

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут
Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО
ЗАХИСТУ»

завідувачка кафедри
психології

Ірина ЛИСЕНКОВА

«30» травня 2023 року

УДК 159.942.5

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ

Кваліфікаційна робота бакалавра
за освітньою програмою «Психологія»
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконав:
студент 465 групи
ЛЯННИЙ АНДРІЙ ВАЛЕНТИНОВИЧ

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент
Миропольцева Ніна Ігорівна

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університеті мені Петра Могили

Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

« 01 » червня 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА

Студенту **Лянному Андрію Валентиновичу.**

1. Тема роботи: «Особливості когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 206 від «10» листопада 2022 року.
2. Об'єкт дослідження – тривожність як емоційний стан особистості.
3. Предмет дослідження – особливості когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.
4. Завдання дослідження:
 - 1) Здійснити аналіз теоретико-методологічних підходів до поняття тривожності, визначити психологічні механізми її розвитку.
 - 2) Здійснити аналіз методів корекції когнітивно-поведінкової терапії по роботі з тривожністю.

3) Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідну меті систему дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення поняття тривожності.

4) Експериментально вивчити особливості прояву тривожності.

5) Створити корекційну програму, проаналізувати зміни, що відбулися в показниках експериментальної групи.

5. Науковий керівник роботи.

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
Миропольцева Ніна Ігорівна кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології	21 вересня 2022 року _____	10 травня 2023 року _____

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ З№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етап ів роботи
1	Погодження керівником змісту КРБ	10.10. 2022 р.
2	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	01.11.2022 р.
3	Робота над підготовкою тексту КРБ	23.12.2022 р.
4	Розділ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.	01.03.2023 р.
5	Розділ 2. Емпіричне дослідження методів роботи когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривогою.	28.04.2023 р.
6	Висновки.	10.05.2023 р.
7	Захист КРБ на кафедрі (попередній захист).	16.05.2023 р.
8	Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією.	21.06.2023 р.

Студент _____

Андрій ЛЯННИЙ

Науковий керівник _____

Ніна МИРОПОЛЬЦЕВА

АНОТАЦІЯ

Лянний А.В. Особливості когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю. –

Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавра за спеціальністю 053 "Психологія" - Чорноморський національний університет імені Петра Могили, 2023.

Кваліфікаційну роботу присвячено узагальненню теоретико-методологічних основ та розробці рекомендацій щодо удосконалення когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

Розкрито поняття, цілі, завдання та функції когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю. Розглянуто сутність елементи системи особливостей когнітивно-поведінкової терапії, та теоретичні підходи до її удосконалення. Вивчено теоретико-методологічні основи визначення ефективності системи когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

Розроблено процедуру визначення ефективності технік корекції в рамках когнітивно-поведінкової терапії. Проведено аналіз технік корекції. Проаналізовано ефективність методу когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

Узагальнено результати дослідження та напрями удосконалення системи когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

Об'єктом дослідження виступає тривожність як емоційний стан особистості. Предметом дослідження є особливості когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

Наукова новизна полягає в розробці теоретичних положень та обґрунтуванні рекомендацій щодо удосконалення когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

Ключові слова: Когнітивно-поведінкова терапія, тривожність, психологічний метод, техніки, корекція.

ANNOTATION

Liannyi A.V. Features of cognitive-behavioral therapy in work with anxiety. Qualification work for the bachelor's degree in specialty 053 "Psychology" - Petro Mohyla Black Sea National University, 2023.

The qualification work is devoted to the generalization of theoretical and methodological foundations and the development of recommendations for improving cognitive behavioral therapy in the treatment of anxiety.

The concept, goals, objectives and functions of cognitive behavioral therapy in the treatment of anxiety are revealed. The essence of the elements of the system of features of cognitive-behavioral therapy and theoretical approaches to its improvement are considered. The theoretical and methodological bases for determining the effectiveness of the system of cognitive-behavioral therapy in the work with anxiety are studied.

A procedure for determining the effectiveness of correction techniques within the framework of cognitive behavioral therapy has been developed. The analysis of correction techniques is carried out. The effectiveness of the method of cognitive-behavioral therapy in the work with anxiety is analyzed.

The results of the study and directions for improving the system of cognitive-behavioral therapy in the work with anxiety are summarized.

The object of the study is anxiety as an emotional state of the individual.. The subject of the study is the peculiarities of cognitive-behavioral therapy in the treatment of anxiety.

The scientific novelty of the study is the development of theoretical positions and substantiation of recommendations for improving cognitive-behavioral therapy in the work with anxiety.

Key words: Cognitive-behavioral therapy, anxiety, psychological method, techniques, correction.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ.....	6
1.1. Проблема тривожності в різних психологічних концепціях.....	6
1.2. Когнітивно-поведінкова терапія як напрямок психологічної корекції	19
1.3. Використання когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю	30
Висновки до першого розділу	40
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДІВ РОБОТИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОГОЮ.....	41
2.1. Методичне забезпечення проблеми тривожності.....	41
2.2. Аналіз якісних та кількісних результатів	46
2.3. Змістовні складові корекційної програми.....	52
2.4. Результати корекційної програми.....	62
Висновки до другого розділу.....	72
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ.....	81

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тривожність є одним з найпоширеніших емоційних станів особистості, який проявляється в сильному нав'язливому емоційному переживанні непрогнозованої ситуації яка може статися в майбутньому. Цей стан може бути спричинений різними причинами, включаючи генетичні та середовищні фактори, стрес та інші події в житті людини. Тривожність є серйозною проблемою для багатьох людей і може мати негативний вплив на їх життя та роботу. Згідно зі звітом Всесвітньої організації охорони здоров'я, тривожність є другим найпоширенішим розладом після депресії, з яким стикаються мільйони людей у всьому світі.

У зв'язку з цим робота з почуттям тривожності залишається важливою і актуальною темою в дослідженні науковців та практикуючих психотерапевтів. На даний момент одним з найбільш ефективних методів по роботі з тривожністю є когнітивно-поведінковатерапія (КПТ). КПТ – це психотерапевтичний підхід, який заснований на ідеї, що поведінка людини може бути змінена шляхом зміни її мислення. КПТ є ефективним методом для різних форм тривоги, таких як: Соціальна тривога, панічні атаки та інші. КПТ спирається на принципи, які базуються на тому, що людина може контролювати свої емоції та поведінку, змінивши своє ставлення до ситуації. Допомагає людям розвивати нові способи мислення, що дозволяє чітко розуміти емоції та поведінку в ситуаціях, які викликають тривожність. Отже, КПТ може допомогти людям подолати свої страхи, керувати своїми симптомами та відновити контроль над своїм життям. Деякі з ключових методів, що використовуються в КПТ в роботі з тривожністю, включають техніки аналізу ситуації, думок, почуттів, цілью яких є підтримка як фізичного так і емоційного стану. Ці методи покликані допомогти людям подолати свої страхи, змінити стереотипи мислення, навчитися розслаблятися і краще розуміти свою тривогу. За допомогою кваліфікованого

терапевта і бажання працювати над собою люди з тривожністю можуть подолати свої страхи і жити більш повноцінним і осмисленим життям.

Актуальність визначається стрімким зростанням кількості людей з високим рівнем особистісної та ситуативної тривожності, тому зараз важливо розвивати техніки та стратегії з прийняттям почуття тривожності, та корекцією дисфункційних переконань, що допоможе знизити рівень тривожності в майбутньому.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю.

Відповідно до мети були визначені **завдання дослідження**:

1. Здійснити аналіз теоретико-методологічних підходів до поняття тривожності, визначити психологічні механізми її розвитку.

2. Здійснити аналіз методів корекції когнітивно-поведінкової терапії по роботі з тривожністю.

3. Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідну меті систему дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення поняття тривожності.

4. Експериментально вивчити особливості прояву тривожності.

5. Створити корекційну програму, проаналізувати зміни, що відбулися в показниках експериментальної групи.

Об'єкт – тривожність як емоційний стан особистості.

Предмет – особливості когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю.

Методи дослідження: для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування, констатувальний та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження).

Психодіагностичний комплекс методик склали: Тест за шкалою тривоги Спілбергера (STAI); опитувальник за шкалою дисфункціональних відношень Бек, Вайсман; Опитувальник правдоподібності тривожних думок, ВАФТ. К. Херцбера.

Експериментальна база дослідження. Вибірку дослідження склали 30 чоловік, проживають у м. Миколаїв (Україна). Віком від 19-25 років.

Теоретична та практична значущість: Результати проведеного дослідження можуть бути використані для розробки робочих програм та навчально-методичної літератури з дисциплін «Практична психологія», «Когнітивно-поведінкова терапія», «Сучасні напрямки психології», «Психологія кризових станів»; в системі професійної підготовки майбутніх психологів під час проведення виробничої практики. Програма та результати корекційної роботи стануть у нагоді спеціалістам психологічних служб (особливо Центрам соціальних служб для молоді та дорослих) і можуть бути впроваджені при консультативній і психокорекційній роботі з тривожністю.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на: 1 Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих учених «Психологічна наука в XXI столітті: виклики та перспективи розвитку» та III Міжнародна науково-практична конференція «MODERN PROBLEMS OF SCIENCE, EDUCATION AND SOCIETY» Київ, Україна.

Публікації: Основний зміст і результати роботи відображено в 2 тезах у збірниках матеріалів конференцій.

Структура роботи складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг бакалаврської роботи становить 91 сторінки, основний зміст викладено на 75 сторінках. Робота містить 14 таблиць, 5 рисунків, 3 додатки. Список використаних джерел складає 80 праць українських та зарубіжних авторів, з них 1 – англomовна.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ

1.1. Проблема тривожності в різних психологічних концепціях

Тривога – це складне явище, яке включає когнітивний, фізіологічний та поведінковий компоненти. За А.В Будник на когнітивному рівні тривога характеризується негативними та нереалістичними думками про себе, світ і майбутнє, такими як катастрофізація та надмірне узагальнення. Фізіологічно тривога пов'язана з активацією симпатичної нервової системи, що призводить до прискорення серцебиття, дихання та потовиділення. Поведінкові прояви тривоги можуть включати поведінку уникнення, підвищену пильність, повторювані дії або ритуали. [1]

Тривогу можна класифікувати на різні типи залежно від її специфічних симптомів та тригерів. Наприклад, генералізований тривожний розлад (ГТР) включає в себе надмірне занепокоєння і тривогу з приводу повсякденних подій і діяльності, тоді як панічний розлад характеризується повторюваними панічними атаками і страхом перед майбутніми нападами. Інші тривожні розлади включають соціальний тривожний розлад, специфічні фобії та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [6].

За Т.В Войтко лікування тривожних розладів зазвичай включає поєднання фармакологічних і психотерапевтичних втручань. Такі ліки, як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та бензодіазепіни, можуть допомогти полегшити симптоми тривоги, тоді як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та інші форми психотерапії можуть вплинути на основні когнітивні та поведінкові моделі, які сприяють виникненню тривоги.

На тривожність також можуть впливати різні фактори, включаючи генетику, фактори навколишнього середовища та індивідуальний темперамент. Наприклад, дослідження показали, що люди з тривожною сімейною історією більш схильні до розвитку тривожних розладів у себе. Фактори навколишнього середовища, такі як дитяча травма або хронічний стрес, також можуть підвищити ризик розвитку тривоги. [10]

На думку радянських дослідників Т.В. Войтко, Є.П. Ільїної додаток до традиційних методів лікування тривоги, зростає інтерес до альтернативних і додаткових методів терапії, таких як втручання на основі усвідомленості, йога та акупунктура. Ці підходи можуть допомогти людям з тривожністю, сприяючи розслабленню та зменшенню стресу.

Розуміння тривоги як психологічного явища важливе для покращення нашої здатності діагностувати, лікувати та запобігати тривожним розладам. Визначаючи когнітивні, фізіологічні та поведінкові компоненти тривоги, лікарі можуть адаптувати втручання до конкретних потреб людей з тривожними розладами. Крім того, визначивши фактори ризику та захисні фактори тривоги, ми можемо працювати над тим, щоб запобігти розвитку тривоги або переходу її в хронічну форму [12].

Тривога є важливим поняттям у психології, оскільки вона відіграє вирішальну роль у людському пізнанні, емоціях та поведінці. Т.В. Войтко та Ярошевська Г.П. виділяють кілька кроків, щоб пояснити важливість тривоги в психології більш детально:

1. Тривога – це нормальна та адаптивна реакція на стрес: тривога – це природна реакція, яка допомагає нам підготуватися до потенційних загроз або викликів і реагувати на них. Наприклад, коли ми стикаємося з небезпечною ситуацією, наш організм реагує низкою фізіологічних змін, які готують нас до боротьби або втечі. Ця реакція може бути адаптивною, допомагаючи нам вижити в небезпечних або складних ситуаціях.

2. Тривога може стати дезадаптивною: Хоча тривога є нормальною реакцією на стрес, вона може стати дезадаптивною, коли є надмірною або

хронічною. Люди з тривожними розладами відчувають постійний, ірраціональний і часто виснажливий рівень тривоги, який заважає їхньому повсякденному функціонуванню. Це може призвести до значного дистресу, погіршення здоров'я та зниження якості життя [38].

3. Тривога пов'язана з низкою когнітивних, фізіологічних і поведінкових реакцій: тривога – це складне явище, яке зачіпає багато систем організму та мозку. На когнітивному рівні тривога характеризується негативними та нереалістичними думками і переконаннями, наприклад, катастрофізацією або надмірним узагальненням. На фізіологічному рівні тривога пов'язана з активацією симпатичної нервової системи, що призводить до прискорення серцебиття, дихання та потовиділення. На поведінковому рівні тривога може призводити до поведінки уникнення, підвищеної пильності, повторюваних дій або ритуалів [25].

4. Тривогу можна класифікувати на різні типи: Існує кілька типів тривожних розладів, включаючи генералізований тривожний розлад (ГТР), панічний розлад, соціальний тривожний розлад, специфічні фобії та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Кожен тип тривожного розладу характеризується специфічними симптомами, тригерами та моделями поведінки і вимагає індивідуального підходу до лікування [23].

5. Тривога виліковна: Хоча тривожні розлади можуть виснажувати, вони добре піддаються лікуванню. Існує цілий ряд психотерапевтичних і фармакологічних втручань, які допомагають людям впоратися з тривогою, зменшити симптоми і поліпшити якість життя. Ці втручання можуть бути високоефективними і часто пристосовані до конкретних потреб і симптомів людини [3].

6. Розуміння тривоги може покращити нашу здатність запобігати та лікувати проблеми психічного здоров'я: Вивчаючи тривогу та її основні причини, ми можемо краще зрозуміти механізми, які призводять до проблем з психічним здоров'ям. Ці знання можуть стати основою для розробки нових і вдосконалених методів лікування тривожних розладів, а також для

профілактичних заходів, спрямованих на зниження ризику виникнення тривоги і пов'язаних з нею проблем психічного здоров'я.

7. Дослідження тривожності може поглибити наше розуміння нормальної та ненормальної психології: Вивчаючи тривожність, дослідники можуть отримати уявлення про роботу мозку і про те, як він реагує на стрес і загрозу. Ці знання можуть поглибити наше розуміння нормальних психологічних процесів, таких як регуляція емоцій, а також аномальних процесів, наприклад, тих, що лежать в основі тривожних розладів [13].

8. Тривога пов'язана з іншими проблемами психічного здоров'я: Тривожні розлади часто поєднуються з іншими психічними розладами, такими як депресія, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та розлади харчової поведінки. Розуміння зв'язку між тривожністю та іншими проблемами психічного здоров'я може допомогти лікарям розробити більш ефективні підходи до лікування, спрямовані на усунення основних причин і механізмів цих станів.

9. Дослідження тривожності можуть стати основою для ініціатив у сфері громадського здоров'я: Тривожність є значною проблемою для громадського здоров'я, яка зачіпає мільйони людей по всьому світу. Проводячи дослідження тривоги і пов'язаних з нею проблем психічного здоров'я, ми можемо визначити фактори ризику і захисні фактори, розробити стратегії профілактики, а також інформувати політику та ініціативи громадського здоров'я, спрямовані на зменшення тягара тривоги і пов'язаних з нею проблем психічного здоров'я.

10. Тривога може впливати на фізичне здоров'я: тривога також може мати значний вплив на фізичне здоров'я. Хронічна тривога може призвести до змін у системі реагування організму на стрес, що призводить до посилення запалення, окислювального стресу та інших фізіологічних змін, які можуть сприяти виникненню низки проблем із фізичним здоров'ям, зокрема серцево-судинних захворювань, діабету та аутоімунних розладів.

11. Тривога може впливати на соціальне функціонування: Тривога також може мати значний вплив на соціальне функціонування. Люди з тривожними розладами можуть відчувати соціальну ізоляцію, труднощі у формуванні та підтримці стосунків і зниження якості життя. Розуміння соціальних та міжособистісних факторів, які сприяють виникненню тривоги, може допомогти лікарям розробити ефективні підходи до лікування, спрямовані на усунення цих основних чинників[18].

12. Тривожність викликає все більше занепокоєння: Тривожність викликає все більше занепокоєння в сучасному суспільстві, оскільки в усьому світі реєструється все більше випадків тривожних розладів. Вважається, що ця тенденція зумовлена низкою факторів, включаючи підвищений рівень стресу, соціальну ізоляцію та суспільні зміни, які можуть сприяти виникненню почуття невпевненості та незахищеності.

Отже, тривожність є важливим поняттям у психології з цілою низкою наслідків для здоров'я та функціонування людини. Вивчаючи тривогу та її основні причини і механізми, дослідники та клініцисти можуть розробити більш ефективні підходи до лікування, стратегії профілактики та ініціативи у сфері охорони здоров'я, спрямовані на зменшення тягаря тривоги та пов'язаних з нею проблем психічного здоров'я [4].

На думку І.О Гребенюк , Гештальт-терапія-це підхід до психотерапії, який наголошує на особистій відповідальності, самосвідомості та інтеграції думок, почуттів і поведінки. Ось кілька кроків до розуміння того, як гештальт-терапія підходить до тривоги. Гештальт-терапія розглядає тривогу як природну та адаптивну реакцію на стрес: Подібно до інших підходів у психології, гештальт-терапія розглядає тривогу як природну та адаптивну реакцію на стрес. Згідно з гештальт-терапією, тривога виникає, коли ми усвідомлюємо невідповідність між нашою поточною ситуацією та бажаним станом або метою.

Гештальт-терапія підкреслює важливість присутності в моменті: одним з ключових принципів гештальт-терапії є важливість повної присутності в

моменті. Гештальт-терапевти заохочують клієнтів зосередитися на своїх поточних переживаннях, думках і почуттях, а не заціклюватися на турботах про майбутнє або жалях про минуле.

Гештальт-терапія заохочує клієнтів досліджувати основні емоції та переконання, які сприяють виникненню тривоги: гештальт-терапія заохочує клієнтів досліджувати свої глибинні емоції, переконання та моделі поведінки, які сприяють виникненню тривоги. Усвідомивши ці патерни, клієнти можуть почати визначати основні причини своєї тривоги і розробляти стратегії для подолання та управління цими почуттями [5].

Гештальт-терапія підкреслює важливість особистої відповідальності: ще одним ключовим принципом гештальт-терапії є особиста відповідальність. Гештальт-терапевти вірять, що люди здатні змінювати свої думки, почуття і поведінку, і що, беручи на себе відповідальність за власний досвід, клієнти можуть розвинути більшу самосвідомість і особистісне зростання.

За (І.І Даниленко, І.В Зеленіна, І.О Кононенко) Гештальт-терапія заохочує клієнтів експериментувати з новими способами мислення та поведінки: гештальт-терапія підкреслює важливість експериментів і випробування нових способів мислення та поведінки. Експериментуючи з новою поведінкою і ставленням, клієнти можуть почати кидати виклик своїм основним припущенням і переконанням, а також розробити нові стратегії для подолання тривоги [5].

Гештальт-терапія підкреслює важливість терапевтичних відносин: Нарешті, гештальт-терапія підкреслює важливість терапевтичних відносин. Гештальт-терапевти вважають, що стосунки між клієнтом і терапевтом є ключовим фактором у сприянні особистісному зростанню та зціленню. Завдяки терапевтичним стосункам клієнти можуть розвинути більшу самосвідомість, побудувати довіру та дослідити свої почуття і переживання в безпечному і сприятливому середовищі [6].

Гештальт-терапія використовує такі техніки, як уважність, діалог та експериментальні вправи. У гештальт-терапії терапевти використовують різноманітні техніки, щоб допомогти клієнтам дослідити та впоратися зі своєю тривогою. Однією з найпоширеніших технік є уважність, яка передбачає зосередження на теперішньому моменті та прийняття своїх думок і почуттів без осуду. Діалог – ще одна важлива техніка гештальт-терапії, яка передбачає відкрите і чесне спілкування з терапевтом та дослідження своїх почуттів і переживань у безпечному і сприятливому середовищі. Експериментальні вправи, такі як рольові ігри, керовані образи та вправи на усвідомлення тіла, також використовуються в гештальт-терапії, щоб допомогти клієнтам дослідити та зрозуміти свою тривожність більш досвідченим шляхом.

Гештальт-терапія фокусується на цілісній людині: Одним з ключових принципів гештальт-терапії є зосередженість на цілісній людині. Замість того, щоб просто працювати з симптомами чи поведінкою, гештальт-терапевти працюють з клієнтами, щоб дослідити їхні думки, почуття, поведінку та стосунки в цілісному вигляді. Зосереджуючись на цілісній людині, гештальт-терапія допомагає клієнтам розвинути більше почуття самосвідомості та особистісного зростання, а також навчитися керувати своєю тривогою більш адаптивним і осмисленим способом [7].

Гештальт-терапія підкреслює важливість теперішнього моменту: Ще одним ключовим принципом гештальт-терапії є акцент на теперішньому моменті. Гештальт-терапевти вважають, що теперішній момент – це єдиний момент, який дійсно існує, і що, зосереджуючись на теперішньому, клієнти можуть розвинути більшу усвідомленість і розуміння своїх думок, почуттів і поведінки. Навчившись залишатися в теперішньому часі та зосереджуватися, клієнти можуть навчитися керувати своєю тривогою більш ефективно та адаптивно.

На думку О.М Кобозєва, Т.Є Чернихевської, гештальт-терапія заохочує клієнтів діяти: Нарешті, гештальт-терапія заохочує клієнтів діяти і вносити

позитивні зміни в своє життя. Замість того, щоб просто говорити про свою тривогу, гештальт-терапія допомагає клієнтам розробити конкретні стратегії управління своєю тривогою і зробити кроки на шляху до своїх цілей. Вживаючи заходів і здійснюючи позитивні зміни, клієнти можуть розвинути більшу впевненість у собі і відчуття особистої сили, що з часом допоможе їм краще справлятися зі своєю тривогою.

Отже, гештальт-терапія пропонує цілісний та емпіричний підхід до розуміння та подолання тривожності. Зосереджуючись на теперішньому моменті, досліджуючи глибинні емоції та переконання, а також використовуючи різноманітні техніки для сприяння самосвідомості та особистісному зростанню, гештальт-терапія може допомогти людям краще зрозуміти свою тривожність і навчитися керувати нею більш ефективно та адаптивно [7].

Психоаналітичний підхід до тривоги базується на теоріях Зигмунда Фрейда та його послідовників. Існує кілька кроків до розуміння того, як психоаналітичний підхід підходить до тривоги:

Тривога – це симптом невирішених конфліктів: Згідно з психоаналітичним підходом, тривога - це симптом невирішених конфліктів, які сягають корінням у дитячі переживання. Ці конфлікти зазвичай пов'язані з невирішеними емоціями, незадоволеними потребами або неусвідомленими страхами [8].

Несвідоме відіграє ключову роль у виникненні тривоги: Психоаналітичний підхід підкреслює роль несвідомого у виникненні тривоги. Згідно з цим підходом, тривога часто пов'язана з пригніченими емоціями або невирішеними конфліктами, які приховані в несвідомому.

Захисні механізми, які використовуються для управління тривогою: Психоаналітичний підхід визначає різні захисні механізми, які люди використовують для подолання тривоги. Ці захисні механізми включають придушення, заперечення, проекцію, витіснення та сублімацію. Ці механізми

допомагають людям впоратися з тривогою, блокуючи або перенаправляючи свої емоції.

Психоаналітична терапія використовує такі техніки, як вільні асоціації та аналіз сновидінь, щоб дослідити несвідомі конфлікти та емоції, які сприяють виникненню тривоги. Вільні асоціації передбачають, що клієнт може вільно говорити про все, що спадає на думку, без цензури своїх думок і почуттів. Аналіз сновидінь передбачає інтерпретацію символічного змісту сновидінь, щоб отримати уявлення про несвідомі конфлікти [8].

І.О Коваленко зазначає, що психоаналітичний підхід підкреслює роль перенесення у виникненні тривоги. Перенесенням називається схильність клієнта проектувати почуття і ставлення з минулих стосунків на терапевта. Опрацьовуючи ці реакції перенесення в терапії, клієнти можуть отримати уявлення про свої несвідомі конфлікти і навчитися керувати своєю тривогою більш ефективно. Важливість терапевтичних відносин: Психоаналітичний підхід підкреслює важливість терапевтичних відносин в управлінні тривогою. Терапевт виступає в ролі підтримуючого і неупередженого провідника, допомагаючи клієнту дослідити свої несвідомі конфлікти та емоції в безпечному і надійному середовищі [9].

Інтеграція та вирішення несвідомих конфліктів: кінцевою метою психоаналітичної терапії є інтеграція та вирішення несвідомих конфліктів, які сприяють виникненню тривоги. Досліджуючи несвідоме, клієнти можуть отримати уявлення про свої емоційні та психологічні конфлікти, а також розробити нові стратегії управління тривогою в більш адаптивний спосіб [9].

Психоаналітичний підхід до тривоги також підкреслює важливість досвіду раннього дитинства у формуванні емоційного розвитку людини. Травматичний або несприятливий досвід у дитинстві, наприклад, нехтування або жорстоке поводження, може призвести до несвідомих конфліктів і труднощів з емоційною регуляцією, які можуть сприяти виникненню тривожності в подальшому житті. Ще одним ключовим аспектом психоаналітичного підходу до тривоги є процес розкриття пригнічених

емоцій. Терапевт працює над тим, щоб допомогти клієнту ідентифікувати та визнати ці емоції, які можуть бути важкодоступними через захисні механізми.

На думку В.В. Короля, С.Д. Максименко інтерпретація є фундаментальною технікою в психоаналітичній терапії. Терапевт допомагає клієнту отримати уявлення про його несвідомі конфлікти та емоції, надаючи інтерпретацію його думок, почуттів і поведінки. Психоаналітична терапія наголошує на розвитку самосвідомості як способі управління тривогою. Отримуючи уявлення про свої несвідомі конфлікти та емоційні патерни, клієнти можуть розвинути більшу самосвідомість і розуміння власних емоцій та поведінки. Психоаналітичний підхід до тривоги зазвичай передбачає тривале лікування, оскільки процес розкриття несвідомих конфліктів і розвитку самосвідомості відбувається поступово. Терапевтичні сеанси можуть відбуватися кілька разів на тиждень протягом декількох років [9].

Отже, психоаналітичний підхід до тривоги зосереджується на ролі раннього дитячого досвіду, захисних механізмів, реакцій перенесення та несвідомого у формуванні емоційного розвитку людини та виникненні тривоги. За допомогою таких технік, як інтерпретація, розкриття пригнічених емоцій та розвиток самосвідомості, клієнти можуть отримати уявлення про свої несвідомі конфлікти та розробити нові стратегії для управління тривогою в більш адаптивний спосіб. Довготривалий характер психоаналітичної терапії дозволяє глибоко дослідити ці несвідомі конфлікти, що може призвести до кращого емоційного благополуччя та особистісного зростання [10].

Я.А. Корчак, виділяє, що переживання тривоги пов'язане зі складною взаємодією психологічних, екологічних та фізіологічних факторів. Ось кілька кроків до розуміння фізіологічних факторів, пов'язаних з тривогою:

1. Роль вегетативної нервової системи: Вегетативна нервова система відповідає за регулювання багатьох автоматичних функцій організму, таких як серцебиття і дихання. Коли людина відчуває тривогу,

активується симпатичний відділ вегетативної нервової системи, що призводить до вивільнення гормонів стресу, таких як адреналін і кортизол.

2. Реакція «бий або тікай»: Фізіологічну реакцію на стрес і тривогу часто називають реакцією «бий або тікай». Ця реакція готує організм до реагування на сприйняту загрозу, збільшуючи частоту серцевих скорочень, кров'яний тиск і дихання, а також перенаправляючи потік крові до м'язів.

3. Роль мигдалеподібного тіла: Мигдалеподібне тіло – це структура мозку, яка бере участь в обробці емоцій, зокрема страху і тривоги. Вона відповідає за запуск реакції «бий або тікай», коли людина сприймає загрозу або небезпеку [10].

4. Гіпоталамо-гіпофізарна вісь: Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова система (ГГНС) – це складна нейроендокринна система, яка бере участь у регулюванні реакції організму на стрес. Гіпоталамус вивільняє кортикотропін-рилізинг-гормон (КРГ), який запускає вивільнення адренотропного гормону (АКТГ) з гіпофіза, який потім стимулює вивільнення кортизолу з надниркових залоз [10].

5. Вплив хронічного стресу: Хронічний стрес і тривога можуть мати довготривалий вплив на фізіологію організму, включаючи зміни осі ГЛШ та імунної системи. Це може призвести до низки проблем з фізичним здоров'ям, включаючи серцево-судинні захворювання, діабет та імунну дисфункцію.

6. Роль генетики: Існують докази того, що генетика може відігравати певну роль у схильності людини до тривоги. Дослідження виявили кілька генетичних варіантів, які можуть сприяти розвитку тривожних розладів.

7. Вплив факторів способу життя: Фактори способу життя, такі як дієта, фізичні вправи та сон, також можуть впливати на фізіологію організму і сприяти виникненню тривоги. Наприклад, дієта з високим вмістом цукру та оброблених продуктів може сприяти запаленню в організмі, що може посилити симптоми тривоги [12].

А.В Нечипоренко та І.В Попова, вважають, що таким чином, переживання тривоги пов'язане зі складною взаємодією фізіологічних, психологічних та екологічних факторів. Фізіологічні фактори, пов'язані з тривогою, включають активацію вегетативної нервової системи та осі ВНС, реакцію «бий або тікай», роль мигдалини, а також вплив хронічного стресу і генетики. Розуміння цих фізіологічних факторів може допомогти розробити ефективні підходи до лікування тривоги [12].

За А.В Панченко, психотерапевтичне лікування тривоги може включати низку підходів, зокрема когнітивно-поведінкову терапію, психодинамічну терапію та експозиційну терапію. Ось кілька кроків до розуміння психотерапевтичного лікування тривоги.

Першим кроком у психотерапевтичному лікуванні тривоги, як правило, є оцінка фахівця з психічного здоров'я. Це передбачає всебічну оцінку симптомів, історії хвороби та поточного функціонування людини, щоб визначити конкретний тип тривожного розладу і розробити індивідуальний план лікування.

КПТ – це структурований, цілеспрямований підхід, який має на меті допомогти людям визначити та змінити негативні думки та поведінку, які сприяють виникненню тривоги. Зазвичай вона включає експозиційну терапію, яка поступово піддає людину впливу ситуацій або об'єктів, яких вона боїться, навчаючи її стратегіям подолання страху [13].

Психодинамічна терапія – це довгостроковий підхід, який фокусується на дослідженні несвідомих конфліктів та емоційних патернів, що сприяють виникненню тривоги. Вона має на меті допомогти людям отримати уявлення про їхні глибинні психологічні процеси та розробити більш адаптивні стратегії подолання.

Експозиційна терапія – це особливий вид когнітивно-поведінкової терапії, який передбачає поступовий вплив ситуацій або об'єктів, що викликають страх, з метою зменшення тривоги з часом. Вона може проводитися *in vivo* (в реальних ситуаціях) або *імагінально* (в уяві), і часто

поєднується з техніками релаксації. Втручання на основі усвідомленості, такі як зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR) і когнітивна терапія на основі усвідомленості (МВСТ), передбачають практику медитації з усвідомленістю для підвищення усвідомленості і прийняття досвіду поточного моменту. Ці підходи виявилися ефективними у зниженні тривожності та покращенні загального самопочуття. Групова терапія може бути ефективним підходом до лікування тривоги, оскільки вона забезпечує сприятливе середовище, в якому люди діляться своїм досвідом і вчаться у інших. Вона також може надати можливості для експозиційної терапії та відпрацювання нових навичок подолання тривоги.

Хоча психотерапія є основним методом лікування тривоги, для деяких людей медикаментозне лікування може бути корисним доповненням. До ліків від тривоги, які зазвичай призначають, належать селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), бензодіазепіни та бета-блокатори [13].

Отже, психотерапевтичне лікування тривоги може включати цілий ряд підходів, у тому числі когнітивно-поведінкову терапію, психодинамічну терапію, експозиційну терапію, втручання на основі усвідомленості, групову терапію та фармакотерапію. Ці підходи спрямовані на те, щоб допомогти людям виявити і змінити негативні думки і поведінку, отримати уявлення про основні психологічні процеси, розробити стратегії подолання і зменшити симптоми тривоги [14].

За Стеценко Ю.В вивчення тривожності в психології – це активна і зростаюча галузь, яка має багато перспектив для майбутніх досліджень. Ось деякі потенційні напрямки майбутніх досліджень:

1. **Нейробіологічні механізми:** Досягнення нейронауки дозволили дослідникам визначити конкретні нейронні шляхи і ділянки мозку, які беруть участь у виникненні тривоги. Подальші дослідження в цій галузі можуть призвести до глибшого розуміння нейробіологічних механізмів, що лежать в основі тривоги, і потенційних мішеней для втручання.

2. Культурні та контекстуальні фактори: Культура і контекст можуть відігравати значну роль у переживанні та вираженні тривоги. Майбутні дослідження можуть вивчити культурні та контекстуальні фактори, які сприяють виникненню тривожності, та сприятимуть розробці культурно-чутливих втручань.

3. Технологічні втручання: Технологічні втручання, такі як експозиційна терапія віртуальної реальності та мобільні додатки, продемонстрували багатообіцяючі результати в лікуванні тривоги. Майбутні дослідження можуть вивчити ефективність і доцільність цих втручань, а також визначити шляхи оптимізації їхньої реалізації. [14]

4. Профілактика та раннє втручання: Раннє виявлення та втручання при тривозі може запобігти розвитку більш важких і хронічних форм тривоги. Майбутні дослідження можуть бути зосереджені на виявленні факторів ризику та розробці ранніх втручань для осіб, які мають ризик розвитку тривоги.

5. Коморбідність: Тривога часто співіснує з іншими психічними розладами, такими як депресія та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. Майбутні дослідження можуть вивчити складні взаємозв'язки між тривогою та коморбідними станами і розробити інтегровані підходи до лікування [40].

Отже, можна зробити висновок, що вивчення тривожності в психології має значні перспективи для поглиблення нашого розуміння цього складного явища та розробки ефективних втручань для покращення життя людей з тривожними розладами.

1.2. Когнітивно-поведінкова терапія як напрямок психологічної корекції

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це вид психотерапії, який має на меті допомогти людям подолати психологічні проблеми шляхом зміни

негативних моделей мислення та поведінки. Нижче наведено етапи КПТ які виділяє А. Бек.

1. Оцінка: Терапевт проводить первинну оцінку, щоб визначити симптоми пацієнта та виявити негативні моделі мислення і поведінки.
2. Постановка цілей: На основі оцінки терапевт і пацієнт спільно працюють над визначенням цілей терапії.
3. Когнітивна реструктуризація: Терапевт допомагає людині виявити негативні думки та переконання, кинути їм виклик і замінити їх на більш позитивні та реалістичні.
4. Поведінкова активація: Терапевт допомагає людині визначити позитивну поведінку, яка може покращити її настрій та самопочуття, і залучити її до неї.
5. Експозиційна терапія: У випадках, коли у людини є тривога або фобії, терапевт може використовувати експозиційну терапію, щоб допомогти їй поступово подолати свої страхи в безпечному та контрольованому середовищі [26].
6. Домашні завдання: Терапевт може призначити домашнє завдання, щоб допомогти людині відпрацювати навички, отримані під час терапії, і застосувати їх у повсякденному житті.
7. Моніторинг прогресу: Терапевт регулярно відстежує прогрес пацієнта в досягненні його терапевтичних цілей і вносить необхідні корективи.
8. Профілактика рецидивів: Коли терапія наближається до завершення, терапевт і пацієнт спільно розробляють план профілактики рецидивів, щоб допомогти людині зберегти досягнутий прогрес після закінчення терапії.
9. Подальше спостереження: терапевт може призначити наступні зустрічі, щоб перевірити прогрес пацієнта та надати додаткову підтримку в разі потреби.

На думку А. Бека, КПТ базується на ідеї, що думки, почуття та поведінка взаємопов'язані, і що зміна одного з цих компонентів може призвести до змін в інших. Допомагаючи людям виявляти та долати негативні стереотипи мислення та поведінки, КПТ спрямована на покращення їхнього психічного здоров'я та загального благополуччя. КПТ, як правило, проводиться в індивідуальній або груповій формі і може включати комбінацію методів, включаючи когнітивну реструктуризацію, поведінкову активацію, експозиційну терапію та методи релаксації [29].

З моменту свого розвитку КПТ зазнала подальшого вдосконалення та адаптації, що призвело до розвитку численних спеціалізованих форм терапії. Наприклад, діалектична поведінкова терапія (ДПТ) була розроблена у 1980-х роках М. Лінехан як форма КПТ для людей з пограничним розладом особистості (ПРУ) та суїцидальною поведінкою. КПТ включає в себе техніки усвідомленості, навички регулювання емоцій та стратегії, засновані на прийнятті, на додаток до стандартних технік КПТ [33].

Іншою адаптацією КПТ є терапія прийняття і прихильності, яка була розроблена в 1990-х роках Ст. Хейсом. В основі КПТ лежить ідея про те, що психологічний дистрес спричинений намаганням уникнути або контролювати небажані думки та почуття. Терапія спрямована на те, щоб допомогти людям розвинути психологічну гнучкість, яка передбачає присутність у моменті, прийняття складних думок та емоцій, а також дії відповідно до власних цінностей.

Когнітивна терапія була розроблена А. Беком в Університеті Пенсільванії на початку 1960-х років як структурований, короткостроковий, орієнтований на даний момент, вид психотерапії, призначений для лікування депресивних розладів. Основною метою когнітивної терапії стало вирішення актуальних проблем пацієнтів, а також зміна дисфункційного мислення та поведінки [36].

В методі когнітивно-поведінкової терапії, приділяється увага теоретичним базовим основам. Робота концентрується навколо думок,

емоцій, почуттів. Відмінною рисою терапії є концентрація на переконаннях, установках. Переконавання і думки визивають найсильніші емоції і обумовлюють дії, і щоб ослабити негативні емоції, клієнт повинен зрозуміти своє ставлення до актуальної ситуації і прослідкувати за ходом своїх думок, щодо події. Терапевт повинен використовувати конкретний систематичний підхід [18].

Терапія структурна і директивна. Якщо неправильно визначити причину емоційних труднощів, можна потратити багато часу та сил і не прийти до зміни самопочуття. М. Малін виділяє дві формули, які пояснюють зв'язок між почуттями-думками-емоціями. Перша формула: А-С. А = активізуюча подія (activatingevent). А дорівнює ситуації в якій опинилася людина, що зумовлює процес реагування, С дорівнює наслідку, якою буде наша поведінка відносно А. За цією теорією стверджується, що А викликає С [18].

Зовнішня ситуація викликає внутрішні почуття і змушує діяти визначеним чином. Але, ця формула не є вірною. Зовнішні по відношенню до нас речі мало впливають на нас. Відчуття дають нам уявлення про навколишній світ. Якщо людина закриє очі та вуха, зовнішній світ зникає і його вплив на нас мінімальний. Є інша формула, яку розробив відомий основоположник раціонально-поведінкової терапії Альберт Еліс. А-В-С [18].

Це більш точна формула, оскільки є критерій, який визначає відношення до ситуації. А = Ситуація, актуальна подія ; В = Інтерпритація події, відношення до ситуації. С = Наслідок, поведінка. Головне завдання, це відстежити інтерпритацію події і хід думки відносно ситуації. Когнітивно-поведінкова терапія є структурним короткостроковим методом і питання когнітивної концептуалізації є важливим аспектом в роботі. Когнітивна концептуалізація, забезпечує терапевту точку відліку для подальшого глибокого розуміння пацієнта [17].

На початку терапії терапевт визначає питання, які допомагають структурувати подальшу роботу. Терапевт формує гіпотезу про причину

виникнення проблеми, звертаючи увагу на: Дисфункційні думки, глибинні переконання пацієнта, травматичний досвід, негативні установи, когнітивні похибки мислення в роботі. Побудова когнітивної концептуалізації починається на першій психологічній сесії, до останньої. Формулювання розвивається, доповнюється, і допомагає здійснювати роботу ефективніше [16].

Когнітивно-поведінкова терапія спирається на наступні принципи в роботі (Д.Вестбрук, Г. Кенерлі, Дж.Кірк):

Принцип 1. Когнітивна терапія ґрунтується на постійному розвитку формулюванні терапевтичного випадку в термінах когнітивної терапії.

Принцип 2. Когнітивна терапія потребує створення міцного терапевтичного альянсу.

Принцип 3. У когнітивній терапії особливе значення надається співпраці та активній участі.

Принцип: 4. Когнітивна терапія орієнтована на меті та сфокусована на проблемі. На першій сесії терапевт пропонує визначити мету, перерахувати проблеми, та визначити цілі, чого хочеться досягти.

Принцип 5. У когнітивній терапії основна увага приділяється моменту «тут і зараз», особливо на початку лікування. У більшості випадків слід чітко фіксувати процес лікування на поточних проблемах та специфічних ситуаціях, які виводять пацієнта з ладу. Аналіз та більш реалістична оцінка аспектів життя.

Принцип 6. Когнітивна терапія – це освітня терапія, мета якої – навчити пацієнта бути собі терапевтом. У когнітивній терапії особлива увага приділяється профілактиці рецидиву. На першій же сесії терапевт пояснює природу та перебіг розладів, роз'яснюється суть процесу когнітивної терапії та знайомить з когнітивною моделлю (показує, яким чином думки впливають на її емоції та поведінку).

Принцип 7. Когнітивна терапія обмежена у часі. Більшості пацієнтів, які страждають на депресію і тривожний розлад, можна допомогти за 4-14 сесій.

Принцип 8. У процесі когнітивної терапії сесії структуровані. Незалежно від діагнозу та етапу лікування когнітивний терапевт прагне на кожній сесії суворо дотримуватись певного плану.

Принцип 9. Когнітивна терапія вчить пацієнтів розпізнавати та оцінювати їх дисфункціональні думки та переконання. Знаходити на них адаптивні відповіді [17].

Міфи про когнітивно-поведінкову терапію, які виділяє (Д. Вестбрук, Г. Кеннерлі, Дж. Кірк).

Міф № 1 «Терапевтичні стосунки неважливі у КПТ». Риси терапевта, які цінують в інших терапевтичних підходах, однаково важливі і для КПТ. Доброзичливе, емпатійне ставлення до клієнта, безумовне прийняття – це умова успішної терапевтичної роботи за К. Роджерсом, і є необхідними характеристиками КПТ-терапевта, ці риси також цінують клієнти. А це суперечить хибній думці про те, що КПТ – безособова терапія, у якій терапевтичні стосунки не важливі. Вже на початковому етапі вкрай важливо встановити довірливі стосунки для того, щоб клієнт міг розповісти про себе важливу інформацію, чи ж разом із терапевтом працювати над впровадженням нових та складних способів поведінки. І хоча КПТ не розглядає терапевтичний стосунок як основний терапевтичний інструмент, однак, це, безумовно, дуже важлива складова ефективної терапії. Терапевт повинен зважати на будь-які труднощі, що виникають у терапевтичних стосунках, і має спробувати зрозуміти, які переконання клієнта були тригером для появи цих труднощів Дехто вважає, що КПТ-терапевти не цікавляться тим, що клієнт відчуває до терапевта. Утім протягом останніх 20 років спостерігається зростання уваги до важливості терапевтичних стосунків – але це тлумачиться радше у когнітивній моделі, а не психодинамічній [19].

Міф № 2 «КПТ – це механістичний підхід: при проблемі X – застосуйте техніку Y». Основа КПТ – це чітка модель, яка об'єднує емоції, поведінку, когніції і фізіологію; ця модель лежить в основі терапевтичних стратегій, які довели свою ефективність. У КПТ існує також і специфічна модель для кожного конкретного розладу. Наприклад, існує модель панічного розладу, в якій основну роль відіграє викривлена катастрофічна інтерпретація незагрозливих фізичних чи психічних симптомів; модель депресії зосереджується на негативних думках клієнта про себе, інших людей та світ загалом. На основі таких моделей розроблено також до-сить детальні протоколи для лікування конкретних проблем клієнта. Втім у терапії конкретного випадку буде насамперед побудовано формулювання, а на його основі – терапевтичний план. Цей план хоч і може містити техніки з рекомендованих протоколів, втім він не матиме «загального» характеру (тобто, «Оскільки у нього тривожний розлад, я думаю, що йому потрібні техніки подолання тривоги»), а навпаки, ґрунтуватиметься на розумінні того, які психологічні процеси підтримують проблему клієнта, які важливі зв'язки існують між емоціями, думками, поведінкою та фізіологічними особливостями у цьому конкретному випадку – і відповідно до індивідуальних «мішеней» буде вибрано індивідуальний підхід у терапії [19].

Міф № 3 «КПТ працює із простими проблемами, для складніших потрібно щось інше». КПТ – це широкий і гнучкий підхід до терапії, який умілі практики можуть застосовувати до багатьох психологічних проблем, за умови, що клієнт хоча б мінімально бере участь у цьому процесі. Є вагомі наукові докази того, що КПТ – ефективний метод лікування складних, комплексних форм розладів першої осі, і тепер щоразу є більше доказів ефективності КПТ при розладах особистості.

Міф № 4 «КПТ не цікавиться підсвідомими процесами». КПТ не застосовує концепції підсвідомості у фрейдистському баченні, але очевидно визнає те, що когнітивні процеси можуть бути неусвідомленими. У багатьох випадках ви і ваш клієнт намагаєтесь прояснити значення досвіду клієнта,

який на початку міг бути неусвідомленим. Зазвичай цей досвід не інтерпретують як витіснений матеріал, а вважають «передсвідомим», доступним за належної допомоги до усвідомлення та рефлексії. Багатьом клієнтам потрібна практика, щоб, наприклад, підвищити рівень усвідомлення власних вад чи припущень. «Сократівські» запитання використовують для того, щоб допомогти клієнтові ідентифікувати такі когніції, а потім з'ясувати їхнє значення. Проте сам терапевт не пропонує власних інтерпретацій, а клієнту пропонується допомога щодо того, щоб він став експертом у розумінні самого себе. Є випадки, коли клієнт активно блокує власні думки чи образи. Наприклад, хтось, хто піддавався сексуальному насильству в дитинстві, може відмежовуватися від будь-якого досвіду чи спогадів, оскільки вони занадто болісні; при ОКР багато клієнтів уникають певних думок, які обумовлюють їхню компульсивну поведінку, уникаючи ситуації, що є триггерами таких думок [19].

Міф № 5 «КПТ підходить лише для клієнтів, які «психологічно налаштовані». У КПТ клієнти повинні бути в змозі усвідомлювати та говорити про свої думки та емоції, а також відрізнити одні від інших. Якщо клієнт розуміє психологічну модель – підтримуючий цикл або діагностичне формулювання – то це його перевага. Однак, якщо це викликає труднощі у клієнта, терапевт може допомогти йому розвинути необхідні здібності, щоб могли зрозуміти це. У таких ситуаціях також варто запропонувати кілька пробних сесій, щоб виявити, чи клієнтові підходить цей метод [19].

Як же було сказано, в процесі психологічної корекції робота направлена на переконання і те як ці переконання можуть впливати на наші емоції та поведінку, також клієнту важливо прояснити суть когнітивної моделі а саме: що таке глибинні переконання; проміжні переконання; автоматичні думки, для того щоб відслітковувати зміну емоційного стану в момент коли стає гірше. Починаючи з дитинства у людей формуються певні переконання про самих себе, оточуючих та світ загалом. Глибинні, переконання – це установки, які настільки глибокі і фундаментальні, що

люди часто не можуть їх чітко висловити і навіть просто усвідомити. Глибинні переконання – фундаментальний рівень переконань; вони всеосяжні, укорінені і погано піддаються до змін. З іншого боку, автоматичні думки – вербальні формулювання або образи – можна вважати найбільш поверховим рівнем пізнавальної діяльності.

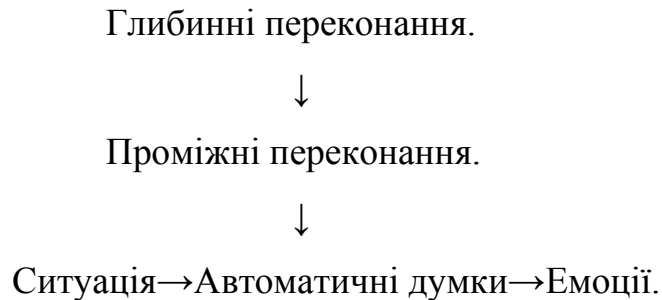


Рис. 1.1. Модель когнітивно-поведінкової терапії [17]

У певній ситуації приховані переконання людини (глибинні та проміжні) впливають на сприйняття цієї ситуації, внаслідок чого виникають автоматичні думки, характерні саме для цієї ситуації. Ці думки, в свою чергу, зумовлюють емоційну реакцію. Автоматичні думки також формують поведінку і часто бувають причиною фізіологічної відповіді організму [16].

Р. Ліхі виділяє основні техніки когнітивно-поведінкової терапії: «Виявлення думок», «Оцінка і перевірка думок», «Оцінка припущень та правил», «Логічні помилки та викривлення в обробці інформації» [17].

Увага приділяється також конкретним технікам, метою яких є розуміння різниці між думками, почуттями, реальністю. Важливо, навчитися відслідковувати свої автоматичні думки, які впливають на поведінку та настрої. Тому що думка або якась інтерпретація, приводить до виникнення різних почуттів.

Техніки роботи з правилами, припущеннями. Такими твердженнями як: «Потрібно», «Якщо-то», «Повинен». Які приводять до хибних міркувань, засвоєнню неефективних копінг-стратегій та підтримці негативних схем [17].

Розглядаються типові помилки в обробці інформації та винесенні логічних висновків, із-за яких виробляється упередженість підтвердження та

підтримуються більш загальні негативні переконання. Виявлення та усунення цих помилок – найважливіший компонент ефективної когнітивної терапії.

Техніки які направлені на модифікацію процесу прийняття рішень. Розбирається низка питань, що лежать в основі формування неефективних підходів до прийняття рішення. Багато людей опиняються в стані депресії і тривоги через свої суперечливі рішення, схильність до румінацій і прокрастинації замість прийняття розумних ризиків. Зрештою, будь-які зміни так чи інакше пов'язані з прийняттям рішень [17].

Техніки по роботі з хвилюванням, за допомогою яких терапевт може побудувати деталізований підхід до цієї вразливості. Вони ґрунтуються на моделях емоційного уникнення, тренінгу переносимості невизначеності, метакогнітивної теорії, прийнятті та інших підходах.

Багато технік які направлені на роботу з тривогою, депресією, гнівом. Вони акцентують увагу на тому, що на проблему можна подивитись ширше.

Техніки та методи зі схемо-терапії. Виявлення та ідентифікації схем, відстеження їх походження, оцінки патернів уникнення, компенсації та підтримки схем, а також зниження їх ригідності та повсюдності прояву за допомогою різноманітних технік [16].

Виявлення та ідентифікації схем, відстеження їх походження, оцінки патернів уникнення, компенсації та підтримки схем, а також зниження їх ригідності та повсюдності прояву за допомогою різноманітних технік.

Техніки емоційній регуляції. Акцент в роботі → Терапія емоційних схем, практик усвідомленості, прийняття. В деяких випадках саме робота з емоціями є задачею №1, якщо емоційна дисрегуляція дуже сильна і тим самим ускладнює когнітивну рефлексію, поведінкову активацію та експозицію, або встає питання безпеки самого клієнта та інших людей [16].

Психологічна сесіякогнітивно-поведінкового терапевта за Дж. Бек, має наступні етапи [17]:

1. Визначення порядку денного. Тобто, визначити про що буде йти мова на сеансі, щоб не пропустити важливі моменти. Когнітивний терапевт також знайомить клієнта з когнітивною моделлю взаємодії думок, емоцій, та дій. Відсутність чітко встановленого порядку призводить до непродуктивної витрати часу: насамперед, до порожніх розмов, які не дозволяють терапевту та пацієнту зосередитися на питаннях, які мають першочергове значення.

2. Оцінка настрою. Терапевт коротко оцінює настрій пацієнта. Крім щотижневого суб'єктивного звіту пацієнта, терапевт користується результатами об'єктивних опитувальників, таких як Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Бека та Шкала безнадійності Бека. Уважно вивчаючи результати цих тестів, терапевт виявляє проблеми, не озвучені пацієнтом: порушення сну, зниження сексуального тону, відчуття себе нікчемністю, дратівливість і т.д.

Терапевт також навчає клієнта оцінювати свій стан за допомогою шкали 0-100. «Згадайте, як ви провели попередній тиждень»; як ви можете оцінити інтенсивність вашої депресії, тривожності, агресії або будь-яких інших актуальних проблем.

3. Знайомство зі скаргами клієнта, виявлення його актуальних проблем, і визначення цілей терапії.

4. Навчання клієнта когнітивної моделі.

5. Очікування від терапії. Від роботи з психологом.

6. Пояснення клієнту природи його розладу\ стану.

7. Підведення підсумків сесії та визначення домашнього завдання.

Завершальне підбиття підсумків зводить до купи теми, які піднімалися під час цієї сесії, і дозволяє акцентувати найважливіші її моменти. Сюди входить і визначення домашнього завдання. На перших сесіях терапевт стає за провідну роль у підбитті підсумків; пізніше він спонукає до активнішої участі пацієнта.

8. Зворотній зв'язок. В кінці першої сесії більшість пацієнтів налаштовані по відношенню до терапевта та терапії позитивно. Запит

зворотного зв'язку ще більше зміцнює рапорт і переконує клієнта в тому, що терапевта хвилює його думка. За допомогою зворотного зв'язку клієнт отримує шанс висловити, а терапевт - швидко вирішити будь-яке нерозуміння. Питання:

1. Що важливого ви сьогодні дізнались?
2. Що хвилює вас в сьогоднішній сесії?
3. Що виявилось більш важливим для вас в обговоренні?
4. Про що ви бажаєте проговорити на наступній сесії? [17].

Отже, можна зробити висновок, що когнітивна терапія має свою структуру, короткостроковість, націлена на результат, має свої методологічні принципи, підкреслюється важливість когнітивної концептуалізації, яка виступає гарним ключем до розуміння клієнта і подальшої ефективної роботи.

1.3. Використання когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю

Тривога – це емоційне переживання, при якому людина відчуває дискомфорт від невизначеності. Почуття тривожності – це стійка характеристика, яка бере свій початок з переконань.

Дж. Бек виділяє 3 види переконань: Про себе, про інших, про світ загалом. Якщо людина ставитиметься до цього світу як до ворожого, прояв почуття тривожності, буде інтенсивнішим. У стані тривожності людину наздоганяють нав'язливі думки, їх прояв може бути сильним, тому людина може втратити над ними контроль [16].

Перебуваючи під владою тривожності, розум працює цілодобово без відпочинку. Мисленневий процес створює нові приводи для тривоги, як машина з заївшою кнопкою «Пуск». Внутрішній монолог продовжується коли хочеться спати, хочеться відпочити, нічого не роблячи. Цей стан може зіпсувати навіть найприємніший день [21].

Неважливо, наскільки добре йдуть справи, неважливо, який сьогодні посланий успіх, розум зайнятий тривогою про минуле і майбутнє, щоб оцінити сьогодні. Через тривожність поведінка стає дивною, сон псується, з'являється дратівливість. Можливості стають меншими. Майбутнє стає похмурим-відчувається страждання [21].

В стані тривожності, думка виникає неоднаково, сприймається як небажана, негативна. Нав'язлива думка – це те, що турбує людину періодично, що раз за разом залучаючи її до кола роздумів про них. Таке хвилювання виражається вербально: «Я переживаю, що, зрештою, залишусь один»; іноді це скоріше візуальні образи: «Так і бачу, як я сиджу один у порожній квартирі і плачу». При визначенні змісту і частоти виникнення думок, що турбують, важливо знайти стимули або ситуації, що провокують їх появу [18].

Під занепокоєнням ми розуміється думка чи образ, який змушує турбуватися про майбутнє. Наприклад, переживання з приводу думки «Зараз я впаду». Хвилювання виникає знову і знову набувачи форми візуальних образів: Людина починає бачити все те погане, що може статися, – наприклад, себе в повній самоті, сумного, втраченого, – і починаємо переживати через таку перспективу [20].

На думку Р. Ліхі, когнітивно-поведінкова терапія пропонує нам ряд запитань, щодо виявлення того, що конкретно нас турбує.

1. Скажіть, про що ви думаєте, коли відчуваєте хвилювання?
2. Чи з'являються у вас перед очима яскраві візуальні образи можливих подій?
3. Чи передбачаєте ви певні тривожні сценарії?
4. Чи припускаєте, що може статися щось погане?
5. Які ситуації змушують вас переживати? Що відбувається безпосередньо перед тим, як ви починаєте хвилюватися? [16].

Існує велика різноманітність тестів на виявлення рівня тривожності. А. Бек запропонував методикку на виявлення рівня тривоги. Це клінічна

тестова методика яка призначена для виявлення ступеня тривожності. По внутрішній структурі складається з 21 пункту. Кожен пункт включає один із типових симптомів тривоги, тілесний чи психічний. Кожен пункт повинен бути оціненим від нуля (симптом не турбує); до трьох (симптом турбує дуже сильно). Є простим інструментом для оцінки ступеня вираженості тривожності. Адаптована для великого кола осіб: Молодих людей віком від 14 років, зрілих і літніх. Заповнення самого тесту займає 10-15 хвилин. Якщо людина отримала високі бали за шкалою, то за рекомендацією їй слід звернутись на психологічну консультацію. Цей інструмент також ефективний при проф.оглядах.

Результати тесту отримуються сумуванням балів по всіх пунктах шкали.

- 1) До 21 бала – незначний рівень тривожності.
- 2) Від 22 до 35 балів – середній рівень тривожності.
- 3) Вище 36 балів – високий рівень тривожності [22].

Похибки мислення, та когнітивні викривлення впливають на думки та поведінку, когнітивно-поведінкова терапія чітко відстежує, як когнітивні упередження і спотворення впливають на життя людини [17].

Поведінка людини і неприємні переживання залежать від думок, і інтерпритації ситуації. В основі переживань лежать похибки мислення. Це викривлення актуальної події. Викривлення обумовлюється невідповідністю своїх думок в правдивості реальності якою вона є [17].

Дж. Бек виділяє наступні види когнітивних викривлень:

1. Я повинен. Слова маркери якими підкріплюється це когнітивне викривлення: «Повинен, повинно бути, не повинен, не обов'язково, треба». Відображається в нереалістичних вимогах по відношенню до себе, та інших. Існування чіткої ідеї «Як я повинен себе вести та як повинні вести себе інші люди, яким повинен бути я і якими повинні бути інші» Якщо такі очікування не здійснюються в реальності, то людина сприймає це як невдачу. [17]

Переконня:

1. Я повинен всім подобатись.

2. Я не повинен робити помилки.
3. Я повинен все контролювати.
4. Люди які мене оточують повинні бути уважними та ввічливими.

Людина ставить собі вимоги. «Робити тільки так». Відчуття «Повинен» – не представляє іншої альтернативи при такому викривленні люди це використовують коли насправді є інші варіанти і таким чином, ставлять себе у пастку.

Корекційні заходи. Сформулювати – з «Повинен» на «Хочу» Створити бажання, замість вимог. Це знизить рівень тиску та напруги, покращить настрій.

2. Катастрофізація. Слова маркери «Це кінець», «Катастрофа», «Жах» . Збільшення негативного характеру ситуації, не враховуючи альтернативи та вигодних сценаріїв розгортання подій.

Переконання:

1. Я не зможу витримати сильної тривоги, я нічого не зможу зробити.
2. Я буду дуже засмученим, якщо нічого не зможу зробити.
3. Якщо мене звільнять, це буде кінець моєї кар'єри.

Корекційні заходи: Альтернатива катастрофізації- реалізм. Урахування реальних фактів, планування [18].

3. Дихотомічне мислення. Слова-маркери: «Або-або», «Все або нічого». Виявляється при концентрації на двох варіантах розвитку подій. Чим більша концентрація на крайнощах, тим більша вірогідність відчувати сильні емоції, від чого з'являються тривожні переживання [18].

Корекційні заходи:

1. Формувати інші варіанти розвитку подій.
2. Виявляти чутливість до себе.
3. Читання думок. Читання думок: Грунтується на особистісних переконаннях спираючись на досвід. Думки не відповідають реальності. Наслідок поведінки проявляється в тривожності і розбіжностям в колективі.

Корекційні заходи: Використання технік когнітивно-поведінкової терапії за/проти.

5.Узагальненість. Виражається у схильності робити загальні висновки, на основі одиничної події. Формується широкий негативний підсумок, який виходить за границі проблемної ситуації [16].

Приклад:

1.»Якщо я не зроблю це- то в майбутньому я ніколи не знайду роботу своєї мрії. Буду працювати на низькооплачуваній посаді не за покликанням».

2.»Молодий чоловік наважився покликати дівчину на побачення, вона чомусь йому відмовила, він відчуває біль, думаючи: «У мене ніколи не буде дівчини. Жодна дівчина не захоче піти зі мною на побачення, все життя я самотній».

3. «Я весь час все роблю неправильно» [17].

Корекційні заходи: Подивитись на ситуацію реалістично. Оцінити свої думки. Що я можу зробити, для себе, щоб мій стан змінився у кращу сторону. Отже, проблематика когнітивних викривлень, сильно впливає на стан тривожності та підкреслює поле діяльності когнітивно-поведінкової терапії в роботі з нашими думками, та переконаннями.

Роль нав'язливих думок. На думку Д.А Кларк, нав'язливі думки є продуктами мисленнєвої діяльності, виникають у підсвідомості. Мають негативний відтінок, викликають негативні емоції, важко піддаються контролю. Виділяють аспекти нав'язливих думок пов'язаних з тривожністю [20].

1.Спонтанне виникнення у свідомості, без будь-яких зусиль чи намірів.

2.Здатність впливати на загальну концентрацію.

3.Стійкість до ігнорування, подавленності [21].

Нав'язливі думки залежать від їх оцінки. Головне завдання є виявлення їх емоційної основи та розуміння, що їх поєднує [21].



Рис.1.2. Роль нав'язливих тривожних думок [21]

На думку Р. Ліхі, когнітивно-поведінкова терапія пропонує нам безліч технік по роботі з тривожністю.

1. Щоденник почуттів. Ефективний інструмент по роботі з переживаннями, які негативно впливають на емоційний і фізичний стан. Завдяки ведення щоденника своїх почуттів, людина може подивитись на свої думки, переживання як «спостерігач» та виявити, що саме зараз турбує найбільше. Рекомендовано застосовувати ведення записів почуттів в кінці кожного дня, задаючись питанням «Як я себе почуваю зараз», таким чинном спостерігаючи за своїми думками, ми заземлюється. Важливо прописувати на початку нотатки «Яку емоцію або почуття я зараз відчуваю». Конкретно прописувати яка це емоція, і чому вона виникла. Аналіз внутрішнього стану, підводить до того, на чому важливо зараз сконцентруватися, що можливо зробити [12].

2. Техніка розділення: Ситуація-Думка-Почуття. Подією може вважатися конкретна ситуація. Наприклад. («Я не здав іспит»), яка сталася у минулому, сьогодні, або може статися як передбачається в майбутньому «Я не здам іспит». Це може підкріплюватись конкретним відчуттям «Я відчуваю, як моє серце швидко б'ється». Емоція в цих переживаннях може стати самою подією, у тому випадку, коли людина усвідомлює своє почуття тривоги, тобто, починає вірити в те, із за чого відчуває хвилювання. А потім інтерпретує його, наприклад, роблячи висновок «Я завжди буду тривожним», тривога – ознака моєї слабкості. Люди з тривожністю стверджують, що причина їх поведінкових і емоційних реакцій є події. «Я хвилююсь тому що скоро іспит». Під такою інтерпретацією, мається на увазі, що подія обов'язково призводить до виникнення конкретного почуття. [17]

Когнітивно-поведінковий підхід пояснює, як інтерпретація події впливає на виникнення поведінки або емоції. Визначним фактором є думка щодо ситуації, яка зумовлює емоції та поведінку. Щоб навчитися розділяти ситуації, думки, почуття, поведінку, важливо зрозуміти, що ми думаємо і відчуваємо з приводу того, що відбувається [16].

Працюючи з клієнтом в рамках когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) тривоги, терапевти зазвичай дотримуються кількох ключових принципів і технік, щоб допомогти клієнту впоратися зі своїми тривожними симптомами. Ось деякі особливості роботи з клієнтом в КПТ з тривожності на думку Д. А.Кларка:

1. Підхід, заснований на співпраці: КПТ – це підхід до терапії у співпраці, коли терапевт і клієнт працюють разом, щоб визначити цілі клієнта і розробити план лікування. Терапевт допомагає клієнту зрозуміти свої симптоми тривоги і навчитися новим навичкам управління ними;
2. клієнтам з тривожним розладом корисно дізнатися про свій розлад, в тому числі про те, як він впливає на тіло і розум. Терапевт надає інформацію про тривожність і навчає клієнта загальним когнітивним і поведінковим моделям, пов'язаним з тривогою;
3. Терапевт допомагає клієнту визначити тригери тривоги, такі як конкретні ситуації або думки. Це дозволяє клієнту розробити стратегії управління своєю тривогою, коли він стикається з цими тригерами;
4. Ця методика передбачає допомогу клієнту у виявленні та подоланні негативних стереотипів мислення, які сприяють виникненню тривоги. Терапевт допомагає клієнту розвинути більш збалансоване та реалістичне мислення;
5. Як згадувалося раніше, поведінкові методи, такі як експозиційна терапія, техніки релаксації та тренування соціальних навичок, можуть допомогти клієнту впоратися з симптомами тривоги;
6. КПТ часто передбачає домашні завдання між сесіями, де клієнт практикує нові навички або техніки, отримані під час терапії. Це

допомагає клієнту застосовувати навички в реальних життєвих ситуаціях і закріплює навчання;

7. Терапевт регулярно відстежує прогрес клієнта і за необхідності коригує план лікування. Це допомагає клієнту не відставати від своїх цілей і досягти найкращого результату [21].

Робота з клієнтом в КПТ з тривожністю передбачає індивідуальний підхід, який враховує індивідуальні потреби та цілі клієнта. Терапевт допомагає клієнту розвинути навички та стратегії, необхідні для управління симптомами тривоги та покращення загальної якості життя [33].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) вважається одним з найефективніших методів лікування тривожних розладів, що підтверджується значною кількістю досліджень. Ось деякі ключові висновки щодо ефективності КПТ у зниженні тривожності які виділяю М. Мілан.

1. Зменшення тривоги: КПТ виявилася високоефективною у зменшенні симптомів тривоги, включаючи занепокоєння, страх і поведінку уникнення. Дослідження постійно виявляють, що люди, які отримують КПТ, відчувають значне зменшення симптомів тривоги порівняно з тими, хто не отримує лікування або отримує плацебо.
2. Довгострокові переваги: Переваги КПТ для лікування тривоги можуть бути довготривалими. Дослідження показали, що люди, які отримують КПТ від тривожних розладів, менш схильні до рецидиву симптомів порівняно з тими, хто не отримує лікування або отримує інші форми лікування.
3. Універсальність: КПТ є універсальним методом лікування, який можна адаптувати для лікування різних типів тривожних розладів, включаючи генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний тривожний розлад і специфічні фобії.
4. Економічна ефективність: КПТ є економічно ефективним методом лікування тривожних розладів, оскільки зазвичай вимагає

меншої кількості сеансів, ніж інші форми психотерапії, і може проводитися в групових умовах або через онлайн-платформи.

5. Без побічних ефектів: КПТ є неінвазивним методом лікування без побічних ефектів, що робить його бажаною альтернативою медикаментозному лікуванню для людей, які вважають за краще уникати фармацевтичних втручань [34].

Загалом, дослідження показує, що КПТ є високоефективним методом лікування тривожних розладів, з перевагами, які можуть тривати ще довго після закінчення лікування. Навчаючи людей новим навичкам подолання та стратегіям управління тривогою, КПТ може допомогти їм жити більш повноцінним і менш тривожним життям [50].

Емоції і думки взаємопов'язані між собою, і впливають на поведінку, в рамках когнітивно-поведінкового підходу, використовують техніку «С-Е-Д-П». Мета техніки: представити зв'язок думок, емоцій і дій.

1. Ситуація яка сталася.
2. Які емоції на даний момент відносно ситуації.
3. Які зараз думки відносно ситуації.
4. Як це впливає на поведінку, і як я зараз себе поведжу.

Таблиця 1.2.

Техніка «С-Д-Е-П» [16]

Ситуація.	Думки.	Емоції.	Поведінка. 1. Як проявляється фізично. 2. Яка саме поведінка.

На думку Аарона Бека, ефективним інструментом на наступному етапі по роботі з таблицею, є застосування технік за/проти. Відбувається перевірка наскільки правдива думка, яка викликає почуття тривожності.

Техніка за/проти.

1. Які є докази, що це насправді здійсниться?
2. Які є докази, що це насправді не здійсниться.
3. Яким я бачу альтернативний варіант розвитку подій. Тобто той, який виступає найсприятливішим для мене [16].

Когнітивні техніки для зміни мислення, пов'язаного з тривогою, спрямовані на те, щоб допомогти людям виявити та змінити негативні або викривлені думки, які сприяють виникненню тривоги. Ось кілька поширених когнітивних технік, які використовуються в терапії на думку А. Бека:

Декатастрофізація – ця техніка передбачає вивчення ситуації або події, якої ви боїтеся, та оцінку реальної ймовірності та потенційних наслідків цієї ситуації. Визнаючи, що наслідки, яких вони бояться, мало ймовірні або не будуть настільки катастрофічними, як вони бояться, люди можуть зменшити свою тривогу і підвищити почуття контролю [31].

Сократівське опитування – ця методика передбачає постановку низки спрямованих запитань, які допомагають людині проаналізувати свої думки та оцінити їхню точність і корисність. Наприклад, терапевт може запитати: «Які у вас є докази на підтримку цієї думки?» або «Що б ви сказали другу, у якого виникла така думка?», щоб допомогти людині кинути виклик і змінити свої негативні стереотипи мислення.

Когнітивна реструктуризація – ця техніка передбачає виявлення та заміну негативних або ірраціональних думок на більш збалансовані та адаптивні. Терапевт працює з людиною, щоб виявити її негативні шаблони мислення і розробити більш точні і корисні способи мислення про ситуацію.

Когнітивна терапія на основі усвідомленості – ця методика поєднує в собі медитацію на основі усвідомленості з методами КПТ, щоб допомогти людині краще усвідомити свої думки і розвинути в собі більше прийняття і співчуття до себе. Практикуючи усвідомленість, люди можуть навчитися спостерігати за своїми думками, не зациклюючись на них, і розвинути більш адаптивні способи реагування на свою тривогу [32].

Отже, використовуючи ці когнітивні техніки, люди можуть навчитися ідентифікувати і кидати виклик своїм негативним стереотипам мислення, а також розвинути більш адаптивні способи мислення про свою тривогу. Ці методи часто використовуються в поєднанні з іншими поведінковими методами, такими як експозиційна терапія, щоб допомогти людям впоратися з симптомами тривоги та покращити загальний стан психічного здоров'я і благополуччя.

Висновки до першого розділу

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є високоефективним підходом до лікування тривожних розладів. Впливаючи як на когнітивні, так і на поведінкові компоненти тривоги, КПТ може допомогти людям подолати свої страхи, керувати своїми симптомами та відновити контроль над своїм життям. Деякі з ключових методів, що використовуються в КПТ в роботі з тривожністю, включають техніку аналізу ситуації, думок, почуттів, цілю яких є підтримка як фізичного так і емоційного стану. Ці методи покликані допомогти людям подолати свої страхи, змінити стереотипи мислення, навчитися розслаблятися і краще розуміти свою тривогу. За допомогою кваліфікованого терапевта і бажання працювати над собою люди з тривожністю можуть подолати свої страхи і жити більш повноцінним і осмисленим життям.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДІВ РОБОТИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОГОЮ

2.1. Методичне забезпечення проблеми тривожності

Експериментальне дослідження особливостей когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю, дає змогу розглянути цей процес, як систему компонентів, що є запорукою взаємодії особистості зі своїми думками, емоціями, та поведінкою. Особливість когнітивно-поведінкової терапії, є пояснення, як на поведінку впливають переконання і формують відношення з оточенням.

Когнітивно-поведінкова терапія, зосереджена на думках, емоціях, переконаннях, які провокують тривожність і займається розробкою стратегій по управлінню тривожним станом [20]. Роберт Ліхі пише, що завданням корекції тривожності – зрозуміти своє ставлення до актуальної ситуації і прослідкувати за ходом своїх думок, щодо події, результатом є покращення емоційного стану [20].

Дж. Бек, Р. Ліхі, Д.А Кларк наводять наводять величезну кількість стратегій, та корекції тривожності в рамках когнітивно-поведінкового підходу по роботі з перконаннями, думками, емоціями, почуттями.

1. Когнітивна перепрограмування: ця стратегія полягає в зміні способу мислення, що стоїть за тривожними думками. Клієнт навчається розуміти, як його думки впливають на його емоції та поведінку, та навчається змінювати свої думки таким чином, щоб зменшити рівень тривоги.

2. Експозиційна терапія: ця стратегія полягає в поступовому викладенні клієнта ситуаціям, які викликають у нього тривогу, з метою допомогти йому звикнути до цих ситуацій та зменшити рівень тривоги.

3. Релаксаційні техніки: ці техніки допомагають зменшити фізичні симптоми тривоги, такі як швидке серцебиття та поверхневе дихання. Це

можуть бути такі техніки, як глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація або йога.

4. Соціальна підтримка: отримання підтримки від друзів, родини або групи підтримки може допомогти зменшити рівень тривоги та підтримати клієнта під час лікування.

5. Зміни стилю життя: зміни у способі життя, такі як збалансована дієта, регулярна фізична активність та достатній сон, можуть допомогти зменшити рівень тривоги [16].

Научіння цих компонентів може займати багато часу. Вимагає наполегливості і зосердженості. А. Бек роз'яснює етіологію тривожності, як реакцію на негативні думки та переконання, які мають коріння з минулого досвіду і є несвідомими. Теорія Аарона Бека, вказує, що думки та переконання впливають на емоції та поведінку. Негативні думки проявляються, наприкладі, «Я не зможу впоратися з цією ситуацією» або «Все піде не так, як я хочу», ці думки викликають тривожність і зумовлюють фізичні симптоми. Підвищене серцеве скорочення, потовиділення, плаксивість, сонливість, роздратування [12].

На думку Р. Ліхі, М. Мілана в роботі з тривожністю ефективно використовувати наступні методи:

1. Дихання глибокого розслаблення. Техніка полягає в зосередженні на диханні, повільно і глибоко вдихати й видихати. Це допоможе зменшити фізичні прояви тривожності та знизити рівень стресу.

2. Міркування про майбутнє. Ця техніка зосереджена в роботі про переживання, за майбутнє. Полягає в тому, щоб створити список можливих сценаріїв і потенційних результатів, щоб підготуватися до будь-якого можливого результату.

3. Переосмислення думок. Ця техніка зосереджена на зміні негативних думок, які викликають тривожність. Цілью є поставлення собі запитань, для переосмислення думок, та знаходженню позитивного і реалістичного підходу.

4. Релаксація прогресивної м'язової. Техніка зосередженна, на послідовному розслабленні м'язів. починаючи з ніг і закінчуючи головою.

5. Відвідування м'якого місця. Техніка зосередженна на створенні ментального образу місця. Ціль: Набуття і створення ментального образу місця, в якому людина буде відчувати спокій та безпеку. Отже, розроблені техніки можуть допомогти впоратися з тривогою і зменшити її вплив на життя.

В ході даного дослідження особливостей когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю, була розроблена емпірична програма, яка складається з декількох етапів:

1) Підбір психодіагностичного інструментарію.

Психодіагностичний комплекс методик склали: тест за шкалою тривоги Спілбергера (STAI), опитувальник за шкалою дисфункціональних відношень. Бек, Вайсман. Опитувальник правдоподібності тривожних думок, ВАФТ. К. Херцбера.

Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI) є одним із найбільш використовуваних психологічних інструментів для вимірювання рівня тривожності. Розроблена в 1960-х роках Чарльзом Д. Спілбергером і колегами. Шкала зазнала багато модифікацій і доопрацювань. STAI складається з двох частин – «Особистісна тривожність» і «Ситуативна тривожність». (Варіанти відповідей: Кожна зі шкал містить по 20 тверджень, на які потрібно відповісти, використовуючи чотирибальну шкалу відповідей від «ніколи» до «дуже часто» (0 – 1 – 2 – 3). Перша частина «Особистісної тривожності» вимірює тривожність як стійку рису характеру, тоді як шкала ситуативної тривожності вимірює поточний стан тривоги в певний момент часу. Приклади тверджень особистісної тривоги включають «Я відчуваю, що є досить нервовою людиною» або «Мене турбує можливість того, що щось піде не так». Приклади тверджень ситуативної тривожності включають «Зараз я відчуваюся спокійним і впевненим» або «Зараз я відчуваюся стривоженим і неспокійним». STAI використовується в клінічній практиці та

дослідженнях. Застосування оцінює рівень тривоги у пацієнтів або учасників досліджень. Результати STAI допомагають у виборі підходящих методів лікування, задля визначення рівня тривожності та подальшої корекції.

Шкала дисфункційних відношень (DAS) А. Бек та А. Вейсман, була розроблена для оцінки інтенсивності дисфункціональних переконань, які є основою невротичних і психосоматичних розладів. DAS складається з 40 тверджень, на які респондент оцінює свою узгодженість за шкалою від 1 до 7. (Варіанти відповідей: 1 – «повністю не згоден», 4 – «складно сказати» 7 – «повністю згоден»). Твердження стосуються різних аспектів життя: особистість, майбутнє особистісні стосунки, праця, мораль, перфекціонізм.

Обробка результатів: здійснюється шляхом підрахунку оцінки за всіма 40 твердженнями, на які відповідає респондент. Оцінки кожного твердження спочатку переводяться в бали, де згоду з твердженням оцінюють як 0, 1, 2, 3, 4, 5 або 6 балів залежно від ступеня згоди, невизначеність (відповідь «не знаю») оцінюється в 3 бали. Бали підсумовуються за всіма твердженнями, щоб отримати загальну оцінку шкали DAS. Ступінь вираженості дисфункціональних стосунків визначається через загальний сумарний бал за опитувальником. Аналіз відповіді за кожним окремим твердженням дає змогу виявити вираженість окремих дисфункціональних стосунків. Чим вища відповідна оцінка окремого пункту опитувальника та сумарна оцінка тесту, тим більш спотвореними діагностуються когнітивні характеристики. Розподіл дисфункціональних стосунків за шкалами авторами опитувальника не передбачалося, основний аналіз здійснювався за загальним балом і за ступенем вираженості окремих дисфункціональних стосунків.

(BAFT) Опитувальник тривожних думок. К. Херцберг. Застосовується для вимірювання рівня правдоподібності тривожних думок у людей з тривожними розладами. Інструмент вивчає психологічні аспекти, які визначають реакції на стресові фактори, виявлення рівня віри у тривожні думки, і служить методом, метою якого є вплив на позитивні зміни. Складається з 16 запитань, які описують ситуації, що спричиняють тривогу.

При оцінці кожного запитання пацієнт повинен відповісти на запитання: «Як вірогідно ця думка є правдоподібною для мене?». Обробка результатів: Кожне запитання оцінюється за шкалою від 0 до 7, де 0 – «абсолютно не правдоподібно» і 7 – «абсолютно правдоподібно») Наприклад, одне з запитань опитувальника має наступний вигляд: «Як вірогідно, що я забуду про важливу зустріч, яка відбудеться завтра?».

Клієнт оцінює вірогідність цієї думки на шкалі від 0 до 7. Результати опитування дають загальний показник рівня правдоподібності тривожних думок.

2) На другому етапі емпіричної програми здійснювався підбір експериментальної бази. Вибірку дослідження склали 30 чоловік, які проживають у місті Миколаїв, та виявили бажання взяти участь експерименті. Розподіл вибірки та на експериментальну (15 осіб) та контрольну (15 осіб)

3) Третій етап емпіричної програми передбачав проведення психодіагностичного зрізу за допомогою вищезазначених методик.

4) На четвертому етапі здійснювалась розробка та апробація корекційної програми, щодо зменшення рівня тривожності серед учасників.

5) На п'ятому етапі проводилось узагальнення результатів корекційної програми та порівняння результатів контрольної та експериментальної групи.

На основі розглянутих теоретичних концепцій стосовно особливостей когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривогою в психологічній літературі, в якості компонентів тривожності ми розглядаємо когнітивний і поведінковий компоненти, які були дослідженні за допомогою наступного психодіагностичного комплексу методик (Таблиця 2.2.).

**Компоненти, критерії та методики емпіричного дослідження
особливостей когнітивно-поведінкової терапії в роботі з
тривожністю**

Компоненти особистісного самовизначення	Критерії	Методики дослідження.
Когнітивний	Особистісна тривожність	Тест за шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI).
	Ситуативна тривожність	
Поведінковий	Дисфункційні переконання	Опитувальник за шкалою дисфункціональних відношень. Бек, Вайсман.
	Соматичні проблеми,	Опитувальник правдоподібності тривожних думок, ВАФТ. К. Херцбера.
	Регуляція емоцій	
	Негативна оцінка	

Отже, обраний нами психодіагностичний інструментарій відповідають вимогам стандартизації, валідності, надійності, співвідносяться з метою роботи, завданнями дослідження і дає змогу перейти до проведення діагностичного зрізу.

2.2. Аналіз якісних та кількісних результатів зрізу

Для дослідження особливостей когнітивно-поведінкової терапії, були обрані психодіагностичні методики: Тест за шкалою тривоги Спілбергера-

Ханіна (STAI), Опитувальник за шкалою дисфункціональних відношень А. Бек, Вайсман, Опитувальник правдоподібності тривожних думок, ВАФТ. К. Херцбера.

Психологічна база досліджування склала: 30 осіб. Відповідно до цього, досліджувані склали дві групи вибіркової сукупності: Контрольна досліджувана група-15 осіб та експериментальна група – 15 осіб. Вік обстежуваних – від 19-23, вік досліджуваних від 20-25 років. Всі вони мешкають в місті Миколаєві. Після обробки відповідей у таблиці 2.3. представлені результати респондентів відповідно до рівня тривожності.

Таблиця 2.3.

**Результати опитування експериментальної групи за шкалою тривоги
Спілбергера-Ханіна**

№ респ.	Показник особистісної та ситуативної тривожності	№ респ.	Показник особистісної та ситуативної тривожності
1	Ситуативний рівень 29 Особистісний рівень 30	9	Ситуативний рівень 43 Особистісний рівень 44
2	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 45	10	Ситуативний рівень 46 Особистісний рівень 47
3	Ситуативний рівень 44 Особистісний рівень 45	11	Ситуативний рівень 49 Особистісний рівень 51
4	Ситуативний рівень 38 Особистісний рівень 42	12	Ситуативний рівень 41 Особистісний рівень 44
5	Ситуативний рівень 58 Особистісний рівень 65	13	Ситуативний рівень 52 Особистісний рівень 56
6	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 43	14	Ситуативний рівень 36 Особистісний рівень 39
15	Ситуативний рівень 30 Особистісний рівень 32		

З таблиці бачимо, що з експериментальної групи 2 респондента мають низький рівень ситуативної і особистісної тривожності, 6 респондентів мають середній рівень ситуативної і особистісної тривожності, 4 респондентів мають високий рівень ситуативної і особистісної тривожності.

Таблиця 2.4.

**Результати опитування контрольної групи за шкалою тривоги
Спілбергера-Ханіна**

№ респ.	Показник особистісної та ситуативної тривожності	№ респ.	Показник особистісної та ситуативної тривожності
1	Ситуативний рівень 30 Особистісний рівень 31	9	Ситуативний рівень 45 Особистісний рівень 47
2	Ситуативний рівень 45 Особистісний рівень 46	10	Ситуативний рівень 48 Особистісний рівень 49
3	Ситуативний рівень 47 Особистісний рівень 50	11	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 46
4	Ситуативний рівень 45 Особистісний рівень 44	12	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 44
5	Ситуативний рівень 53 Особистісний рівень 52	13	Ситуативний рівень 35 Особистісний рівень 36
6	Ситуативний рівень 53 Особистісний рівень 54	14	Ситуативний рівень 53 Особистісний рівень 55
7	Ситуативний рівень 41 Особистісний рівень 43	15	Ситуативний рівень 39 Особистісний рівень 38
8	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 43		

З таблиці 2.4. бачимо, що 1 респондент має низький рівень ситуативної і особистісної тривожності, 11 респондентів мають середній показник ситуативної і особистісної тривожності, 3 респондента мають високі показники. Для виявлення рівня дисфункційних відношень, був використаний опитувальник за шкалою дисфункціональних відношень А. Бека, Вайсмана. Результати тесту відображено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

**Результати опитування експериментальної групи за шкалою
дисфункційних відношень Бека, Вайсмана**

№ Респондент	Показник дисфункційних припущень.	№ респондента	Показник дисфункційних припущень.
1	150	9	162
2	160	10	153
3	147	11	180
4	149	12	166
5	157	13	130
6	142	14	125
7	154	15	130
8	152		

Після обробки результатів, наведених у таблиці 2.5., експериментальної групи бачимо, що 11 респондентів мають середній рівень, 4 респондента мають високий показник дисфункційних припущень.

Таблиця 2.6.

**Результати опитування контрольної групи за шкалою дисфункційних
відношень Бека, Вайсмана**

№ респондента	Показник дисфункційних припущень.	№ респондента	Показник дисфункційних припущень.
1	165	9	133
2	158	10	158

Продовження табл. 2.6.

3	159	11	162
4	150	12	170
5	158	13	183
6	178	14	150
7	144	15	163
8	153		

Після обробки відповідей контрольної групи за шкалою дисфункційних відношень Бека, Вайсмана, поданих у таблиці 2.6, бачимо, що 10 респондентів показали середній рівень, 3 респондентів показали високий рівень, 2 респонденти показали- низький рівень.

Для визначення правдоподібності тривожних думок експериментальної групи, був використаний опитувальник правдоподібності тривожних думок, ВАФТ. К. Херцбера. Після обробки відповідей у таблиці 2.7. представлені результати експериментальної групи респондентів, щодо виявлення рівня соматичних проблем, регуляції емоцій, негативної оцінки.

Таблиця 2.7.

Результати опитування експериментальної групи за опитувальником правдоподібності тривожних думок. ВАФТ К. Херцбера.

Номер респондента	Соматичні проблеми	Регуляція емоцій	Негативна оцінка
1	10	25	18
2	25	26	27
3	15	23	24
4	21	28	25
5	22	26	21
6	31	20	22
7	18	20	21

Продовження табл. 2.7.

8	19	21	21
9	22	25	22
10	21	26	32
11	24	19	32
12	27	21	23
13	24	21	25
14	25	20	22
15	30	17	21

З таблиці бачимо, що за шкалою соматичних проблем 2 респонденти показали- низький рівень, 10 – середній, 3 – високий.

Шкала регуляції емоцій у 1 респондента показала низький рівень, 12 – середній, 2 – високий рівень. За шкалою негативної оцінки вибірка розташувалась таким чином: 10 респондентів показали середній рівень, 2 – низький рівень, 3 – високий рівень.

Таблиця 2.8.

**Результати опитування контрольної групи за опитувальником
правдоподібності тривожних думок. ВАГТ К. Херцбера.**

Номер респондента	Соматичні проблеми	Регуляція емоцій	Негативна оцінка
1	17	20	30
2	23	25	26
3	19	31	21
4	24	38	31
5	21	24	17
6	13	21	34
7	34	22	10

8	33	23	21
9	25	25	29
10	26	32	38
11	32	39	11
12	33	15	26
13	21	20	25
14	12	21	29
15	19	18	21

З таблиці бачимо, що за шкалою соматичних проблем 2 респонденти показали низький рівень, 9 – середній, 4 – високий. Шкала регуляції емоцій у 1 респондента показала низький рівень, 9 – середній, 3 – високий рівень. За шкалою негативної оцінки вибірка розташувалась таким чином: 9 респондентів показали середній рівень, 2 – низький рівень, 4 – високий рівень.

Все це зумовлює необхідність проведення корекційної роботи з даними респондентами. Психологічний супровід, зумовлений використанням технік, спрямованих на прийняття тривожності і усвідомлення емоцій.

2.3. Змістовні складові корекційної програми

З огляду на результати проведеного дослідження була розроблена корекційна програма, ціллю якої є прийняття почуття тривожності та усвідомлення емоцій в рамках когнітивно-поведінкової терапії. Для її впровадження була створена експериментальна та група, до якої увійшло 15 респондентів. Завдання корекційного етапу було виокремлено:

1. Розробка та впровадження психокорекційної програми з метою прийняття почуття тривожності та усвідомлення емоцій.

2. Проведення контрольного зрізу для розподілу контрольної та експериментальної групи.
3. Проведення аналізу ефективності впливу психокорекційної програми на прийняття почуття тривожності та усвідомлення емоцій у експериментальній групі.

Корекційна програма для прийняття тривожності та усвідомлення власних емоцій складається з двох блоків технік корекції. Перший блок технік спрямований на роботу з емоційним станом з метою знайомства з почуттям тривожності та роботою з негативними думками. Другий блок технік спрямований на роботу з ресурсним станом. Програма складається з шести занять тривалістю по 1,5 години. Структура занять полягає в тому, що протягом трьох днів група працює з почуттям тривожності та негативними думками, наступні три дні група працює над пошуком власних ресурсів.

Відповідно до мети, виділено наступні завдання програми:

- Знизити рівень тривожності.
- Нормалізувати рівень самооцінки.
- Усвідомити прояв негативних думок.
- Усвідомити прояв негативних припущень.
- Навчитися визначати емоції.

Очікуванні результати:

- Підвищення розвитку до самовдосконалення.
- Оволодіння прийомами, що допомагають знаходити ресурси.
- Приняття себе.
- Підкреслення власної індивідуальності.
- Почуття власної опори.

Форма занять: Групова.

Перший блок технік: Робота з почуттям тривожності, та негативними думками.

Техніка №1.

«Щоденник почуттів»

Мета: Проаналізувати та визначити прояв негативних тривожних думок.

Тривалість: 10 хвилин.

Алгоритм проведення:

Ефективний інструмент по роботі з переживаннями, які негативно впливають на емоційний і фізичний стан. Завдяки ведення щоденника своїх почуттів, людина може подивитись на свої думки, переживання як «спостерігач» та виявити, що саме зараз турбує найбільше.

1. Рекомендовано застосовувати ведення записів почуттів в кінці кожного дня, задаючись питанням «Як я себе відчуваю зараз», таким чином спостерігаючи за своїми думками, ми заземлюємось. Важливо прописувати на початку нотатки «Яку емоцію або почуття я зараз відчуваю».

2. Конкретно прописувати яка це емоція, і чому вона виникла. Аналіз внутрішнього стану, підводить до того, на чому важливо зараз сконцентруватися, що можливо зробити.

Техніка № 2.

Робота з припущеннями.

Мета: Зміна хибних припущень, відносно актуальної ситуації.

Тривалість: 30-40 хв.

Необхідні матеріали: Ручка, аркуш.

Алгоритм виконання.

1. Ознайомлення групи з темою хибних глибинних припущень, визначення їх впливу на життя.

2. Визначення бажаного результату. Групі пропонується відповісти на запитання:

- Що конкретно я хотів би змінити?
- Що саме заважає мені досягти своїх цілей?

3. Підвергнення сумніву хибних переконань. Групі пропонується відповісти на запитання:

- Чи бувають ситуації, коли в цьому переконанні немає раціонального сенсу?

- Чи допоможе мені це переконання в даний момент?
- Які докази спростовують це переконання?

4. Розгляд наслідків хибних переконань. Групі пропонується відповісти на запитання:

- Як це припущення вплине на моє життя?

5. Вибір нових припущень відносно ситуації. Групі пропонується відповісти на запитання:

- У що ця людина вірила, коли добивалася мети?
- Що він думав про себе?
- Як він ставився до тих перешкод, які зустрічались йому на шляху?

6. Посилення нових припущень. Групі пропонується відповісти на запитання:

• Які типи поведінки, рішень і дій можуть допомогти мені зміцнити це переконання?

- Які звички мені допомогли б у цьому?
- Чи є якісь філософські історії та притчі, що зміцнять моє

переконання?

7. Прийняття чіткого рішення щодо зміни хибного припущення. Групі пропонується відповісти на запитання:

- Які обов'язки я візьму на себе заради нового припущення?
- Як я зможу себе мотивувати?

8. Введення нового припущення в міркування, за допомогою технік, які направлені на візуалізацію. Наприклад, групі можна запропонувати провести вправу "Мислення на протилежність", під час якої необхідно розглянути певну ситуацію з протилежних точок зору. Іншою корисною технікою є "Міркування про можливі результати", яка полягає у визначенні можливих наслідків прийняття нового припущення.

9. Ведення нового міркування в систему цінностей. Групі пропонується відповісти на запитання:

- Чи узгоджується це переконання з моїми цінностями?

Яким чином мають змінитися мої думки для того, щоб відповідати новому переконанню?

- Які зміни я маю внести, щоб не повернутися до старих припущень?

Зворотній зв'язок:

1. Які почуття ви відчували в ході вправи?
2. Дізнались ви щось в процесі виконання завдання?
3. Що було для вас цікавим.

Техніка №3.

Автоматичні думки і мисленнєві викривлення.

Мета: аналіз думок щодо актуальної події, яка викликає занепокоєння.

Тривалість: 20 хвилин.

Необхідні матеріали: аркуш паперу, ручка.

Алгоритм виконання:

1. Група ознайомлюється з загальною інформацією про автоматичні думки та мислительні викривлення.
2. Групі пропонується проаналізувати думки щодо актуальної події, яка викликає занепокоєння.
3. Використання техніки незакінчених речень. Групі пропонується закінчити речення: "Я відчув тривогу, тому що подумав про: "
4. Ведучий пропонує групі намалювати таблицю. У лівій колонці описується засмучувальна думка, яка викликає занепокоєння та тривогу. У правій колонці описується тип мисленнєвого викривлення. У процесі роботи відбувається співвіднесення тривожної думки та того, як людина її інтерпретує. Це дає можливість виявити можливі мисленнєві викривлення, такі як: дихотомічне мислення, узагальнення, катастрофізація.
5. Зворотній зв'язок:
 1. Які почуття ви відчували в ході вправи?
 2. Дізнались ви щось в процесі виконання завдання?
 3. Що було для вас цікавим.

Техніка №4

Щоденник дисфункційних думок.

Мета: Навчитися відслідковувати автоматичні думки, вміти знаходити в них раціональну та ірраціональну основу.

Тривалість: 30 хвилин.

Необхідні матеріали: аркуш паперу, ручка.

Алгоритм виконання:

1. Групі пропонується оцінити за шкалою від 0 до 100% актуальний стан відносно ситуації яка сталася.
2. Запишіть ситуацію, яка викликала цей стан.
3. Запишіть ваші думки з приводу ситуації яка сталася.

Скориставшись наступними допоміжними питаннями:

- Як я сприйняв те, що сталося? Що я думаю відносно ситуації?

4. Оцініть достовірність думок. Напишіть усі докази та спростування для кожної думки. Скориставшись наступними допоміжними питаннями:

- Які є докази, що це насправді здійсниться?
- Які є докази, що це насправді не здійсниться.
- Яким я бачу альтернативний варіант розвитку подій. Тобто той, який є найсприятливішим для мене.

5. Напишіть висновок.

1. Що виявилось правдивим, а що ні?
2. Як зараз сприймається ситуація?
3. Що ви зараз відчуваєте?
4. На що мені важливо звертати увагу, в прийнятті майбутніх рішень?

Техніка №5

Когнітивно-поведінкова арт-терапевтична вправа «Скульптура тривожності»

Мета: Візуалізація та аналіз негативних переживань.

Тривалість: 30 хвилин.

Необхідні матеріали: аркуш паперу А4 , олівці

Алгоритм виконання:

1. Уявіть, що ви вирішили замовити скульптуру, якою будете ви самі. При цьому, ви бажаєте , щоб в цій скульптурі була відображена ваша тривожність, пов'язані негативні переживання з актуальною для вас подією. Ви вирішили зробити замовлення у відомого скульптура, який найменшими нюансами може підкреслити той стан, в якому ви знаходитесь. Але для цього вам необхідно зробити ескіз фігури.

2. Намалювати ескіз скульптури тривожності.

3. Зворотній зв'язок.

1. Які почуття ви відчували в ході вправи?

2. Дізнались ви щось в процесі виконання завдання?

3. Що було для вас цікавим.

Другий блок технік по роботі з ресурсним станом.

Техніка №1

Арт-терапевтична вправа " Мій герб"

Мета: Самопрезентація учасників групи.

Тривалість: 20 хв.

Необхідні матеріали: Аркуш паперу А4, олівці.

Алгоритм виконання:

1. Всі отримують аркуш паперу А4, який необхідно розділити на чотири частини.

2. Кожну клітинку необхідно описати наступним твердженням.

1. Що я ціную у собі?

2. Чім пишаюсь?

3. Що я роблю краще за все?

4. Моє захоплення?

Викладати свої думки потрібно за допомогою поєднань різних символів, емблем, фігур, предметів та інших розпізнавальних знаків, які, на

думку кожного конкретного учасника, найкраще виражають його особливості.

3. Зворотній зв'язок:

1. Які почуття ви відчували в ході вправи?
2. Дізнались ви щось в процесі виконання завдання?
3. Що було для вас цікавим.

Техніка №2

Вправа «Моя індивідуальність»

Мета: Підкреслення власної індивідуальності.

Тривалість: 30 хв.

Необхідні матеріали: аркуш паперу А4, олівці.

Алгоритм виконання:

1. Кожному учаснику необхідно описати 3 загальних ознаки, які відрізняють його від усіх інших. Наприклад: досягнення, таланти, життєві принципи.
2. Ведучий групи збирає та перемішує аркуши учасників групи.
3. Ведучий зачитує роботу, учасникам групи необхідно вгадати хто автор.
4. В кінці вправи підкреслюються значущість власної індивідуальності в позитивному контексті.

5. Обговорення:

- Що було важливим для тебе в ході вправи?
- Чи можеш ти приймати індивідуальність іншої людини?
- Які ти висновки зробив для себе?

Техніка №3.

Медитативна техніка "Цінності з мрії"

Мета: Розподіл пріоритетів, виявлення головних цінностей.

Тривалість: 40 хвилин.

Необхідні матеріали: Немає.

Алгоритм проведення:

1. Заплющіть очі та уявіть свій щасливий день у майбутньому, де все добре, приємно і йде саме так, як потрібно. На цьому етапі ведучий пропонує відповіді на декілька запитань.

- Як ви прокидаєтесь? Яка погода?
- Чим ви будете займатися?
- Де ви перебуваєте?
- Що важливого для вас відбувається у вашому щасливому дні?

2. На наступному етапі вправи, ведучий повторює запитання на виявлення цінностей:

- Що це дає вам?

3. Останній етап вправи полягає в когнітивному проясненні цінностей, учасникам групи потрібно виявити найголовніші цінності.

Зворотний зв'язок.

- Які почуття ви відчували під час виконання вправи?
- Чи дізналися ви щось нове про себе, свої цінності або свої прагнення?
- Що було цікавим для вас у цій вправі?

Техніка №4

«Квадрат самооцінки»

Мета: Знайти і визначити те, чим незадоволений у собі, визначити наскільки ми себе приймаємо.

Тривалість: 40

Необхідні матеріали: Ручка, папір.

Алгоритм проведення:

1. Необхідно намалювати квадрат і розділити його на 4 частини. У кожній частині квадрата описується:

- Зовнішність, тіло.
- Думки.
- Почуття.
- Поведінка.

2. Необхідно оцінити кожную сферу від 0 до 100%, щоб визначити, наскільки в процентному відношенні ви себе приймаєте.

3. Після отримання результату по чотирьох сферах проводиться аналіз. Якщо, наприклад, людина оцінила сферу "Почуття" на 40%, то відбувається обговорення:

- Чи бажаєте ви підвищити цей показник?
- Якщо так, то що саме входить в ці 60%?

4. На другому етапі вправи необхідно намалювати таблицю в три товпчики, виходячи з наступних тверджень:

- Те, що я приймаю в собі.
- Те, що я бажаю змінити в своєму житті.
- Які внутрішні ресурси можуть мені допомогти змінити життя на краще?

5. Групове обговорення результатів.

6. Зворотний зв'язок.

1. Які почуття ви відчували в ході вправи?
2. Дізнались ви щось в процесі виконання завдання?
3. Що було для вас цікавим?

Техніка №5

«Метафора дерево»

Мета: Візуалізувати та прослідити цінності, принципи, переконання, набутий досвід людини.

Тривалість: 40 хвилин.

Необхідні матеріали: Аркуш паперу, олівці.

Алгоритм проведення:

За допомогою метафори в образі дерева, можливо візуалізувати та прослідити цінності, принципи, переконання, набутий досвід людини.

1. Уявіть образ дерева. Учасники групи відповідають на запитання ведучого групи "Що на вашу думку, потрібно цьому дереву, щоб вирости високим і міцним?"

2. Після того як учасники групи відповіли на запитання, ведучий підводить до головної теми вправи, роблячи аналогію, що "Усім деревам, як і людям, важливо мати здорове коріння. Коріння в розумінні людини - це сім'я, друзі, стосунки, освіта, набутий досвід, цінності та моральні принципи. "

3. Візьміть будь ласка аркуш, намалюйте на ньому дерево, яким ви його собі уявляєте.

- У кореневій зоні: Впишіть важливі життєві опори.

1.Що слугує для вас опорою в житті?

2.Яким чином інші вас підтримують?

3.Які життєві уроки ви засвоїли?

- В стовбурі: Впишіть сильні сторони, хороші звички і вчинки.

- На листях: Впишіть цілі, надії, прагнення.

4. Висновок.

4.1. Ведучий, продовжуючи аналогію з деревом, запитує учасників групи: "Що відбувається, коли метафоричний корінь і стовбур складаються з негативних думок, чи зможе дерево вирости великим і міцним?"

5. Зворотній зв'язок.

1.Які почуття ви відчували в ході вправи?

2. Дізнались ви щось в процесі виконання завдання?

3. Що було для вас цікавим?

Одже, розроблена та проведена корекційно-відновлювальна програма дозволяє перейти до наступного етапу нашого емпіричного дослідження – проведення повторного зрізу та аналізу результатів.

2.4. Результати корекційної програми

Тестування проводилося з метою виявлення рівня тривожності в рамках когнітивно-поведінкової терапії. Для дослідження тривожності були обрані психодіагностичні методики: Тест за шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI), опитувальник за шкалою дисфункціональних відношень. Бек,

Вайсман. Опитувальник правдоподібності тривожних думок, ВАФТ.К. Херцбера.

Психологічна база дослідження склала 30 чоловік. Досліджувальні склали дві групи вибіркової сукупності: контрольна група - 15 осіб та експериментальна група 15 осіб.

Вік обстежуваних: обстежуваних – від 19-23, вік досліджуваних від 20-25 років. Всі вони мешкають в місті Миколаєві.

Зазначений комплекс методик є апробованим і валідним, при цьому підтвердилася адекватність їх використання відповідно до завдань бакалаврської роботи.

Результати, отримані на формульовальному етапі дослідження дали можливість сформулювати висновки до другого розділу бакалаврської роботи. Психокорекційна програма з метою прийняття почуття тривожності респондентів визначила основний зміст проведення формульовального експерименту у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

**Результати опитування контрольної групи за шкалою тривоги
Спілбергера-Ханіна**

№	Показник особистісної та ситуативної тривожності	№	Показник особистісної та ситуативної тривожності
1	Ситуативний рівень 30 Особистісний рівень 31	9	Ситуативний рівень 29 Особистісний рівень 30
2	Ситуативний рівень 35 Особистісний рівень 40	10	Ситуативний рівень 44 Особистісний рівень 42
3	Ситуативний рівень 44 Особистісний рівень 43	11	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 44
4	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 44	12	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 44

Продовження таблиці 2.9.

5	Ситуативний рівень 44 Особистісний рівень 44	13	Ситуативний рівень 35 Особистісний рівень 36
6	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 45	14	Ситуативний рівень 53 Особистісний рівень 55
7	Ситуативний рівень 41 Особистісний рівень 43	15	Ситуативний рівень 39 Особистісний рівень 38
8	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 43		

З таблиці бачимо, що 1 респондент має низький рівень ситуативної і особистісної тривожності, 21 респондентів мають середній показник ситуативної і особистісної тривожності, 4 респондент має високий показник. Отже, серед респондентів контрольною групи рівень ситуативної та особистісної тривожності начо змінився, та відповідає нормі, що вказує на правильно підібрану корекційну програму, спрямовану на загальний особистісний розвиток людини.

Таблиця 2.10.

**Результати опитування експериментальної групи за шкалою тривоги
Спілбергера-Ханіна**

№	Показник особистісної та ситуативної тривожності	№	Показник особистісної та ситуативної тривожності
1	Ситуативний рівень 29 Особистісний рівень 31	9	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 44
2	Ситуативний рівень 41 Особистісний рівень 40	10	Ситуативний рівень 41 Особистісний рівень 42

Продовження таблиці 2.10.

3	Ситуативний рівень 43 Особистісний рівень 43	11	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 45
4	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 44	12	Ситуативний рівень 43 Особистісний рівень 42
5	Ситуативний рівень 53 Особистісний рівень 55	13	Ситуативний рівень 44 Особистісний рівень 40
6	Ситуативний рівень 42 Особистісний рівень 45	14	Ситуативний рівень 44 Особистісний рівень 44
7	Ситуативний рівень 41 Особистісний рівень 42	15	Ситуативний рівень 39 Особистісний рівень 38
8	Ситуативний рівень 41 Особистісний рівень 42		

З таблиці бачимо, що 2 респондентів мають низький рівень ситуативної і особистісної тривожності, 20 респондентів мають середній показник ситуативної і особистісної тривожності, 4 респондентів має високий показник.

Отже, серед респондентів експериментальної групи рівень ситуативної та особистісної тривожності значно змінився, та відповідає нормі, що вказує на правильно підібрану корекційну програму, спрямовану на загальний особистісний розвиток людини. На рисунку 2.3 показані порівняльні показники розбіжності ситуативної тривожності на констатувальному та контрольному етапі дослідження в процентному співвідношенні.

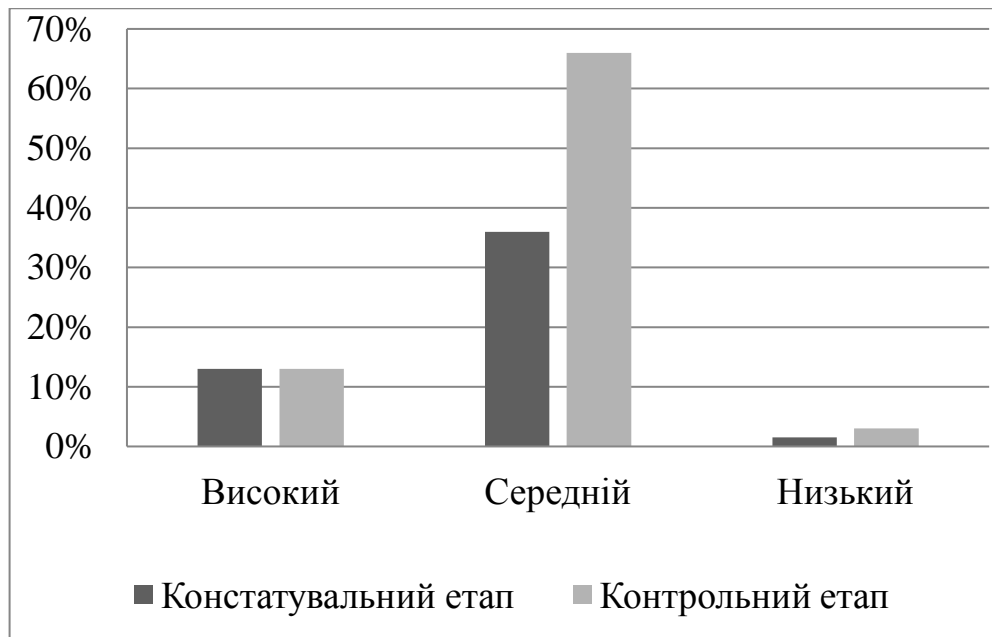


Рис. 2.3. Динаміка рівнів вираженості ситуативної тривожності у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Тест тривожності Спілбергера-Ханіна)

Опитувальник за шкалою дисфункціональних відношень А. Бека, Вайсмана, дозволяє більш ширше побачити зміни, що відбулися відносно результатів глибинних припущень в контрольній групі. Результати тесту відображено у таблиці 2.11.

Таблиця 2.11.

Результати опитування контрольної групи за шкалою дисфункційних відношень Бека, Вайсмана

№ респондента	Показник дисфункційних припущень.	№ респондента	Показник дисфункційних припущень.
1	140	9	162
2	160	10	140
3	147	11	141
4	149	12	166
5	157	13	141

Продовження таблиці 2.11.

6	142	14	125
7	145	15	143
8	148		

Після обробки відповідей контрольної групи за шкалою дисфункційних відношень Бека, Вайсмана, поданих у таблиці бачимо, що 4 респондента показали високій рівень, 11 респондентів показали середній рівень, 1 респондент показав низький рівень дисфункційний припущень. Отже, серед респондентів контрольної групи рівень дисфункційних відношень значно змінився, та відповідає нормі, що вказує на правильно підібрану корекційну програму, спрямовану на загальний особистісний розвиток людини.

Таблиця 2.12.

**Результати опитування експериментальної групи за шкалою
дисфункційних відношень Бека, Вайсмана**

№ респондента	Показник дисфункційних припущень.	№ респондента	Показник дисфункційних припущень.
1	150	9	162
2	160	10	153
3	147	11	180
4	149	12	166
5	157	13	130
6	142	14	125
7	154	15	130
8	152		

Після обробки результатів, наведених у таблиці експериментальної групи бачимо, що 13 респондентів мають середній рівень, 5 респондента мають

високий показник, 1 респондент має низький показник. Отже, серед респондентів контрольної групи рівень дисфункційних відношень значно змінився, та відповідає середньому рівню, що вказує на правильно підбрану корекційну програму, спрямовану на загальний особистісний розвиток людини. На рисунку 2.4 показані порівняльні показники розбіжності рівня тривожності на констатувальному та контрольному етапі дослідження в процентному співвідношенні.

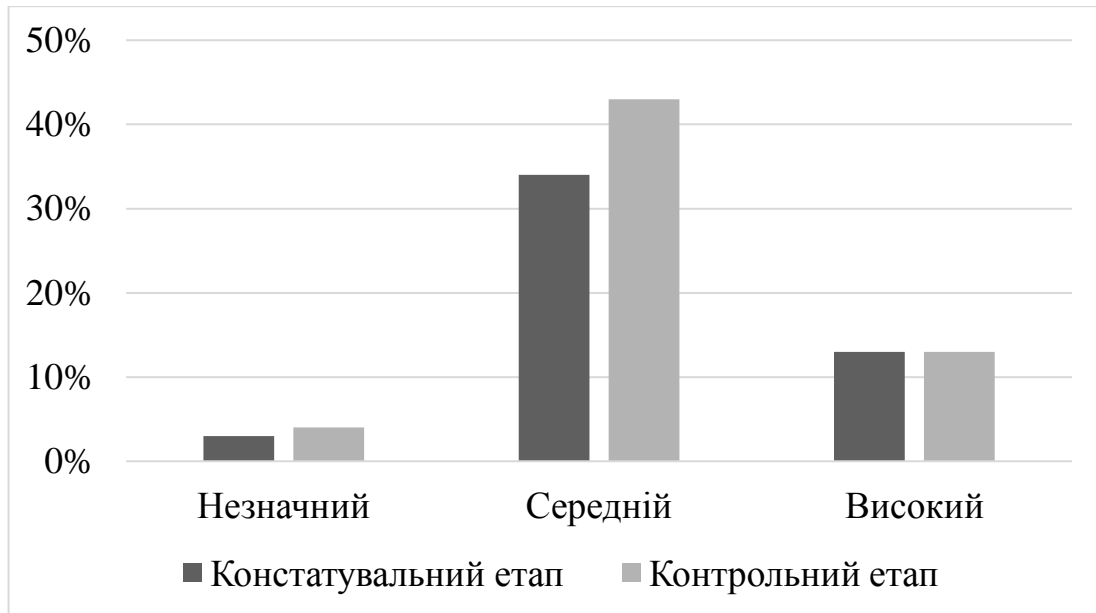


Рисунок 2.4. Динаміка рівнів вираженості тривоги у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Шкала дисфункційних відношень Бека, Вайсмана)

Таблиця 2.13

Результати опитування експериментальної групи за опитувальником правдоподібності тривожних думок. ВАФТ К. Херцбера.

Номер респондента	Соматичні проблеми	Регуляція емоцій	Негативна оцінка
1	10	25	17
2	25	23	24
3	15	23	24
4	15	28	25

5	22	27	21
6	31	20	22
7	17	20	21
8	19	21	21
9	22	24	22
10	21	25	30
11	24	19	32
12	26	21	23
13	24	21	25
14	25	20	22
15	26	17	18

Після обробки відповідей експериментальної групи за опитувальником правдоподібності тривожних думок, з таблиці бачимо, що за шкалою соматичних проблем 4 респонденти показали низький рівень, 10-середній, 1-високий. Шкала регуляції емоцій у 1 респондента показала низький рівень, 12 –середній, 2 – високий рівень. За шкалою негативної оцінки вибірка розташувалась таким чином: 12 респондентів показали середній рівень, 1 – низький рівень, 1 – високий рівень.

Отже, серед респондентів експериментальної групи рівень дисфункційних відношень значно змінився, та відповідає нормі, що вказує на правильно підібрану корекційну програму спрямовану на загальний особистісний розвиток людини.

**Результати опитування контрольної групи за опитувальником
правдоподібності тривожних думок. ВАФТ К. Херцбера.**

Номер респондента	Соматичні проблеми	Регуляція емоцій	Негативна оцінка
1	17	17	30
2	23	24	26
3	19	30	21
4	24	38	27
5	21	24	17
6	13	21	34
7	34	22	10
8	33	23	21
9	24	24	29
10	26	32	38
11	25	38	11
12	32	15	26
13	21	20	24
14	24	21	26
15	19	18	21

Після обробки відповідей контрольної групи за опитувальником правдоподібності тривожних думок, бачимо, що за шкалою соматичних проблем 2 респонденти показали низький рівень, 10 – середній, 2 – високий. Шкала регуляції емоцій у 1 респондента показала низький рівень, 10 – середній, 3 – високий рівень. За шкалою негативної оцінки вибірка розташувалась таким чином: 10 респондентів показали середній рівень, 2 – низький рівень, 2 – високий рівень.

На рисунку 2.5 показані порівняльні показники розбіжності рівня тривожності на констатувальному та контрольному етапі дослідження в процентному співвідношенні.

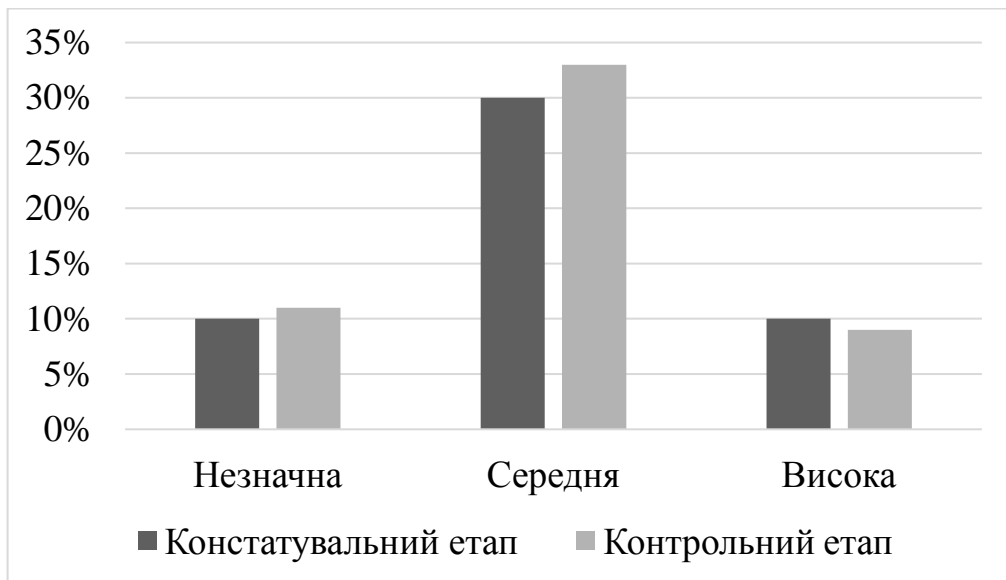


Рис. 2.5. Динаміка рівнів вираженості правдоподібності тривожних думок у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Тест правдоподібності тривожних думок ВАФТ.К. Херцберга)

Отже, результати дослідження показали, той факт, що більшість респондентів виявили зрушення щодо зниження прояву тривожності.

Після проведення колекційної програми у більшість респондентів підвищились рівень задоволеності своїм життям, інтерес до людей і простору навколо, віра у свої можливості і здатність контролювати свою життя і впливати на події у потрібному напрямку.

Робота з внутрішнім ресурсом дала змогу підвищити рівень впевненості у собі і своїх можливостях, аналізувати свої емоції та визначати причини їх виникнення.

Висновки до другого розділу

В ході дослідження особливостей когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю було використано наступні емпіричні методи: Тести, констатувальний та формувальний експерименти, методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження). Шкала тривоги Спілбергера (STAI), Шкала дисфункційних відношень (DAS) А. Бек та А. Вейсман, Опитувальник тривожних думок. К. Херцберга. Метод тестування проводився з метою виявлення рівня ситуативного та особистісного рівня тривожності, прояву тривожних думок та дисфункційних відношень.

Була розроблена корекційна програма метою якої є прийняття почуття тривожності та усвідомленність власних емоцій. Складається з двох блоків технік корекції. Перший блок технік спрямований на роботу з емоційним станом, метою якого є знайомство з почуттям тривожності та робота з негативними думками. Другий блок технік спрямований на роботу з ресурсним станом. Програма складається з шести занять тривалістю по 1,5 години. Структура занять: протягом трьох днів група працює з почуттям тривожності та негативними думками. Наступні три дні група працює над ресурсним станом. Після проведення корекційної програми у більшість досліджуваних підвищились рівень задоволеності своїм життям, інтерес до людей і простору навколо, віра у свої можливості.

Робота з внутрішнім ресурсом дала змогу підвищити рівень впевненості у собі, аналізувати свої емоції та визначати причини їх виникнення. Загальна вибірка емпіричної частини становила 30 чоловік. Відповідно до цього досліджувані склали дві вибіркові сукупності: контрольна група - 15 чоловік та експериментальна група - 15 чоловік. Так у більшості досліджуваних експериментальної групи була виявлена позитивна динаміка. щодо зниження показників прояву дисфункційних відношень, особистісної і ситуативної тривожності та тривожних думок, з тенденцією до середнього рівня, що відповідає нормі.

ВИСНОВКИ

У данній роботі представлено теоретико-методологічний підхід до проблем тривожності, психологічна структура особистості схильної до тривожності, визначення механізмів її формування та основні засади корекції. Розроблено корекційну програму та проаналізовано зміни, що відбулися в показниках респондентів.

Відповідно до завдань дослідження, ми можемо сформулювати наступні висновки:

1. Тривожність є одним з найпоширеніших емоційних станів особистості, який проявляється в сильному нав'язливому емоційному переживанні непрогнозованої ситуації яка може статися в майбутньому. Цей стан може бути спричинений різними причинами, включаючи генетичні та середовищні фактори, стрес та інші події в житті людини. Механізм прояву відчуття тривожності проявляється в дискомфорті від невизначеності і є стійкою характеристикою яка бере свій початок з глибинних переконань. Перебуваючи під владою тривожності, розум працює цілодобово без відпочинку.

Мисленнвий процес створює нові приводи для тривоги, як машина з заївшою кнопкою «Пуск». Внутрішній монолог продовжується коли хочеться спати, хочеться відпочити, нічого не роблячи. Цей стан може зіпсувати навіть найприємніший день. Неважливо, наскільки добре йдуть справи, неважливо, який сьогодні посланий успіх, розум зайнятий тривогою про минуле і майбутнє, щоб оцінити сьогоднішня. Через тривожність поведінка стає дивною, сон псується, з'являється дратівливість. Можливості стають меншими. Майбутнє стає похмурим-відчувається страждання.

2. Аналіз методів корекції когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю, дає підставу розглядати процес роботи як структурований, короткостроковий, націлений на результат, зі своїм методологічним принципом, в якому підкреслюється важливість когнітивної

концептуалізації, яка виступає гарним ключем до розуміння клієнта і подальшою ефективною роботою. Основні техніки когнітивно-поведінкової терапії: Техніка "С-Д-Е-П", щоденник запису почуттів, техніка "За\проти" Сократівське опитування, Когнітивна реструктуризація, техніки релаксації та багато інших технік які направлені на роботу з актуальним станом особистості з ціллю зрозуміти почуття, думки та ірраціональну поведінку людини щоб допомогти людям впоратися з симптомами тривожності та покращити загальний стан психічного здоров'я і благополуччя.

3. В ході дослідження була розроблена програма емпіричного дослідження та обрана відповідно меті система дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення поняття тривожності . в рамках когнітивно-поведінкової терапії. Було експліковано покомпонентний склад ознак досліджуваного явища, який складався із когнітивного та поведінкового компонентів. На основі яких був сформований психодіагностичний комплекс методик, які склали тест за шкалою тривоги Спілбергера (STAI), Опитувальник за шкалою дисфункціональних відношень. А. Бека, А. Вайсман, Опитувальник правдоподібності тривожних думок, ВАФТ. К. Херцбера. Також створено корекційну програму програму, проаналізовано зміни що відбулися в показниках експериментальної групи.

4. Результати учасників експериментально групи показали видозмінені дані до тривожності. Відповідно до результатів проведеного експерименту маємо позитивну динаміку щодо зниження показників прояву дисфункційних відношень, особистісної і ситуативної тривожності та тривожних думок, з тенденцією до середнього рівня, що відповідає нормі. За допомогою експерименту було з'ясовано рівні ситуативної та особистісної тривожності, визначено прояв дисфункційних припущень та прояв тривожних думок. Основними причинами змін у зменшені рівня тривожності сприяли: підвищенню самооцінки, самоконтроль над своїми емоціями, знаходження нових ресурсів для подолання ситуацій які викликають занепокоєння.

5. Відповідно до завдання, була розроблена корекційна програма, метою якої є прийняття почуття тривожності та усвідомленість власних емоцій. Складається з двох блоків технік корекції. Перший блок технік спрямований на роботу з емоційним станом, метою якого є знайомство з почуттям тривожності та робота з негативними думками. Другий блок технік спрямований на роботу з ресурсним станом. Програма складається з шести занять тривалістю по 1,5 години. Структура занять: протягом трьох днів група працює з почуттям тривожності та негативними думками. Наступні три дні група працює над ресурсним станом. Дослідження психологічних чинників тривожності в рамках когнітивно-поведінкової терапії, дозволило констатувати той факт, що у більшості респондентів є низькі показники прояву тривожності, з тенденцією до середнього рівня, що відповідає нормі.

Відповідно до цього можна сказати, що у респондентів значно знизився рівень тривожності що є позитивним фактором в формуванні особистості. Після проведення корекційної програми у більшість досліджуваних підвищились рівень задоволеності своїм життям, інтерес до людей і простору навколо, віра у свої можливості. Робота з внутрішнім ресурсом дала змогу підвищити рівень впевненості у собі, аналізувати свої емоції та визначати причини їх виникнення.

Оцінка динаміки рівнів вираженості тривожності на початку та в кінці корекційної програми за допомогою процентного співвідношення показала тенденцію до середніх показників, що відповідає нормі за такими показниками як : Ситуативна-особистісна тривожність, рівень дисфункційних припущень та тривожних думок. Це доводить ефективність проведеної корекційної роботи із любовними адиктами та можливість продовження даної теми у подальшому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Будник А.В., Мацкевич О.Ю. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: практ. посібник. Київ, 2019. 256 с.
2. Войтко Т.В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів. Київ, 2020. 224 с.
3. Ярошевська Г.В. Психологія тривоги. Київ, 2021. 420 с.
4. Гребенюк І.О., Євсєєва О.О., Лихачова І.В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів. Київ, 2019. 240 с.
5. Даниленко І. І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: практичний посібник. Київ, 2021. 328 с.
6. Зеленіна І.В., Іваненко О.І., Кононенко І.О. Терапія тривожних розладів: когнітивно-поведінковий підхід. Київ, 2019. 368 с.
7. Кобозєва О.М., Чернихівська Т.Є. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: навчальний посібник. Київ, 2018. 240 с.
8. Коваленко І.О. Тривожність і когнітивно-поведінкова терапія. Київ, 2018. 224 с.
9. Король В.В., Максименко С.Д. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ, 2020. 192 с.
10. Корчак Я.А. Психологічні аспекти тривожності: когнітивно-поведінковий підхід. Київ, 2019. 192 с.
11. Мамайчук Л.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожності: теорія та практика. Київ, 2021. 352 с.
12. Нечипоренко А.В., Попова І.В. Тривожні розлади: сучасний погляд на проблему. Київ, 2020. 208 с.
13. Панченко А.В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожності: практичні аспекти. Київ, 2019. 256 с.
14. Стеценко Ю.В., Беленька О.С. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: навч. посібник. Київ, 2020. 320 с.

15. Тарасова Т.В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожності: принципи і техніки. Київ, 2021.192 с.
16. Ліх. Р.Л. Техніки когнітивної-терапії. Київ, 2020. 18-100с.
17. Бек.Д.С. Когнітивна терапія повне керівництво. Київ, 2006. 13-100с.
18. Маллин.М. Р. Практикум по когнітивній психології. Львів, 2001. 22 с.
19. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Лівів, 2014. 23-43
20. Ліхи. Р.Л. Свобода від тривоги. Київ, 2018. 29-32 с
21. Кларк Д.А.Тревога та страхи. Як їх подолати. Київ, 2020. 29-30 с.
22. Beck A. Beck Anxiety Inventory. Manual. New-York, 1988. 1-2 p
- 23.Шевченко В.О. Психологічні основи когнітивно-поведінкової терапії тривожності. Київ, 2019. 192 с.
24. Бондар І.М. Когнітивно-поведінкова терапія в лікуванні тривожності: навч. посібник. Київ, 2021.240 с.
25. Гриневич В.В. Когнітивно-поведінкова терапія в лікуванні соціальної фобії. Київ, 2019.168 с.
26. Дроздова Т.М. Когнітивно-поведінкова терапія панічного розладу: практичний посібник. Київ, 2020. 176 с.
27. Зарецька О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дітей та підлітків.Київ, 2021. 200 с.
28. Калашник О.В. Когнітивно-поведінкова терапія генералізованого тривожного розладу. Київ, 2018. 136 с.
29. Ковальчук О.В. Когнітивно-поведінкова терапія у психотерапевтичній практиці: практ. посібник. Київ, 2020. 224 с.
- 30.Козак Л.А. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у пацієнтів з хронічними захворюваннями. Київ, 2018. 192 с.
31. Литвиненко А.М. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дорослих: практ. посібник. – Київ, 2018. 192 с.

- 32.Макаренко І.В. Когнітивно-поведінкова терапія при посттравматичному стресовому розладі. Київ, 2020. 224 с.
- 33.Новак Л.М. Когнітивно-поведінкова терапія у профілактиці тривожних розладів: теорія та практика. Київ, 2019.184 с.
- 34.Остапенко В.О. Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні тривожних розладів у дорослих та дітей: посібник для практикуючих психотерапевтів. Київ, 2021. 256 с.
- 35.Петренко Т.А. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у пацієнтів з порушеннями розвитку: практ. посібник. Київ, 2018. 176 с.
- 36.Поліщук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожної депресії. Київ, 2019. 160 с.
- 37.Сидоренко І.А. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів при алкогольній залежності: практ посібник. Київ, 2021.208 с.
- 38.Швидка Н.І. Когнітивно-поведінкова терапія: Навч. посібник. Київ, 2018. 336 с.
- 39.Кузьменко Л.І. Когнітивно-поведінкова терапія депресії: практичні аспекти. Київ, 2018. 224 с.
- 40.Михайлова Л.В. Когнітивно-поведінкова терапія у сучасній клінічній практиці. Київ, 2019. – 312 с.
41. Бондар В. І. Психологія тривожності. Київ, 2006. – 199 с.
42. Ліфарева Н.В. Психологія особистості: навч. посібник. Київ, 2003. 240 с.
43. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. Загальна психологія. Київ, 2007.256с.
44. Бандурка О.М., Тюріна В.О., Федоренко О.І. Основи психології і педагогіки Харків, 2003. 293 с.
45. Богданова І.М. Соціальна педагогіка. Київ, 2008. 343 с.
46. Копитін О. І. Основи арт терапії. Київ, 1999. 144 с.
47. Немошук А. Г. Психологія сприймання. Вінниця, 2006. 66 с.
48. Палій А.А. Диференціальна психологія. Харків, 2011. 492 с.

49. Перлз Ф.С. Практика гештальт-терапії. Київ, 2001. 133 с.
50. Рогов Є. І. Настільна книга практичного психолога. Львів, 2006. 384 с.
51. Капська А.Й. Соціальна педагогіка. Київ, 2003. 256.
52. Пшук М.В., Маркова А.І., Кондратюк, Л.В. Медична психологія: навч. посібник. Вінниця, 2010. 135 с.
53. Тараріна О.В. Тканева терапія в роботі з різними категоріями клієнтів. Київ, 2016. 28-30 с.
54. Лебедева Л.Д. Педагогічні аспекти арт-терапії Київ, 2000. 45 с.
55. Станчишин В.О. Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією. Київ, 2020. 56 с.
56. Ліндсі К.Г. Вільні діти емоційно незрілих батьків. Київ, 2018. 67 с.
57. Руденко Т.Л. Фізіотерапія. Житомир, 1996. 125 с.
58. Блек, Т., Люсі В. "Когнітивно-поведінкова терапія для дітей та підлітків. Львів, 2013. 54-65 с.
59. Катрін К. Дихання як засіб зняття тривоги. Львів, 2018. с 25.
60. Кочарян А. С. Синдроми невротичної любові. Харків, 2000. 68–72 с.
61. Змановська Є.В., Рибников В.Ю. Девіантна поведінка особистості і групи. Київ, 2010. 352 с.
62. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях. Київ, 2003. 134с
63. Льюїсон Р.Л. Як зняти тривогу. 2015. Львів, 19-18 с.
64. Бек А., Еммонс Г. Тривога: лікування та попередження. Харків, 2015. 18-34 с.
65. Сізанов А. Н. Психологічні ігри. Львів, 1995. 342 с.
66. Ялом І.Д. Тривога і депресія: перший крок до здоров'я. Київ, 2011. 87-89 с.
67. Брунер Д.С. Психологія пізнання. Київ, 1977. 269-270 с.
68. Джеймс В.І. Наукові засади психології. Київ, 1992. 547 с.
69. Обухова Л.Ф. Дитяча психологія. Миргород, 1996.65 с.

70. Платонов, Ю.П. Соціальна психологія поведінки. Київ, 2003. 464 с.
71. Яковлєва Є.В. Емоційні механізми особистісного та творчого розвитку. Київ, 1997. 20-27 с.
72. Брене Б. Дар уразливості: Як прийняти свою неповторність і сміливо відкритися світу. Львів, 2010. 29-30 с.
73. Хоффман К. Когнітивно-поведінкова терапія в психіатрії та психотерапії. Львів, 1985. 40-60 с.
74. Челен Д.Ж. Тривога: Вплив на здоров'я та як з нею боротися. Київ, 2001. 55 с.
75. Хьелл С.Л. Теорії особистості. Основні засади та дослідження. Харків, 1997. 608 с.
76. Тараріна О. В. Глибинна арт-терапія практики трансформацій. Київ, 2010. 22-53с.
77. Урванцев Л.П. Психологія сприйняття кольору. Переяслав, 1981. 30 с.
78. Петровський А.В. Загальна психологія. Одеса, 1986. 56 с.
79. Цимбаляк І. М. Психологічне консультування та корекція. Київ, 2005. 656 с.
80. Шварц. Р. В. Внутрішня родина. Використання сублічних переконань у терапії. Київ, 1995. 28-29 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест за шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна (STAI)

Тест призначений для діагностики ситуативної та особистісної тривожності.

Інструкція до тесту:

Пропонуємо вам опис наведених тверджень ситуативного прояву тривожності та особистісного прояву тривожності. Вам необхідно обрати відповідно твердження цифру від 1 до 4 балів, де 1 – це «Ні, це не так», 2 – «Мабуть, так», 3- «Вірно», 4- абсолютно вірно.

Тестовий матеріал:

Ситуативний прояв тривожності.

- 1 Я спокійний.
- 2 Мені ніщо не загрожує.
- 3 Я перебуваю в напрузі.
- 4 Я відчуваю жаль.
- 5 Я почуваюся вільно.
- 6 Я засмучений.
- 7 Мене хвилюють можливі невдачі.
- 8 Я почуваюся відпочившим.
- 9 Я стривожений.
- 10 Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення.
- 11 Я впевнений у собі.
- 12 Я нервую.
- 13 Я не знаходжу собі місця.
- 14 Я напружений.
- 15 Я не відчуваю скутості.
- 16 Я задоволений.
- 17 Я стурбований.

18 Я занадто збуджений і мені не по собі.

19 Мені радісно.

20 Мені приємно.

Особистісний прояв тривожності.

21 Я відчуваю задоволення.

22 Я зазвичай швидко втомлююся.

23 Я легко можу заплакати.

24 Я хотів би бути таким самим щасливим, як і інші.

25 Нерідко я програю через те, що недостатньо.

швидко приймаю рішення.

26 Зазвичай я почуваюся бадьорим.

27 Я спокійний, холоднокровний і зібраний.

28 Очікувані труднощі зазвичай дуже тривожать мене.

29 Я занадто переживаю через дрібниці.

30 Я цілком щасливий.

31 Я приймаю все занадто близько до серця.

32 Мені не вистачає впевненості в собі.

33 Зазвичай я почуваюся в безпеці.

34 Я намагаюся уникати критичних ситуацій і

Труднощів.

35 У мене буває нудьга.

36 Я задоволений.

37 Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене.

38 Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.

39 Я врівноважена людина.

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

**Опитувальник за шкалою дисфункціональних відношень. Бек,
Вайсман**

Опитувальник призначений для оцінки інтенсивності дисфункціональних переконань.

Інструкція до тесту:

Пропонуємо вам опис позицій і принципів, яких іноді дотримуються люди. Прочитайте, будь ласка, кожен пункт уважно і вирішіть, наскільки наведені висловлювання відображають переконання, якими Ви зазвичай керуєтеся у своєму житті, де 1- "Повністю згоден" , 2- "Здебільшого згоден", 3 - "Скоріше згоден" , 4 - "Важко визначити" , 5 - "Скоріше не згоден", 6 - "Здебільшого не згоден", 7 - "Повністю не згоден" Оцінки кожного твердження спочатку переводяться в бали, де згоду з твердженням оцінюють як 0, 1, 2, 3, 4, 5 або 6 балів залежно від ступеня згоди, невизначеність (відповідь «не знаю») оцінюється в 3 бали. Бали підсумовуються за всіма твердженнями, щоб отримати загальну оцінку шкали DAS. Ступінь вираженості дисфункціональних стосунків визначається через загальний сумарний бал за опитувальником. Аналіз відповіді за кожним окремим твердженням дає змогу виявити вираженість окремих дисфункціональних стосунків. Чим вища відповідна оцінка окремого пункту опитувальника та сумарна оцінка тесту, тим більш спотвореними діагностуються когнітивні характеристики. Розподіл дисфункціональних стосунків за шкалами авторами опитувальника не передбачалося, основний аналіз здійснювався за загальним балом і за ступенем вираженості окремих дисфункціональних стосунків.

Тестовий матеріал:

1.Важко бути щасливим, якщо ти негарний, не інтелігентний, небагатий і не маєш творчих здібностей.

2.Щастя - це щось, пов'язане зі ставленням до самого себе, ніж із тими почуттями, які інші люди відчують до тебе.

3.Люди, ймовірно, думатимуть про мене погано, якщо я зроблю помилку.

4. Якщо я не буду весь час хорошим, то інші не будуть мене поважати.

5. Піддаватися навіть незначному ризику нерозумно, тому що в разі невдачі станеться катастрофа.

6. Можна здобути повагу іншої людини, не будучи обдарованим у чому-небудь.

7. Я щасливий тільки тоді, коли інші люди мною захоплюються.

8. Коли людина просить про допомогу, то це ознака слабкості.

9. Якщо я не такий хороший, як інші люди, то це означає, що я менш цінна людина.

10. Якщо я не справляюся зі своєю роботою, то я взагалі неспроможний (невдаха).

11. Якщо людина не може щось зробити правильно і досконало, то взагалі немає сенсу починати цю справу.

12. Робити помилки корисно, тоді я можу на них вчитися.

13. Якщо хтось не поділяє моєї думки, то, мабуть, це означає, що він не любить мене.

14. Якщо я частково не справляюся з чимось, то це так само погано, як зазнати повної невдачі.

15. Якби люди знали, яка ця людина насправді, то вони думали б про неї погано.

16.Я - нікчема, якщо людина, яку я люблю, мене не любить.

17. Можна отримати задоволення від роботи, не беручи до уваги її кінцевий результат.

18. Перш ніж щось робити, треба мати розумну перспективу на успіх.

19. Моя цінність як особистості більшою мірою залежить від того, якої думки про мене інші люди.

20. Якщо я не буду пред'являти до себе найвищі вимоги, то я, ймовірно, врешті-решт, перетворюся на другосортну людину.
21. Якщо я хочу бути цінною особистістю, то я маю принаймні в якійсь сфері стати видатним.
22. Люди, у яких є хороші ідеї, цінніші, ніж ті, у кого їх немає.
23. Я хвилююся, коли роблю помилку.
24. Моя власна думка про себе важливіша, ніж думка інших про мене.
25. Щоб бути доброю, моральною людиною, треба допомагати кожному, хто потребує допомоги.
26. Якщо я ставлю запитання, то це ознака моєї неспроможності.
27. Жахливо, коли тебе засуджують люди, важливі для тебе.
28. Якщо у вас немає людини, яка може бути для вас опорою, то ви неминуче стаєте нещасним.
29. Я можу досягти важливих для мене цілей і не надриваючись.
30. Може бути так, що людина, яку сварять, при цьому не дратується.
31. Я не можу довіряти іншим людям, тому що вони можуть виявитися жорстокими щодо мене.
32. Не можна бути щасливим, якщо інші не люблять тебе.
33. Це добре - відмовлятися від власних інтересів, щоб подобатися іншим людям.
34. Моє щастя залежить більше від інших людей, ніж від мене самого.
35. Щоб бути щасливим, мені не потрібне визнання з боку інших.
36. Якщо людина уникатиме проблем, то вони, ймовірно, зникнуть.
37. Я можу бути щасливим і задоволеним, навіть якщо чимало хорошого в житті проходить повз мене.
38. Дуже важливо, що про мене думають інші люди.
39. Ізольованість від інших незмінно веде до відчуття нещасливості.
40. Я можу бути щасливим, не будучи коханим іншими.

Опитувальник правдоподібності тривожних думок, ВАГТ.**К. Херцбера**

Опитувальник призначений для оцінки схильності зливатися з тривожними думками і почуттями у людей, які страждають на тривожні розлади.

Інструкція до тесту:

Пропонуємо вам опис ситуації, що спричиняють тривогу. При оцінці кожного запитання пацієнт повинен відповісти на запитання

Обробка результатів:

Кожне запитання оцінюється за шкалою від 0 до 7, де 0 – «абсолютно не правдоподібно» і 7 – «абсолютно правдоподібно») Наприклад, одне з запитань опитувальника має наступний вигляд: «Як вірогідно, що я забуду про важливу зустріч, яка відбудеться завтра?».

Клієнт оцінює вірогідність цієї думки на шкалі від 0 до 7. Результати опитування дають загальний показник рівня правдоподібності тривожних думок.

Тестовий матеріал:

1. Щоб жити тим життям, яким я хочу, мені потрібно впоратися зі своїм занепокоєнням і страхом.
2. Прояв нервозності має недобрий вигляд, і я страждаю через це.
3. Я не можу займатися тим, чим мені хочеться, коли я відчуваю занепокоєння і страх.
4. Я повинен зберігати контроль над своїми емоціями.
5. Якби я був таким, як інші люди, я б міг узяти під контроль свої тривожні думки і почуття.
6. Мої тривожні думки та почуття є проблемою.
7. Я впевнений, що зганьблюся і виставлю себе на посміховисько, якщо інші люди помітять, як я нервую і трясуся.

8 Мене лякають незвичні тілесні відчуття і мені потрібно щось зробити, щоб їх послабити або позбутися їх, перш ніж я зможу займатися чим-небудь.

9. Мої тривожні думки та почуття не є нормою.

10. Мені важливо прислухатися до свого тіла в пошуках ознак і симптомів тривоги, щоб захистити себе.

11. Коли я дуже стривожений або наляканий, мені здається, що я, цілком імовірно, можу померти.

12. Я можу втратити над собою контроль, коли я відчуваю тривогу або страх.

13. Я повинен щось зробити зі своєю тривогою або страхом, коли вони з'являються.

14. Коли з'являються неприємні думки, я маю викинути їх із голови.

15. Коли я погано почуваюся, я маю боротися з цим почуттям, щоб воно пішло.

16. Моє щастя й успіх залежать від того, наскільки добре я почуваюся.