійно	дуже рідко	часто
більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно	часто	більшу частину часу або постійно	дуже рідко	більшу частину часу або постійно
часто	часто	часто	часто	рідко	часто
часто	більшу частину часу або постійно	рідко	дуже рідко	часто	більшу частину часу або постійно
часто	рідко	часто	часто	часто	часто
часто	рідко	дуже рідко	часто	рідко	часто
рідко	часто	рідко	рідко	рідко	часто
часто	рідко	більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно	часто	більшу частину часу або постійно
більшу частину часу або постійно	часто	більшу частину часу або постійно	часто	більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно
часто	часто	часто	часто	більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно
часто	рідко	часто	часто	рідко	часто
більшу частину часу або постійно	часто	часто	більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно
часто	рідко	часто	рідко	часто	часто
дуже рідко	часто	більшу частину часу або постійно	часто	більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно
часто	часто	часто	часто	рідко	рідко
рідко	часто	більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно	часто	більшу частину часу або постійно
часто	часто	часто	часто	часто	рідко
рідко	часто	часто	часто	часто	більшу частину часу або постійно
рідко	часто	часто	часто	більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно
більшу частину часу або постійно	часто	більшу частину часу або постійно	більшу частину часу або постійно	часто	часто

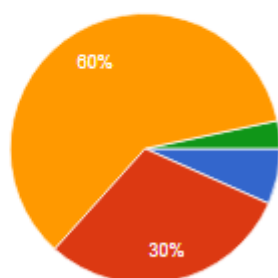
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Rd1hgWIgznhdY00TxoK-n7iW8f5jF_KhNsZyHLaKH7E/edit?resourcekey=&gid=375517899#gid=375517899

30 відповідей

[Переглянути в Таблицях](#)[Усі відповіді](#)[Запитання](#)[Окремий респондент](#)

1. Я відчуваюся більш нервовим(ою) і тривожним(ою), ніж зазвичай.

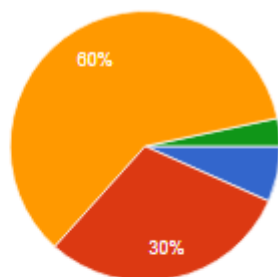
30 відповідей

[Копіювати діаграму](#)

- дуже рідко
- рідко
- часто
- більшу частину часу або постійно

2. Я відчуваю страх без будь-якої причини.

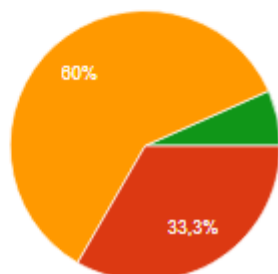
30 відповідей

[Копіювати діаграму](#)

- дуже рідко
- рідко
- часто
- більшу частину часу або постійно

3. Я легко засмучуюся або впадаю в паніку.

30 відповідей

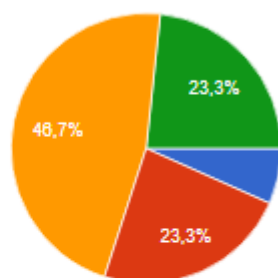
[Копіювати діаграму](#)

- дуже рідко
- рідко
- часто
- більшу частину часу або постійно

4. У мене є відчуття, що я не можу зібратися і взяти себе в руки.

 Копіювати діаграму

30 відповідей

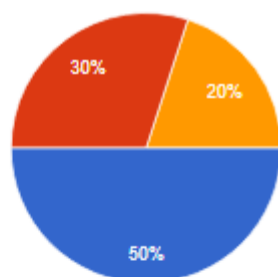


● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

5. Я відчуваю благополуччя, мені здається, що зі мною не станеться нічого поганого.

 Копіювати діаграму

30 відповідей



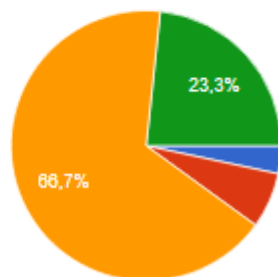
● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

Копіювати діаграму

6. У мене тремтять руки й ноги.

 Копіювати діаграму

30 відповідей

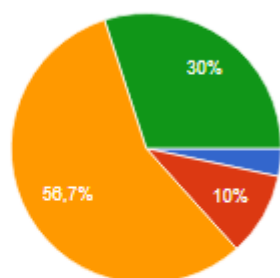


● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

7. У мене бувають головні болі, болі в шиї та спині.

 Копіювати діаграму

30 відповідей

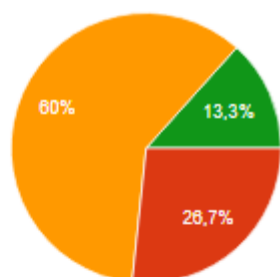


● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

8. Я відчуваю виснаження і швидко втомлююся.

 Копіювати діаграму

30 відповідей

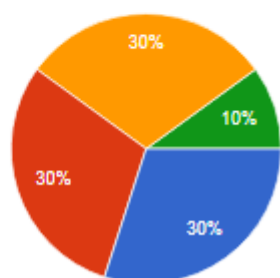


● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

9. Я спокійний(а), можу сидіти спокійно без особливих зусиль.

 Копіювати діаграму

30 відповідей



● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

10. У мене буває відчуття прискороженого серцебиття.

30 відповідей

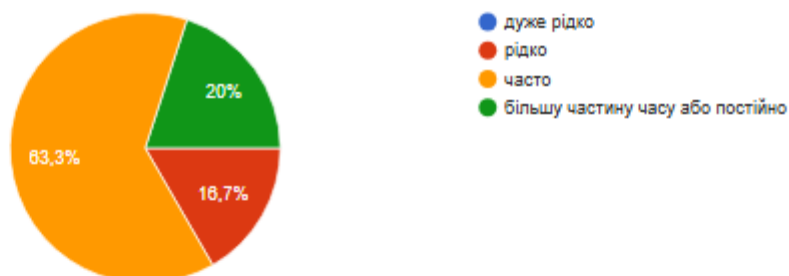
 Копіювати діаграму



11. У мене трапляються напади запаморочення.

30 відповідей

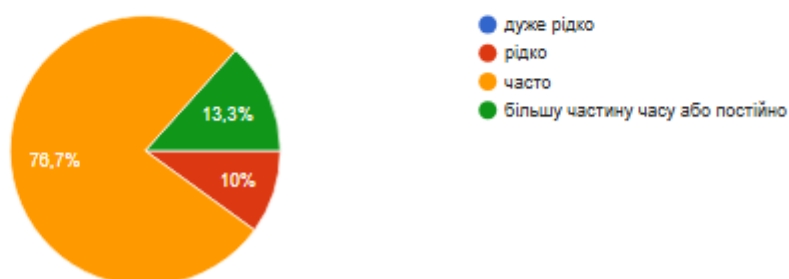
 Копіювати діаграму



12. У мене трапляються напади слабкості.

30 відповідей

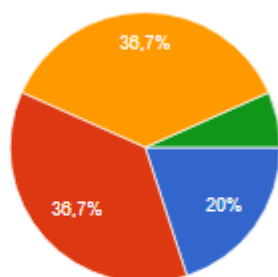
 Копіювати діаграму



13. Я дихаю вільно.

30 відповідей

 Копіювати діаграму

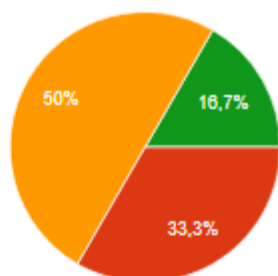


- дуже рідко
- рідко
- часто
- більшу частину часу або постійно

14. Я відчуваю оніміння та поколювання в пальцях рук і ніг.

30 відповідей

 Копіювати діаграму

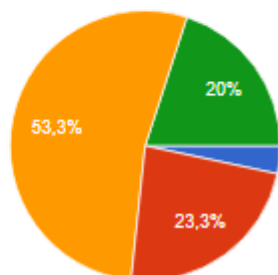


- дуже рідко
- рідко
- часто
- більшу частину часу або постійно

15. У мене бувають болі в шлунку та розлади травлення.

30 відповідей

 Копіювати діаграму

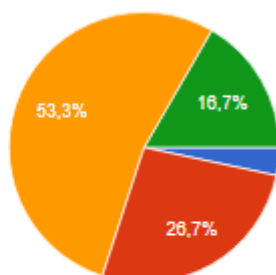


- дуже рідко
- рідко
- часто
- більшу частину часу або постійно

16. У мене часті позиви до сечовипускання.

30 відповідей

 Копіювати діаграму

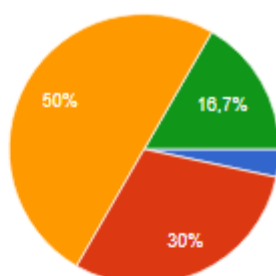


● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

17. Мої руки зазвичай сухі й теплі.

30 відповідей

 Копіювати діаграму

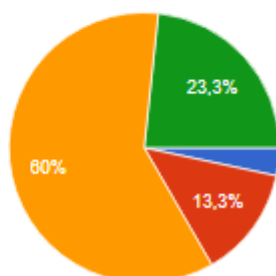


● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

18. Моє обличчя «палає» і червоніє.

30 відповідей

 Копіювати діаграму

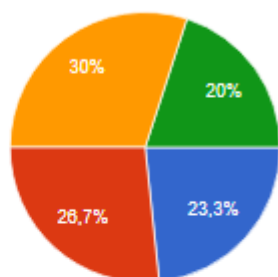


● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

19. Я легко засинаю і сплю глибоким, відновлювальним сном.

 [Копіювати діаграму](#)

30 відповідей

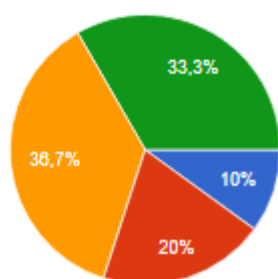


● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

20. Мене мучать нічні кошмари.

 [Копіювати діаграму](#)

30 відповідей



● дуже рідко
● рідко
● часто
● більшу частину часу або постійно

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	Галч, Мэрион								
1	Пачатна чагу	1. Трэсавы настрой (губраванасць, міх)	2. Напружаны (адсутства напружаны, сідзі	3. Стран (немае, навідаваў, сваямо	4. Ізаляцыя (узрунне асаляны, парыва	5. Інтэлектуальны парыванні (узрунне	6. Дарожны настрой (дзята вачны б	7. Сваятны м'язавы біт (біт, пасам	8. Сваятны сямейны (дзім у крыві,
2	25.02.2028 11:48:09	Сильний	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Помірний	Сильний	Помірний	Сильний
3	25.02.2028 11:48:43	Помірний	Помірний	Помірний	Сильний	Помірний	Дуже важкий	Сильний	Сильний
4	25.02.2028 11:49:25	Сильний	Сильний	Дуже важкий	Дуже важкий	Сильний	Сильний	Дуже важкий	Дуже важкий
5	25.02.2028 11:49:57	Помірний	Сильний	Сильний	Сильний	Сильний	Сильний	Помірний	Помірний
6	25.02.2028 11:50:29	Помірний	Незначний	Помірний	Сильний	Сильний	Помірний	Помірний	Сильний
7	25.02.2028 11:50:59	Сильний	Сильний	Сильний	Помірний	Сильний	Сильний	Сильний	Сильний
8	25.02.2028 11:56:05	Сильний	Сильний	Сильний	Сильний	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Сильний
9	25.02.2028 11:56:37	Сильний	Помірний	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Сильний	Незначний	Помірний
10	25.02.2028 11:58:09	Сильний	Помірний	Сильний	Сильний	Помірний	Помірний	Помірний	Помірний
11	25.02.2028 11:59:32	Сильний	Сильний	Сильний	Помірний	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Помірний
12	25.02.2028 12:00:34	Сильний	Помірний	Сильний	Сильний	Помірний	Помірний	Сильний	Помірний
13	25.02.2028 12:01:27	Сильний	Помірний	Сильний	Сильний	Незначний	Помірний	Сильний	Сильний
14	25.02.2028 12:02:12	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Дуже важкий	Дуже важкий
15	25.02.2028 12:03:43	Помірний	Помірний	Сильний	Сильний	Помірний	Помірний	Сильний	Сильний
16	25.02.2028 12:04:43	Сильний	Помірний	Помірний	Сильний	Сильний	Сильний	Помірний	Дуже важкий
17	25.02.2028 12:05:28	Сильний	Сильний	Помірний	Сильний	Сильний	Помірний	Помірний	Сильний
18	25.02.2028 12:06:09	Сильний	Помірний	Помірний	Сильний	Сильний	Помірний	Сильний	Сильний
19	25.02.2028 12:07:02	Помірний	Помірний	Помірний	Сильний	Сильний	Сильний	Сильний	Помірний
20	25.02.2028 12:08:09	Сильний	Помірний	Сильний	Сильний	Помірний	Дуже важкий	Сильний	Помірний
21	25.02.2028 12:08:50	Помірний	Помірний	Дуже важкий	Сильний	Сильний	Сильний	Помірний	Помірний
22	25.02.2028 12:09:52	Помірний	Помірний	Сильний	Дуже важкий	Помірний	Помірний	Помірний	Незначний
23	25.02.2028 12:10:38	Помірний	Сильний	Сильний	Сильний	Помірний	Сильний	Дуже важкий	Сильний
24	25.02.2028 12:11:50	Сильний	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Дуже важкий
25	25.02.2028 12:12:33	Сильний	Помірний	Помірний	Сильний	Сильний	Помірний	Помірний	Дуже важкий
26	25.02.2028 12:13:10	Помірний	Сильний	Помірний	Сильний	Сильний	Сильний	Помірний	Незначний
27	25.02.2028 12:13:56	Помірний	Помірний	Помірний	Дуже важкий	Помірний	Помірний	Помірний	Сильний
28	25.02.2028 12:14:42	Помірний	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Сильний	Сильний	Дуже важкий	Сильний
29	25.02.2028 12:16:04	Помірний	Сильний	Помірний	Сильний	Сильний	Сильний	Сильний	Помірний
30	25.02.2028 12:16:38	Сильний	Сильний	Сильний	Помірний	Сильний	Сильний	Помірний	Помірний
31	25.02.2028 12:17:11	Помірний	Сильний	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Сильний	Незначний	Помірний
32									
J		K	L	M	N	O			
9.	Серцево-судинні (також дивіться серцебиття	10. Респіраторні (тиск і стиснення у грудях	11. Гастроінтестинальні (утрунене ковтан	12. Сексуальні (прискорене сексуальнову	13. Вегетативні (сухість у роті, почервонін	14. Покрівля при огляді (совання на стіл			
	Помірний	Помірний	Сильний	Незначний	Сильний	Сильний			
	Сильний	Помірний	Сильний	Помірний	Незначний	Незначний			
	Сильний	Дуже важкий	Сильний	Сильний	Сильний	Дуже важкий			
	Сильний	Сильний	Помірний	Незначний	Сильний	Помірний			
	Дуже важкий	Сильний	Помірний	Сильний	Дуже важкий	Дуже важкий			
</									

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1tp_g1xEJ0g4XI5InuZL30hA4bZrkajn77jsRwcsJoKI/edit?resourcekey#gid=1007072650

30 відповідей

[Переглянути в Таблицях](#)

Усі відповіді

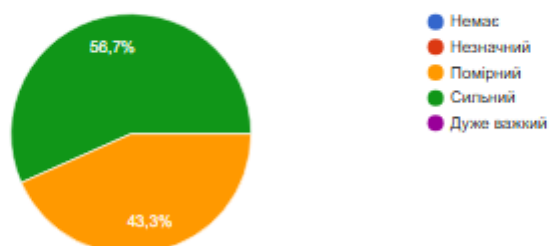
Запитання

Окремий респондент

1. Тривожний настрій: (стурбованість, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)

[Копіювати діаграму](#)

30 відповідей



2. Напруження (відчуття напруження, здригання, плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися)

[Копіювати діаграму](#)

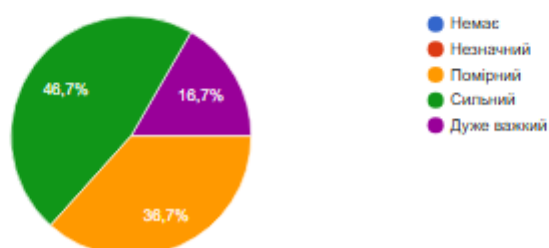
30 відповідей



3. Страх (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту)

[Копіювати діаграму](#)

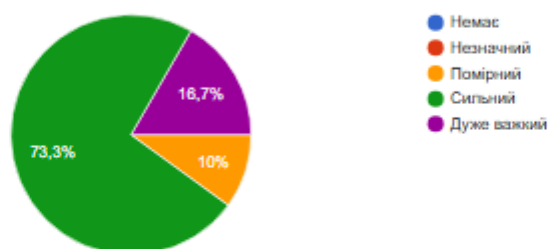
30 відповідей



4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості й слабкості при пробудженні, кошмарні сні)

 Копіювати діаграму

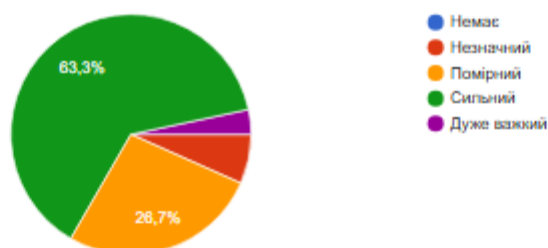
30 відповідей



5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)

 Копіювати діаграму

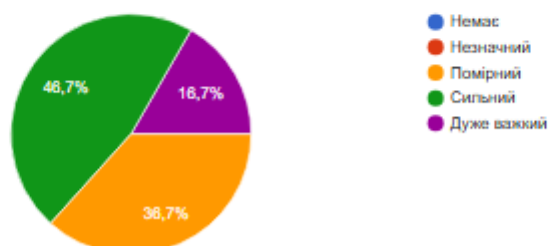
30 відповідей



6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)

 Копіювати діаграму

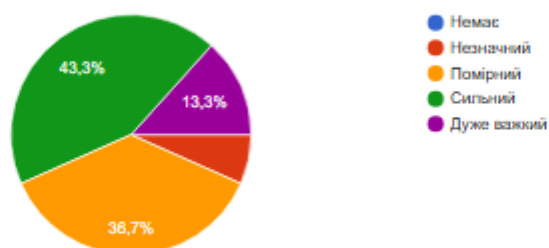
30 відповідей



7. Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруження, судороми клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)

 [Копіювати діаграму](#)

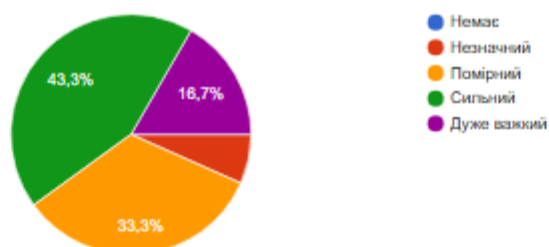
30 відповідей



8. Соматичні сенсорні (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)

 [Копіювати діаграму](#)

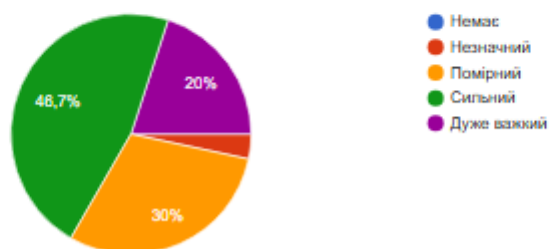
30 відповідей



9. Серцево-судинні (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)

 [Копіювати діаграму](#)

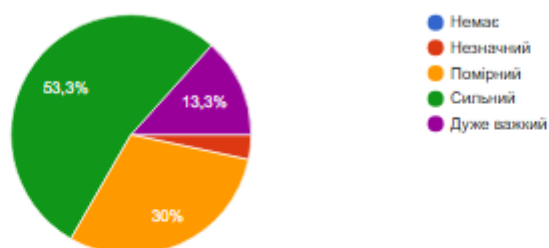
30 відповідей



10. Респіраторні (тиск і стиснення у грудях, задуха, часті зітхання)

 [Копіювати діаграму](#)

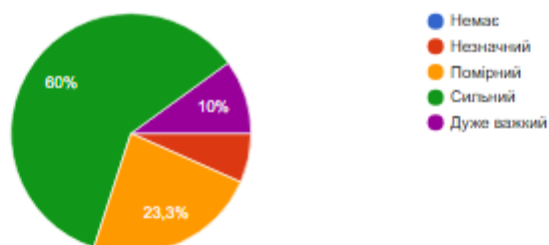
30 відповідей



11. Гастроінтестинальні (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запор, зменшення маси тіла)

 [Копіювати діаграму](#)

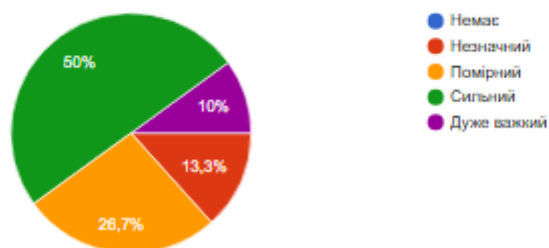
30 відповідей



12. Сечостатеві (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)

 [Копіювати діаграму](#)

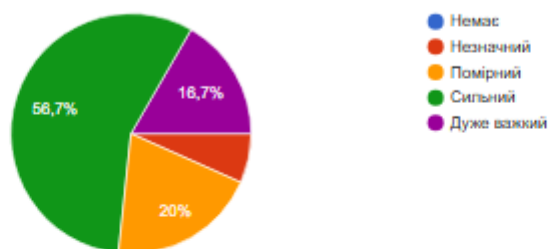
30 відповідей



13. Вегетативні (сухість у роті, почервоніння чи блідість шкіри, пітливість, головний біль із відчуттям напруження)

 [Копіювати діаграму](#)

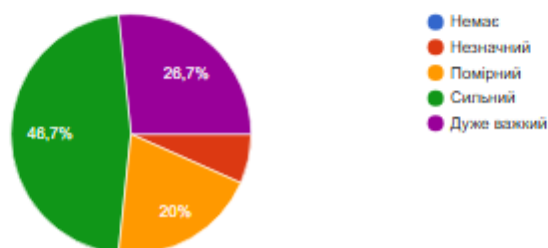
30 відповідей



14. Поведінка при огляді (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини)

 [Копіювати діаграму](#)

30 відповідей



Шкала тривожності Бека (BAI – Beck Anxiety Inventory)

[illegible][illegible]

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Z-1sH9vtHp5nDZhTVq4QBfnzIHpZ5yECwzmxoWajq-k/edit?resourcekey=&gid=1703244897#gid=1703244897>

30 відповідей

[Переглянути в Таблицях](#)

Усі відповіді

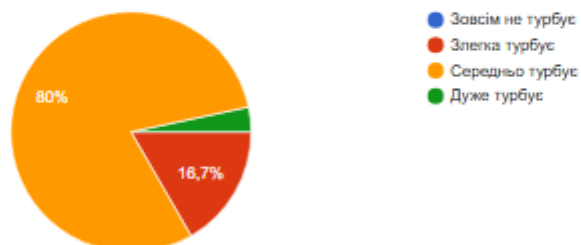
Запитання

Окремий респондент

1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі

[Копіювати діаграму](#)

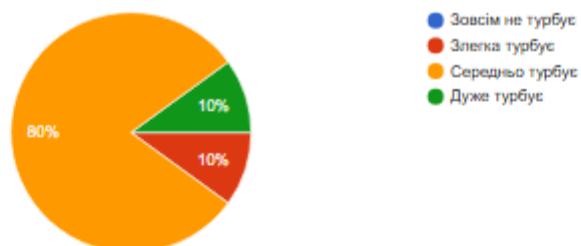
30 відповідей



2. Відчуття жару

[Копіювати діаграму](#)

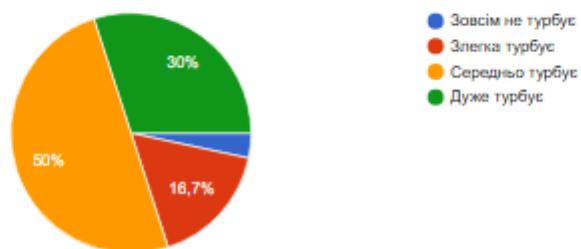
30 відповідей



3. Тремтіння в ногах

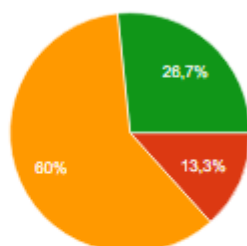
[Копіювати діаграму](#)

30 відповідей



4. Неможливість розслабитись

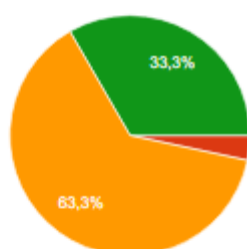
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

5. Страх, що станеться найгірше

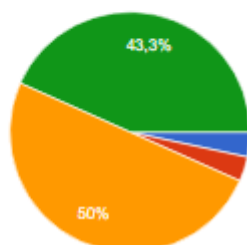
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

6. Головокружіння

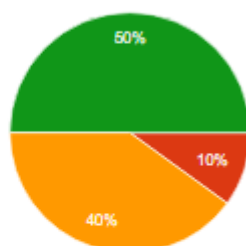
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

7. Прискорене серцебиття

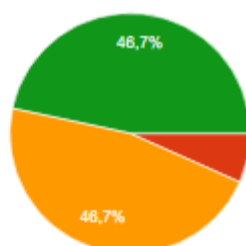
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

8. Нестійкість, нестабільність

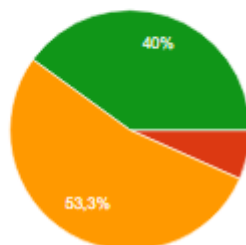
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

9. Відчуття жаху, це кінець

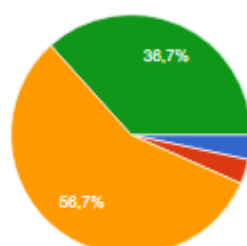
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

10. Дратівливість

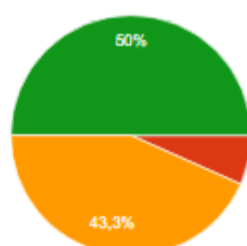
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

11. Тремтіння в руках

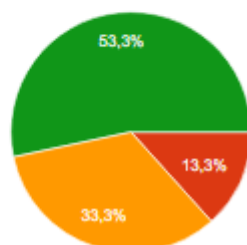
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

12. Відчуття задухи

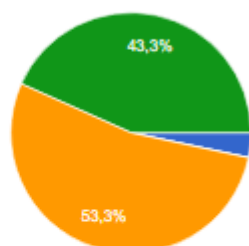
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

13. Нерівна хода

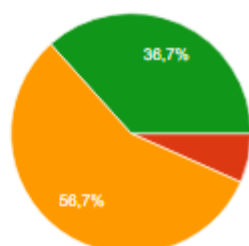
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбуй
- Злегка турбуй
- Середньо турбуй
- Дуже турбуй

14. Страх втрати контролю

30 відповідей

 Копіювати діаграму

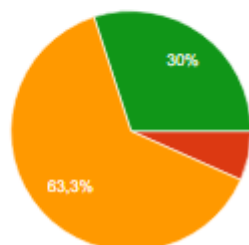
- Зовсім не турбуй
- Злегка турбуй
- Середньо турбуй
- Дуже турбуй

15. Труднощі з диханням

30 відповідей

 Копіювати діаграму

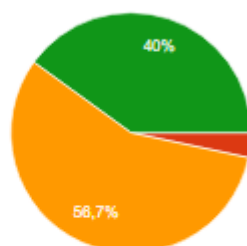
Копіювати діаграму



- Зовсім не турбуй
- Злегка турбуй
- Середньо турбуй
- Дуже турбуй

16. Страх смерті

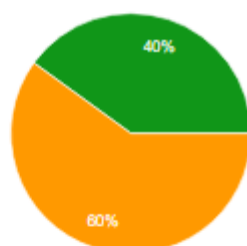
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

17. Переляк

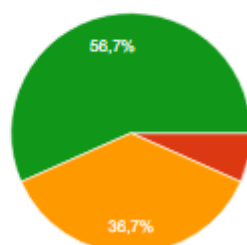
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

18. Шлунково-кишкові розлади

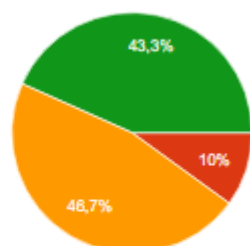
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

19. Непритомність

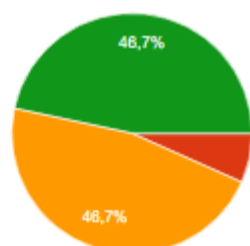
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

20. Прилив крові до обличчя

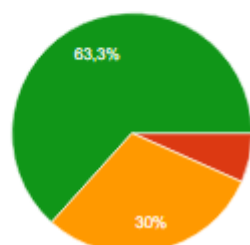
30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

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

30 відповідей

 Копіювати діаграму

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує