

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Копінг-стратегії в процесі когнітивно-поведінкової терапії осіб з
тривожними симптомами**

Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)

Корчменюк Аліни Миколаївни

Науковий керівник:

завідувач кафедри психодіагностики
та клінічної психології

Крупельницька Людмила

Францівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол №_____ від_____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ - 2023

Зміст

Вступ	3
Розділ 1. Теоретичні підходи до вивчення копінг-стратегій та ефективності психотерапії осіб з тривожними симптомами.....	6
1.1. Проблема копінг-стратегій особистості у контексті психічних порушень	6
1.2. Особливості копінг-стратегій осіб з тривожними симптомами	18
1.3. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії у контексті лікування осіб з тривожними симптомами.....	30
Висновки до розділу 1	37
Розділ 2. Методологічні особливості дослідження копінг-стратегій та ефективності психотерапії осіб з тривожними симптомами.....	40
2.1. Методологія дослідження.....	40
2.2. Опис вибірки	41
Висновки до розділу 2.....	45
Розділ 3. Результати дослідження копінг-стратегій у осіб з тривожними симптомами, які отримують когнітивно-поведінкову терапію	46
3.1. Порівняння копінг-стратегій у різних соціально-демографічних групах.....	46
3.2. Дослідження копінг-стратегій у людей з тривожними симптомами	51
3.3. Дослідження особливостей респондентів, які проходять когнітивно-поведінкову терапію.....	53
Висновки до розділу 3	60
Висновки	62
Список використаних джерел	65
Додатки	75

Вступ

Актуальність теми “Копінг-стратегії в процесі когнітивно-поведінкової терапії осіб з тривожними симптомами” очевидна в контексті сучасних соціальних та медичних викликів. В першу чергу, тривожні розлади стали одними з найпоширеніших психічних розладів. Протягом життя 15% населення відчувають той чи інший тривожний розлад (White, 1992). Вони впливають на якість життя особи, її працездатність, соціальні та особистісні стосунки. Своєчасне виявлення та ефективне лікування цих станів є критично важливими. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найефективніших методів лікування тривожних розладів (Kaczurkin et al., 2015; Chambless et al., 1993). Цей підхід спрямований на зміну негативних шаблонів думок та поведінки, які спричиняють або підтримують тривогу. Копінг-стратегії є важливим фактором в процесі КПТ людей. Дослідження припускають, що копінг-стратегії можуть відігравати певну роль у процесі КПТ для людей з тривожними розладами, але докази неоднозначні. Prins (2003) зазначає, що нещодавнє дослідження КПТ з дітьми з тривожними розладами не було розроблено для перевірки медіаційних проблем і не з'ясує, чи відповідають когнітивні зміни та покращене копінг за його ефективність. Chu (2007) виявив, що КПТ для лікування тривоги справляє помірний або великий вплив на поведінкові, фізіологічні, когнітивні процеси та процеси подолання, причому поведінкові цілі демонструють потенційно найбільші зміни. Однак КПТ при депресії спричинила незначний вплив на когнітивні процеси, але несуттєвий вплив на змінні поведінки та адаптації. Helbig (2008) виявив, що пацієнти зі списку очікування на КПТ заохочували до подолання або самодопомоги, пов'язаної з їхніми психічними проблемами, причому найчастіше повідомлялося про стратегії, орієнтовані на ресурси. Луонг (2020) знайшов послідовні та вагомні докази зв'язків згуртованості, результату та очікування, результату в терапевтичних стосунках у КПТ

для лікування тривожних розладів, з новими доказами впливу співпраці, емпатії та розриву-ремонту альянсу на результати. Аналіз та порівняння різних копінг-стратегій, які використовують особи з тривожними симптомами, може сприяти кращому розумінню ефективності КПТ та сприяти розробці нових методик і підходів до терапії. Таке дослідження може також виявити які стратегії є найбільш ефективними для певних видів тривожних розладів, що дасть змогу краще індивідуалізувати лікування. Тому, дослідження вказаної теми є актуальним та має велику практичну значимість у контексті вдосконалення методів лікування тривожних розладів. Отже, **метою** цього дослідження є визначення копінг-стратегій в процесі когнітивно-поведінкової терапії осіб з тривожними симптомами.

Об'єкт дослідження: копінг-стратегії

Предметом дослідження копінг-стратегії в процесі когнітивно-поведінкової терапії осіб з тривожними симптомами.

Завдання дослідницької роботи:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення копінг-стратегій та ефективності психотерапії осіб з тривожними симптомами.

І відповідно до мети, було виділено наступні **емпіричні завдання**:

2. Порівняти копінг-стратегії чоловіків та жінок з тривожними симптомами.

3. Порівняти копінг-стратегії осіб з тривожними симптомами та осіб групи умовної норми.

4. Встановити особливості копінг-стратегій осіб, що отримують когнітивно-поведінкову психотерапію.

Методи дослідження. У дослідженні було використано систему загальнонаукових методів дослідження:

- теоретичні: аналіз, узагальнення, систематизація та інтерпретація наукових джерел стосовно копінг-стратегій і тривожних розладів та

їх взаємозв'язку у осіб, які проходили когнітивно-поведінкову терапію;

- емпіричні, зокрема методики діагностики: “Опитувальник копінг-стратегій” Лазаруса (QSQ), опитувальник “Оцінка рівня тривожності” (GAD-7);
- математично-статистичні: середнє арифметичне, медіану та стандартне відхилення (міри центральної тенденції), частотний аналіз (Frequency analysis), таблиці сполученості (Contingency tables), а особливо коефіцієнт Крамера, коефіцієнт Альфа Кронбаха (Cronbach's alpha), тест Колмогорова-Смірнова (Kolmogorov-Smirnov test), тест Лівена (Levene's test), t-критерій Стьюдента (Student's t-test), t-критерій Уелча та U- критерій Манна-Уїтні (Mann-Whitney U test), а також кореляційний коефіцієнт Спірмена (Spearman's rank correlation).

Наукова новизна та практичне значення роботи полягає в тому, що вперше:

- виявлено вираженість симптомів тривожності в українців в залежності від соціально-демографічних факторів в умовах війни;
- встановлено особливості прояву копінг-стратегій у респондентів, які проходять когнітивно-поведінкову терапію.

Структура та обсяг роботи. Робота складається із вступу; трьох розділів із висновками до кожного із них; загальних висновків; списку використаних джерел, що налічує 100 найменувань (із них 89 іноземною мовою). Основний обсяг роботи викладено з 3 до 64 сторінки (всього 61 сторінка основного викладу матеріалу). Робота містить 38 таблиць (32 розміщені у додатках, 2 в другому розділі, 4 в третьому розділі), 6 рисунків (на 44, 45, 55, 56, 57 та 58 сторінках) та 1 додаток з розрахунками.

РОЗДІЛ 1

ТОЕРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ ОСІБ З ТРИВОЖНИМИ СИМПТОМАМИ

1.1. Проблема копінг-стратегій особистості у контексті психічних порушень

Протягом життя людина зазнає різноманітних сильних стресових подій. Допомагають продуктивно або непродуктивно впоратися із такими подіями копінг-стратегії особистості. «Процеси подолання людиною важких життєвих подій у психологічній науці прийнято позначати як адаптаційна поведінка або копінгповедінка («копінг» від англійського слова «соре» – перебороти, впоратися, подолати)» (Войцеховська, Закалик, 2016).

Існує багато підходів до визначення копінг-стратегій. У цілому, «Копінг» – це індивідуальний спосіб взаємодії з ситуацією відповідно до її власної логіки, цінності, вагомості в житті людини та її психологічних можливостей (Карамушка, Снігур, 2020). Це когнітивні, емоційні та поведінкові спроби справлятися зі специфічними зовнішніми чи внутрішніми вимогами, які оцінюються як напруга або перевищують ресурси людини. Вперше термін «копінг» з'явився у психологічній літературі у 1962 р. при дослідженні Л. Мерфі способів подолання у дітей. Л. Мерфі дав наступне визначення копінг-стратегії: це «деяка спроба створити нову ситуацію: чи загрозову, чи небезпечну, чи радісну» (Murphy, 1962). Отже, спираючись на це твердження, можна підсумувати, що копінг спрямований на подолання деякої ситуації.

У гуманістичній традиції визначення копінгу дав А. Маслоу. На його думку, копінг – «це готовність індивіда вирішувати життєві проблеми шляхом пристосування до обставин, що передбачає сформованість уміння використовувати певні засоби для подолання стресу». У даному контексті

копінг пов'язується з адаптивністю. Автор зазначає про важливість активних форм копіngu: у такому разі підвищується вірогідність усунення впливу стресорів на особистість. А. Маслоу зазначає, що особливості здатності до активного копіngu пов'язані з «Я-концепцією», локусом контролю (екстернальним чи інтернальним), рівнем розвитку емпатії, впливом середовища існування. На його думку, копінг є протилежністю експресивній поведінці, де стресова ситуація вирішується шляхом емоцій, що рідко є ефективним, адаптивним та соціально-прийнятним (Maslow, 1949).

Розглядаючи поняття та теорії копінг-стратегій, важливо проаналізувати найпоширеніші підходи до розуміння копіngu: психоаналітичний, диспозиційний, трансакційний і ресурсний. Основні підходи дослідження копінг-поведінки діляться на орієнтовану теорію за авторством К. Меннінгера, при якому копінг розглядається як механізм особистості, який дозволяє позбуватися від внутрішнього напруження. К. Меннінгер вів аналіз копінг-механізмів та діагностував найбільш та найменш патологічні копінг-механізми для особистості. Інші вчені, що вивчали копінг згідно з его-орієнтованою теорією були А. Фройд та Д. Вайлант. Ці дослідження зосереджені в основному на захисних механізмах психіки (Похлестова, 2019).

Згідно з психоаналітичним підходом, копінг є одним із механізмів психологічного захисту, які індивід використовує, щоб зняти напруження, викликане конкретною ситуацією чи умовами. Психоаналітики розглядають копінг як автоматичну реакцію, без залучення емоційної чи когнітивної сфери. Представниця психоаналітичного напрямку Мері Хаан займалась вивченням копіngu і сконструювала свою теорію з цього приводу. Вона також підтримувала твердження, що копінг є способом психологічного захисту. Вчена вважала, що вибір копінг-стратегій

протягом життя є стабільною характеристикою особистості і не залежить від особливостей подразника (Edwards, 1988).

Попри спроби поєднати поняття «копінг» і «захисні механізми», П. Крамер, Б. Компас, Дж. Конор-Сміт, Г. Зальтсман, А. Томсен і М. Водсворт розрізняють їх за ступенем усвідомленості, цілеспрямованості, конструктивності, а також за локалізацією загрози. На їхній погляд, копінг, на відміну від захисних механізмів, є усвідомленим і цілеспрямованим, адже суб'єкта спонукають чіткі наміри розв'язати проблемну ситуацію, загроза від якої здебільшого зовнішня. Відповідно, вибір копінгу буде обумовлюватися подразником, і копінги будуть різними. Натомість захисні психологічні механізми є несвідомими і менш конструктивними, оскільки у більшості випадків не передбачають розв'язання проблеми, а спрямовані на збереження комфорту (Грабовська, 2010).

Представники диспозиційного підходу також розглядають копінг як усталену схильність людини реагувати на стресову ситуацію і діяти у ній відповідним чином. К. Шефера та Р. Горзуха вважають, що сталість копінгу зумовлюється тим, що особа надає перевагу сталому способу долати труднощі впродовж тривалого часу, оскільки в цей час характеристики самої особистості залишаються незмінними. До того ж застосування однієї і тієї ж стратегії буде економити зусилля особистості, які можуть знадобитися для подолання ситуації. Диспозиційний підхід не набув значної кількості прихильників через своє досить вузьке розуміння копінгу, оскільки таке визначення копінгу не дозволяє вивчати його різноманітність в різних життєвих умовах (Михайлюк, 2022).

Представники іншого підходу, А.Білінгз та Р.Моос, трактують копінг як загалом притаманна людині схильність відповідати на стресову ситуацію. Окремим є підхід Р. Лазаруса і С. Фолкмана, які є представниками транзактного підходу. Вчені вважали копінг динамічним

процесом, під час якого залучені когнітивні та поведінкові зусилля, що спрямовані на зниження впливу стресу. Р.Лазарус у своїх роботах описував копінг як свідоме застосування людиною певного набору прийомів з метою впоратися зі стресом та причиною тривоги. Він визначає копінг як «спроби, що безперервно змінюються, в когнітивній і поведінковій областях, намагаючись впоратися із специфічними зовнішніми або внутрішніми вимогами, які оцінюються як надмірні або такі, що перевищують ресурси людини». Вчений розумів під копінг-стратегією суму когнітивних і поведінкових зусиль індивіда для послаблення впливу стресу з метою адаптації (Lazarus, 1986).

Фрейзер і Брум (Fraser and Broom, 1997) визначають «копінг» наступним чином: «Здатність зберігати контроль над психічною і тілесною стабільністю. Цей контроль може бути короткочасним або тривалим. Нездатність контролювати психічну і тілесну стійкість призводить до зниження придатності». Таке визначення вчених підкреслює функціональні наслідки копінг-поведінки і пов'язує копінг водночас зі стресом і з адаптацією. Згідно з теорією рис копінг виступає сукупністю особистісних характеристик, які є чинниками для певної реакції людини на стресову ситуацію.

Роблячи проміжний висновок, можна зазначити, що копінг не можна відносити до захисних механізмів, як вважали психоаналітики. Також не можна стверджувати, що копінг є несвідомим процесом без залучення когнітивної, поведінкової та емоційної сфери. Однак усі підходи об'єднують те, що головною метою копінга визначається адаптація.

В сучасній науково-психологічній літературі копінг розуміється як мінливий процес, стійкі патерни якого формують певні реакції та характер поведінки. Особливості вибору поведінки при копінг-стратегіях пов'язані з «Я-концепцією», оскільки індивід буде обирати ті стратегії поведінки, які найкраще співвідносяться до самоствавлення людини, а також до

соціально-прийнятної поведінки, умов, матеріального статусу, духовності, розвитку волі та фізичних можливостей, особливостей особистості (локус контролю, емпатія тощо) (Шайхлісламов, Горбенко 2023). Відповідно до локусу контролю, існують інтернальні копінг-стратегії, під якими розуміються засоби взаємодії з проблемою та способи її вирішення, та екстернальні: засоби дистанціонування від проблеми, методи уникнення ситуації. До копінг-стратегій важливо згадати основні ресурси, які використовуються під час копінгу. До копінг-ресурсів, що допомагають впоратися із стресогенним ситуаціями, відносяться: ресурси особистості (Я-концепція), інтернальний локус контролю, емпатії, характер, система цінностей, структура особистості, ресурси когнітивної сфери, ресурси соціального середовища, оточення, в якому живе людина, соціальна підтримка тощо (Грабовська, 2010).

Перейдемо до існуючих класифікацій копінг-стратегій людини. За Р. Лазарусом та С. Фолкманом виділено вісім основних копінг-стратегій:

1) Планування вирішення проблеми, докладання зусиль по зміні ситуації, які включають в себе дослідження проблеми, розроблення плану дій;

2) Конфронтуючий копінг, який передбачає активні зусилля для зміни ситуації, певний ступінь агресії та готовність до ризику;

3) Прийняття відповідальності, тобто визнання своєї ролі у виникненні проблеми та прийняття певних рішень, що впливають на її вирішення;

4) Самоконтроль, який означає вольову регуляцію своїх переживань та дій, осмислення впливу, який ситуація завдає людині;

5) Позитивна переоцінка, згідно з якою людина шукає переваги в стресовій ситуації завдяки позитивному світогляду.

6) Пошук соціальної підтримки, звернення за допомогою до оточуючих;

7) Дистанціювання, яке проявляється в когнітивних зусиллях зменшення значимості ситуації, відокремлення від неї, перенесення її на другий план, фокусування на інших речах;

8) Уникнення або бігство від проблеми: ескапізм, уникнення думок та взаємодії з проблемою (Lazarus, Folkman, 1984).

Р. Моос та Д. Шеффер виділили три стратегії копінг-поведінки: перша стратегія – фокусування на поведінці, а саме встановлення для себе значення ситуації, друга стратегія – фокусування на проблемі, а саме прийняття рішень для опанування ситуацією, третя стратегія – фокусування на емоціях, при якій людина керує своїми почуттями та підтримує емоційну рівновагу. Основне припущення, яке лежить в основі даної моделі, передбачає, що особисті на навколишні стресори й ресурси, життєві кризи, зміни, когнітивна оцінка та відповіді на подолання взаємодіють двосторонньо визначаючи здоров'я та самопочуття людини. У модель входять п'ять компонентів, які є двонаправленими і взаємно інтерактивними. Перший компонент представляє персональну систему, яка складається з особистих стресових факторів і ресурсів. Другий компонент складається із фізичного стану людини, наявності або відсутності соціальної підтримки та фінансові факторів, тобто є контекстуальними ресурсами або стресорами. Третій компонент – це життєві обставини та життєві кризи, які включають процеси розвитку та травми, які впливають на психологічне благополуччя людини. Копінг-стратегії та копінг-ресурси, що зменшують вплив стресу на індивіда, становлять четвертий компонент. Останній компонент представляє пов'язаний зі здоров'ям результат стресу і його подолання, що включає як позитивний так і негативний вплив (Shafer, 1993).

С. Перін та Дж. Шулер пропонують класифікацію за наступними стратегіями: стратегія зміни способу бачення проблеми, стратегія зміни проблеми, стратегія керування емоційним дистресом. У цілому до базових

копінг-стратегій науковці та практики відносять стратегії «вирішення проблем», «пошук соціальної підтримки» й «уникання». Їм відповідають наступні характеристики:

1. Стратегія вирішення проблем – це активна поведінкова стратегія, застосовуючи яку людина прагне використовувати особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.

2. Стратегія пошуку соціальної підтримки – це активна поведінкова стратегія, яка передбачає звернення по допомогу і підтримку до близького соціального оточення.

3. Стратегія уникання – це пасивна поведінкова стратегія, при якій відбувається уникнення контакту з навколишнім світом та витіснення необхідності розв'язання проблеми (Горбенко, 2021).

У даній роботі важливо враховувати, яким чином тривалий стрес, дистрес та психічні розлади можуть впливати на особливості копінг-стратегій особистості. Стрес визначається як негативний досвід, що супроводжується передбачуваними емоційними, біохімічними, фізіологічними, когнітивними та поведінковими реакціями (Baum, 1999). Відповідно до цього, процес подолання стресу - це «процес спроб впоратися з вимогами, викликаними стресовими подіями, які оцінюються як такі, що виснажують або перевищують ресурси людини» (Lazarus & Folkman, 1984). Ці зусилля можуть бути спрямовані як на дію, так і на внутрішню психіку; їх метою є управління, опанування, терпимість, зменшення або мінімізація вимог стресового навколишнього середовища (Lazarus & Launier 1978).

Ресурси подолання, які вже були згадані вище, можуть допомогти в цьому процесі; вони включають відносно стабільні індивідуальні відмінності в оптимізмі, почутті майстерності та самооцінці, а також у соціальній підтримці. Ресурси подолання впливають на процеси копінгу, зокрема на протистояння емоційним реакціям або прямі заходи щодо них,

а також на уникнення, відступ або заперечення. Стратегії подолання стресових подій бувають адаптивними та дезадаптивними. Сама форма стратегій подолання також впливає на успішність процесу подолання стресового фактору.

Оскільки метою даної роботи є вивчення особливостей копінг-стратегій у осіб з тривожними станами, у даному розділі важливо розглянути вплив копінг-стратегій та дезадаптації при деструктивних копінгах на можливість розвитку психічних розладів. Shelley E. Taylor та Annette L. Stanton (2007) розглядають особливості копінг-стратегій як модель, що охоплює весь період життя і рухається від витоків копінг-ресурсів і процесів у ранньому віці до наслідків для здоров'я і психічного здоров'я в більш пізньому віці, а також як концептуальний опис копінгу, який відбувається ітеративно в різних епізодах стресу. Вчені зазначають, що особам, які страждають на різноманітні психічні розлади (шизофренія, депресія, аутизм, тривожні розлади тощо) бракує ресурсів для подолання викликів повсякденного життя. Так само хронічний психологічний дистрес, який пов'язаний з нестачею ресурсів для подолання труднощів (Repetti et al. 2002), причетний до більшої частини розладів, зазначених у DSM-V. Наприклад, депресія характеризується песимізмом, низькою самооцінкою, низьким почуттям контролю і негативним впливом на соціальні відносини. Нездатність встановлювати і підтримувати нормальні соціальні відносини з іншими людьми є центральною для аутизму. Початок шизофренії пов'язаний з порушенням відчуття власної активності та здатності діяти цілеспрямовано (Frith et al. 2000). Отже, майже кожному розладу притаманна недостатність розвитку адаптивних копінгів. Розвиток цього браку розглядається у вищезгаданій моделі копінг-стратегій.

У запропонованій моделі враховуються біологічні та генетичні аспекти, однак для нас найважливішими лишаються психологічні. Модель вчених виглядає наступним чином: раннє середовище та умови життя

(клімат у родині, дитинство) разом з генетичними предикторами (серотоніною системою та дофаміною) можуть призвести до депресивних симптомів, неврозу та тривожності. В той же час формуються копінг-ресурси, важливі для подолання даних симптомів: соціальна підтримка, оптимізм, здатність до влади над собою та самооцінка. Під дією негативного середовища та певних генетичних і біологічних чинників, а також симптомів, які виникли, утворені копінг-ресурси виявляються недостатньо сформованими або викривленими, що може потенційно перерости у ризики для ментального здоров'я. Брак ресурсів подолання, пов'язаний з клінічними розладами, в одних випадках може бути симптомом, в інших - фактором ризику розвитку, а в третіх - фактором ризику рецидиву захворювання або погіршення розвитку хвороби.

Розберемо окреслені копінг-ресурси детальніше. Дослідники виявили стійкі індивідуальні відмінності в ресурсах подолання, які покращують здатність справлятися зі стресовими подіями і пов'язані з меншим дистресом і кращими результатами для здоров'я. Це оптимізм, психологічна стійкість і здатність до саморегуляції. Серед них - оптимізм, психологічний контроль або здатність до самовладнання, самооцінка та соціальна підтримка. Окрім того, що вони є передумовами конкретних копінг-стратегій, копінг-ресурси також можуть мати безпосередній вплив на психологічне та фізичне здоров'я (Williams et al, 1999).

Оптимізм - це очікування того, що з людиною станеться щось хороше, а не погане. Диспозиційний оптимізм пов'язаний з широким спектром переваг для психічного та фізичного здоров'я, включаючи краще психологічне благополуччя (Kubzansky та ін., 2002), швидше одужання після хвороби (Scheier та ін., 1989) та повільніший перебіг фізичних захворювань (Matthews et al. 2004). Крім того, дослідники вивчали оптимістичні очікування, пов'язані з конкретною ситуацією; виявилось,

що вони мають подібний позитивний вплив на пов'язані зі стресом наслідки для психічного і фізичного здоров'я (Reed та ін., 1999).

Особистий контроль або здатність до самовладнання стосується того, чи відчуває людина себе здатною контролювати своє життя, результати своїх дій або впливати на них (Томпсон, 1981). Дослідження показали зв'язок між відчуттям контролю і кращим психологічним здоров'ям (Haidt & Rodin 1999). Як і у випадку з оптимізмом, очікування контролю над ситуацією, які часто концептуалізуються як переконання в самоефективності, є важливими факторами психічного здоров'я і мають подібний позитивний вплив на управління стресовими подіями (Bandura 2006).

Позитивне відчуття себе або висока самооцінка також захищає від несприятливих наслідків для психічного та фізичного здоров'я. Наприклад, дослідження послідовно пов'язують позитивне відчуття власної гідності з нижчими вегетативними та кортизоловими реакціями на стрес (Seeman & Lewis 1995). Вища самооцінка також постійно пов'язана з кращим психологічним благополуччям (DuBois & Flay 2004), а психотерапія, спрямована на підвищення самооцінки, позитивно впливає як на психологічну, так і на біологічну реакцію на стрес (Creswell et al. 2005).

Виникло питання, чи можуть ці позитивні ресурси копіngu бути дзеркальним відображенням негативної афективності, тобто люди з низьким рівнем хронічного негативного афекту за замовчуванням мають вищий оптимізм, переконання, пов'язані з контролем, або самооцінку. Виникає консенсус, що хоча позитивні копінг-ресурси мають спільну дисперсію з негативною афективністю, вони також пояснюють унікальну дисперсію в прогнозуванні результатів психічного і фізичного здоров'я (Scheier та ін., 1994).

Соціальна підтримка, ще один важливий ресурс подолання, визначається як сприйняття або відчуття того, що інші люблять і піклуються про вас, що вас поважають і цінують, і що ви є частиною соціальної мережі взаємодопомоги і зобов'язань (Wills 1991). Регулярні дослідження демонструють, що соціальна підтримка зменшує психологічний дистрес, такий як депресія або тривога і сприяють психологічній адаптації до широкого спектру хронічно стресових станів (Taylor 2007).

Нещодавні дослідження пов'язують ресурси подолання з основними механізмами, які можуть опосередковувати їхні ефекти. Наприклад, Тейлор та ін. (2003) пов'язали кластер копінг-ресурсів, включаючи оптимізм, здатність до контролю, самоповагу та соціальну підтримку, з клінічними оцінками психічного здоров'я. Соціальна ізоляція і самотність пов'язані з високою чутливістю до стресу і неадекватними та неефективними фізіологічними процесами відновлення і підтримки (Hawkley & Casiporro 2003). Хоча існуючі дослідження пропонують численні уточнення до цих узагальнень залежно від типу і тривалості стресу, копінг-ресурси, як правило, вважаються корисними для управління стресом і мають як прямий вплив на психічне здоров'я, так і опосередкований вплив на психічне здоров'я через вплив на процеси подолання стресу і здатності до зниження стресу. Зокрема, дані свідчать про те, що ці копінг-ресурси можуть сприяти більш позитивній оцінці потенційно стресових ситуацій і кращому подоланню проблеми (Scheier та ін., 1989).

М. Селігман вважає, що найголовніший ресурс у протистоянні стресу – оптимізм: коли людина вірить, що ситуація не безнадійна, та коли вона спрямована на успіх, то легше переживає труднощі, зазнає менше збитків (Seligman, 2000). Фрайденберг і Льюїс (Frydenberg and Lewis, 1991) вивчали стратегії подолання, у дослідженні брали участь підлітки у

віці від 16 до 18 років. Вони повідомили, що хлопці та дівчата не відрізняються один від одного у використанні стратегій, спрямованих на зміну оточення або на пошук альтернативних рішень. Однак дівчата частіше, ніж хлопці, шукали соціальної підтримки та видавали бажане за дійсне. Дівчата надавали перевагу стратегіям уникнення, оскільки вважали, що ситуація не піддається їхньому контролю. Хлопці були більш схильні активно протистояти проблемі, намагаючись її вирішити, були більш готові йти на ризик або виставляти ситуацію в приємному світлі. Ряд досліджень повідомляє про схожі результати щодо гендерних відмінностей у подоланні труднощів у підлітковому віці. Дівчата-підлітки частіше, ніж хлопці, покладаються на соціальну підтримку, збільшують свою міжособистісну залученість і використовують широкий спектр копінг-стратегій, які можна охарактеризувати як такі, що зосереджені на проблемі, так і такі, що зосереджені на емоціях. Однак гендерні відмінності в копінг-стратегіях виявлено не в усіх дослідженнях підлітків. Наприклад, повідомлялося про відсутність значущих відмінностей між стратегіями подолання у хлопчиків і дівчаток підліткового віку при вирішенні повсякденних проблем (Band & Weisz, 1988; Timko та ін., 1993).

Таким чином, копінг-стратегії є індивідуальним способом та процесом взаємодії зі стресовою або загрозливою ситуацією відповідно до значущості для особистості. У загальному найбільш прийнятою є класифікація Лазаруса, за якою виділяються 8 копінг-стратегій: планування вирішення проблеми, конфронтація, прийняття відповідальності, самоконтроль, позитивна переоцінка, пошук соціальної підтримки, дистанціювання від проблеми та уникнення проблеми. Для подолання різноманітних подій людина використовує різні копінг-ресурси: фізичні особливості та ресурси, психологічні ресурси, індивідуальні характеристики (стійкість, гнучкість, самооцінка, здатність

до контролю і відповідальності), зовнішні ресурси (соціальна підтримка, умови існування тощо).

Структура особистості, умови зростання, життєві кризи та перешкоди, а також звичні для людини копінг-стратегії можуть впливати на виникнення психічних розладів. При психічних розладах або негативних психічних станах спостерігається нестача ключових копінг-ресурсів, неадекватність та дезадаптивність використовуваних копінг-стратегій, що впливає на погіршення стану і підтримку розладу. Особам з різноманітними психічними розладами властива недостатність адаптивних копінгів та висока наявність дезадаптивних копінгів: уникнення, дистанціювання, прагнення до гіперконтролю тощо. Основними недостатніми копінг-ресурсами при психічних розладах вважається нестача оптимізму, низька самооцінка, схильність до негативної афективності, обмеженість соціальної підтримки, несприятливі матеріальні умови та проблеми з фізичним здоров'ям.

1.2. Особливості копінг-стратегій осіб з тривожними симптомами

Тривожність - індивідуальна психологічна особливість, що виявляється в схильності індивіду до частих, інтенсивних та подовжених у часі переживань стану тривоги, а також низьким порогом його виникнення. Дотепер не існує єдиної думки про причини тривожності, але переважає погляд, що тривожність має частково вроджену і частково надбану природу. Маючи деяку генетично обумовлену схильність до тривожності, особистість з часом набуває її внаслідок соціально обумовлених причин, внутрішньосімейних відносин, внутрішніх конфліктів пов'язаних перш за все з самовідношенням та самооцінкою (Янчук, 2019).

Тривожність розглядається як особистісне утворення і / або як властивість темпераменту, обумовлена слабкістю нервових процесів.

Поділ тривоги як стану і як властивості найбільш зрозуміло вказано в роботах Р. Кеттелла та Ч. Спілбергера. Ч. Спілбергер досліджував тривожність як властивість особистості і тривожність як стан, розділивши ці два визначення на «реактивну» і «активну», «ситуативну» і «особистісну» тривожність (Spielberger, 2013). Божович Л.І., визначила тривогу, як усвідомлений інтенсивний хворобливий стан, пережитий раніше або його передчуття. Тривожність має власну спонукальну силу і константні форми реалізації в поведінці з переважанням компенсаторних і захисних проявів. Механізм закріплення і посилення тривожності представляються як «замкнуте психологічне коло», що призводить до накопичення і поглиблення негативного емоційного досвіду, який, породжуючи в свою чергу негативні прогностичні оцінки й визначаючи модальність актуальних переживань, сприяє збільшенню і збереженню тривожності (Блохіна, 2021).

В той же час К. Ізард трактує тривожність як сукупність негативних емоцій безпосередньо страху, гніву та печалі. Емоція тривоги є одним із найчастіших переживань особистості в критичних і надзвичайних ситуаціях, яка може виконувати різні функції, як адаптивну, так і дезорганізуючу психічну діяльність. Найбільш істотними та важливими питаннями як з наукового погляду, так і з практичного є проблеми інтерпретації тривоги як психічного стану і тривожності як стійкої риси та властивості особистості; проблеми співвідношення тривожності як переживання, не пов'язаного з будь-яким конкретним об'єктом (загальна тривожність) і тісно пов'язану з будь-якою частиною життя (ситуативна тривожність); проблема відмінності між тривожністю і страхом; проблема визначення нормальної і патологічної тривожності (Pette & Baumann, 2012).

Причинами виникнення тривожності можуть бути як біологічні фактори здоров'я, спадковості, так і соціальні фактори – негативний

життєвий досвід, що посилюється невизначеністю сьогоденної ситуації в світі. Підхід деяких дослідників до визначення тривожних станів як до тривалого психологічного стану внутрішнього неспокою, при якому домінує фізіологічний аспект, обумовлено інтенсивністю та різноманіттям соматичних реакцій (Podolska, 2021).

Тривожні розлади є найбільш поширеними або одними із найчастіших психічних розладів (Мунір та ін., 2019). Вони охоплюють групу станів, для яких характерна надмірна або патологічна тривога як основне порушення настрою або емоційного тону. Тривога, яку можна розуміти як патологічний аналог нормального страху, проявляється порушеннями настрою, а також мислення, поведінки та фізіологічної активності. До тривожних розладів належать панічний розлад (з агорафобією в анамнезі та без неї), агорафобія (з панічним розладом в анамнезі та без нього), генералізований тривожний розлад, специфічні фобії, соціальні фобії, obsесивно-компульсивний розлад, гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад. Крім того, існують розлади адаптації з ознаками тривоги, а також розлади, зумовлені загальними медичними станами, та тривожні розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин (Greenberg та ін., 1999).

Тривожні розлади характеризуються страхом і дистресом за відсутності об'єктивної загрози і супроводжуються фізіологічними, когнітивними та афективними симптомами. Такий страх і дистрес можуть проявлятися як у прихованій формі, як генералізований тривожний розлад (ГТР), так і в гострій формі, як при панічному розладі (Adwas, 2019). З показниками поширеності протягом одного року і протягом життя 18,1% і 28,8% відповідно (Olatunji, 2019), тривожні розлади є одними з найпоширеніших психіатричних захворювань. З огляду на високу поширеність тривожних розладів, важливо враховувати пов'язану з ними інвалідність. Дійсно, тривожні розлади посідають шосте місце серед

причин інвалідності як у країнах з високим, так і з низьким рівнем доходу (Olatunji, 2019) і вважаються настільки ж важкими, як і багато хронічних фізичних захворювань. Такі дефіцити можуть включати проблеми з соціальними відносинами, обов'язками та самообслуговуванням у дорослих (Hendriks та ін., 2014), а також зниження академічної успішності у дітей та підлітків. Аналогічно, тривожні розлади пов'язані зі зниженням якості життя (Mendlowicz & Stein, 2000). Варто зазначити, що якість життя також погіршується в підпорогових вибірках (Olatunji, 2019), що свідчить про те, що дисфункція, пов'язана з тривогою, не обмежується лише тими, хто має найтяжчі розлади.

Незважаючи на високу поширеність і пов'язану з ними інвалідність, багато чого залишається невідомим про етіологію та перебіг тривожних і пов'язаних з ними розладів. Відомо, що тривожні розлади можна частково відрізнити від інших форм психопатології за типовим віком початку. Дійсно, тривожні розлади починаються відносно рано (середній вік початку = 11 років; Kessler та ін., 2005) і дуже поширені серед дітей (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Хоча дитинство і підлітковий вік є важливим періодом ризику для розвитку симптомів і розладів тривоги, дослідники продовжують намагатися створити комплексну модель, яка могла б повністю врахувати цей чутливий період.

Розвиток тривожності можна зрозуміти за допомогою концепції потрібної вразливості. Ця концепція передбачає, що розвиток тривожності у молоді пов'язаний із взаємодією між біологічною схильністю, психологічною вразливістю, яка обмежує почуття контролю, та набутим досвідом, який фокусується на тривожності. Прикладами біологічної схильності є сімейний анамнез тривожних розладів або тривожний/сором'язливий темперамент, який може бути пов'язаний з більш соціально замкненою поведінкою. Обмежене почуття контролю характеризується прийняттям/відкиданням батьків та/або надмірною

опікою чи надмірним контролем з боку батьків, що впливає на здатність молоді ефективно справлятися з тривогою. Набутий досвід включає постійне зосередження уваги на подіях, що викликають тривогу, які розглядаються як небезпечні або загрозові, що призводить до неадаптивних реакцій на стрес. Таким чином, значна частина дітей та підлітків з тривожними розладами відчувають значний дефіцит у подоланні стресу, коли стикаються зі стресовими подіями (Simpson et al, 2012).

Особам, схильним до тривожних станів, або тих, що мають тривожні розлади, властиві особливі, часто дезадаптивні копінг-стратегії копінг-стратегії. Дефіцит подолання - це дезадаптивні стратегії, які використовуються особами з тривожністю для подолання тривоги або страху. Вони пов'язані зі стійким рівнем тривоги, асоціюються з хронічним перебігом тривоги і мають поведінкову та когнітивну природу. Використання цих дезадаптивних стратегій негативно підкріплюється тим, що вони часто асоціюються зі зменшенням тривоги або дистресу в короткостроковій перспективі, однак вони не є адекватними для подолання тривоги в довгостроковій перспективі. Постійне використання цих стратегій не дозволяє людині спростувати свій страх і заважає засвоєнню відповідних стратегій подолання тривоги або страху (Garnefski et al, 2002).

Сучасні когнітивні моделі тривожних розладів підкреслюють роль такої поведінки, яку називають «поведінкою безпеки» або «поведінкою пошуку безпеки» (Thwaites, 2005), у зменшенні короткочасної тривоги, але, що важливіше, у запобіганні довгострокових когнітивних змін (Thwaites, 2005). Іншими словами, ці моделі припускають, що люди продовжують вірити, наприклад, що у них може статися серцевий напад, тому що вони позбавили себе можливості спростувати свої найгірші страхи (Clark and Ehlers, 1993). Поведінка, спрямована на пошук безпеки,

займає центральне місце у підтримці тривожних розладів, і тому багато сучасних методів лікування зосереджені на поступовому руйнуванні цієї поведінки і допомозі пацієнтам розробити можливості для перевірки своїх переконань (Thwaites, 2005). Це контрастує з більш ранніми методами лікування, які наголошували на навчанні пацієнтів «правильним» навичкам і стратегіям для контролю своєї тривоги. Дійсно, деякі ефективні сучасні методи лікування панічного розладу включають елементи (наприклад, контроль дихання), які за певних обставин можуть функціонувати як безпечна поведінка для деяких людей. Salkovskis (1996) зазначає, що деякі специфічні реакції на тривогу (наприклад, відволікання) розглядаються і як корисні компоненти поведінкових програм управління тривогою, і як проблемні види поведінки, які необхідно усунути, щоб забезпечити ефективний вплив або перевірку переконань.

Багато пацієнтів також мають особливі стратегії, яких вони навчилися від фахівців з психічного здоров'я (наприклад, техніки відволікання, контроль дихання) або з матеріалів для самопомоги, або розробили самостійно. Це не дивно, враховуючи, що більшість з нас мають власні стратегії подолання, які ми застосовуємо, щоб зменшити тривогу в різних ситуаціях (Thwaites, 2005).

Варто розрізняти, коли поведінка є комфортною, але дезадаптивною, а коли – адаптивною стратегією подолання. Замість того, щоб розглядати їх як дихотомічні види поведінки, можна припустити, що одна й та сама поведінка може функціонувати для будь-якої людини і як адаптивна стратегія подолання, і як поведінка, спрямована на безпеку, але різною мірою і в різних контекстах. При повторному, надмірному або ситуативно невідповідному застосуванні можливий перехід від адаптивної стратегії подолання до безпечної поведінки, залежно від наміру, фактичної функції та об'єктивної користі для людини, в залежності від того, що вона має на меті, а що ні. Враховуючи передбачувану роль безпечної поведінки в

підтримці різних тривожних розладів, стає важливим розрізнати поведінку, спрямовану на пошук безпеки і комфорту (від якої потрібно поступово відмовлятися), і адаптивні стратегії подолання (які продовжують допомагати людині без довгострокових витрат) (Taylor et al, 2007).

Хоча на теоретичному рівні існує суспільна згода щодо того, що є безпечною поведінкою, визначити адаптивну стратегію подолання складніше. Існує думка, що це те, що люди роблять для того, щоб зменшити тривогу, і що не зберігає і не погіршує майбутню реакцію на той самий стимул або стимули. Іншими словами, так само, як безпечну поведінку можна визначити, принаймні до певної міри, за її наслідками, поведінку подолання принаймні частково визначають за її довгостроковим впливом або, точніше, за відсутністю негативних наслідків (Vollrath, 1996).

Існує небезпека, що визначення можуть стати залежними одне від одного або тавтологічними. Дейві, Берджесс і Рашес (1995) розрізняють копінг, заснований на уникненні (який можна віднести до поведінки, спрямованої на пошук безпеки), копінг, заснований на надмірному моніторингу інформації (який схожий на деякі види поведінки, спрямовані на безпеку, що спостерігаються при тривожних розладах), і копінг-стратегії, які дозволяють людині змінити значення загрози. Аналогічно, Хьюз та ін. (1999) включили категорію «Ефективне подолання» у відповідь на тривогу і паніку. До неї увійшли такі стратегії, як «Я кажу собі, що можу впоратися з тривогою» і «Я намагаюся не думати про те, що я відчуваю», що поєднує в собі елементи «ефективного подолання» і витонченого уникнення (Thwaites et al, 2005). Підсумовуючи, безпечна поведінка спрямована на «запобігання або мінімізацію катастрофи, якої бояться» (Clark, 1999), тоді як адаптивні копінг – це стратегії, спрямовані на зменшення тривоги, але які не мають на меті запобігти «уявній»

катастрофі, а отже, не перешкоджають спростуванню шкідливих переконань.

Важливо розглянути також такі поняття, які стосуються копінг-стратегій у тривожних осіб. Когнітивний копінг значною мірою перетинається з іншими конструктами, такими як когнітивні помилки та негативні когніції. Різниця між цими конструктами є переважно концептуальною. Наприклад, було доведено, що низка когнітивних помилок в інтерпретації ситуацій позитивно пов'язана з проблемами тривожності у підлітків, таких як катастрофізація, надмірне узагальнення та персоналізація (Weems, Costa, Watts, Taylor, & Cannon, 2007). Хоча існує тонка межа між когнітивним подоланням, когнітивними помилками та негативними когніціями, когнітивне подолання включає як адаптивні, так і неадаптивні стратегії. На противагу цьому, когнітивні помилки та когнітивні викривлення за визначенням є дезадаптивними.

Неадекватне використання когнітивних копінг-стратегій може сприяти розвитку та персистенції тривожних розладів. Зважаючи на те, що тривожні стани і розлади зазвичай починаються із підліткового віку, далі будуть розглядатися дослідження, пов'язані із виявленням дезадаптивних копінг-стратегій у тривожних підлітків. Знання про когнітивний копінг у підлітків з тривожними розладами може забезпечити краще розуміння механізмів, що лежать в основі патогенезу тривожних розладів, а також підказки для вдосконалення сучасних підходів до профілактики та лікування (Rueda et al, 2020). Дослідження в загальній популяції показують, що певні когнітивні копінг-стратегії позитивно, а інші негативно пов'язані з симптомами тривоги у підлітків (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). Когнітивні копінг-стратегії, які негативно пов'язані з тривогою, вважаються «адаптивними» для психологічного благополуччя, тоді як стратегії, які позитивно пов'язані з тривогою, вважаються «дезадаптивними».

Доведено, що когнітивні копінг-стратегії самозвинувачення, румінація та катастрофізація позитивно пов'язані з симптомами тривоги у підлітків (Garnefski та ін., 2001). Позитивна переоцінка, з іншого боку, виявилася негативно пов'язаною з тривожними проблемами (Garnefski та ін., 2001). Гендерні відмінності також були продемонстровані у використанні конкретних когнітивних копінг-стратегій. Дослідження копінгу припускають, що жінки загалом схильні покладатися на пасивні та емоційно-орієнтовані копінг-стратегії більшою мірою, ніж чоловіки (Thoits, 1995). Крім того, жінки частіше, ніж чоловіки, використовують когнітивні копінг-стратегії румінації, катастрофізації та позитивного перефокусування (Garnefski et al, 2004).

Інша копінг-стратегія, яка може використовуватися особами з тривожністю, - пошук соціальної підтримки. Зв'язок між пошуком соціальної підтримки та симптомами психічних розладів є суперечливим. У перехресних дослідженнях було виявлено, що тривожні розлади або симптоми тривоги пов'язані з підвищеним пошуком соціальної підтримки (Borden, Clum, Broyles, & Watkins, 1988; Vollrath & Angst, 1993). Це можна пояснити за допомогою гіпотези мобілізації. З іншого боку, було виявлено, що депресія пов'язана як зі збільшенням, так і зі зменшенням пошуку підтримки (Parker & Brown, 1982). В іншому дослідженні зменшення пошуку соціальної підтримки було пов'язане як з тривогою, так і з депресією (Vollrath, Alns, & Torgersen, 1994b). У лонгітюдних дослідженнях Олдвін і Ревенсон (Aldwin and Revenson, 1987) виявили, що мобілізація підтримки посилює психологічні симптоми через рік, а Карвер і Шейєр (Carver and Scheier, 1994) повідомили, що пошук підтримки посилює відчуття загрози серед студентів під час екзаменаційної фази. В іншому проспективному дослідженні повідомлялося, що пошук соціальної підтримки зменшував депресивні симптоми у пацієнтів з больовим

синдромом. Знову ж таки, можливо, що пошук соціальної підтримки дає різні ефекти залежно від досліджуваного психічного розладу.

Для осіб з тривожними симптомами також дуже характерна така копінг-стратегія, як уникнення. Серед стратегій, сфокусованих на емоціях, було виявлено, що копінг-уникнення найбільш послідовно пов'язаний з різними симптомами психічних розладів. На перехресних зрізах це було показано для пацієнтів з психіатричними проблемами (Vitaliano та ін., 1985), а також для пацієнтів з проблемами фізичного здоров'я. Копінг-уникнення - це клас копіngu, який включає в себе когнітивні стратегії, такі як мрійливість і прийняття бажаного за дійсне (, відволікаючу поведінку, таку як перегляд телевізора або сон, і стратегії, що нагадують психіатричні симптоми, такі як прийом ліків (Parker & Brown, 1982), вживання алкоголю або наркотиків, або звинувачення самого себе (Aldwin & Revenson, 1987).

У перспективі було продемонстровано негативний вплив уникнення на різні критерії психічного здоров'я (Hoffart & Martinsen, 1993; Kleinke, 1992). Тому багато авторів вважають уникнення дезадаптацією та фактором ризику для психологічної адаптації.

Дослідження у 2022 році виявило (Гонтаренко, 2022), що тривожна молодь, як правило, використовує більше дезадаптивних стратегій подолання, ніж адаптивних стратегій у відповідь на негативні життєві події, ніж нетривожна молодь . Зокрема, було виявлено, що тривожна молодь більше зосереджена на негативних аспектах конкретних ситуацій і менше на створенні раціональної відповіді на ці негативні події. Використання більш дезадаптивних стратегій було пов'язане з вищим рівнем тривожності та посиленням страху. Крім того, незалежно від типу тривожного розладу, не було виявлено відмінностей у використанні неадаптивних стратегій подолання серед молоді з одним тривожним розладом, хоча тривожна молодь з коморбідною депресією використовує

більше неадаптивних стратегій подолання, ніж молодь з однією лише тривогою, особливо враховуючи, що тривога і депресія часто перетинаються (Гонтаренко, 2022)

Неадаптивні копінг-стратегії, які зазвичай використовує тривожна молодь, включають уникнення, відволікання, роздуми, самозвинувачення та катастрофізацію. Використання цих неадаптивних стратегій призводить до переоцінки загрози, заважає людині отримати інформацію, яка спростовує хибну загрозу, і часто призводить до того, що людина продовжує уникати або відволікатися від тривоги. Продовження використання неадаптивних стратегій подолання (наприклад, уникнення) значною мірою пов'язане з тривожністю, і цей зв'язок не усвідомлюється тривожною молоддю.

Наявна література вказує на те, що використання більш безпечної поведінки (наприклад, утримання біля об'єкту для посилення відчуття безпеки під час спроб поступово зіткнутися з ситуаціями, які викликають страх, під керівництвом терапевта, так звані завдання на експозицію) пов'язане зі зниженою реакцією на лікування. Така поведінка під час виконання завдань на експозицію вважається формою уникнення, оскільки вона заважає пацієнтові дізнатися, що він може зіткнутися з цією конкретною ситуацією, а отже, подолати страх. Аналогічно, використання відволікання як копінг-стратегії в ситуаціях страху можна вважати формою уникнення, особливо під час тієї частини лікування, коли пацієнтам пропонується поступово зіткнутися зі страхітливими ситуаціями (Гонтаренко, 2022).

Використання копінгу відволікання не завжди слід розглядати як дезадаптивну стратегію подолання страху, оскільки він може бути корисним у короткостроковій перспективі під час певних ситуацій, що не загрожують життю (наприклад, похід до стоматолога або здача крові), під час яких використання стратегії може дозволити людині займатися

потрібною справою, і може бути першим кроком до оволодіння страхом. Однак важливо пам'ятати, що її використання в цих ситуаціях має поєднуватися з діафрагмовим диханням, керованими уявленнями тощо, щоб допомогти людині поступово й успішно долати страх перед ситуаціями, які не становлять загрози для життя.

Надмірне покладання на стратегії відволікання може бути шкідливим у довгостроковій перспективі, наприклад, використання відволікання для подолання стресів, які не піддаються контролю, і пов'язане з погіршенням симптомів тривоги. Іншим фактором, який впливає на те, як молодь справляється з тривогою, є те, наскільки молодь вірить у те, що вона може контролювати стресовий фактор. Наприклад, коли стресовий фактор піддається контролю, молодь, яка використовує адаптивні стратегії (наприклад, позитивну переоцінку або активні копінг-стратегії) для подолання стресу, часто повідомляє про менший рівень дистресу. Однак, уявний контроль над зовнішніми стресовими подіями та відчуттям тривоги прогнозує вищий рівень тривоги (Гонтаренко, 2022).

Таким чином, тривожність є негативною емоцією особистості, яка може перерости у тривалі стани з відчуттям тривоги, що характеризується відчуттям наявної чи відсутньої небезпеки, загрози та внутрішнім напруженням. Тривалі тривожні стани та життєві негаразди можуть призводити до розвитку тривожних розладів, які зазвичай починаються з підліткового віку. Тривожні розлади чинять потужний негативний вплив на життя людини, впливаючи на усі сфери її життя та працездатність. Особливостями тривожних розладів є наявність дезадаптивних стратегій, яких людина звикла дотримуватися протягом життя, щоб почуватися безпечно. Такими стратегіями є уникнення проблеми (сюди ж відноситься відволікання), соціальне уникнення або, навпаки, надмірна орієнтація на соціальну підтримку, конфронтація, гіперконтроль, а також такі прояви копінг-стратегій, як надмірний

моніторинг інформації, самозвинувачення, румінація та катастрофізація. Саме тому одним із основних напрямків роботи з тривожними розладами є вироблення адаптивних копінг-стратегій.

1.3. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії у контексті лікування осіб з тривожними симптомами

Когнітивно-поведінкова терапія – це метод психотерапії, який включає когорту поведінкових і когнітивних втручань, що послуговуються принципами прикладної науки. Поведінкові інтервенції спрямовані на зменшення неадаптивної поведінки та посилення адаптивної поведінки шляхом зміни її передумов і наслідків, а також поведінкових практик, які призводять до нового навчання. Когнітивні втручання спрямовані на зміну дезадаптивних когнітивних здібностей, самовиявлень або переконань. Відмінними рисами КПТ є стратегії втручання, орієнтовані на проблему, які випливають із теорії навчання (а також) з принципів когнітивної теорії (Otte, 2022).

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є найбільш дослідженим методом психотерапії, який застосовується в лікуванні найрізноманітніших психічних розладів і вирішенні ряду психологічних проблем. КПТ вважається психологічною терапією вибору і є надійним методом лікування тривожних розладів серед емпірично доказових методів лікування. Когнітивно-поведінкова терапія може бути застосована в амбулаторних умовах, при госпіталізації, у вигляді індивідуальної, групової та сімейної терапії (Ряховська, 2020).

Щодо когнітивного компоненту КПТ, однією із базових є техніка, спрямована на виявлення тригерів занепокоєння, формулювання характерних для тривожності автоматичних думок у провокуючих ситуаціях і на побудову альтернативного погляду на ці ситуації. Вважається, що причиною депресивних та тривожних розладів є

іраціональні переконання, які формуються внаслідок когнітивних помилок (викривлень). Ці переконання лежать в основі патологічної тривоги (Burda, 2017).

Доведено, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ефективною для багатьох розладів психічного здоров'я, включаючи тривожні розлади (Watts et al, 2015). КПТ також асоціюється з покращенням якості життя пацієнтів із тривогою (Hofmann et al, 2014.). КПТ зазвичай концептуалізують як короткострокове лікування, орієнтоване на навички, спрямоване на зміну дезадаптивних емоційних реакцій шляхом зміни думок, поведінки пацієнта або обох цих сферах одразу (Powers, de Kleine et al, 2017). Витоки КПТ можна частково простежити до теорій ранніх дослідників, таких як Б. Ф. Скіннер і Джозеф Вольпе, які були піонерами руху поведінкової терапії в 1950-х роках. Поведінкова терапія припускає, що зміна поведінки призводить до зміни емоцій і когнітивних здібностей, таких як оцінки. З моменту появи поведінкова терапія розвинулася до когнітивної психотерапії, започаткованої ранніми роботами таких психологів, як Альберт Ейліс та Аарон Т. Бек (Beck, 1979). Когнітивна терапія зосереджена на зміні когнітивних здібностей, що передбачає зміну емоцій і поведінки.

Протягом багатьох років було створено велику кількість різноманітних протоколів для надання КПТ пацієнтам із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), генералізованим тривожним розладом (ГТР), obsесивно-компульсивним розладом (ОКР), панічним розладом (ПР), специфічними фобіями та соціальні тривожні розлади, а також ті з неспецифічними симптомами тривоги. Існує велика кількість інформації щодо цих методів лікування та їх використання, і цілі книги присвячені опису терапії на основі КПТ для кожного конкретного тривожного розладу. Це знову ж таки підтверджує ефективність КПТ у роботі з тривожними розладами (Kaczurkin & Foa, 2022).

КПТ модель тривожних розладів пояснює механізм переходу нормальної реакції тривоги, яка має лінійний характер у тривожний розлад, де тривога має циклічний характер. Хочу повернутися до природи тривоги, як зазначає Д. Вестбрук, реакція тривоги є нормальною, життєво важливою реакцією на небезпеку (Westbrook et al, 2011). Є три класичні реакції на небезпеку: 1) Битися/ боротися; 2) втікати і 3) завмерти. Коли ми зіштовхуємось з очікуваною небезпекою, то відчуваємо страх, а розум і тіло готується до того, щоб справитись з небезпечною ситуацією, розум розглядає найгірший сценарій, а тіло готується до того, щоб впоратись з ним. Частота дихання збільшується, щоб забезпечити більше кисню, серце б'ється швидше щоб донести збагачену киснем кров до основних м'язів; потові залози стають активнішими, щоб охолодити тіло під час активності, кров відводиться від шкіри, що може призвести до неприємних відчуттів і блідості (Вершибалко, 2022).

Також у розвитку підтримуючого циклу тривоги важливу роль відіграють неадекватні поведінкові відповіді. Тому у роботі з тривожними розладами звертається увага на поведінку особи в таких ситуаціях. Те що робить особа в ситуаціях, які викликають страх, щоб зменшити тривогу – Захисна поведінка і те чого уникає – поведінка уникнення . При соціальній тривозі, як і при інших тривожних розладах – дії, які робляться щоб зменшити небезпеку переважно є неадекватними і ведуть до посилення розладу. Поведінка Уникання - це уникання всіх ситуацій, які пов'язані з розвитком тривоги також не роблення чогось, що лякає або виконання в такий спосіб , щоб уникнути тих аспектів, які пробуджують страх.

Уникнення – це поширена коупінг стратегія при соціальній тривозі (включаючи вживання алкоголю для того щоб справитись у соціальній ситуації або уникнення зорового контакту), це сприяє збереженню проблеми. Іноді проблема підтримується тому, що симптоми тривоги погіршують соціальну продуктивність- людина не в змозі чітко думати або

тремтить- а це підвищує відчуття ніяковості й соціальні страхи. Поведінка уникання є важливим аспектом соціальної тривоги, бо є “ефективним” короткотерміновим розв’язком який знижує тривогу. Намагання зупинити уникання в ситуаціях, які пробуджують страх, є досить складно втілити, через негайне полегшення в тривозі, яке забезпечує уникання. Це відчуття полегшення є “нагородою” для особи за уникання. І все, що робить особа, і що є винагороджене, швидше за все буде повторюватись в майбутньому. Для того, щоб розірвати – це замкнене коло в КПТ використовують експозицію та поведінкові експерименти, про які ми згадаємо в наступних розділах нашої статті (Вершибалко, 2022)

Перейдемо до розгляду ефективності когнітивно-поведінкової терапії. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є добре відомим методом лікування тривожних розладів у дітей та підлітків (Higa-McMillan et al, 2016). Мета-аналізи показали, що приблизно 60% молоді одужують від тривожних розладів і відчувають значне зменшення симптомів після лікування (James et al, 2013). Однак питанням про те, чи зберігаються результати лікування в довгостроковій перспективі, приділяється менше уваги. Успішне лікування КПТ молодіжних тривожних розладів забезпечує захист від подальших наслідків (Puleo, Conner, Benjamin, & Kendall, 2011). На сьогоднішній день існує близько п’яти досліджень, заснованих на окремих вибірках, вивчали довгострокові ефекти протоколів КПТ у молоді зі змішаними тривожними розладами у вигляді тривожного розладу розлуки (ТРР), соціального тривожного розладу (СТР) та/або генералізованого тривожного розладу (ГТР) (Barrett, Duffy, Dadds, & Rapee, 2001; Kendall & Southam-Gerow, 1996 та інші). Ці дослідження вказують на те, що при довгостроковому спостереженні результати лікування або зберігалися, або покращувалися, а 46,5-85,7% учасників дослідження більше не відповідали діагностичним критеріям тривожних розладів (Ginsburg та ін., 2014). Таким чином, когнітивно-

поведінкова терапія працює у довгостроковій перспективі і допомагає позбутися симптомів діагнозів.

У дослідженні М. Ando, М. Као та співавторів у 2023, де був проведений мета-аналіз на вибірці з 633 респондентів, було виявлено, що дистанційна КПТ значно зменшує симптоми тривоги і депресії, про які вони самі повідомляли, порівняно з контрольною групою, яка не отримувала КПТ, серед людей похилого віку з тривожними симптомами. Результати були узгоджені з іншими результатами, що доводило валідність дослідження.

Одним із найбільших досліджень по рівню ефективності КПТ-терапії з включенням плацебо-ефекта у дослідження є робота Хоффмана та співавторів. У роботі вони провели скринінг 1 165 досліджень і визначили 27 рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень, в яких взяли участь 1 496 пацієнтів. За результатами середніх та великих розміри ефекту для показників тяжкості тривожного розладу, КПТ приносить значно більшу користь, ніж плацебо-терапія. Результати показали, що ефекти були значно більшими для РАС порівняно з усіма іншими розладами, за винятком ОКР. Більше того, КПТ при ОКР була більш ефективною, ніж КПТ при панічному розладі. Більше того, дослідники не спостерігали різниці між плацебо у вигляді таблеток і психологічним плацебо, а психологічне плацебо було структурно еквівалентним відповідному втручанню КПТ. Тому малоймовірно, що розміри ефекту, виявлені в цьому дослідженні, були систематично зміщені вибором або структурою і тривалістю плацебо-контролю.

Порівняння КПТ і плацебо за діагностичними групами показало, що КПТ достовірно перевершує плацебо лише в зниженні депресії при ПТСР і ОКР. Ці результати підтверджують специфічність КПТ для більшості тривожних розладів, що спостерігаються в повних вибірках (Hofmann et al, 2008).

Draheim та Anderson у 2021 році вивчали вплив техніки КПТ-терапії «переоцінка загрози» на зменшення тривоги шляхом аналізу існуючих досліджень на цю тему. Вони виявили, що, по-перше, 56% досліджень продемонстрували зменшення сили зв'язку між лікуванням і зниженням тривоги після контролю за переоцінкою загрози. По-друге, 28% досліджень продемонстрували докази причинно-наслідкового зв'язку між КПТ і переоцінкою загрози. По-третє, 28% досліджень вивчали, чи переоцінка загрози спричиняє зниження тривоги, і всі вони, крім одного (6 з 7 досліджень), продемонстрували, що переоцінка загрози призводить до подальшого зниження тривоги. Нарешті, 44% досліджень контролювали один або більше вірогідних альтернативних медіаторів, і в 9 з 11 досліджень спостерігався значний зв'язок між переоцінкою загрози і зниженням тривоги після контролю одного або більше вірогідних альтернативних медіаторів. Таким чином, існують переконливі докази зв'язку між техніками КПТ, зокрема переоцінкою загрози, та зменшенням симптомів тривоги.

Наразі існують деякі пропозиції щодо вдосконалення КПТ-терапії для тривожних розладів. Ці пропозиції включають наступне: (1) максимізувати розбіжність між очікуваним і фактичним результатом (порушення очікувань), (2) зменшити використання безпечної поведінки (сигнали безпеки), (3) комбінувати декілька стимулів страху (поглиблене витіснення), (4) час від часу поєднувати стимул страху з аверсивним результатом (періодичне підкріплення), (5) варіювати стимули, включаючи міжсигнальні інтервали (варіативність), (6) проводити експозицію в різних контекстах, (7) маркувати емоційний зміст (маркування впливу), (8) спати після витіснення, (9) здійснювати вплив під час сну, (10) поєднуючи страхітливий стимул з нейтральним стимулом під час засипання (результат новизни), (11) та поєднуючи страхітливий стимул з менш аверсивним результатом, (12) займаються фізичними

вправами тощо. Цей список не є вичерпним і не охоплює фармакологічне посилення витіснення страху. Для багатьох з цих стратегій існують доклінічні докази того, що вони полегшують або посилюють консолідацію навчання витіснення, але чи дійсно ці стратегії покращують результати КПТ, потребує подальшого дослідження (Powers et al, 2017).

Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія є дієвим методом у роботі з тривожними розладами різного виду. Численні дослідження підтверджують її ефективність у короткостроковій та довгостроковій перспективі. Наявні дослідження з плацебо-ефектом підтвердили дієвість когнітивно-поведінкової терапії. Робота когнітивно-поведінкової терапії перш за все спрямована на пропрацювання когніцій, дезадаптивних переконань та копінг стратегій клієнтів. Наразі когнітивно-поведінкова терапія продовжує вдосконалюватися та вже розроблені новітні техніки роботи.

Висновки до розділу 1

Копінг-стратегії - це індивідуальний спосіб взаємодії зі стресом, який може включати когнітивні, емоційні та поведінкові зусилля. Різні підходи до визначення копінгу включають психоаналітичний, диспозиційний, трансакційний і ресурсний. Психоаналітичний підхід розглядає копінг як механізм психологічного захисту, тоді як диспозиційний підхід вважає його сталою реакцією особистості на стрес. Інші підходи підкреслюють свідомість, цілеспрямованість та конструктивність копінгу.

Копінг-ресурси, такі як особистісні характеристики, локус контролю, емпатія, соціальна підтримка, грають важливу роль у впоранні зі стресом. Копінг-поведінка взаємодіє зі стресорами та ресурсами, що впливають на здоров'я та самопочуття людини. Це вказує на важливість розуміння та розвитку копінг-стратегій для поліпшення благополуччя.

Існує багато підходів до класифікації копінг-стратегій. Основними копінг-стратегіями є зміна способу бачення проблеми, зміна проблеми та керування емоційним дистресом. Також висвітлюються базові копінг-стратегії, такі як вирішення проблем, пошук соціальної підтримки та уникання.

Копінг-стратегії можуть бути адаптивними або дезадаптивними, і їх форма також впливає на результати. У людей з тривожними станами спостерігаються особливості використання копінг-стратегій, а дезадаптивні копінги можуть сприяти розвитку психічних розладів. Брак ресурсів подолання пов'язаний з різними психічними розладами, такими як депресія, аутизм та шизофренія.

Особливість копінг-ресурсів для ментального здоров'я полягає в їх стійкій взаємодії зі стресовими подіями і позитивним впливом на психологічне і фізичне благополуччя. Оптимізм, психологічна стійкість, здатність до саморегуляції, самооцінка та соціальна підтримка є

важливими копінг-ресурсами. Вони сприяють здатності справлятися зі стресом, покращують психологічне здоров'я і мають позитивний вплив на фізичне здоров'я.

Тривожність є індивідуальною особливістю, яка характеризується схильністю до тривоги та низьким порогом виникнення. Її причини можуть бути генетичними та соціальними. Тривожні розлади включають різні стани, такі як панічний розлад, генералізований тривожний розлад, фобії та інші. Вони супроводжуються надмірною або патологічною тривогою та супроводжуються фізіологічними, когнітивними та афективними симптомами. Тривожні розлади є поширеними та можуть призводити до значної інвалідності та погіршення якості життя. Багато аспектів тривожних розладів залишаються невідомими, і багато досліджень зосереджені на їхній етіології та лікуванні.

Копінг-стратегії осіб із тривожними розладами включають використання дезадаптивних стратегій подолання, які можуть підтримувати тривогу в довгостроковій перспективі. Тривожні особи також використовують поведінку безпеки, яка може знижувати тривогу на короткостроковій основі, але заважає довгостроковому впливу. Важливо розрізняти дезадаптивні стратегії та адаптивні стратегії подолання. Перехід від адаптивних до дезадаптивних стратегій може статися при надмірному застосуванні або ситуативно невідповідному використанні.

Основними дезадаптивними копінг-стратегіями при тривожних розладах є самозвинувачення, румінація і катастрофізація. Пошук соціальної підтримки є ще однією копінг-стратегією, яку використовують особи з тривожними симптомами. Зв'язок між пошуком соціальної підтримки та симптомами тривоги є суперечливим, оскільки дослідження показують як позитивні, так і негативні зв'язки. Уникнення є ще однією типовою копінг-стратегією для осіб з тривожними симптомами. Копінг-уникнення, включаючи мрійливість, відволікаючу поведінку та стратегії,

що нагадують психіатричні симптоми, може бути послідовно пов'язаною з різними симптомами психічних розладів.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є дослідженим і ефективним методом психотерапії для лікування тривожних розладів і психологічних проблем. Вона може бути застосована в різних форматах і включає в себе зміну думок і поведінки пацієнта. КПТ вирішує патологічну тривогу шляхом розвідки тригерів тривоги, виявлення автоматичних негативних думок та заміни їх альтернативними. Терапія заснована на розумінні механізмів тривоги і спрямована на зміну когнітивних здібностей, що призводить до зміни емоцій і поведінки. КПТ є ефективним методом лікування для багатьох тривожних розладів і покращує якість життя пацієнтів. Один з ключових аспектів КПТ полягає в розробці альтернативних стратегій уникнення, які допомагають розривати зачарований коло тривоги.

Загальний висновок про дієвість когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у лікуванні тривожних розладів полягає в тому, що КПТ є ефективним методом лікування тривожних розладів у дітей, підлітків і дорослих. Дослідження показують, що КПТ сприяє значному зменшенню симптомів тривожних розладів і досягненню одужання у близько 60% пацієнтів. Результати довгострокових досліджень підтверджують, що ефекти лікування КПТ зберігаються або покращуються у довгостроковій перспективі.

Загалом, наявні дослідження підтверджують ефективність КПТ у лікуванні тривожних розладів, зокрема у довгостроковій перспективі. КПТ є специфічним і ефективним підходом, який допомагає пацієнтам позбутися симптомів тривожних розладів та покращити якість їх життя.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ ОСІБ З ТРИВОЖНИМИ СИМПТОМАМИ

2.1. Методологія дослідження

Опитувальник для дослідження копінг-стратегій осіб з тривожними симптомами, які отримують когнітивно-поведінкову терапію складався із соціально-демографічного та психологічного блоків. Соціально-демографічний блок: цей сегмент обстеження включав ряд питань, спрямованих на збір основних демографічних даних учасників. У цих питання розглядалися вік, стать, сімейний статус, наявність дітей, рівень освіти, вплив війни, досвід проходження когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), тривалість КПТ та її ефективність.

Психологічний блок: для аналізу копінг-стратегій був обраний “Опитувальник копінг-стратегій” Лазаруса (QSQ) (Harland et al., 2003). Даний опитувальник дозволяє оцінити, як особи справляються зі стресом та викликами, спираючись на різні стратегії. Він враховує різні аспекти стратегій справляння зі стресом, включаючи проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані стратегії. Опитувальник QSQ виявляє такі копінг-стратегії як конфронтаційний копінг, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча та уникнення, планування вирішення проблем та позитивна переоцінка.

Оцінка рівня тривожності учасників була проведена за допомогою опитувальника Gad-7 (Williams, 2014). Опитувальник включає 7 питань, кожне з яких вимірює один з симптомів тривожності за останній тиждень. Опитування має форму семантичного диференціалу, який має градацію від 0 до 3 балів для кожного питання. Наявність тривожних симптомів визначається так, що, якщо респондент набирає від 0 до 7 балів, то це свідчить про відсутність тривожних симптомів. Якщо респондент набирає

8 та більше балів, то це, відповідно, свідчить про наявність тривожних симптомів. Варто зазначити, що в ході цього дослідження на меті є визначити лише наявність тривожних симптомів, тому високі результати респондентів не свідчать про наявність тривожного розладу.

Усі учасники дослідження були проінформовані про мету дослідження і дали свою згоду на участь. Дані були зібрані через онлайн-платформу Google Forms. Зібрані дані були аналізовані за допомогою відповідного статистичного програмного забезпечення.

За допомогою цього комплексного методологічного підходу ми намагаємося отримати глибоке розуміння того, як різні копінг-стратегії впливають на осіб з тривожними симптомами, які отримують когнітивно-поведінкову терапію.

2.2. Опис вибірки

Ця вибірка включає 139 респондентів, серед яких 128 (92,1%) жінок та 11 (7,9%) чоловіків. Респонденти представлені різними віковими групами: 24 (17,3%) від 18 до 20 років, 19 (13,7%) від 21 до 25 років, 45 (32,4%) від 26 до 35 років, 31 (22,3%) від 36 до 45 років, і 20 (14,4%) від 46 до 60 років (Табл. 2.1).

Стосовно сімейного статусу, більшість респондентів є одруженими або вийшли заміж - 76 (54,7%), 45 (32,4%) - неодружені або незаміжні, 11 (7,9%) живуть у цивільному шлюбі, 6 (4,3%) розлучені, та 1 (0,7%) вдівець або вдова (Табл. 2.1).

Щодо наявності дітей, 74 респонденти (53,2%) не мають дітей, 30 (21,6%) мають одну дитину, 29 (20,9%) мають двох дітей, а 6 (4,3%) мають трьох дітей (Табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Представлення розмірності вибірки за соціально-демографічними групами

<i>Група</i>	<i>Кількість</i>	<i>% від Загального</i>
--------------	------------------	-------------------------

Стать	Жіноча	128	92.1 %
	Чоловіча	11	7.9 %
Вік	18-20 років	24	17.3 %
	21-25 років	19	13.7 %
	26-35 років	45	32.4 %
	36-45 років	31	22.3 %
	46-60 років	20	14.4 %
Сімейний статус	Вдівець/вдова	1	0.7 %
	Неодружений/незаміжня	45	32.4 %
	Одружений/заміжня	76	54.7 %
	Розлучений(на)	6	4.3 %
	Цивільний шлюб	11	7.9 %
Наявність дітей	Ні	74	53.2 %
	Одна дитина	30	21.6 %
	Дві дитини	29	20.9 %
	Три дитини	6	4.3 %
Здобута освіта	Загальна середня освіта (9 класів)	1	0.7 %
	Повна загальна середня освіта (11 класів)	23	16.5 %
	Молодший бакалавр/молодший спеціаліст	11	7.9 %
	Бакалавр	26	18.7 %
	Магістр	68	48.9 %
	Маю науковий ступінь	5	3.6 %
	Інша	5	3.6 %

У контексті освіти, найбільша частина вибірки має ступінь магістра - 68 (48,9%), 26 (18,7%) - бакалавра, 11 (7,9%) - молодший бакалавр або молодший спеціаліст, 23 (16,5%) мають повну загальну середню освіту (11 класів), 1 (0,7%) має загальну середню освіту (9 класів), а 5 (3,6%) мають іншу освіту або науковий ступінь (Табл. 2.1).

У контексті впливу війни, 52 респонденти (37,4%) відчують значний вплив, 40 (28,8%) - сильний, 21 (15,1%) - дуже сильний, 25 (18,0%) відчують незначний вплив, а 1 (0,7%) - не відчуває впливу взагалі (Рис. 2.1).

Вплив війни

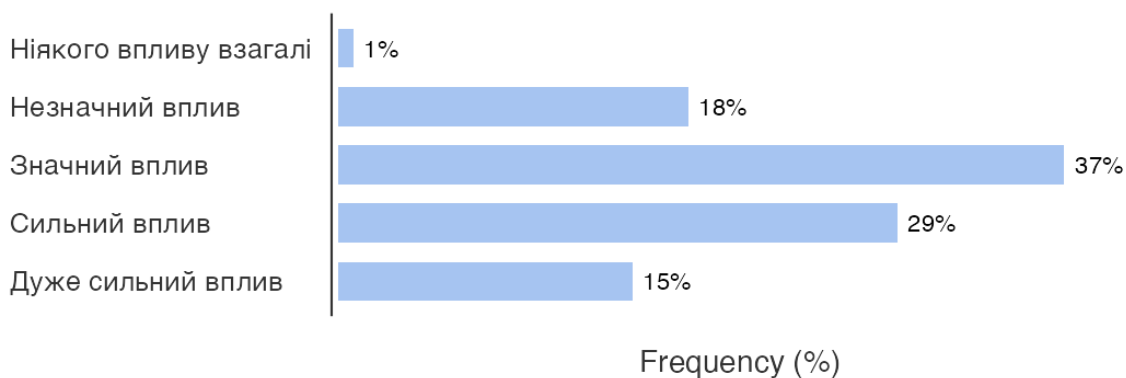


Рис. 2.1. Представлення кількості відповідей респондентів за впливом війни на їхнє життя.

111 респондентів (79,9%) не проходили когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), а 28 (20,1%) проходили (Табл. 2.2). Серед тих, хто проходив КПТ, 8 (28,6%) проходили від 6 до 10 сесій або від 11 до 20 сесій, 6 (21,4%) проходили від 1 до 5 сесій або більше 20 сесій. Загалом, 26 респондентів (92,9%) вважають КПТ ефективною, а 2 (7,1%) вважають, що вона не була ефективною (Табл. 2.2).

Таблиця 2.2.

Опис вибірки за питаннями, які стосувались КПТ.

	<i>Група</i>	<i>Кількість</i>	<i>% від Загального</i>
Проходження КПТ	Ні	111	79.9 %
	Так	28	20.1 %
Тривалість КПТ	1-5 сесій	6	21.4 %
	6-10 сесій	8	28.6 %
	11-20 сесій	8	28.6 %
	Більше 20 сесій	6	21.4 %

Ефективність КПТ	Ні	2	7.1 %
	Так	26	92.9 %

Більшість учасників дослідження відчувають тривожні симптоми - це 82.0% (114 осіб), в той час як у 18.0% (25 осіб) симптоми відсутні (Рис. 2.2). Якщо розглядати наявність тривожних симптомів у контексті проходження когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), ми можемо бачити наступну тенденцію: серед тих, хто не відчуває симптомів тривожності, більшість (21 особа, що становить 15.1% від загального числа учасників дослідження) не проходили КПТ, в той час як лише невелика частина (4 особи, або 2.9%) проходили. Серед тих, хто відчуває симптоми тривожності, значно більша частина (90 осіб, що становить 64.7%) також не проходила КПТ, в той час як 24 особи (17.3%) проходили КПТ. Отже, більшість учасників цього дослідження, незалежно від наявності симптомів тривожності, не проходили когнітивно-поведінкову терапію.

Наявність симптомів тривожного розладу

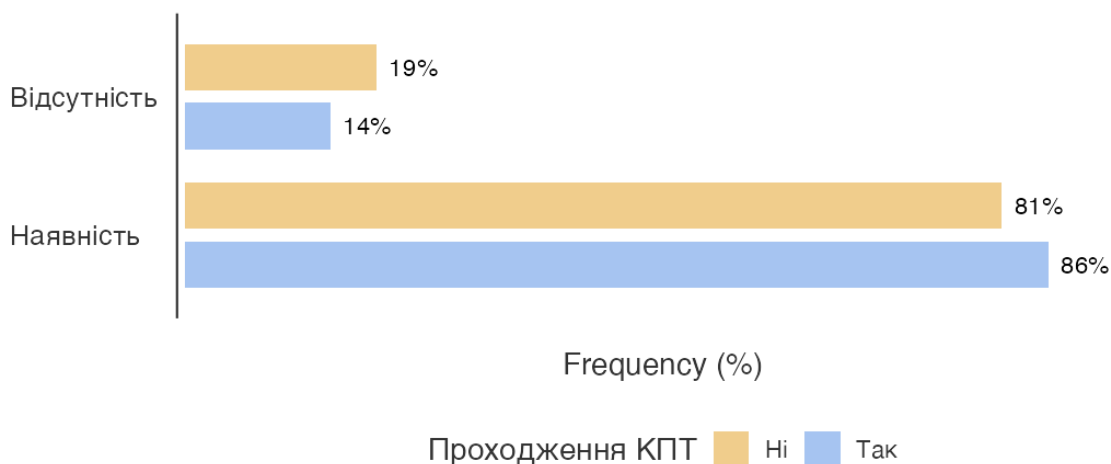


Рис. 2.2. Представлення графічно за групами, які мали тривожні симптоми та проходили КПТ.

Висновки до розділу 2

1) У цьому дослідженні використовується комплексний підхід до вивчення копінг-стратегій осіб з тривожними симптомами, які отримують когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). Методологія включає соціально-демографічний і психологічний блоки.

2) Використовується опитувальник Лазаруса для аналізу копінг-стратегій, який дозволяє оцінити, як особи справляються зі стресом, використовуючи різні стратегії. Рівень тривожності оцінюється за допомогою опитувальника Gad-7, який вимірює симптоми тривожності за останній тиждень.

3) Дані були зібрані та аналізовані за допомогою відповідного статистичного програмного забезпечення. Результати цього дослідження будуть важливими для розробки ефективних підходів до КПТ, а також для визначення найкращих копінг-стратегій для осіб, що страждають від тривожності.

4) Вибірка дослідження складає 139 респондентів, з яких переважна більшість є жінками. Велика частина респондентів має вищу освіту (магістр або бакалавр), є у шлюбі та не має дітей. Стосовно впливу війни, більшість респондентів відчувають значний до дуже сильний вплив. Лише 20,1% респондентів проходили когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), не дивлячись на високу присутність тривожних симптомів (82,0%). При цьому, більшість тих, хто проходив КПТ, вважають її ефективною. Частка людей, які відчувають симптоми тривожності, значно вища серед тих, хто не проходив КПТ. Отже, ці дані свідчать про значну потребу в доступі до когнітивно-поведінкової терапії для респондентів, що мають симптоми тривожності, враховуючи її ефективність. Це підкреслює важливість просування та доступності психологічної допомоги в сучасному суспільстві, особливо у контексті стресогенних ситуацій, як от війни.

РОЗДІЛ 3.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ОСІБ З ТРИВОЖНИМИ СИМПТОМАМИ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВУ ТЕРАПІЮ

3.1. Порівняння копінг-стратегій у різних соціально-демографічних групах

Одним із ключових показників, який використовується для виміру надійності тесту, є коефіцієнт альфа Кронбаха. Цей показник оцінює, наскільки часто учасники опитування дають послідовні відповіді на різні пункти в одному і тому ж сеті питань. Він коливається від 0 (абсолютно непослідовні відповіді) до 1 (абсолютно послідовні відповіді). Враховуючи, що для даного дослідження опитувальники було перекладено українською мовою з мови оригіналу, необхідно обчислити коефіцієнт альфа Кронбаха.

У цьому випадку, опитувальник “Копінг-стратегій” Лазаруса має коефіцієнт альфа Кронбаха 0.847 (Додаток А, Табл. А.1). Це вказує на високу надійність цього опитувальника. Результати надійності шкали опитування GAD-7 становить 0.886 (Додаток А, Табл. А.2). Цей показник вказує на високу надійність цього опитування, оскільки він досить близький до 1. Таким чином, обидва опитувальника можна брати для подальших обрахунків.

Оскільки вибірка становила 139 осіб, було застосовано критерій Колмогорова-Смирнова для визначення нормальності розподілу метричних шкал (Додаток А, Табл. А.3). Результати тесту Колмогорова-Смирнова вказують на значимі відхилення від нормального розподілу для кількох змінних: “Конфронтація” (0.1366, $p=0.011$), “Дистанціювання” (0.1407, $p=0.008$), “Пошук соціальної підтримки” (0.1194, $p=0.038$), “Прийняття відповідальності” (0.1215, $p=0.033$) та “Уникнення” (0.1357, $p=0.012$). Тим часом, результати для “Самоконтролю” (0.1074, $p=0.081$),

“Планування вирішення проблеми” (0.1102, $p=0.068$), “Позитивна переоцінка” (0.0709, $p=0.487$) та “Тривожність” (0.0889, $p=0.222$) не показали значимих відхилень від нормальності, що свідчить про те, що дані цих змінних мають близький до нормального розподіл.

Жінки в нашій вибірці виявляють менший рівень конфронтації, порівняно з чоловіками ($M=3.63$, $SD=1.75$ проти $M=2.82$, $SD=2.04$ відповідно) (Табл. 3.1). Вони також показують незначно менший рівень дистанціювання ($M=3.09$, $SD=1.84$) порівняно з чоловіками ($M=3.18$, $SD=1.72$). Водночас жінки зазвичай виявляють більше самоконтролю ($M=5.64$, $SD=2.11$) ніж чоловіки ($M=6.91$, $SD=3.18$). Що стосується пошуку соціальної підтримки, жінки виявляють цю копінг-стратегію більше ($M=5.67$, $SD=2.26$), ніж чоловіки ($M=4.55$, $SD=2.38$). Жінки також менш схильні до прийняття відповідальності ($M=2.56$, $SD=1.59$) порівняно з чоловіками ($M=3.45$, $SD=1.92$). Обидві статі демонструють схожі рівні уникнення (жінки: $M=4.44$, $SD=2.71$; чоловіки: $M=4.09$, $SD=2.81$). Чоловіки, однак, більше застосовують стратегію планування вирішення проблеми ($M=5.45$, $SD=2.77$) порівняно з жінками ($M=4.77$, $SD=2.34$). Позитивна переоцінка виявляється приблизно однаково у обох статей, з незначним перевагою у чоловіків ($M=6.18$, $SD=3.16$) проти жінок ($M=6.02$, $SD=3.10$). Щодо тривожності, жінки виявляють її більше ($M=13.02$, $SD=4.97$), ніж чоловіки ($M=11.55$, $SD=5.24$).

Таблиця 3.1.

Психологічний портрет за копінг-стратегією та тривожністю за статевими групами.

	Стать	Середнє	Ст. відх.
Конфронтація	Жіноча	3.63	1.75
	Чоловіча	2.82	2.04
Дистанціювання	Жіноча	3.09	1.84
	Чоловіча	3.18	1.72

Самоконтроль	Жіноча	5.64	2.11
	Чоловіча	6.91	3.18
Пошук соціальної підтримки	Жіноча	5.67	2.26
	Чоловіча	4.55	2.38
Прийняття відповідальності	Жіноча	2.56	1.59
	Чоловіча	3.45	1.92
Уникнення	Жіноча	4.44	2.71
	Чоловіча	4.09	2.81
Планування вирішення проблеми	Жіноча	4.77	2.34
	Чоловіча	5.45	2.77
Позитивна переоцінка	Жіноча	6.02	3.10
	Чоловіча	6.18	3.16
Тривожність	Жіноча	13.02	4.97
	Чоловіча	11.55	5.24

Загалом, дані свідчать, що жінки та чоловіки використовують різні копінг-стратегії. Жінки схильні до більшого самоконтролю і пошуку соціальної підтримки, в той час як чоловіки схильні більше приймати відповідальність і планувати вирішення проблем. Обидві статі показують схожі рівні уникнення і позитивної переоцінки, але жінки виявляють вищий рівень тривожності.

В ході проведення однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) було виявлено статистично значущі різниці між групами віку у чотирьох змінних: дистанціюванні ($F(4, 134) = 5.78, p < .001$), прийнятті відповідальності ($F(4, 134) = 3.04, p = .019$), плануванні вирішення проблеми ($F(4, 134) = 2.69, p = .034$) та позитивній переоцінці ($F(4, 134) = 2.73, p = .032$) (Додаток А, Табл. А.20). Тести на однорідність дисперсій показали, що для всіх чотирьох змінних не було значущих відмінностей в дисперсіях між групами віку, що підтверджує вірність припущення про однорідність дисперсій для ANOVA. Тести на нормальність вказують, що

розподіл змінних дистанціювання та прийняття відповідальності відхиляється від нормального ($p < 0.05$ за тестом Shapiro-Wilk), в той час як для планування вирішення проблеми та позитивної переоцінки не було виявлено відхилень від нормальності.

Групові дескриптивні статистики показали, що дистанціювання зменшувалося із зростанням віку, з найвищим середнім значенням у групі віку 18-20 років ($M = 3.96$, $SD = 1.88$) і найнижчим у групі віку 46-60 років ($M = 1.80$, $SD = 1.28$). Схожа тенденція спостерігалася і в прийнятті відповідальності. На відміну від цього, у плануванні вирішення проблеми і позитивній переоцінці не було ясної тенденції, але зазначимо, що середнє значення планування вирішення проблеми було найвищим у групі віку 36-45 років ($M = 5.61$, $SD = 2.53$), а позитивна переоцінка — у групі 36-45 років ($M = 7.10$, $SD = 3.13$). Ці результати вказують на наявність статистично значущих відмінностей у реакціях на стрес між групами різних вікових категорій. Зокрема, молодші люди, ймовірно, більше використовують такі стратегії, як дистанціювання і прийняття відповідальності, в той час як стратегії планування вирішення проблеми та позитивна переоцінка, можливо, стають більш релевантними з віком.

Результати тесту Краскела-Уолліса показали статистично значущу відмінність в стратегіях дистанціювання між різними сімейними статусами ($\chi^2(4) = 21.7$, $p < .001$, $\epsilon^2 = 0.157$) (Додаток А, Табл. А.21). З описових статистик видно, що найвищий середній рівень дистанціювання було виявлено серед неодружених/незаміжніх осіб ($M = 4.00$, $SD = 1.71$), а найнижчий - серед вдов/вдівців ($M = 1.00$, NaN, так як в пробі був лише один спостерігач). Особи, які перебували в цивільному шлюбі, показали третій за величиною середній рівень дистанціювання ($M = 3.27$, $SD = 1.79$). Одружені/заміжні особи та розлучені особи мали порівняно нижчі середні значення (відповідно $M = 2.59$, $SD = 1.74$ та $M = 2.83$, $SD = 1.47$). Ці дані свідчать про значні різниці в стратегіях дистанціювання в залежності від

сімейного статусу. Зокрема, неодружені особи схильні до вищого рівня дистанціювання, в порівнянні з іншими сімейними статусами.

Результати тесту Краскела-Уолліса показали значущі відмінності в стратегіях дистанціювання ($\chi^2(3) = 13.3$, $p = 0.004$, $\varepsilon^2 = 0.0960$) та прийняття відповідальності ($\chi^2(3) = 11.2$, $p = 0.011$, $\varepsilon^2 = 0.0812$) між групами з різною кількістю дітей (Додаток А, Табл. А.22). Щодо стратегії дистанціювання, особи без дітей мали найвищий середній рівень ($M = 3.55$, $SD = 1.83$), а особи з двома дітьми — найнижчий ($M = 2.34$, $SD = 1.84$). У осіб з однією дитиною середній рівень дистанціювання був 2.70 ($SD = 1.32$), а у тих, хто має три дитини, цей показник був трохи вищим — 3.17 ($SD = 2.56$). Щодо стратегії прийняття відповідальності, найвищий середній рівень був серед осіб без дітей ($M = 3.07$, $SD = 1.54$). Особи з одною, двома і трьома дітьми мали порівняно нижчі середні показники, відповідно, $M = 2.17$ ($SD = 1.37$), $M = 2.14$ ($SD = 1.87$) та $M = 2.00$ ($SD = 1.55$). Ці дані свідчать про вплив наявності дітей на стратегії дистанціювання та прийняття відповідальності: особи без дітей мають вищі рівні обох стратегій.

Тест Краскела-Уолліса показав, що є значущі відмінності в самоконтролі між респондентами з різним рівнем освіти ($\chi^2(6) = 12.9$, $p = 0.045$, $\varepsilon^2 = 0.0932$) (Додаток А, Табл. А.23). Респонденти з науковим ступенем мали найвищий середній рівень самоконтролю ($M = 7.00$, $SD = 1.58$), а ті, хто має лише загальну середню освіту (9 класів), мали найнижчий ($M = 3.00$). Серед інших рівнів освіти, молодші бакалаври/молодші спеціалісти мали високий середній рівень самоконтролю ($M = 6.64$, $SD = 1.43$), незабагато відстаючи від тих, хто має повну загальну середню освіту (11 класів) з середнім рівнем самоконтролю 6.26 ($SD = 1.86$). Респонденти зі ступенем бакалавра та магістра мали схожий середній рівень самоконтролю, відповідно $M = 5.62$ ($SD = 2.58$) та $M = 5.56$ ($SD = 2.28$). Ті, хто вказали “Інша” у розділі освіта,

мали середній рівень самоконтролю 3.80 (SD = 1.64). Ці дані свідчать про те, що рівень освіти може впливати на рівень самоконтролю, причому респонденти з науковими ступенями виявили найвищий рівень самоконтролю.

3.2. Дослідження копінг-стратегій у людей з тривожними сипмтомами

Вивчаючи стратегії справляння зі стресом серед учасників з наявністю та відсутністю тривожних симптомів, було отримано наступні результати (Табл. 3.2): у середньому, люди з симптомами тривожності більше використовують стратегії такі як конфронтація (M = 3.69, SD = 1.73), дистанціювання (M = 3.14, SD = 1.89), самоконтроль (M = 5.83, SD = 2.23), пошук соціальної підтримки (M = 5.82, SD = 2.17), прийняття відповідальності (M = 2.92, SD = 1.57), уникнення (M = 4.74, SD = 2.76), і планування вирішення проблеми (M = 4.69, SD = 2.30). Проте, вони використовують стратегію позитивної переоцінки трохи менше (M = 5.87, SD = 3.07) порівняно з тими, хто не має симптомів тривожності.

Таблиця 3.2.

Психологічний портрет за копінг-стратегією та тривожність за проявом тривожних симптомів.

	Наявність тривожних симптомів	Mean	SD
Конфронтація	Відсутність	2.96	1.93
	Наявність	3.69	1.73
Дистанціювання	Відсутність	2.92	1.47
	Наявність	3.14	1.89
Самоконтроль	Відсутність	5.32	2.23
	Наявність	5.83	2.23
Пошук соціальної підтримки	Відсутність	4.52	2.49
	Наявність	5.82	2.17
Прийняття	Відсутність	1.32	1.18

відповідальності	Наявність	2.92	1.57
Уникнення	Відсутність	2.92	1.85
	Наявність	4.74	2.76
Планування вирішення проблеми	Відсутність	5.40	2.63
	Наявність	4.69	2.30
Позитивна переоцінка	Відсутність	6.80	3.14
	Наявність	5.87	3.07

Люди без симптомів тривожності, в середньому, менше використовують стратегії, такі як конфронтація ($M = 2.96$, $SD = 1.93$), дистанціювання ($M = 2.92$, $SD = 1.47$), самоконтроль ($M = 5.32$, $SD = 2.23$), пошук соціальної підтримки ($M = 4.52$, $SD = 2.49$), прийняття відповідальності ($M = 1.32$, $SD = 1.18$), уникнення ($M = 2.92$, $SD = 1.85$), і планування вирішення проблеми ($M = 5.40$, $SD = 2.63$) (Табл. 3.2). Однак, вони більше використовують стратегію позитивної переоцінки ($M = 6.80$, $SD = 3.14$). Таким чином, учасники з тривожними симптомами схильні використовувати різноманітні стратегії справляння зі стресом, такі як конфронтація, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, уникнення та планування вирішення проблем. Проте, вони використовують менше позитивної переоцінки порівняно з учасниками без симптомів тривожності.

Також було виявлено статистично значущі різниці в використанні деяких стратегій (Додаток А, Табл. А.19). Учасники з симптомами тривожності більше використовують стратегії пошуку соціальної підтримки ($U = 998$, $p = 0.018$), прийняття відповідальності ($U = 610$, $p < 0.001$) та уникнення ($U = 869$, $p = 0.002$) порівняно з тими, у кого симптоми тривожності відсутні.

Тест Краскела-Уолліса виявив значущі відмінності у стратегіях справляння з впливом війни, включаючи пошук соціальної підтримки

($\chi^2(4) = 14.23$, $p = 0.007$, $\varepsilon^2 = 0.1031$), уникнення ($\chi^2(4) = 9.70$, $p = 0.046$, $\varepsilon^2 = 0.0703$) і тривожність ($\chi^2(4) = 21.16$, $p < .001$, $\varepsilon^2 = 0.1533$) (Додаток А, Табл. А.24). У контексті пошуку соціальної підтримки, учасники, які відчувають дуже сильний вплив війни, зазвичай звертаються по допомогу більше ($M = 6.33$, $SD = 2.31$) порівняно з тими, на кого війна не вплинула ($M = 3.00$). Щодо стратегії уникнення, люди, які зазнали дуже сильного впливу війни, зазвичай уникають ситуацій більше ($M = 5.38$, $SD = 2.87$), ніж ті, на кого війна не вплинула ($M = 1.00$).

У контексті тривожності, учасники, на яких війна сильно вплинула, проявляють найвищий рівень тривожності ($M = 15.81$, $SD = 4.13$), набагато вищий, ніж у тих, на кого війна не вплинула ($M = 11.00$). В цілому, ці результати вказують на те, що вплив війни суттєво впливає на стратегії справляння і рівні тривожності, з особливим зростанням тривожності і залученням в пошук соціальної підтримки у тих, кого найбільше торкнулося насильство.

3.3. Дослідження особливостей респондентів, які проходять когнітивно-поведінкову терапію

Результати хі-квадрат тесту виявили значущу залежність між віком та проходженням когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) ($\chi^2(4) = 17.5$, $p = 0.002$) (Додаток А, Табл. А.28; Рис. 3.1). Крамер V і Контингентний коефіцієнт показують помірний зв'язок ($V = 0.354$, Contingency coefficient = 0.334). Серед людей у віці 18-20 років, більша частина пройшла КПТ (11 з 24), в той час як в інших вікових групах спостерігається інша тенденція: 21-25 років (5 з 19), 26-35 років (9 з 45), 36-45 років (3 з 31), і ніхто з групи віку 46-60 років не пройшов КПТ. В цілому, ці дані можуть вказувати на те, що молодші люди з більшою ймовірністю пройдуть когнітивно-поведінкову терапію, порівняно з більш старшими віковими групами.

Вплив війни

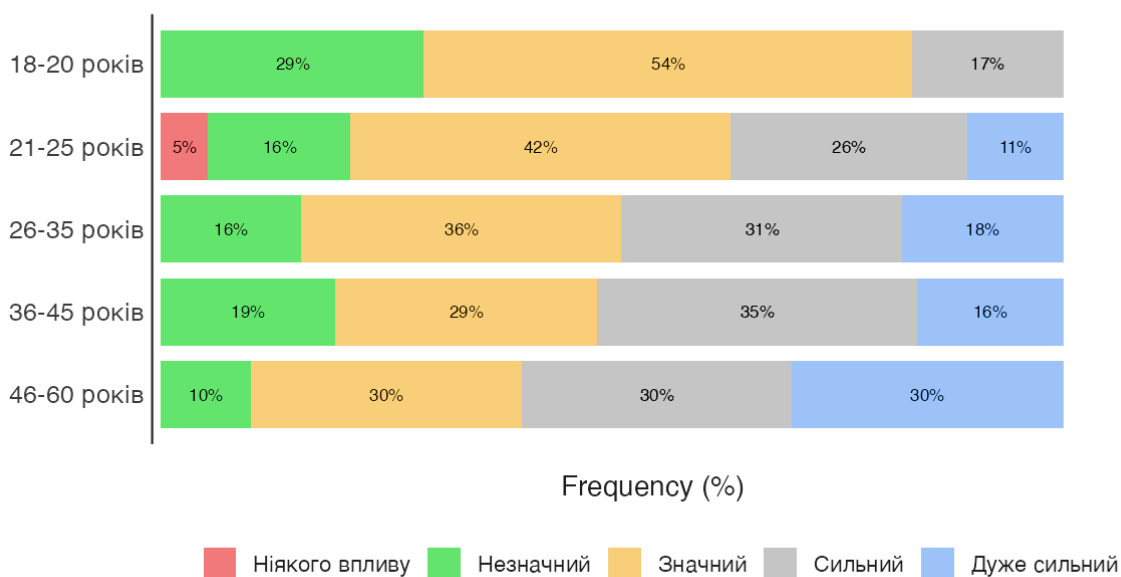


Рис. 3.1. Розподіл респондентів за впливом війни та віковою категорією.

Результати хі-квадрат тесту виявили значущу залежність між наявністю дітей та проходженням когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) ($\chi^2(3) = 12.1$, $p = 0.007$) (Додаток А, Табл. А.29; Рис. 3.2). Крамер V і контингентний коефіцієнт показують помірний зв'язок ($V = 0.295$, Contingency coefficient = 0.283). Серед людей, які не мають дітей, більший відсоток людей пройшли КПТ (23 з 74), в порівнянні з іншими групами: у групі з однією дитиною - 3 з 30, у групі з двома дітьми - 2 з 29. Ніхто з групи, що має три діти, не пройшов КПТ. В цілому, ці дані можуть вказувати на те, що люди, які не мають дітей, з більшою ймовірністю пройдуть когнітивно-поведінкову терапію, порівняно з тими, хто має дітей.

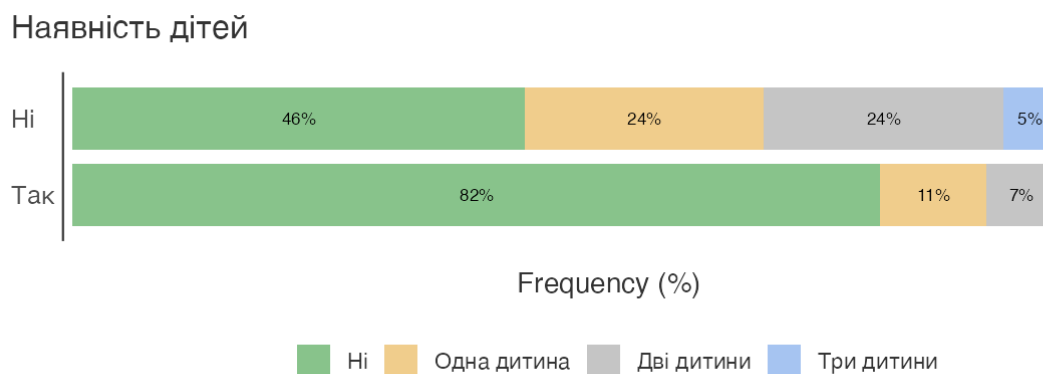


Рис. 3.2. Розподіл респондентів за кількістю дітей та проходженням КПТ.

Результати хі-квадрат тесту виявили значущу залежність між рівнем освіти та проходженням когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) ($\chi^2(6) = 12.8$, $p = 0.047$) (Додаток А, Табл. А.30; Рис. 3.3). Крамер V і контингентний коефіцієнт показують помірний зв'язок ($V = 0.303$, Contingency coefficient = 0.290). Детальний аналіз показує, що в групах освіти є різні тенденції. Серед людей, які мають повну загальну середню освіту (11 класів), майже половина пройшла КПТ (10 з 23). Тим часом, в інших групах освіти менша частина людей пройшла КПТ: молодший бакалавр/молодший спеціаліст (3 з 11), бакалавр (6 з 26), магістр (8 з 68), маю науковий ступінь (1 з 5). У групах з загальною середньою освітою (9 класів) та іншими типами освіти ніхто не пройшов КПТ. В цілому, ці дані можуть вказувати на те, що люди з певним рівнем освіти, зокрема з повною загальною середньою освітою (11 класів), з більшою ймовірністю пройдуть когнітивно-поведінкову терапію, порівняно з іншими групами освіти.

Здобута освіта

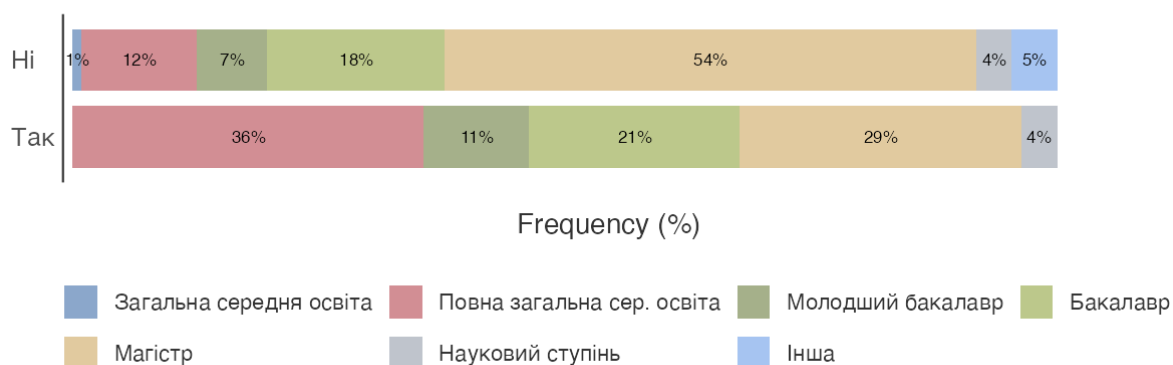


Рис. 3.3. Розподіл респондентів за рівнем здобутої освіти та проходженням КПТ.

Результати хі-квадрат тесту виявили значущу залежність між впливом війни та наявністю тривожних симптомів ($\chi^2(4) = 15.0$, $p = 0.005$) (Додаток А, Табл. А.31; Рис. 3.4). Крамер V і контингентний коефіцієнт показують помірний зв'язок ($V = 0.329$, Contingency coefficient = 0.312). Детальний аналіз показує, що особи, які відчують сильний або дуже сильний вплив війни, зазвичай мають тривожні симптоми: сильний вплив (37 з 40), дуже сильний вплив (21 з 21). Така тенденція також спостерігається для осіб, які відчують значний вплив війни (39 з 52). Однак, для осіб, які відчують незначний вплив війни, частка осіб з тривожними симптомами знижується до близько половини (16 з 25). Для особи, яка не відчуває жодного впливу війни, відзначено наявність тривожних симптомів. В цілому, ці дані можуть свідчити про те, що сильніше відчуття впливу війни збільшує ймовірність наявності тривожних симптомів.

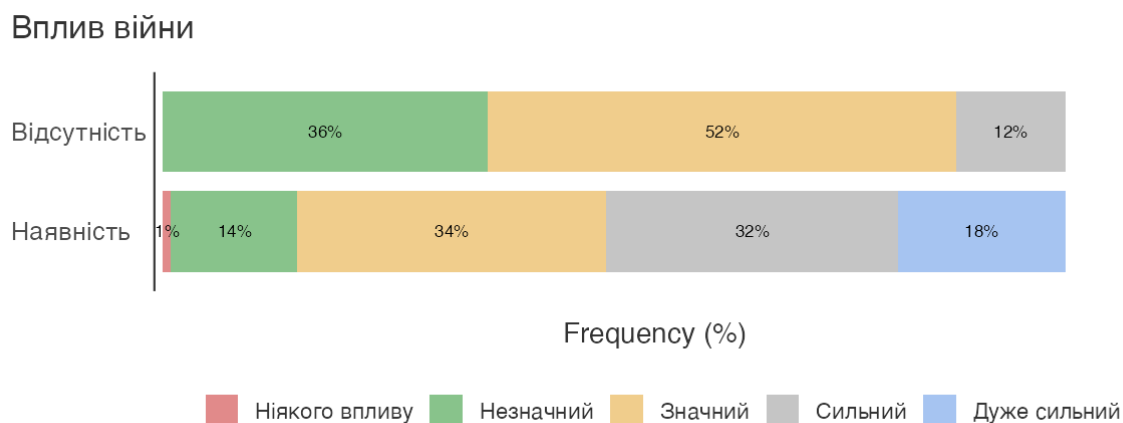


Рис. 3.4. Розподіл респондентів за впливом війни та наявністю тривожних симптомів.

Дані кореляційні таблиці показують зв'язок між копінг-стратегіями (способами управління стресом) і рівнем тривожності у двох групах: одна група проходила когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) (Табл. 3.3), а інша група не проходила таку терапію (Табл. 3.4). У групі, яка проходила КПТ: Копінг-стратегія “Конфронтація” має слабкий позитивний зв'язок з тривожністю (Spearman’s $\rho = 0.276$, $p\text{-value} = 0.003$). Це означає, що люди, які більше використовують конфронтацію як стратегію управління стресом, можуть мати трохи вищий рівень тривожності; Копінг-стратегія “Пошук соціальної підтримки” також має слабкий позитивний зв'язок з тривожністю (Spearman’s $\rho = 0.233$, $p\text{-value} = 0.014$). Це означає, що люди, які більше шукають соціальну підтримку, можуть також мати трохи вищий рівень тривожності; Копінг-стратегії “Прийняття відповідальності” та “Уникнення” мають помітний позитивний зв'язок з тривожністю. Коефіцієнти кореляції є високими і статистично значущими (для “Прийняття відповідальності”: Spearman’s $\rho = 0.471$, $p\text{-value} < 0.001$; для “Уникнення”: Spearman’s $\rho = 0.394$, $p\text{-value} < 0.001$). Це означає, що люди, які більше використовують ці стратегії копінгу, мають значно вищий рівень тривожності; спостерігається значний позитивний зв'язок між копінг-стратегією “Уникнення” і тривожністю (Spearman’s $\rho = 0.394$,

p-value < 0.001). Це означає, що люди, які використовують уникнення як спосіб управління стресом, мають вищий рівень тривожності.

Таблиця 3.3.

Кореляційна таблиця за копінг-стратегіями та тривожністю для групи, яка не проходить КПТ.

Копінг-стратегія	Коефіцієнти	Тривожність
Конфронтація	Spearman's rho	0.276 **
	p-value	0.003
<i>Дистанціювання</i>	Spearman's rho	0.105
	p-value	0.273
<i>Самоконтроль</i>	Spearman's rho	0.063
	p-value	0.513
Пошук соціальної підтримки	Spearman's rho	0.233 *
	p-value	0.014
Прийняття відповідальності	Spearman's rho	0.471 ***
	p-value	< .001
Уникнення	Spearman's rho	0.394 ***
	p-value	< .001
<i>Планування вирішення проблеми</i>	Spearman's rho	-0.075
	p-value	0.432
<i>Позитивна переоцінка</i>	Spearman's rho	-0.065
	p-value	0.495

У групі, яка не проходила КПТ: Копінг-стратегія “Уникнення” має помітний позитивний зв’язок з тривожністю (Spearman's rho = 0.475, p-value = 0.011). Це означає, що люди, які більше використовують уникнення як стратегію управління стресом, можуть мати вищий рівень тривожності.

Загалом, результати свідчать про певний зв’язок між копінг-стратегіями і тривожністю в обох групах. В групі, яка проходила КПТ, використання стратегій “Конфронтація” і “Пошук соціальної підтримки” також пов’язане з тривожністю, але деякі стратегії, такі як “Прийняття відповідальності” і “Уникнення”, мають ще більший вплив на рівень

тривожності. У групі, яка не проходила КПТ, основна зв'язок спостерігається між стратегією “Уникнення” і тривожністю.

Таблиця 3.4.

Кореляційна таблиця за копінг-стратегіями та тривожністю для групи, яка проходить КПТ.

Копінг-стратегія	Коефіцієнти	Тривожність
<i>Конфронтація</i>	Spearman's rho	0.158
	p-value	0.423
<i>Дистанціювання</i>	Spearman's rho	0.011
	p-value	0.955
<i>Самоконтроль</i>	Spearman's rho	0.238
	p-value	0.222
<i>Пошук соціальної підтримки</i>	Spearman's rho	0.065
	p-value	0.741
<i>Прийняття відповідальності</i>	Spearman's rho	0.373
	p-value	0.051
Уникнення	Spearman's rho	0.475 *
	p-value	0.011
<i>Планування вирішення проблеми</i>	Spearman's rho	0.087
	p-value	0.659
<i>Позитивна переоцінка</i>	Spearman's rho	0.039
	p-value	0.844

Як результат, ми можемо стверджувати, що при проходженні КПТ підвищується уникнення разом з тривожністю, в той час, як у групи, яка не проходила КПТ, прийняття відповідальності, а також уникнення прямо корелюють з тривожністю на середньому рівні, що вказує на те, що у респондентів з високою тривожністю наявний високий рівень відповідальності, а також уникнення.

Висновки до розділу 3

1) Статеві та вікові різниці мають вплив на використання копінг-стратегій у людей. Жінки тенденційно проявляють менший рівень конфронтації та дистанціювання, але більший рівень самоконтролю та пошуку соціальної підтримки, порівняно з чоловіками. Чоловіки, зі свого боку, більше схильні до прийняття відповідальності та планування вирішення проблем. Обидві статі показують схожі рівні уникнення та позитивної переоцінки, але жінки виявляють вищий рівень тривожності. Крім того, рівень освіти та сімейний статус також впливають на вибір копінг-стратегій. Люди з науковим ступенем мають вищий рівень самоконтролю, а респонденти зі зниженою освітою проявляють найнижчий рівень самоконтролю. Сімейний статус також має значення, причому неодружені особи проявляють вищий рівень дистанціювання, а вдови/вдовці - найнижчий рівень.

2) Люди з симптомами тривожності використовують більше конфронтації, дистанціювання, самоконтролю, пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності, уникнення та планування вирішення проблем, але менше позитивної переоцінки, порівняно з тими, у кого немає симптомів тривожності. Хоча люди без симптомів тривожності менше використовують конфронтацію, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, уникнення та планування вирішення проблем, але більше використовують позитивну переоцінку. Додатково, дослідження показало, що учасники з симптомами тривожності використовують більше пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності та уникнення, порівняно з тими, у кого немає симптомів тривожності. Також виявлено статистично значущі різниці в стратегіях справляння зі стресом, пов'язаних з впливом війни. Учасники, які відчувають дуже сильний вплив війни, зазвичай звертаються до пошуку соціальної підтримки більше, уникають ситуацій і проявляють

найвищий рівень тривожності, порівняно з тими, на кого війна не вплинула. Це свідчить про те, що вплив війни має суттєвий вплив на стратегії справляння зі стресом та рівні тривожності учасників.

3) У випадку з віковими категоріями, було виявлено, що молодші люди (18-20 років) з більшою ймовірністю проходять КПТ порівняно зі старшими віковими групами. Щодо наявності дітей, виявлено, що люди бездітні мають більшу ймовірність проходження КПТ порівняно з тими, хто має дітей. Стосовно рівня освіти, люди з повною загальною середньою освітою (11 класів) мають більшу ймовірність проходження КПТ порівняно з іншими групами освіти. У випадку впливу війни, люди, які відчують більший вплив війни, мають більшу ймовірність мати тривожні симптоми. До того ж, був проведений аналіз зв'язку між копінг-стратегіями і тривожністю у двох групах: одна група, яка проходила КПТ, і інша, яка не проходила. Виявлено, що в обох групах стратегія “Уникнення” має позитивний зв'язок з тривожністю, що означає, що люди, які частіше використовують уникнення як спосіб управління стресом, мають вищий рівень тривожності.

Висновки

Копінг-стратегії та когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є важливими і ефективними засобами управління стресом і роботи з тривожними проявами. Копінг-стратегії представляють індивідуальні зусилля людини в боротьбі зі стресом і можуть бути адаптивними або дезадаптивними. Копінг-ресурси, такі як оптимізм, психологічна стійкість та соціальна підтримка, впливають на здатність справлятися зі стресом і поліпшують психологічне та фізичне благополуччя. Тривожні розлади є поширеними та можуть призводити до значного погіршення якості життя. Особи з тривожними розладами використовують різні копінг-стратегії, включаючи дезадаптивні стратегії, такі як самозвинувачення і уникнення. Дослідження підтверджують ефективність КПТ при тривожних розладах у дітей, підлітків і дорослих, і результати терапії можуть бути підтримані у довгостроковій перспективі.

В даному дослідженні застосовується комплексний підхід до вивчення копінг-стратегій в процесі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) осіб з тривожними симптомами. Дослідження включало соціально-демографічний і психологічний блоки, аналіз копінг-стратегій за допомогою опитувальника Лазаруса та оцінку рівня тривожності за допомогою опитувальника GAD-7. За результатами, можна зробити висновок, що КПТ є ефективним методом для зменшення тривожності. Хоча лише 20,1% респондентів пройшли КПТ, більшість з них вважають її ефективною. Також виявлено, що ті, хто не проходив КПТ, мають вищий рівень тривожності. Це підкреслює важливість доступу до когнітивно-поведінкової терапії для тих, хто має симптоми тривожності, з урахуванням її ефективності. Дані цього дослідження є важливими для розробки ефективних підходів до КПТ і визначення найкращих копінг-стратегій для осіб з тривожними симптомами. Враховуючи значний вплив війни на більшість респондентів, це дослідження також підкреслює

значення просування та доступності психологічної допомоги в сучасному суспільстві, особливо у контексті стресових ситуацій, таких як війна.

1) Статеві відмінності впливають на використання копінг-стратегій. Жінки мають тенденцію проявляти менше конфронтації та дистанціювання, але більше самоконтролю та пошуку соціальної підтримки, порівняно з чоловіками. Чоловіки більш схильні до прийняття відповідальності та планування вирішення проблем.

2) Рівень освіти та сімейний статус також впливають на вибір копінг-стратегій. Люди з науковим ступенем мають вищий рівень самоконтролю, а інші респонденти проявляють найнижчий рівень самоконтролю.

3) Сімейний статус також має значення, при цьому неodrжені особи проявляють вищий рівень дистанціювання, а вдови/вдовці - найнижчий рівень.

4) Люди з симптомами тривожності використовують більше копінг-стратегій загалом, зокрема конфронтації, дистанціювання, самоконтролю, пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності, уникнення та планування вирішення проблем, однак, вони мають менший рівень позитивної переоцінки.

5) Війна має суттєвий вплив на стратегії справляння зі стресом та рівень тривожності. Учасники, які відчувають дуже сильний вплив війни, зазвичай звертаються до пошуку соціальної підтримки більше, уникають ситуацій і проявляють найвищий рівень тривожності, порівняно з тими, на кого війна не вплинула.

6) Молодші люди та особи бездітні мають більшу ймовірність проявлення копінг-стратегій, а також тривожних симптомів. Стратегія “Уникнення” має позитивний зв’язок з тривожністю, що означає, що люди, які частіше використовують уникнення як спосіб управління стресом, мають вищий рівень тривожності.

Дані дослідження важливі для розробки ефективних підходів до КПТ і визначення найбільш частих проявів копінг-стратегій для осіб з тривожними симптомами.

Список використаних джерел

- Блохіна, І. О. (2021). Психологічні причини виникнення тривожності у студентів. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія, (4), 82-86.
- Вершибалко, О. (2022). Ефективність когнітивно-поведінкової терапії розладу соціальної тривоги онлайн.
- Войцеховська, О., & Закалик, Г. (2016). Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій особистості. Педагогіка і психологія професійної освіти, (2), 95-104.
- Гонтаренко, С. А. (2022). Копінг-стратегії студентів з підвищеною тривожністю.
- Горбенко, В. Ю. (2021). Теоретичні аспекти визначення копінг-стратегій (Doctoral dissertation).
- Карамушка, Л. М., & Снігур, Ю. С. (2020). Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені ГС Костюка НАПН України, 55(1), 23-30.
- Михайлюк, Н. М. (2022). Особливості використання копінг стратегій волонтерами, які працюють з внутрішньо переміщених осіб.
- Похлестова, О. Ю. (2019). Копінг як функція стресостійкості особистості. Актуальні проблеми психології в закладах освіти, 9, 291-299.
- Раховська Т.Л. (2020), Місце когнітивно-поведінкової терапії в комплексному лікуванні тривожних станів у хворих на шизофренію вагітних. Матеріали І науково-практичної конференції з міжнародною участю «Роль лікарів-психологів у збереженні репродуктивного здоров'я населення», 119.
- Шайхлісламов, З. Р., & Горбенко, В. Ю (2023). Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії поведінки особистості.

- Янчук, Т. О. (2019). Взаємозв'язок самооцінки та рівня тривоги.
- Adwas, A. A., Jbireal, J. M., & Azab, A. E. (2019). Anxiety: Insights into signs, symptoms, etiology, pathophysiology, and treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, 2(10), 580-591.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of personality and social psychology*, 53(2), 337.
- Amray, A. N., Munir, K., Jahan, N., Motiwala, F. B., & Naveed, S. (2019). Psychopharmacology of pediatric anxiety disorders: a narrative review. *Cureus*, 11(8).
- Ando, M., Kao, Y. C., Lee, Y. C., Tai, S. A., Mendez, S. R., Sasaki, K., ... & Papatheodorou, S. (2023). Remote cognitive behavioral therapy for older adults with anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1357633X231151788.
- Band, E. B., & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24(2), 247.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on psychological science*, 1(2), 164-180.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(1), 135.
- Baum, A., & Posluszny, D. M. (1999). Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual review of psychology*, 50(1), 137-163.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Borden, J. W., Clum, G. A., Broyles, S. E., & Watkins, P. L. (1988). Coping strategies and panic. *Journal of Anxiety Disorders*, 2(4), 339-352.
- Burda, H. (2017). *Cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder*.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 66(1), 184.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Chambless, D.L., & Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61 2, 248-60 .
- Chu, B.C., & Harrison, T. (2007). Disorder-specific Effects of CBT for Anxious and Depressed Youth: A Meta-analysis of Candidate Mediators of Change. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 352-372.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour research and therapy*, 37(1), S5.
- Clark, D. M., & Ehlers, A. (1993). An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder. *Applied and Preventive Psychology*, 2(3), 131-139.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Creswell, J. D., Welch, W. T., Taylor, S. E., Sherman, D. K., Gruenewald, T. L., & Mann, T. (2005). Affirmation of personal values buffers neuroendocrine and psychological stress responses. *Psychological science*, 16(11), 846-851.
- Draheim, A. A., & Anderson, P. L. (2021). Does cognitive behavioral therapy for anxiety disorders improve threat reappraisal?: A meta-analysis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(2), 125-135.
- DuBois, D. L., & Flay, B. R. (2004). The healthy pursuit of self-esteem: comment on and alternative to the Crocker and Park (2004) formulation.

- Edwards, J. R. (1988). The determinants and consequences of coping with stress. *Causes, coping and consequences of stress at work*, 8, 233-263.
- Fraser, A. F., & Broom, D. M. (1997). *Farm animal behaviour and welfare* (No. Ed. 3). CAB international.
- Frith, C. D., Blakemore, S. J., & Wolpert, D. M. (2000). Abnormalities in the awareness and control of action. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 355(1404), 1771-1788.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of adolescence*, 14(2), 119-133.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van Den Kommer, T., & Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25(6), 603-611.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van Den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and individual differences*, 36(2), 267-276.
- Ginsburg, G. S., Becker, E. M., Keeton, C. P., Sakolsky, D., Piacentini, J., Albano, A. M., ... & Kendall, P. C. (2014). Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA psychiatry*, 71(3), 310-318.
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R., ... & Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of clinical psychiatry*, 60(7), 427-435.
- Haidt, J., & Rodin, J. (1999). Control and efficacy as interdisciplinary bridges. *Review of general psychology*, 3(4), 317-337.

- Harland, N., & Georgieff, K. (2003). Development of the Coping Strategies Questionnaire 24, a Clinically Utilitarian Version of the Coping Strategies Questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 48(4), 296–300.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, behavior, and immunity*, 17(1), 98-105.
- Helbig, S., & Hoyer, J. (2008). What do patients do before it starts? Coping with mental health problems on a CBT waiting list. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 1, 45 - 54.
- Hendriks, S. M., Spijker, J., Licht, C. M., Beekman, A. T., Hardeveld, F., de Graaf, R., ... & Penninx, B. W. (2014). Disability in anxiety disorders. *Journal of affective disorders*, 166, 227-233.
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.
- Hoffart, A., & Martinsen, E. W. (1993). The effect of personality disorders and anxious-depressive comorbidity on outcome in patients with unipolar depression and with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Personality Disorders*, 7(4), 304-311.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621.
- Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(3), 375.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents.# OCHRANE \$ ATABASE OF 3SYSTEMATIC 2EVIDEWS,(6), CD004690.

- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2022). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Kaczurkin, A.N., & Foa, E.B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17, 337 - 346.
- Kendall, P. C., & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(4), 724.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kleinke, C. L. (1992). How chronic pain patients cope with pain: Relation to treatment outcome in a multidisciplinary pain clinic. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 669-685.
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L. G., Bjaastad, J. F., ... & Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 53, 58-67.
- Kubzansky, L. D., Wright, R. J., Cohen, S., Weiss, S., Rosner, B., & Sparrow, D. (2002). Breathing easy: A prospective study of optimism and pulmonary function in the normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 345-353.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Luong, H.K., Drummond, S.P., & Norton, P.J. (2020). Elements of the therapeutic relationship in CBT for anxiety disorders: A systematic review. *Journal of anxiety disorders*, 76, 102322 .

- Maslow, A. H. (1949). The expressive component of behavior. *Psychological Review*, 56(5), 261.
- Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2004). *Emotional intelligence: Science and myth*. MIT press.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- Murphy, L. B. E. (1962). *The widening world of childhood: Paths toward maturity*.
- Olatunji, B. O. (Ed.). (2019). *The Cambridge handbook of anxiety and related disorders*. Cambridge University Press.
- Otte, C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Parker, G. B., & Brown, L. B. (1982). Coping behaviors that mediate between life events and depression. *Archives of General Psychiatry*, 39(12), 1386-1391.
- Parker, G. B., & Brown, L. B. (1982). Coping behaviors that mediate between life events and depression. *Archives of General Psychiatry*, 39(12), 1386-1391.
- Perre, M., & Baumann, U. (2012). *Clinical psychology and psychotherapy*. St. Petersburg: Piter.
- Podolska, A. (2021). Аналіз психологічного феномену тривожних станів особистості та їх подолання за допомогою арт-терапевтичної роботи з глиною. *Psychological journal*, 7(7), 29-38.
- Powers, M. B., de Kleine, R. A., & Smits, J. A. (2017). Core mechanisms of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 611-623.
- Prins, P.J., & Ollendick, T.H. (2003). Cognitive Change and Enhanced Coping: Missing Mediational Links in Cognitive Behavior Therapy with Anxiety-

- Disordered Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 87-105.
- Puleo, C. M., Conner, B. T., Benjamin, C. L., & Kendall, P. C. (2011). CBT for childhood anxiety and substance use at 7.4-year follow-up: a reassessment controlling for known predictors. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 690-696.
- Reed, J. M. (1999). The role of behavior in recent avian extinctions and endangerments. *Conservation Biology*, 13(2), 232-241.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330.
- Rueda, B., & Valls, E. (2020). Is the effect of psychological inflexibility on symptoms and quality of life mediated by coping strategies in patients with mental disorders?. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13, 112-126.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour research and therapy*, 34(5-6), 453-458.
- Schafer, R. M. (1993). *The soundscape: Our sonic environment and the tuning of the world*. Simon and Schuster.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1024.
- Seeman, M., & Lewis, S. (1995). Powerlessness, health and mortality: A longitudinal study of older men and mature women. *Social science & medicine*, 41(4), 517-525.

- Seligman, M. E. (2000, February). Optimism, pessimism, and mortality. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 75, No. 2, pp. 133-134). Elsevier.
- Simpson, D., Suarez, L., & Connolly, S. (2012). Treatment and outcomes for anxiety disorders among children and adolescents: A review of coping strategies and parental behaviors. *Current Psychiatry Reports*, 14, 87-95.
- Spielberger, C. D. (Ed.). (2013). *Anxiety and behavior*. Academic press.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 377-401.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 377-401.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of health and social behavior*, 53-79.
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological bulletin*, 90(1), 89.
- Thwaites, R., & Freeston, M. H. (2005). Safety-seeking behaviours: fact or function? How can we clinically differentiate between safety behaviours and adaptive coping strategies across anxiety disorders?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 177-188.
- Timko, C., Moos, R. H., Finney, J. W., & Connell, E. G. (2002). Gender differences in help- utilization and the 8- year course of alcohol abuse. *Addiction*, 97(7), 877-889.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate behavioral research*, 20(1), 3-26.
- Vollrath, M., & Angst, J. (1993). Coping and illness behavior among young adults with panic. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(5), 303-308.

- Vollrath, M., Alnaes, R., & Torgersen, S. (1996). Differential effects of coping in mental disorders: a prospective study in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical psychology*, 52(2), 125-135.
- Vollrath, M., Alnaes, R., & Torgersen, S. (1996). Differential effects of coping in mental disorders: a prospective study in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical psychology*, 52(2), 125-135.
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of affective disorders*, 175, 152-167.
- Weems, C. F., Pina, A. A., Costa, N. M., Watts, S. E., Taylor, L. K., & Cannon, M. F. (2007). Predisaster trait anxiety and negative affect predict posttraumatic stress in youths after hurricane Katrina. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 154.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage.
- White, K. (1992). Anxiety disorders: an overview. *Rhode Island medicine*, 75 5, 241-4 .
- Williams, K., & McGillicuddy-De Lisi, A. (1999). Coping strategies in adolescents. *Journal of applied developmental psychology*, 20(4), 537-549.
- Williams, N. (2014). The GAD-7 questionnaire. *Occupational medicine*, 64(3), 224-224.
- Wills, T. A. (1991). *Social support and interpersonal relationships*.

Додатки
Додаток А

Таблиця А.1

Scale Reliability Statistics	
Cronbach's α	
scale	0.847

Таблиця А.2

Scale Reliability Statistics	
Cronbach's α	
scale	0.886

Таблиця А.3

Tests of Normality			
		statistic	p
Конфронтація	Shapiro-Wilk	0.956	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.1366	0.011
	Anderson-Darling	2.340	< .001
Дистанціювання	Shapiro-Wilk	0.944	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.1407	0.008
	Anderson-Darling	2.319	< .001
Самоконтроль	Shapiro-Wilk	0.977	0.019
	Kolmogorov-Smirnov	0.1074	0.081
	Anderson-Darling	1.351	0.002
Пошук соціальної підтримки	Shapiro-Wilk	0.967	0.002
	Kolmogorov-Smirnov	0.1194	0.038
	Anderson-Darling	1.596	< .001
Прийняття відповідальності	Shapiro-Wilk	0.946	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.1215	0.033
	Anderson-Darling	2.441	< .001
Уникнення	Shapiro-Wilk	0.958	< .001
	Kolmogorov-Smirnov	0.1357	0.012
	Anderson-Darling	1.843	< .001

Tests of Normality

		statistic	p
Планування вирішення проблеми	Shapiro-Wilk	0.970	0.004
	Kolmogorov-Smirnov	0.1102	0.068
	Anderson-Darling	1.341	0.002
Позитивна переоцінка	Shapiro-Wilk	0.974	0.009
	Kolmogorov-Smirnov	0.0709	0.487
	Anderson-Darling	0.876	0.024
Тривожність	Shapiro-Wilk	0.970	0.003
	Kolmogorov-Smirnov	0.0889	0.222
	Anderson-Darling	1.031	0.010

Note. Additional results provided by *moretests*

Таблиця А.4

Frequencies of Стать

Стать	Counts	% of Total	Cumulative %
Жіноча	128	92.1 %	92.1 %
Чоловіча	11	7.9 %	100.0 %

Таблиця А.5

Frequencies of Вік

Вік	Counts	% of Total	Cumulative %
18-20 років	24	17.3 %	17.3 %
21-25 років	19	13.7 %	30.9 %
26-35 років	45	32.4 %	63.3 %
36-45 років	31	22.3 %	85.6 %
46-60 років	20	14.4 %	100.0 %

Таблиця А.6

Frequencies of Сімейний статус

Сімейний статус	Counts	% of Total	Cumulative %
Вдівець/вдова	1	0.7 %	0.7 %
Неодружений/незаміжня	45	32.4 %	33.1 %

Frequencies of Сімейний статус

Сімейний статус	Counts	% of Total	Cumulative %
Одружений/заміжня	76	54.7 %	87.8 %
Розлучений(на)	6	4.3 %	92.1 %
Цивільний шлюб	11	7.9 %	100.0 %

Таблиця А.7

Frequencies of Наявність дітей

Наявність дітей	Counts	% of Total	Cumulative %
Ні	74	53.2 %	53.2 %
Одна дитина	30	21.6 %	74.8 %
Дві дитини	29	20.9 %	95.7 %
Три дитини	6	4.3 %	100.0 %

Таблиця А.8

Frequencies of Здобута освіта

Здобута освіта	Counts	% of Total	Cumulative %
Загальна середня освіта (9 класів)	1	0.7 %	0.7 %
Повна загальна середня освіта (11 класів)	23	16.5 %	17.3 %
Молодший бакалавр/молодший спеціаліст	11	7.9 %	25.2 %
Бакалавр	26	18.7 %	43.9 %
Магістр	68	48.9 %	92.8 %
Маю науковий ступінь	5	3.6 %	96.4 %
Інша	5	3.6 %	100.0 %

Таблиця А.9

Frequencies of Вплив війни

Вплив війни	Counts	% of Total	Cumulative %
Ніякого впливу взагалі	1	0.7 %	0.7 %
Незначний вплив	25	18.0 %	18.7 %
Значний вплив	52	37.4 %	56.1 %
Сильний вплив	40	28.8 %	84.9 %
Дуже сильний вплив	21	15.1 %	100.0 %

Frequencies of Вплив війни

Вплив війни	Counts	% of Total	Cumulative %
--------------------	---------------	-------------------	---------------------

Таблиця А.10

Frequencies of Проходження КПТ

Проходження КПТ	Counts	% of Total	Cumulative %
Ні	111	79.9 %	79.9 %
Так	28	20.1 %	100.0 %

Таблиця А.11

Frequencies of Тривалість КПТ

Тривалість КПТ	Counts	% of Total	Cumulative %
1-5 сесій	6	21.4 %	21.4 %
6-10 сесій	8	28.6 %	50.0 %
11-20 сесій	8	28.6 %	78.6 %
Більше 20 сесій	6	21.4 %	100.0 %

Таблиця А.12

Frequencies of Ефективність КПТ

Ефективність КПТ	Counts	% of Total	Cumulative %
Ні	2	7.1 %	7.1 %
Так	26	92.9 %	100.0 %

Таблиця А.13

Frequencies of Наявність симптомів тривожного розладу

Наявність симптомів тривожного розладу	Counts	% of Total	Cumulative %
Відсутність	25	18.0 %	18.0 %
Наявність	114	82.0 %	100.0 %

Таблиця А.14

Frequencies of Наявність симптомів тривожного розладу

Наявність симптомів тривожного розладу	Проходження КПТ	Counts	% of Total	Cumulative %
---	------------------------	---------------	-------------------	---------------------

Frequencies of наявності симптомів тривожного розладу

Наявність симптомів тривожного розладу	Проходження КІТ	Counts	% of Total	Cumulative %
Відсутність	Ні	21	15.1 %	15.1 %
	Так	4	2.9 %	18.0 %
Наявність	Ні	90	64.7 %	82.7 %
	Так	24	17.3 %	100.0 %

Таблиця А.15

	Стать	Mean	SD
Конфронтація	Жіноча	3.63	1.75
	Чоловіча	2.82	2.04
Дистанціювання	Жіноча	3.09	1.84
	Чоловіча	3.18	1.72
Самоконтроль	Жіноча	5.64	2.11
	Чоловіча	6.91	3.18
Пошук соціальної підтримки	Жіноча	5.67	2.26
	Чоловіча	4.55	2.38
Прийняття відповідальності	Жіноча	2.56	1.59
	Чоловіча	3.45	1.92
Уникнення	Жіноча	4.44	2.71
	Чоловіча	4.09	2.81
Планування вирішення проблеми	Жіноча	4.77	2.34
	Чоловіча	5.45	2.77
Позитивна переоцінка	Жіноча	6.02	3.10
	Чоловіча	6.18	3.16
Тривожність	Жіноча	13.02	4.97
	Чоловіча	11.55	5.24

Таблиця А.16

	Проходження КІТ	Mean	SD
Конфронтація	Ні	3.52	1.84
	Так	3.71	1.54
Дистанціювання	Ні	2.93	1.75

	Проходження КІТ	Mean	SD
Самоконтроль	Так	3.79	1.99
	Ні	5.67	2.29
Пошук соціальної підтримки	Так	6.04	1.99
	Ні	5.34	2.33
Прийняття відповідальності	Так	6.54	1.82
	Ні	2.46	1.62
Уникнення	Так	3.32	1.49
	Ні	4.26	2.71
Планування вирішення проблеми	Так	5.00	2.68
	Ні	4.68	2.38
Позитивна переоцінка	Так	5.39	2.28
	Ні	5.93	3.20
Тривожність	Так	6.46	2.62
	Ні	12.70	5.02
	Так	13.71	4.87

Таблиця А.17

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
Дистанціювання	Mann-Whitney U	1159	0.035
Пошук соціальної підтримки	Mann-Whitney U	1083	0.013
Прийняття відповідальності	Mann-Whitney U	1107	0.017

Note. $\mu_{\text{Ні}} \neq \mu_{\text{Так}}$

Таблиця А.18

Descriptives

	Наявність симптомів тривожного розладу	Mean	SD
Конфронтація	Відсутність	2.96	1.93
	Наявність	3.69	1.73
Дистанціювання	Відсутність	2.92	1.47
	Наявність	3.14	1.89
Самоконтроль	Відсутність	5.32	2.23

Descriptives

	Наявність симптомів тривожного розладу	Mean	SD
	Наявність	5.83	2.23
Пошук соціальної підтримки	Відсутність	4.52	2.49
	Наявність	5.82	2.17
Прийняття відповідальності	Відсутність	1.32	1.18
	Наявність	2.92	1.57
Уникнення	Відсутність	2.92	1.85
	Наявність	4.74	2.76
Планування вирішення проблеми	Відсутність	5.40	2.63
	Наявність	4.69	2.30
Позитивна переоцінка	Відсутність	6.80	3.14
	Наявність	5.87	3.07

Таблиця А.19

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
Пошук соціальної підтримки	Mann-Whitney U	998	0.018
Прийняття відповідальності	Mann-Whitney U	610	< .001
Уникнення	Mann-Whitney U	869	0.002

Note. μ Відсутність $\neq \mu$ Наявність

Таблиця А.20

One-Way ANOVA (Fisher's)

	F	df1	df2	p
Дистанціювання	5.78	4	134	< .001
Прийняття відповідальності	3.04	4	134	0.019
Планування вирішення проблеми	2.69	4	134	0.034
Позитивна переоцінка	2.73	4	134	0.032

Group Descriptives

	Вік	N	Mean	SD	SE
Дистанціювання	18-20 років	24	3.96	1.88	0.383
	21-25 років	19	3.89	1.94	0.445
	26-35 років	45	3.13	1.77	0.263
	36-45 років	31	2.74	1.57	0.282
	46-60 років	20	1.80	1.28	0.287
Прийняття відповідальності	18-20 років	24	2.79	1.59	0.324
	21-25 років	19	3.32	1.45	0.334
	26-35 років	45	2.87	1.52	0.226
	36-45 років	31	2.32	1.70	0.305
	46-60 років	20	1.75	1.65	0.369
Планування вирішення проблеми	18-20 років	24	4.75	2.44	0.497
	21-25 років	19	5.32	1.89	0.433
	26-35 років	45	4.67	2.40	0.358
	36-45 років	31	5.61	2.53	0.454
	46-60 років	20	3.55	1.93	0.432
Позитивна переоцінка	18-20 років	24	5.29	2.99	0.609
	21-25 років	19	6.37	2.34	0.536
	26-35 років	45	6.24	3.08	0.460
	36-45 років	31	7.10	3.13	0.563
	46-60 років	20	4.50	3.27	0.731

Homogeneity of Variances Tests

		Statistic	df	df2	p
Дистанціювання	Levene's	0.707	4	134	0.588
	Bartlett's	4.121	4		0.390
Прийняття відповідальності	Levene's	0.331	4	134	0.857
	Bartlett's	0.779	4		0.941
Планування вирішення проблеми	Levene's	0.731	4	134	0.572

Homogeneity of Variances Tests

		Statistic	df	df2	p
	Bartlett's	3.100	4		0.541
Позитивна переоцінка	Levene's	0.880	4	134	0.478
	Bartlett's	2.342	4		0.673

Note. Additional results provided by *moretests*

Normality Tests

		statistic	p
Дистанціювання	Shapiro-Wilk	0.969	0.003
	Kolmogorov-Smirnov	0.1017	0.113
	Anderson-Darling	1.039	0.010
Прийняття відповідальності	Shapiro-Wilk	0.977	0.019
	Kolmogorov-Smirnov	0.0960	0.154
	Anderson-Darling	0.822	0.033
Планування вирішення проблеми	Shapiro-Wilk	0.984	0.118
	Kolmogorov-Smirnov	0.0758	0.402
	Anderson-Darling	0.746	0.051
Позитивна переоцінка	Shapiro-Wilk	0.982	0.064
	Kolmogorov-Smirnov	0.0597	0.705
	Anderson-Darling	0.559	0.146

Note. Additional results provided by *moretests*

Таблиця А.21

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p	ϵ^2
Дистанціювання	21.7	4	<.001	0.157

Descriptives

	Сімейний статус	Mean	SD
Дистанціювання	Вдівець/вдова	1.00	NaN
	Неодружений/незаміжня	4.00	1.71
	Одружений/заміжня	2.59	1.74
	Розлучений(на)	2.83	1.47
	Цивільний шлюб	3.27	1.79

Таблиця А.22

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p	ϵ^2
Дистанціювання	13.3	3	0.004	0.0960
Прийняття відповідальності	11.2	3	0.011	0.0812

Descriptives

	Наявність дітей	Mean	SD
Дистанціювання	Ні	3.55	1.83
	Одна дитина	2.70	1.32
	Дві дитини	2.34	1.84
	Три дитини	3.17	2.56
Прийняття відповідальності	Ні	3.07	1.54
	Одна дитина	2.17	1.37
	Дві дитини	2.14	1.87
	Три дитини	2.00	1.55

Таблиця А.23

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p	ϵ^2
Самоконтроль	12.9	6	0.045	0.0932

Kruskal-Wallis

χ^2	df	p	ϵ^2
----------	----	---	--------------

Descriptives

	Здобута освіта	Mean	SD
Самоконтроль	Загальна середня освіта (9 класів)	3.00	NaN
	Повна загальна середня освіта (11 класів)	6.26	1.86
	Молодший бакалавр/молодший спеціаліст	6.64	1.43
	Бакалавр	5.62	2.58
	Магістр	5.56	2.28
	Маю науковий ступінь	7.00	1.58
	Інша	3.80	1.64

Таблиця А.24

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p	ϵ^2
Пошук соціальної підтримки	14.23	4	0.007	0.1031
Уникнення	9.70	4	0.046	0.0703
Тривожність	21.16	4	<.001	0.1533

Descriptives

	Вплив війни	Mean	SD
Пошук соціальної підтримки	Ніякого впливу взагалі	3.00	NaN
	Незначний вплив	4.24	2.30
	Значний вплив	5.56	2.08
	Сильний вплив	6.13	2.19
	Дуже сильний вплив	6.33	2.31
Уникнення	Ніякого впливу взагалі	1.00	NaN
	Незначний вплив	3.96	2.17

Descriptives

	Вплив війни	Mean	SD
Тривожність	Значний вплив	3.77	2.44
	Сильний вплив	5.10	3.01
	Дуже сильний вплив	5.38	2.87
	Ніякого впливу взагалі	11.00	NaN
	Незначний вплив	10.80	5.30
	Значний вплив	11.46	4.70
	Сильний вплив	14.63	4.47
	Дуже сильний вплив	15.81	4.13

Таблиця А.25

		Тривожність
Конфронтація	Spearman's rho	0.263 **
	p-value	0.002
Дистанціювання	Spearman's rho	0.098
	p-value	0.253
Самоконтроль	Spearman's rho	0.089
	p-value	0.298
Пошук соціальної підтримки	Spearman's rho	0.211 *
	p-value	0.013
Прийняття відповідальності	Spearman's rho	0.468 ***
	p-value	< .001
Уникнення	Spearman's rho	0.416 ***
	p-value	< .001
Планування вирішення проблеми	Spearman's rho	-0.032
	p-value	0.709

		Тривожність
Позитивна переоцінка	Spearman's rho	-0.056
	p-value	0.512

Таблиця А.26

		Тривожність
Конфронтація	Spearman's rho	0.276 **
	p-value	0.003
Дистанціювання	Spearman's rho	0.105
	p-value	0.273
Самоконтроль	Spearman's rho	0.063
	p-value	0.513
Пошук соціальної підтримки	Spearman's rho	0.233 *
	p-value	0.014
Прийняття відповідальності	Spearman's rho	0.471 ***
	p-value	< .001
Уникнення	Spearman's rho	0.394 ***
	p-value	< .001
Планування вирішення проблеми	Spearman's rho	-0.075
	p-value	0.432
Позитивна переоцінка	Spearman's rho	-0.065
	p-value	0.495

Таблиця А.27

		Тривожність
Конфронтація	Spearman's rho	0.158
	p-value	0.423

		Тривожність
Дистанціювання	Spearman's rho	0.011
	p-value	0.955
Самоконтроль	Spearman's rho	0.238
	p-value	0.222
Пошук соціальної підтримки	Spearman's rho	0.065
	p-value	0.741
Прийняття відповідальності	Spearman's rho	0.373
	p-value	0.051
Уникнення	Spearman's rho	0.475 *
	p-value	0.011
Планування вирішення проблеми	Spearman's rho	0.087
	p-value	0.659
Позитивна переоцінка	Spearman's rho	0.039
	p-value	0.844

Таблиця А.28

Contingency Tables

Вік	Проходження КІТ		Total
	Ні	Так	
18-20 років	13	11	24
21-25 років	14	5	19
26-35 років	36	9	45
36-45 років	28	3	31
46-60 років	20	0	20
Total	111	28	139

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	17.5	4	0.002
N	139		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.334
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.354

Таблиця А.29

Contingency Tables

Сімейний статус	Проходження КІТ		
	Ні	Так	Total
Вдівець/вдова	1	0	1
Неодружений/незаміжня	29	16	45
Одружений/заміжня	66	10	76
Розлучений(на)	6	0	6
Цивільний шлюб	9	2	11
Total	111	28	139

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	10.7	4	0.030
N	139		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.268
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.278

Таблиця А.30

Contingency Tables

Наявність дітей	Проходження КІТ		Total
	Ні	Так	
Ні	51	23	74
Одна дитина	27	3	30
Дві дитини	27	2	29
Три дитини	6	0	6
Total	111	28	139

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	12.1	3	0.007
N	139		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.283
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.295

Nominal

Value

Таблиця А.31

Contingency Tables

Здобута освіта	Проходження КІТ		
	Ні	Так	Total
Загальна середня освіта (9 класів)	1	0	1
Повна загальна середня освіта (11 класів)	13	10	23
Молодший бакалавр/молодший спеціаліст	8	3	11
Бакалавр	20	6	26
Магістр	60	8	68
Маю науковий ступінь	4	1	5
Інша	5	0	5
Total	111	28	139

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	12.8	6	0.047
N	139		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.290
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.303

Таблиця А.32

Contingency Tables

Вплив війни	Наявність симптомів тривожного розладу		Total
	Відсутність	Наявність	
Ніякого впливу взагалі	0	1	1
Незначний вплив	9	16	25
Значний вплив	13	39	52
Сильний вплив	3	37	40
Дуже сильний вплив	0	21	21
Total	25	114	139

 χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	15.0	4	0.005
N	139		

Nominal

	Value
Contingency coefficient	0.312
Phi-coefficient	NaN
Cramer's V	0.329