

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

---

**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я  
КАФЕДРА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ, ПСИХОСОМАТИЧНОЇ  
МЕДИЦИНИ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

---

**КВАЛІФІКАЦІЙНА ВИПУСКНА РОБОТА**

на тему:

**«ВПЛИВ НЕВПЕВНЕНОСТІ ЯК ОСОБИСТІСНОЇ РИСИ НА  
РОЗВИТОК ТРИВОЖНИХ СТАНІВ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти 6 курсу,  
9904 групи  
спеціальність 225 Медична психологія  
освітня програма Медична психологія  
Мовчан Анастасія Миколаївна

Керівник: доктор психологічних наук, професор  
Філоненко Мирослава Мирославівна

Рецензент: Зінченко Олександр, кандидат  
психологічних наук, доцент

**Київ – 2025 рік**  
**ЗМІСТ**

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У МЕДИЧНІЙ І ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ.....	6
1.1.        Сутність                    і                    види                    тривожних станів.....	6
1.2.        Чинники                    розвитку                    тривожних станів.....	15
1.3.        Впевненість                    у                    структурі особистості.....	21
Висновки                                    до                                    першого розділу.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВПЕВНЕНОСТІ ЯК ЧИННИКА РОЗВИТКУ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ.....	27
2.1.                                    Опис                                    програми дослідження.....	27
2.2.    Аналіз    результатів    вивчення    показників    тривожних станів.....	30
2.3.    Зв'язок    невпевненості    у    собі    з    проявами    тривожних станів.....	44
Висновки до другого розділу.....	48
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ.....	49
3.1.    Опис    програми    корекції    тривожних    станів.....	49
3.2.    Аналіз    результатів    формульованого    експерименту    з    корекції тривожних станів.....	62
Висновки до третього розділу.....	68
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71
ДОДАТКИ.....	79

## ВСТУП

*Актуальність дослідження.* Сучасність ставить перед громадянами України низку випробувань. Звичайно, що найбільш вагомими викликом і загрозою для суспільства є війна. Постійна пряма загроза здоров'ю і життю, хвилювання про близьких та рідних, нестабільність соціально-економічної ситуації, перманентний психологічний тиск інформаційного поля – усі ці чинники суттєво впливають на особистість. З огляду на це, актуальність проблематики психічного здоров'я на теренах нашої держави в останні два з половиною роки особливо зросла – як у контексті наукових досліджень, так і в плані розробки практичних програм корекції й допомоги. У межах феномену психічного здоров'я особливе значення має емоційна сфера як регулятор усіх процесів внутрішнього світу людини.

Однією з найпоширеніших проблем емоційної сфери останніх років є тривожні стани й розлади. У вузькому розумінні тривожність може розглядатися як стан і властивість особистості, що розвивається у ситуації невизначеності, прогнозуванні невдачі, небезпеки, загрози. У психологічній науці стверджується, що тривожність може виконувати як мобілізаційну, так і дезорганізуючу функції. Негативний вплив на психіку здійснюється у контексті дезорганізації, фрустрації, дезадаптації діяльності, що визначає позитивну динаміку тривожних станів і тривожних розладів. Інтенсивне переживання тривожності може мати довгострокові несприятливі наслідки на соціалізацію, пізнавальну активність, навчальну і професійну діяльність особистості.

Результати сучасних наукових розвідок тривожності і тривожних станів представлені у роботах Т. Гаврилова, А. Гринченка, І. Каськова, З. Кісарчук, В. Кучерявець, А. Марчевської, У. Михайлишин, В. Нестеренко, Л. Обухової, Я. Омельченко, О. Осадько, А. Прихожан, Ж. Тейлор, С. Томчук, М. Томчук, І. Ясточкіної та ін. У цих дослідженнях розкривається проблематика симптоматики, структури, видів, чинників, стратегій і тактик корекції

тривожних розладів. Не зважаючи на суттєвий науковий інтерес до означеної проблеми, низка аспектів залишається недостатньо з'ясованою. Зокрема, це стосується визначення впливу окремих особистісних рис на прояви тривожності особистості. У цьому контексті, особливу увагу науковців і психологів-практиків привертає впевненість у собі як стабілізаційний параметр емоційної сфери, що вимагає додаткових емпіричних уточнень. Крім того, наукове дослідження проблеми відкриває можливості до створення обґрунтованих програм корекції тривожних станів особистості в умовах війни.

Отже, теоретична і практична значущість проблеми обумовлює актуальність обраної теми: «Вплив невпевненості як особистісної риси на розвиток тривожних станів».

*Мета дослідження* – теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити особливості впливу невпевненості на розвиток тривожних станів особистості.

*Завдання дослідження:*

1. Опрацювати теоретичні джерела з проблеми тривожних станів особистості.
2. Емпірично з'ясувати симптоматику тривожних станів особистості на основі використання валідного і надійного діагностичного інструментарію.
3. Визначити зв'язки проявів тривожних станів з показниками впевненості особистості у собі.
4. Розробити й апробувати програму корекції тривожних станів особистості.

*Об'єкт дослідження* – тривожні стани особистості.

*Предмет дослідження* – невпевненість як чинник розвитку тривожних станів особистості.

*Гіпотеза дослідження* – впевненість як структурна особистості корелює з проявами тривожних станів.

Для вирішення поставлених завдань і перевірки вихідних положень, виявлення ефективності дослідження використано такі **методи** дослідження:

*теоретичні:* аналіз, синтез, узагальнення; *емпіричні:* спостереження, тестування; *методи математичної статистики для кількісного та якісного аналізу* емпіричних даних: відсотковий аналіз, кореляційний аналіз Пірсона, t-критерій Стьюдента.

*Наукова новизна дослідження* проявляється в уточненні даних щодо впливу впевненості як особистісної риси на розвиток тривожних станів.

*Практичне значення дослідження* полягає у створенні методологічно обґрунтованої, заснованої на аналізі емпіричного матеріалу програми корекції тривожних станів.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У МЕДИЧНІЙ І ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ**

## 1.1. Сутність і види тривожних станів

Феномен тривожності є одним з найбільш актуальних об'єктів вивчення у психологічній науці. Це психічне явище займає одне з ключових місць у структурі психіки й, як наслідок, має досить довгі й змістовну історію вивчення [2; 47]. Зокрема, Р. Мей визначає тривожність як «основну цивілізаційну проблему» й фундаментальне переживання сучасних людей [56]. Це обумовлює суттєву кількість відповідних наукових розвідок, що реалізуються не лише у галузі психології й психіатрії, а соціології, фізіології, педагогіці, політології, економіці [11].

О. Волошок вважає, у вітчизняній психології вивчення тривожності й тривожних станів, не зважаючи на величезний масив емпіричної інформації, не має системного характеру [7]. Це пов'язано, зокрема, з вагомим впливом психоаналізу й екзистенціалізму в осмисленні тривожності, оскільки ці напрями не мали емпіричної спрямованості [5; 18]. Разом з тим, лише збір експериментальних, діагностичних даних про тенденції прояву тривожних станів є дозволить створити чіткі теоретичні конструкти як основу корекційних, профілактичних і медичних інтервенцій. Зазначимо, що актуальність досліджень означеної проблематики визначається значним методологічним плюралізмом у психологічній науці, тобто існуванням багатьох пояснювальних, теоретичних підходів [3]. Проте, не зважаючи на різні вектори поглядів, між науковцями існує згода щодо основних аспектів явища, що дозволяє сформулювати «загальні контури» тривожності й тривожного типу поведінки.

У медицині й психології існує велика кількість визначень тривожності. Невизначеність цього терміна у науці є проявляється у різноманітності дефініцій. Як узагальнений підхід можна згадати таку узагальнену дефініцію: тривожність – це стан, що передбачає емоційну напругу, хвилювання,

внутрішній неспокій і дискомфорт, високу соціальну чутливість, переживання провини, проблеми з самооцінкою [21; 33; 54; 81].

Для західної наукової традиції характерний розгляд тривожності й тривожних станів у контексті невротичних проявів і зростання інтенсивності внутрішніх конфліктів. Позицію про зв'язок переживання тривоги й інтраперсонального конфлікту одним з перших висловлював, засновник гуманістичної психології, К. Роджерс. При цьому внутрішній конфлікт трактується як сукупність об'єктивних і суб'єктивних факторів і аспектів, що порушує соціальні стосунки людини й визначає постійне переживання емоційної напруги [71]. Інтенсивність внутрішньої напруги корелює з актуальністю системи соціальної взаємодії, що підлягає руйнуванню. Це, своєю чергою, говорить про те, що основою переживання тривоги є невідповідність можливостей людини і соціальних вимог. Людина зосереджується не на зовнішніх чинниках соціуму, а на суб'єктивній оцінці наслідків суспільного впливу. Можна сформулювати закономірність: тривалість внутрішнього конфлікту пропорційна зростанню актуальності переживання тривоги [46].

Зв'язок тривожних станів і внутрішнього конфлікту детально намагався пояснити Д. Мак Клеланд. Вчений вважав, що негативне, деструктивне уявлення про себе спричиняє зниження стійкості самосвідомості й зростання фрустраційних ризиків [57]. Як наслідок збільшується чутливість до тривожних станів і загострюються суперечності між реальними та ідеальними образами Я. Тобто, у контексті гуманістичного підходу тривожність трактується як реакція і стан напруженості, що проявляється як похідні внутрішнього конфлікту і не передбачає усвідомлення причин виникнення.

Згідно з особистісним підходом, тривожність – це стабільний структурний психічний феномен, що проявляється у різних сферах – емоційній, пізнавальній, діяльній. Тобто певний помірний рівень тривожності властивий багатьом людям і створює адаптивний потенціал до

умов дійсності [9]. Водночас стійкі тривожні стани – це індикатор порушень соціалізації й психічного розвитку. Тобто тривожність пояснюється як феномен, що розвивається внаслідок незадоволення соціальних і самоактуалізаційних потреб [20; 30; 73]. Тривожність також пояснюють як тимчасовий стан, що проявляється під впливом стресових чинників і мотиваційного конфлікту [10].

Методологічні проблеми проявляються при визначенні й розмежуванні понять «тривожність», «тривога» і «страх». Одним з перших це зробив філософ С. К'єркегор. Мислитель описував тривогу як аморфний, «розмитий» стан туги, а страх як конкретне і спрямоване переживання. Сучасні науковці підтримують традицію С. К'єркегора трактуючи страх як психічну відповідь на реальну небезпеку, а тривогу як реакцію на безоб'єктну загрозу, що часто передбачає орієнтацію на уявну небезпеку [25]. Також страх заведено інтерпретувати як реакцію на загрозу життю та здоров'ю, а тривожність виникає при соціальних загрозах. Страх – це фундаментальна емоція, а тривожність як складний емоційний феномен, що розвивається на основі страху та інших емоцій (відрази, гніву, суму, провини, сорому тощо) [15; 24; 51].

Для розмежування тривоги й стресу часто вживають термін «явища тривожного ряду» і розмежовують два види таких феноменів [8; 13; 22; 24]:

- 1) реакції на конкретну загрозу життєдіяльності людини;
- 2) ірраціональні реакції, що проявляються у предметності й конкретизації аморфної небезпеки.

Цей підхід дозволяє виділити такі функції тривоги:

- 1) захисна – прогнозування й підготовка до небезпеки (можливої чи реальної);
- 2) мотиваційна – стимулювання діяльності й прагнення особистості до досягнень.

Нормальні (оптимальні) прояви тривожності є базовим елементом адаптації людини до дійсності. У цьому контексті науковці описують мобілізаційну тривогу. Крайні переживання тривоги викликають дезадаптивну реакцію, що передбачає дезорганізацію діяльності. Це стосується як занадто високих, так і занадто низьких показників.

Для кращого розуміння проблематики заслуговує на увагу позиція Ч. Д. Спілбергера, який виділяє два основні види переживання тривоги [77]:

- 1) особистісна – тривожність як стійка психічна риса;
- 2) тимчасова реакція на конкретну ситуацію.

Доцільним є аналіз думок Г. С. Саллівена, який пов'язував емоційне напруження з незадоволенням потреб. Тривога викликає порушення гомеостазу, а також дисбаланс взаємостосунків. У межах авторської теорії, тривожність розвивається внаслідок зв'язку дитини зі старшою людиною [12]. Тобто, провідне джерело переживання тривоги – низьке схвалення референтних осіб. Г. С. Саллівен зазначає, що активність самосвідомості орієнтована на ослаблення тривожної напруги. Якщо у дитини з'являється стійке почуття соціальної надійності, то це буде блокувати формування схильності до неадекватного переживання тривоги.

Відомим дослідником тривоги є К. Хорні. Психологиня визначає прагнення до самореалізації як мету розвитку людини [27]. З огляду на це тривога оцінюється як джерело блокування можливостей самореалізації особистості. К. Хорні вважала, що для дітей характерні потреби у любові й схваленні. Якщо вони задовольняються у ранньому віці, якщо то у дитини формується стійке почуття впевненості [27]. Водночас часто близьке оточення не може створити сприятливу атмосферу для дитини: у результаті виникає базова тривожність як прояв глибокої, неконкретної стурбованості. Таке почуття безпомічності виникає у контексті сприймання світу як потенційно ворожого.

К. Хорні вважає, що оцінка дітьми дорослого як основного чинника безпеки дозволяє пізнавати незнайомі об'єкти у присутності близьких людей [27]. Отже, стабільна прив'язаність до найближчого оточення у дитинстві важлива для подолання тривожних станів.

Е. Фромм вважав, що основним джерелом тривожності є реакція відчуження, пов'язана з уявленням про безпомічність перед природою і соціумом [26]. Подолання тривожності можливе через різні види любові у людських стосунках. Р. Лазарус і Дж. Аверіл стверджували, що профілактика тривожності передбачає зміну внутрішнього ставлення до реальності [55].

Якщо аналізувати досліджувані феномени з медичної й фізіологічної позицій, то можна сказати, що страх – це автоматичний нейрофізіологічний стан тривоги, який характеризується реакцією боротьби або втечі у відповідь на когнітивну оцінку наявної або неминучої небезпеки. Тривога пов'язана зі страхом і проявляється як орієнтований на майбутнє стан настрою, що складається зі складної системи когнітивних, афективних, фізіологічних і поведінкових реакцій, пов'язаних з підготовкою до очікуваних загрозливих подій або обставин. Т. Хоукен зазначає, що патологічна тривога виникає при переоцінці загрози або помилковій оцінці небезпеки ситуації, що призводить до надмірних і неадекватних реакцій [50]. У цьому контексті, тривожні стани є одним з найбільш поширених психічних розладів – їх статистичний перелік ускладнено, оскільки далеко не всі люди звертаються за кваліфікованою допомогою, а намагаються самотужки подолати негативну симптоматику.

Тривожні розлади виникають внаслідок взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. Генетична вразливість взаємодіє з ситуаціями, які є стресовими або травматичними, щоб викликати клінічно значущі синдроми [62].

С. Чанд і Р. Марваха зазначають, що тривога є одним з найпоширеніших психічних розладів у загальній популяції. Найбільш поширеною є специфічна фобія з 12-місячним показником поширеності 12,1% населення [37].

Наступним за поширеністю є соціальний тривожний розлад з 12-місячним показником поширеності 7,4%. Найменш поширеним тривожним розладом є агорафобія з річним показником поширеності 2,5%. Тривожні розлади частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків.

Вважається, що основними медіаторами провокування переживання тривоги в центральній нервовій системі є норадреналін, серотонін, дофамін і гамма-аміномасляна кислота (ГАМК). Вегетативна нервова система, особливо опосередковує більшість тривожної симптоматики [67].

Мигдалеподібне тіло відіграє важливу роль у стримуванні страху і тривоги. Було виявлено, що пацієнти з тривожними розладами демонструють підвищену активність цієї структури мозку на сигнали тривоги. Також у цьому контексті велике значення має порушення префронтально-лімбічної активації, що можуть бути усунені за допомогою психологічних або фармакологічних втручань [40].

Точний фізіологічний механізм розвитку тривожних станів до кінця не відомий. Вважається, що симптоми тривоги виникають через порушення модуляції в центральній нервовій системі. Фізичні та емоційні прояви цієї дерегуляції є результатом підвищеного симпатичного збудження різного ступеня. Кілька нейромедіаторних систем відіграють роль в одному або декількох етапах цього процесу. Найчастіше мова йде про серотонінергічні та норадренергічні впливи. У найзагальніших рисах вважається, що до цього призводить низький рівень серотоніну й активація норадреналіну [58; 69; 74]. Ці гормональні системи регулюються нейронними ланцюгами в різних ділянках мозку, що призводить до порушення регуляції фізіологічного збудження та емоційного переживання цього збудження [45]. Саме селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норепінефрину є препаратами першої лінії лікування тривожних станів [60].

Варто описати базові групи симптомів тривожних станів, що стосуються різних сфер психіки:

1. Когнітивні симптоми: страх втрати контролю; страх фізичної травми або смерті; страх «збожеволіти»; страх негативної оцінки з боку оточення; уявні образи або спогади; відчуття нереальності або відстороненості; погана концентрація уваги, розгубленість, відволікання; звуження уваги, підвищена настороженість щодо загрози; погана пам'ять; проблеми з мовленням [59; 61].

2. Фізіологічні симптоми: прискорене серцебиття; задишка, утруднене дихання; біль або тиск у грудях; відчуття задухи; запаморочення; пітливість; нудота, розлад шлунку, діарея; тремтіння кінцівок; поколювання або оніміння рук і ніг; загальна слабкість; напруженість м'язів; сухість у роті [79].

3. Поведінкові симптоми: уникнення загрозливих сигналів або ситуацій; втеча від негативних подій; пошук безпеки, заспокоєння; неспокій, збудження, прискорене серцебиття; гіпервентиляція; нерухомість у складній ситуації; труднощі з мовленням [52; 53; 80].

4. Психологічні симптоми: напруженість, наляканість, загальна чутливість до небезпеки, нетерплячість, різкість, агресивність, роздратованість [76].

Доцільно схарактеризувати основні тривожні стани, визначені Американською психіатричною асоціацією:

1. Тривожний розлад сепарації (розлуки) – такі люди проявляють нетипові тривогу та страх перед розлукою з близькими людьми. Виникає постійний і надмірний страх щодо заподіяння шкоди, смерті, втрати референтних осіб. Симптоми включають нічні кошмари та фізичні симптоми. Більш актуальним цей розлад є в дитинстві, але може проявлятися і в дорослому віці, особливо в умовах війни.

2. Селективний мутизм характеризується постійною нездатністю продуктивної вербальної комунікації у різних соціальних ситуаціях. Цей

розлад частіше спостерігається у маленьких дітей, ніж у підлітків і дорослих. Проявляється у нездатності говорити.

3. Специфічна фобія – люди переживають страх або тривогу певних соціальних моментів і аспектів фізичної реальності. Страх, тривога та спрямованість на уникнення майже завжди виникають миттєво і, зазвичай, непропорційні реальній небезпеці, яку становить конкретний об'єкт або ситуація. Існують різні типи фобій: тварин, крові, ін'єкцій, травм та ситуаційні фобії.

4. Соціальний тривожний розлад характеризується вираженим або інтенсивним страхом або тривогою перед соціальними ситуаціями, де людина може стати об'єктом пильної уваги. Людина боїться, що її негативно оцінять за таких обставин, боїться бути збентеженою, відкинутою, приниженою або ображеною оточенням.

5. Панічний розлад – такі люди відчувають повторювані, несподівані панічні атаки й постійне занепокоєння з приводу подальшого життя. У них також спостерігаються дезадаптивні зміни в поведінці. Панічні атаки – це раптові сплески сильного страху або сильного дискомфорту, які досягають піка протягом декількох хвилин і супроводжуються фізичними та когнітивними симптомами (прискорене серцебиття, пітливість, задишка, страх померти). Такий стан виникає несподівано, без очевидних причин, або ж може бути очікуваними.

6. Агорафобія – висока тривога щодо громадського транспорту, перебування на відкритому просторі або закритих приміщеннях, натовпі, поза домом на самоті. Людина боїться і уникає цих ситуацій, оскільки побоюється, що їй буде важко врятуватися у разі екстремальної ситуації.

7. Генералізований тривожний розлад характеризується постійним і надмірним занепокоєнням щодо різних сфер, включаючи професію або навчання. Людина також може відчувати себе неспокійною, напруженою або

на межі; легко втомлюватися; мати труднощі з концентрацією уваги або ясністю свідомості; дратівливість, м'язову напругу, порушення сну.

8. Тривожний розлад, викликаний психоактивними речовинами або фармацевтичними препаратами включає тривожну симптоматику, спричинену інтоксикацією, абстиненцією або несприятливим медикаментозним лікуванням.

9. Тривожний розлад як наслідок соматичного захворювання. Прикладами можуть бути ендокринні захворювання: гіпотиреоз, гіпоглікемія та гіперкортицизм; серцево-судинні розлади: застійна серцева недостатність, аритмія та тромбоемболія легеневої артерії; респіраторні захворювання: астма та пневмонія; метаболічні порушення; неврологічні захворювання: злоякісні або доброякісні новоутворення, енцефаліт і судомні розлади.

Отже, теоретичний аналіз тривожності й тривожних станів дає змогу сказати, що сучасні дослідження тривожності ґрунтуються на відсутності чіткого визначення базової термінології. Також існують різні види тривожних станів залежно від спрямованості на певний аспект реальності. У цілому можна визначити тривожність як стан, що передбачає емоційну напругу, хвилювання, внутрішній неспокій і дискомфорт, високу соціальну чутливість, переживання провини, проблеми з самооцінкою

## **1.2. Чинники розвитку тривожних станів**

Питання чинників розвитку тривожних станів є одним з ключових для розуміння сутності проблеми й розробки ефективних психологічних і медичних втручань. Існують різні підходи щодо цієї проблеми. Зокрема, С. Чанд і М. Марваха стверджують, що переживання тривоги може бути пов'язана з такими чинниками [37]:

1) неконтрольоване вживання фармацевтичних препаратів у процесі самолікування;

- 2) зловживання психоактивними речовинами
- 4) психологічна або фізична травматизація;
- 5) несприятливі дитячі переживання;
- 6) панічні розлади

Як уже зазначалося, більшість людей час від часу відчувають почуття тривоги, але якщо ці почуття є надмірними, впливають на ваше повсякденне життя і не зникають, вони можуть бути симптомом тривожного розладу. Різні види тривожних станів обумовлюються різними причинами, що не є чітко визначеними, проте існують певні загальні фактори ризику формування стійких тривожних реакцій. Варто проаналізувати їх більш детально.

*Стресові події, негативний життєвий досвід або інші фактори докілья в ранньому дитинстві або дорослому віці.* Т. Фрайерз і Т. Бруга виявили, що дитяча травма може збільшити ризик розвитку тривожних розладів [48]. Цей досвід може включати фізичне та психічне насильство, родинне нехтування, смерть близької людини, розлучення батьків та сімейну ізоляцію.

*Властивості темпераменту,* що визначають переважання гальмування над збудженням у нервовій системі. С. Дж. Буфферд стверджує, що дитина з поведінковою загальмованістю демонструє боязку, насторожену та уникаючу поведінку, коли вона перебуває в оточенні незнайомих людей, предметів та ситуацій [34].

*Наявність тривожних станів або інших психічних розладів у біологічних родичів.* Цей чинник суттєво підвищує шанси розвитку тривожного розладу. Особливо суттєво, коли відповідну симптоматику має батько або мати.

*Соматичні захворювання.* Наприклад, проблеми зі щитовидною залозою або серцева аритмія є хворобами, що можуть викликати або посилювати симптоми переживання тривоги.

Наявність вищезазначених факторів ризику не гарантує обов'язковий розвиток тривожного розладу, проте суттєво підвищує таку ймовірність. Тому

слід враховувати ці аспекти, але уникати фаталізму при зборі анамнезу й постановці медичного або психологічного діагнозу.

Окремо слід зупинитися на генетичних чинниках розвитку тривожних станів. Як і у випадку з багатьма психічними та медичними станами, людина може бути спадково схильною до розвитку різних типів тривожних розладів. М. Готшалк і К. Домшке показали, що родичі першого ступеня спорідненості (члени сім'ї, які є близькими біологічно, наприклад, батьки, брати, сестри або діти) людини з тривожним розладом, демонструють більшу схильність до розвитку розладів настрою та тривожних розладів в цілому [49].

Хоча дослідження генетики тривожних розладів все ще розвиваються, нещодавні наукові розвідки виявили зв'язок між розвитком тривожних розладів та певними генами або послідовностями ДНК з відомим фізичним розташуванням на хромосомі. Зміни в цих генах можуть зробити людину більш схильною до відповідних емоційних станів. Така тенденція називається генетичною схильністю або генетичною вразливістю.

Дослідження геномних асоціацій (GWAS) передбачає сканування генетичних маркерів багатьох людей, які мають певне захворювання. GWAS 2020 року виявило нові генетичні варіанти в декількох генах і навколо них як такі, що впливають на вияв тривожності й визначають такі фізіологічні параметри розвитку [68]:

1. Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь, що визначає реакцію організму на стрес.
2. Розвиток нейронної архітектури організму.
3. Глобальна регуляція експресії генів, що бере участь у контролі або підтримці певних характеристик ДНК.

Дослідження К. Дж. Ресслер довели, що жінки приблизно вдвічі частіше страждають від розладів, пов'язаних зі страхом і тривогою, ніж чоловіки [68]. Цікаво, що одним із генів, який був визначений як тісно пов'язаний із симптомами переживання тривоги в дослідженні GWAS 2020 року, був ген

рецептора естрогену. Саме естроген впливає на фертильність, статеві функції, настрої, міцність кісток і навіть на здоров'я серця.

Встановлено, що у людей, які страждають на тривожні розлади, можуть спостерігатися зміни в структурі та функціях головного мозку й нервової системи. Деякі серцево-судинні захворювання також пов'язані з тривожними розладами. Вважається, що відмінності в певних частинах мозку, а також об'єм сірої речовини (яка в основному складається з нервових клітин), пов'язані з тривожними розладами.

Лімбічна система – це сукупність мозкових структур, що, серед інших функцій, беруть участь у регуляції багатьох базових емоційних реакцій. Мигдалеподібне тіло, зокрема, частиною цього нервового комплексу, що відповідає за автоматичну реакцію страху, а також інтеграцію пам'яті з емоціями. Ці анатомічні ділянки пов'язують з тривожними розладами. Е. Мерц вказує на те, що дослідження структур мозку у людей з тривожними розладами дали суперечливі результати щодо локалізації цих емоційних переживань у конкретних структурах [60].

Серцево-судинні захворювання, проблеми зі щитоподібною залозою або серцева аритмія часто пов'язані з тривогою. Такі патології можуть як обумовлювати, так і бути індикаторами тривожних станів. Фізичні ознаки тривоги та панічних атак можуть включати прискорене серцебиття, пітливість, тремор, відчуття контролю над ситуацією, очікування неминучої загибелі.

Існує широке поле психіатричних симптомів і розладів, пов'язаних із захворюваннями щитоподібною залози й проблемами кровоносної системи. Зокрема, ці висновки підтверджені у дослідженнях Е. М. Сігмана.

Окремо доцільно проаналізувати фактори ризику виникнення тривоги, пов'язані зі способом життя і фізичною активністю. Можна виокремити такі групи цих чинників:

*Спосіб харчування.* Певні продукти можуть посилювати симптоми тривоги або депресії. Як зазначає К. Пірсі, люди можуть відчувати тривогу як симптом

відміни, якщо вони припиняють вживати певні продукти та напої, що містять кофеїн, алкоголь і цукор [66].

*Фізичні вправи.* С. Е. О'Нейл зазначає, що для зменшення ризику депресії й тривоги, доцільно приділяти щонайменше 150 хвилин на тиждень помірним або інтенсивним фізичним вправам.

*Куріння* корелює з підвищеним ризику депресії, тривоги та інших психічних розладів.

*Напої, що містять кофеїн.* С. О'Нейл виявив, що кофеїн прискорює панічні атаки у дорослих, у яких діагностовано певні тривожні розлади, зокрема, підвищену соціальну тривогу [63]. Як надмірне споживання кофеїну, так і відмова від нього може викликати або посилити тривожні переживання у деяких людей.

*Вживання алкоголю.* Існує високий рівень зв'язку між тривожними розладами та алкогольною і наркотичною залежностями. Хоча деякі речовини можуть допомогти впоратися з тривогою в короткостроковій перспективі, їхній ефект є тимчасовим. Вживання психоактивних речовин може створити психологічну або фізіологічну залежність, яка може погіршити симптоми тривоги. Дослідження Дж. Робінсон виявили, що вживання алкоголю або наркотиків для подолання симптомів тривоги може призвести до додаткового ризику розвитку адиктивного розладу [70]. Як і у випадку з кофеїном, люди можуть відчувати сильнішу тривогу, якщо вживають алкоголь у надмірних кількостях, а також коли припиняють його вживати.

*Раптове припинення приймання ліків* особливо антидепресантів і заспокійливих групи бензодазепіну може викликати синдром відміни або повернення і зростання симптомів тривоги. Якщо лікар вирішить, що настав час припинити приймання ліків, то пропонують поступове зменшення дозування, щоб уникнути повторного виникнення тривоги [38; 39].

До соціальних чинників розвитку підвищеної тривожності можна віднести несприятливі умови оточення, що супроводжують людину у її діяльності й віковому розвитку. Коротко їх схарактеризуємо:

1. Умови сімейного виховання і ставлення до батьків до людини у період дитинства. Так, директивний стиль виховання є чинником формування схильності до переживання тривоги. Також негативним моментом може бути гіперопіка у сімейному середовищі.

2. Особливості шкільного становлення особистості, що зокрема проявляється у так званій шкільній тривожності. У цьому контексті, актуальним є ставлення педагогів і взаємодія з однокласниками.

3. Специфіка навчання і вступу до закладу вищої освіти. Мотивація вибору професійного шляху є фактором додаткового навантаження на стабільність емоційного стану [28]. Особливо актуальним чинником є адаптація до нової соціальної ситуації, зміни дидактичних підходів і соціально-психологічної специфіки життя [4].

4. Структура і характер міжособистісних романтичних стосунків особистості, зокрема, у контексті незадоволення комунікативних і фізіологічних потреб особистості. Цей фактор розвитку тривожності суттєво пов'язаний з внутрішніми особистісними структурами, зокрема, боязливістю, емоційною стійкістю, почуттям провини.

5. Структура і характер сімейних стосунків, зокрема, це стосується проходження родинних криз, що відображають певні періоди життя подружжя. Особливе значення має зміна стосунків у період народження дітей [1]. Вагомим фактором формування тривожних станів і реакції стресу є розлучення як апофеоз сімейних конфліктів [29].

Отже, вищевказані чинники визначають формування тривожності у процесі вікового розвитку і соціалізації. Ці фактори мають комплексний характер і вікову динаміку. Тобто тривожні стани можуть закладатися вже з раннього дитинства і трансформуватися протягом подальших періодів життя.

Можна сказати, що точна причина тривожних розладів невідома. Більш імовірно, що замість єдиного фактора на ризик виникнення тривожності впливають багато різних аспектів – спадковість, середовище, в якому людина виросла, загальний стан здоров'я, а також приймання певних ліків або вживання психоактивних речовин. Деякі фактори ризику виникнення переживання тривоги, такі як сімейна історія, особливості соціалізації або певний вплив навколишнього середовища, не можна контролювати, але є й інші фактори, які неможливо змінити.

### **1.3. Впевненість у структурі особистості**

Попередником сучасних психологічних поглядів на феномен впевненості є філософські конструкції щодо цього поняття. У працях античних філософів поняття впевненості аналізується в межах пошуку сил розвитку природи й соціуму [25]. Зокрема, Сократ розглядав впевненість разом з переконаністю і здобуття знання про себе. Активне осмислення феномену впевненості характерне для періоду Просвітництва. Так, Р. Декарт вважав, що сумніви є фундаментом сприйняття світу, а з набуттям досвіду формуються переконання. Водночас відсутність переконань спричиняє появу сумнівів, що також стимулюють розвиток і дозволяють набути впевненість через саморозвиток. Дж. Локк наголошував на важливості впевненості для нормального розвитку людини й захисту власних переконань. При цьому впевненість є ключовою для набуття людиною сили і впливу на інших. Е. Кант вважав, що перед початком будь-якої справи має здійснити дві речі: передбачити наслідки власних дій і бути впевненою у досягненні мети [25]. Б. Паскаль пояснював впевненість через її зв'язки зі знанням і процесом пізнання істини. Великий український філософ Г. Сковорода захищав думку про те, що особисте вдосконалення неможливе без пізнання себе, усвідомлення власних сильних і слабких сторін, здатності до аналізу успіхів і недоліків [25]. З огляду на це філософ радив вивчати себе,

порівнювати знання про внутрішній стан з фактами навколишнього світу, бути вимогливим і критичним до себе.

Актуальним є аналіз проблеми впевненості людини у педагогічній галузі. Впевненість – це необхідна риса людини, що забезпечує захист власної думки, оскільки людині потрібна хоробрість і незалежність дієвого духу. Саме впевненість і віра в себе є фундаментом морального виховання дітей. Успіх розвиває належну віру в себе, що визначає прагнення «бути хорошим». Пізнання себе починається з перемоги над собою, подолання власних слабкостей і критичної самооцінки. Моральні сили дитина знаходить в успішній діяльності, де може максимально себе розкрити.

Впевненість у собі є визначальною характеристикою, здатною впливати на поведінку людини. Тому вона привертає увагу дослідників з багатьох суміжних до психології галузей (наприклад, маркетингу, медицини та юриспруденції). Наприклад, впевненість вважається предиктором купівельної поведінки та споживання домогосподарств; фактором, що впливає на пошук інформації; передумовою прихильності до бренду; основою спортивних досягнень [17]. Однак, попри часте використання концепту впевненості для прогнозування поведінки її визначення значно різняться у наукових працях.

Одна з попередніх спроб науковців дати визначення впевненості в собі дійшла висновку, що вона є індивідуальною властивістю і пов'язана з вірою в те, що судження є точним або правильним. Подібним чином, Н. Ротенштрайх вважав, що впевненість у собі - це довіра, що впливає з переконання або супроводжується ним [72]. На додаток до визначень, які припускають, що впевненість у собі є когнітивним конструктом (тобто переконанням), розглядається як концепцію ефективності й визначається у контексті відсутності тривоги. Прихильники когнітивного підходу підкреслюють вплив минулого досвіду на формування переконань впевненості. Наприклад, М Сіґріст постулювали, що впевненість – це віра в те, що певні майбутні події відбудуться так, як очікується, і це очікування базується на аргументованому

ставленні [75]. Подібно до визначень С. Кастельфранчі та Р. Фальконе стверджують, що впевненість у собі - це сприятлива думка, якої дотримується індивід щодо оцінки, яку він робить в умовах невизначеності [35]. С. Стайкович концептуалізував впевненість як структуру вищого порядку і визначив її як почуття впевненості [78]. Згідно з поглядами С. Стайкович досліджуваний феномен проявляється у таких параметрах:

- 1) надія, що зображує людину, яка розуміє, що і як потрібно зробити;
- 2) самоефективність – розвиває віру в те, що людина може виконати конкретні завдання;
- 3) оптимізм – формує позитивний погляд на результат всієї справи;
- 4) стійкість – стабілізація віри в те, що людина не може повернутися назад, якщо щось піде не по плану [78].

Більш ранні дослідження підтвердили думку про те, що в стресових ситуаціях життєстійкість може допомогти людям розвинути впевненість у собі, щоб досягти позитивних результатів. Визначення впевненості в собі дуже різняться. Таке розмаїття визначень і концептуалізацій впевненості в собі може бути пов'язане з потребою визначити впевненість у собі таким чином, щоб вона відповідала цілям їхніх досліджень і була сумісною з відповідними дисциплінами. Наприклад, в економіці впевненість розглядається як очікування майбутнього економічного зростання, в юридичній науці – як точність у відтворенні показань свідків, в медицині – як довіра до лікаря [36]. Враховуючи те, що впевненість у собі є імпліцитно простим поняттям, коли йдеться про впевненість у переконаннях і судженнях, наведені вище визначення вказують на те, що вона стає складним конструктом, коли прив'язується до емоцій. Надія, оптимізм, впевненість, віра, ставлення, стійкість, оцінка, переконання, судження та почуття розглядаються як детермінанти впевненості в собі [42].

Характеристики впевненості в собі необхідно ретельно вивчити, щоб краще зрозуміти її природу і повністю осягнути її сутність. В одному з більш досліджень М. Ротенштрайха стверджується, що впевненість передбачає аспект

думки, який не можна приховати [72]. Людина може вирішувати, чи підтримувати думку, чи ні; однак, коли присутня впевненість, людина висловлює її ненавмисно. Таким чином, як висловлена позиція, впевненість у собі піддається перевірці. Природа впевненості динамічна, оскільки цей конструкт змінюється з часом [14]. Вона ґрунтується на минулому досвіді й може оновлюватися завдяки набутому досвіду, що проявляються у часовій нестабільності [16]. Розглядаючи впевненість у собі як динамічну концепцію, можна помітити, що вона також проявляється в різних можливих величинах (наприклад, висока, середня і низька) з плином часу [64]. Крім того, впевненість орієнтована на майбутнє.

Д. Декеч зазначає, що впевненість характеризується стійкими очікуваннями, як позитивними заохоченнями до дії, і самопроєкція, що спонукає людину йти своїм власним шляхом [41]. Аналогічно, М. Ерл стверджує, що впевненість формує очікування, пов'язані з майбутніми подіями [45]. Хоча верифікованість, динамічність та орієнтація на майбутнє є визнаними характеристиками впевненості в собі, її справжня природа все ще залишається дискусійною у контексті трактування когнітивної чи емоційної природи цього феномену. Суперечливі або узгоджені докази можуть відповідно знижувати або підвищувати впевненість. Наприклад, якщо поштове відділення доставляє пошту надійно і стабільно, довіра й узгодження дій користувачів буде високою. Отже, довіра виникає з пропозиційних міркувань, а не з почуттів, і ці міркування є результатом наявних доказів, а не суб'єктивних відчуттів. Наприклад, почуття сумніву та/або розчарування, пов'язані з об'єктом, можуть знижувати впевненість, тоді як позитивні почуття, такі як почуття симпатії до об'єкта, а також любов і щастя можуть її підвищувати [65].

Встановлено, що феномен впевненості є складним утворенням, що передбачає ставлення людини до власного внутрішнього світу і соціального оточення. Впевненість у собі об'єднує пізнавальні, емоційні, вольові структури й характеризує зрілість людини. У цілому, цей феномен можна визначити як

рису особистості, що передбачає віру в себе, відсутність сумнівів, стабільність емоційної сфери. Структурними елементами впевненості, на думку автора, є надія, самоефективність, оптимізм і стійкість.

### **Висновки до першого розділу**

Теоретичний аналіз тривожності й тривожних станів дає змогу сказати, що сучасні дослідження тривожності ґрунтуються на відсутності чіткого визначення базової термінології. Також існують різні види тривожних станів залежно від спрямованості на певний аспект реальності. У цілому тривожність можна визначити як стан, що передбачає емоційну напругу, хвилювання, внутрішній неспокій і дискомфорт, високу соціальну чутливість, переживання провини, проблеми з самооцінкою. Замість єдиного фактора на ризик виникнення тривожності впливають багато різних аспектів – спадковість, середовище, в якому людина виросла, загальний стан здоров'я, а також приймання певних ліків або вживання психоактивних речовин. Деякі фактори

ризикую виникнення тривожних станів, такі як сімейна історія, особливості соціалізації або певний вплив навколишнього середовища, не можна контролювати, але є й інші фактори, які неможливо змінити.

Встановлено, що феномен впевненості є складним утворенням, що передбачає ставлення людини до власного внутрішнього світу і соціального оточення. Впевненість у собі об'єднує пізнавальні, емоційні, вольові структури й характеризує зрілість людини. У цілому, цей феномен можна визначити як рису особистості, що передбачає віру в себе, відсутність сумнівів, стабільність емоційної сфери. Структурними елементами впевненості, на думку автора, є надія, самоефективність, оптимізм і стійкість.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕВПЕВНЕНОСТІ ЯК ЧИННИКА РОЗВИТКУ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ**

### **2.1. Опис програми дослідження**

Організація дослідження відповідала базовим принципам отримання об'єктивного наукового знання. Опишемо деякі аспекти цього процесу

*Етапи дослідження* передбачають низку дій, що спрямовані на реалізацію мети дослідження:

1. Теоретичний етап – аналіз наукових джерел, що передбачав виділення базових термінологічних концептів і методологічних моделей. Результати цього етапу викладено у першому розділі. Виділено гіпотезу дослідження – прояви невпевненості у собі пов'язані зі зростанням схильності особистості до переживання тривожних станів.

2. Етап планування спрямований на визначення й розподіл ресурсів дослідження. Зокрема, дібрано діагностичний інструментарій, визначено дослідницьку вибірку, розподілено ресурси наукової розвідки. Це відбувалося у контексті консультацій з психологами й медичними працівниками.

3. Збір емпіричного матеріалу відбувався онлайн за допомогою гугл-форма у безпосередній взаємодії (спостереження за шкалою Гамільтона).

4. Обробка даних і підведення висновків. Цей етап передбачав використання статистичних методів у визначенні тенденцій тривожності.

*Вибірка дослідження.* На основі особистих контактів дослідників і спілкування через соціальні мережі визначено вибірку у кількості 112 осіб. Зазначимо, що у фокусі дослідження знаходилися громадяни, які перебувають на території України під час війни. Гендерний розподіл вибірки представлено на рисунку 2.1. У зборі емпіричних даних брали участь 49 чоловіків і 63 жінки. Таким чином було дотримано рівномірності спільноти за ознакою статі. Цей аспект є важливим з позиції репрезентативності вибірки, оскільки дозволяє уникнути статистичного відхилення за певним параметром. Також достатньо важливим є віковий фактор.

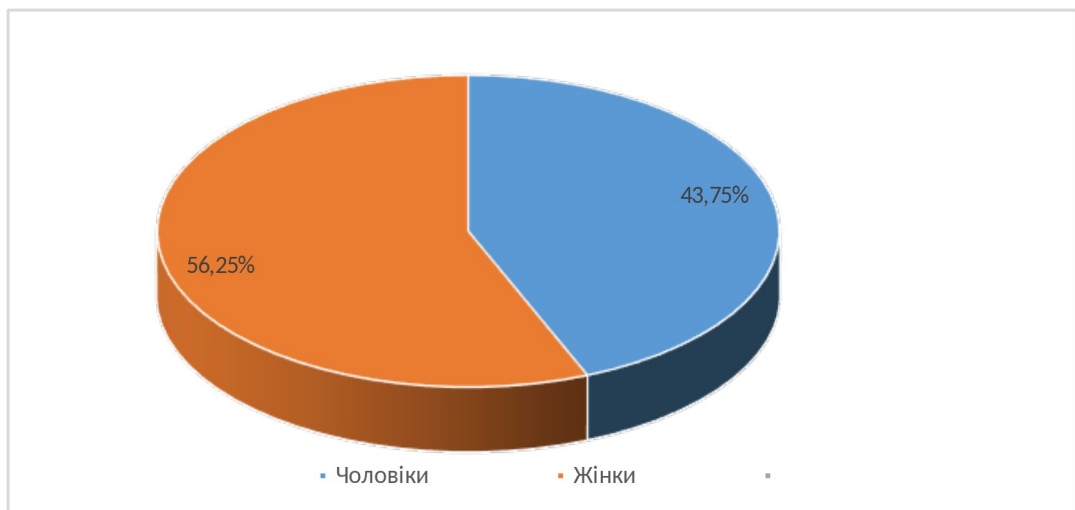


Рис 2.1. Гендерний розподіл досліджуваної вибірки (%)

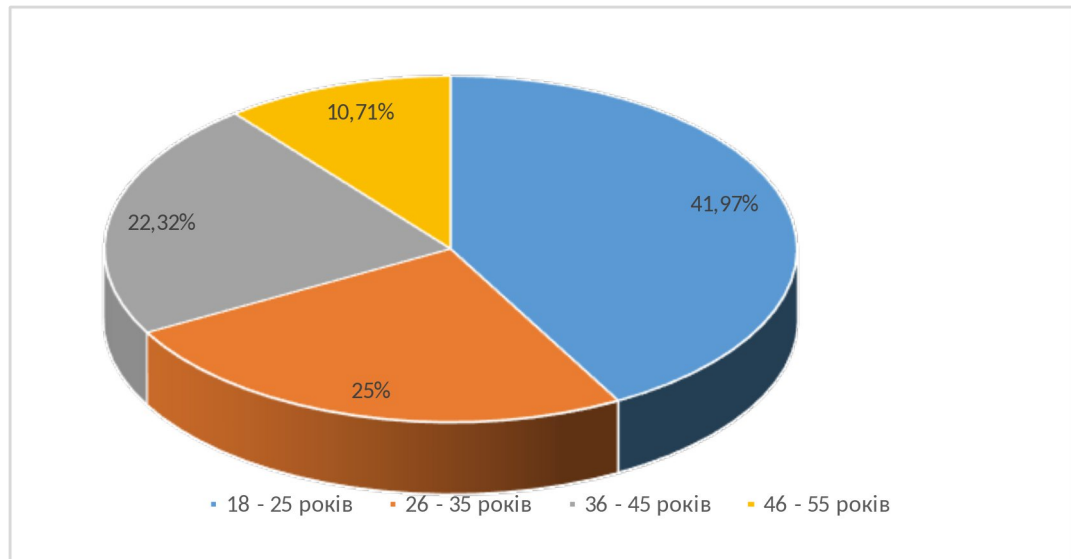


Рис 2.2. Розподіл досліджуваної вибірки за віком (%)

У дослідженні взяли участь особи, які перебувають у віковому інтервалі 18 – 55 років. Таким чином, охоплено широкий діапазон громадян, що дозволяє зробити цілісний висновок про тривожність дорослих людей. Ці дані представлено на рисунку 2.2. Конкретизуємо цю інформацію: у дослідженні взяли участь 47 громадян віком 18–25 років; 28 осіб віком 26–35 років; 25 громадян віком 36–45 років і 12 громадян, які перебувають у діапазоні 46–55 років. Отже, ми намагалися досягти максимальної зовнішньої валідності дослідження. Тобто вікова і гендерна структура вибірки дозволяє отримати об’єктивні, репрезентативні емпіричні дані.

*Інструменти дослідження.* Для реалізації дослідницьких завдань використано комплекс діагностичних методик вивчення тривожності, що відповідають основним вимогам психометрії. Схарактеризуємо ці інструменти.

*Шкала реактивної й особистісної тривожності Спілбергера* представлена у додатку А. Складається з двох тестових форм, що орієнтовані на визначення тривожності як реакції на фактори середовища й характерологічної риси. Кожна форма має 20 пунктів, що відображають різні соціальні моменти переживання тривоги. Респондент має їх схарактеризувати за спеціальною порядковою шкалою оцінки. Обробка даних відбувається за

формулами, що передбачають сумування й різницю значень «сирих» балів. Наступним кроком є визначення якісних рівнів реакції тривоги й особистісної тривожності.

*Госпітальна шкала тривоги й депресії* представлена у додатку Б. Складається з 14 тверджень, що потрібно оцінити за різними варіантами «згоди – незгоди». У результаті обробка даних відбувається за двома шкалами, а саме – тривоги й депресії. Перевагою цього діагностичного інструменту є його компактність і мобільність проведення.

*Шкала тривоги Гамільтона* представлена у додатку В. Містить 14 пунктів оцінки симптоматики тривожної особистості. Цей інструмент має клінічну, медичну спрямованість, оскільки включає прояви соматичних симптомів. Ця анкета передбачає аналіз чутливих, особистих питань – про це було повідомлено досліджуваним перед початком збору даних. Аналіз здобутої інформації відбувається окремо за кожним пунктом шкали.

*Тест на визначення впевненості у собі* Ф. Зімбардо представлено у додатку Г. Оцінка результатів методики передбачає виокремлення якісних рівнів впевненості у собі як особистісної характеристики. Методика є мобільною і зручною у використанні.

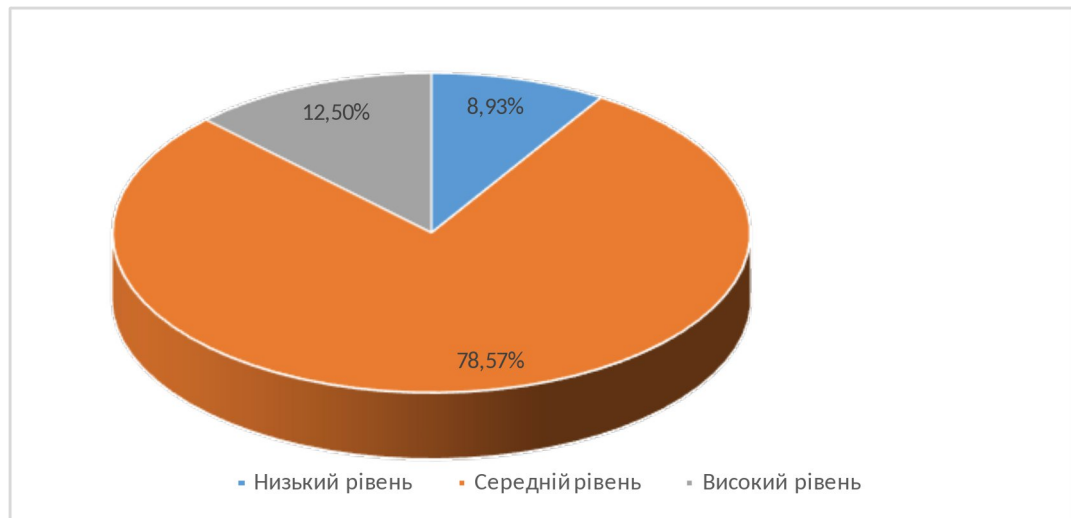
Тести відповідають вимогам валідності й надійності, що підтверджено численними науковими дослідженнями.

*Методи обробки даних.* Для підтвердження чи спростування гіпотези дослідження було використано кореляційний аналіз. Ця процедура дозволяла з'ясувати зв'язки показників переживання тривоги з параметром особистісної впевненості. Емпіричні тенденції висвітлено за допомогою графічного представлення даних і відсоткового розподілу. Інтерпретація результатів відбувається за структурним принципом.

Дослідження проводилося відповідно до етичних критеріїв. Зокрема, суворо дотримано принципу конфіденційності. Члени вибірки давали згоду на участь у дослідженні.

## 2.2. Аналіз результатів вивчення показників тривожних станів

Огляд отриманих результатів доцільно розпочати з даних методики Спілбергера. Це одна з базових методик вивчення переживання тривоги. Тенденції проявів особистісної тривожності представлено на рисунку 2.3.



*Рис 2.3.* Розподіл проявів особистісної тривожності у досліджуваній вибірці (%)

У досліджуваній вибірці переважають середні показники цього емоційного параметра – їх зафіксовано у 88 досліджуваних (78,57 %). Високий рівень виявлено у 14 осіб (12,5 %). Низька особистісна тривожність властиві для десяти респондентів, що відповідає 8,93 %. Отримані результати, у цілому, свідчать про те, що для незначної кількості досліджуваних осіб характерні системні тривожні стани, що передбачає особистісні трансформації. Водночас великий відсоток осіб з середніми показниками особистісної тривожності визначає необхідність превентивних заходів.

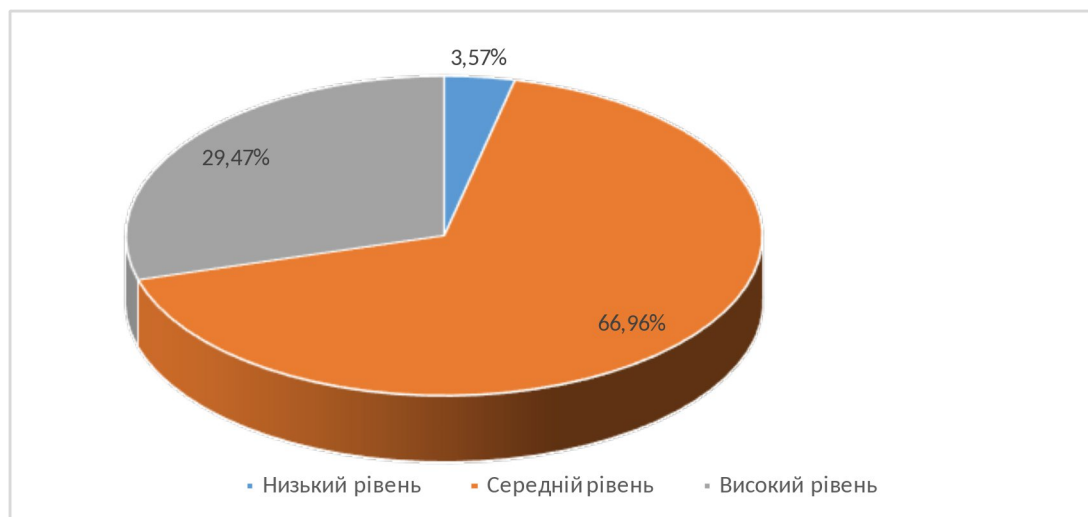


Рис 2.4. Розподіл проявів реактивної тривожності у досліджуваній вибірці (%)

Тенденції реактивної тривожності у досліджуваній вибірці представлено на рисунку 2.4. Як уже зазначалося, у цьому випадку мова йде про переживання тривоги як реакцію на зовнішні обставини. Середні показники продовжують домінувати – їх виявлено у 75 опитаних (66, 96 %). Високі значення реактивної тривожності властиві для 33 осіб (29,47 %). Низькі прояви ситуативного переживання тривоги характерні лише для чотирьох осіб, що становить 3,57 % загальної вибірки. Отже, у цілому, показники реактивної тривожності переважають над показниками тривожності як особистісної риси. Можна сказати, що системна емоційних негативних змін у досліджуваних осіб не спостерігається, проте досить вираженим є переживання тривоги як форма реакції на виклики навколишньої дійсності. Пояснюємо це, зокрема, впливом обставин воєнного часу.

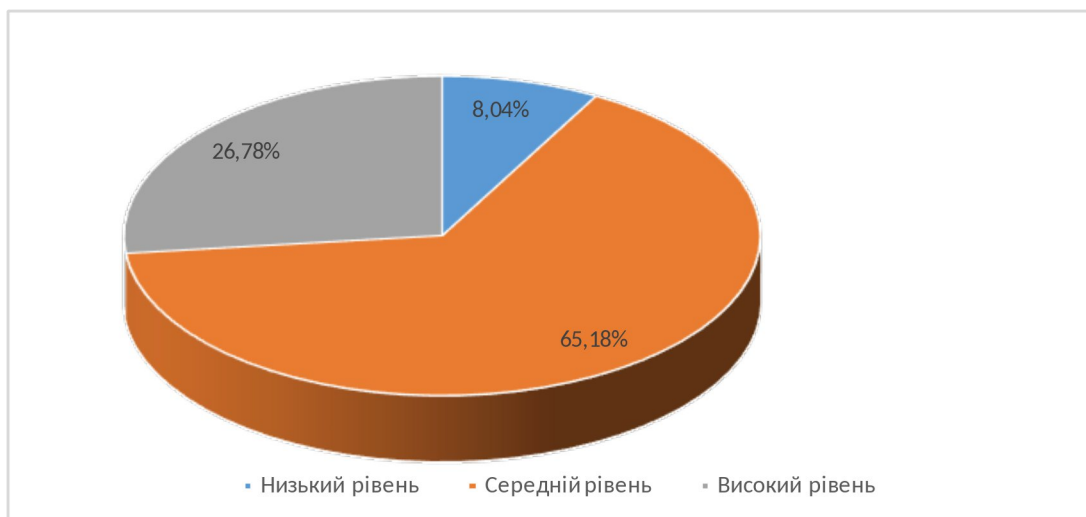


Рис 2.5. Розподіл проявів тривоги у досліджуваній вибірці (госпітальна шкала) (%)

Показники переживання тривоги за госпітальною шкалою представлено на рисунку 2.5. Цей інструмент було використано для уточнення попередніх емпіричних висновків у клінічному контексті. Продовжується тенденція переважання середніх показників тривожних станів – цей рівень діагностовано у 73 досліджуваних (65,18 %). Досить значна кількість осіб мають високу схильність до переживання тривоги – 30 респондентів (26,78 %). Низькі показники за госпітальною шкалою тривоги властиві для дев'яти опитаних (8,04 %). Отримані результати можна ототожнити з тенденціями шкали ситуативної тривожності Ч. Спілбергера.

Результати проявів депресії за госпітальною шкалою зафіксовано у рисунку 2.6. У восьми досліджуваних (7,15 %) діагностовано високі рівні параметру. Така ситуація вказує на потенційну необхідність звернення до психотерапевта з метою виправлення негативних емоційних тенденцій. Домінують середні показники депресивних станів – 99 осіб (88,39 %). Низький рівень фіксується лише у п'яти осіб з вибірки. Отже, у вибірці виявлено досить виражений відсоток осіб, які потенційно можуть демонструвати реакції клінічної депресії. Разом з тим відсоток досліджуваних з гострими депресивними проявами є незначним.

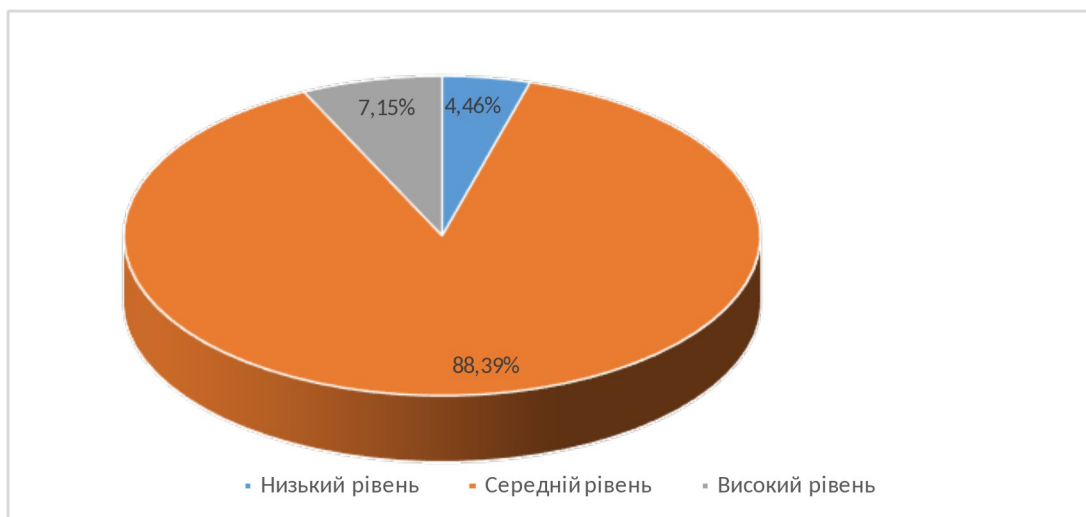


Рис 2.6. Розподіл проявів депресії у досліджуваній вибірці (госпітальна шкала) (%)

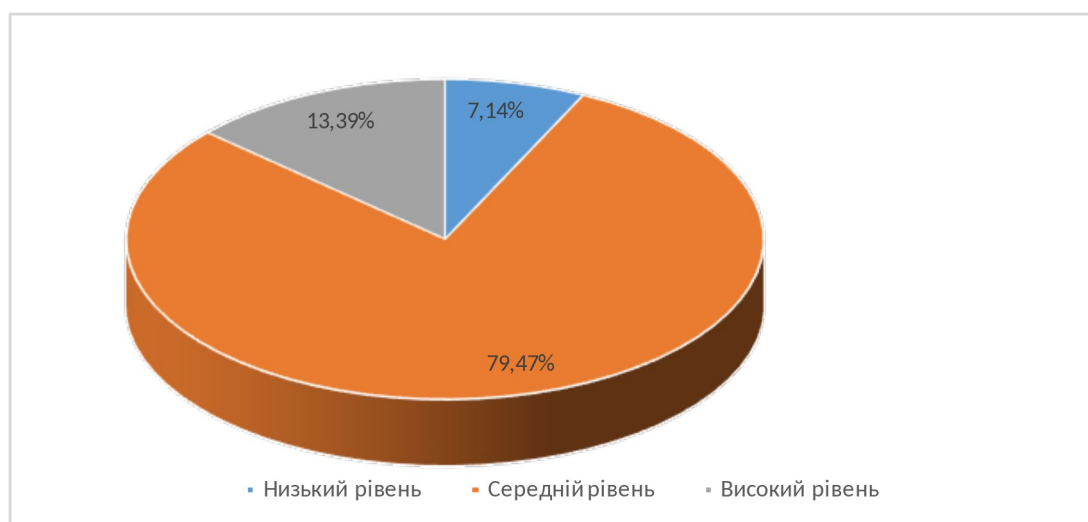


Рис. 2.7. Розподіл проявів тривожного настрою за шкалою тривоги Гамільтона (%)

Прояви тривожного настрою за шкалою Гамільтона продемонстровано на рисунку 2.7. У 89 досліджуваних (79,47 % осіб) зафіксовано середні показники цього параметру. П'ятнадцять досліджуваних (13,39 %) мають високі показники тривожного настрою. Низький рівень фіксується у восьми опитаних з вибірки (7,14 %). У цілому такі результати корелюють з даними попередніх методик. Нагадаємо, що симптоматично ця шкала відображає

очікування негативного розвитку подій, дратівливість, постійне переживання страху. Тому високі показники за цією шкалою можуть відображати суттєві проблеми емоційного стану.

Результати вивчення внутрішнього напруження особистості представлено на рисунку 2.8. У цілому, виявлені тенденції є типовими для досліджуваної вибірки.

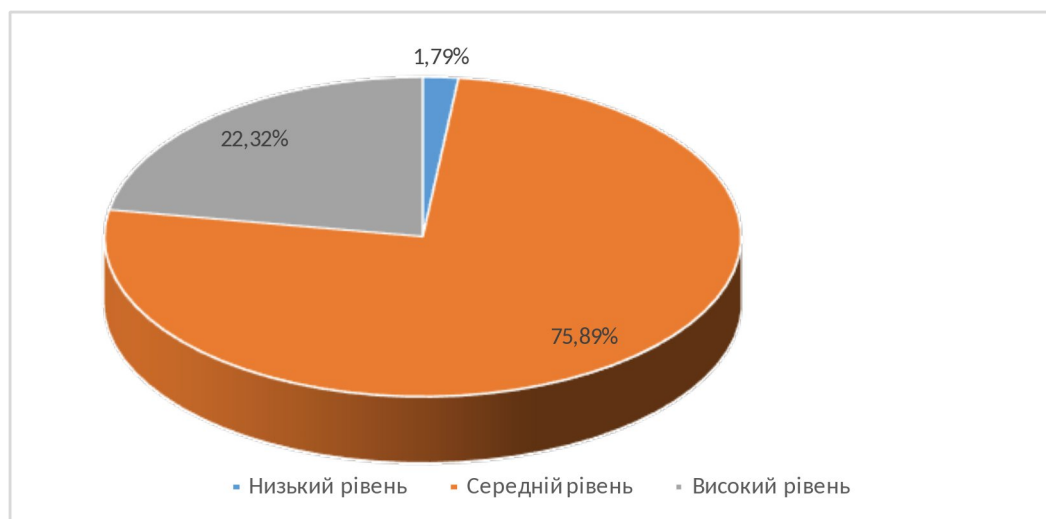


Рис. 2.8. Розподіл проявів внутрішнього напруження за шкалою тривоги Гамільтона (%)

Високий рівень напруження досліджуваних осіб виявлено у 25 опитаних (22,32 %). Середні показники цього параметру фіксуються у 85 досліджуваних (75,89 %). Лише у двох респондентів діагностовано низький рівень внутрішнього напруження. Цей параметр прямо пов'язаний з особливостями переживання стресу в умовах постійного зовнішнього тиску.

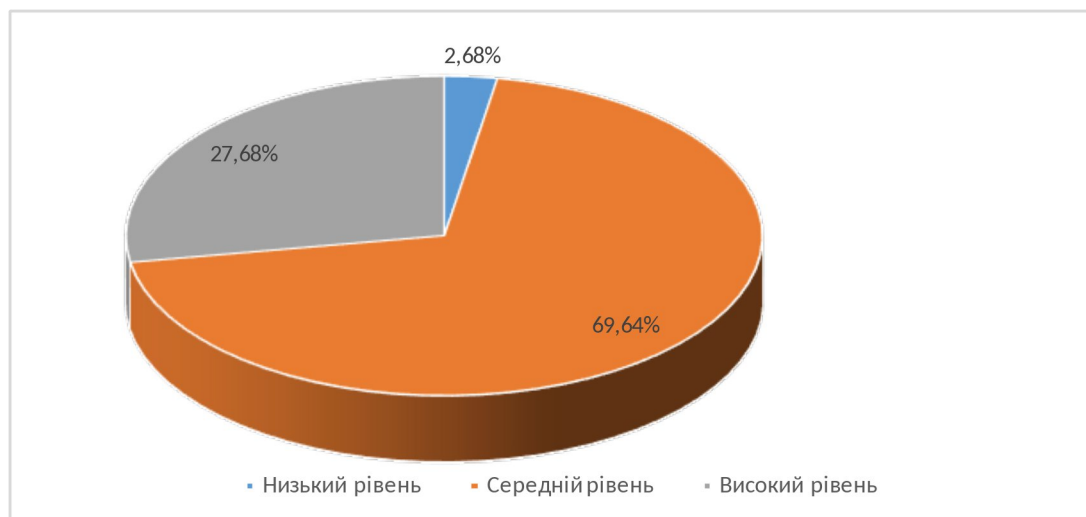


Рис. 2.9. Розподіл проявів переживання страхів за шкалою тривоги Гамільтона (%)

Шкала страхів відображає появу і прояв фобій щодо різних об'єктів фізичної й соціальної реальності (рис. 2.9). Високий рівень проявів таких реакцій виявлено лише у трьох досліджуваних (2,68 %). Середні показники переживання страху властиві для 78 осіб (69,64 %). Достатньо вираженими є низькі значення цього параметру – їх виявлено у 31 респондентів вибірки (27,68 %). Тож у цілому дорослим не властиві крайні негативні реакції переживання фобій. Також показовими є тенденції низьких значень цього компоненту.

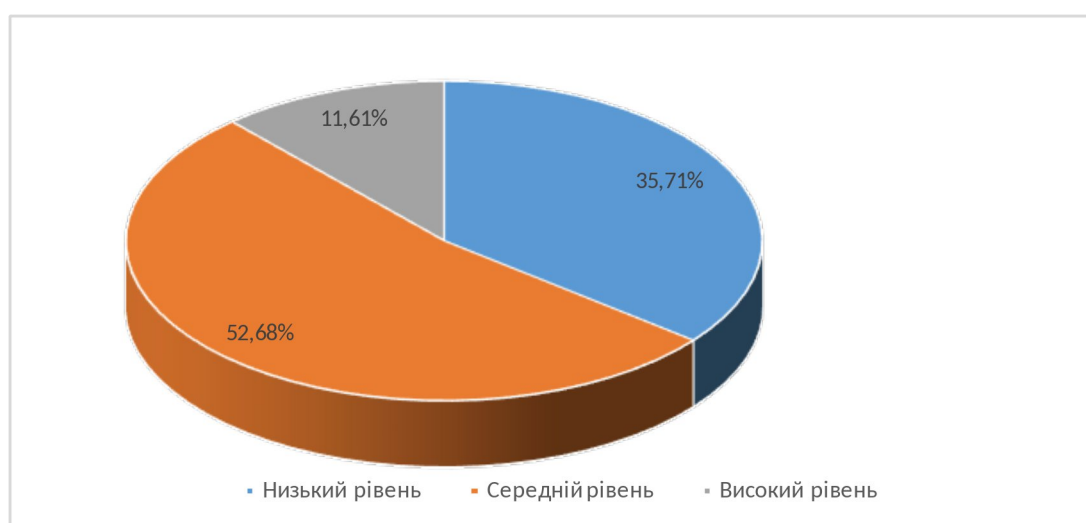


Рис. 2.10. Розподіл проявів інсомнії за шкалою тривоги Гамільтона (%)

Показники інсомнії (безсоння) за шкалою Гамільтона зафіксовано у рисунку 2.10. Сон є показовим індикатором тривожних станів, тому ця шкала є особливо важливою у діагностичному плані. У 13 респондентів (11,61 %) діагностовано високі показники проблем зі сном. Такі досліджувані характеризуються нетривалим періодом відпочинку і суттєвою кількістю кошмарних сновидінь. Водночас 40 досліджуваних (35,71 %) можна схарактеризувати як таких, які мають стабільний, ефективний для відновлення сон. Помірна стабільність сну, незначний, але постійний досвід кошмарів, відчуття відсутності бадьорості після пробудження демонструють 59 членів вибірки (52,68 %). Проблеми зі сном пов'язані, у першу чергу, з нестабільною соціальною і військовою ситуацією. У подальших дослідженнях варто встановити залежність проблем зі сном дорослих людей від місця проживання й досвіду переживання військових дій. Можемо констатувати, що симптоми безсоння зростають з віком досліджуваних.

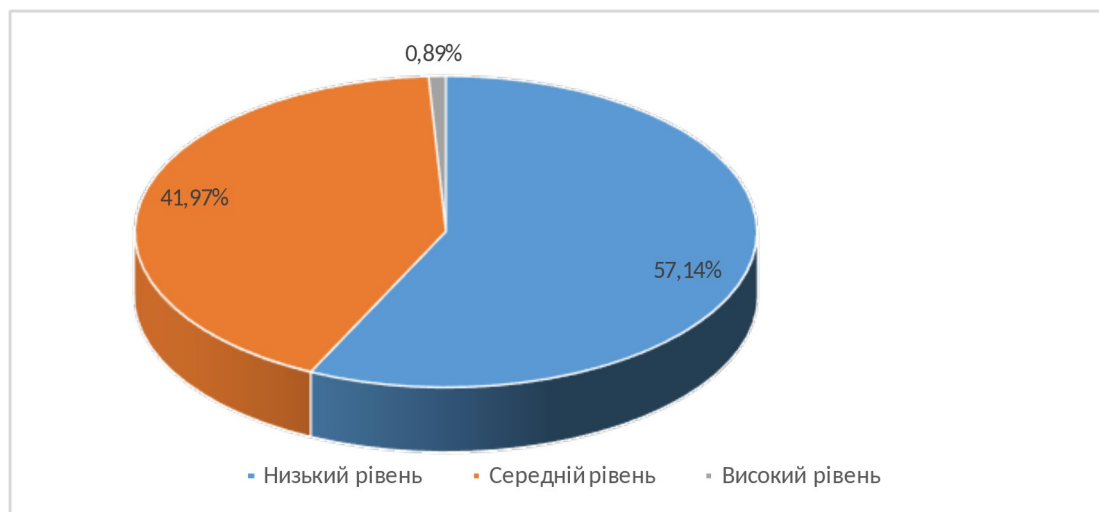


Рис. 2.11. Розподіл проявів інтелектуальних порушень за шкалою тривоги Гамільтона (%)

Тенденції інтелектуальних порушень у контексті переживання тривоги представлено на рисунку 2.11. Виявлено, що лише в однієї опитаної спостерігаються високі розлади концентрації уваги, пам'яті й мислення. Водночас у 64 досліджуваних (57,14 %) виявлено низькі показники. 47 осіб

демонструють середні прояви інтелектуальних порушень у контексті переживання тривожних реакцій. У цілому можна сказати, що інтенсивність тривожних станів досліджуваних не чинить суттєвого впливу на ефективність інтелектуальної діяльності. Розглядаємо цей висновок як позитивний, оскільки наше дослідження не виявило суттєвих деструктивних трансформацій особистісних і інтелектуальних структур членів вибірки. Водночас потенційну небезпеку можуть становити середньо виявлено симптоми порушень пізнавальної сфери.

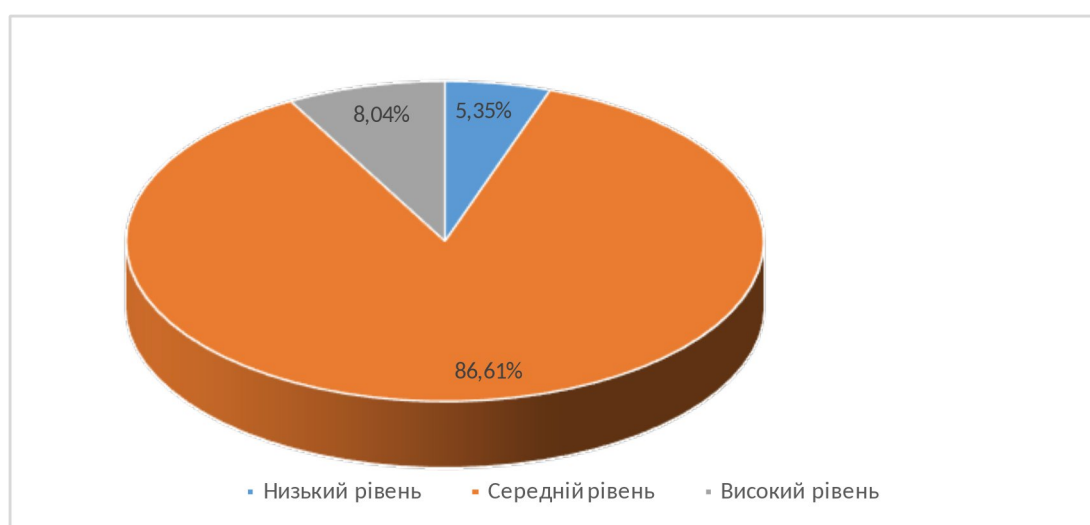
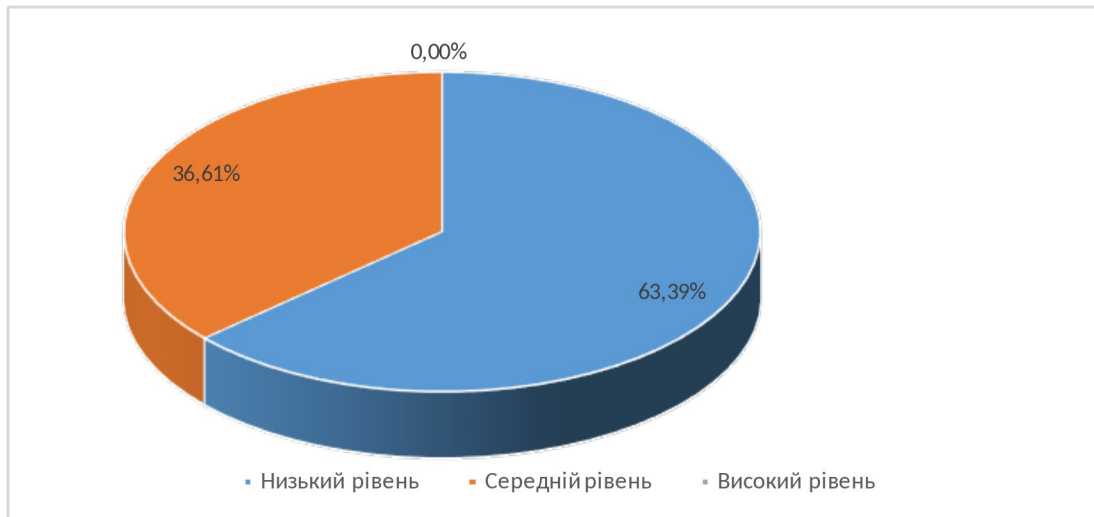


Рис. 2.12. Розподіл проявів депресивних станів за шкалою тривоги Гамільтона (%)

Тенденції депресивних настроїв досліджуваних представлено на рисунку 2.12. Домінує середній рівень – ці показники виявлено у 97 респондентів (86,61 %). Низькі показники зафіксовано у шести опитаних (5,35 %). Високий рівень характерний для дев'яти досліджуваних, що відповідає 8,04 % вибірки. У цілому результати дуже схожі на тенденції виявлені на основі використання госпітальної шкали. Можемо припустити, що депресія суттєво пов'язана з проявами реактивної й особистісної тривожності.



*Рис. 2.13.* Розподіл проявів соматичного м'язового болю за шкалою тривоги Гамільтона (%)

На рисунку 2.13 відображено емпіричні тенденції проявів м'язового дискомфорту як соматичного індикатора тривоги. Цей фізіологічний аспект демонструє зовнішню реакцію організму на переживання тривоги. У досліджуваній вибірці не зафіксовано осіб з високими проявами цього параметру. Водночас 71 опитаних (63,39 %) не демонструє вираженої м'язової симптоматики. У цих досліджуваних відсутні реакції судом, виявлений м'язовий біль, соматичне напруження й тремор. У 41 респондентів (36,61 %) діагностовано середні показники означеного параметра. Такі досліджувані характеризуються епізодичними судомами, помірним нетривалим м'язовим болем, підвищеним м'язовим тонусом. Ці висновки було зроблено на основі опитування і поточних спостережень. Слід зауважити, що досліджувана симптоматика не обов'язково може бути пов'язана з переживанням тривоги, а пояснюватися іншими соматичними патологіями.

Тенденції сенсорних проявів переживання тривоги представлено на рисунку 2.14. Лише в одній людині діагностовано високі показники за цією шкалою тривоги. Середній рівень сенсорної симптоматики тривожності виявлено у 50 респондентів (44,65 %). Такі люди можуть епізодично, але регулярно переживати дзвін у вухах, внутрішні температурні перепади, втрату

чіткості зору. За результатами спостережень можна сказати, що означена симптоматика переважно стосується аудіальних каналів отримання інформації. Найбільше досліджуваних (54,46 %) не мають виражених сенсорних проявів тривожності.

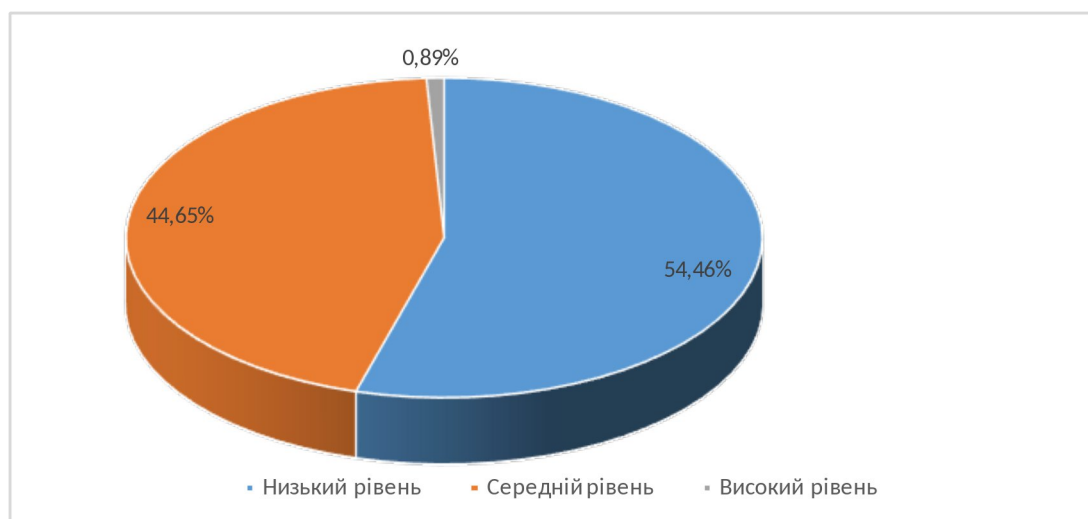


Рис. 2.14. Розподіл сенсорних проявів тривожних станів за шкалою тривоги Гамільтона (%)

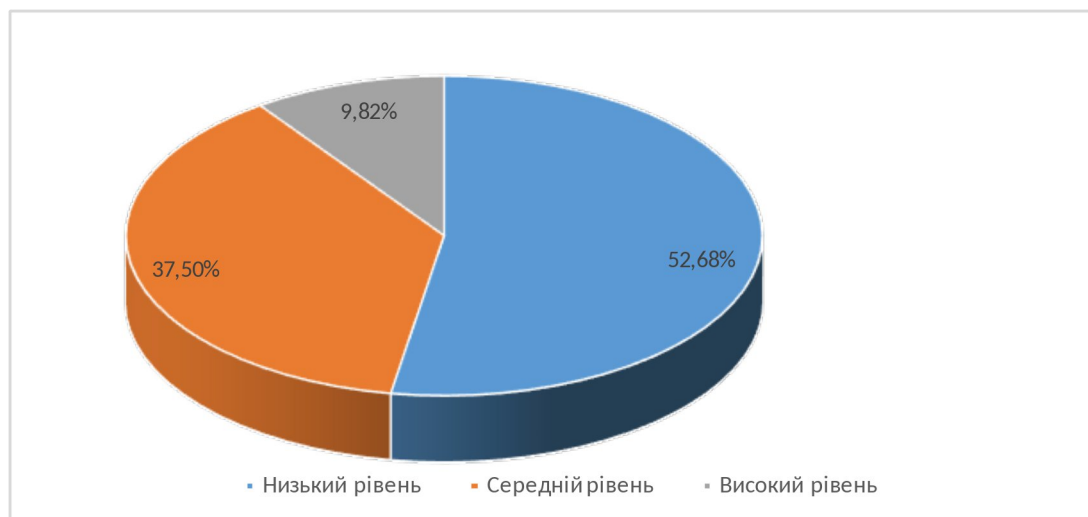
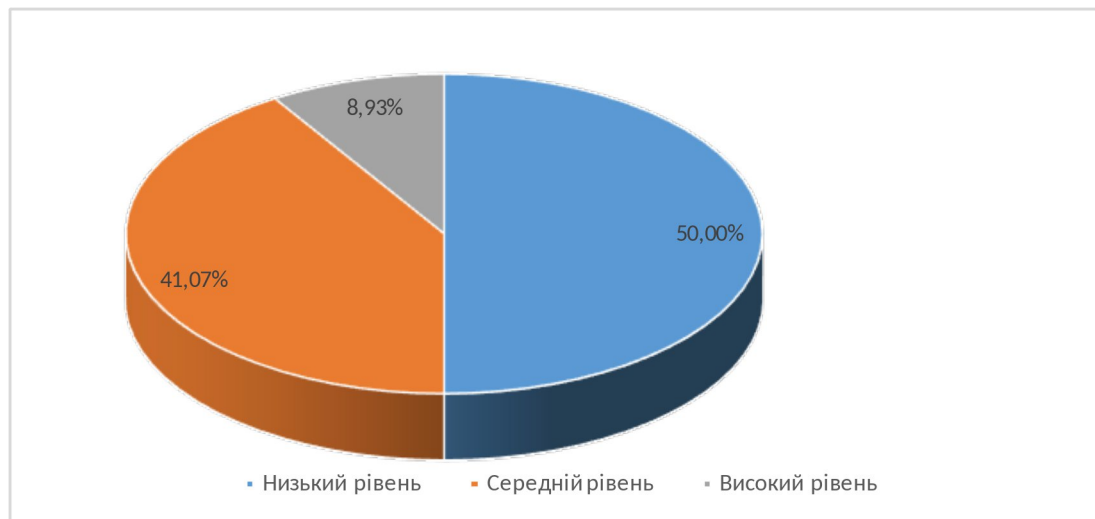


Рис. 2.15. Розподіл проявів серцево-судинної симптоматики тривожних станів за шкалою тривоги Гамільтона (%)

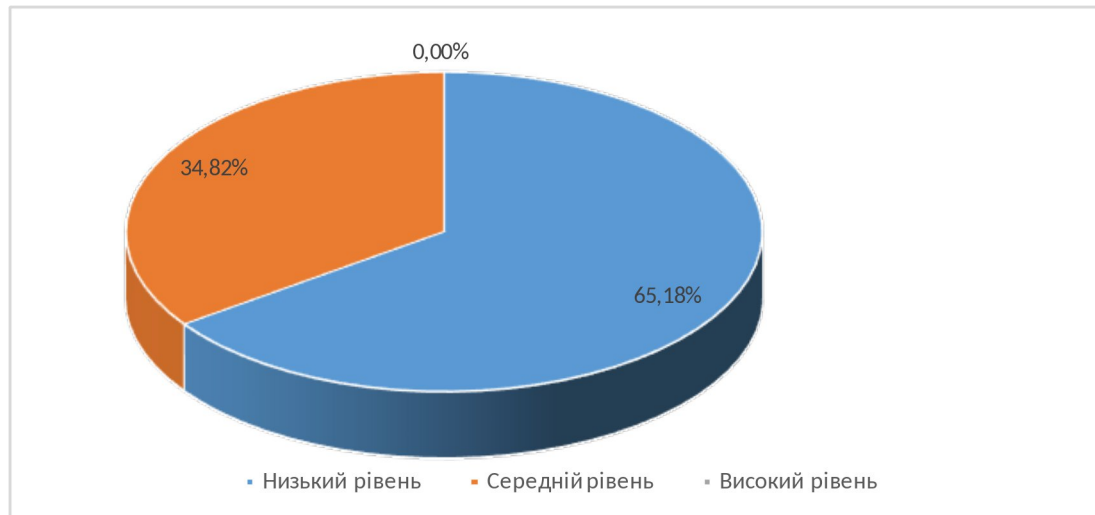
У рисунку 2.15 відображено симптоматику тривоги за показниками функціонування кровоносної системи шкали Гамільтона. Привертає увагу достатньо вагомий відсоток осіб з високими показниками цього параметру.

Зокрема, 11 досліджуваних (9,82 %) скаржаться на регулярну тахікардію, підвищений тиску, прискорене серцебиття як реакцію на умови реальності. Середні показники зафіксовано у 42 членів вибірки (37,5 %). Ці особи мають помірну реакцію серцево-судинної системи на стрес і ситуації стимулювання тривоги. Низький рівень або повну відсутність означених скарг продемонструвало 59 осіб (понад половину вибірки – 52,68 %). Отже, можна говорити, що у соматичному плані найбільше з тривожними станами пов'язана саме серцево-судинна симптоматика. Водночас привертає увагу вагомий відсоток осіб з низькими значеннями параметрами.



*Рис. 2.16.* Розподіл респіраторних симптомів тривожних станів за шкалою тривоги Гамільтона (%)

У рисунку 2.16 представлено емпіричні тенденції змін у дихальній системі пов'язаних з проявами тривоги особистості. Високий рівень діагностовано у 10 осіб (8,93 %). Це проявляється у частих випадках утрудненого дихання й задухи. У 46 учасників дослідження (41,07 %) спостерігаються нетривалі, але регулярні проблеми з регуляцією дихання. У цьому випадку виникає відчуття «нестачі повітря». У половини досліджуваних фіксуються низькі респіраторні прояви переживання тривоги. У цілому, можна бачити, що результати за цією шкалою співвідносяться з даними попередньої шкали (серцево-судинна симптоматика).

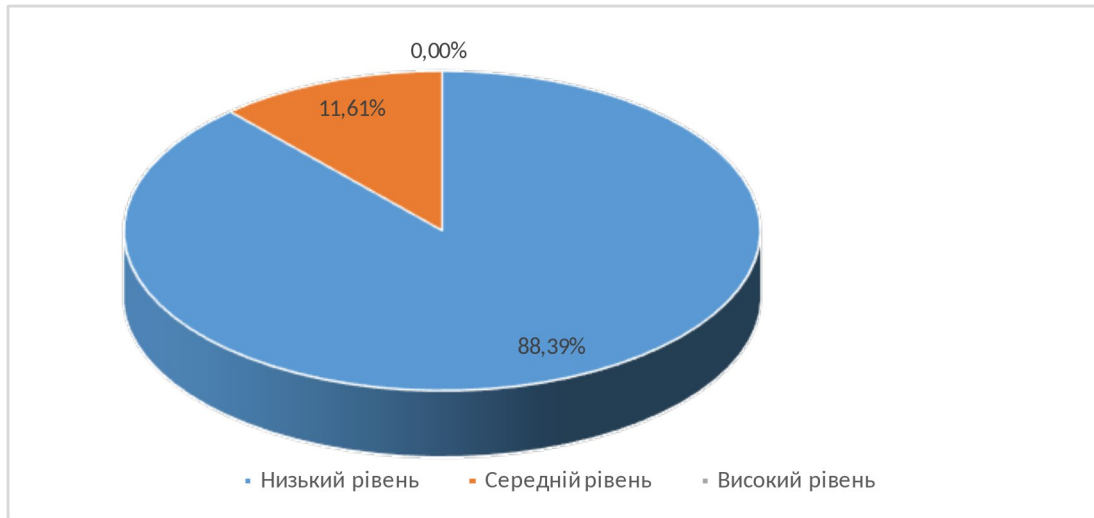


*Рис. 2.17.* Розподіл гастроінтестинальної симптоматики тривожних станів за шкалою тривоги Гамільтона (%)

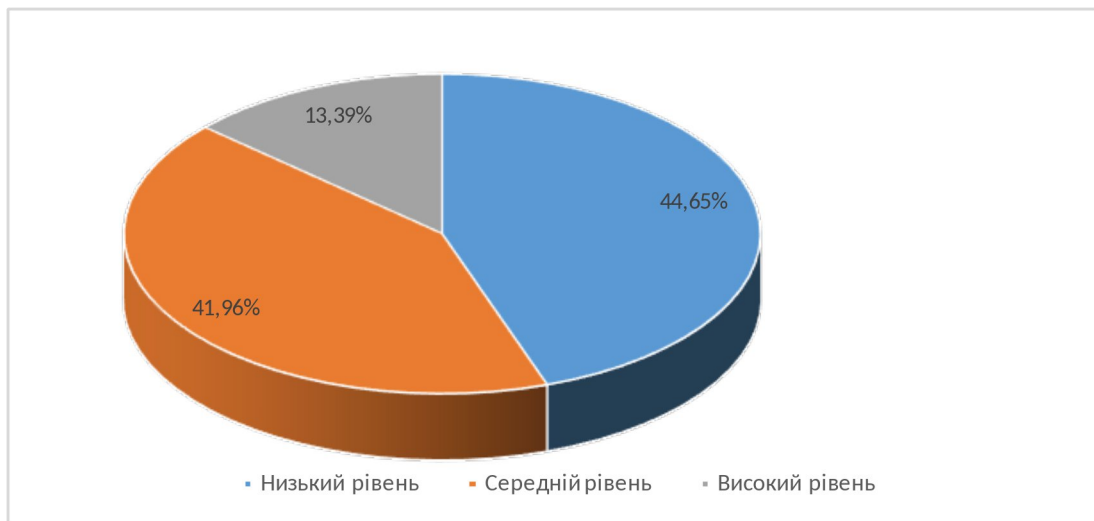
Прояви ймовірних проблем з кишково-шлунковим трактом на фоні переживання тривоги графічно представлено на рисунку 2.17. У вибірці відчутні особи з високими показниками означеної симптоматики. У 39 досліджуваних (34,82 %) діагностовано середні показники цього параметру. Це означає, що такі особи періодично відчувають нудоту, печію, тяжкість у шлунку і загальні проблеми з травленням. Проте такі симптоми не мають системного характеру. У 73 осіб (65,18 %) зафіксовано низькі показники гастроінтестинальної симптоматики. Можна сказати, що проблеми з фізіологічною травною системою не характерні для досліджуваних у контексті проявів тривожних станів.

Тенденції симптоматики сечостатевої системи представлені у рисунку 2.18. Високих показників цієї симптоматики у досліджуваній вибірці не зафіксовано. Середні показники виявлено у 13 досліджуваних (11,61 %). Абсолютна більшість осіб вказала на низький рівень цих соматичних проявів – 99 осіб (88,39 %). Зазначимо, що ці результати можуть бути піддані сумніву. Зміст шкали є дуже чутливим для людини, оскільки зачіпає дуже особисті для людини теми. Тому опитані могли відповідати не зовсім щиро при оцінці цих

симптомів. Проте, у контексті нашого дослідження приймаємо ці результати як об'єктивні.



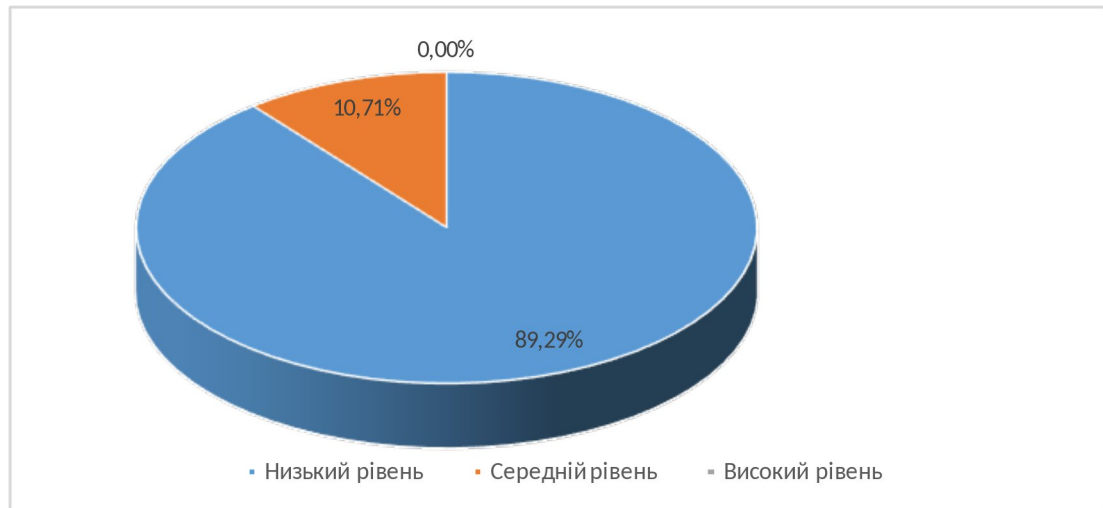
*Рис. 2.18.* Розподіл сечостатевої симптоматики тривожних станів за шкалою тривоги Гамільтона (%)



*Рис. 2.19.* Розподіл вегетативної симптоматики тривожних станів за шкалою тривоги Гамільтона (%)

Відсоткові тенденції вегетативних проявів тривоги представлено на рисунку 2.19. Нагадаємо, що цей параметр включає зміни кольору шкіри, сухість у роті, головні болі у стресових ситуаціях. Встановлено, що 15 осіб (13,39 %) мають вегетативну симптоматику переживання тривоги високого рівня вияву. У 47 досліджуваних діагностовано середні прояви цього

соматичного параметра тривожності. П'ятдесят осіб (44,65 %) мають низькі, епізодичні прояви симптоматики тривожних станів. У цілому вегетативні прояви переживання тривоги є достатньо виявленими у цій вибірці дорослих.



*Рис. 2.20.* Тенденції зовнішніх проявів переживання тривоги за шкалою тривоги Гамільтона (%)

Дані про зовнішні особливості поведінки особистості під час огляду за шкалою Гамільтона представлено на рисунку 2.20. Осіб з високими показниками неспокою під час діагностики у досліджуваній вибірці не виявлено. 12 досліджуваних з вибірки (10,71 %) продемонстрували середній рівень схвильованості під час інтерв'ю. Частіше за все це проявлялося у зміні виразів обличчя на особливо чутливі питання соматичного характеру. Водночас 100 осіб показали стабільно спокійну поведінку у процесі збору емпіричних даних.

Отже, проведене емпіричне дослідження дозволило встановити тенденції різних аспектів тривожних станів особистості дорослого віку. Зокрема, виявлено переважання середніх показників тривожних реакцій особистості. Психологічні прояви тривожності є досить вираженими. Проте соматична симптоматика переживання тривоги не є суттєво виявленою.

### **2.3. Зв'язок невпевненості у собі з проявами тривожних станів**

Виконання завдань дослідження передбачало обчислення кореляційного аналізу. Процедура здійснювалася з використанням програми Excel. Першим кроком до виконання цього завдання було з'ясування відсоткового розподілу показників впевненості у собі за методикою Ф. Зімбардо (рис. 2.21).

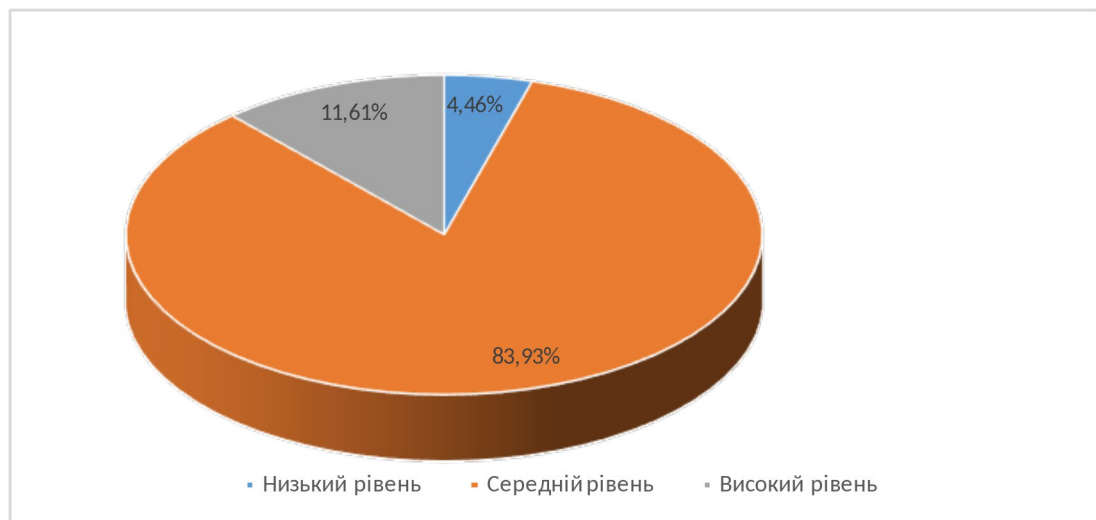


Рис 2.21. Розподіл показників впевненості у досліджуваній вибірці (%)

Як і у випадку аналізу тенденцій попередніх досліджуваних параметрів зафіксовано переважання середніх показників впевненості у собі. Цей рівень виявлено у 94 досліджуваних, що відповідає 83,93 % досліджуваної вибірки. Такі особи характеризуються загальною цілеспрямованістю і стійкістю поведінки, що супроводжується фрагментарною схильністю орієнтуватися на зовнішню соціальну підтримку. Тринадцять досліджуваних (11,61 %) мають високі показники впевненості. Цей рівень передбачає високу самооцінку людини, якій не обов'язково потрібно зовнішнє схвалення дій. Лише у п'яти осіб (4,46 %) зафіксовано низькі показники впевненості. Тобто мова йде про високий рівень невпевненості у собі. Виражені середні показники впевненості особистості дорослого віку потенційно можуть вказувати на потенційні проблеми з самоповагою і нестабільність структур самооцінки.

Проаналізуємо результати кореляційного аналізу представлені у таблиці 2.1. Зазначимо, що зірочка свідчить про рівень значущості  $p=0,05$ , а дві зірочки –  $p=0,01$ . Схарактеризуємо зв'язки між кожним з досліджуваних параметрів.

Виявлено обернені значущі зв'язки між впевненістю та особистісною тривожністю ( $r=-0,345$ ) і реактивною тривожністю ( $r=-0,279$ ). Така ситуація проявляється у тому, що зростання показників переживання тривоги проявляється у контексті зниження показників впевненості у собі. Водночас зниження тривожності пов'язане зі зниженням проявів невпевненості. При цьому, виявлені тенденції стосуються як особистісної, так і реактивної тривожності. Тобто показники невпевненості мають значення як для стабілізації особистісної риси, так і для ситуативних реакцій. Аналогічні показники зафіксовано у тенденціях переживання тривоги ( $r=-0,294$ ) й депресії ( $r=-0,338$ ), що було виявлено за госпітальною шкалою. Тобто, можемо зробити висновок, що й на депресивні реакції впливає невпевненість особистості дорослого віку.

Окремої уваги потребує аналіз результатів кореляційного аналізу за показниками шкали Гамільтона. Виявлено значущий зв'язок невпевненості з внутрішньою напруженістю особистості ( $r=-0,403$ ) і схильністю до переживання страхів ( $r=-0,392$ ). Тобто ( $r=-0,294$ ) продовжує фіксуватися системна взаємозалежність низької впевненості і структурних компонентів тривожних переживань людини.

*Таблиця 2.1*

Показники кореляції між проявами різних видів тривожності та суб'єктивними й соціальними умовами

Параметри тривожності	Впевненість у собі
Особистісна тривожність	-0,345**
Реактивна тривожність	-0,279**
Рівень тривоги за	-0,294**

госпітальною шкалою	
Рівень депресії за госпітальною шкалою	-0,338**
Внутрішнє напруження	-0,403**
Проблема зі сном	-0,046
Переживання страхів	-0,392**
Соматичний м'язовий біль	0,022
Сенсорні прояви тривоги	0,009
Серцево-судинна симптоматика тривоги	-0,041
Респіраторна симптоматика тривоги	0,003
Гастроінтестинальна симптоматика тривоги	-0,111
Вегетативна симптоматика тривоги	0,039

Водночас відсутні суттєві коефіцієнти кореляції з соматичною симптоматикою, а саме – проблемами зі сном ( $r=-0,046$ ), м'язовим дискомфортом ( $r=0,022$ ), сенсорними проявами тривоги ( $r=0,009$ ), серцево-судинною симптоматикою ( $r=-0,041$ ), проблемами з диханням ( $r=0,003$ ), гастроінтестинальними негативними реакціями ( $r=-0,111$ ), вегетативними симптомами переживання тривоги ( $r=0,039$ ).

Отже, можна говорити про зв'язки невпевненості у собі з високими показниками схильності до переживання тривожних станів. Це пояснюється структурно-функціональною схожістю цих явищ. Тривожні стани дестабілізують емоційну сферу, а невпевненість є індикатором проблем з

вольовим контролем особистості. Слід зазначити, що не зважаючи на суттєву значущість кореляційних коефіцієнтів сила цього зв'язку залишається не дуже значною. У цілому підтверджено гіпотезу дослідження про зв'язок невпевненості з компонентами тривожних станів в осіб дорослого віку.

### **Висновки до другого розділу**

Можемо спостерігати переважання середніх показників за досліджуваними параметрами тривожних станів. Проте, зважаючи на кількісний склад вибірки показники тривожних станів є досить суттєвими. Зокрема високий рівень особистісної тривожності діагностовано у 33 досліджуваних, а високі показники ситуативної тривожності виявлено у 14 осіб. Високий рівень тривоги за госпітальною шкалою зафіксовано у 8 досліджуваних. Також спостерігається домінування досліджуваних з середніми значеннями впевненості у собі.

Для перевірки гіпотези дослідження було проведено кореляційний аналіз Пірсона. Бачимо, що виявлено обернений значущий зв'язок впевненості з особистісною, реактивною тривожністю, депресією, внутрішнім напруженням, переживанням страхів. Це означає, що високі показники невпевненості можуть стимулювати підвищення переживання тривоги. Водночас не зафіксовано значущого зв'язку впевненості у собі з соматичними значеннями тривоги досліджуваних.

## **РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ**

### **3.1. Опис програми корекції тривожних станів**

В основі програми було покладено тілесно-орієнтовані техніки корекційного терапевтичного втручання, що мають суттєвий вплив на зниження показників тривожності. Цей процес відбувається через фізичну активність і ґрунтується на уявленні про єдність тілесного і психічного. Інструменти тілесно-орієнтованої терапії дозволяють усунути м'язову скутість, оптимізувати зв'язок між внутрішнім і зовнішнім аспектами «Я»,

розвивати позитивне сприйняття життя і, врешті-решт, знизити показники негативних емоційних переживань.

Слід зазначити, що в тілесно-орієнтованій терапії використання групової роботи передбачає зростання відкритості й самостійності особистості. Створення психокорекційної програми зниження тривожності базувалося на теоретичних положеннях і результатах емпіричного дослідження зв'язку впевненості й тривожних станів. Також враховано інформацію про соматичну симптоматику тривожності.

Розроблена програма орієнтується на низку принципів, що визначають її специфіку. Схарактеризуємо ці положення:

1. Принцип гуманізму передбачає віру в можливості людину, спрямованість на її психічний і фізичний розвиток.
2. Принцип системності – визначає підхід до людини як цілісної структури, що зокрема передбачає єдність фізичного і психологічного компонентів.
3. Принцип стадійності й поступовості – розуміння і розвиток себе має передбачати поетапну рефлексію і глибше занурення в себе.
4. Принцип суб'єкт-суб'єктної комунікації передбачає обґрунтування рівноправного спілкування у процесі корекційної роботи. Основним засобом досягнення партнерської взаємодії є зворотний зв'язок і механізми рефлексії. Партнерське спілкування враховує інтереси інших учасників програми, їхні емоції й цінності. Дотримання означеного принципу дозволяє створити у корекційній групі довірливий і безпечний фон.
5. Принцип індивідуалізації корекційного впливу передбачає врахування структури характеру і мотивації у здійсненні психологічної роботи з тривожними станами.

Дотримання описаних вище принципів є обов'язковою умовою ефективності корекційної програми. У процесі роботи створення

психокорекційної програми ми орієтувалися на вже відомі теоретичні й практичні розробки.

Метою корекційної програми є зниження показників переживання тривожних станів особистості у соціальній взаємодії.

Для досягнення мети у межах розробленої програми передбачено виконання таких завдань:

- 1) формування психологічної стійкості особистості;
- 2) покращення показників емоційної сфери, а саме самопочуття, настрою, можливостей самоконтролю;
- 3) формування й стабілізація компетенцій саморегуляції;
- 4) зниження показників ситуативної тривожності;
- 5) формування здатності до розуміння змін власного тіла у ситуаціях переживання стресу й тривоги.

Методи корекційної програми відповідають теоретичним концепціям тілесно-орієнтованої терапії.

Рекомендована кількість учасників програми – 10-12 осіб, що пов'язано з особливостями механізмів групової взаємодії у процесі формувального впливу. Більша кількість учасників створює небезпеку втрати ефекту особистої участі членів групи. Менша кількість учасників потенційно знижує емоційний «драйв» й ефективність групової діяльності в цілому.

Опишемо особливості проведення психокорекційних занять, що проводяться у форматі безпосередньої взаємодії. Зазначимо, що структура занять передбачає підготовчий комплекс, основну частинку, фінальне обговорення отриманих результатів.

#### Корекційне заняття №1

Мета: формування в учасників здатності до усвідомлення своїх емоційних переживань; виправлення емоційних показників; зняття емоційного напруження; розвиток емоційної стабільності й самоконтролю; засвоєння умінь керування власним тілом.

Обладнання: папір, портативна дошка, фломастери, бейджі, скотч, ножиці.

### СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Вправа «Знайомство» (тривалість – 10 хвилин)

Кожному члену групи пропонують схарактеризувати себе ім'ям – власним або вигаданим. Сам це найменування й буде базовим для спілкування у процесі реалізації програми. Вибір імені характеризує особливості сприймання власного «Я».

Під час обговорення вправи з'ясовуються (за умови згоди інших учасників програми) мотиви прийняття іншого імені.

Вправа «Малюємо власне ім'я» (тривалість – 20 хвилин)

Учасникам пропонують поміркувати й створити малюнок «Мое ім'я». У цьому зображенні потрібно абстрактно або конкретно відобразити власне ставлення до імені. Після створення малюнка відбувається його обговорення, що спрямоване на визначення мотивації й переживань учасників. Такий підхід дозволяє активізувати креативні можливості особистості у контексті змін емоційної сфери особистості.

Обговорення правил групової роботи (тривалість – 10 хвилин). Цей процес відбувається у формі групової роботи. Орієнтовний перелік правил:

- 1) активна участь у груповій діяльності;
- 2) дотримання конфіденційності – все, що відбувається в групі залишається в групі;
- 3) повага до інших учасників корекційної програми та їх позицій;
- 4) користування конструкціями Я-висловлювання;
- 5) заборона на оцінку інших.

Ігрова вправа «Будинок з кімнатами» (тривалість – 25 хвилин)

Учасники мають намалювати будинок у якому потрібно зобразити десять кімнат. У цих кімнатах необхідно розмістити різні емоційні стани: печаль, гнів, радість, самотність тощо. Кожну емоцію слід позначити певним

символом. Учасник має схарактеризувати частоту з якою відвідує кожную «кімнату» з відповідною емоцією. Обговорення: результатів вправи передбачає визначення мотивів і особливостей «життя» у цьому будинку. Таким чином з'ясовується специфіка емоційних переживань учасників корекційної програми.

Мозковий штурм «Саморегуляція» (тривалість – 10 хвилин).

У процесі виконання цієї вправи учасникам програми необхідно визначити ефективні стратегії й засоби регуляції власного емоційного стану. При цьому пропонуються як психологічні, так і фізичні способи дій. Результати обговорення фіксуються на фліп-чарті. Психолог, який модерує перебіг програми має узагальнити результати обговорення у конкретних методах (управління м'язами, контроль диханням, заземлення, візуалізація тощо). Таким чином, учасників готують до наступних занять програми.

Вправа «Регуляція дихання» (тривалість – 10 хвилин)

Перед початком вправи психолог розповідає про особливості впливу дихання на психічний стан людини. Зокрема, характеризуються фізіологічні механізми цього процесу. Далі описуються відомі методи регуляції дихання: «метод черевного дихання» і «метод пір'їнки». Метод пір'їнки орієнтований виключно на дихання носом. Після реалізації означених технік дихання з'ясовується їх вплив на емоційний стан. Зокрема, учасники мають визначити труднощі та внутрішні відчуття, що виникли під час використання різних методів дихання. Окрема увага приділяється особам, які не відчували суттєвих змін в емоційних переживаннях.

Релаксаційна вправа «Лялька і солдат» (тривалість – 10 хвилин). Перед початком цієї вправи учасників інформують про роль напруження м'язової системи в емоційному стані людини. Суть вправи зводиться до того, щоб учасники максимально напружили власне тіло (поза солдата) або ж розслабили його (поза ляльки). Позиції «ляльки» і «солдата» чергуються у процесі виконання цього завдання. Тривалість кожної фази – 10 секунд.

Обговорення відбувається у контексті визначення внутрішніх переживань під час розслабленої й скутої позиції. Члени групи діляться власними враженнями про емоційні зміни під час трансформацій стану м'язової системи.

Підсумкове обговорення результатів заняття (тривалість – 10 хвилин). Цей етап передбачає визначення отримання нового досвіду і труднощів, що виникли у процесі виконання корекційних вправ. Також з'ясовується емоційне ставлення учасників програми до контенту програми.

Завершення заняття і прощання учасників (одна хвилина).

#### Корекційне заняття №2

Мета заняття: підтримка позитивного соціально-психологічного клімату, корегування емоційного напруження, зняття симптомів фізичної й психологічної втоми, засвоєння релаксаційних технік контролю тривоги, формування здатності до управління концентрацією уваги.

Обладнання: папір, портативна дошка, фломастери, бейджі, скотч, ножиці, технічні пристрої для музичного супроводу, пакет з родзинками.

#### СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ:

Вправа «Усмішка» (тривалість – 10 хвилин)

Психолог пояснює значення усмішки для регулювання самопочуття людини. Описується вплив скутості й напруження м'язів обличчя на формування негативної емоційної симптоматики. Також відбувається інформування учасників щодо значення сміху для контролю тривожних станів особистості.

Виконання вправи передбачає безпосередню взаємодію членів групи. Вони беруться за руки й посміхаються один одному. Обговорення спрямоване на з'ясування індивідуальних вражень членів групи. Зокрема, визначаються можливі труднощі, що могли виникати при демонстрації посмішки. Також учасники розповідають про свої переживання під час сприймання усмішок оточення. У контексті цієї вправи психолог нагадує про затвержені на першому занятті правила. Доцільно створити невеликий плакат або

презентацію з відповідними нормами, що буде використовуватися на кожному занятті програми.

Вправа «Ускладнене дихання і тривожні стани» (тривалість – 15 хвилин). Згадується досвід попереднього заняття. Учасників просять детально проаналізувати процеси вдиху – видиху. Психолог акцентує особливу увагу на важливості повільного процесу дихання й відстеження можливих емоційних змін. Варто також спостерігати свої тілесні відчуття та їх трансформації у процесі виконання вправи. При цьому учасники мають проаналізувати відчуття в різних частинах дихальної системи – горлі, трахеї, легенях. Далі відбувається обговорення, що дозволяє встановити можливі труднощі процесі виконання вправи.

Техніка «Заземлення» (тривалість – 15 хвилин)

У цій вправі відбувається реалізація формування переживання безпеки. «Заземлення» інтерпретується як фізичне і психологічне відчуття опори, що забезпечує стабільність і можливість розвитку. Цей стан дозволяє забезпечити максимальну безпеку особистості. Учасникам пропонується низка стратегій заземлення. Ці техніки передбачають різні стратегії розслаблення власного тіла у різних позах.

Техніка майндфулнес (тривалість – 20 хвилин). Для вправи потрібні родзинки (їх можна замінити іншими фруктами, цукерками або печивом). Алгоритм цієї техніки включає такі етапи:

1. Слід покласти родзинку на руку. Потрібно уявити, що ви вперше бачите цей об'єкт. Метою вправи є максимальна концентрація уваги на своїх внутрішніх і зовнішніх аспектах.

2. Необхідно уважно дослідити родзинку – її форми, розмір, текстуру, колір. Можна наближати або віддаляти об'єкт вивчення. Тобто максимально уважно потрібно використати візуальні канали інформації.

3. Використання тактильних, дотикових відчуттів. Слід вивчити вагу, температуру, твердість родзинки. Вивчення необхідно проводити як пальцями, так і долонями.

4. Комбінування слухових і дотикових відчуттів. Учасники мають маніпулювати родзинкою між пальцями. При цьому потрібно фокусуватися на відповідних звуках, що виникають від тертя об'єкта рукою. Для кращого сприйняття звуку необхідно піднести руку якомога ближче до вуха.

5. Використання нюхових відчуттів. Учасники мають вивчити аромат родзинки. У цьому контексті важливо зафіксувати емоції, що виникають при нюхових відчуттях.

6. Використання смакових відчуттів. Учасники мають повільно, ретельно розжувати родзинку. Слід вивчити форму, масу, температуру за допомогою язика.

7. Фіксація на внутрішніх відчуттях. Учасники програми мають контролювано проковтнути родзинку і простежити її просування по стравоходу.

Обговорення передбачає розуміння членами групи своїх тілесних реакцій і їх взаємозв'язку з емоційною сферою.

Релаксація (тривалість – 35 хвилин). Інструкція до цієї вправи представлена у додатку Д. Обговорення зосереджується на труднощах і переживаннях, що виникали у процесі реалізації цієї техніки.

Підсумкове обговорення результатів заняття (тривалість – 15 хвилин).

Завершення заняття і прощання «Емоційний ланцюжок» (тривалість – 5 хвилини)

Корекційне заняття № 3

Мета: усвідомлення власних емоційних переживань, досягнення стану розслаблення і заспокоєння, отримання позитивного тілесного досвіду, гармонізація емоційного стану, стимулювання розвитку впевненості в собі.

Обладнання: папір, портативна дошка, фломастери, бейджі, технічні пристрої для музичного супроводу.

#### СТРУКТУРА РОБОТИ:

Вправа «Побажання» (тривалість – 10 хвилин). Це форма привітання, що передбачає системні позитивні побажання учасників програми один одному. Після цього відбувається повторення визначених правил роботи.

Вправа-релаксація (тривалість – 30 хвилин). Ця техніка використовується для формування стійкого переживання спокою й високих показників упевненості. Учасникам пропонують зручно влаштуватися і випрямити спину, що дозволить отримувати організму більше кисню. Психолог вмикає постійну музику і проговорює інструкцію, що представлена у додатку Е.

Вправа «Чарівне джерело» (тривалість – 20 хвилин). Цей елемент програми також має релаксаційну спрямованість. Учасникам слід зафіксувати зміни своїх тілесних відчуттів у контексті переживання уявної ситуації. Члени групи мають відтворити у своїй свідомості образи природи й виконувати інструкції психолога (додаток Є). Після завершення вправи проходить обговорення учасниками вражень і отриманих результатів. Визначаються рухові можливості тіла у момент релаксації, розвиток творчої уяви, а також специфіка емоційних переживань.

Вправа «Лісовий дух» (тривалість – 10 хвилин). Інструкцію до цієї вправи представлено у додатку Ж. У процесі обговорення учасники описують ступінь власного розслаблення. Визначається рівень комфорту або дискомфорту у процесі реалізації релаксаційної техніки.

Доцільно запропонувати низку рекомендацій для оптимізації цієї вправи. Так, слід забезпечити вільне пересування членів групи по кімнаті й максимально відверте відображення емоційних переживань. Велике значення має добір музичних композицій, що забезпечать спонтанність поведінки. Необхідно також враховувати попередній досвід взаємодії учасників з природою.

Підсумкове обговорення результатів заняття (тривалість – 15 хвилин). Здійснюється на основі вправи-опитування «Жива анкета». Потрібно визначити позитивні й негативні аспекти емоційних переживань і думок, що виникали під час заняття.

Завершення заняття і прощання «Емоційний ланцюжок» (тривалість – 5 хвилини)

#### Корекційне заняття № 4

Мета: навчання ефективних релаксаційних технік, зняття внутрішньої напруги, відновлення фізичних сил, формування навичок емоційної саморегуляції.

Обладнання: папір, портативна дошка, фломастери, бейджі, технічні пристрої для музичного супроводу, список правил роботи.

#### СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Вправа привітання «Спільне потискання» (тривалість – 8 хвилин). Учасники налаштовуються на заняття через тактильні контакти між собою. Обов'язково повторюються правила групової роботи, визначені на першому занятті.

Візуалізація комфорту й спокою (тривалість – 15 хвилин). Учасникам потрібно згадати й максимально реалістично уявити ситуацію, де вони пережили зручність і легкість. Тобто метою є стимулювання емоційних переживань. Обговорення передбачає з'ясування впливу уяви на емоційне самопочуття людини.

Вправа на візуалізацію «Мрія» (тривалість – 15 хвилин). Здійснюється на фоні релаксаційної музики. Учасники мають уявити себе на природі у променях теплого сонця. Обговорення здійснюється за стратегією попереднього заняття.

Релаксаційна вправа «Луг» (тривалість – 35 хвилин). Інструкція до цієї техніки відображена у додатку 3. У цій вправі здійснюється поступове розслаблення різних частин тіла. Учасники зручно розташовуються таким

чином, щоб не заважати один одному. Доцільно використовувати супровідні музичні композиції для додаткового релаксаційного ефекту. У процесі обговорення наголошується на важливості позитивних переживань як основи внутрішньої саморегуляції. Як наслідок учасникам розкривають значення внутрішніх ресурсів особистості для емоційного контролю й подолання негативних аспектів тривожних станів.

Вправа «Квітка» (тривалість – 35 хвилин)

Цей релаксаційний комплекс реалізується, як і попередні вправи, на фоні відповідних музичних композицій. У процесі обговорення важливо фіксувати увагу учасників на досвіді позитивних переживань як фундаменту емоційної стабільності. Також потрібно пояснити важливість вольових зусиль для тілесного розслаблення і формування стабільного, спокійного настрою.

Підсумкове обговорення результатів заняття (тривалість – 15 хвилин).

Завершення заняття і прощання «Емоційний ланцюжок» (тривалість – 5 хвилини)

Корекційне заняття № 5

Мета: розвиток оптимістичної життєвої позиції, стабілізація впевненості у досягненні життєвих цілей, розвиток стратегічного мислення у кризових життєвих ситуаціях.

Обладнання: папір, портативна дошка, фломастери, бейджі, технічні пристрої для музичного супроводу, список правил роботи.

**СТРУКТУРА РОБОТИ**

Привітання (тривалість – 15 хвилин). У цій вправі учасникам пропонують привітатися різноманітними, навіть незвичними способами – спиною, носом, ліктями тощо. Також повторюються визначені на першому занятті правила роботи.

Вправа-розминка (15 хвилин). Психолог пропонує учасникам утворити коло і пригадати свої переживання у стані гніву. Далі потрібно уявити себе максимально розгніваними. Учасники мають ходити з сердитим виразом

обличчям. При зустрічі один з одним необхідно кілька разів повторити словосполучення «Тух-тібі-дух». Під час обговорення з'ясовують можливі зміни емоційного стану членів корекційної групи.

Вправа «Торкнутися до неба» (тривалість – 30 хвилин). Учасникам потрібно уявити, що вони дотягуються до неба й зірок. Потрібно їх торкнутися. Модератор заняття пропонує взяти в руки одну з зірок. Наголос у виконанні вправи робиться на активізації сенсорних систем різної модальності – зорової, слухової, тактильної. Процес «зняття зірки» повторюється кілька разів. Необхідно рівно і глибоко дихати у процесі виконання вправи. В обговоренні учасники програми мають розповісти про свої переживання.

Вправа «Вільний» (тривалість – 30 хвилин) спрямована на зняття психологічних блоків. Відповідна інструкція відображена у додатку I. Вправа вимагає суттєвого самозаглиблення й ефективної рефлексії. Такий підхід створить умови для подолання тривожності й підвищення впевненості у собі. Обговорення фіксується на можливості переживання свободи від негативних емоційних переживань.

Підсумкове обговорення результатів заняття і корекційної програми у цілому (тривалість – 15 хвилин). Оскільки це завершальне заняття, то воно є особливо важливим для усвідомлення й осмислення учасниками корекційного впливу.

Перед початком аналізу результатів впровадження корекційної програми доцільно коротко схарактеризувати основні аспекти її проведення. Систему занять було реалізовано через формувальний квазіексперимент, оскільки було визначено лише експериментальну групу. Контрольна група не формувалася, що пов'язано з організаційними труднощами формування досліджуваної спільноти, процедурними аспектами занять і часовою обмеженістю дослідження. Для дослідження було відібрано групу на основі осіб, які брали участь в емпіричному дослідженні. Учасники формувального експерименту

мають середні й низькі показники тривожних переживань. На основі безпосередньої взаємодії з досліджуваними і їх особистої згоди було відібрано 24 особи. Цих людей було поділено на дві групи – по 12 осіб у кожній. Проведення корекційної програми здійснювалося протягом п'яти тижнів у грудні 2024 року і січні 2025 року. Місце проведення занять – кабінет психолога. Часові межі психологічного втручання – друга половина вихідного дня.

Проаналізувавши результати поточного спостереження за учасниками формульовального експерименту, можна виокремити особистісні типи учасників дослідження. Ці типи фіксувалися на початку реалізації корекційної програми:

1. Вмотивовані особи, які демонструють активний інтерес при виконанні корекційних завдань. Мають достатні показники комунікативної сфери. Такі досліджувані задають велику кількість питань стосовно реалізації технік тілесно-орієнтованої терапії. У підсумковому обговоренні пропонують, зазвичай, розгорнуті звіти про власні враження. На початку дослідження таких осіб було близько 20 %.

2. Особи, які не проявляють активної зацікавленості, проте досить відповідально ставляться до змісту і реалізаційних форм корекційної програми. Досить сумлінно виконують самоаналіз у контексті підсумкового обговорення занять. Не демонструють ініціативи у початку комунікації з модератором програми. На початку психологічного втручання таких осіб зафіксовано близько 40 % від загальної вибірки.

3. Особи, які недостатньо відповідально ставляться до виконання вправ корекційної програми. Їх висловлювання у процесі підсумкового обговорення характеризуються відрізняються формалізмом і поверховим самоаналізом. Таку поведінку можна пояснити недостатньою сформованістю самооцінки. На початку експерименту таких спостерігається близько 20 % таких осіб.

4. Особи, які характеризуються нестабільністю виконання корекційних вправ. Таким людям властиві циклічні прояви ефективності їх діяльності –

відповідальне виконання завдань чергується з байдужим ставленням до запропонованих методик. До вказаного типу на початку реалізації програми відносилися 10 % досліджуваних.

5. Особи, які характеризуються деструктивною позицією стосовно змісту програми корекції тривожних станів. Така поведінка передбачає конфліктність, реакції пасивної агресії, саркастичні зауваження. Ці члени групи не зацікавлені у відповідальному виконанні психологічних завдань. Приблизний відсоток на початку програми – 10 %.

У цілому по ходу психологічного втручання спостерігалось більше включення членів групи у виконання технік і вправ. Випадків відмови від участі у дослідженні не було зафіксовано. П'ять осіб пропустили по два заняття.

### **3.2. Аналіз результатів формувального експерименту з корекції тривожних станів**

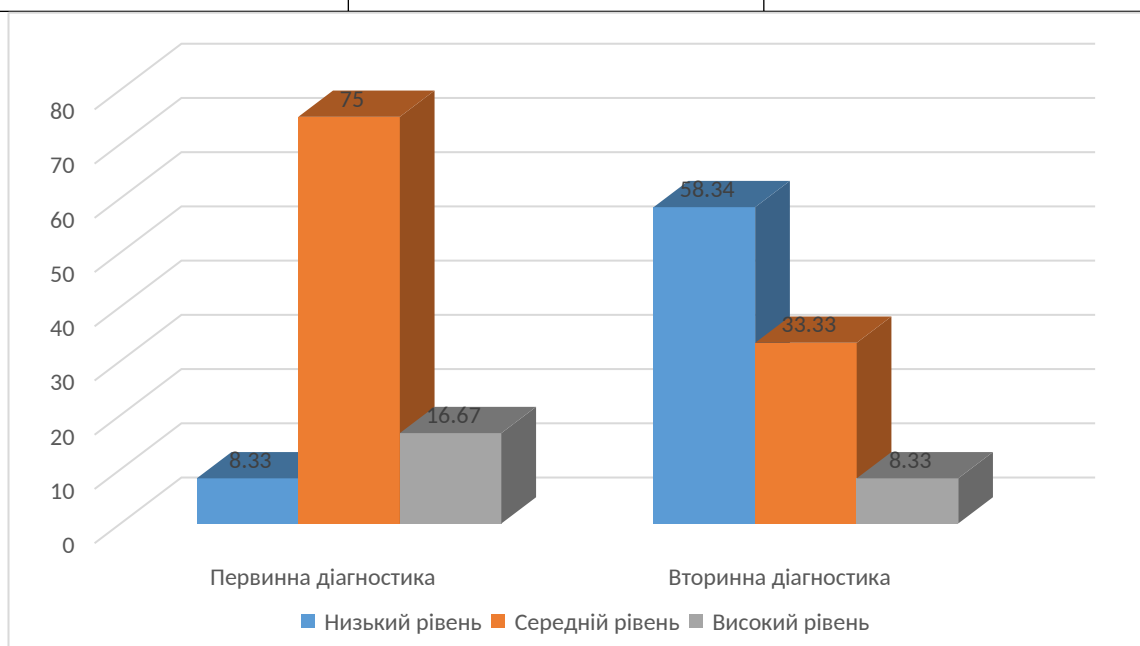
Проаналізуємо результати, що було отримано у результаті формувального експерименту. Для підсумкового аналізу показники обох груп об'єднувалися в одну статистичну сукупність. При цьому порівнювалися результати первинної діагностики (дані емпіричного дослідження) і вторинної діагностики проведеної після завершення експерименту. Виявлені емпіричні тенденції представлено у таблицях і діаграмах. Для повторної діагностики не використовувалася шкала Гамільтона.

Показники зміни реактивної тривожності представлені у таблиці 3.1 і рисунку 3.1. Первинна діагностика дає підстави визначити такий розподіл рівнів особистісної тривожності: низький рівень мають двоє досліджуваних (8,33 %), середній рівень виявлено у 18 осіб (75 %), високі показники спостерігається у чотирьох осіб (16,67 %).

*Таблиця 3.1*

Кількісний розподіл рівнів реактивної тривожності у процесі реалізації  
програми корекції тривожних станів

Рівні тривожності	Результати діагностики	
	Первинна	Вторинна
Низький	2	14
Середній	18	8
Високий	4	2

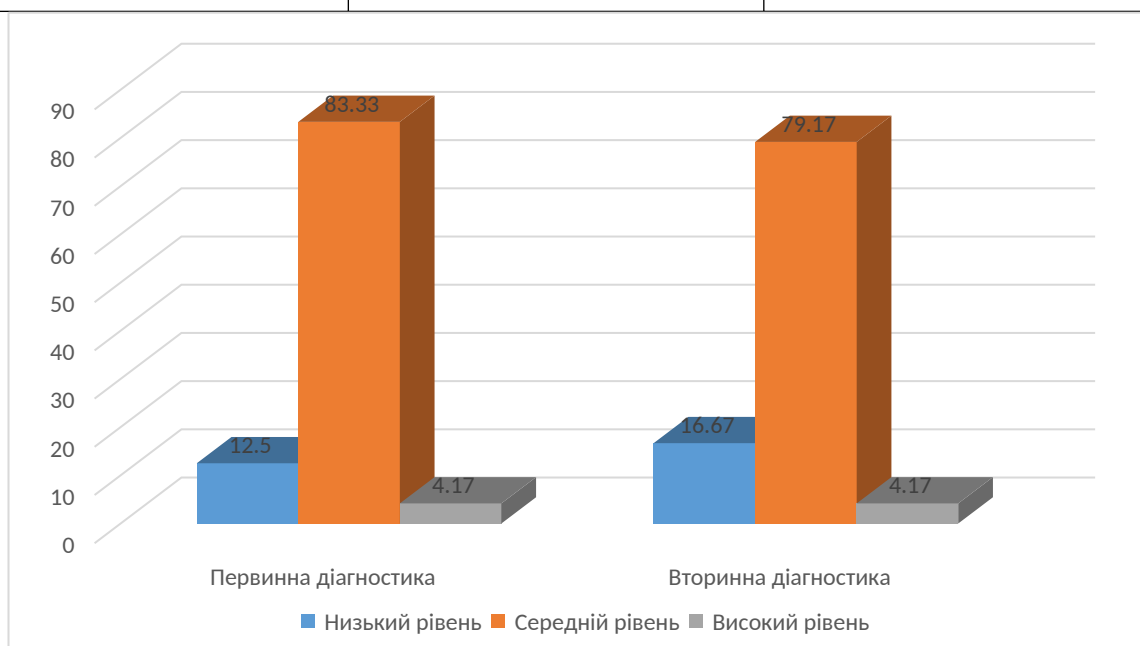


*Рис. 3.1.* Відсоткова динаміка показників реактивної тривожності у контексті формувального експерименту

Проведення повторної діагностики виявило позитивну динаміку досліджуваного параметра. Високі показники знизилися у двох досліджуваних (на 8,34 %). У суттєвого відсотку осіб (41,67 %) фіксується зниження середнього рівня переживання реактивної тривожності. Водночас у 50,01 % спостерігається зниження осіб з низьким рівнем цього параметру. Можна констатувати ефективність розробленої програми у плані зниження реактивної тривожності.

Кількісний розподіл рівнів особистісної тривожності у процесі реалізації  
програми корекції тривожних станів

Рівні особистісної тривожності	Результати діагностики	
	Первинна	Вторинна
Низький	3	4
Середній	20	19
Високий	1	1



*Рис. 3.2.* Відсоткова динаміка показників особистісної тривожності у контексті формувального експерименту

Динаміка особистісної тривожності у процесі формувального експерименту представлено у таблиці 3.2 і рисунку 3.2. На початку формувального експерименту спостерігається такий розподіл тенденцій: низький рівень виявлено у трьох осіб (12,5 %), середній у 20 досліджуваних (83,33 %), низькі показники спостерігаються в одного досліджуваного (4,17 %). Після завершення психологічного втручання суттєвих зрушень в особистісній тривожності не зафіксовано. Так, лише в одного досліджуваного було діагностовано трансформацію середніх показників у низькі. Така тенденція пояснюється структурно-функціональною специфікою особистісної

тривожності. Це стійка риса психіки і її зміна передбачає тривалий психологічний вплив і глибше психотерапевтичне втручання.

Таблиця 3.3

Кількісний розподіл рівнів депресії у процесі реалізації програми корекції тривожних станів

Рівні депресії	Результати діагностики	
	Первинна	Вторинна
Низький	0	2
Середній	24	22
Високий	0	0

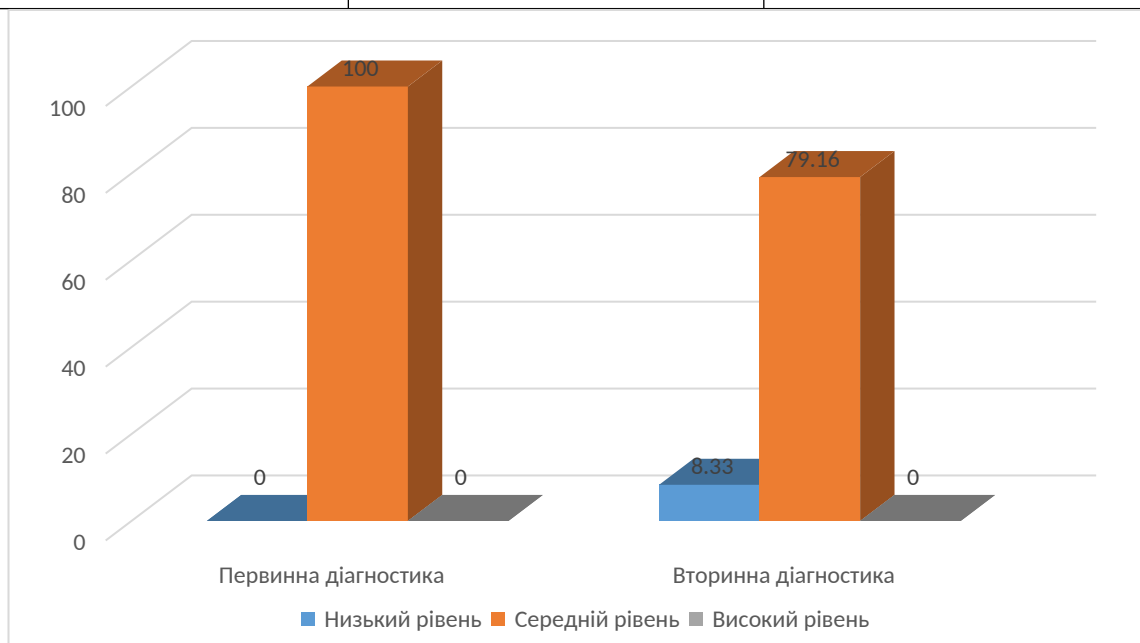


Рис. 3.3. Відсоткова динаміка показників депресії у контексті формувального експерименту

Динаміка показників переживання депресії за госпітальною шкалою представлена у таблиці 3.3 і рисунку 3.3. На початку експерименту 100 % досліджуваних мають середні показники цього параметру. Низьких і високих значень цієї характеристики не виявлено. Після завершення корекційної програми результати суттєво не змінилися. Лише 8,33 % досліджуваних продемонстрували низькі показники депресії. У цілому можна стверджувати,

що розроблена нами програма не є ефективною для корекції депресії, оскільки має іншу психологічну спрямованість.

Таблиця 3.4

Кількісний розподіл рівнів впевненості у процесі реалізації програми корекції тривожних станів

Рівні депресії	Результати діагностики	
	Первинна	Вторинна
Низький	5	1
Середній	19	12
Високий	0	11

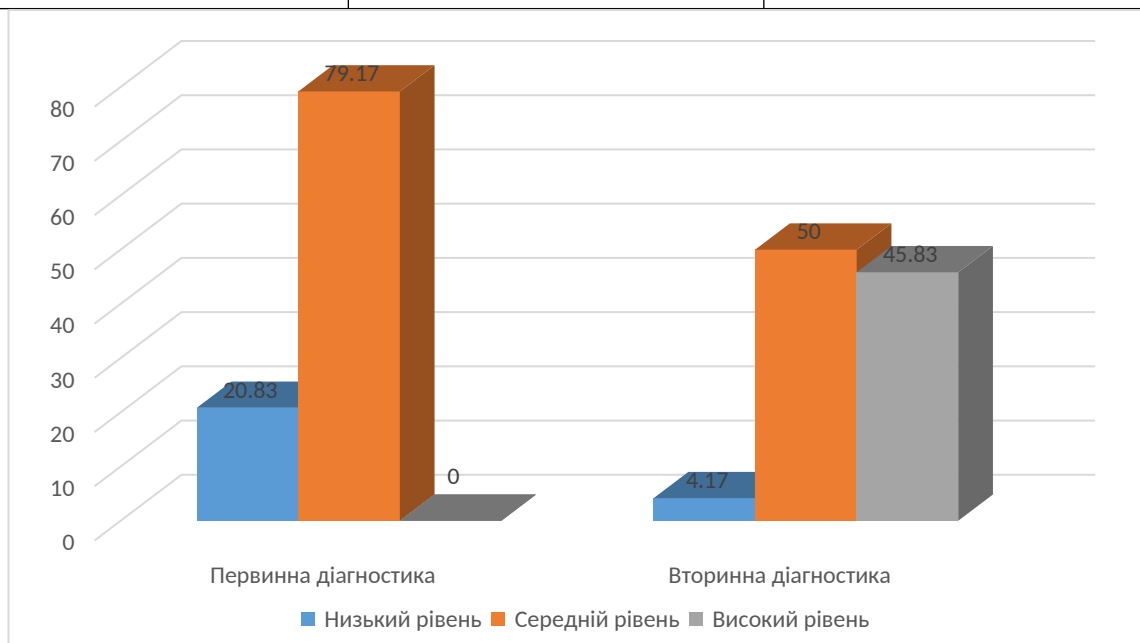


Рис. 3.4. Відсоткова динаміка показників впевненості у контексті формувального експерименту

Динаміку показників впевненості у собі продемонстровано на таблиці 2.4 і в рисунку 2.4. Первинна діагностика показала, що у досліджуваній групі 5 осіб (20,83 %) мають низькі показники впевненості. 19 досліджуваних (79,17 %) продемонстрували середній рівень параметра. Після завершення експерименту високий рівень впевненості діагностовано у 45,83 %. Водночас відсоток осіб з низькими й середніми показниками знизився. У цілому можна

констатувати ефективність цієї корекційної програми для стабілізації впевненості. Проте, ми не можемо сказати наскільки стабільними й тривалими є виявлені показники.

*Таблиця 3.5*

Показники t-критерію Стьюдента за параметрами формувального експерименту

Досліджувані параметри	t-критерій Стьюдента
Реактивна тривожність	3,485**
Особистісна тривожність	1,444
Депресія	1,348
Впевненість у собі	3,013**

Попередні висновки дослідження підтверджено методами математичної статистики. У таблиці 3.5 представлено результати обчислення критерію Стьюдента. Бачимо, що значущі відмінності спостерігаються на рівні  $p=0,05$  за параметрами реактивної тривожності ( $t=3,485$ ) і впевненості у собі ( $t=3,013$ ). За тенденціями особистісної тривожності й депресії не виявлено значущих відмінностей.

У цілому результати дослідження підтверджують ефективність розробленої нами програми корекції тривожних станів. Водночас виявлені зміни вимагають додаткової перевірки на їх часову стабільність. Також подальше уточнення результатів формувального експерименту вимагає визначення контрольної вибірки з подальшим порівнянням отриманих даних.

### **Висновки до третього розділу**

У контексті мети і завдань дослідження було розроблено програму корекції тривожних станів, що базується на таких принципах – гуманізму,

системності, поступовості, суб'єкт-суб'єктної комунікації, індивідуалізації корекційного впливу. Метою корекційної програми є зниження показників переживання тривожних станів особистості у соціальній взаємодії. Також передбачено виконання таких завдань: формування психологічної стійкості особистості; покращення показників емоційної сфери, а саме самопочуття, настрою, можливостей самоконтролю; формування й стабілізація компетенцій саморегуляції; зниження показників ситуативної тривожності; формування здатності до розуміння змін власного тіла у ситуаціях переживання стресу й тривоги. Методи корекційної програми відповідають теоретичним концепціям тілесно-орієнтованої терапії. Рекомендована кількість учасників програми – 10-12 осіб, що пов'язано з особливостями механізмів групової взаємодії у процесі формувального впливу.

Проведена програма продемонструвала ефективність у контексті позитивного впливу на реактивну тривожність і впевненість у собі. Проте не зафіксовано суттєвого впливу на показники депресії й особистісної тривожності. Отримані результати потребують уточнення через порівняння даних з результатами контрольної групи.

## **ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ**

У результаті теоретичного аналізу, емпіричного дослідження й даних формувального експерименту можна зробити такі узагальнення:

1. У цілому тривожність можна визначити як стан, що передбачає емоційну напругу, хвилювання, внутрішній неспокій і дискомфорт, високу соціальну

чутливість, переживання провини, проблеми з самооцінкою. Ризик виникнення тривожності підвищують багато різних аспектів – спадковість, середовище, в якому людина виросла, загальний стан здоров'я, а також приймання певних ліків або вживання психоактивних речовин. Деякі фактори ризику виникнення тривожних станів, такі як сімейна історія, особливості соціалізації або певний вплив навколишнього середовища, не можна контролювати, але є й інші фактори, які неможливо змінити.

2. Встановлено, що феномен впевненості є складним утворенням, що передбачає ставлення людини до власного внутрішнього світу і соціального оточення. Впевненість у собі об'єднує пізнавальні, емоційні, волевільні структури й характеризує зрілість людини. У цілому, цей феномен можна визначити як рису особистості, що передбачає віру в себе, відсутність сумнівів, стабільність емоційної сфери. Структурними елементами впевненості, на думку автора, є надія, самоефективність, оптимізм і стійкість.

3. За результатами емпіричного дослідження можемо спостерігати переважання середніх показників за досліджуваними параметрами тривожних станів. Проте, зважаючи на кількісний склад вибірки показники тривожних станів є досить суттєвими. Зокрема високий рівень особистісної тривожності діагностовано у 33 досліджуваних, а високі показники ситуативної тривожності виявлено у 14 осіб. Високий рівень тривоги за госпітальною шкалою зафіксовано у 8 досліджуваних. Також спостерігається домінування досліджуваних з середніми значеннями впевненості у собі.

4. Виявлено обернений значущий зв'язок впевненості з особистісною, реактивною тривожністю, депресією, внутрішнім напруженням, переживанням страхів. Це означає, що високі показники невпевненості можуть стимулювати підвищення переживання тривоги. Водночас не зафіксовано значущого зв'язку впевненості у собі з соматичними значеннями тривоги досліджуваних.

5. Проведена програма корекції тривожних станів продемонструвала ефективність у контексті позитивного впливу на реактивну тривожність і впевненість у собі. Проте не зафіксовано суттєвого впливу на показники депресії й особистісної тривожності. Отримані результати потребують уточнення через порівняння даних з результатами контрольної групи.

У цілому можна говорити про підтвердження гіпотези дослідження і практичну значущість наукової розвідки. Подальші перспективи вивчення означеної наукової проблеми вбачаємо у проведенні експериментальної перевірки ефективності корекційної програми із залученням контрольної групи.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амплєєва О.М., Андрієвський К.Д. Арт-терапія як засіб корекції тривожності дітей шкільного віку. *Могиланські читання – 2021: досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти*: праці XXIV всеукр. наук.-метод. конф. (Миколаїв, 8–12 листопада 2021 р.). Миколаїв, 2021. С. 7–9.
2. Беляєв В. П. Тривоги прожитого дня. Київ. 2018. 488 с.
3. Білоус Р. М., Саннікова І. С. Психологічні особливості тривожності студентської молоді. *Теорія і практика сучасної психології*. Київ, 2019. С. 25–28.

4. Блохіна І. О. Психологічні причини виникнення тривожності у студентів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2021. Вип. 4. С. 82–86.
5. Боштан В. Соціальний контекст тривожності у психоаналізі, екзистенційній та гуманістичній психології. *Вісник Прикарпатського університету. Філософські і психологічні науки*. Івано-Франківськ, 2015. Вип. 19. С. 118–124.
6. Будник А.В., Мацкевич О.Ю. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: практ. посібник. Київ, 2019. 256 с.
7. Волошок О. В. Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. *Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*. 2010. Вип. 10. С. 120–128.
8. Галієва О.М. Диференціація понять «тривога» та «тривожність». *Психологія та соціальна робота*. 2019. Т. 24. Вип.1 (49). С. 32–48
9. Живоглядюв Ю., Носаль Л. Екзистенційна психологія кризових станів особистості: тривога та вина в переживанні вибору майбутнього. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2022. № 2(66). С. 165–172.
10. Зеленіна І. В., Іваненко О. І., Кононенко І. О. Терапія тривожних розладів: когнітивно-поведінковий підхід. Київ, 2019. 368 с
11. Ігумнова О., Гаврилюк Ю. Дослідження проявів тривожних станів студентів-психологів. 2024. *Scientific Journal «Psychology Travelogs»*. Issue 1. С. 6–15.
12. Кирашек Н. О., Ковальова О. В. Тривожні стани особистості. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи, 25-26 жовтня 2024 р.* : Матеріали ІХ Міжнародної науково-практичної конференції / За ред. І.В. Данилюка, Т.М. Траверсе. Київ: Видавництво Ліра-К, 2024. С. 126–128.
13. Корчак Я.А. Психологічні аспекти тривожності: когнітивноповедінковий підхід. Київ, 2019. 192 с.

14. Костіна Л. М. Методи діагностики тривожності. Київ. 2006. 198 с.
15. Левковська Л. Психологічні чинники виникнення тривожності у осіб юнацького віку. *Молодий вчений*. 2022. № 1 (101). С. 57–60.
16. Левченко В. В., Нежинська О. О. Дослідження тривожності державних службовців в умовах криз. *Габітус*. 2022. Вип. 39. С. 160–165.
17. Мельничук С. К. Сутність, структурні компоненти та критерії вивчення впевненості в собі. *Вісник Інституту розвитку дитини*. 2012. Вип. 21. С. 134–139.
18. Михайлова Е. А. Соціодемографічні, психологічні, біологічні чинники предикції тривожних розладів у дітей. *Медична психологія*. 2016. № 1. С. 7–14.
19. Неведомська Є. О., Михайловська Т. О. Як подолати педагогу тривожність студентів? *Освітологічний дискурс*. 2016. № 1. С. 131–144.
20. Петухова І., Заушнікова М., Клевець Л. Способи зниження рівня тривоги населення в умовах війни. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. № 68(4). С. 123–129.
21. Подольська Г. Ю. Аналіз психологічного феномену тривожних станів особистості та їх подолання за допомогою арт-терапевтичної роботи з глиною. *Psychological journal*. 2021. № 7 (51). С. 29–38.
22. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів : навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська. Луцьк : Вежа-Друк, 2021. 236 с.
23. Стуліка О., Неделько П. Особливості переживання страху та тривожності в юнацькому віці. *Молодий вчений*. 2022. № 11 (111). С. 18–22.
24. Томчук С.М., Томчук М.І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі. Монографія. Вінниця : КВНЗ «ВАНУ», 2018. 200 с.

25. Філософський енциклопедичний словник / наук. ред.: Л. В. Озадовська, Н. П. Поліщук. Київ : Абрис, 2002. 751 с.
26. Фромм Е. Втеча від свободи / Пер. з англ. М. Яковлев. Харків: «КСД», 2019. 288 с.
27. Хорні К. Наші внутрішні конфлікти. Конструктивна теорія неврозу. Сварог, 2023. 244 с.
28. Царькова О. В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. 7. Вип. 38. С. 479–491.
29. Черезова І. О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.
30. Яремко Р. Я., Гродська В. М., Дзюбак А. В., Ільків Х. В. Теоретичне дослідження проблеми тривожності особистості у психологічній літературі. *Young Scientist*. 2022. № 5 (105). С. 83–86.
31. Ajilchi B., Nejati V. Executive functions in students with depression, anxiety, and stress symptoms. *Basic and Clinical Neuroscience*. 2017. № 8(3). P. 223–232.
32. Allgulander C. Generalized Anxiety Disorder: Review of Recent Finding. *J. Exp. Clin. Med.* 2012. № 4. P. 88–91.
33. Alvi T., Kumar D., Tabak, B. A. Social anxiety and behavioral assessments of social cognition: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2022. № 311. P. 17–30.
34. Bufferd S.J., Dougherty L.R., Olinio T.M. et al. Temperament Distinguishes Persistent/Recurrent from Remitting Anxiety Disorders Across Early Childhood. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018. № 47(6). P. 1004–1013.
35. Castelfranchi C., Falcone R. Trust and control: a dialectic link. *Applied Artificial Intelligence Journal*. 2000. № 14(8). P. 799–823.
36. Chakrabarty S., Chopin M. C., Darrat A. F. (1998) Predicting future

buyer behaviour with consumers' confidence and sentiment indexes. *Marketing Letters*, 1998. № 9(4). P. 349–360.

37. Chand S.P., Marwaha R. Anxiety. 2023 Apr 24. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–*. PMID: 29262212.

38. Chang J. J., Ji Y., Li Y. H., Pan H. F., Su P. Y. Prevalence of anxiety symptom and depressive symptom among college students during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021. № 292. P. 242–254.

39. Chapdelaine A., Carrier J.D., Fournier L., Duhoux A., Roberge P. Treatment adequacy for social anxiety disorder in primary care patients. *PLoS One*. 2018. № 13(11). e0206357

40. Cosci F., Fava G.A., Sonino N. Mood and anxiety disorders as early manifestations of medical illness: a systematic review. *Psychother Psychosom*. 2015. № 84(1). P. 22-29.

41. Dequech D. Confidence and action: a comment on Barbalet. *Journal of Socio-Economics*. 2020. № 29(6). P. 503–515.

42. Domhardt M., Geßlein H., von Rezori R.E., Baumeister H. Internet- and mobile-based interventions for anxiety disorders: A meta-analytic review of intervention components. *Depress Anxiety*. 2019. 36(3):213-224.

43. Dunstan D. A., Scott N. Norms for Zung's self-rating anxiety scale. *BMC Psychiatry*. 2020. № 20(1). P. 90.

44. Durazzo M., Gargiulo G., Pellicano R. Non-cardiac chest pain: a 2018 update. *Minerva Cardioangiol*. 2018. № 66(6). P. 770–783.

45. Earle T. C. Trust, confidence, and the global financial crisis. *Risk Analysis*. 2009. № 29(6). P. 785–792.

46. Evans F.B. Interpersonal Theory of Psychiatry (Sullivan). In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T.K. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham., 2020. P. 2368–2394. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3\\_1390](https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1390)

47. Faisal R. A., Jobe M. C., Ahmed O., Sharker T. Mental health status, anxiety, and depression levels of Bangladeshi University Students during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022. № 20(3). P. 1500–1515.
48. Fryers T., Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2020. № 9. P. 1–50.
49. Gottschalk M.G., Domschke K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017. № 19(2). P. 159–168.
50. Hawken T., Turner-Cobb J., Barnett J. Coping and adjustment in caregivers: A systematic review. *Health Psychol Open*. 2018. № 5(2). 2055102918810659.
51. Hofman S. CBT for Adult Anxiety Disorders: Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Studies. *J. of Clinical Psychiatry*. 2008. № 69. P. 621–632.
52. Jafferany M., Khalid Z., McDonald K.A., Shelley A.J. Psychological Aspects of Factitious Disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018 Feb 22. № 20(1).
53. Kreuze L.J., Pijnenborg G.H.M., de Jonge Y.B., Nauta M.H. Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes. *J Anxiety Disord*. 2018. № 60. P. 43–57.
54. Lahousen T, Kapfhammer H.P. Anxiety disorders – clinical and neurobiological aspects. *Psychiatr Danub*. 2018. № 30(4). P. 479–490.
55. Lazarus R. S., Averill J. R. Emotion and cognition with special reference to anxiety. *Anxiety, Current Trends in Theory and Research*. N. Y.: Academic Press, 1972. V. 1.
56. May R. The Meaning of Anxiety. N.Y. : Pocket Books, 1977. 168 p.
57. McClelland D. C. The Achievement Motive. N. Y.: Appleton-Century-Crofts, 2003. 245 p.
58. Mejía N. G., Lommen M. J. J., Ernst A. F., Castro-Camacho L. A

network analysis exploration of PTSD, depression, somatic complaints, and anxiety disorders in a Colombian sample of victims of the Armed conflict. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2024. № 16. P. 100756.

59. Mendoza L.S.M., Trujillo-Güiza M., Forero D.A., Baez S. Health, psychosocial and cognitive factors associated with anxiety symptoms. *Current Psychology*. 2024. № 43. P. 22376–22388

60. Merz E.C., He X., Noble K.G. Pediatric Imaging, Neurocognition, and Genetics Study. Anxiety, depression, impulsivity, and brain structure in children and adolescents. *Neuroimage Clin*. 2018. № 20. P. 243–251.

61. Nikolić M. Social emotions and social cognition in the development of social anxiety disorder. *European Journal of Developmental Psychology*. 2020. № 17(5). P. 649–663.

62. Nyberg J., Henriksson M., Wall A., Vestberg T., Westerlund M., Walser M., Eggertsen R., Danielsson L., Kuhn H. G., Åberg N. D., Waern M., Åberg M. Anxiety severity and cognitive function in primary care patients with anxiety disorder: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2021. № 21(1). P. 617.

63. O'Neill C.E., Newsom R.J., Stafford J. et al. Adolescent caffeine consumption increases adulthood anxiety-related behavior and modifies neuroendocrine signaling. *Psychoneuroendocrinology*. 2016. № 67. P. 40–50.

64. Oney E., Oksuzoglu-Guven G. Confidence: a critical review of the literature and an alternative perspective for general and specific self-confidence. *Psychol Rep*. 2015. № 116(1). P. 149–163.

65. Pereira A.S., Willhelm A.R., Koller S.H., Almeida R.M.M. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Cien Saude Colet*. 2018. № 23(11). P. 3767–3777.

66. Piercy K.L., Troiano R.P., Ballard R.M. et al. The physical activity guidelines for Americans. *JAMA*. 2018. № 320. P. 2020-2028.

67. Remes O., Wainwright N., Surtees P., Lafortune L., Khaw K.T., Brayne C. Generalised anxiety disorder and hospital admissions: findings from a large,

population cohort study. *BMJ Open*. 2018. № 27;8(10). e018539.

68. Ressler K.J. Translating Across Circuits and Genetics Toward Progress in Fear- and Anxiety-Related Disorders. *Am J Psychiatry*. 2020. № 177(3). P. 214–222.

69. Rickels K., Moeller H.J. Benzodiazepines in anxiety disorders: Reassessment of usefulness and safety. *World J Biol Psychiatry*. 2019. № 20(7). P. 514–518.

70. Robinson J., Sareen J., Cox B.J., et al. Role of Self-medication in the Development of Comorbid Anxiety and Substance Use Disorders: A Longitudinal Investigation. *Arch Gen Psychiatry*. 2011. № 68(8). P. 800–807.

71. Rogers C. R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centred framework. *Formulation of the person and the Social Context*. V. 3. N. Y., 1959.

72. Rotenstreich N. On Confidence. *Philosophy*. 1972. № 47(182). P. 348–358.

73. Saris I. M. J., Aghajani M., van der Werff S. J. A., van der Wee N. J. A., Penninx B. W. J. Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017. № 136(4). P. 352–361

74. Siegmann E.-M. Association of Depression and Anxiety Disorders With Autoimmune Thyroiditis A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2018. № 75(6). P. 577–584.

75. Siegrist M., Gutscher H., Earle T. C. Perception of risk: the influence of general trust, and general confidence. *Journal of Risk Research*. 2005. № 8. P. 145–156.

76. Schneider R. L., Long E. E., Arch J. J., Young J. F., Hankin B. L. The relationship between stressful events, emotion dysregulation, and anxiety symptoms among youth: Longitudinal support for stress causation but not stress generation. *Anxiety Stress and Coping*. 2021. № 34(2). P. 157–172.

77. Spielberger Ch. D. Preliminary manual for the State-Trait Personality

Inventory (STPI). University of South Florida, 1979. 309 p.

78. Stajkovic D. A. (2016) Development of a core confidence-higher order construct. *Journal of Applied Psychology*. № 91(6). P. 1208–1224.

79. Tiguman G. M. B., Silva M. T., Galvão T. F. Prevalence of depressive and anxiety symptoms and their relationship with life-threatening events, tobacco dependence and hazardous alcohol drinking: A population-based study in the Brazilian Amazon. *Journal of Affective Disorders*. № 298. P. 224–231.

80. Toazza R., Salum G. A., Jarros R. B., DeSousa D., de Salles J. F., Manfro G. G. Phonemic verbal fluency and severity of anxiety disorders in young children. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2016. № 38. P. 100–104.

81. Weisberg R. B. Overview of generalized anxiety disorder: epidemiology, presentation and course. *J. Clin. Psychiatry*. 2009. № 70. P. 4–9

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера

**Мета:** визначення показників ситуативної та особистісної тривожності.

#### Текст методики

**Інструкція:** Залежно від самопочуття в даний МОМЕНТ, вкажіть найбільш підходячу для Вас цифру: «1» - ні, це зовсім не так; «2» - мабуть так; «3» - вірно; «4» - абсолютно вірно:

№ нп	Судження СТ	Ні, це зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Ви спокійні	1	2	3	4
2	Вам ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Ви знаходитесь в напрузі	1	2	3	4
4	Ви відчуваєте співчуття	1	2	3	4
5	Ви відчуваєте себе вільно	1	2	3	4
6	Ви засмучені	1	2	3	4
7	Вас хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Ви відчуваєте себе відпочившою людиною	1	2	3	4
9	Ви стривожені	1	2	3	4
10	Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Ви впевнені в собі	1	2	3	4
12	Ви нервуєте	1	2	3	4
13	Ви не знаходите собі місця	1	2	3	4
14	Ви напружені	1	2	3	4
15	Ви не відчуваєте скутості і напруги	1	2	3	4
16	Ви задоволені	1	2	3	4
17	Ви стурбовані	1	2	3	4
18	Ви дуже збуджені і Вам не по собі	1	2	3	4
19	Вам радісно	1	2	3	4
20	Вам приємно	1	2	3	4

**Інструкція** до другої групи суджень про самопочуття: Прочитайте (прослухайте) уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть (запишіть) підходячу для Вас цифру справа залежно від того, як Ви себе почуваєте ЗВИЧАЙНО: цифри справа означають «1» - майже ніколи; «2»- іноді; «3»- часто; «4»- майже завжди.

№пп	Судження ОТ	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	Ви відчуваєте задоволення	1	2	3	4
2	Ви швидко втомлюєтеся	1	2	3	4
3	Ви легко можете заплакати	1	2	3	4
4	Ви хотіли б бути такою ж щасливою людиною, як і інші	1	2	3	4
5	Буває, що Ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення	1	2	3	4
6	Ви відчуваєте себе бадьорим чоловіком	1	2	3	4
7	Ви спокійні, холонокровні і зібрані	1	2	3	4
8	Очікування труднощів дуже турбує Вас	1	2	3	4
9	Ви занадто переживаєте через дрібниці	1	2	3	4
10	Ви буваєте цілком щасливі	1	2	3	4
11	Ви приймаєте все занадто близько до серця	1	2	3	4
12	Вам не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13	Ви відчуваєте себе в безпеці	1	2	3	4
14	Ви намагаєтесь уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15	У Вас буває нудьга, туга	1	2	3	4
16	Ви буваєте задоволені	1	2	3	4
17	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють Вас	1	2	3	4
18	Ви так сильно переживаєте своє розчарування, що потім довго не можете про них забути	1	2	3	4
19	Ви врівноважена людина	1	2	3	4
20	Вас охоплює сильне занепокоєння, коли Ви думаєте про свої справи і турботи	1	2	3	4

Ситуативна тривожність (СТ) визначається по ключу:

$$СТ = (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 =$$

ОТ - Особистісна тривожність визначається по ключу:

$$OT = (2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20) - (1,6,7,10,13,16, 19) + 35 =$$

Результати оцінюються в градаціях: до 30 балів - низька; 31-45 - середня ; 46 і більше - висока тривожність. Це не заважає на шкалі 20-80 співвіднести отримані результати з діапазонами (квартиля) нормального розподілу індивідів з різною тривожністю за параметром активності.

## Додаток Б

### Госпітальна шкала тривоги і депресії

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

HADS: інструкція

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 почуваете. Не звертайте уваги на цифри і букви, розміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження й у порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільше відповідає тому, як ви почувалися на минулому тижні. Не роздумуйте над кожним твердженням занадто довго – ваша перша реакція завжди буде найвірнішою».

**ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ (HADS):** бланк опитувальника

Госпітальна шкала тривоги і депресії: клінічна значимість

Шкала HADS відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Госпітальна шкала тривоги і депресії стала популярною, в основному, за рахунок того, що вона відрізняється простотою застосування і обробки (заповнення опитувальника не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта).

Лаконічність і простота HADS дозволяє рекомендувати її до використання у загальномедичній практиці для первинного виявлення проявів тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу).

**Рекомендації щодо застосування шкали.** Для детальнішої діагностики та відстеження динаміки стану пацієнта рекомендується використовувати чутливіші методики, такі як «Шкала депресії Гамільтона», «Шкала Монтгомері – Асберга для оцінки депресії», «Опитувальник депресії Бека» і т.д.

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі

---

увесь час  
 часто  
 час від часу  
 зовсім не відчуваю

2. Мені здається, що я почав усе робити дуже повільно

---

практично увесь час  
 часто  
 іноді  
 зовсім ні

3. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння

---

зовсім не відчуваю  
 іноді  
 часто  
 дуже часто

---

4. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає таке ж  
 звичайно ж, це так  
 напевно, це так  
 це так, але значно менше  
 це зовсім не так
- 
5. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися  
 звичайно, це так, і страх дуже сильний  
 це так, але страх не дуже сильний  
 іноді, але це мене не турбує  
 зовсім не відчуваю
- 
6. Я не стежу за своєю зовнішністю  
 звичайно, це так  
 я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно  
 можливо, я став менше приділяти цьому уваги  
 я стежу за собою так само, як і раніше
- 
7. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися  
 звичайно, це так  
 напевно, це так  
 лише іноді це так  
 зовсім не відчуваю
- 
8. Я здатний розсміятися і побачити смішне в тій чи іншій події  
 звичайно, це так  
 напевно, це так  
 лише трохи це так  
 зовсім не здатний
- 
9. Неспокійні думки крутяться у мене в голові  
 постійно  
 більшу частину часу  
 час від часу, і не так часто  
 тільки іноді
- 
10. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені  
 відчуття задоволення  
 так само, як і зазвичай  
 так, але не настільки, як раніше  
 значно менше, ніж зазвичай  
 зовсім так не вважаю
-

11. У мене буває раптове відчуття паніки

---

дуже часто  
досить часто  
не дуже часто  
зовсім не буває

12. Я відчуваю бадьорість

---

зовсім не відчуваю  
дуже рідко  
іноді  
практично увесь час

13. Я легко можу сісти і розслабитися

---

звичайно, це так  
напевно, це так  
лише зрідка це так  
зовсім не можу

14. Я можу отримати задоволення від хорошої книги, радіо- або телепрограми

---

часто  
іноді  
рідко  
дуже рідко

---

## Додаток В

### Шкала тривоги Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A/HARS)

Шкала тривоги Гамільтона (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale, скор. HARS) оцінює рівень тривожності на підставі клінічних питань, що дозволяє кількісно оцінювати вираженість тривожного синдрому і часто використовується для оцінки антипсихотичних препаратів.

Вона складається з 14 показників, кожен із яких визначається низкою симптомів. Кожен показник оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (відсутня) до 4 (важкий).

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

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 клонічні, 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

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, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, 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

Висновок: легкий ступінь тривожності за шкалою Гамільтона

Сума балів 0

Шкала тривоги Гамільтона може допомогти об'єктивувати та оцінити тяжкість тривоги пацієнта.

Кожен параметр оцінюється за рівнем виразності:

**0 = ні**

**+ 1 = незначний**

**+ 2 = помірний**

**+ 3 = важкий**

**+ 4 = дуже тяжкий**

### **Інтерпретація**

- Показники  $\leq 17$  вказують на легку 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.

### **Додаток Г**

Рівень впевненості в собі (Ф. Зімбардо). (старший підлітковий та юнацький вік)

**Мета:** визначення рівня впевненості в собі.

**Необхідний матеріал:** аркуш паперу для записів, ручка або олівець.

Хід проведення:

Методика включає 30 тверджень. Потрібно відзначити ті з них, з якими респондент згоден.

Перелік тверджень:

1. Більшість людей, мабуть, наполегливіші, ніж я.
2. Я не наважуюся призначати побачення і приймати запрошення на побачення із-за своєї соромливості.

3. Якщо в їдальні подадуть несвіжу їду, я скаржитимуся адміністрації.
  4. Я уникаю зачіпати почуття інших людей, навіть якщо мене образили.
  5. Якщо продавцеві коштувало великих зусиль показати мені товар, який не зовсім мені личить, мені важко сказати йому «ні».
  6. Коли від мене вимагають що-небудь зробити, а я не розумію, навіщо це треба, то прошу, аби мені пояснили це.
7. У спорах я прагну знайти такі аргументи, аби остаточно і безповоротно переконати оточуючих в своїй правоті.
8. Я прагну вирватися вперед, як і більшість людей.
  9. Чесно кажучи, люди часто використовують мене в своїх інтересах.
10. Я отримую задоволення, зав'язуючи розмову з новими людьми.
11. Я часто не знаю, що сказати людям іншого кола, які здаються мені привабливими.
12. Думаю, що пройти співбесіду при влаштуванні на роботу мені виявиться куди складніше, ніж зібрати необхідні документи.
13. Я переживаю нерішучість, коли треба зателефонувати малознайомій людині.
  14. Я соромлюся повернути покупку в магазин, навіть якщо виявляю, що вона неякісна.
  15. Якщо родич або близький друг дратує мене, я швидше приховую свої відчуття, чим проявлю незадоволеність.
16. Буває, що я уникаю ставити питання через страх здатися безглуздим.
17. У сварці я інколи боюся, що хвилюватимуся і мене почне трясти.
18. Якщо хто-небудь висловлює точку зору, яку я вважаю невірною, я не соромлюся висловити і свою точку зору.
19. Роблячи покупки на ринку, я уникаю сперечатися з продавцями про ціну.
20. Коли я роблю що-небудь важливе, я стараюся, аби про це дізналися інші.
21. Я відвертий і щирий у вираженні своїх почуттів.
22. Якщо хтось розповсюджує про мене плітки, я прагну при першій же нагоді поговорити з ним про це.
23. Частенько мені важко сказати «ні».
24. При необхідності я умію узяти під контроль навіть сильні свої емоції.

25. Якщо мене де-небудь погано обслужили, я не соромлюся поскаржитися адміністрації.
26. Коли мені роблять комплімент, я часто не знаю, що сказати у відповідь.
27. Якщо в театрі або на заняттях сусіди заважають мені розмовами, я прошу їх говорити тихше або розмовляти де-небудь у іншому місці.
20. Той, хто намагається пролізти в черги попереду мене, може бути впевнений, що отримає від мене відсіч.
21. Я швидко і рішуче висловлюю свою думку.
22. Бувають випадки, коли я розгублений настільки, що просто не можу нічого сказати.

Обробка та аналіз результатів:

Виставляється по одному балу за твердження 3, 6, 7, 8, 10, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 29 при відповідях «так». Виставляється також по одному балу за твердження 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 26, 30 при відповідях «ні». Підраховується загальна сума балів.

**Менше 11 балів.** Така людина соромлива і недостатньо упевнена в собі. Їй важко висловити свої почуття і бажання, і тому інші можуть нав'язати їй своє суспільство, відтіснити при здобутті, наприклад, яких-небудь благ, часом навіть не помічаючи цього, ущемити в чомусь її права. В той же час цій людині можуть бути властиві спалахи агресивної поведінки по відношенню до тих, хто від неї залежний.

**11-21 балів.** Цим людям властива середня міра впевненості в собі. Вони можуть дати відсіч тим, хто намагається ущемити їх інтереси або не дотримує зобов'язання, але для цього їм все ж треба відчувати себе декілька «заведеними». Інакше вони вважають за краще терпіти і мовчки злитися, уникаючи вступу до конфлікту. За бажання вони легко можуть навчитися і поводитися відповідно до манер вихованої людини, і жорстко досягати своїх цілей в спілкуванні з оточуючими.

**Більше 21 балів.** У таких людей високий рівень впевненості в собі. Для них характерні спокій, вміння володіти собою в різних ситуаціях, вміння виражати свої відчуття і бажання, не ображаючи оточуючих і не вступаючи з ними в конфлікти. Вони відстоюють свої права, відновлюючи їх у разі потреби не вибухами неконтрольованої агресії, не скаргами і проханнями, а, як правило, рішучими і в той же час коректними, прийнятними в суспільстві способами.

## Додаток Д

### **Інструкція до вправи «Релаксація» (заняття № 2)**

Сядьте, будь ласка, зручніше. Відчуйте опору під собою, кожную точку дотику до опори. Відчуйте спинку крісла, на яку можна опертися. Поставте зручніше ноги, відчуйте ногами підлогу. Руки покладіть зручніше. Шию, голову розташуйте так, щоб вам було зручно і приємно уявляти образи.

Закрийте, будь ласка, очі і спробуйте розслабитись. Розслабитись, зняти напругу – так, ніби вам хотілось би трохи подрімати. Почніть розслаблятися з м'язів плечей. Спробуйте відчути, як плечі стають важкими теплими і розслабленими. Плечі важкі і теплі. Важкі і теплі.

Уявіть, як приємне тепло опускається з плечей в руки – розслабляється верхня частина рук, розслабляються лікті.

Розслабляються ваші зап'ястя, розслабляються кисті рук, долоні стають важкими і теплими. Долоні важкі і теплі. Важкі і теплі.

Розслабляється кожен палець на руках – руки розслаблені, провисли, аж до самих кінчиків пальців. А тепер зверніть увагу на те, як ви дихаєте – дихання стає вільним і рівним. Вільним і рівним. Вам легко і приємно дихається. Спробуйте відчутти приємне тепло в грудях, тепло в області сонячного сплетіння, тепло в животі. Уявіть як тепло з живота опускається в ноги – відчуйте як розслабляється верхня частина ніг, розслабляються коліна, розслабляються гомілки. Ступні стають важкими і теплими. Ступні важкі і теплі, важкі і теплі. Відчуйте п'яти, пальці ніг. Всі ноги розслаблені.

Тепер зверніть увагу на спину – відчуйте як розслабляється поясниця, відчуйте хребет, відчуйте лопатки. Відчуйте як розслабляється середина спини між лопатками. Розслабляється шия, потилиця. Вся голова розслаблена. Розслабляється тім'я, скроні. Розслабляється чоло, обличчя. Відчуйте свої щоки, відчуйте вилиці, підборіддя. Нижня частина підборіддя стає важкою, губи розслаблені, язик теплий. Розслабляються ніс і очі – повіки важчають, вії злипаються, очі розслаблені.

Спробуйте уявити собі якийсь образ (квітку, луг, струмок, гору, будинок, узлісся ). Будь-що, що ви коли-небудь бачили, будь-який образ, який малює вам ваша уява. Все, що ви уявите – добре, ми можемо працювати з будь-яким образом. Побудьте в цьому образі. А тепер попрощайтесь з ним. На листочках намалюйте, що вам вдалося уявити.

## Додаток Е

### **Інструкція до вправи «Релаксація» (заняття № 3)**

Інструкція: «Сьогодні ми з вами здійснимо подорож до моря. Ми будемо використовувати нашу фантазію, щоб створити той світ, який хочемо побачити. Щоб підготуватися до подорожі зробіть три-чотири глибокі вдихи. Дихайте тихо-тихо, щоб ніхто вас не почув. Затримайте на мить своє дихання, потім повільно видихніть. Ваше тіло заспокоюється, розслабляється, а голова починає працювати ще краще.

Тепер використовуйте свою уяву і уявіть собі, що ви перебуваєте на прекрасному морському березі. Ніжно і лагідно світить сонечко. Вас м'яко обдуває прохолодний морський вітерець. Погода чудова. Ви лягаєте на пісок і відчуваєте його тепло. Ви закриваєте очі і слухаєте звуки моря, чуєте, як тихо плескаються хвилі. Чуєте крики морських чайок і бачите, як вони ліниво літають в синьому небі ... Вам дуже добре і спокійно. Ви лежите, дивлячись на білі пухнасті хмари, на морських чайок, відчуваєте запах свіжого солонатового від моря повітря, слухаєте ритм моря ... відчуваєте теплоту піску. Все навколо

спокійно, і вам дуже добре. Ви лежите на піску і насолоджуєтеся красою дня ... (Пауза)

А тепер, якщо ви готові, поступово піднімайтеся з піску, сідайте на березі і, не кваплячись, повертайтеся в нашу кімнату». Необхідно дати на цей час.

Обговорення: Які емоції і почуття відчував кожен? Як змінився стан учасників після релаксації? Як релаксація може допомогти у складних життєвих ситуаціях?

## Додаток Є

### Інструкція до вправи «Чарівне джерело» (заняття № 3)

Інструкція: «Уявіть джерело ... Джерело, яке малює вам ваша уява, має цілющу воду. Ви можете увійти в джерело, відчутти його м'яку, прохолодну воду ... Вода ніжно лоскоче ваше тіло. Над вами ясне блакитне небо ... Світить сонце, теплі промені грають на поверхні водних потоків. Тут багато свіжого повітря, сонця і тепла. Ви купаєтеся в джерелі, набираєтеся цілющої енергії. Довіртеся своєму тілу і рухайтесь ... Відчуйте, як кожна клітинка вашого тіла наповнюється життєвою силою. Відпустіть вашу уяву, спостерігайте за тим, як всередині вас енергія води поєднується з енергією неба ... Цілющі потоки енергії наповнюють ваше тіло ... ви набираєте сили.

Запам'ятайте цей стан, - він буде давати вам енергію і силу. Візьміть з собою цю енергію. Вона буде супроводжувати вас. Ви завжди зможете до неї звертатися. А тепер час прощатися з образом. Запам'ятайте всі свої враження, відчуття ... Коли будете готові, попрощайтеся з образом, стисніть руки в долонях, сильно потягніться, зробіть глибокий вдих і видих».

**Додаток Ж****Інструкція до вправи «Лісовий дух» (заняття № 3)**

Інструкція: «Станьте вільно. Спробуйте прислухатися до свого тіла і поступово розслабитися ... Відчуйте ногами підлогу, через підлогу – зв'язок із землею. Відчуйте свій живіт. Зверніть увагу на те, як ви дихаєте. Дихання вільне і спокійне ... Вам приємно дихається. Постарайтеся розслабитися, зняти напругу ... Поступово розслабляється кожна частина тіла ... Все тіло розслаблене ... Рухи вільні ...

Спробуйте уявити себе босоніж на лісовому лузі ... відчуйте ногами землю. Земля буває різною. Вона буває сухого та мокрого, гарячої і холодної. Яку землю ви зараз відчуваєте у себе під ногами? Ви – лісовий дух, це – ваш ліс. (Учасники заняття вільно рухаються по кімнаті). Ви йдете по лісі, тут все постійно змінюється. Ось зараз ви йдете по зеленій, м'якій траві, вона приємно лоскоче нам ноги ... А тепер раптом у вас під ногами пісок, він стає все гарячішим і гарячішим ... він просто обпікає ноги! Ой! Раптом випав сніг. І ви йдете по м'якому, пухнастому, але холодного снігу ... І знову все змінилося. Тепер ви йдете по осінньому лісі, у вас під ногами шелестить осіннє листя ... І ось, ви вийшли до лісового болота. Тепер ви йдете по болоту. Ваші ноги грузнуть, вам важко пересуватися, ви з силою витягуєте ноги з болота ... Але

ось ви вийшли з болота і побігли по теплих калюжах ... А зараз ми знову йдемо по лісовій стежці. У вас під ногами гілочки, сухе листя ... вони лоскочуть і поколюють ноги. Поступово ви виходите на широкий луг. Тут багато свіжого повітря, сонця і тепла. Довіртеся своєму тілу і рухайтесь ...

Знайдіть місце на лузі, де б ви відчували себе максимально комфортно. Зупиніться. Що це за місце? Хто знаходиться поруч? Яка відстань відділяє вас від інших? Це ваше місце. Відчуйте, як енергія землі через ваші ноги поступово наповнює все ваше тіло. Відчуйте силу, яку дає вам стихія Землі. Візьміть з собою цю енергію. Вона буде супроводжувати вас. Ви завжди зможете до неї звертатися.

А тепер час прощатися з образом. Запам'ятайте всі свої враження, відчуття, всі кольори, звуки, запахи ... Коли будете готові, попрощайтесь з образом і повертайтеся до кімнати.

### Додаток 3

#### Інструкція до релаксаційної вправи «Луг» (заняття № 4)

Інструкція: «Відчуйте опору під собою. Відчуйте під ногами підлогу, через підлогу - зв'язок із землею. Відчуйте свій живіт. Зверніть увагу на те, як ви дихаєте. Дихання вільне і спокійне ... Вам приємно дихається. Намагайтеся розслабитися, зняти напругу так, якби вам захотілося трохи подрімати.

Почніть розслаблятися з плечей. Плечі стають важкими і теплими ... плечі важкі і теплі. Розслабляються руки ... Розслаблюється верхня частина рук. Розслабляються лікті ... розслабляються зап'ястя ... розслабляються кисті рук ... розслабляються долоні ... кожен палець на руках ... Долоні стають важкими і теплими ... Долоні важкі і теплі. Дихання вільне і рівне ... Тепло в животі ... Тепло переходить в ноги ... Розслаблюється верхня частина ніг. Розслабляються коліна ... розслабляються гомілки і стопи ... стопи стають важкими і теплими ... стопи важкі і теплі. Відчуйте п'яти ... відчуйте пальці ніг ... Ноги розслабилися.

Тепер зверніть увагу на спину. Відчуйте, як розслабляються сідниці ... відчуйте хребет ... Розслаблюється середина спини ... Розслаблюється шия, потилиця ... Вся голова розслаблена. Розслабляються тім'я, скроні ... розслабляються лоб і обличчя ... Відчуйте щоки ... Відчуйте вилиці і підборіддя ... нижня щелепа стає важкою ... Язик стає теплим ... розслабляються ніс і очі ... Повіки важкі, вії злипаються, очі розслаблені.

Спостерігайте за своїм диханням: вдих-видих, вдих-видих. Скажіть собі: я - відпочиваю ...

Спробуйте уявити себе на лузі ... Над вами ясне блакитне небо ... Ви лежите в високій траві і дивитеся на небо ... Кругом вас – аромат квітів

..., дзвенять комахи, кружляють метелики. Ви – відпочиваєте ..., ви чуєте звуки луки ..., ви відчуваєте енергію землі ... Світить яскраве сонце, теплі промені торкаються вашого обличчя, ваших рук ..., тепло розходить по всьому вашому тілі. Кожна клітинка вашого тіла наповнюється енергією і оновлюється. Відпустіть вашу уяву, спостерігайте за тим, як всередині вас енергія землі поєднується з енергією неба. Відчуйте, як в вас поєднуються енергія землі, енергія повітря, енергія сонця.

Відчуйте місце в тілі, де енергія землі поєднується з енергією неба. Відчуйте це місце в собі. Запам'ятайте цей стан, - він буде давати вам силу, енергію. Він буде супроводжувати вас. Ви завжди зможете до нього звертатися. Коли будете готові, попрощайтеся з образом. На рахунок від 5 до 1 ви відкриєте очі, але відчуття залишаться. 5, 4, 3, 2, 1 - стисніть руки в кулаках, сильно потягніться - вперед і вгору - і повільно відкривайте очі ...»

Після виходу з образу:

- Доторкніться до того місця в своєму тілі, де в вас поєднувалися різні енергії. - Що це за місце вашого тіла?

Малювання та обговорення. Пропонуємо намалювати все те, що запам'яталося в образі. На малювання - 10 хвилин. Після закінчення малювання проводиться обговорення малюнків.

## Додаток И

### Інструкція до релаксаційної вправи «Квітка» (заняття № 4)

Інструкція: «Займіть зручне положення. Спробуйте прислухатися до свого тіла і поступово розслабитися ... Спробуйте уявити собі, що ви - прекрасна квітка ... Ви - прекрасна квітка і ростете назустріч сонцю ... Ви - прекрасна квітка ... Відчуйте себе квіткою: відчуйте своє стебло; відчуйте своє листя. Ви прекрасна квітка. Ви ростете назустріч сонцю ... Відчуйте, як ваше листя ворухиться під подувом вітру. Відчуйте, як на ваше листя падають промені сонячного світла. Відчуйте, як у вашому листочку енергія сонця перетворюється в енергію життя. Відчуйте свій хлорофіл. Відчуйте, як енергія життя розтікається по листю, по жилах, по стеблу, по корінню. Відчуйте своє коріння. Які у вас коріння? Якої глибини досягають ваші коріння? На яку ширину вони тягнуться? Відчуйте самі кінчики корінців: якого вони кольору? Відчуйте, як вони пробивають грудки землі, продовжуючи рости. Відчуйте, як ваше коріння вбирає вологу, мінеральні елементи, поживні речовини. Відчуйте силу і енергію землі. Відчуйте, як енергія, поживні речовини піднімаються по корінню, по жилах - в стебло, в листя. Ви - прекрасна квітка ...

Відчуйте, як всередині вас енергія землі з'єднується з енергією неба. Відчуйте, як в вас поєднуються енергія землі, енергія повітря, енергія сонця. Відчуйте місце в тілі, де енергія землі поєднується з енергією неба. Відчуйте це місце в собі. Запам'ятайте цей стан, - воно буде давати вам енергію, силу. Запам'ятайте цей стан; візьміть з собою цю енергію. Вона буде супроводжувати вас. Ви завжди зможете до неї звертатися.

Коли будете готові, попрощайтеся з образом, стисніть руки в кулаках, сильно потягніться - вперед і вгору - і повільно відкривайте очі

...»

Після виходу з образу: Доторкніться до того місця в своєму тілі, де в вас поєднувалися різні енергії. Що це за місце вашого тіла?

Малювання. Пропонуємо намалювати все те, що їм запам'яталося в образі. На малювання відводиться 10 хвилин. Після закінчення малювання проводиться обговорення малюнків.

**Додаток I****Інструкція до вправи «Вільний» (заняття № 5)**

Інструкція: «Зараз ви будете переживати щось подібне на шок, і це, можливо, допоможе вам подивитися на своє життя по-новому. У кожного з нас є багато бажань і цілей. Деякі з них ми усвідомлюємо. Про інші ми здогадуємося, але тримаємо їх в таємниці. Є ще частина наших бажань, яка ховається, мабуть, у найтемніших куточках нашої душі. Що буде, якщо ми станемо більш чітко й ясно розуміти наші бажання й цілі? Уявіть собі, що ви проковтнули чарівну пігулку, яка на деякий час знімає всі правила й моральні норми, якими ви користуєтеся. Ви звільняєтеся від нерішучості, тривожності й будь-якого зовнішнього тиску. Щоб вам хотілося б зробити? Як би ви себе почували? Спробуйте виразити власні почуття в рухах.

**АНОТАЦІЯ**

**Мовчан А. М. Вплив невпевненості як особистісної риси на розвиток тривожних станів. Кваліфікаційна випускна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 225 Медична психологія. Медичний університет імені О. О. Богомольця. Навчально-науковий інститут психічного здоров'я. Київ. 107 с.** Метою дослідження є теоретичне й емпіричне вивчення специфіки впливу невпевненості на розвиток тривожних станів особистості. У цілому тривожність можна визначити як стан, що передбачає емоційну напругу,

хвилювання, внутрішній неспокій і дискомфорт і високу соціальну чутливість. За результатами емпіричного дослідження можемо спостерігати переважання середніх показників за досліджуваними параметрами тривожних станів. Виявлено обернений значущий зв'язок впевненості з особистісною, реактивною тривожністю, депресією, внутрішнім напруженням, переживанням страхів. Водночас не зафіксовано значущого зв'язку впевненості у собі з соматичними значеннями тривоги досліджуваних. Проведена програма корекції тривожних станів продемонструвала ефективність у контексті позитивного впливу на реактивну тривожність і впевненість у собі. Проте не зафіксовано суттєвого впливу на показники депресії й особистісної тривожності. Отримані результати потребують уточнення через порівняння даних з результатами контрольної групи. Подальші перспективи вивчення означеної наукової проблеми вбачаємо у проведенні експериментальної перевірки ефективності корекційної програми із залученням контрольної групи.

**Ключові слова:** тривожність, тривожні стани, впевненість, депресія, особистісна тривожність, реактивна тривожність.

## ABSTRACT

**Movchan A. M. Influence of uncertainty as a personality trait on the development of anxiety. Qualifying final work for a master's degree in specialty 225 Medical Psychology. Bogomolets Medical University. Educational and Research Institute of Mental Health. Kyiv. 107 c.** The purpose of the study is to theoretically and empirically study the specifics of the influence of uncertainty on the development of anxiety. In general, anxiety can be defined as a condition that involves emotional tension, anxiety, internal restlessness and discomfort, and high social sensitivity. According to the results of the empirical study, we can observe the predominance of average indicators for the studied parameters of anxiety states.

An inverse significant relationship of confidence with personal, reactive anxiety, depression, internal tension, and fear was found. At the same time, there was no significant relationship between self-confidence and the somatic values of the subjects' anxiety. The conducted program for the correction of anxiety states has demonstrated effectiveness in terms of a positive impact on reactive anxiety and self-confidence. However, there was no significant effect on depression and personal anxiety. The results need to be clarified by comparing the data with the results of the control group. We see further prospects for studying this scientific problem in conducting an experimental test of the effectiveness of the correctional program with the involvement of the control group.

**Keywords:** anxiety, anxiety states, confidence, depression, personal anxiety, reactive anxiety.