

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Нормоконтроль проведено _____

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

другий (магістерський) рівень вищої освіти
спеціальність 053 «Психологія»

**КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ У РОБОТІ З ТРИВОГОЮ
ТА ДЕПРЕСІЄЮ**

Виконала:

студентка групи ПС23-1зм

Проявіна А.О. _____

Керівник:

професор кафедри психології

д. біол. н., проф.

Лихолат О.А. _____

Завідувач випускної кафедри:

к. психол. н., доцент

Панфілова Г.Б. _____

2024 рік

АНОТАЦІЯ

кваліфікаційної роботи на тему:

«Когнітивно-поведінкова терапія в роботі з тривогою та депресією»

Виконавець: студентка групи ПС23-1зм, Проявіна А.О.

Керівник: д. біол. н., професор Лихолат О.А.

Кваліфікаційна робота: 135 с., 16 рис., 5 табл., 57 джерел.

Об'єкт дослідження: психологічний стан осіб з ознаками тривоги та депресії.

Предмет дослідження: вплив когнітивно-поведінкової терапії на тривожність та депресію.

Мета: вивчення та дослідження особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривогою та депресією.

Одержані висновки та новизна. У ході дослідження підтверджено, що КПТ є дієвим методом у роботі з тривожністю та депресією. Виявлено, що застосування техніки аналізу негативних думок і переконань значно знижує рівень емоційного напруження, покращує адаптацію клієнтів до життєвих обставин і сприяє формуванню позитивного мислення. Дослідження продемонструвало, що систематичний аналіз автоматичних негативних думок дозволяє зменшити їх вплив на емоційний стан клієнта. Переформулювання ірраціональних переконань у реалістичні є ключовим інструментом у подоланні депресивних і тривожних симптомів.

Створено алгоритм поетапного використання когнітивно-поведінкових технік, який включає діагностику автоматичних думок, аналіз когнітивних спотворень, переформулювання переконань та інтеграцію адаптивних поведінкових стратегій.

Ключові слова: стрес, тривога, депресія, діагностика когнітивних спотворень, когнітивно-поведінкова терапія, техніки КПТ.

SUMMARY

of thesis on the topic

«Cognitive-behavioral therapy in working with anxiety and depression»

Author: student of the group ПС23-13М, Proiavina Anastasia

Supervisor: doctor of biological sciences, professor Lykholat Olena

Thesis: 135 pages, 16 figures, 5 tables, 57 sources.

Object of research: psychological state of persons with signs of anxiety and depression.

Subject of research: psychological features of people with anxiety and depressive states.

Purpose: studying and researching the features of using cognitive-behavioral therapy in dealing with anxiety and depression.

Conclusions and novelty obtained. The study confirmed that CBT is an effective method in dealing with anxiety and depression. It was found that the use of the technique of analyzing negative thoughts and beliefs significantly reduces the level of emotional stress, improves clients' adaptation to life circumstances, and promotes positive thinking. The study demonstrated that systematic analysis of automatic negative thoughts can reduce their impact on the client's emotional state. Reformulating irrational beliefs into realistic ones is a key tool in overcoming depressive and anxiety symptoms.

An algorithm for the phased use of cognitive-behavioral techniques has been created, which includes the diagnosis of automatic thoughts, analysis of cognitive distortions, reformulation of beliefs, and integration of adaptive behavioral strategies.

Key words: stress, anxiety, depression, diagnostics of cognitive distortions, cognitive-behavioral therapy, CBT techniques

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ В РОБОТІ З ТРИВОГОЮ ТА ДЕПРЕСІЄЮ: ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ.....	9
1.1. Поняття тривоги та депресії в сучасній психології.....	9
1.2. Основні принципи когнітивно-поведінкової терапії та її застосування в психотерапії.....	19
1.3. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривоги та депресії.....	28
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	34
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОГОЮ ТА ДЕПРЕСІЄЮ.....	36
2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки.....	36
2.2. Інструменти оцінки тривоги та депресії: опис використаних методик.....	39
2.3. Етапи дослідження: організація процесу збору та аналізу даних.....	46
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	52
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ПОДОЛАННІ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ.....	53
3.1. Аналіз результатів психологічної діагностики осіб з ознаками тривоги та депресії.....	53
3.2. Психологічний стан осіб після терапевтичного впливу КПТ	70
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	80
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	84
ДОДАТКИ.....	90

ВСТУП

Актуальність теми. Тривожні та депресивні розлади стають дедалі актуальнішою проблемою сучасного суспільства. Швидкий ритм життя, постійний стрес, економічна нестабільність та соціальні виклики сприяють зростанню числа людей, які стикаються з цими психічними станами. Тривога і депресія суттєво погіршують якість життя, знижують працездатність, ускладнюють стосунки з оточенням і можуть мати серйозні наслідки, такі як соціальна ізоляція або навіть суїцидальні ризики. У цьому контексті важливим є розробка ефективних методів для діагностики та лікування цих розладів.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш розповсюджених та науково підтверджених підходів до лікування тривожних і депресивних розладів. Її основою є взаємозв'язок між мисленням, емоціями та поведінкою, що дозволяє працювати над зміною дисфункціональних переконань і моделей поведінки, які підтримують патологічні стани. Ефективність КПТ підтверджена численними дослідженнями, однак процес її впливу та застосування в різних контекстах потребує подальшого вивчення.

Актуальність дослідження зумовлена потребою в комплексному аналізі методів терапії тривоги та депресії, а також вивченням змін у психологічному стані осіб, які проходять лікування. Це дозволяє не лише оцінити ефективність терапевтичних підходів, але й розробити рекомендації для оптимізації психотерапевтичної практики.

Мета роботи. Мета роботи полягає у всебічному аналізі та дослідженні особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у роботі з тривогою та депресією. Це включає вивчення теоретичних основ КПТ як методу психотерапії, аналіз його ключових компонентів, таких як взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою, а також дослідження механізмів, через які когнітивні інтервенції сприяють зменшенню симптомів тривоги та депресії. Робота передбачає практичне вивчення динаміки психологічного стану осіб із тривожними та депресивними симптомами під

впливом терапевтичного втручання, щоб визначити ефективність і особливості впровадження цього підходу.

Завдання дослідження. Досягнення мети передбачало вирішення таких завдань:

- провести теоретичний аналіз поняття тривоги та депресії, їх причин, механізмів розвитку та основних симптомів;
- вивчити ключові концепції когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та її застосування в роботі з тривогою та депресією;
- розглянути роль когнітивного аналізу думок і переконань у терапії тривожних та депресивних станів;
- провести емпіричне дослідження динаміки змін у рівні тривожності та депресії після застосування когнітивного аналізу думок і переконань;
- виконати статистичний аналіз результатів для оцінки ефективності КПТ у роботі з тривогою та депресією;
- інтерпретувати отримані дані, враховуючи їх значення для розвитку теорії та практики психотерапії.

Об'єкт дослідження. Психологічний стан осіб з ознаками тривоги та депресії

Предмет дослідження. Вплив когнітивно-поведінкової терапії на тривожність та депресію.

Гіпотеза дослідження. Застосування когнітивно-поведінкової терапії в роботі з особами, які мають ознаки тривожності та депресії, сприяє значному зниженню рівня тривоги та депресивних симптомів завдяки корекції нераціональних переконань та формування більш адаптивних емоційних і поведінкових реакцій.

Теоретико-методологічна основа дослідження.

Теоретичною та методологічною основою дослідження є основні принципи психології, психотерапії та суміжних дисциплін, які розкривають закономірності виникнення та корекції тривожних і депресивних розладів. Основні з них, когнітивно-поведінкова теорія А. Бека, модель когнітивних

спотворень А. Елліс, модель когнітивного переформування А. Бека, методи психологічної діагностики та психотерапевтичної корекції, зокрема використання шкал депресії Бека, тривоги Гамільтона, аналіз автоматичних думок та інші.

Методи та психодіагностичні методики дослідження.

Для реалізації мети та виконання поставлених завдань використано такі методи дослідження: теоретичні – аналіз наукової літератури, узагальнення теоретичних концепцій і систематизація наукових матеріалів; емпіричні – опитування та психологічне тестування; статистичні – середні величини, кореляційний аналіз за Пірсоном.

Відповідно до теоретичних положень було обрано такі психодіагностичні методики: Шкала тривоги Спілбергера (STAI), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Шкала тривоги Гамільтона (HARS), Шкала депресії Бека, Методика диференціальної діагностики депресивних станів Цунга, Методика вимірювання рівня тривожності Тейлор.

Теоретична значущість роботи. Теоретична значущість роботи полягає у визначенні особливостей впливу когнітивно-поведінкової терапії на тривогу та депресію, а також у дослідженні її ефективності для покращення психологічного стану осіб із такими розладами.

Практична значущість роботи. Практична значущість роботи полягає у підтвердженні ефективності когнітивно-поведінкової терапії як методу зниження рівня тривоги та депресії. Результати дослідження можуть слугувати основою для практичного застосування підходів КПТ у роботі з пацієнтами, сприяючи покращенню їхнього психологічного стану.

Апробація роботи. Міжнародна науково-практична конференція УМСФ «Цифрове суспільство: міжнародні економічні відносини, управління, фінанси та соціум»; Міжнародна науково-практична конференція УМСФ «Економіко-правові та управлінсько-технологічні виміри сьогодення:

молодіжний погляд»; Міжнародний науково-дослідний конгрес BILSEL в Туреччині (див. Додаток П).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Робота викладена на 135 сторінках, містить: 5 таблиць, 16 рисунків та 19 додатків. Список використаних джерел містить 57 найменувань.

РОЗДІЛ 1.

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ В РОБОТІ З ТРИВОГОЮ ТА ДЕПРЕСІЄЮ: ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ

1.1. Поняття тривоги та депресії в сучасній психології

Тривога та депресія – це складні психологічні явища, які впливають на емоційний стан людини, її поведінку, мислення та навіть фізичне здоров'я. Вони є одними з найпоширеніших проблем у сучасному світі, які суттєво знижують якість життя. Саме тому ці стани стали об'єктом активного вивчення у психології.

Науковці розглядають тривогу та депресію через різні підходи: біологічний, когнітивний, поведінковий, соціальний тощо. Вивчення цих станів допомагає зрозуміти їх причини, механізми розвитку та способи подолання [1].

Згідно з даними ВООЗ, депресія до 2030 року стане провідною причиною втрати працездатності, випередивши серцево-судинні захворювання. Водночас тривога, яка часто супроводжує депресивні стани, є не менш значущим чинником, що порушує адаптаційні механізми людини.

В умовах соціальної невизначеності, економічної нестабільності та військових конфліктів проблема тривожності та депресії набула особливої актуальності в Україні. Це підтверджується зростанням кількості звернень до медичних і психологічних закладів із приводу психоемоційного виснаження, дистресу та соматизованих проявів емоційних розладів [2].

Феномен тривоги є об'єктом досліджень не лише психології, а й інших наук, таких як психіатрія, патопсихологія, фізіологія, філософія та соціологія. Незважаючи на значний інтерес до цієї теми, тривога залишається складним і багатозначним явищем. У своїх дослідженнях науковці підходять до цього феномену по-різному: одні аналізують його через поведінкові прояви, інші – крізь призму захисних механізмів, ще хтось пов'язує тривогу з минулим

досвідом, а дехто визначає її як фізіологічну реакцію або вид афекту. Таким чином, кожен дослідник зосереджується на тих аспектах тривоги, які відповідають його теоретичному підходу [3].

Одним із перших, хто намагався пояснити природу тривоги в психології, був З. Фрейд. У своїй роботі «Про заснування для відділення певного симптомокомплексу від неврастенії як неврозу тривоги» (1895) він ще не розрізняв тривогу як реакцію на реальну небезпеку та як суб'єктивне відчуття. Основну увагу Фрейд зосередив на травматичних ситуаціях та трансформації лібідо в стан тривожного очікування, розглядаючи тривогу як фізіологічну реакцію на загрозу.

Він стверджував, що тривога виникає внаслідок перетворення лібідо та виконує функцію попередження «Я» про небезпеку, пов'язану з проявом заборонених імпульсів. У своїй теорії 1926 року Фрейд розширив розуміння тривоги, визначивши її як реакцію «Я» на значущу загрозу, що часто пов'язана з ризиком втрати. Він також чітко розмежував поняття «страх» і «тривога»: страх пов'язаний із зовнішньою небезпекою, тоді як невротична тривога виникає через внутрішні конфлікти та суб'єктивні переживання [4].

А. Адлер у своїй індивідуальній теорії особистості розглядав тривогу як ознаку неврозу, який він визначав як широкий термін, що включає різні види поведінкових порушень. Він вважав, що люди з невротичними схильностями обирають неправильний стиль життя, що формується під впливом ранніх дитячих переживань, таких як фізичні страждання, надмірна опіка чи емоційне ігнорування. Це призводить до розвитку у дитини підвищеної тривожності та відчуття небезпеки, що змушує її шукати стратегії психологічного захисту для подолання почуття неповноцінності. На думку Адлера, тривога є індикатором невротичного розвитку, який виражається в постійній загрозі для самооцінки, невпевненості та підвищеній чутливості до небезпек. Таким чином, тривожність розглядається як наслідок незадовільного стилю життя, обраного для компенсації глибоких внутрішніх конфліктів [5].

К. Хорні, на відміну від З. Фрейда, не вважала тривогу обов'язковим елементом особистісної структури. У своїй соціокультурній теорії вона пояснювала її виникнення відсутністю почуття безпеки у міжособистісних стосунках. На думку Хорні, усе, що порушує відчуття безпеки у відносинах із батьками, формує базальну тривогу. Саме деструктивні стосунки між дитиною та батьками стають джерелом невротичної поведінки. Якщо дитина отримує любов і прийняття від дорослих, вона відчувається захищеною та розвивається гармонійно. У протилежному випадку, коли дитина не відчуває підтримки, формується ворожість до батьків, яка трансформується в базальну тривогу, що надалі впливає на міжособистісні взаємини.

Хорні також розрізняла поняття страху й тривоги. Страх, на її думку, є адекватною реакцією на реальну загрозу, тоді як тривога виникає у відповідь на уявну небезпеку. Таким чином, страх базується на об'єктивній загрозі, тоді як тривога – на суб'єктивному сприйнятті. Інтенсивність тривоги залежить від значущості ситуації для конкретної особи [6].

Таким чином, у роботах класиків психології тривога описується як свідчення внутрішнього неблагополуччя, що може бути спричинене несприятливими умовами розвитку особистості або психотравмами, пережитими в дитинстві. Вона також розглядається в контексті виникнення неврозів, де її джерелом стають глибокі внутрішні конфлікти, нестача як об'єктивних, так і суб'єктивних ресурсів для досягнення поставлених цілей та адаптації до життєвих викликів.

У сучасних дослідженнях феномен тривоги потребує подальшого аналізу та уточнення, особливо щодо співвідношення понять «тривога» і «тривожність». Однією з ключових проблем є розмежування тривоги як тимчасового емоційного стану та тривожності як стійкої особистісної характеристики. У психологічній науці ці терміни інколи вживаються як взаємозамінні, але зазвичай трактуються окремо. Тривожність розглядається як постійна риса особистості (особистісна тривожність), що залишається стабільною протягом життя. Натомість тривога описується як ситуативний,

тимчасовий стан, що виникає у відповідь на конкретні події або зміни в нервово-психічній діяльності (ситуативна тривога) [7].

Згідно з сучасними концепціями, тривога розглядається не лише як емоційне явище, а як комплексний стан, що включає когнітивні та мотиваційні компоненти, які визначають специфічні моделі поведінки. В межах когнітивної моделі тривоги, окрім емоційних переживань, враховуються також певні когнітивні установки та сприйняття світу. Часто тривога пов'язується з очікуванням соціальних невдач і може бути обумовлена неусвідомленим почуттям загрози або небезпеки.

Однією з основних функцій тривоги є здатність прогнозувати потенційну небезпеку. На суб'єктивному рівні вона виражається через відчуття дискомфорту, невизначеності та загрози, слугуючи своєрідним сигналом для особистості. Тривога може поширюватися за межі реальних обставин, переміщуючи увагу людини як у майбутнє, так і в минуле. Для зменшення цього стану людина зазвичай вдається до пошукової діяльності, спрямованої на усунення або подолання загрози [8].

Ще одна важлива функція тривоги полягає в оцінюванні поточної ситуації, що сприяє запуску різних адаптивних дій, включаючи захисні механізми та пристосувальні реакції. Ці дії спрямовані на нейтралізацію або усунення потенційної загрози. У ситуації, коли небезпека ідентифікована та подолана, тривога зазвичай зменшується. Емоційна реакція в таких випадках залежить від того, як індивід оцінює власні можливості для вирішення проблеми.

Отже, головними функціями тривоги є сигналізування та стимулювання. Завдяки тривозі увага індивіда зосереджується на потенційних труднощах, що сприяє зміні поведінки або активує механізми психологічної адаптації. Виконуючи стимулюючу функцію, тривога набуває мотиваційного значення, підвищуючи активність і мобілізуючи ресурси для досягнення оптимальних результатів. У цьому контексті помірний рівень тривоги вважається важливим для ефективного пристосування до

навколишньої реальності (адаптивна тривога). Однак дослідження свідчать, що тривога, яка є надто інтенсивною або тривалою і не відповідає реальній складності ситуації, втрачає свою стимулюючу роль. У таких випадках вона стає причиною зниження активності, дезорганізації поведінки та порушення психічної рівноваги [9].

Інакше кажучи, як повна відсутність тривоги, так і її надмірний рівень можуть ускладнювати процес адаптації, перешкоджати нормальному розвитку та ефективній діяльності. Кожна людина має свій оптимальний рівень тривожності, відомий як «корисна тривога». Вона не лише сигналізує про потенційні загрози, але й сприяє мобілізації психологічних ресурсів, активуючи найбільш дієві механізми поведінкової адаптації. На противагу цьому, невротична тривога виникає у відповідь на уявну або перебільшену загрозу. Вона руйнує здатність до адаптації, спричиняючи дезорганізацію особистості. Такий тип тривоги може проявлятися не лише в поведінці, але й у суб'єктивному відчутті дискомфорту, створюючи негативний фон життєдіяльності. На відміну від корисної тривожності, яка стимулює адаптацію, патологічна тривога, що триває довго і має високу інтенсивність, пригнічує здатність до адаптації та порушує функціонування людини у всіх сферах її життя.

Таким чином, тривога є складним і багатогранним явищем, яке потребує аналізу з урахуванням багатьох факторів. З одного боку, вона може мати руйнівний вплив, викликаючи хаотичну та дезадаптивну поведінку. Це часто призводить до порушення діяльності, зниження самооцінки, що підсилює негативні наслідки через вторинне підкріплення та втрату контролю над власними діями. У людей із генетично обумовленою схильністю до високої тривожності цей вплив стає особливо відчутним. З іншого боку, тривога має значний позитивний потенціал, здатний сприяти особистісному розвитку. Як емоція, орієнтована на майбутнє, вона підвищує рівень активності, надає важливу інформацію про можливі загрози й одночасно відкриває нові шляхи для самореалізації. На практичному рівні

тривога слугує дієвим інструментом регулювання поведінки, допомагаючи мобілізувати внутрішні ресурси - психологічні, фізіологічні та поведінкові - для вирішення проблемних ситуацій та адаптації до умов невизначеності [10].

Стан тривоги є складним і динамічним явищем, яке включає кілька ключових складників: вплив стресових факторів, суб'єктивне відчуття загрози, саме переживання тривоги, когнітивну оцінку ситуації та своїх можливостей, активацію психологічних захисних механізмів, а також формування поведінкових реакцій. Теорія тривоги має враховувати також схильність індивіда до переживання цього стану, що виражається у концептуальній моделі, яка пояснює індивідуальні відмінності у сприйнятливості до тривоги в різних стресових умовах [11].

Перебуваючи у стані тривожності, людина часто відчуває невизначеність і страх перед майбутнім. Цей стан може виникати з різних причин, але важливо розуміти, що він може суттєво впливати на психічне здоров'я та загальний стан організму. Коли тривога стає хронічною і зливаючись із депресією, виникає складна ситуація, що потребує уваги та своєчасного втручання. Способи, якими тривога може сприяти розвитку депресії, можуть бути різними для кожної людини. У деяких випадках постійний стрес і тривожні ситуації поступово ведуть до емоційного виснаження, відчуття втоми та безнадійності. Інші ж можуть переживати приступи паніки, що лише посилюють симптоми депресії і ускладнюють процес лікування.

Тривога є невід'ємною частиною психічного стану і має значний вплив на розвиток депресії. Вона проявляється через різноманітні механізми, які взаємно посилюють один одного, що створює складну ситуацію для пацієнтів. Розуміння цього впливу є важливим для ефективної роботи з депресією та зниження ризику її розвитку [12].

Тривога, як суттєвий компонент психологічного стану, може сприяти депресії різними способами, і її вплив вимагає глибокого вивчення.

Визначення та усвідомлення цього впливу допомагають у розробці стратегії лікування пацієнтів, орієнтуючись на індивідуальні потреби кожної особи. Зокрема, розробка індивідуалізованих методів боротьби з тривогою дозволяє знизити її негативний вплив на психічний стан і, таким чином, зменшити ймовірність розвитку депресії [13].

Депресія - це не просто постійне пригнічення настрою, песимізм чи відмова від спілкування. Це серйозний психічний розлад, який може мати серйозні наслідки. Особи, які страждають від депресії, втрачають здатність отримувати радість від життя, їм складно справлятися з повсякденними труднощами, і вони часто шукають негативні варіанти вирішення проблем. Водночас важливо усвідомлювати, що депресія піддається лікуванню, і її можна ефективно коригувати.

У всіх країнах спостерігається тенденція до швидкого зростання кількості людей, які страждають від депресії. Прояви цього захворювання різноманітні, але всі вони мають негативні наслідки як для психологічного, так і для соматичного здоров'я. Якщо депресію не лікувати, вона може перейти в тяжку форму, яка може стати причиною суїциду. Дослідження, проведені у різних країнах, показують, що депресія, подібно до серцево-судинних захворювань, стає однією з найбільш поширених хвороб [14].

Вивчення депресивних розладів є актуальною темою для багатьох практикуючих клініцистів, серед яких відомі такі вчені, як Г. Блумберг, К. Ізард, Ш. Шварцц, А. Бек, Дж. Давіс, Мейер, М. Гельдер, Д. Гет, Р. Мейо та інші. У своїх роботах ці науковці аналізують різні теорії депресивних явищ, визначають чинники, що впливають на виникнення депресивних симптомів, а також пропонують методи лікування депресивних розладів.

Зокрема, І. Г. Малкіна-Пих вивчала різні аспекти депресії; Б. Д. Карвасарський та Н. І. Бігун аналізували особливості прояву депресивних розладів у молоді та підлітків; Ю. І. Єлисеєв займався дослідженням психосоматичних розладів, до яких входить і депресія; В. Н. Синицький зосереджувався на вивченні депресивних станів [15].

Дослідники пропонують численні моделі виникнення депресії, проте жодна з них не є вичерпною, оскільки депресія є мультифакторним захворюванням. Це не лише ускладнює діагностику та виявлення причинних механізмів розвитку депресії, але й ускладнює її лікування та профілактику на різних етапах. Депресія спричиняє значні психологічні, емоційні та фізичні страждання, що негативно впливають як на якість життя пацієнта, так і на рівень його соціальної та трудової активності, часто приводячи до інвалідизації.

Залежно від рівня прояву та причин виникнення депресії, розрізняють кілька її груп. За сучасними науковими підходами депресивні стани поділяються на психогенні, ендогенні та соматогенні. Психогенні депресії виникають через психологічні або стресові ситуації. Ендогенні депресії спостерігаються в рамках психічних захворювань, таких як шизофренія, маніакально-депресивний психоз або інволюційна меланхолія. Соматогенні депресії пов'язані з фізичними захворюваннями, які викликають депресивні стани [16].

Різні науковці по-різному визначають ступінь розвитку депресивного стану. За методикою В. А. Жмурова, депресія може бути мінімальною, легкою, помірною, вираженою або глибокою. А. Т. Бек у своїй шкалі вираженості депресії виділяє три основні ступені: легкий, середній та високий. В. Зунг та Т. І. Балашова, у своїй методиці диференціальної діагностики, оцінюють загальний стан особистості та її настрій, на основі чого визначають рівень депресії, включаючи такі категорії, як низький рівень депресивного стану, субдепресія, депресія та високий рівень вираженості депресії [17].

Депресія може мати різні прояви, і однією з її форм є прихована або латентна депресія, яка характеризується переважно соматичними симптомами.

Ознаки депресії діляться на 4 групи:

1. Емоційні прояви: серед емоційних симптомів виділяють пригнічений настрій, зниження життєвої активності та інтересу до життя. Спостерігається безсоння або надмірна сонливість, психомоторне збудження чи загальмованість, хронічна втома і відчуття втрати енергії. Також характерні нав'язливі думки про смерть, спроби суїциду, низька самооцінка, труднощі у зосередженні уваги, прийнятті рішень та загальне відчуття безнадії.

2. Фізіологічні прояви: до фізіологічних ознак належать когнітивні та психомоторні розлади, підвищена стомлюваність, зниження статевого потягу. Люди втрачають задоволення від звичних активностей, мають порушення сну, зміни апетиту (його зниження або збільшення), скаржаться на фізичний біль, закрепи та загальну дискомфортність.

3. Поведінкові прояви: на поведінковому рівні спостерігається занепокоєння, дратівливість, нервозність, гнів, раптові напади плаксивості або смутку. Відзначається загострення міжособистісних конфліктів, соціальна ізоляція, відмова від хобі чи колишніх інтересів, а також схильність до вживання алкоголю чи психоактивних речовин.

4. Когнітивні (розумові) прояви: на рівні мислення виникають труднощі у концентрації уваги, зниженні швидкості мислення, проблеми з прийняттям рішень, песимістичне світосприйняття та загальне уповільнення когнітивних процесів [18].

При депресії симптоми мають виражений і тривалий характер, зберігаючись більшу частину дня протягом щонайменше двох тижнів. Вони суттєво впливають на здатність особи ефективно функціонувати в різних аспектах життя, таких як робота, навчання, стосунки та хобі. Саме стійкість цих проявів, порушення психічних функцій і схильність до песимістичного мислення відрізняють депресію від тимчасових емоційних спадів чи змін настрою, які є нормальними для людського життя.

Депресія може мати різні прояви залежно від віку, форми або індивідуальних особливостей. Вона здатна "маскуватися" під інші стани, а в

окремих випадках, як-от при біполярному розладі, депресивні періоди чергуються з епізодами надмірно піднесеного настрою чи нереалістичного оптимізму. Часто люди з депресією не усвідомлюють наявності психічного розладу, сприймаючи своє життя як "нещасливе" або "безнадійне". Тому за наявності стійкого пригніченого настрою, апатії або песимізму важливо звернутися до фахівця для точної діагностики та отримання необхідної допомоги.

Отже, депресія є складним розладом, який виникає через взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів. Генетична схильність може збільшити ризик депресії, але не гарантує її появу. Вона стає значущою за наявності життєвих стресів, таких як травматичний досвід у дитинстві, брак емоційної підтримки чи складні соціальні умови. Особи з низькою самооцінкою, схильністю до самозвинувачень і критики теж є більш вразливими до цього розладу.

Стресові події, такі як втрата роботи чи розлучення, нерідко стають тригером депресії. Важливу роль також відіграє відсутність соціальної підтримки або перебування у ворожому середовищі, наприклад, у ситуаціях булінгу. Дослідження підкреслюють роль «підтримуючих циклів»: пригнічений настрій і песимізм призводять до зниження активності, уникнення проблем і обмеження соціальних контактів. Це, у свою чергу, погіршує ситуацію, створюючи замкнене коло депресії [19].

Терапія депресії визначається її тяжкістю. При легких формах або депресіях середнього ступеня застосовується психотерапія, а також акцентується увага на змінах у способі життя, таких як фізичні вправи та техніки самодопомоги.

У випадках середньої або важкої депресії зазвичай використовують комплексний підхід, що включає як психотерапію, так і антидепресанти. Проте, поширена думка, що всі пацієнти з депресією приймають антидепресанти, є неправильною - багато хто обходиться без медикаментозного лікування [20].

Антидепресанти допомагають відновити енергетичний баланс мозку, тоді як сучасні психотерапевтичні методи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), навчають людей протистояти негативним думкам, долати проблеми, будувати здорові соціальні зв'язки та сприяти особистісному зростанню. Вони допомагають розвивати самооцінку, доброзичливість до себе та здатність жити згідно з власними цінностями, тим самим виходячи з пастки депресії [19].

Таким чином, депресія та тривога є взаємопов'язаними станами, які значно впливають на психічне та фізичне здоров'я людини. Тривога характеризується відчуттям напруженості, страху чи невизначеності, що можуть стати тригерами для розвитку депресії, особливо у випадках тривалої дії стресових факторів. Водночас депресія проявляється стійким пригніченим настроєм, втратою інтересу до життя та загальною апатією, що може супроводжуватися підвищеним рівнем тривоги.

І тривога, і депресія виникають під впливом біологічних, психологічних і соціальних факторів, таких як стресові події, генетична схильність чи несприятливі умови. Сучасні дослідження підкреслюють важливість виявлення цих станів на ранніх етапах. Комплексний підхід до лікування, який може включати психотерапію, медикаментозну терапію та зміну способу життя, є ключовими для відновлення якості життя та зниження ризику подальших ускладнень.

1.2. Основні принципи когнітивно-поведінкової терапії та її застосування в психотерапії

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) широко використовується для лікування різноманітних психічних розладів. Її історія сягає часів античної філософії і включає вплив теорій І. Павлова, а також робіт дослідників поведінкової терапії, таких як Б. Ф. Скіннер і Д. Вольпе у 1950-х роках. У подальшому розвиток КПТ отримав значний внесок від когнітивної терапії

А. Елліса та А. Бека, які акцентували увагу на зміні когнітивних патернів для досягнення емоційних і поведінкових змін. На основі цих підходів сформувався багатогранний напрям КПТ із різноманітними методиками, заснованими на концепціях, розроблених А. Беком, що вважається одним із її засновників.

Протягом розвитку когнітивно-поведінкового підходу було розроблено дієві протоколи для терапії тривожних розладів, депресії та інших психічних розладів. КПТ демонструє доведену ефективність, однак для кожного пацієнта важливо індивідуально підбирати компоненти терапії, які сприяють покращенню їхнього стану та якості життя. Цей метод зазвичай має короткостроковий характер, орієнтований на формування навичок і корекцію неадаптивних емоційних реакцій шляхом змін у мисленні та поведінці [21].

У ХХ столітті домінуючим підходом у психотерапії був біхевіоризм, який акцентував увагу на тому, що поведінка людини формується як сукупність рефлексів і реакцій на зовнішні стимули. Психіатр А. Бек розвинув цю теорію, зазначивши, що не лише зовнішні фактори, але й спосіб мислення людини значно впливають на її поведінку та емоційний стан. Це відкриття стало основою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), головною метою якої є трансформація мислення пацієнта для покращення його емоційного благополуччя та поведінкових реакцій.

Наші звички мислення часто є джерелом негативних емоцій і переживань. Вони спричиняють фокусування на проблемах, провокують тривогу, занепокоєння, а іноді - стан пригніченості чи депресії.

Когнітивно-поведінкова терапія допомагає виявити такі негативні стереотипи мислення, поступово позбавляючи клієнта від їхнього впливу. У процесі терапії вони замінюються на більш позитивні та корисні установки. Такий підхід сприяє критичному переосмисленню людиною свого сприйняття реальності та формуванню нових, ефективніших моделей поведінки [22].

Ранні напрямки когнітивно-поведінкової терапії зосереджувалися переважно на корекції поведінки, тоді як пізніші акцентували увагу на когнітивних процесах та базових переконаннях, які впливають на сприйняття світу пацієнтом. Сучасний когнітивно-поведінковий підхід розширив свій фокус, приділяючи увагу духовним аспектам і значущим для клієнта сенсам. Нова школа КПТ спрямована на розвиток усвідомлення, прийняття та відповідального ставлення до власних емоцій.

Когнітивно-поведінкова терапія спрямована не стільки на ведення тривалих діалогів, скільки на вирішення конкретних завдань і проблем пацієнта. Чітке визначення запитів, таких як тривожні розлади, фобії чи депресія, є ключовим фактором успішності терапевтичного процесу [23].

Основна мета когнітивно-поведінкової терапії - допомогти клієнту краще усвідомити власні емоції та створити нові, ефективні моделі мислення. Це сприяє розвитку психологічної гнучкості, що дозволяє не лише вирішувати початкові проблеми, а й самостійно справлятися з викликами в майбутньому.

Для досягнення бажаного результату в когнітивній терапії, розробленій Аароном Беком, застосовуються три ключові стратегії: емпіризм співробітництва, сократичний діалог та спрямоване відкриття. Завдяки цим методам когнітивно-поведінкова терапія є надзвичайно ефективною у подоланні психологічних труднощів.

Емпіризм співпраці:

- психотерапевт виступає співтворцем і провідником, допомагаючи пацієнту досягати прогресу;
- клієнт бере активну участь у психотерапевтичному процесі, задаючи питання та проявляючи цікавість;
- мета терапевта полягає не в навчанні клієнта «правильного» мислення, а у сприянні глибшому самопізнанню.

Сократичний діалог:

- психотерапевт у формі сократичного діалогу ставить запитання пацієнту;

- такі запитання спонукають клієнта переосмислювати свої переконання та знаходити рішення для запиту;
- у процесі пошуку відповідей психолог лише звертає увагу на суперечності в думках, тоді як остаточні висновки робить сам клієнт.

Спрямоване відкриття:

- КПТ спеціаліст не пропонує готових відповідей — клієнт самостійно формулює свої відкриття;
- у процесі терапії клієнт починає помічати власні викривлення мислення;
- терапевт створює безпечний простір, де пацієнт може зробити ці відкриття та інтегрувати їх у свій досвід.

Отже, когнітивно-поведінкова терапія ґрунтується на активній ролі клієнта у процесі самопізнання, критичного переосмислення власних переконань і виявлення викривлень мислення, чому сприяє терапевт, створюючи безпечне середовище для самостійних відкриттів [24].

Когнітивно-поведінковий підхід базується на кількох принципах, які детальніше роз'яснюють процес терапії (див. Таблиця 1.1).

Таблиця 1.1

Принципи когнітивно-поведінкової терапії

Принцип	Характеристика
Когнітивний	Когнітивна психологія виходить із припущення, що думки людини безпосередньо впливають на її поведінку. Те, як індивід сприймає проблему, визначає його наступні дії та реакції.
Поведінковий	Думки впливають на поведінку, а поведінка, у свою чергу, зміцнює певний спосіб мислення. Це нагадує замкнуте коло, в якому клієнт лише підтримує та поглиблює існуючу проблему.
Планування	Терапевт визначає чіткі завдання та цілі, розробляє план і оцінює прогрес на кожному етапі терапії.
Співробітництва	Клієнт бере активну участь у терапевтичному процесі, виконуючи завдання та ініціюючи обговорення своїх проблем.
Тут і зараз	КПТ зосереджена на вирішенні конкретної актуальної проблеми, а не на загальному аналізі всього внутрішнього світу клієнта.
Емпіричності	Психотерапевт оцінює ефективність застосованих методів КПТ на практиці та за потреби коригує хід терапії.

Джерело: розроблено автором за [24]

Таким чином, усі ці принципи когнітивно-поведінкової терапії підкреслюють активну роль клієнта в терапевтичному процесі, орієнтацію на

конкретні, практичні завдання та чітко визначення цілей лікування. Психотерапевт не лише сприяє розвитку нових стратегій для вирішення актуальних проблем, а й постійно перевіряє ефективність застосованих методів, коригуючи терапію за необхідності. Такий підхід забезпечує гнучкість та орієнтованість на результат, зосереджуючи увагу на активних змінах у мисленні і поведінці клієнта [25].

Когнітивно-поведінкова терапія охоплює широкий спектр проблем, від труднощів з самооцінкою та міжособистісними взаємодіями до кризових ситуацій та кар'єрних викликів. Основне завдання - чітко визначити запит, і КПТ терапевт допоможе клієнту досягти бажаних результатів.

Когнітивно-поведінкова терапія має низку основних переваг (див. Таблиця 1.2).

Таблиця 1.2

Основні переваги когнітивно-поведінкової терапії

Перевага	Характеристика
Ефективна	Цей напрямок має найвищу наукову доказовість ефективності. Він базується на емпіричних даних, високо оцінюється серед фахівців і використовує знання з психіатрії, нейробіології та педагогіки.
Цілеспрямована	Ця терапія фокусується на виявленні конкретної проблеми та досягненні бажаного результату. Психотерапевт не заглиблюється в самопошук клієнта, а разом з ним формує цілі та працює над поліпшенням якості його життя.
Короткострокова	Когнітивно-поведінкова терапія орієнтована на досягнення стійких результатів за короткий час, часто протягом 5-20 сесій, зосереджуючись на вирішенні конкретних проблем і зміні способу мислення клієнта.
Структурована	Цей підхід базується на використанні чітко визначених методів, стратегій та технік для роботи з клієнтами. Кожна сесія має структурований план, який коригується залежно від потреб і специфіки кожного пацієнта.

Джерело: розроблено автором за [25]

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія є одним із найефективніших підходів у психотерапії, що демонструє високі результати у роботі з різними психічними розладами, такими як депресія, тривожні стани, панічні атаки, посттравматичний стресовий розлад, фобії та залежності. Основу КПТ становить ідея, що емоції та поведінкові реакції

людини визначаються її мисленням і переконаннями. Тобто, спосіб сприйняття реальності, а також внутрішні установки можуть спричинити виникнення негативних емоцій і дезадаптивної поведінки, що своєю чергою посилює проблему. [26].

Основним принципом КПТ є те, що змінюючи мислення, можна вплинути на емоції і поведінку. Це дозволяє пацієнту не лише розпізнати свої негативні думки, а й замінити їх на більш адекватні й конструктивні. Техніки КПТ орієнтовані на те, щоб клієнт самостійно виявляв і коригував свої переконання, а також навчався новим способам реагування на стресові ситуації.

Негативні автоматичні думки (НАД) є важливим чинником, що впливає на психічний стан людини та її емоційне благополуччя. Вони можуть виникати мимоволі та без усвідомлення, значно впливаючи на наші емоції та поведінку. Такі думки здатні підсилювати тривогу, депресію та загальну незадоволеність життям [27].

Відомий психолог Девід Бернс визначає НАД як одну з основних причин депресії. На його думку, ці думки створюють депресивний настрій і сприяють збереженню цього стану, тоді як позитивне мислення здатне покращити емоційний стан. У свою чергу, Стівен Іларді наголошує, що думки впливають на емоції, а емоції формують поведінку. Він підкреслює, що виявлення та переоцінка негативних думок можуть змінити стан особистості[28].

Існує кілька методів ідентифікації НАД:

1. Свідоме спостереження. Особа аналізує свої думки та реакції, особливо в ситуаціях стресу, важливих рішень або невдач. Необхідно звертати увагу на повторювані фрази чи слова.

2. Ведення щоденника думок. У ньому фіксуються думки та емоційні реакції на події, що допомагає виявити шаблони негативного мислення.

3. Робота зі спеціалістом. Психотерапевт чи психолог допоможуть визначити конкретні типи негативних думок через обговорення та аналіз ситуацій.

4. Цифрові інструменти. Мобільні додатки чи онлайн-платформи, спрямовані на аналіз думок, пропонують вправи для рефлексії.

5. Когнітивно-поведінкова терапія. Цей підхід дозволяє виявляти та змінювати НАД під керівництвом фахівця, застосовуючи спеціальні методики аналізу та переформулювання.

Комбінація кількох із зазначених методів дає найкращі результати, сприяючи точнішій ідентифікації та мінімізації впливу негативних автоматичних думок[29].

Негативні автоматичні думки часто пов'язані з когнітивними викривленнями - систематичними помилками у мисленні. Найпоширеніші з них:

- Чорно-біле мислення: сприйняття ситуацій у крайнощах (наприклад, "або успіх, або провал");

- Катастрофізація: очікування найгіршого сценарію подій, навіть якщо він малоімовірний;

- Негативна фільтрація: зосередження виключно на негативних аспектах подій і ігнорування позитивних;

- Персоналізація: переконання, що ви є причиною всіх негативних подій;

КПТ допомагає розпізнати ці викривлення та замінити їх реалістичним мисленням.

Негативні переконання формуються під впливом досвіду, особливо в дитинстві або стресових ситуаціях. Наприклад, переконання "я недостатньо хороший" або "мене ніхто не любить" можуть впливати на:

- відчуття тривоги чи провини;
- уникнення нових можливостей через страх невдачі;
- самосаботаж у досягненні цілей.

КПТ фокусується на тому, щоб виявити джерело таких переконань, перевірити їх на достовірність та замінити більш здоровими установками [30].

Один із ключових підходів КПТ - створення "поведінкових експериментів", які допомагають перевірити негативні переконання. Наприклад, людина з переконанням "мені ніхто не допоможе" може попросити про допомогу в простій ситуації, щоб перевірити реальність цього переконання. Якщо переконання виявляється помилковим, пацієнт поступово змінює своє мислення.

На відміну від багатьох інших методів терапії, КПТ спрямована на навчання пацієнтів технік самодопомоги. Це забезпечує довгострокові результати, оскільки пацієнти отримують інструменти для роботи зі своїми думками навіть після завершення терапії. А групова КПТ дозволяє пацієнтам обмінюватися досвідом, підтримувати один одного та бачити прогрес інших учасників. Це створює додатковий мотиваційний ефект.

Когнітивно-поведінкова терапія – це одна з найбільш широко використовуваних і ефективних психотерапевтичних методик, яка базується на ідеї, що наші думки, емоції та поведінка взаємопов'язані. Вона орієнтована на допомогу людям у зміні неефективних або деструктивних патернів мислення і поведінки. КПТ допомагає людині зрозуміти, як її думки впливають на її емоційний стан та поведінку, а також навчити її замінити ці думки на більш реалістичні, адаптивні і корисні [31].

Процес терапії пацієнтів, що мали проблеми з тривожністю та депресією, був побудований на принципах когнітивно-поведінкової терапії, яка є однією з найбільш ефективних терапевтичних методик для корекції емоційних і психологічних проблем. Основною метою терапії було зниження рівня тривожності та депресії через зміни в автоматичних негативних переконаннях пацієнтів. Однією з найбільш важливих технік у рамках КПТ стала техніка "аналізу думок та переконань", яка надає пацієнтам

інструменти для більш конструктивного і раціонального підходу до складних ситуацій [32].

Техніка "аналізу думок і переконань" є однією з основних складових когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) і націлена на допомогу пацієнту в зміні автоматичних негативних думок, які часто є джерелом емоційних проблем, таких як тривога чи депресія. Вона ґрунтується на ідеї, що наші думки визначають, як ми сприймаємо світ і як реагуємо на нього емоційно. Тому зміна негативних, перебільшених чи неадекватних переконань дозволяє значно поліпшити психічний стан і допомогти людині більш адаптивно ставитися до стресових ситуацій.

Ключовою метою цієї техніки є допомогти пацієнтові виявити автоматичні негативні думки, які зазвичай виникають в стресових ситуаціях. Це можуть бути думки про власну неповноцінність, страхи перед майбутнім, невпевненість у собі чи надмірне переживання про оцінку з боку інших людей. Важливою особливістю є те, що ці думки часто є неусвідомленими і автоматичними, що ускладнює їх контроль і зміну [33].

Техніку аналізу негативних думок у рамках когнітивно-поведінкової терапії можна побачити в Таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Техніка аналізу негативних думок у рамках КПТ

Техніка	Опис	Ціль
Виявлення автоматичних думок	Фіксація думок, що виникають у складних ситуаціях	Усвідомлення повторюваних негативних патернів
Когнітивна реструктуризація	Аналіз та переоцінка негативних думок шляхом пошуку доказів «за» і «проти»	Зміна переконань, формування реалістичних думок
Техніка «Що найгірше може статися?»	Аналіз найгіршого сценарію розвитку подій, порівняння його реалістичності	Зниження катастрофізації думок
Пошук альтернативних пояснень	Розгляд інших можливих причин або наслідків ситуації	Розширення погляду на ситуацію
Щоденник думок	Регулярне записування негативних думок, пов'язаних емоцій та подій	Відстеження прогресу та ідентифікація шаблонів
Переоцінка переконань	Аналіз негативних переконань, пошук їхнього джерела	Формування позитивного мислення

Джерело: розроблено автором за [33]

Ця техніка дозволяє пацієнтам не тільки змінити їх думки, але й набути більш конструктивного ставлення до себе і до свого життя. В результаті змінюються не лише емоції, але й поведінка, адже більш позитивні та реалістичні переконання дозволяють пацієнтові більш впевнено реагувати на стрес і адаптуватися до складних ситуацій. Таким чином, техніка "аналізу думок і переконань" є надзвичайно ефективною для лікування таких розладів, як тривожні стани, депресія, панічні атаки і соціальні фобії [34].

Завдяки структурованому підходу та фокусуванню на конкретних проблемах, КПТ є короткостроковою і цілеспрямованою терапією, що дозволяє пацієнтам досягати значних змін за відносно коротким період часу. Важливою особливістю КПТ є її гнучкість, що дозволяє адаптувати методи і стратегії під індивідуальні потреби клієнта. Враховуючи доказову ефективність цього підходу, КПТ є одним із найбільш широко застосовуваних методів у сучасній психотерапії [35].

1.3. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії у подоланні тривоги та депресії

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш популярних і широко застосовуваних підходів у психотерапії, що ефективно допомагає людям із різноманітними психічними розладами. Цей метод, підкріплений значною кількістю наукових досліджень, має потужну доказову базу ефективності. КПТ інтегрована в сучасні стандарти лікування більшості психічних станів, включаючи депресію, тривожні розлади, розлади харчової поведінки, посттравматичний стресовий розлад, порушення особистості та багато інших.

Метод успішно застосовується серед різних вікових груп - від дітей до літніх людей - і використовується в індивідуальній, груповій чи сімейній терапії. Завдяки своїй універсальності та структурованому підходу, КПТ

займає ключову роль у сучасній психотерапевтичній практиці, сприяючи поліпшенню психологічного здоров'я пацієнтів у різноманітних форматах терапії[36].

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш ефективних підходів до зниження тривожності, а також лікування депресії. Цей метод спрямований на зміну негативних думок і поведінки, які провокують тривожність або пригнічений стан. У процесі терапії клієнти навчаються розпізнавати свої дисфункціональні переконання, замінюючи їх більш адаптивними і конструктивними. Основою КПТ є взаємозв'язок між думками, емоціями та діями, де зміна одного компонента здатна позитивно впливати на інші, знижуючи рівень тривожності [37].

Для пацієнтів із депресією КПТ допомагає боротися з відчуттям безнадійності та зниженої самооцінки, формуючи позитивні способи мислення та дії. Вона зосереджується на вирішенні конкретних проблем, навчаючи клієнта практичним навичкам для подолання симптомів. Важливою перевагою КПТ є її структурованість і короткостроковість, що дозволяє пацієнтам швидко відчувати позитивні зміни у своєму емоційному стані та якості життя. Вона допомагає розпізнавати негативні автоматичні думки, що підтримують стан пригніченості, і замінювати їх раціональними та адаптивними переконаннями. Крім того, терапія стимулює клієнтів до поступового повернення до активного життя, подолання апатії та відновлення почуття задоволення від повсякденних справ. Цей підхід допомагає не лише зменшити симптоми, але й запобігти їх рецидивам у майбутньому [38].

Психотерапевт спільно з клієнтом аналізує його мислення, визначаючи, як саме певні думки впливають на емоції та поведінкові реакції. Використовуючи різноманітні техніки та вправи, фахівець допомагає клієнту змінити негативні когнітивні схеми й навчитися більш адаптивним підходам до оцінки та реагування на життєві виклики.

КПТ також інтегрує поведінкові елементи, спрямовані на реальні зміни в житті клієнта. Разом із психотерапевтом розробляється конкретний план дій, що включає вправи та завдання для корекції поведінки й подолання звичок, які підтримують тривогу або депресію. Наприклад, це можуть бути техніки релаксації, формування досяжних цілей, детальне планування активностей і поступове залучення до соціальних взаємодій, що сприяє позитивним змінам [39].

Сучасні підходи до лікування тривожних розладів та депресії розроблені з урахуванням індивідуальних особливостей кожного випадку, що дозволяє максимально адаптувати терапію до потреб пацієнта. Незважаючи на різницю між конкретними протоколами когнітивно-поведінкової терапії, їх об'єднує низка ключових принципів. Основою всіх методів є когнітивна модель, яка пояснює взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою. Завдяки цьому підходу терапія фокусується на мішенях - конкретних аспектах мислення й поведінки, які потрібно змінити для досягнення стійких результатів.

КПТ є ефективною як для лікування тривожних розладів, так і для депресії, оскільки вона допомагає пацієнтам виявляти та змінювати негативні патерни мислення, що лежать в основі емоційних і поведінкових труднощів. У процесі терапії психотерапевт і клієнт працюють разом, аналізуючи проблеми пацієнта, формулюючи терапевтичні завдання та визначаючи план дій. Зміна дисфункціональних переконань, розвиток нових моделей поведінки та навчання навичкам управління емоціями є ключовими етапами терапії [40].

Для лікування депресії КПТ пропонує структуровані стратегії, спрямовані на подолання апатії, низької самооцінки та самокритики. Методики включають активізацію діяльності пацієнта, поступове повернення до звичного ритму життя, а також створення позитивного мислення та поведінки. Дослідження підтверджують, що цей підхід значно знижує

інтенсивність депресивних симптомів і запобігає їхньому повторному виникненню [41].

Американська асоціація психіатрів зазначає, що когнітивно-поведінкова терапія спирається на кілька ключових положень, серед яких:

- Непродуктивні способи мислення можуть стати причиною психологічних труднощів;
- Засвоєння неефективних моделей поведінки також може спричинити психологічні проблеми»
- Люди здатні навчитися більш ефективному мисленню і поведінці;
- Нові звички можуть сприяти зменшенню симптомів психічних і фізичних захворювань, а також допомагати діяти більш продуктивно.

Фахівці з КПТ виходять із припущення, що труднощі виникають не лише через події, але й через значення, яке люди їм надають. Непродуктивні емоції, такі як смуток, відчай або безсилля, разом із відповідними думками можуть знижувати впевненість у собі та ускладнювати подолання щоденних викликів [42].

Основи КПТ:

1. Теорія когніцій: КПТ ґрунтується на переконанні, що не ситуації самі по собі спричиняють емоційний дискомфорт, а саме те, як ми їх інтерпретуємо. Наші автоматичні думки, або переконання, формують наше ставлення до різних життєвих подій. Якщо ці переконання негативні або перебільшені, це може призвести до тривоги, депресії та інших емоційних проблем.

2. Поведінковий компонент: КПТ також включає в себе техніки зміни поведінки, що допомагають людям реагувати на стресові ситуації більш здоровими способами. Терапія допомагає пацієнтам розвивати стратегії для кращого управління своїми емоціями та поведінкою в повсякденному житті.

3. Рішення проблем: КПТ акцентує увагу на активному вирішенні конкретних проблем, що виникають у житті людини. Терапія не зосереджена

на аналізі минулого або глибинних психологічних причин, а на поточних проблемах та шляху їх вирішення.

4. Орієнтація на теперішній момент: у КПТ важливим аспектом є фокусування на теперішньому моменті, тобто на тому, як думки і поведінка пацієнта впливають на його життя зараз. Це дозволяє розвивати нові моделі поведінки та мислення, які стають більш адаптивними.

5. Активність пацієнта: один з головних принципів КПТ – це активна участь пацієнта в процесі терапії. Терапевт допомагає пацієнту зрозуміти, як його думки впливають на його емоції, а пацієнт, в свою чергу, активно застосовує отримані навички для змін у своєму житті [43].

Ефективність КПТ базується на її структурованості, доказовості та універсальності. Вона застосовується в роботі з різними групами пацієнтів - від дітей і підлітків до людей похилого віку, як у форматі індивідуальної терапії, так і в груповій чи сімейній роботі. Завдяки своїй відносно короткій тривалості - зазвичай 5-20 сесій - КПТ є доступною і практичною. Вона не лише допомагає вирішувати актуальні проблеми пацієнтів, а й сприяє формуванню навичок, що забезпечують тривалі позитивні зміни в житті [44].

Основні аспекти ефективності когнітивно-поведінкової терапії для лікування тривожних розладів та депресії, включаючи методи та техніки, які застосовуються в терапевтичному процесі (див. Таблиця 1.4):

Таблиця 1.4

Основні аспекти ефективності КПТ

Тип розладу	Методи КПТ	Ціль терапії	Техніки	Результат
Тривога	Когнітивна реструктуризація: аналіз і зміна ірраціональних переконань, що спричиняють тривогу	- зниження тривоги і страху; - підвищення контролю над емоціями	1.Ідентифікація автоматичних думок: виявлення спотворених думок, таких як катастрофізація 2.Експозиція: поступова, контрольована зустріч з ситуаціями, що викликають страх	- зменшення фізіологічних проявів тривоги; - підвищення здатності справлятися з тривожними ситуаціями

Продовження Таблиці 1.4

Депресія	Когнітивна реструктуризація та активація поведінки: зміна негативних переконань і заохочення активності	- зниження депресивних симптомів; - відновлення мотивації та соціальної активності	1.Активація поведінки: залучення до позитивної діяльності, що покращує настрій 2.Постановка досяжних цілей: визначення реалістичних цілей для покращення психоемоційного стану 3.Щоденник настрою: моніторинг емоцій для виявлення тригерів депресії.	- покращення настрою та соціальної взаємодії; - зменшення симптомів депресії
Загальна мета КПТ	Корекція поведінкових патернів: перехід від негативних до більш адаптивних патернів мислення та поведінки	- поліпшення психологічного та емоційного стану	1.Когнітивна реструктуризація: зміна переконань та думок, що спричиняють дискомфорт 2.Експозиція та активна участь: контрольований процес зустрічі з проблемними ситуаціями для зміни реакцій	- зменшення рівня тривоги, депресії, покращення загального самопочуття

Джерело: розроблено автором за [44]

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія є ефективним методом лікування тривожних розладів та депресії, зокрема завдяки здатності змінювати негативні патерни мислення і поведінки. Вона включає широкий спектр методів, таких як когнітивна реструктуризація, експозиція, активація поведінки та різноманітні техніки релаксації, що дозволяють клієнтам справлятися з тривогою та депресивними симптомами. Оскільки КПТ орієнтована на конкретні цілі, її застосування забезпечує швидші та стійкіші результати порівняно з іншими терапевтичними підходами, допомагаючи пацієнтам повернутися до активного і здорового життя [45].

Когнітивно-поведінкова терапія є однією з найбільш дієвих і науково обґрунтованих методик лікування тривожних розладів і депресії. Дослідження показують, що КПТ дозволяє змінити негативні думки і переконання, що є основними тригерами емоційних розладів, і допомагає пацієнтам адаптуватися до стресових ситуацій, знижуючи рівень тривоги і

депресивних симптомів. Вона фокусується на активній співпраці між терапевтом і клієнтом, де пацієнт не лише вчиться ідентифікувати й змінювати деструктивні патерни мислення, але й набуває нових стратегій для ефективного реагування на життєві труднощі [46].

Когнітивно-поведінкова терапія доводить свою високу ефективність в короткостроковому лікуванні тривоги та депресії, забезпечуючи стійкі результати завдяки структурованості терапії та чітким технікам, таким як когнітивна реструктуризація, експозиція та поведінкова активація. Ці методи дозволяють пацієнтам знижувати рівень емоційного стресу, покращувати якість життя та попереджати рецидиви. Зокрема, КПТ сприяє зміцненню самовпевненості, розвитку навичок подолання стресу та покращенню загального психічного здоров'я. Враховуючи науково доведену ефективність КПТ, цей підхід залишається одним із основних для лікування психічних розладів в сучасній психотерапії [47].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

За результатами першого розділу отримані наступні висновки:

1. Когнітивно-поведінкова терапія є одним з найбільш досліджених і ефективних підходів до лікування тривоги та депресії. Її основна мета - змінити негативні думки, переконання та поведінкові патерни, які сприяють розвитку або підтримці цих станів. Це досягається шляхом когнітивної реструктуризації та зміни небажаних поведінкових реакцій. Когнітивно-поведінкова терапія широко використовується в клінічній практиці завдяки її ефективності у зниженні симптомів тривоги та депресії.

2. Когнітивно-поведінкова терапія ґрунтується на розумінні, що думки, емоції та поведінка взаємопов'язані між собою. Це означає, що зміна одного з цих аспектів може призвести до позитивних змін у інших. Наприклад, зміна негативних когнітивних схем допомагає пацієнтам більш конструктивно реагувати на стресові ситуації, що, в свою чергу, зменшує рівень тривоги і

депресії. Завдяки цьому підхід є універсальним і застосовним для різних психічних розладів.

3. Одна з основних переваг КПТ полягає в її чіткій структурованості та націленості на конкретні терапевтичні завдання. Кожна сесія має план, що дозволяє ефективно працювати над визначеними проблемами, а також дає пацієнту змогу зосередитися на вирішенні актуальних питань. КПТ не лише допомагає змінювати негативні когнітивні патерни, а й включає практичні техніки, такі як поведінкова активація, що сприяє зміні конкретних звичок і поведінки, підтримуючих депресію та тривогу.

4. Когнітивно-поведінкова терапія інтегрує знання з різних наук - психології, психіатрії, нейробіології - і має велику доказову базу, що підтверджує її ефективність. Дослідження показують, що КПТ не тільки покращує емоційний стан пацієнтів, але й сприяє зміні нейропсихологічних процесів, що підтримують депресивні та тривожні симптоми. Такий підхід забезпечує високу точність та індивідуалізацію лікування.

5. Когнітивно-поведінкова терапія забезпечує цілісне розуміння взаємодії між когнітивними, емоційними та поведінковими аспектами психічних розладів. Терапевтичний процес є не лише зміною окремих елементів, а й створенням нових стратегій, що допомагають пацієнтам не лише подолати симптоми тривоги та депресії, а й покращити загальну якість життя. Пацієнт отримує навички, які допомагають йому справлятися з майбутніми труднощами, що робить терапію стійкою та довгостроковою.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОГОЮ ТА ДЕПРЕСІЄЮ

2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки

Дослідження проводилося з дотриманням чіткої послідовності етапів, починаючи з планування та організації до отримання і аналізу даних. Його основна мета полягала в оцінці рівня тривожності та депресії серед пацієнтів, які перебувають під наглядом в Українському державному науково-дослідному інституті медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України у м. Дніпро. Для цього було обрано стандартизовані психологічні методики, що гарантували надійність і об'єктивність результатів. Весь процес був узгоджений з етичними нормами, включаючи забезпечення конфіденційності даних учасників та отримання їхньої інформованої згоди.

Для забезпечення репрезентативності результатів вибірка формувалася за принципом добровільності та з урахуванням специфіки роботи Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності. У дослідженні брали участь пацієнти віком від 23 до 50 років, які зверталися за консультаціями чи перебували на лікуванні в інституті. Серед учасників були представники різних соціальних та професійних груп, що дозволило отримати широку варіативність даних. Вибірка включала пацієнтів із різними рівнями тривожності та депресії, що стало ключовим чинником для порівняльного аналізу [48].

Особливу увагу приділяли початковому скринінгу, метою якого було визначення психологічного стану учасників та рівня їхньої готовності до співпраці. Пацієнтам надавалися докладні роз'яснення про мету, процедуру дослідження та очікувані результати. Для зменшення ризику упередженості у

відповідях пацієнтів було створено комфортну атмосферу під час інтерв'ю та анкетування.

Важливим аспектом організації стало використання стандартизованих інструментів, таких як: Шкала тривоги Спілбергера (STAI), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Шкала тривоги Гамільтона (HARS), Шкала депресії Бека, Методика диференціальної діагностики депресивних станів Цунга, Методика вимірювання рівня тривожності Тейлор. Ці методики допомогли точно визначити рівень емоційного стану кожного учасника та виявити загальні тенденції у вибірці. Анкетування проводилося у двох форматах: індивідуально, з можливістю отримати роз'яснення під час заповнення, та самотійно, що забезпечувало гнучкість і зручність для учасників.

Завдяки структурованому підходу до організації дослідження вдалося зібрати комплексні дані, які надалі використовувалися для аналізу, побудови висновків та формулювання рекомендацій. Налагоджений процес збору інформації та формування вибірки забезпечив об'єктивність і практичну цінність результатів [49].

Дослідження здійснено за допомогою структурованого підходу, що включає методи кількісного та якісного аналізу даних. Це дозволило не лише виміряти рівні тривоги та депресії за допомогою стандартизованих шкал, а й отримати додаткову інформацію про суб'єктивне сприйняття учасниками свого психологічного стану. Дослідження було поділено на три основні етапи:

1. Підготовчий етап – скринінг та формування вибірки;
2. Основний етап – проведення психологічного тестування та інтерв'ю;
3. Завершальний етап – обробка, аналіз та інтерпретація результатів.

Крім кількісного вимірювання, проводилися напівструктуровані інтерв'ю, які допомогли глибше зрозуміти індивідуальні переживання учасників. Запитання інтерв'ю були спрямовані на:

- опис відчуттів, пов'язаних із тривогою чи депресією;

- ідентифікацію стресових чинників у житті учасників;
- ставлення до психотерапії та методів когнітивно-поведінкової терапії.

Важливим компонентом організації стало дотримання етичних норм дослідження. Усі учасники підписували інформовану згоду, що включала пояснення мети дослідження, прав учасників та гарантії конфіденційності даних.

Після завершення збору даних результати були систематизовані та оброблені за допомогою статистичних методів аналізу. Це дозволило виявити закономірності між різними змінними та сформулювати обґрунтовані висновки щодо ефективності КПТ у роботі з тривогою та депресією.

Значна увага приділялася також індивідуальним особливостям учасників, що проявлялися у відповідях на якісні запитання під час інтерв'ю. Це дозволило створити комплексний профіль кожного учасника та виявити типові патерни поведінки, які можуть сприяти посиленню тривоги чи депресії. Зокрема, було виявлено:

- поширені стресові чинники, такі як проблеми на роботі, сімейні конфлікти або фінансова нестабільність;
- особливості когнітивних переконань, пов'язаних із негативним мисленням та уникненням ситуацій;
- роль соціальної підтримки та ставлення до терапевтичного процесу.

Отримані результати були використані для створення узагальнених рекомендацій щодо підходів у когнітивно-поведінковій терапії, які можуть бути адаптовані для різних категорій пацієнтів. Таким чином, дослідження надало не лише кількісну оцінку рівнів тривоги та депресії, але й поглиблене розуміння суб'єктивного досвіду учасників, що є важливим для практичної психологічної роботи [50].

2.2. Інструменти оцінки тривоги та депресії: опис використаних методик

Оцінка рівня тривоги та депресії є важливою частиною психологічної діагностики, оскільки ці стани можуть суттєво впливати на психоемоційний стан людини і її загальний функціональний рівень. Для точного вимірювання цих станів використовуються різноманітні психологічні методики, які дозволяють не тільки оцінити поточний рівень тривоги і депресії, але й відслідковувати зміни протягом лікування чи психокорекційної роботи.

Ці інструменти дозволяють психологам та психотерапевтам отримати об'єктивні дані про психоемоційний стан пацієнта, що, в свою чергу, допомагає приймати рішення щодо вибору методів лікування або корекції. До таких методик відносяться різні опитувальники, шкали та тести, які забезпечують детальний аналіз стану тривоги та депресії.

У цій роботі були використано 6 методик для оцінки тривоги та депресії. Ці інструменти дозволяють здійснити об'єктивну оцінку психоемоційного стану пацієнта, що важливо для коректної діагностики та вибору подальшої стратегії лікування чи корекційної роботи. Використання таких методик забезпечує точність у визначенні рівня тривоги і депресії, що дозволяє надавати ефективну психологічну підтримку та допомогу пацієнтам.

1. Шкала тривоги Спілбергера (STAI) (див. Додаток А)

Дана шкала складається з двох підшкал: ситуативної тривожності та особистісної тривожності.

Перша підшкала вимірює рівень тривоги, який виникає в конкретний момент часу, оцінюючи відчуття страху, напруженості, нервозності та реакції вегетативної нервової системи. Цей тип тривожності є реакцією на стресові ситуації та може змінюватися залежно від обставин.

Друга підшкала оцінює стабільні риси особистості, пов'язані зі схильністю до тривоги. Особистісна тривожність характеризує індивіда як

особу, яка схильна сприймати багато ситуацій як загрозові, що спричиняє постійну тривогу. Високий рівень особистісної тривожності може призводити до того, що будь-яка ситуація викликає стрес і виражену тривогу.

Метою шкали є оцінка рівня ситуативної та особистісної тривожності, що дає можливість виявити, чи є у людини схильність до тривоги в цілому. Шкала дозволяє диференціювати ці два аспекти тривожності: ситуативну (що змінюється залежно від ситуації) і особистісну (яка є стабільною характеристикою особистості).

Перевагою цього інструменту є його висока внутрішня валідність і здатність давати чітке розуміння рівня тривожності на двох рівнях, що робить його одним із найпоширеніших і ефективних для оцінки тривожності [51].

2. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (див. Додаток Б)

Дана шкала є популярним інструментом для оцінки рівня тривожності та депресії. Розроблена для виявлення психологічних розладів у пацієнтів, які перебувають на лікуванні в медичних установах, вона призначена для використання як в умовах госпіталізації, так і амбулаторного лікування. Однією з основних переваг шкали є її здатність оцінювати симптоми тривоги та депресії без урахування соматичних симптомів, що можуть виникати внаслідок фізичних захворювань.

Шкала складається з 14 запитань, поділених на два блоки по 7 запитань:

- Блок тривожності оцінює емоційні та фізичні симптоми тривоги, такі як нервозність, дратівливість, почуття тривоги.

- Блок депресії фокусується на симптомах депресії, таких як сум, втома, відчуття безнадійності.

Особливістю шкали є її адаптація для пацієнтів з соматичними хворобами, що дозволяє ефективно визначати психоемоційний стан пацієнтів у контексті їх фізичного здоров'я. Вона є зручною та швидкою у використанні, що робить її особливо корисною в лікарнях і клініках,

дозволяючи швидко виявити симптоми тривожності та депресії без потреби у значних ресурсах. Перевагою шкали є її здатність швидко та ефективно оцінити психоемоційний стан пацієнтів з різними соматичними захворюваннями, що робить її важливим інструментом у медичній практиці [52].

3. Шкала тривоги Гамільтона (HARS) (див. Додаток В)

Дана шкала є однією з найпоширеніших методик для оцінки рівня тривоги в клінічних умовах. Розроблена в 1959 році британським психіатром Максом Гамільтоном, ця шкала дозволяє виміряти ступінь вираженості тривожних симптомів у пацієнтів. Вона складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінює фізичні, емоційні та когнітивні аспекти тривожності.

Основні категорії, що оцінюються в шкалі, включають:

Фізичні симптоми - серцебиття, пітливість, тремор, запаморочення та інші соматичні ознаки тривоги.

Емоційні симптоми - відчуття страху, напруженості, нервозності.

Когнітивні симптоми - зосередженість на тривожних думках, труднощі з концентрацією уваги.

HARS є важливим інструментом для оцінки ефективності лікування тривожних розладів, оскільки дозволяє відслідковувати динаміку симптомів протягом терапії. Вона підходить як для первинної діагностики, так і для моніторингу прогресу в лікуванні. Однією з переваг шкали є її простота у використанні, що дозволяє проводити оцінку без складного або тривалого тестування, роблячи її ефективним інструментом у клінічній практиці.

Шкала має високу детальність, дозволяючи не лише оцінити рівень тривожності, але й отримати глибше розуміння того, як саме тривога проявляється у фізичному, емоційному та когнітивному аспектах життя пацієнта. Це дає можливість точніше визначити ступінь тяжкості тривоги та планувати подальші психотерапевтичні втручання [53].

4. Шкала депресії Бека (див. Додаток Г)

Дана шкала, розроблена американським психологом Аароном Беком у 1961 році, є однією з найбільш популярних і широко використовуваних методик для оцінки рівня депресії. Вона складається з 21 запитання, які оцінюють різні аспекти депресії, такі як емоційний стан, фізичні симптоми, когнітивні прояви та поведінкові зміни. Запитання шкали охоплюють:

Емоційний стан - почуття суму, безнадійності, тривоги.

Фізичні симптоми - утомлюваність, порушення сну, зміни апетиту.

Когнітивні симптоми - труднощі з концентрацією, відчуття провини.

Поведінкові зміни - зниження інтересу до звичних діяльностей, зниження мотивації.

Шкала широко використовується як в клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Вона дозволяє ефективно оцінювати рівень депресії у пацієнтів та відстежувати зміни в їх стані під час терапії. Однак важливо пам'ятати, що шкала є лише інструментом для виявлення депресії, а остаточний діагноз повинен бути поставлений кваліфікованим спеціалістом на основі комплексного оцінювання.

Унікальність шкали Бека полягає в тому, що вона не лише оцінює емоційний стан пацієнта, але й когнітивні аспекти депресії, дозволяючи оцінити, як саме депресія впливає на мислення людини. Це дає можливість точніше визначити ступінь тяжкості депресії і вжити відповідних заходів для лікування.

Перевагою шкали є її здатність виявляти навіть легкі прояви депресії, які можуть бути не помічені іншими інструментами. Завдяки своїй популярності та точності, шкала Бека є важливим інструментом для діагностики та терапії депресії [54].

5. Методика диференціальної діагностики депресивних станів Цунга (див. Додаток Д)

Дана методика, розроблена китайським психіатром В. В. Цунгом у 1965 році, є одним із широко використовуваних інструментів для оцінки рівня

депресії. Ця шкала призначена для самостійного заповнення пацієнтами та дозволяє оцінити наявність депресивних симптомів, їх інтенсивність і вплив на повсякденне життя.

Методика складається з 20 запитань, які охоплюють різні аспекти депресії, зокрема:

Емоційні симптоми - зміни настрою, відчуття безнадійності.

Когнітивні симптоми - труднощі з концентрацією та мисленням.

Фізичні симптоми - утомлюваність, порушення сну.

Поведінкові зміни - зниження активності та мотивації.

Ця шкала дозволяє не лише виявити депресію, а й визначити її ступінь тяжкості, що є важливим для подальшого вибору тактики лікування. Важливою перевагою методики є її простота та швидкість у використанні, що робить її корисною для отримання первинних даних та швидкого діагностування.

Методика Цунга також широко застосовується для моніторингу змін у психічному стані пацієнтів протягом лікування, надаючи цінну інформацію про ефективність терапії. Вона дає змогу детально диференціювати депресивні прояви та швидко класифікувати пацієнтів за ступенем тяжкості їхнього стану.

Особливість цієї методики полягає в тому, що вона дозволяє не тільки діагностувати депресію, але й оцінити її ступінь тяжкості, що критично важливо для коректного вибору терапевтичної стратегії [55].

6. Методика вимірювання рівня тривожності Тейлор (див. Додаток Е)

Дана методика, розроблена американським психологом Дж. А. Тейлором у 1953 році, є одним з основних інструментів для оцінки рівня тривожності та окремих проявів тривожних реакцій. Шкала призначена для вимірювання як загальної тривожності, так і її конкретних аспектів, що включають фізіологічні, емоційні, поведінкові та інтелектуальні симптоми, пов'язані з підвищеним рівнем занепокоєння.

Методика складається з 50 запитань, що охоплюють різні аспекти тривожності. Результати оцінюються за трьома рівнями:

Низький рівень тривожності - рідкісні або мінімальні симптоми тривожності.

Помірний рівень тривожності - помірні симптоми, що можуть впливати на повсякденне функціонування.

Високий рівень тривожності - виражені симптоми, що суттєво порушують нормальне функціонування в соціальних та професійних сферах.

Ця шкала є популярним інструментом у психологічних дослідженнях та клінічній практиці для оцінки рівня тривожності у пацієнтів. Вона дозволяє точно визначити ступінь тривожних станів і ефективно планувати подальші терапевтичні заходи. Однією з основних переваг шкали Тейлора є її зручність і швидкість використання, що робить її ідеальним інструментом для швидкої первинної діагностики.

Особливість цієї методики полягає в тому, що вона вимірює схильність людини до тривожності як сталу рису особистості. Це важливо для визначення ймовірності розвитку тривожних розладів у майбутньому. Тейлорова шкала дозволяє оцінити потенціал розвитку тривожних реакцій у різних життєвих ситуаціях, що є ключовим для профілактики психічних розладів і розробки довгострокових терапевтичних стратегій [56].

Всі описані методики для оцінки тривожності та депресії мають значну ефективність у клінічній практиці, допомагаючи не тільки в діагностиці, а й в моніторингу емоційного стану пацієнтів під час лікування. Ці шкали забезпечують точне і структуроване вимірювання тривоги та депресії, що дозволяє психотерапевтам і лікарям визначити ступінь вираженості симптомів і підібрати відповідні терапевтичні методи.

Ці інструменти мають кілька ключових переваг: вони є простими у використанні, доступними для пацієнтів і лікарів, швидко дають результати і дозволяють стежити за змінами в стані пацієнта під час лікування. Окрім того, більшість з них є валідованими і широко застосовуються в клінічних

умовах для оцінки ефективності терапії та виявлення змін у психоемоційному стані пацієнтів.

Завдяки своїй чіткій структурі та можливості швидкого збору даних, ці методики дозволяють оцінити як тимчасові зміни в емоційному стані, так і довготривалі тенденції, що робить їх ефективними для діагностики і корекції тривожних та депресивних розладів. В результаті, такі шкали стають важливим інструментом для забезпечення точності і надійності в психологічній допомозі та підтримці пацієнтів [57].

Також було застосовано метод середніх величин та кореляційний аналіз за Пірсоном, які дозволили проаналізувати взаємозв'язки між досліджуваними показниками та узагальнити отримані дані.

Метод середніх величин використовується для характеристики типового рівня ознаки в досліджуваній сукупності даних. Це дозволяє отримати узагальнене уявлення про сукупність і виявити загальні закономірності.

Метод середніх величин був використаний для узагальнення кількісних даних, визначення середнього рівня показників, а також для порівняння. Цей метод дозволив оцінити базові характеристики вибірки та підготувати дані для подальшого кореляційного аналізу.

Кореляційний аналіз дозволяє оцінити силу та напрямок зв'язку між двома кількісними змінними. Метод базується на обчисленні коефіцієнта кореляції Пірсона (r), який показує ступінь лінійного зв'язку між змінними.

Інтерпретація r :

$r > 0$ - позитивний зв'язок (збільшення одного показника спричиняє збільшення іншого);

$r < 0$ - негативний зв'язок (збільшення одного показника спричиняє зменшення іншого);

$r = 0$ - відсутність лінійного зв'язку.

Метод кореляційного аналізу за Пірсоном застосовувався для визначення сили та напрямку зв'язків між ключовими змінними дослідження.

Наприклад, оцінювався вплив рівня тривожних станів на рівень депресивних станів. Це дозволило виявити значущі закономірності та оцінити їхню практичну важливість.

2.3. Етапи дослідження: організація процесу збору та аналізу даних

У процесі організації дослідження на базі практики в Українському державному науково-дослідному інституті медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України в м. Дніпро, етапи збору та аналізу даних були ретельно сплановані та структуровані. Основним завданням було вивчення рівня тривожності та депресії серед пацієнтів інституту за допомогою перевірених методик. Кожен етап дослідження був детально спланований, що забезпечило ефективність збору та аналізу даних.

У дослідженні були застосовані різні методи обробки даних для аналізу рівня тривожності та депресії у пацієнтів. Ось основні з них:

1. Кількісний аналіз

Цей метод дозволяє визначити, скільки пацієнтів мають певні рівні тривожності або депресії. Для цього використовуються числові значення, що відповідають різним ступеням тривожності чи депресії, що були отримані за допомогою шкал.

Після того, як пацієнти проходять діагностику, їхні результати за кожною шкалою переводяться в числа (наприклад, оцінки від 1 до 4 або від 0 до 3). Потім ці числа можна підсумувати для визначення середнього рівня тривожності або депресії в групі.

Наприклад, для визначення середнього рівня тривожності можна обчислити середнє значення всіх результатів за шкалами серед усіх учасників.

Це один із найпростіших і найзрозуміліших методів, який дає чітке уявлення про те, який рівень тривожності чи депресії переважає серед пацієнтів.

2. Кореляційний аналіз

Це метод, що дозволяє визначити, чи є зв'язок між двома змінними, наприклад, між рівнем тривожності та рівнем депресії. Кореляція показує, наскільки сильно та в якому напрямку змінюються ці показники разом (позитивно чи негативно).

У дослідженні кореляційний аналіз дозволив визначити наявність взаємозв'язку між рівнями тривожності та депресії. Для цього застосовувався статистичний коефіцієнт кореляції, який оцінює силу і напрямок зв'язку між цими змінними. Позитивна кореляція свідчить про те, що високий рівень тривожності супроводжується високим рівнем депресії, в той час як негативна кореляція вказує на те, що високий рівень одного фактору може бути пов'язаний з низьким рівнем іншого.

Це також досить простий метод для перевірки взаємозв'язків між різними змінними. Для його використання можна скористатися стандартними статистичними програмами або навіть простими онлайн-інструментами.

3. Якісний аналіз

Цей метод застосовується для опису того, як саме проявляються тривожність та депресія у поведінці пацієнтів. Він допомагає детально описати, в яких формах та контекстах пацієнти демонструють ці стани.

Після збору результатів, дослідник аналізує відгуки та спостереження за пацієнтами, щоб зрозуміти, як саме проявляються їхні симптоми. Наприклад, чи є у пацієнтів фізичні симптоми тривожності (пітливість, тремтіння) чи депресії (відчуття безнадійності), чи є зміни в їхньому поведінковому реакціях.

Наприклад, пацієнт може описати, що відчуває хвилювання перед важливою подією (що вказує на високий рівень ситуативної тривожності), або він може сказати, що не має енергії для виконання щоденних справ (що вказує на депресію).

Цей метод є більш суб'єктивним і вимагає уважності до деталей. Однак, для невеликої вибірки він є простим і зручним способом для кращого розуміння того, як пацієнти переживають свої симптоми.

Ці методи є основними та досить простими інструментами для обробки даних. Вони допомагають отримати наочні результати, зрозуміти взаємозв'язки між тривожністю та депресією, а також оцінити загальний психоемоційний стан пацієнтів.

Оскільки під час практики було використано техніки когнітивно-поведінкової терапії для корекції тривожності та депресії, було важливо порівняти дані до і після використання техніки «аналіз думок та переконань». Це дозволило виявити, як змінилися показники тривожності та депресії.

1. Початковий етап: оцінка стану пацієнта та встановлення терапевтичних цілей

Терапія починалася з оцінки стану пацієнта, що включала інтерв'ю та тестування для виявлення рівня тривожності та депресії. Це дозволяло створити індивідуальний план терапевтичної допомоги. Під час інтерв'ю спільно з пацієнтом розглядалися основні симптоми, з якими він стикається:

- Історія захворювання: психологічні проблеми, такі як тривожні розлади та депресія, могли мати різні причини: стресові ситуації, труднощі у міжособистісних стосунках, негативний досвід з минулого, чи інші зовнішні та внутрішні чинники. Було з'ясовано, коли саме з'явилися симптоми, наскільки вони впливають на життя пацієнта і які фактори їх погіршують.

- Ідентифікація автоматичних негативних думок: пацієнт починав вести щоденник думок, де фіксував ситуації, в яких він відчував тривогу або депресію, а також автоматичні думки, що виникали в ці моменти. Це допомагало виявити основні патерни негативного мислення, які викликали емоційний дискомфорт.

- Тестування рівня тривожності та депресії: пацієнт проходив стандартизовані тести для кількісної оцінки їх психологічного стану.

Це дозволяло чітко визначити основні цілі терапії:

- Зменшити рівень тривожності та депресії;
- Допомогти пацієнту виявляти та змінювати автоматичні негативні переконання;
- Покращити здатність пацієнта справлятися зі стресовими ситуаціями та розвивати впевненість у собі.

2. Основний етап: використання техніки "аналізу думок та переконань"

Цей етап був найбільш важливим у терапевтичному процесі і включав кілька послідовних етапів, кожен з яких був спрямований на зміну негативних автоматичних думок і формування нових конструктивних переконань.

Етап 1: Виявлення автоматичних негативних думок

Першим кроком було навчити пацієнтів розпізнавати і записувати свої автоматичні негативні думки, які виникали в тривожних або стресових ситуаціях. Ці думки часто були неусвідомленими і сприймалися як факти, тому було дуже важливо навчитися їх ідентифікувати. Пацієнти навчалися за допомогою щоденника думок фіксувати такі ситуації:

- Як реагували на ситуацію (емоційна реакція);
- Які думки виникали в голові (автоматичні переконання);
- Як ці думки впливали на їх емоції і поведінку (наприклад, тривога, депресія, ізоляція).

Типові автоматичні негативні думки, з якими стикаються пацієнти, включають:

- Невпевненість у собі: "Я не можу впоратися", "Я не достатньо компетентний";
- Страх соціальної оцінки: "Всі будуть сміятися зі мною", "Інші думають, що я неуспішний";
- Переконання у власній неповноцінності: "Я не вартий уваги", "Я завжди роблю все неправильно".

Етап 2: Критичний аналіз думок

Після того, як пацієнти почали виявляти свої автоматичні негативні думки, наступним кроком було критично оцінювати ці думки. Разом з пацієнтом було розглянуто ці думки, ставлячи такі запитання, які допомагали перевірити їх на логічність та реалістичність:

- Чи є фактичне підтвердження цієї думки? Наприклад, "Чи є реальні докази того, що я завжди не справляюся з завданнями?";

- Які є альтернативні пояснення ситуації? Наприклад, "Чи може бути, що я не помітив своїх успіхів, через фокусування на помилках?";

- Які інші трактування ситуації можливі? "Може бути, що люди не звертають уваги на мої недоліки або навіть не помічають їх?".

Задаючи ці питання, пацієнти починали розуміти, що їхні негативні думки не завжди обґрунтовані, і що є інші способи сприйняття ситуацій.

Етап 3: Заміна негативних думок на конструктивні

Наступним етапом було замінити негативні переконання на конструктивні. Пацієнти навчилися замінювати свою первісну негативну думку на більш реалістичну і позитивну. Наприклад:

- Заміна думки: "Я не впораюся" на "Це важко, але я маю досвід і ресурси, щоб справитися";

- Заміна думки: "Всі думають, що я неуспішний" на "Можливо, інші не помічають мої помилки або розуміють, що я вчусь на своїх досвідах";

- Терапевт допомагав пацієнтам не лише формулювати нові переконання, а й усвідомлювати, чому ці переконання більш реалістичні і адаптивні до їхньої ситуації.

Етап 4: Практика нових переконань у реальному житті

Ключовим етапом була закріплення нових переконань через практику в реальних життєвих ситуаціях. Пацієнти отримували завдання застосовувати нові способи мислення і поведінки в повсякденному житті. Пацієнтам було запропоновано змінювати свої реакції на стресові ситуації:

- Якщо пацієнт відчував тривогу через соціальну ситуацію, він мав застосувати нові конструктивні переконання про свої можливості;

- Якщо пацієнт відчував сумнів у своїх силах, він мав нагадати собі про свої попередні досягнення та ресурси, які йому доступні.

Цей етап був важливим для того, щоб пацієнти могли закріпити зміни в своїй поведінці та відчуттях, а також переконаннях через реальні практичні ситуації.

3. Завершальний етап: Оцінка результатів терапії

Після завершення терапії було проведено повторну оцінку психологічного стану пацієнтів за допомогою тих самих інструментів, що й на початку. Включено:

- Повторне тестування рівня тривожності та депресії за шкалами;
- Зворотний зв'язок від пацієнтів щодо змін у їхньому сприйнятті себе, рівня впевненості, способів реагування на стрес.

Пацієнти повідомляли, що:

- Вони почали відчувати меншу тривогу і депресію;
- Збільшився рівень впевненості у власних силах;
- Вони змогли більш конструктивно підходити до вирішення проблем і стресових ситуацій.

Важливою частиною було виявлення основних тенденцій і закономірностей, які могли б допомогти в розумінні емоційного стану пацієнтів. Вивчалися такі аспекти, як найбільш поширені тригери тривоги або депресії, а також фактори, які можуть полегшувати або посилювати симптоми.

На основі отриманих даних було складено висновки, що допомогли зрозуміти зв'язок між рівнем тривожності та депресії пацієнтів і можливими причинами їх виникнення. Ці висновки лягли в основу подальших рекомендацій для роботи з пацієнтами, зокрема для використання когнітивно-поведінкової терапії, щоб допомогти знизити рівень тривожності і депресії.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

За результатами другого розділу отримані наступні висновки:

1. Проведене дослідження дозволило виявити ключові аспекти проявів тривожності та депресії серед пацієнтів, які звертаються за психологічною допомогою. Використання стандартизованих методик забезпечило об'єктивність отриманих даних, а додаткове проведення напівструктурованих інтерв'ю дало змогу глибше зрозуміти суб'єктивний досвід учасників, що є важливим для ефективного застосування КПТ.

2. Оцінка тривожності та депресії є критично важливою складовою психологічної діагностики, що дозволяє отримати об'єктивні дані про психоемоційний стан пацієнтів. Використання стандартизованих методик, таких як шкали Спілбергера, Гамільтона, Бека, HADS, Цунга та Тейлора, забезпечує точність і валідність отриманих результатів, допомагаючи психотерапевтам ефективно діагностувати розлади та визначати терапевтичну стратегію.

3. Комплексний підхід до оцінки тривоги та депресії із залученням кількох інструментів дозволяє отримати цілісну картину психічного стану пацієнта. Ці методики є зручними для використання як у клінічних умовах, так і в дослідницькій діяльності, сприяючи точності діагностики та ефективності психологічної підтримки.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У ПОДОЛАННІ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ

3.1. Аналіз результатів психологічної діагностики осіб з ознаками тривоги та депресії

У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів, які перебували на обліку або проходили обстеження в Українському державному науково-дослідному інституті медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України. Усі учасники були пацієнтами цього медичного закладу, при цьому психологічні консультації чи обстеження проводилися в рамках комплексного лікування, а не через окреме звернення за психологічною допомогою.

У вибірці було 50 жінок (83,3%) та 10 чоловіків (16,7%). Такий розподіл за статтю є випадковим і не вказує на специфічні тенденції звернення за допомогою за гендерною ознакою. Оскільки дослідження не має на меті порівняння між статями, гендерний фактор не є головним об'єктом аналізу, але все ж може виявити певні особливості в прояві тривожних і депресивних станів серед жінок і чоловіків.

Пацієнти дослідження мали вік від 23 до 50 років. Цей віковий діапазон дозволяє охопити населення різного віку, що є важливим для вивчення тривожності та депресії. Врахування різних вікових категорій дозволяє оцінити, як вікові фактори можуть впливати на рівень тривожних та депресивних симптомів.

-Пацієнти молодого віку (23-44 років), яких у вибірці було 68%, можуть стикатися з питаннями кар'єрного становлення, пошуку життєвих орієнтирів і стабільності, що іноді супроводжується емоційними переживаннями та тривожністю.

- Пацієнти середнього віку (44-50 років), яких у вибірці було 32%, можуть зіштовхуватися з більшою кількістю стресових факторів, таких як труднощі в роботі, сімейні проблеми, а також ризик розвитку фізичних захворювань, що можуть сприяти розвитку депресії та тривожних розладів.

Здебільшого у вибірці пацієнти належали до таких соціальних груп, як працюючі та тимчасово безробітні. Це дозволяє дослідити, як соціально-економічний статус впливає на рівень тривожності та депресії.

Працюючі пацієнти, яких у вибірці було 70%, можуть переживати стрес через професійну діяльність, що впливає на їхній психоемоційний стан.

Тимчасово безробітні пацієнти, яких у вибірці було 30%, як правило, стикаються з економічними труднощами та невизначеністю щодо майбутнього, що також може впливати на рівень тривожності і депресії.

Учасники дослідження не мали тяжких психічних захворювань (наприклад, шизофренії, біполярного розладу тощо), що дозволяє отримати більш об'єктивні дані стосовно рівня тривожності та депресії в популяції людей без серйозних психічних розладів.

Більшість пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, мали здебільшого помірні форми тривожності та депресії, що дозволяє оцінити ці стани в умовах звичайної медичної практики, де психологічні консультації є частиною комплексного обстеження. Важливо, що пацієнти не зверталися саме за психологічною допомогою, але проходили психологічні обстеження як частину медичного лікування чи реабілітаційних програм.

Вибірка була обрана без специфічних упереджень щодо соціального статусу чи причин звернення до медичного закладу, тому вона є репрезентативною для пацієнтів цього інституту, які можуть бути піддані різним рівням психоемоційного навантаження. Вибірка дозволяє проводити узагальнення та порівняння рівнів тривожності та депресії серед людей із різними соціальними умовами та життєвими ситуаціями.

Ці характеристики вибірки дозволяють проводити дослідження психоемоційного стану пацієнтів без серйозних психічних захворювань і

сприяють точнішому аналізу зв'язку між тривожністю та депресією в контексті різних соціальних та демографічних характеристик.

В результаті проведеного дослідження було оцінено рівень тривоги та депресії 60 пацієнтів та отримано наступні результати.

Результати за шкалою тривоги Спілбергера (STAI), яка має дві підшкали, що визначають ситуативну та особистісну тривожність, можна побачити в Додатку Є. Виходячи з цих результатів можна зробити висновки:

Усі респонденти мали рівні тривоги в межах помірного або високого.

За шкалою ситуативної тривожності можна побачити такі результати:

- Помірний рівень – 13% - ті пацієнти, які набрали 39-44 бали;
- Високий рівень – 87% - ті пацієнти, які набрали від 45 балів і більше.

Середнє значення складає 54,7 бала – це вказує, що більшість респондентів мають достатньо високий рівень ситуативної тривожності.

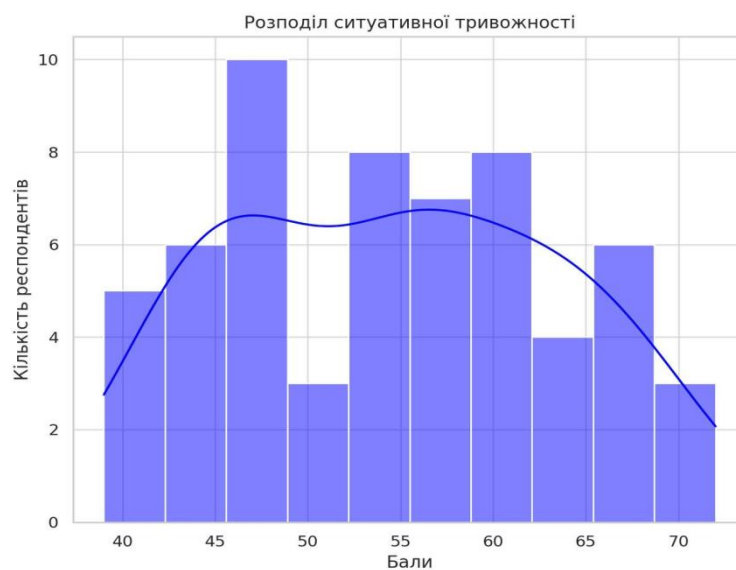


Рис. 3.1. – Розподіл ситуативної тривожності за шкалою STAI

За шкалою особистісної тривожності можна побачити такі результати:

- Помірний рівень – 20% - ті пацієнти, які набрали 35-44 бали;
- Високий рівень – 80% - ті пацієнти, які набрали від 45 балів і більше.

Середнє значення складає 52,7 бала, що також вказує на достатньо високий рівень особистісної тривожності в більшості пацієнтів.

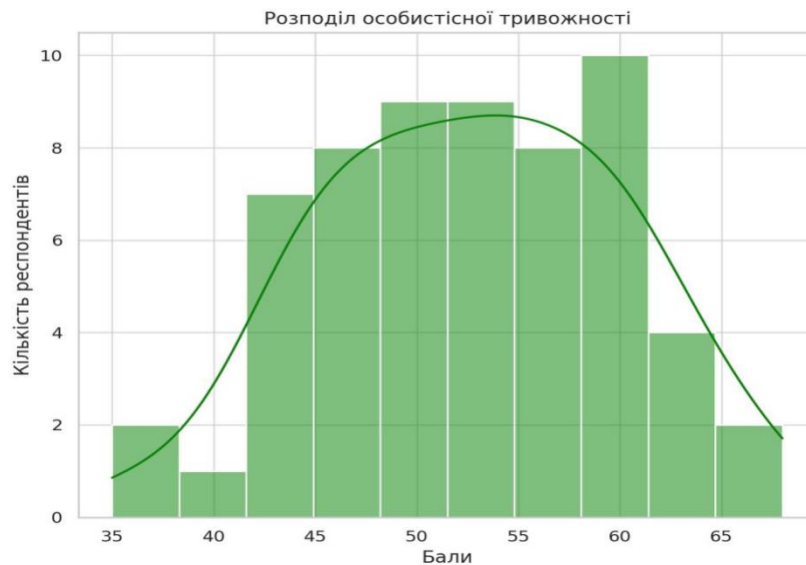


Рис. 3.2.- Розподіл особистісної тривожності за шкалою STAI

Таким чином, можна побачити, що обидві шкали мають схожі результати, проте середній рівень особистісної тривожності трохи нижчий за ситуативну, що може свідчити про тимчасові обставини, які викликали сильну реакцію.

Для дослідження взаємозв'язку між ситуативною та особистісною тривожністю був проведений кореляційний аналіз. Кореляція дозволяє оцінити, наскільки сильно пов'язані між собою ці два аспекти тривожності, що може допомогти в розумінні того, як один тип тривожності впливає на інший. Було використано коефіцієнт кореляції Пірсона, який обчислюється за формулою:

$$r = \frac{\sum(X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum(X_i - \bar{X})^2 \cdot \sum(Y_i - \bar{Y})^2}}$$

Де:

- X_i та Y_i - значення ситуативної та особистісної тривожності для кожного респондента;

- \bar{X} та \bar{Y} - середні значення для ситуативної та особистісної тривожності.

Результат кореляційного аналізу $r = 0,81$ ($p < 0,001$) вказує на сильний позитивний зв'язок між ситуативною та особистісною тривожністю. Це

означає, що високий рівень ситуативної тривожності, ймовірно, зазвичай супроводжується високим рівнем особистісної тривожності. Такий високий взаємозв'язок може свідчити про те, що ці два аспекти тривожності взаємно впливають один на одного.

Також було проведено кореляційний аналіз між статусом зайнятості та ситуативною і особистісною тривожністю. Працюючих пацієнтів у вибірці було 70%, тимчасово непрацюючих – 30%.

Результат кореляційного аналізу між статусом зайнятості та ситуативною тривожності склав $r = 0,4$ ($p < 0,05$). Він вказує на помірний позитивний зв'язок між цими двома змінними. Такий результат може свідчити про те, що для людей, які працюють, існують стресові ситуації, пов'язані з робочим процесом (наприклад, дедлайни, підвищені вимоги, навантаження), що сприяє підвищенню рівня ситуативної тривожності. З іншого боку, тимчасово безробітні можуть бути менш схильні до таких стресових факторів на роботі, що може пояснювати їх більш низький рівень ситуативної тривожності.

Однак, цей зв'язок є помірним, а не сильним, що свідчить про те, що статус зайнятості лише частково впливає на рівень ситуативної тривожності. Існують також інші фактори, які можуть впливати на рівень ситуативної тривожності. Наприклад, соціально-економічний статус, рівень доходу, сімейна ситуація чи інші психологічні чинники можуть відігравати важливу роль у формуванні рівня тривожності.

Результат кореляційного аналізу між статусом зайнятості та особистісною тривожністю, який склав $r = -0,67$ ($p < 0,001$), вказує на помірний негативний зв'язок між цими двома змінними. Такий результат може свідчити про те, що особи з високим рівнем особистісної тривожності, які схильні до тривалого занепокоєння, переживання та емоційної нестабільності, можуть відчувати труднощі в адаптації до робочого середовища, що може сприяти їхньому безробіттю.

Високий рівень особистісної тривожності може бути пов'язаний з низькою самооцінкою, страхом перед новими ситуаціями або надмірним переживанням через зовнішні обставини, що може ускладнювати процес працевлаштування.

Загальний аналіз результатів кореляційних досліджень вказує на різну природу зв'язку між статусом зайнятості та двома видами тривожності — ситуативною та особистісною.

Отже, результати дослідження показують, що статус зайнятості має різний вплив на рівень тривожності. Ситуативна тривожність може бути наслідком робочого стресу, тоді як особистісна тривожність, навпаки, може ускладнювати процес працевлаштування.

Для дослідження взаємозв'язку між віком пацієнтів та рівнем їх тривожності було застосовано також кореляційний аналіз. Цей метод дозволяє оцінити силу та напрямок залежності між числовими змінними, що є важливим для розуміння того, як вікові особливості можуть впливати на рівень емоційного напруження.

Аналіз кореляції між віком та ситуативною тривожністю виявив слабкий позитивний зв'язок $r = 0,26$ ($p < 0,05$). Це означає, що з віком рівень ситуативної тривожності має тенденцію до незначного підвищення, але зв'язок є недостатньо сильним, щоб говорити про його значущий вплив.

Ймовірно, інші змінні, такі як стан здоров'я, рівень соціальної підтримки чи психологічні особливості, мають більший вплив. Таким чином, цей зв'язок слід враховувати в комплексному аналізі, але для глибшого розуміння ситуації необхідно дослідити додаткові фактори.

Кореляційний аналіз між віком та особистісною тривожністю показав також дуже слабкий позитивний зв'язок $r = 0,14$ ($p < 0,05$). Це свідчить про незначну тенденцію до підвищення особистісної тривожності зі збільшенням віку, однак сила цього зв'язку є майже непомітною.

Для повнішого розуміння залежності варто врахувати додаткові змінні та дослідити їхній вплив у контексті інших характеристик пацієнтів.

Наступною було використано госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS). Результати можна побачити в Додатку Ж. Враховуючи ці результати, можна зробити висновки:

Показники розподіляються на три категорії: норма (0-7 балів), субклінічно виражені симптоми (8-10 балів) та клінічно виражені симптоми (11 і більше балів).

Рівень тривоги:

Середній бал становить 8,42, що знаходиться в межах субклінічної тривоги, це може свідчити про загальну тенденцію до підвищеної тривоги у вибірці.

- 38,3% пацієнтів мають рівень тривоги в межах норми, що свідчить про психоемоційний стан без ознак тривожних розладів;

- 36,7% демонструють субклінічну тривогу, це вказує на підвищений рівень тривоги, який ще не є клінічно значущим, але може бути передвісником більш серйозних станів;

- 25% учасників мають клінічно виражений рівень тривоги, що потребує детальнішого аналізу та, ймовірно, втручання з боку фахівців.

Загалом, рівень тривоги в досліджуваній вибірці демонструє значну варіативність, а значна частина учасників перебуває на межі між субклінічним та клінічним станом.

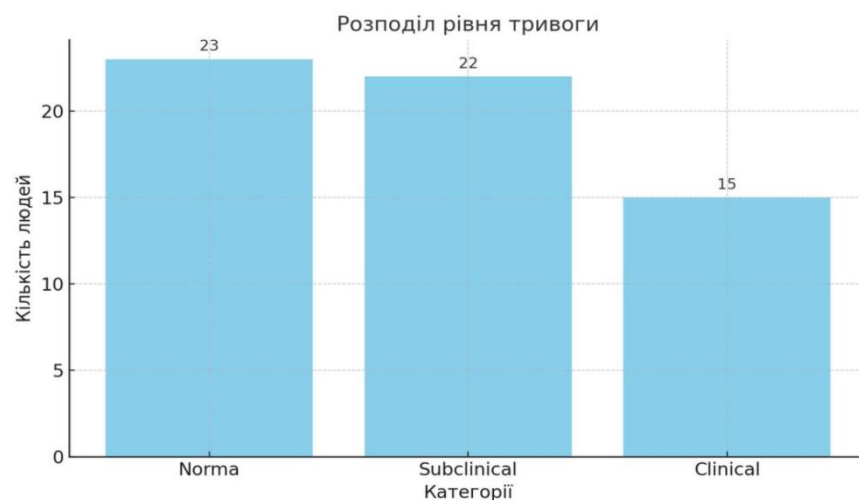


Рис 3.3. – Розподіл рівня тривоги у досліджуваних за шкалою HADS

Рівень депресії:

Середній бал становить 5,85, що знаходиться в межах норми, це свідчить про загалом стабільний психоемоційний стан у вибірці.

- 71,7% учасників мають рівень депресії в межах норми, що свідчить про психоемоційний стан без виражених симптомів депресії;

- 20% демонструють субклінічну депресію. Це помірний рівень, який може бути сигналом для подальшого спостереження або корекції способу життя;

- лише 8,3% учасників мають клінічно виражену депресію. Це невелика група, але вона потребує особливої уваги та терапевтичних втручань.

Загалом, рівень депресії у вибірці є значно нижчим, ніж тривога, і більшість учасників перебуває в межах нормальних показників.

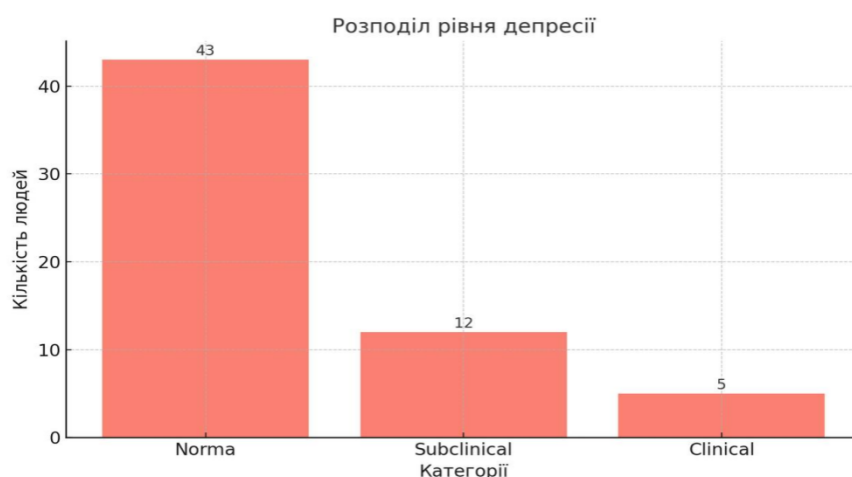


Рис. 3.4. – Розподіл рівня депресії у досліджуваних за шкалою HADS

Таким чином, тривога виявилася більш поширеною проблемою, ніж депресія. Частка людей із клінічно вираженим рівнем тривоги є утричі більшою, ніж із клінічною депресією. Результати свідчать про необхідність моніторингу емоційного стану пацієнтів, зокрема із субклінічними показниками, які можуть переходити у клінічно виражені стани.

Для визначення взаємозв'язку між рівнем тривоги та депресії було проведено кореляційний аналіз.

Отриманий коефіцієнт кореляції становить $r = 0,6$ ($p < 0,001$), що вказує на середній позитивний зв'язок між цими показниками.

Це означає, що зі збільшенням рівня тривоги зростає й рівень депресії, і навпаки. Такі результати свідчать, що тривога та депресія часто проявляються разом і мають спільні психологічні механізми, наприклад, порушення когнітивної обробки, негативне мислення чи хронічний стрес.

Люди з високим рівнем тривоги мають підвищений ризик розвитку депресії, і цей зв'язок потребує уваги під час психодіагностики. Раннє виявлення симптомів тривоги може стати ключем до профілактики депресивних станів.

Дані результати можуть слугувати основою для подальших досліджень, спрямованих на глибше вивчення механізмів взаємозв'язку між тривогою та депресією.

Також за даною методикою було проведено кореляційний аналіз між статусом зайнятості та рівнем тривоги та депресії.

Кореляційний аналіз між статусом зайнятості та рівнем тривоги за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) показав коефіцієнт кореляції $r = -0,1$ ($p > 0,05$). Це означає, що між цими двома змінними існує дуже слабкий від'ємний зв'язок. Від'ємний знак вказує на те, що з підвищенням рівня зайнятості може спостерігатися невелике зменшення рівня тривоги, однак зв'язок є настільки слабким, що його можна вважати практично незначущим.

Значення коефіцієнта кореляції $-0,1$ свідчить про те, що статус зайнятості має мінімальний вплив на рівень тривоги за шкалою HADS. Оскільки цей показник близький до нуля, можна зробити висновок, що між статусом зайнятості та рівнем тривоги не існує суттєвої кореляції. Тому результати цього аналізу не дозволяють стверджувати, що зміни в зайнятості значно впливають на рівень тривоги в досліджуваній популяції.

Кореляційний аналіз між статусом зайнятості та рівнем депресії за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) показав коефіцієнт

кореляції $r = -0,14$ ($p > 0,05$). Це вказує на дуже слабкий від'ємний зв'язок між цими двома змінними. Від'ємний знак свідчить про те, що з підвищенням рівня зайнятості може спостерігатися незначне зменшення рівня депресії. Однак коефіцієнт кореляції є дуже малим, що свідчить про відсутність значущого зв'язку між статусом зайнятості та рівнем депресії.

Це означає, що не можна зробити висновок про суттєву залежність між зайнятістю та депресивними симптомами в цій вибірці. Враховуючи, що цей коефіцієнт дуже близький до нуля, можна сказати, що зміни в статусі зайнятості не призводять до значних змін у рівні депресії.

Отже, кореляційний аналіз між статусом зайнятості та рівнем тривоги та депресії показав дуже слабкі від'ємні зв'язки. Це свідчить про те, що між статусом зайнятості та рівнем тривоги та депресії існує мінімальний зв'язок, який є статистично незначущим. Отже, зміни в зайнятості не мають суттєвого впливу на рівень тривоги та депресії в дослідженій групі за даною методикою.

Для дослідження взаємозв'язку між віком пацієнтів та рівнем їх тривоги та депресії було застосовано також кореляційний аналіз.

Кореляційний аналіз між віком та загальним рівнем тривожності показав дуже слабкий позитивний зв'язок $r = 0,13$ ($p > 0,05$). Це свідчить про те, що зі збільшенням віку рівень тривожності може незначно зростати, проте сила цього зв'язку є мінімальною і практично не має значного впливу.

Кореляційний аналіз між віком та рівнем депресії показав помірний позитивний зв'язок $r = 0,32$ ($p < 0,05$). Це свідчить про те, що зі збільшенням віку рівень тривожності має тенденцію до зростання. Однак цей зв'язок не є дуже сильним, що означає, що на рівень тривожності впливають й інші, більш вагомні фактори, такі як життєві обставини, стан здоров'я чи рівень соціальної підтримки.

Наступною було використано шкалу тривоги Гамільтона (HARS). Результати можна побачити в Додатку 3. Враховуючи ці результати, можна зробити висновки:

Аналіз результатів за шкалою тривоги Гамільтона показує розподіл рівнів тривожності серед респондентів, зокрема за трьома основними категоріями:

- Легкий ступінь тривожності (<17 балів) мають 76,7% пацієнтів

Це найбільша група серед усіх респондентів, що свідчить про те, що значна частина учасників демонструє низький рівень тривожності. Такий рівень зазвичай вказує на відсутність серйозних психологічних проблем, хоча він може бути ознакою легкого стресу чи тимчасових тривожних переживань, наприклад, через повсякденні труднощі або зовнішні чинники.

- Від легкої до помірної ступені тривожності (18-24 бали) мають 20% пацієнтів

Це може вказувати на деякі труднощі або неприємності, що викликають стрес або занепокоєння, але не є надто інтенсивними. Тривога в цьому діапазоні може бути пов'язана з певними життєвими подіями, такими як зміни в роботі або особистому житті, що створюють відчуття невизначеності або напруги.

- Від помірної до важкої ступені тривожності (25-30 балів) мають 3,3% пацієнтів

Це може свідчити про серйозніші емоційні чи психічні проблеми, що потребують уваги або професійної допомоги. Респонденти з таким рівнем тривожності можуть мати труднощі в повсякденному житті через постійне відчуття стурбованості, тривоги або страху.

- Дуже високого рівня тривожності (>30 балів) ніхто з опитуваних пацієнтів не має, що є позитивним результатом.

Загалом, результати свідчать про переважно сприятливий рівень тривожності серед респондентів, що вказує на стабільний емоційний стан у більшості. Водночас невелика частка осіб із підвищеним рівнем тривожності може потребувати додаткової уваги або профілактичних заходів для запобігання подальшому розвитку тривожних станів.



Рис. 3.5. – Розподіл рівня тривоги за шкалою HARS

Також за даною методикою було проведено кореляційний аналіз між статусом зайнятості та рівнем тривоги пацієнтів.

Результат кореляційного аналізу становить $r = -0,2$ ($p > 0,05$), що показує слабкий негативний зв'язок між статусом зайнятості та рівнем тривожності. Це означає, що статус зайнятості лише мінімально впливає на рівень тривоги, і цей вплив є незначним.

Той факт, що більшість респондентів (76,7%) мали легкий рівень тривожності, може суттєво впливати на результат. Нерівномірність у розподілі рівнів тривожності (з домінуванням низьких значень) обмежує можливість виявлення більш виразного зв'язку.

Слабка кореляція свідчить про те, що статус зайнятості не є визначальним фактором для рівня тривоги в цій вибірці. Проте результати можуть бути зумовлені особливістю вибірки, у якій переважають особи з легким рівнем тривожності.

Для дослідження взаємозв'язку між віком пацієнтів та рівнем їх тривоги та депресії було застосовано також кореляційний аналіз.

Кореляційний аналіз між віком та рівнем тривожності показав слабкий позитивний зв'язок $r = 0,17$ ($p < 0,05$). Це вказує на те, що з віком рівень тривожності має незначну тенденцію до зростання, але цей зв'язок є слабким і не має великого практичного значення.

Отже, хоча між віком і рівнем тривожності існує слабкий позитивний зв'язок, вік не є основним чинником, що визначає тривожність.

Наступною було використано шкалу депресії Бека. Результати можна побачити в Додатку И. Враховуючи ці результати, можна зробити висновки:

- Найбільша частка респондентів – 75% не має ознак депресії, це вказує на переважно стабільний емоційний стан більшості учасників;

- У 21,6% осіб виявлено легку депресію, яка також відома як субдепресія. Ця група може потребувати профілактичних психологічних заходів для запобігання погіршення стану;

- У 1,7% респондентів діагностовано помірну депресію. Це є ознакою можливих проблем, які варто детальніше оцінити та за потреби надати відповідну підтримку;

- Жоден респондент не показав рівень вираженої депресії, що свідчить про відсутність серйозних психологічних проблем серед вибірки в цій категорії;

- У 1,7% виявлено важку депресію. Такий стан потребує спеціалізованої допомоги.



Рис. 3.6. – Розподіл рівня депресії за шкалою Бека

Результати аналізу рівня депресії серед пацієнтів показують, що більшість з них не мають значних депресивних симптомів, що свідчить про загальний позитивний психологічний стан. Однак наявність легкої депресії у значної частини учасників вказує на потребу в проведенні профілактичних заходів для запобігання розвитку більш серйозних розладів. Виявлені випадки середньої та важкої депресії потребують особливої уваги і надання цим пацієнтам кваліфікованої психологічної та медичної підтримки. В цілому, ці результати підкреслюють необхідність регулярного моніторингу емоційного стану пацієнтів та оперативного втручання для забезпечення їхнього психічного благополуччя.

Також за даною методикою було проведено кореляційний аналіз між статусом зайнятості та рівнем депресії пацієнтів.

Кореляційний аналіз з результатом $r = -0,09$ ($p > 0,05$) між статусом зайнятості пацієнтів та рівнем депресії вказує на слабкий негативний зв'язок між цими двома змінними. Це означає, що зміна статусу зайнятості пацієнтів (наприклад, працевлаштовані чи безробітні) практично не впливає на рівень депресії.

Також це може означати, що фактори, які впливають на депресію, не пов'язані зі статусом зайнятості. Інші чинники (наприклад, соціальна підтримка, фізичне здоров'я чи життєві обставини) можуть відігравати більшу роль.

Відсутність депресії у більшості пацієнтів також може знижувати загальний рівень варіації у змінній "рівень депресії", що також впливає на результат кореляційного аналізу.

Для дослідження взаємозв'язку між віком пацієнтів та рівнем їх тривоги та депресії було застосовано також кореляційний аналіз.

Аналіз взаємозв'язку між віком та рівнем депресії показав дуже слабкий негативний зв'язок $r = -0,04$ ($p > 0,05$), що свідчить про практично повну відсутність впливу віку на прояви депресії. Це означає, що рівень депресії серед пацієнтів не залежить від їх вікових особливостей.

Відсутність депресії у більшості пацієнтів вказує на те, що вік не є основним фактором її виникнення. Інші чинники, такі як соціальна підтримка, фізичне здоров'я або життєві обставини, можуть бути більш значущими і маскувати будь-який зв'язок із віком.

Наступною було використано диференціальну діагностику депресивних станів Цунга. Результати можна побачити в Додатку І. Враховуючи ці результати, можна зробити висновки:

- Стан без депресії спостерігається у 85% пацієнтів, що є позитивним показником;
- Стан легкої депресії виявлено у 15% пацієнтів, у цих пацієнтів можливі короткострокові стресові ситуації, але цей стан не є критичним.
- Жоден пацієнт не показав показників субдепресії або справжньої депресії, що свідчить про відсутність серйозних психологічних проблем у вибірці.

Розподіл пацієнтів за рівнем депресії

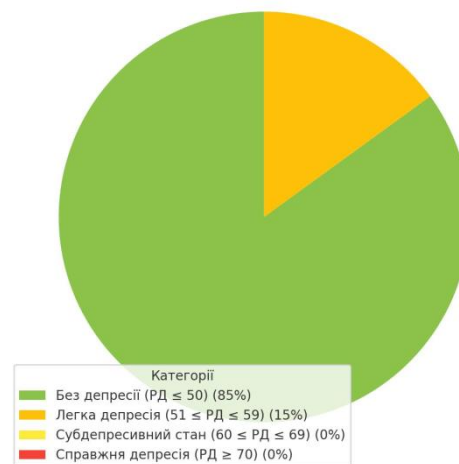


Рис. 3.7. – Розподіл рівня депресії за шкалою Цунга

Результати аналізу свідчать про загалом сприятливий психологічний стан серед пацієнтів, із переважанням відсутності депресивних проявів. Незначна частина вибірки демонструє ознаки легкої депресії, що може бути ситуативним і не потребує значних втручань. Відсутність більш тяжких форм депресії вказує на стабільність емоційного стану в групі. Для подальшого

забезпечення позитивної динаміки рекомендується спостереження та профілактика психологічного благополуччя.

Також за даною методикою було проведено кореляційний аналіз між статусом зайнятості та рівнем депресії пацієнтів.

Кореляційний аналіз із результатом $r = -0,24$ ($p > 0,05$) вказує на слабкий негативний зв'язок між досліджуваними змінними, що означає незначну зворотну залежність між ними. Однак цей зв'язок є слабким і, ймовірно, не має значущого впливу.

Зважаючи на те, що у більшості пацієнтів відсутні ознаки депресії, отриманий результат може відображати нерівномірність розподілу даних.

Для дослідження взаємозв'язку між віком пацієнтів та рівнем їх тривоги та депресії було застосовано також кореляційний аналіз.

Кореляційний аналіз між віком та рівнем депресії показав помірний позитивний зв'язок $r = 0,3$ ($p < 0,05$). Це означає, що зі збільшенням віку рівень депресії має тенденцію до зростання, хоча цей зв'язок не є дуже сильним.

Виявлена кореляція свідчить, що вікові зміни можуть частково впливати на схильність до депресивних проявів. Незважаючи на помірний зв'язок, депресія не визначається виключно віком. На її виникнення впливають й інші важливі чинники, такі як соціальна підтримка, стан здоров'я, рівень тривожності чи стресові події.

Останньою було використано методику вимірювання рівня тривожності Тейлор. Результати можна побачити в Додатку І. Враховуючи ці результати, можна зробити висновки:

- Жоден із пацієнтів не показав низький рівень тривожності, що свідчить про загальний фон емоційної напруги в досліджуваній групі;
- Середній рівень тривожності з тенденцією до низького спостерігається у 5% пацієнтів. У цих випадках рівень тривожності залишається низьким, але необхідно враховувати потенційні ризики за умов додаткових стресових факторів;

- 42% пацієнтів мають середній рівень тривожності з тенденцією до високого, що вказує на помірний рівень тривожності, який може підвищуватись під впливом стресу;

- Високий рівень тривожності виявлено у 53% пацієнтів. У таких випадках пацієнти можуть відчувати значне емоційне напруження, що потребує корекції чи підтримки;

- У жодного з опитуваних пацієнтів не було виявлено критично високого рівня тривожності, це свідчить про відсутність серйозних тривожних розладів у вибірці.

Розподіл пацієнтів за рівнем тривожності



Рис. 3.8. – Розподіл рівня тривожності за шкалою Тейлор

Рівень тривожності за даною методикою серед пацієнтів свідчить про переважання емоційного напруження, яке здебільшого не досягає критичних значень, але потребує уваги. Важливо забезпечити своєчасну підтримку для зменшення ризиків погіршення психологічного стану.

Для визначення взаємозв'язку між статусом зайнятості та рівнем тривоги було проведено кореляційний аналіз.

Отриманий коефіцієнт кореляції становить $r = -0,062$ ($p > 0,05$), це вказує на дуже слабкий негативний зв'язок між статусом зайнятості та рівнем тривожності.

Знак мінус означає, що за тенденцією безробітні пацієнти можуть мати трохи вищий рівень тривожності, ніж працюючі, але цей зв'язок настільки слабкий, що його можна вважати незначним.

Можливо, інші змінні, такі як рівень доходу, соціальна підтримка чи загальний стан здоров'я, мають більший вплив на рівень тривожності, ніж сам факт зайнятості. Для точнішого розуміння залежності слід дослідити більше факторів, таких як тривалість безробіття, тип роботи або психологічний стан пацієнтів.

Для дослідження взаємозв'язку між віком пацієнтів та рівнем їх тривоги та депресії було застосовано також кореляційний аналіз.

Кореляційний аналіз між віком та рівнем тривожності показав слабкий позитивний зв'язок $r = 0,17$ ($p < 0,05$). Це свідчить про те, що зі збільшенням віку рівень тривожності має тенденцію до незначного підвищення, хоча цей зв'язок є досить слабким і не має суттєвого практичного значення.

Результат вказує на те, що вік може мінімально впливати на рівень тривожності. Ймовірно, з віком пацієнти стикаються з певними ситуаціями, які можуть викликати тривогу, але цей вплив є незначним.

3.2. Психологічний стан осіб після терапевтичного впливу КПТ

Для роботи з пацієнтами було застосовано когнітивно-поведінкову терапію, зокрема техніку аналізу думок і переконань. Цей підхід спрямований на виявлення та корекцію мисленневих шаблонів, які можуть посилювати рівень тривожності та депресії. Завдяки роботі з автоматичними думками та переконаннями пацієнти навчалися аналізувати ситуації більш об'єктивно та замінювати негативні інтерпретації на конструктивніші.

Застосування техніки дало змогу знизити інтенсивність емоційного реагування та сприяло розвитку навичок управління стресом. Аналіз результатів показав, що після терапії рівень тривожності та депресії у

пацієнтів знизився, що свідчить про ефективність КПТ у поліпшенні психологічного стану.

Після застосування когнітивно-поведінкової терапії було знову проведено опитування за методиками, як і до її застосування. Результати можна побачити у Додатках Й, К, Л, М, Н, О.

Аналіз результатів показує позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії на рівні як ситуативної, так і особистісної тривожності в рамках методики Спілбергера серед пацієнтів. Хоча зміни не є різкими, вони демонструють поступове зниження рівня тривожності, що свідчить про ефективність застосованих технік.

Ситуативна тривожність:

До терапії: середній рівень становив 55.2 бала, що свідчить про високий рівень ситуативної тривожності у більшості пацієнтів.

Після терапії: середній показник знизився до 50.3 бала, що вказує на помірне покращення стану пацієнтів.

Зниження на 4.9 бала демонструє, що пацієнти стали менш схильними до сильних тривожних реакцій у стресових ситуаціях. Цей результат може бути пов'язаний із розвитком навичок раціонального аналізу стресових обставин та використання адаптивних способів реагування, які опанували пацієнти під час КПТ.

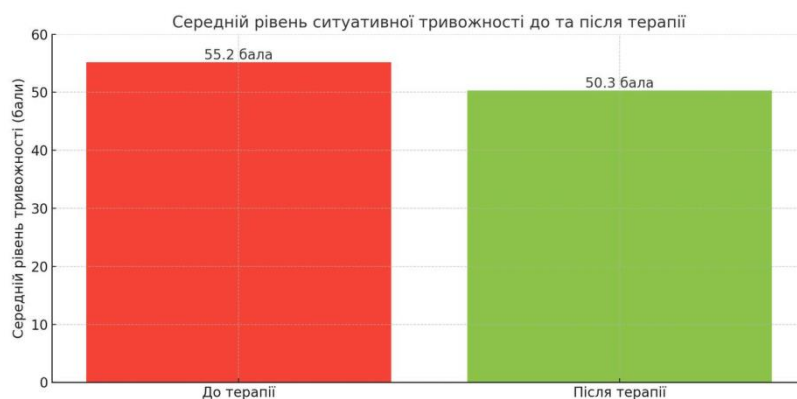


Рис. 3.9. – Середній рівень ситуативної тривожності до та після КПТ

Особистісна тривожність:

До терапії: середній рівень становив 52.6 бала, що свідчить про помірний, але стійкий рівень особистісної тривожності у пацієнтів.

Після терапії: середній показник знизився до 48.4 бала, що вказує на зменшення емоційного напруження та тривожних очікувань у пацієнтів.

Зниження на 4.2 бала свідчить про те, що терапія допомогла зменшити інтенсивність тривожності, яка є частиною особистісних характеристик. Пацієнти змогли переосмислити дезадаптивні переконання, що сприяло більш позитивному сприйняттю себе та оточуючого середовища.



Рис. 3.10. – Середній рівень особистісної тривожності до та після КПТ

В обох випадках спостерігається позитивна динаміка, але зниження рівня ситуативної тривожності є дещо помітнішим. Це може бути пов'язано з тим, що ситуативна тривожність частіше залежить від зовнішніх обставин, які легше переосмислити за допомогою когнітивних технік. Особистісна тривожність має більш стійкий характер і вимагає тривалішої роботи для досягнення значних змін. Незначне, але стабільне покращення свідчить про те, що пацієнти розвинули навички управління тривожністю, стали більш адаптивно реагувати на стресові ситуації та менш схильними до дезадаптивних переконань. Це підкреслює доцільність використання КПТ у роботі з тривожними станами.

Аналіз результатів за госпітальною шкалою тривоги та депресії також показує позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії на рівні як тривоги, так і депресії серед пацієнтів.

Рівень тривоги:

До терапії: середній рівень становив 8.4 бала, що свідчить про помірний рівень тривоги серед пацієнтів.

Після терапії: середній показник знизився до 7.1 бала, що вказує на зменшення тривожних переживань та загального емоційного напруження.

Зниження на 1.3 бала демонструє, що застосування техніки КПТ допомогло пацієнтам впоратися з тривогою, навчитися розпізнавати та змінювати неадаптивні патерни мислення, а також покращити емоційне реагування в стресових ситуаціях.



Рис. 3.11. – Середній рівень тривоги до та після КПТ

Рівень депресії:

До терапії: середній рівень становив 5.8 бала, що відповідає низькому, але трохи вираженому рівню депресії у пацієнтів.

Після терапії: середній показник знизився до 4.9 бала, що свідчить про покращення емоційного стану та зменшення симптомів депресії.

Зниження на 0.9 бала вказує на те, що терапія сприяла зниженню вираженості депресивних симптомів. Пацієнти змогли опанувати навички роботи з негативними думками та розвинути навички емоційної стійкості.



Рис. 3.12. – Середній рівень депресії до та після КПТ

Терапія мала позитивний вплив на рівень тривоги та депресії у пацієнтів. Хоча зміни є помірними, вони свідчать про поступове покращення психологічного стану, особливо в аспектах управління тривогою та подолання депресивних станів. Це підкреслює ефективність застосованих технік КПТ у роботі з емоційними розладами.

Аналіз результатів за шкалою тривоги Гамільтона також показує позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії на рівень тривоги серед пацієнтів.

Рівень тривоги:

До терапії: середній рівень становив 13.5 бала, що відповідає помірному рівню тривоги у пацієнтів.

Після терапії: середній показник знизився до 11.5 бала, свідчачи про покращення емоційного стану та зниження інтенсивності тривожності.

Зниження на 2 бали демонструє ефективність когнітивно-поведінкової терапії. Пацієнти після терапії змогли краще контролювати свої тривожні переживання, що свідчить про покращення навичок управління емоціями та зменшення загального рівня психологічного напруження. Це підтверджує ефективність застосування технік КПТ у роботі з тривожними розладами.

Отже, техніка когнітивно-поведінкової терапії виявилася ефективною у зниженні тривожності пацієнтів. Досягнутий прогрес свідчить про позитивний вплив на емоційний стан та здатність пацієнтів краще

справлятися з тривожними проявами, що сприяє покращенню їхньої якості життя.



Рис. 3.13. – Середній рівень тривоги до та після застосування КПТ

Аналіз результатів за шкалою депресії Бека також демонструє позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії на рівень депресії серед пацієнтів.

Рівень депресії:

До терапії: середній рівень становив 7.52 бала, що відповідає легкому рівню депресії. Це свідчить про наявність незначних емоційних труднощів у пацієнтів, які можуть впливати на їхнє самопочуття, але не є критичними.

Після терапії: середній показник знизився до 6.6 бала, що вказує на зменшення вираженості депресивних проявів. Більшість пацієнтів показали поліпшення, переходячи до мінімальних рівнів депресії або повного її зникнення.

Зменшення середнього показника на 0.92 бала свідчить про ефективність когнітивно-поведінкової терапії у зниженні депресивних симптомів. Пацієнти краще контролювали свої негативні думки та навчилися позитивніше оцінювати життєві обставини, що сприяло покращенню їхнього емоційного стану.



Рис. 3.14. – Середній рівень депресії до та після застосування КПТ

Отже, можна зробити висновок, що техніка аналізу думок та переконань показала свою ефективність у зниженні депресивних проявів у пацієнтів. Вона сприяла покращенню їхнього емоційного стану та здатності справлятися з негативними думками, що позитивно вплинуло на загальний психологічний комфорт.

Аналіз результатів за шкалою депресії Цунга також показав позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії на рівень депресії серед пацієнтів.

До терапії: середній рівень депресії у пацієнтів становив 44.33 бала, що відповідає помірному рівню депресії. Це вказує на те, що пацієнти відчували емоційний дискомфорт, зниження настрою, а також можливі труднощі в соціальній адаптації та щоденній діяльності. Такі показники свідчать про наявність у багатьох пацієнтів потреби в психологічній підтримці.

Після терапії: середній рівень депресії знизився до 38.7 бала, що демонструє позитивний вплив застосування техніки КПТ. Пацієнти відзначали покращення емоційного самопочуття, зменшення кількості негативних думок та відновлення інтересу до повсякденної активності.

Середнє зменшення рівня депресії склало 5.63 бала, що вказує на помірні зміни в психологічному стані пацієнтів. Більшість із них змогли перейти до нижчих рівнів депресії, а деякі навіть досягли стану, що відповідає мінімальним проявам або відсутності депресивних симптомів.



Рис. 3.15. – Середній рівень депресії до та після застосування техніки КПТ

Ці результати підкреслюють ефективність когнітивно-поведінкової терапії у зниженні депресивних проявів. Техніки роботи з негативними переконаннями, емоціями та поведінковими патернами допомогли пацієнтам краще зрозуміти себе, позбутися негативних переконань і сформувані позитивні стратегії справляння зі стресом. Хоча зміни не були радикальними, вони є стабільними і підтверджують, що терапія сприяла покращенню емоційного благополуччя.

Аналіз результатів за шкалою тривоги Тейлор продемонстрував позитивний вплив техніки когнітивно-поведінкової терапії на рівень тривоги серед пацієнтів.

До терапії: середній показник рівня тривоги становив 24.65 бала, що є ознакою помірної, але стійкої тривоги. Такий рівень свідчить про те, що пацієнти відчували значну емоційну напругу, викликану тривожними думками та очікуваннями.

Після терапії: середній показник рівня тривоги знизився до 21.53 бала, що свідчить про помітне зменшення інтенсивності тривожності. Це зниження є результатом терапевтичного впливу, спрямованого на переосмислення негативних думок, що лежать в основі тривожного стану.

Середній показник зменшився на 3.12 бала, що підтверджує ефективність КПТ у роботі з тривожними розладами. Хоча зміни є

помірними, вони відображають поступове формування у пацієнтів більш адаптивних підходів до управління емоціями та зменшення загальної тривожності.



Рис. 3.16. – Середній рівень тривоги до та після КПТ

Пацієнти змогли опанувати техніки, які допомагають розпізнавати та змінювати тривожні думки. Це дозволило зменшити відчуття напруги та краще адаптуватися до життєвих ситуацій. Зміни у результатах свідчать про поступове, але стабільне покращення психологічного стану, що підкреслює ефективність КПТ у роботі з тривожними симптомами.

Додаткові результати терапії з використанням техніки когнітивно-поведінкової терапії можна побачити в Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Результати терапії з використанням техніки КПТ

Параметр	Результати
Емоційне благополуччя	Зменшення тривоги, депресії, підвищення позитивного настрою
Поведінкові реакції	Контроль над імпульсивною поведінкою, розвиток адаптивних моделей реагування
Когнітивні процеси	Зменшення негативних автоматичних думок, зміцнення критичного мислення
Соціальні взаємодії	Покращення комунікацій, підвищення впевненості у стосунках
Якість життя	Підвищення загального рівня задоволеності життям, формування реалістичного мислення

Процес терапії, заснований на техніці "аналізу думок та переконань", дав змогу пацієнтам змінити свої деструктивні переконання та автоматичні

негативні думки на більш реалістичні й адаптивні. Це призвело до значного зниження рівня тривожності та депресії, підвищення самооцінки та здатності до саморегуляції в стресових ситуаціях. Техніка КПТ виявилася надзвичайно ефективною у допомозі пацієнтам зрозуміти свої внутрішні процеси і створити більш здорові стратегії взаємодії з емоційними проблемами.

Після проведення терапії, за допомогою техніки "аналіз думок та переконань", пацієнти почали краще розуміти механізми, які спричиняють їхні тривожні реакції. Аналізуючи свої думки, вони навчилися виявляти негативні шаблони, ставити під сумнів їх логічність і замінювати їх на більш реалістичні й позитивні переконання. Наприклад, переконання "Я не впораюся" було замінено на "Я можу справитися з труднощами, бо в мене є досвід і ресурси". Заміна таких негативних думок дозволила пацієнтам відчувати себе більш впевненими і зменшити рівень тривоги.

Додаткове порівняння стану пацієнтів до та після терапії можна побачити в Таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Порівняння стану пацієнтів до та після терапії

Параметр	До терапії	Після терапії
Рівень тривоги	Високий, пацієнти часто переживали про майбутнє, соціальне сприйняття та невдачі	Знизився завдяки переосмисленню переконань і позитивним змінам в самооцінці
Негативні автоматичні думки	Часті, з фокусом на невдачах, соціальній оцінці, неповноцінності	Заміна на конструктивні думки про можливості та ресурси для вирішення проблем
Самооцінка	Занижена, пацієнти не вірили у свої сили	Зросла, пацієнти почали відчувати себе більш компетентними і здатними досягати цілей
Здатність справлятися зі стресом	Обмежена, стресові ситуації часто викликали сильні емоційні реакції	Покращилася, пацієнти стали краще розуміти і контролювати свої емоції, реагувати на стрес із впевненістю
Тригери тривоги	Соціальна оцінка, невизначеність, страх невдачі	Тригери залишаються, але реакція на них значно м'якша, пацієнти зможуть краще управляти своїми емоціями

Техніка "аналіз думок та переконань" виявилася ефективною у зменшенні симптомів тривоги та депресії у пацієнтів. Вона дозволила пацієнтам не лише змінити свої переконання, а й навчитися більш конструктивно підходити до складних ситуацій. Заміна автоматичних негативних думок на реалістичні й позитивні допомогла не тільки зменшити рівень тривоги, але й підвищити загальний рівень задоволеності життям [32].

Таким чином, застосування КПТ та техніки "аналіз думок та переконань" продемонструвало значні зміни в психологічному стані пацієнтів, що підтверджує її ефективність як інструменту в терапії тривожних розладів та депресії.

Методи ідентифікації автоматичних думок (свідоме спостереження, щоденники думок, робота зі спеціалістом та ін.) сприяють глибшому усвідомленню внутрішніх когнітивних процесів. Аналіз негативних думок через техніки когнітивної реструктуризації, переоцінку переконань і поведінкові експерименти допомагає пацієнтам виявляти приховані викривлення у мисленні та формувати здоровіші переконання.

Комбінація технік КПТ, зокрема когнітивної реструктуризації, ведення щоденників думок, поведінкових експериментів та індивідуальної роботи зі спеціалістом, забезпечує комплексний вплив на негативні думки та емоційний стан пацієнта. Це дозволяє досягти найбільш ефективних результатів у терапії.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

За результатами третього розділу отримані наступні висновки:

1. Більшість пацієнтів, які брали участь у дослідженні, демонструють середній або високий рівень тривожності та депресії, що свідчить про їхній підвищений ризик розвитку емоційно-психологічних порушень. Це вказує на необхідність систематичного моніторингу психічного стану в рамках загального медичного супроводу.

2. Результати дослідження підтверджують, що застосування когнітивно-поведінкової терапії сприяло покращенню психологічного стану пацієнтів за всіма проаналізованими показниками. Незважаючи на те, що початковий рівень тривожності та депресії у пацієнтів варіювався, терапевтичний вплив продемонстрував стабільну тенденцію до зниження інтенсивності як ситуативних, так і особистісних проявів емоційних розладів.

3. Позитивні зміни були досягнуті поступово, і це підкреслює важливість послідовної роботи з пацієнтами. Терапія виявилася ефективною для різних рівнів проявів тривоги та депресії, включаючи як помірні, так і виражені симптоми.

4. Ситуаційна та особистісна тривожність знизилася, що вказує на покращення здатності пацієнтів управляти стресовими ситуаціями. Результати за шкалами тривоги Гамільтона та Тейлор підтвердили зменшення інтенсивності тривожних станів. За шкалами депресії Бека та Цунга також спостерігається стійке зниження рівня симптомів.

5. Ці результати підтверджують ефективність техніки когнітивно-поведінкової терапії «Аналіз думок та переконань», як методу для корекції емоційних розладів та зміцнення психологічної стійкості пацієнтів.

ВИСНОВКИ

У результаті виконання поставлених задач сформульовано такі ключові висновки:

1. Проведено ґрунтовний аналіз понять тривоги та депресії, їх етіології та клінічних проявів. Встановлено, що тривога виникає як реакція на потенційну небезпеку й супроводжується когнітивними, емоційними та фізіологічними змінами. Основними механізмами розвитку депресії є когнітивні спотворення та негативні життєві події. Симптомокомплекс тривоги включає напруження, гіперактивність автономної нервової системи та постійне очікування загрози, тоді як депресія характеризується пригніченим настроєм, порушенням концентрації уваги та соматичними симптомами.

2. Вивчено ключові принципи КПТ, яка базується на взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою. Встановлено, що основною метою терапії є ідентифікація та модифікація дисфункціональних переконань, які підтримують тривожні або депресивні стани. З'ясовано, що використання КПТ забезпечує розуміння пацієнтами власних когнітивних шаблонів, що сприяє виробленню адаптивних стратегій поведінки.

3. Розглянуто когнітивний аналіз як одну з ключових технік у КПТ. Доведено, що ідентифікація автоматичних негативних думок і їхньої трансформації у конструктивні є ефективним засобом у роботі з тривожними та депресивними станами. Когнітивний аналіз дозволяє пацієнтам усвідомити вплив дезадаптивних переконань на їхній емоційний стан і поведінкові реакції, а також замінити ці переконання на раціональні й реалістичні.

4. Виявлені кореляційні зв'язки між психологічними показниками та соціальним статусом в дослідній популяції, що можуть бути тригерами розвитку у осіб тривожних та депресивних станів.

5. Проведено практичне дослідження із застосуванням шкал для оцінки динаміки змін рівня тривожності та депресії. Результати показали

статистично значуще зниження показників тривожності та депресії у пацієнтів після застосування когнітивного аналізу. Встановлено, що регулярне використання цієї техніки у рамках КПТ дозволяє пацієнтам ефективно знижувати інтенсивність тривожних і депресивних симптомів.

6. Здійснено кількісний аналіз даних із використанням статистичних методів. Порівняння середніх балів до і після терапії виявило достовірне зниження рівнів тривожності та депресії. Дані підтверджують ефективність КПТ у зменшенні емоційного напруження, негативного мислення та покращенні загального психологічного стану пацієнтів.

7. Дослідження довело ефективність когнітивно-поведінкової терапії, зокрема техніки когнітивного аналізу думок і переконань, у роботі з тривожними та депресивними станами. Підходи, використані у рамках роботи, можуть бути застосовані у клінічній практиці для надання допомоги пацієнтам із емоційними розладами, що сприятиме покращенню їхнього психологічного благополуччя.

8. Результати дослідження мають як теоретичне, так і практичне значення. З теоретичної точки зору вони підтверджують валідність концепцій КПТ та її центральної ролі у психотерапії тривожних і депресивних розладів. Практична значущість полягає у розробці рекомендацій для психотерапевтів щодо використання когнітивного аналізу як ключової техніки у терапії пацієнтів із подібними розладами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кожина Г.М. Тривожність під час війни: шляхи терапії. *Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування й реабілітація»*, 2023. С. 29.
2. Рязанцева Т. Сучасні методи психотерапевтичного втручання при психотравмі. *Кваліфікаційна робота*, 2024. С. 17-20.
3. Хаустова О., Авраменко О. Стрес та тривога: психосоматичний підхід до терапії. *Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*. Київ, Україна, 2023. С. 3-4.
4. Коваленко С. Особливості застосування психологічних технік зниження рівня тривожності. *Кваліфікаційна робота*, 2023. С. 8-14.
5. Nakao M., Shiotsuki K., Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *Nakao et al. BioPsychoSocial Medicine*, 2021. С. 7-10.
6. Данилова Т., Салата Г., Семенов Ю. Психотерапевтичні методи лікування тривожних розладів: короткий огляд. *Національний університет біоресурсів і природокористування України*, 2021. С. 29-30.
7. Мурза К. Настанови щодо лікування розладів тривожного спектра. *Журнал «НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія»*, 2019. С. 44-49.
8. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. *Навчально-реабілітаційний центр «Джерело»*, м. Львів. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2008/6%2811%29/article-155/kognitivno-povedinkova-terapiya-depresiyi#gsc.tab=0>.
9. Bentley K., Bernstein E., Wallace B., Mischoulon D. Treatment for Anxiety and Comorbid Depressive Disorders: Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Strategies. *National Center for Biotechnology Information*, 2022. С. 3-6.

10. Curtiss J., Levine D., Ander I., Baker A. Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *National Center for Biotechnology Information*, 2021. С. 2-5.
11. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки, 2020. Випуск 6. С. 72-78.
12. Leahy R., Holland S., McGinn L. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders. Second edition. С. 16-22.
13. Савельєва-Кулик Н. Великий депресивний розлад із симптомами тривоги: сучасні підходи до лікування. *Журнал «НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія»*, 2024. С. 8-10.
14. Gautam M., Tripathi A., Deshmukh D., Gaur M. Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *National Center for Biotechnology Information*, 2020. С. 2-5.
15. Lungu A., Jun J., Azarmanesh O., Leykin Y., Chen C. Blended Care-Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Real-World Settings: Pragmatic Retrospective Study. *Journal of medical internet research*, 2020. С. 2-7
16. Kambeitz-Pankovic L., Rzayeva U., Völkel L., Wenzel J., Weiske J., Jessen F., Reininghaus U., Uhlhaas P., Alvarez-Jimenez M., Kambeitz J. A systematic review of digital and face-to-face cognitive behavioral therapy for depression. *Journal of digital medicine*, 2022. С. 2-6.
17. Бортнікова О., Охріменко І., Тодорова І. Особливості вияву депресивних станів. *Соціально-правові студії*, 2021. Випуск 1. С. 163-172.
18. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. *Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки*, 2016. С. 77-81.
19. Радул І. Депресивність як психологічний феномен. *Центральноукраїнський державний педагогічний університет імені Винниченка В., м. Кропивницький*. С. 163-170.
20. Голуб О. Соціальна робота з людьми, які мають депресивні розлади. *Кваліфікаційна робота*, 2022. С. 7-16.

21. Архангельська М. Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних втручань першого вибору в лікуванні тривожних розладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 2024. С. 50-54.
22. Романчук О. Техніки КПТ для плекання психологічної стійкості. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*. URL: <https://i-cbt.org.ua/aptechka/>.
23. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*. С. 14-25.
24. Єгоров В. Застосування основних підходів когнітивно-поведінкової терапії при роботі з клієнтами як сучасного методу психотерапевтичної допомоги. *Кваліфікаційна робота*, 2023. С. 9-25.
25. Нікода К. Особливості когнітивно-поведінкової терапії та сфери психічного здоров'я в світі. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*, 2021. С. 4-12.
26. Venkatesan A., Rahimi L., Kaur M., Mosunic C. Digital Cognitive Behavior Therapy Intervention for Depression and Anxiety: Retrospective Study. *Advancing Digital Health & Open Science*, 2020. С. 2-7.
27. Shafran R., Wroe A., Nagra S., Pissaridou E., Coughtrey A. Cognitive behaviour treatment of co-occurring depression and generalised anxiety in routine clinical practice. *National Center for Biotechnology Information*, 2018. С. 2-10.
28. Кузьо О. Особливості використання експерименту в когнітивно-поведінковій терапії. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*, 2018. С. 82-88.
29. Головка П. Особливості роботи з негативними автоматичними думками при когнітивно-поведінковій терапії. *Кваліфікаційна робота*, 2024. С. 13-23.
30. Федько Ф. Умови подолання негативних переконань особистості. *Кваліфікаційна робота*, 2024. С. 12-19.

31. Скорбач І. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії в лікуванні панічного розладу. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*, 2016. С. 29-33.
32. Савельєва-Кулик Н. Когнітивно-поведінкова терапія: соматичні кореляти подолання тривожності. *Журнал «Український медичний часопис»*, 2020. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-169523-kognitivno-povedinkova-terapiya-somatichni-korelyati-podolannya-trivozhnosti>.
33. Паробій В. Когнітивно-поведінкова терапія соціальної фобії. *Журнал «НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія»*, 2016. С. 43-49.
34. Олійник М. Дослідження синдрому вигорання. КПТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*, 2021. С. 21-27.
35. Ряховська Т.Л. Роль когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю в клініці ендогенних психічних захворювань. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 2020. С. 195-199.
36. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. *Навчально-реабілітаційний центр «Джерело», м. Львів*. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2008/6%2811%29/article-155/kognitivno-povedinkova-terapiya-depresiyi#gsc.tab=0>.
37. Чолій С. Огляд досліджень ефективності когнітивно-поведінкової психотерапії. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії*, 2020. С. 19-32.
38. Коваленко С. Особливості застосування психологічних технік зниження рівня тривожності. *Кваліфікаційна робота*, 2023. С. 22-33.
39. Романчук О. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *Журнал «НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія»*. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/1%2836%29/article-586/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozradi-proyavi-naslidki-y-suchasni-pidhodi-do-terapiyi#gsc.tab=0>.

40. Гаврилюк Ю. Особливості когнітивно-поведінкової роботи з тривожними станами. *Кваліфікаційна робота*, 2023. С. 17-34.
41. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. С. 2-7.
42. Kappelmann N., Moser S., Smith G., Burgess S., Jones P., Khandaker G. Role of inflammation in depression and anxiety: Tests for disorder specificity, linearity and potential causality of association in the UK Biobank. *National Center for Biotechnology Information*, 2021. С. 2-8.
43. Новосад О. Психотерапія в роботі з тривожними станами. *Кваліфікаційна робота*, 2024. С. 12-23.
44. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності. *Навчально-реабілітаційний центр «Джерело»*, м. Львів. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/4%2839%29/article-646/kognitivno-povedinkova-terapiya-trivozhnih-rozladiv-model-rozuminnya-terapiyi-ta-empirichni-dokazi-efektivnosti?utm>.
45. Bhattacharya S., Hofmann S. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression, 2023. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2666869623000015>.
46. Noetel M. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials, 2024. С. 1-8.
47. Орос М., Тодавчич О. Нейробіологічні основи депресії та тривожного розладу: принципи консервативного лікування. *Журнал «НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія»*, 2019. С. 34-36.
48. Cully J., Dawson D., Hamer J., Tharp A. A Provider's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy, 2021. С. 13-18.
49. Cully J., Tharp A. A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy. С. 28-36.
50. Karyotaki E., Efthimiou O., Miguel C. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Psychiatry journal Jama*, 2021. С. 2-6.

51. Бондар С. Шкала тривоги Спілбергера (STAI). *Кваліфікаційна робота*. С. 115-116.

52. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gosptalna-shkala-trivogi--depress-HADS>.

53. Шкала тривоги Гамільтона. URL: <https://clincasequest.academy/hamahars/>.

54. Шкала депресії Бека. URL: <https://ruzhinska.wordpress.com/2016/02/09/%D1%88%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0-%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%96%D1%97-%D0%B1%D0%B5%D0%BA%D0%B0/>.

55. Психодіагностичний інструментарій визначення рівня тривожності. Методика диференціальної діагностики депресивних станів. URL: <https://studfile.net/preview/7278969/page:7/>.

56. Психодіагностичний інструментарій визначення рівня тривожності. Методика визначення рівня тривожності – шкала Тейлора. URL: <https://studfile.net/preview/9234594/page:8/>.

57. Єгоров В. Застосування основних підходів когнітивно-поведінкової терапії при роботі з клієнтами як сучасного методу психотерапевтичної допомоги. *Кваліфікаційна робота*, 2023. С. 13-25.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала тривоги Спілбергера (STAI)

Процедура проведення

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і поставте «✓» поруч з твердженням в залежності від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних і неправильних відповідей немає».

Інтерпретація результатів

При аналізі результатів треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При загальній інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів – низька;
- 31-44 бали – помірна;
- 45 і більше – висока.

Зіставлення результатів за обома підшкалами дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

Коментарі до результатів

Людам із високим рівнем тривожності варто розвивати почуття впевненості та успішності. Їм слід зосередитися не на суворих вимогах і значущості завдань, а на осмисленні змісту діяльності та детальному плануванні окремих кроків.

Для осіб із низьким рівнем тривожності, навпаки, корисно підсилювати активність, акцентуючи увагу на мотиваційних аспектах, пробуджуючи інтерес та підвищуючи почуття відповідальності за виконання завдань.

Ситуативна тривога виникає як реакція на стрес і проявляється через суб'єктивний дискомфорт, напруженість, занепокоєння та реакції

Продовження Додатка А вегетативної нервової системи. Цей стан є нестабільним і може змінюватися за інтенсивністю. Отже, підсумковий результат за шкалами дає змогу оцінити не лише рівень поточної тривоги, але й визначити, чи знаходиться людина під впливом стресу, а також оцінити силу цього впливу.

	Шкала ситуативной тревожности		Шкала личностной тревожности
Номер суждения	Баллы за ответы	Номер суждения	Баллы за ответы
1	4 3 2 1	21	4 3 2 1
2	4 3 2 1	22	1 2 3 4
3	1 2 3 4	23	4 3 2 1
4	1 2 3 4	24	1 2 3 4
5	4 3 2 1	25	1 2 3 4
6	1 2 3 4	26	4 3 2 1
7	1 2 3 4	27	4 3 2 1
8	4 3 2 1	28	1 2 3 4
9	1 2 3 4	29	1 2 3 4
10	4 3 2 1	30	4 3 2 1
11	4 3 2 1	31	1 2 3 4
12	1 2 3 4	32	1 2 3 4
13	1 2 3 4	33	1 2 3 4
14	1 2 3 4	34	1 2 3 4
15	4 3 2 1	35	1 2 3 4
16	4 3 2 1	36	4 3 2 1
17	1 2 3 4	37	1 2 3 4
18	1 2 3 4	38	1 2 3 4
19	4 3 2 1	39	4 3 2 1
20	4 3 2 1	40	1 2 3 4

1. Я спокійний(а)

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

2. Мені ніщо не загрожує

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

3. Я перебуваю в напруженні

- ніколи
- майже ніколи

- часто
- майже завжди

Продовження додатка А

4. Я внутрішньо скутий

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

5. Я відчуваю себе вільно

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

6. Я засмучений(а)

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

7. Мене хвилюють можливі невдачі

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

8. Я відчуваю душевний спокій

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

9. Я стривожений(а)

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

10. Я відчуваю внутрішнє задоволення

Продовження Додатка А

- ніколи
- майже ніколи

- часто
- майже завжди

11. Я впевнений(а) в собі

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

12. Я нервуюсь

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

13. Я не знаходжу собі місця

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

14. Я напружений(а)

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

15. Я не відчуваю скутості, напруження

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

16. Я задоволений(а)

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

17. Я стурбований(а)

Продовження Додатка А

- ніколи
- майже ніколи

- часто
- майже завжди

18. Я дуже збуджений(а) і мені не по собі

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

19. Мені радісно

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

20. Мені приємно

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

21. У мене буває піднесений настрій

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

22. Я буваю дратівливим(ою)

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

23. Я легко впадаю в розпач

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

24. Я хотів(ла) би бути таким(ою) же щасливим(ою), як і інші

Продовження Додатка А

- ніколи
 - майже ніколи
25. Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути
- часто
 - майже завжди
26. Я відчуваю приплив сил і бажання працювати
- ніколи
 - майже ніколи
 - часто
 - майже завжди
27. Я спокійний(а), урівноважений(а) та зібраний(а)
- ніколи
 - майже ніколи
 - часто
 - майже завжди
28. Мене турбують можливі труднощі
- ніколи
 - майже ніколи
 - часто
 - майже завжди
29. Я дуже переживаю через дрібниці
- ніколи
 - майже ніколи
 - часто
 - майже завжди
30. Я буваю цілком щасливим(ою)
- ніколи
 - майже ніколи
 - часто
 - майже завжди
31. Я все приймаю близько до серця

- ніколи
- майже ніколи

- часто
- майже завжди

Продовження Додатка А

32. Мені не вистачає впевненості в собі

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

33. Я відчуваю себе беззахисним(ою)

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

35. У мене буває хандра

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

36. Я буваю задоволений(а)

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

37. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

38. Буває, що я відчуваю себе невдахою

- ніколи
- майже ніколи

Продовження Додатка А

- часто
- майже завжди

39. Я врівноважена людина

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

40. Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи

- ніколи
- майже ніколи
- часто
- майже завжди

Додаток Б

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Інтерпретація результатів

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Процедура проведення

Бланк опитувальника видається респонденту для самостійного заповнення і супроводжується інструкцією такого змісту:

«Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль у виникненні більшості захворювань. Якщо ваш лікар більше дізнається про ваші переживання, він зможе краще допомогти вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти вашому лікареві зрозуміти, як ви себе відчуваєте. Прочитайте уважно кожне твердження і поставте «✓» поруч з відповіддю, яка найбільше відповідає тому, як ви відчуваєтеся. Не роздумуйте над кожним твердженням занадто довго – ваша перша реакція завжди буде найвірнішою».

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді. Виберіть ту з відповідей, що відповідає Вашому стану, а потім підсумуйте бали в кожній частині

Частина I (Оцінка рівня ТРИВОГИ)	Частина II (Оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)
1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі 3 - Увесь час 2 - Часто 1 - Час від часу, іноді 0 - Зовсім не відчуваю	1. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття 0 - Це так 1 - Напевно, це так 2 - В дуже малій мірі це так 3 - Це зовсім не так
2. Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись 3 - Це так, та страх дуже сильний 2 - Да, це так, але страх не дуже сильний 1 - Іноді, але це мене не турбує 0 - Зовсім не відчуваю	2. Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне 0 - Це так 1 - Напевно, це так 2 - В дуже малій мірі це так 3 - Це зовсім не так
3. Метушливі думки круяться у мене в голові 3 - Постійно 2 - Більшу частину часу 1 - Час від часу і це не так часто 0 - Тільки іноді	3. Я відчуваю бадьорість 3 - Зовсім не відчуваю 2 - Дуже рідко 1 - Іноді 0 - Практично весь час
4. Я можу легко сісти та розслабитись 0 - Це так 1 - Напевно, це так 2 - Зрідка це так 3 - Зовсім не можу	4. Мені здається, що я став робити все дуже повільно 3 - Практично весь час 2 - Часто 1 - Іноді 0 - Зовсім ні
5. Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння 0 - Зовсім не відчуваю 1 - Іноді 2 - Часто 3 - Дуже часто	5. Я не слідкую за своєю зовнішністю 3 - Це так 2 - Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно 1 - Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги 0 - Я слідкую за собою так, як і раніше
6. Я відчуваю несподичність, мені постійно треба рухатись 3 - Це так 2 - Напевно, це так 1 - В деякій мірі це так 0 - Зовсім не відчуваю	6. Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення 0 - Точно так, як і звичайно 1 - Так, але не в тій мірі, як раніше 2 - Значно менше, ніж звичайно 3 - Зовсім так не вважаю
7. У мене буває раптові відчуття паніки 3 - Дуже часто 2 - Досить часто 1 - Не так і часто 0 - Зовсім не буває	7. Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми 0 - Часто 1 - Іноді 2 - Зрідка 3 - Дуже рідко
Кількість балів за шкалою тривоги:	Кількість балів за шкалою депресії:
0-7 балів – норма	
8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія	
11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія	

Додаток В

Шкала тривоги Гамільтона (HARS)

Кожен параметр оцінюється за рівнем виразності:

0 = немає; 1 = незначний; 2 = помірний; 3 = сильний; 4 = дуже важкий

Інтерпретація результатів

- Показники ≤ 17 вказують на легкий ступінь тривожності.

- Показники від 18 до 24 вказують на ступінь тривожності від легкої до помірної.

- 25-30 балів вказують на ступінь тривожності від помірної до важкої.

- Бали > 30 вказують на сильне занепокоєння.

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

- Немає
- Незначний
- Помірний
- Сильний
- Дуже важкий

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

- Немає

- Незначний
- Помірний
- Сильний
- Дуже важкий

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

- Немає
- Незначний
- Помірний
- Сильний
- Дуже важкий

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

- Немає
- Незначний
- Помірний

Продовження Додатка В

- Сильний
- Дуже важкий

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

- Немає
- Незначний
- Помірний
- Сильний
- Дуже важкий

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

- Немає
- Незначний
- Помірний
- Сильний
- Дуже важкий

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

- Немає
- Незначний
- Помірний
- Сильний

- Дуже важкий
8. Соматичні сенсорні (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)
- Немає
 - Незначний
 - Помірний
 - Сильний
 - Дуже важкий
9. Серцево-судинні (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)
- Немає
 - Незначний
 - Помірний
 - Сильний
 - Дуже важкий

Продовження Додатка В

10. Респіраторні (тиск і стиснення у грудях, задуха, часті зітхання)
- Немає
 - Незначний
 - Помірний
 - Сильний
 - Дуже важкий
11. Гастроінтестинальні (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запор, зменшення маси тіла)
- Немає
 - Незначний
 - Помірний
 - Сильний
 - Дуже важкий
12. Сечостатеві (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, фригідність, втрата лібідо, імпотенція)
- Немає
 - Незначний
 - Помірний
 - Сильний
 - Дуже важкий

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

- Немає
- Незначний
- Помірний
- Сильний
- Дуже важкий

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

- Немає
- Незначний
- Помірний
- Сильний
- Дуже важкий

Додаток Г

Шкала депресії Бека

Показник по кожній категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 згідно з наростанням важкості симптому. Сумарний бал складає від 0 до 62 і знижується відповідно до поліпшення стану.

Інтерпретація результатів

При інтерпретації даних враховується сумарний бал за всіма категоріями.

0-9 - відсутність депресивних симптомів

10-15 - легка депресія (субдепресія)

16-19 - помірна депресія

20-29 - виражена депресія (середньої важкості)

30-63 - важка депресія

1.

- Мені не сумно
- Значну частину часу мені сумно
- Я увесь час почувуюсь сумним(ою), пригніченим(ою)

- Я відчуваю нестерпний сум та тугу
- 2.
- Я не вважаю, що заслуговую покарання
 - Я допускаю, що заслуговую покарання
 - Я вважаю, що маю бути покараний(а)
 - Я відчуваю, що доля карає мене
- 3.
- Я спокійно думаю про майбутнє
 - Думки про майбутнє викликають в мене занепокоєння більше, ніж раніше
 - Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися
 - Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити
- 4.
- Я не відчуваю себе невдахою
- Продовження Додатка Г
- В минулому я мав(ла) би менше зазнавати невдач
 - Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок
 - Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)
- 5.
- Я в основному задоволений(а) тим, ким я є
 - Я втратив(ла) впевненість у собі
 - Я розчарований(а) в собі
 - Я не люблю себе
- 6.
- Я отримую задоволення від улюблених занять і речей
 - Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей
 - Я отримую дуже мало задоволення від того, що зазвичай мене тішило
 - Я не можу отримати задоволення від того, що зазвичай мене тішило
- 7.
- Я критикую і звинувачую себе не більше, ніж зазвичай
 - Я більш критичний(а) до себе, ніж зазвичай
 - Я критикую себе за всі свої помилки
 - Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається

8.

- Я не відчуваю відчуття провини
- Я відчуваю почуття провини за багато речей, зроблених мною
- Я дуже часто бачуся поганою людиною і мене мучить відчуття провини
- Мене мучить постійне відчуття провини

9.

- У мене не виникає думок про самогубство
- У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього
- Я хочу вмерти і планую самогубство
- Якщо б була нагода, я б зробив(ла) самогубство

10.

- Я не більш неспокійний(а) або збуджений(а), ніж зазвичай
- Я відчуваю більше занепокоєння і збудження, ніж зазвичай

Продовження Додатка Г

- Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що мені важко сидіти спокійно
- Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що змушений весь час рухатися або щось робити

11.

- Я не плачу більш часто, ніж звичайно
- Я плачу частіше, ніж звичайно
- Я плачу кожен день по кожному незначному приводу
- Я хочу плакати, але не можу

12.

- Я не втратив(ла) цікавості до інших людей і занять
- Люди і речі цікавлять мене менше, ніж раніше.
- Я значною мірою втратив(ла) цікавість до інших людей і занять
- Мене важко чимось зацікавити

13.

- Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно
- Я дратуюся легше, ніж звичайно
- Я дратуюся значно легше, ніж звичайно
- Я постійно відчуваю роздратування

14.

- Мені не важче, ніж звичайно приймати рішення
- Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень
- Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення
- Я не в стані приймати жодних рішень

15.

- У мене хороший апетит
- Мій апетит гірший, ніж раніше
- Мій апетит набагато гірший, ніж раніше
- У мене взагалі немає апетиту

16.

- Я сплю так само добре, як раніше
- Я почав гірше спати і прокидаюся втомленим
- Я рано прокидаюся і відчуваю, що не виспався
- Я прокидаюся кілька разів за ніч і більше не можу заснути

Продовження Додатка Г

17.

- Я не відчуваю себе нікчемним(ою)
- Я не відчуваю себе таким(ою) же цінним(ою) і корисним(ою), як завжди
- Я відчуваю себе менш цінним(ою), ніж інші
- Я відчуваю себе повністю нікчемним(ою)

18.

- Я так само добре можу зосередитися, як завжди
- Я не можу так само добре зосередитися, як завжди
- Мені важко довго утримувати увагу на чому-небудь
- Я не можу зосередитися ні на чому

19.

- Я так само енергійний(а), як зазвичай
- У мене менше енергії, ніж зазвичай
- У мене недостатньо енергії, щоб зробити багато чого з того, що потрібно
- У мене немає сил ні на що

20.

- Я втомлююся не більш, ніж зазвичай
- Я втомлююся значно легше, ніж раніше

- Через втому я не можу виконувати багато звичних для мене справ
- Через втому я не можу виконувати більшість звичних для мене справ

Додаток Д

Методика диференціальної діагностики депресивних станів Цунга

У тестуванні враховується 20 чинників, які визначають чотири рівні депресії. Тест містить десять позитивно сформульованих і десять негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (на основі відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»).

Інструкція

Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть відповідну цифру справа в залежності від того, як ви відчуваєтеся останнім часом. Над запитаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей не існує.

Інтерпретація

Рівень депресії (РД) вираховується за формулою:

$$\text{РД} = \text{Епр.} + \text{Езв.}$$

Де, Епр. - сума закреслених цифр до прямих тверджень №1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

Езв, - сума цифр «зворотних», закресленим, твердженням № 2, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Наприклад, якщо біля твердження №2 закреслена цифра 1, в суму додається 4 бали; біля твердження №5 закреслена цифра 2 - додається 3 бали; біля твердження №6 закреслена цифра 3 - додається 2 бали; біля твердження №11 закреслена цифра 4 - додається 1 бал, і так далі.

Таким чином, загальна сума балів РД коливається від 20 до 80.

Якщо сума РД не перевищує 50 балів, то діагностується відсутність депресії. Якщо РД більше ніж 50, але менше ніж 59, ставиться діагноз легкої депресії ситуативного або невротичного походження. При значенні РД від 60 до 69 балів визначається субдепресивний стан або замаскована депресія. Справжня депресія діагностується при РД більше ніж 70 балів.

Продовження Додатка Д

№	Твердження	Ніколи	Іноді	Часто	Постійно
1	Я маю поганий настрій	1	2	3	4
2	Вранці я відчуваю краще за все	1	2	3	4
3	У мене трапляються періоди плачу або близькості сліз	1	2	3	4
4	Вночі я погано сплю	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірший, ніж зазвичай	1	2	3	4
6	Мені приємно дивитися на привабливих дівчат (хлопців), розмовляти з ними, знаходитися з ними поруч	1	2	3	4
7	Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8	Мене турбує шлунок	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10	Я втомлююся без причини	1	2	3	4

11	Я мислю так само ясно, як і завжди	1	2	3	4
12	Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4
13	Я відчуваю тривогу і мені важко всидіти на місці	1	2	3	4
14	У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більш роздратований, ніж зазвичай	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що потрібен і приношу користь оточуючим	1	2	3	4
18	Я живу достатньо повним життям	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, коли я помру	1	2	3	4
20	Мене на сьогоднішній день радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

Додаток Е

Методика вимірювання рівня тривожності Тейлор

Обробка результатів

Підрахуйте кількість відповідей, що відповідають за тривожність.

Кожну відповідь оцініть в 1 бал, якщо відповіли:

– «так» на: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50;

– «ні» на: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Результати.

40-50 балів: показник дуже високого рівня тривоги

25-40 балів: показник високого рівня тривоги

15-25 балів: середній рівень з тенденцією до високого

5-15 балів. середній рівень з тенденцією до низького

0-5 балів: низький рівень тривоги

№	Твердження	Відповідь
---	------------	-----------

1	Зазвичай я спокійна(-ий) та вивести мене з рівноваги важко	
2	Я знервована(-ий) не більше, ніж інші люди	
3	У мене рідко бувають запори	
4	У мене рідко буває головний біль	
5	Я дуже рідко стомлююся	
6	Я майже завжди почуваюся достатньо щасливою(-им)	
7	Я впевнена(-ий) у собі	
8	Я майже ніколи не червонію	
9	Порівняно зі своїми друзями я вважаю себе досить сміливою людиною	
10	Я червонію не частіше за інших	
11	У мене рідко буває пришвидшене серцебиття	
12	Зазвичай мої руки досить теплі	
13	Я сором'язлива(-ий) не більше, ніж інші	
14	Мені не вистачає впевненості в собі	

Продовження Додатка Е

15	Іноді мені здається, що я ні на що не здатна(-ий)	
16	У мене бувають періоди такого переживання, що я не можу всидіти на місці	
17	Мій шлунок дуже мене тривожить	
18	У мене не вистачає духу, щоб витримати всі труднощі, що на мене чекають	
19	Я хотіла(-в) б бути такою(-им), як інші люди	
20	Іноді мені здається, що переді мною такі труднощі, яких мені не подолати	
21	Мені часто сняться кошмари	
22	Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся щонебудь зробити	
23	У мене дуже тривожний і неспокійний сон	
24	Мене дуже тривожать можливі невдачі	
25	Мені доводилося відчувати страх у тих випадках, коли я точно знаю, що мені нічого не загрожує	

26	Мені важко зосередитися на роботі або на іншому завданні	
27	Я працюю з великим напруженням	
28	Я дуже часто почуваюся спантеличеною(-им)	
29	Майже постійно відчуваю тривогу через щось чи когось	
30	Я схильна(-ий) сприймати все занадто серйозно	
31	Я часто плачу	
32	Мене часто тривожать приступи блювоти та нудоти	
33	Один раз на місяць або частіше в мене буває розлад шлунка	
34	Я часто боюся, що ось-ось почервонію	
35	Мені дуже важко на чомусь зосередитися	
36	Моє матеріальне становище дуже мене тривожить	
37	Нерідко я думаю про такі речі, про які ні з ким би не хотілося говорити	
38	Бували періоди, коли через тривожність у мене було безсоння	

Продовження Додатка Е

39	Час від часу, коли я спантеличена(-ий), у мене з'являється сильне потовиділення, що дуже мене тривожить	
40	Навіть у холодну пору року я сильно пітнію	
41	Час від часу я дуже збуджена(-ий), що заважає мені заснути	
42	Я людина, яка дуже швидко «заводиться» через дрібниці	
43	Буває, що я відчуваю себе зовсім непотрібною(-им)	
44	Іноді мені здається, що мої нерви дуже розхитані і я ось-ось роздратуюся	
45	Я часто ловлю себе на думці, що мене щось сильно тривожить	
46	Я набагато чутливіша(-ий), ніж думають інші	
47	Я майже постійно відчуваю голод	
48	Іноді я засмучуюся через дрібниці	
49	Життя для мене асоціюється з незвичним напруженням	
50	Очікування завжди змушує мене тривожитися	

Додаток Є

Результати за шкалою тривоги Спілбергера (STAI)

№	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
1	44	47
2	39	50
3	55	54
4	48	50
5	44	43
6	53	56
7	50	55
8	42	35
9	55	49
10	44	42
11	41	50
12	60	60
13	41	38
14	55	53
15	42	41
16	51	56
17	48	50
18	46	46
19	54	60
20	56	46
21	62	58
22	44	54

23	70	64
24	48	44
25	54	60
26	58	56
27	46	50
28	64	58
29	68	60
30	50	46
31	56	48
32	66	64
33	54	60
34	46	44
35	62	66
36	68	64
37	58	48
38	64	50
39	44	46
40	72	68
41	48	44
42	60	54
43	66	60
44	60	54
45	48	44
46	56	50

Продовження Додатка Є

47	66	60
48	70	64
49	62	56
50	60	54
51	64	60
52	54	52
53	58	54
54	68	60
55	46	44
56	62	56
57	48	46
58	44	50
59	64	60
60	56	54

Додаток Ж

Результати за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)

№	Рівень тривоги	Рівень депресії
1	12	4
2	11	1
3	10	5
4	8	4
5	4	4
6	8	6
7	11	4
8	7	2
9	6	3
10	6	1
11	6	2
12	11	12
13	6	7
14	8	9
15	4	1
16	10	11
17	7	3
18	6	2
19	11	8
20	7	6
21	7	7
22	12	11

23	7	9
24	9	4
25	9	5
26	7	6
27	11	5
28	12	10
29	7	6
30	11	9
31	4	2
32	6	4
33	9	3
34	8	5
35	8	8
36	10	12
37	11	9
38	8	5
39	7	6
40	11	12
41	7	3
42	9	8
43	6	5
44	10	7
45	9	4
46	8	6

Продовження Додатка Ж

47	11	9
48	12	10
49	9	8
50	5	4
51	9	5
52	12	7
53	8	6
54	11	10
55	6	2
56	9	6
57	6	3
58	8	4
59	7	5
60	10	6

Додаток 3

Результати шкали тривоги Гамільтона (HARS)

№	Рівень тривоги
1	14
2	9
3	8
4	9
5	11
6	17
7	16
8	16
9	15
10	11
11	23
12	22
13	14
14	23
15	3
16	30
17	10
18	14
19	16
20	12
21	14
22	22

23	18
24	8
25	10
26	12
27	10
28	20
29	12
30	18
31	4
32	8
33	6
34	10
35	16
36	24
37	18
38	10
39	12
40	28
41	6
42	16
43	10
44	14
45	8
46	12

Продовження Додатка 3

47	18
48	20
49	16
50	8
51	10
52	14
53	12
54	20
55	4
56	12
57	6
58	8
59	10
60	12

Додаток И

Результати за шкалою депресії Бека

№	Рівень депресії
1	8
2	8
3	13
4	14
5	14
6	14
7	13
8	5
9	4
10	4
11	12
12	31
13	3
14	12
15	4
16	17
17	3
18	2
19	8
20	6
21	7
22	11

23	9
24	4
25	5
26	6
27	5
28	10
29	6
30	9
31	2
32	4
33	3
34	5
35	8
36	12
37	9
38	5
39	6
40	12
41	3
42	8
43	5
44	7
45	4
46	6

Продовження Додатка И

47	9
48	10
49	8
50	4
51	5
52	7
53	6
54	10
55	2
56	6
57	3
58	4
59	5
60	6

Додаток І

Результати диференціальної діагностики депресивних станів Цунга

№	Рівень депресії
1	38
2	32
3	48
4	40
5	41
6	44
7	33
8	37
9	42
10	50
11	43
12	49
13	39
14	49
15	34
16	50
17	34
18	30
19	50
20	52
21	46
22	50

23	44
24	40
25	50
26	47
27	42
28	51
29	48
30	50
31	25
32	40
33	33
34	46
35	50
36	52
37	47
38	44
39	46
40	55
41	36
42	50
43	50
44	51
45	40
46	47

Продовження Додатка І

47	52
48	55
49	49
50	40
51	50
52	51
53	49
54	52
55	30
56	48
57	32
58	41
59	46
60	50

Додаток І

Результати вимірювання рівня тривожності Тейлор

№	Рівень тривоги
1	24
2	24
3	22
4	10
5	15
6	32
7	24
8	12
9	29
10	15
11	16
12	31
13	11
14	22
15	18
16	30
17	25
18	23
19	30
20	23
21	29
22	27

23	32
24	22
25	30
26	28
27	25
28	29
29	30
30	23
31	24
32	32
33	30
34	22
35	33
36	32
37	24
38	25
39	23
40	30
41	22
42	27
43	30
44	27
45	22
46	25

Продовження Додатка І

47	30
48	30
49	25
50	23
51	20
52	17
53	27
54	29
55	22
56	28
57	19
58	25
59	18
60	27

Додаток Й

Результати за шкалою тривоги Спілбергера після застосування КПТ

№	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
1	40	44
2	36	47
3	50	50
4	44	47
5	40	40
6	50	52
7	46	51
8	38	33
9	50	46
10	40	39
11	38	47
12	56	56
13	38	36
14	50	49
15	40	38
16	48	52
17	44	47
18	42	43
19	50	56
20	52	43
21	58	54
22	40	50

23	65	60
24	44	41
25	50	56
26	54	52
27	42	47
28	60	54
29	64	56
30	46	43
31	52	45
32	60	60
33	50	56
34	42	41
35	58	62
36	64	60
37	54	45
38	60	47
39	40	43
40	68	64
41	44	41
42	56	50
43	60	56
44	56	50
45	44	41
46	52	47

Продовження Додатка Й

47	60	56
48	65	60
49	58	52
50	54	50
51	60	56
52	50	49
53	54	50
54	64	56
55	42	41
56	58	52
57	44	43
58	40	47
59	60	56
60	52	50

Додаток К

Результати за госпітальною шкалою тривоги і депресії після КПТ

№	№	Рівень тривоги
1	10	3
2	10	1
3	9	4
4	7	3
5	4	3
6	7	5
7	9	3
8	6	2
9	5	2
10	5	1
11	5	2
12	9	10
13	5	6
14	7	8
15	4	1
16	8	9
17	6	3
18	5	2
19	9	7
20	6	5
21	6	6
22	10	9

23	6	7
24	8	3
25	8	4
26	6	5
27	9	4
28	10	8
29	6	5
30	9	7
31	4	1
32	5	3
33	8	2
34	7	4
35	7	6
36	9	10
37	9	8
38	7	4
39	6	5
40	9	10
41	6	2
42	8	6
43	5	4
44	8	6
45	8	3
46	7	5

Продовження Додатка К

47	9	7
48	10	8
49	8	6
50	4	3
51	8	4
52	10	6
53	7	5
54	9	8
55	5	2
56	8	5
57	5	3
58	7	3
59	6	4
60	8	5

Додаток Л

Результати за шкалою тривоги Гамільтона після КІТ

№	Рівень тривоги
1	12
2	8
3	7
4	8
5	10
6	15
7	14
8	14
9	13
10	9
11	20
12	19
13	12
14	20
15	3
16	26
17	9
18	13
19	14
20	11
21	12
22	19

23	15
24	7
25	9
26	10
27	9
28	18
29	11
30	16
31	4
32	7
33	5
34	9
35	14
36	20
37	16
38	9
39	10
40	24
41	5
42	14
43	9
44	12
45	7
46	10

Продовження Додатка Л

47	16
48	18
49	14
50	7
51	9
52	13
53	11
54	17
55	3
56	10
57	5
58	7
59	9
60	11

Додаток М

Результати за шкалою депресії Бека після КПТ

№	Рівень депресії
1	7
2	7
3	12
4	12
5	12
6	12
7	12
8	4
9	4
10	4
11	11
12	27
13	3
14	10
15	4
16	15
17	3
18	2
19	7
20	5
21	6
22	10

23	8
24	3
25	4
26	5
27	4
28	9
29	5
30	8
31	2
32	3
33	3
34	4
35	7
36	11
37	8
38	4
39	5
40	11
41	3
42	7
43	4
44	6
45	4
46	5

Продовження Додатка М

47	8
48	9
49	7
50	4
51	4
52	6
53	5
54	9
55	2
56	5
57	3
58	3
59	4
60	5

Додаток Н

Результати диференціальної діагностики депресивних станів Цунга після застосування техніки КПТ

№	Рівень депресії
1	34
2	28
3	41
4	34
5	36
6	38
7	29
8	31
9	36
10	44
11	39
12	42
13	33
14	43
15	30
16	44
17	29
18	27
19	43
20	44

21	40
22	45
23	38
24	36
25	44
26	42
27	38
28	45
29	41
30	44
31	22
32	35
33	29
34	40
35	44
36	44
37	41
38	38
39	41
40	49
41	31
42	44
43	44
44	45

Продовження Додатка Н

45	36
46	42
47	44
48	49
49	43
50	34
51	43
52	44
53	43
54	46
55	26
56	41
57	28
58	36
59	39
60	43

Додаток О

Результати вимірювання рівня тривожності Тейлор після застосування
техніки КПТ

№	Рівень тривоги
1	21
2	21
3	19
4	9
5	13
6	28
7	21
8	11
9	26
10	13
11	14
12	27
13	9
14	20
15	16
16	26
17	22
18	20
19	27
20	20

21	25
22	24
23	27
24	20
25	26
26	24
27	22
28	25
29	26
30	20
31	21
32	28
33	26
34	19
35	29
36	29
37	20
38	21
39	21
40	26
41	19
42	23
43	27
44	24

Продовження Додатка О

45	19
46	21
47	26
48	26
49	21
50	20
51	18
52	15
53	23
54	26
55	20
56	25
57	16
58	21
59	16
60	24

Додаток П

Сертифікат про участь у Міжнародному науково-дослідному конгресі
BILSEL в Туреччині

