

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий медичний інститут

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри психології

А. І. Яблонський

“ ____ ” _____ 2024 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

Керівник:

к. пед. н., доцент

Дрозд Олена Володимирівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

Директор Миколаївської гімназії
№26

Пастушкова Ірина Семенівна

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав:

студент VI курсу групи 665 М

Лянний Андрій Валентинович

(П.І.Б.)

Спеціальності:

053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП:

«Психологія»

Миколаїв – 2024 рік

Чорноморський національний університет імені Петра Могили
(повне найменування вищого навчального закладу)

Інститут, факультет, відділення	Навчально-науковий медичний інститут
Кафедра, циклова комісія	кафедра психології
Рівень вищої освіти	другий (магістерський)
Спеціальність	053 «Психологія»
ОПП / ОНП	«Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

_____ А. І. Яблонський
“ ” 2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Лянному Андрію Валентиновичу
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Психологічні особливості когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю постраждалих унаслідок військових дій в Україні

Керівник роботи: Дрозд Олена Володимирівна, канд.пед.н., в.о. доцента
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від
«26» вересня 2024 року № 249/1.

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «21» листопада 2024 року

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) не планується

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Дрозд О.В.		
Розділ 1	Дрозд О.В.		
Розділ 2	Дрозд О.В.		
Розділ 3	Дрозд О.В.		
Висновки	Дрозд О.В.		

7. Дата видачі завдання 10.09.2024

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1.	Вступ до кваліфікаційної роботи	вересень 2024	
2.	Розділ 1. Теоретичний аналіз психологічних особливостей когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю постраждалих унаслідок військових дій в Україні	жовтень 2024	
3.	Розділ 2. Емпіричне дослідження психологічних особливостей когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю постраждалих унаслідок військових дій в Україні.	жовтень 2024	
4.	Розділ 3. Змістовні складові корекційної програми психологічних особливостей когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю постраждалих унаслідок військових дій в Україні.	жовтень 2024	
5.	Висновки	листопад 2024	
6.	Передкваліфікаційна практика	02.09 – 15.09. 2024	
7.	Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків.	листопад 2024	
8.	Попередній захист.	02.12.2024	
9.	Рецензія на кваліфікаційну роботу.	02.12.2024	
10.	Захист кваліфікаційної роботи.	19.12 2024	

Студент

Ляний А.В.

Керівник проєкту (роботи)

Дрозд О.В.

АНОТАЦІЯ

Лянний А.В. Психологічні особливості когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю постраждалих унаслідок військових дій в Україні. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 053 «Психологія» – Чорноморського національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, 2024 рік.

Кваліфікаційну роботу присвячено узагальненню теоретико-методологічних основ та розробці рекомендацій щодо удосконалення когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю постраждалих унаслідок військових дій в Україні. Розкрито поняття, цілі, завдання та функції когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю постраждалих. Розглянуто сутність і елементи системи особливостей когнітивно-поведінкової терапії, а також теоретичні підходи до її удосконалення в контексті травматичних переживань.

Вивчено теоретико-методологічні основи визначення ефективності системи когнітивно-поведінкової терапії для роботи з постраждалими. Розроблено процедуру визначення ефективності технік корекції у рамках когнітивно-поведінкової терапії.

Проаналізовано ефективність методу когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю, спричиненою військовими діями. Узагальнено результати дослідження та визначено напрями удосконалення системи когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю постраждалих. Об'єктом дослідження є тривожність як психологічний стан постраждалих унаслідок військових дій в Україні. Предметом дослідження є особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії КПТ у постраждалих унаслідок військових дій в Україні.

Ключові слова: когнітивно-поведінкова терапія, тривожність, стабілізація, корекція.

ANNOTATION

Liannyi A.V. **Psychological features of cognitive-behavioral therapy in the work with anxiety of victims of military actions in Ukraine.** Qualification work for the master's degree in specialty 053 “Psychology” - Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2024.

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 in victims of military operations in Ukraine.

The concepts, goals, objectives and functions of cognitive behavioral therapy in the work with anxiety of victims are revealed. The essence and elements of the system of features of cognitive-behavioral therapy, as well as theoretical approaches to its improvement in the context of traumatic experiences are considered. The theoretical and methodological foundations for determining the effectiveness of the cognitive-behavioral therapy system for working with victims are studied. The procedure for determining the effectiveness of correction techniques within the framework of cognitive behavioral therapy is developed.

The analysis of techniques for the correction of anxiety in victims is carried out. The effectiveness of the method of cognitive-behavioral therapy in dealing with anxiety caused by military actions is analyzed. The results of the study are summarized and directions for improving the system of cognitive-behavioral therapy in dealing with anxiety of victims are identified. The object of the study is anxiety as a psychological state of victims of military operations in Ukraine. The subject of the study is the peculiarities of the use of cognitive behavioral therapy (CBT) in victims of military operations in Ukraine.

Key words: cognitive behavioral therapy, anxiety, psychological method, techniques, correction, military actions.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ ПОСТАРЖДАЛИХ У НАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ.....	7
1.1. Когнітивно-поведінкова терапія як напрямок психологічної корекції.....	7
1.2. Проблема тривожності в різних психологічних концепціях.....	15
1.3. Використання когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю	24
Висновки до першого розділу	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ ПОСТАРЖДАЛИХ У НАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ.....	32
2.1. Організація та методи дослідження	32
2.2. Аналіз рівня тривожності постраждалих унаслідок військових дій в Україні	38
Висновки до другого розділу	45
РОЗДІЛ 3 ЗМІСТОВНІ СКЛАДОВІ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ.....	46
3.1. Змістовні складові корекційної програми психологічних особливостей в роботі з тривожністю методами КПТ	46
3.2. Аналіз результатів формувального експерименту	52
3.3. Рекомендації щодо зниження рівня тривожності методами КПТ	61
Висновки до третього розділу	62
ВИСНОВКИ	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ.....	72

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тривожність є одним із найпоширеніших емоційних станів особистості. Вона проявляється у формі сильного нав'язливого переживання ситуацій, які можуть статися в майбутньому, але їх складно прогнозувати. Причини тривожності можуть бути різноманітними: від генетичних і середовищних чинників до стресових подій у житті. Цей стан суттєво впливає на якість життя, перешкоджаючи роботі, стосункам та особистісному розвитку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), тривожність посідає друге місце серед найпоширеніших психічних розладів після депресії, зачіпаючи мільйони людей у всьому світі.

У зв'язку з цим боротьба з тривожністю є важливою темою як у наукових дослідженнях, так і в психотерапевтичній практиці. На сьогодні одним із найефективніших методів роботи з тривожністю вважається когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Цей підхід базується на принципі, що зміна мислення здатна впливати на емоції та поведінку. КПТ допомагає людям усвідомлювати зв'язок між їхніми думками, емоціями та поведінкою, а також розвивати нові способи мислення, які дають змогу краще розуміти та контролювати власні реакції на тривожні ситуації. Змінивши своє ставлення до обставин, людина може подолати свої страхи, знизити рівень тривожності та відновити контроль над своїм життям. Завдяки співпраці з кваліфікованим терапевтом і готовності працювати над собою людина може навчитися справлятися зі своїми страхами та покращити якість свого життя.

Актуальність теми зумовлена зростанням кількості людей із високим рівнем тривожності. Це вимагає розвитку нових стратегій і технік, які сприяють прийняттю тривожних емоцій і корекції дисфункціональних переконань. Такий підхід допоможе не тільки знизити тривожність у короткостроковій перспективі, а й запобігти її загостренню в майбутньому.

Об'єкт дослідження: Тривожність як психологічний стан постраждалих унаслідок військових дій в Україні.

Предмет дослідження: Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії КПТ у постраждалих унаслідок військових дій в Україні.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю постраждалих унаслідок військових дій в Україні.

Гіпотеза дослідження: застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), адаптованої до специфічних потреб постраждалих унаслідок військових дій в Україні, сприяє ефективному зниженню рівня тривожності шляхом: Ідентифікації та корекції дисфункціональних когніцій, пов'язаних із травматичним досвідом.

Використання технік регуляції емоцій та подолання поведінкового уникнення. Формування нових адаптивних стратегій взаємодії з травматичними тригерами.

Таким чином, КПТ може бути ефективним інструментом психологічної реабілітації постраждалих, забезпечуючи зменшення дистресу та покращення якості їхнього життя.

Завдання дослідження:

1. Визначити сутність поняття тривожності в контексті когнітивно-поведінкової терапії на основі аналізу сучасної літератури.
2. Проаналізувати підходи до розуміння тривожності у постраждалих внаслідок військових дій в Україні, дослідити особливості переживання та стратегії її подолання.
3. Визначити стратегії когнітивно-поведінкової терапії для подолання тривожності у постраждалих від військових дій в Україні.
4. Проаналізувати основні закономірності подолання тривожності у постраждалих від війни.
5. Розробити та апробувати програми когнітивно-поведінкової терапії для психологічного подолання тривожності у постраждалих від військових дій в Україні.

Для вирішення поставлених завдань були використані наступні методи

Методи дослідження:

а) теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичних та дослідних даних (виявлення стану досліджуваної проблеми, підходів до аналізу саморегуляції, визначення основних понять дослідження);

б) емпіричні – тестування, діагностування за методиками:

- Методика "Шкала диференціальних емоцій" (К. Ізард)
- Шкала тривоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI)
- Тест тривожності Спілбергера.
- Особистісна шкала проявів тривоги (J.Taylor).

в) статистичні методи обробки експериментальних даних – обробка експериментальних даних виконувалася за допомогою математико-статистичних методів: Статистичні методи обробки даних: перевірка нормальності розподілу виконувалася методом Є. І. Пустильніка, статистичний аналіз – за t-критерієм Стьюдента. Розрахунки проводилися автоматизовано в MS Excel. Узагальнено та систематизовано якісні й кількісні дані дослідження.

Практична значимість дослідження: результати проведеного дослідження можуть бути використані для розроблення робочих програм і навчально-методичної літератури з дисциплін «Когнітивно-поведінкова терапія», «Психологія кризових станів», «Травматерапія», «Сучасні напрями психології»; у системі фахової підготовки майбутніх психологів, зокрема в рамках виробничої практики. Програма та результати корекційної роботи будуть корисними для фахівців психологічних служб (зокрема Центрів психологічної допомоги та реабілітації) і можуть бути впроваджені в консультативну та психокорекційну роботу з подолання тривожності в постраждалих від воєнних дій в Україні.

Апробація результатів дослідження: основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на: XI Міжнародній

науково-практичній конференції «PERSPECTIVES OF CONTEMPORARY SCIENCE: THEORY AND PRACTICE» та XII Міжнародній науково-практичній конференції «EUROPEAN CONGRESS OF SCIENTIFIC ACHIEVEMENTS», Барселона, Іспанія.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг магістерської роботи становить 77 сторінка, основний зміст викладено на 65 сторінках. Робота містить 4 таблиці, 21 рисунка, 4 додатки. Список використаних джерел складає 73 праць українських та зарубіжних авторів, з них 1 – англomовна.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

1.1. Когнітивно-поведінкова терапія як напрямок психологічної корекції

Когнітивно-поведінкова терапія – це форма психотерапії, яка допомагає зрозуміти, як наші думки та дії можуть впливати на наше самопочуття. Головна ідея КПТ полягає в тому, що змінюючи свої думки й поведінку, люди здатні змінювати своє почуття, це допомагає підвищити самооцінку, краще розставляти пріоритети й підштовхує до досягання цілей. Процес роботи включає в себе:

1.Оцінка актуального стану: визначення симптомів та виявлення негативних моделей мислення.

2.Постановка цілей. Визначення основних цілей роботи, над чим важливо працювати.

3.Когнітивна реструктуризація. Визначення негативних думок та з'ясування їх причин.

4.Поведнікова активація: Планування актуального графіку для, розуміння, що може підняти настрій.

5.Експозиційна терапія: Поступове подолання страхів, у вигляді експерименту в реальну життєву подію.

6.Домашнє завдання. Надання домашніх завдань з ціллю навчіння методів самодопомоги.

7.Моніторинг прогресу: Регулярне відстеження прогресу пацієнта.

8.Профілактика рецидивів: Розробка плану профілактики рецидиву.

9.Подальше спостереження: Призначення наступних бустерних зустрічей.

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].

Консультування носить структурний характер. Якщо неправильно визначите причину емоційних труднощів, ви можете витратити занадто багато часу і зусиль і не зможете прийти до сприятливих змін. М. Малін визначає 2 формули, які демонструють взаємозв'язок між емоціями-думками-емоціями.

Перший вираз-А-С. А = подія активації (actevatingevent). А дорівнює ситуації, в якій опинилася людина, що визначає процес реакції, С дорівнює наслідкам того, якими будуть наші дії по відношенню до А. Зовнішні ситуації викликають внутрішні емоції змушують діяти певним чином. Однак ця формула неправильна. Речі позанами мало впливають на нас.

Почуття дають нам уявлення про навколишній світ. Коли людина закриває очі вуха, зовнішній світ зникає, і його вплив на нас зводиться до мінімуму. Є інша формула, яку розробив відомий основоположник раціонально-поведінкової терапії Альберт Єліс. 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. Ґрунтується на постійному розвитку формулюванні терапевтичного випадку в термінах когнітивної терапії.

Принцип 2. Потреба створення міцного терапевтичного альянсу.

Принцип 3. Особливе значення надається співпраці та активній участі.

Принцип: 4. Когнітивна терапія орієнтована на меті та сфокусована на проблемі.

Принцип 5. Основна увага приділяється моменту «тут і зараз», особливо на початку лікування.

Принцип 6. 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. 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 відносини не мають значення в КПТ» Це суперечить помилковій думці, що КПТ – це безособова терапія, в якій терапевтичні стосунки не мають значення. Вже на ранніх стадіях дуже важливо встановити довірчі відносини, щоб клієнт міг передати важливу інформацію про себе або попрацювати з терапевтом над впровадженням нових і складних методів поведінки. І хоча КПТ не розглядає терапевтичні відносини як основний терапевтичний інструмент, це, безумовно, дуже важливий компонент ефективного лікування, 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: 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 досить 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 з простими запитами, для більш складних вам потрібно щось ще"

Існують переконливі наукові докази того, що КПТ є ефективним способом лікування складних і складних форм розладу першої осі, за умови, що клієнт, принаймні, мінімально залучений в цей процес і що лікування може бути застосоване до багатьох психологічних проблем. І тепер що разу є більше доказів ефективності КПТ при розладах особистості

Міф № 4 «КПТ не ставить фокус на підсвідомих процесах»

КПТ не застосовує психоаналітичну концепцію підсвідомості, але, КПТ визначає, когнітивні процеси як неусвідомлені. Зазвичай цей досвід не інтерпретують як витіснений матеріал, а вважають «передсвідомим», доступним за належної допомоги до усвідомлення та рефлексії.

Наприклад, багатьом клієнтам потрібна практика, щоб підвищити обізнаність та припущення, цю практику можливо виявити за допомогою метода Сократа, з ціллю ідентифікації когніцій і з'ясування їх значень. 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 налаштованні"

За допомогою КПТ клієнти зазвичай практикують техніки розпізнавання своїх думок і почуттів. Якщо клієнт розуміє психологічну модель (цикл підтримки або діагностичну формулювання), то в цьому його

перевага. Але якщо це викликає у клієнта труднощі, терапевт може допомогти клієнту розвинути необхідні здібності для розуміння цього. У таких ситуаціях також варто запропонувати кілька пробних сеансів, щоб визначити, чи підходить цей метод клієнту [19].

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 відслідковувати 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.

Ситуація→Автоматичні думки→Емоції.



Проміжні переконання.



Глибинне переконання

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

Р. Ліхі виділяє основні техніки когнітивно-поведінкової терапії: "Ідентифікація думок", "оцінка і верифікація думок", "оцінка припущень і правил", "логічні помилки і спотворення при обробці інформації" [17].

Також приділяється увага певним технікам, спрямованим на розуміння різниці між думками, почуттями і реальністю. Важливо навчитися

відстежувати свої автоматичні думки, які впливають на вашу поведінку та настрій. Тому що мислення, або якась інтерпретація, призводить до появи різних емоцій

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.

За рахунок емпіризму співробітництва, сократичного діалогу і спрямованого відкриття, КПТ терапія особливо ефективна у вирішенні психологічних проблем.

- Емпіризм співпраці

Клієнт займає активну роль в психотерапевтичному процесі, ставить питання і виявляє інтерес.

Психотерапевт – його співавтор та провідник, який сприяє прогресу пацієнта;

терапевт не вчить клієнта, як правильно думати, а допомагає досліджувати себе.

- Сократичний діалог

Психотерапевт ставить питання до пацієнта; Подібні питання призводять до переосмислення переконань та допомагають клієнту вирішити запит, процесі пошуку відповідей, звертается увага на протиріччя в ході думок пацієнта, але клієнт робить висновки самостійно.

Спрямоване відкриття

КПТ терапевт не має готової відповіді, до якої підводить клієнта: той формулює відкриття самостійно;

Під час терапії, клієнт помічає власні викривлення мислення; [25]

Терапевт дає безпечний простір для пацієнта зробити ці відкриття та закріпити їх у своєму досвіді. Спочатку, допомагає визначити проблему та цілі сеансів. Вже під час когнітивно-поведінкової терапії, конкретні техніки підбираються для їх досягнення. 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 сесія когнітивно-поведінкового терапевта за Дж. Бек, має наступні етапи [17]:

1. Визначення порядку денного. Визначення про що буде йти мова на сеансі, щоб не пропустити важливі моменти. Ознайомлення клієнта з когнітивно-поведінковою терапією. 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. Коротка оцінка настрою, з використанням щотижневих звітів і шкал об'єктивних методик: Шкала депресії Бека, Шкала тривоги Бека та Шкала безнадійності Бека.

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.

8. Зворотній зв'язок. 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.

На що звертається увага при роботі з клієнтом:

Фактори схильності. (Негативний дитячий досвід, темперамент, оточення); Біологічний фактор: (Сім'я, родичі); Глибинні переконання; Правила життя; актуальні проблеми; критична подія, яка запустила проблему; тригери; модифікуючий чинник; ресурси.

1.2. Проблема тривожності в різних психологічних концепціях

Тривога – це складне явище, проявляється на: Когнітивному, фізіологічному та поведінковому компонентах.

За А.В. Будник на когнітивному рівні тривожність характеризується негативними думками до події яка ще не сталась. Це пов'язано з переконаннями: Про себе, інших та світ, та травматичним досвідом. 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.

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 тягаря тривоги і пов'язаних з нею проблем психічного здоров'я. 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. 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, що сприяють тривожності, може допомогти лікарям розробити ефективні методи лікування, спрямовані на вирішення основних факторів [18].

Тривога викликає все більше занепокоєння: тривога викликає все більше занепокоєння в сучасному суспільстві, оскільки в усьому світі

реєструється все більше випадків тривожних розладів. Вважається, що ця тенденція спричинена низкою факторів, включаючи підвищений рівень стресу, соціальну ізоляцію та соціальні зміни, які можуть сприяти почуттю тривоги.

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 тягара тривоги та пов'язаних з нею проблем психічного здоров'я [4].

Пояснення поняття тривожності з боку гештальт-терапії:

Гештальт-терапія – це підхід, який зосереджується на гармонійній інтеграції особистої відповідальності, свідомості, думок, почуттів та дій. При такому підході особлива увага приділяється тому, як людина переживає свої думки і взаємодіє з навколишнім світом.

Одним з ключових аспектів гештальт-терапії є підхід в роботі з тривожністю. Тривога вважається природною та адаптивною реакцією на стрес. Це відбувається в той момент, коли людина усвідомлює розрив між його поточною ситуацією і бажаним станом або метою. Завдяки такому підходу тривога стає не просто негативним явищем, а сигналом змін і джерелом енергії для подолання труднощів.

Гештальт-терапія фокусується на важливості моменту "тут і зараз"

Одним з головних принципів цього підходу є необхідність повністю зануритися в даний момент. Терапевти, які використовують гештальт-підхід, рекомендують клієнтам, які відмовляються від надмірних переживань з приводу майбутнього або шкодують про минуле, зосередитися на своїх поточних почуттях, думках і емоціях.

Гештальт-терапія допомагає клієнту звернути увагу на внутрішні емоційні переживання і переконання, які можуть викликати тривогу. В процесі роботи клієнт вчиться виявляти моделі мислення і поведінки, які

сприяють виникненню тривоги. Розуміння цих причин відкриває шлях для розробки ефективних стратегій управління емоціями та подолання тривоги [15].

Гештальт-терапія підкреслює важливість терапевтичних стосунків: зрештою, гештальт-терапія підкреслює важливість терапевтичних стосунків. Гештальт-терапевти вважають, що відносини між клієнтами та терапевтами є ключовим фактором, що сприяє особистісному зростанню та зціленню. Завдяки терапевтичним стосункам клієнти можуть більше усвідомлювати себе, будувати довіру та досліджувати свої почуття та переживання в безпечному та підтримуючому середовищі.

Гештальт-терапія використовує такі методи, діалог та експериментальні вправи: у гештальт-терапії терапевти використовують різні техніки, щоб допомогти клієнтам досліджувати та керувати своєю тривогою. Однією з найпоширеніших принципів, який використовується в роботі під назвою деяких технік, є робота з відчуттям "Тут і зараз" яка передбачає зосередження уваги на теперішньому моменті та прийняття своїх думок і почуттів без судження. Діалог-ще одна важлива техніка гештальт-терапії, що передбачає відкрите і чесне спілкування з терапевтом і вивчення своїх почуттів і переживань в безпечній і підтримуючій обстановці. Експериментальні вправи, такі як рольові ігри, керовані образи та вправи на усвідомлення свого тіла, допомагають клієнтам досліджувати та розуміти свою тривогу більш емпіричним способом.

Гештальт-терапія підкреслює важливість теперішнього моменту.

Одним з ключових принципів гештальт-терапії є зосередження на теперішньому моменті. Такий підхід підкреслює, що теперішній момент - це єдиний момент, який дійсно існує, і, приділяючи йому увагу, Ви краще усвідомлюєте свої думки, почуття і дії, вчіться бути "тут і зараз", що дозволяє клієнтам більш ефективно справлятися з тривогою і перетворювати деструктивні переживання в адаптивні механізми.

Гештальт-терапія мотивує клієнта до дії [20].

А. М. Кобозєв і Т.Е. Черничевська зазначили, що цей підхід заохочує не лише розуміння їхнього досвіду, а й позитивні дії, спрямовані на позитивні зміни. Гештальт-терапія допомагає клієнтам подолати тривогу та розробити конкретні стратегії для досягнення своїх цілей. Роблячи невеликі, але систематичні кроки, клієнт може розвинути впевненість у собі, що сприяє більшій емоційній стабільності та здатності успішно подолати тривогу в майбутньому.

Гештальт-терапія пропонує комплексний і практичний підхід до розуміння і подолання тривожності. Метод використовує різні техніки, спрямовані на розвиток самосвідомості та особистісного зростання, а також зосередження уваги на теперішньому моменті та дослідження глибоких почуттів та переконань. Такий підхід допомагає не тільки розпізнати причину тривоги, але і навчитися ефективно з нею справлятися, перетворюючи її в ресурс для змін і саморозвитку.

Поняття тривожності з боку психоаналітичного підходу:

Психоаналітичний підхід, заснований на теоріях Зигмунда Фрейда і його послідовників, розглядає тривожність як прояв глибоких внутрішніх конфліктів, які формуються в дитинстві.

При такому підході тривога розглядається як сигнал про наявність невирішених внутрішніх конфліктів, коріння яких часто йдуть в дитячі переживання. Вона може бути результатом невисловлених емоцій, незадоволених потреб або страхів, на які не звертають уваги. Психоаналітик зазначає, що несвідоме відіграє важливу роль у формуванні тривоги. Пригнічені емоції та конфлікти, приховані в несвідомому, часто стають основною причиною тривоги. Захисні механізми, що використовуються для боротьби з тривогою: психоаналітичні підходи виявляють різні захисні механізми, які люди використовують для подолання тривоги. Ці захисні механізми включають пригнічення, заперечення, проекцію, пригнічення та сублімацію. Ці механізми можуть допомогти людям впоратися з тривогою, блокуючи або перенаправляючи свої емоції [27].

В психоаналітичному підході використовуються такі методи, як вільні асоціації та аналіз сновидінь, для вивчення несвідомих конфліктів та емоцій, які сприяють виникненню тривожності. Вільні асоціації припускають, що клієнти можуть вільно говорити про все, що спадає на думку, не цензуруючи свої думки та почуття.

Аналіз сновидінь передбачає інтерпретацію символічного змісту сновидінь, щоб отримати уявлення про несвідомі конфлікти. Психоаналітичні підходи підкреслюють важливість дитячого досвіду у формуванні емоційного розвитку людини. Травматичні або травматичні дитячі переживання, такі як відсутність турботи або зловживання в сім'ї можуть призвести до несвідомих конфліктів і труднощів в емоційній регуляції та сприяти виникненню тривожності в подальшому житті іншим важливим аспектом психоаналітичного підходу до тривоги є процес виявлення пригнічених емоцій. Терапевт працює над тим, щоб допомогти клієнтам виявити та розпізнати ці емоції, до яких може бути важко отримати доступ через захисні механізми.

Отже, психоаналітичний підхід до тривожності фокусується на ролі дитячих переживань, захисних механізмів, метастатичних реакцій і несвідомого у формуванні емоційного розвитку людини і виникненні тривоги. За допомогою таких методів, як інтерпретації, робота з витісненими, пригніченими емоціями та розвитку самосвідомості, клієнти отримують уявлення про несвідомі конфлікти та усувають тривогу більш адаптивним способом. Довгостроковий характер психоаналітичної терапії дозволяє глибше досліджувати несвідомі конфлікти, що може призвести до поліпшення емоційного благополуччя та особистісного зростання.

Поняття тривоги в НЛП: Нейролінгвістичне програмування (нлп) - це область практичної психології, яка фокусується на вивченні та модифікації психічних та поведінкових моделей для досягнення бажаних результатів.

У НЛП тривожність розглядається як когнітивно-емоційний стан, що виникає в результаті певних внутрішніх проявів (уявних образів, слів або

відчуттів), які активують негативні реакції. Аналіз цієї проблеми в НЛП має на меті зрозуміти, як людина створює та підтримує стан тривоги, переводячи ці процеси у конструктивну форму.

Тривога, з точки зору НЛП, розглядається як результат несвідомих розумових процесів, які проявляються через внутрішні уявлення (образи, звуки, відчуття), що викликають небажані емоційні стани. НЛП зосереджується на зміні цих уявлень, щоб допомогти людині впоратися з тривогою. Цей підхід є не діагностичним, як в клінічній психології, а практичним, спрямованим на конкретні способи зниження інтенсивності тривоги.

Техніки по роботі з тривожністю за допомогою НЛП:

Виявлення внутрішніх проявів тривоги.

НЛП фокусує увагу на тому, що тривога викликається певними внутрішніми образами, звуками або думками. Наприклад, люди, які уявляють, що вони провалили черговий іспит, можуть відчувати підвищену тривожність. Перш за все, визначається, як саме тривога проявляється у внутрішніх переживаннях.

Візуально: вираз негативних образів. Слуховий: критичний діалог або тривожні думки всередині, кінематичний: фізичні симптоми, такі як напруга або тремор. НЛП приділяє велику увагу субмодальності-характеристикам внутрішнього образу, наприклад, кольором, руху, обсягом і т.д. приклад: якщо тривога викликана яскравим виразом невдачі, ви можете змінити цей образ так, щоб він був неясним або віддаленим. Якщо тривога посилюється через важливий внутрішній голос, ви можете "приглушити" його гучність або змінити його тон на більш дружній.

Техніка дисоціації дозволяє людині "вийти" з тривожної ситуації і подивитися на неї з боку. Представлення себе як спостерігача може допомогти зменшити емоційне навантаження від ситуації.

Наприклад, людина може візуалізувати дивовижну подію у вигляді фільму на екрані, що автоматично створює дистанцію між переживаннями і реальністю.

- Техніка "Швидкої фобії"

Вона полягає в показі тривожних сценаріїв в зворотному порядку або поданні їх у вигляді карикатур. Це зменшує емоційний стрес і створює нові нейтральні або навіть позитивні стосунки до подій.

- Техніка "Фіксації ресурсу"

У НЛП використовується техніка "якоря", яка дозволяє пов'язати ресурсний стан (спокій, впевненість в собі) з певними фізичними або когнітивними стимулами [36].

Наприклад, клієнт створює образ (наприклад, торкається до нього пальцем). Надалі, під час тривожної ситуації, активація якоря завершувалася швидким перериванням ресурсного стану. Рефреймінг тривоги. Рефреймінг – це зміна контексту або значення позиції. НЛП розглядає тривогу не як загрозу, а як сигнал про необхідність підготовки.

Приклад: замість думки "я провалю цей іспит" формується інша: "Моя тривога говорить мені про те, що мені потрібно краще підготуватися". "Працюю з тимчасовою шкалою. У НЛП тривога з приводу майбутніх подій розглядається як нерозуміння тимчасової дистанції. Якщо людина в вас показує дивовижну подію, яка дуже близька йому самому, це збільшує його силу. Візуальне "дистанціювання" подій на часовій шкалі знижує тривожність. В результаті НЛП надає ефективний інструмент для боротьби з тривогою, фокусуючись на змінах в ментальних паттернах і чуттєвому вираженні. Цей метод вимагає подальших досліджень для підтвердження своєї ефективності, але вже довів свою корисність у практиці короткострокової психологічної допомоги.

Експозиційна терапія – це особливий вид когнітивно-поведінкової терапії, який передбачає поступовий вплив на ситуацію або об'єкт, що викликає страх, з метою зменшення тривожності з часом.

Вона може проводитися в реальному житті (в реальних ситуаціях) або уявної (в уяві) і часто поєднується з техніками релаксації. Заходи на основі уважності, такі як зменшення стресу на основі уважності (MBSR) та когнітивна терапія на основі уважності (МВСТ), підвищують обізнаність і дозволяють відчувати теперішній момент. Ці підходи ефективні для зниження тривожності і поліпшення загального самопочуття.

Групова терапія-це ефективний підхід до лікування тривоги, який потім створює сприятливе середовище для того, щоб люди могли ділитися своїм досвідом та вчитися. Вона також може надати можливості для розвитку експозиційної терапії та нових засобів подолання тривожності. Психотерапія є основним способом лікування тривожності, але для деяких людей лікарські препарати можуть бути корисними доповненнями.

Традиційно рекомендовані препарати для лікування включають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), бензодіазепіни та бета-блокатори [20].

Як результат, психотерапевтичне лікування тривоги включає ряд підходів, включаючи когнітивну терапію, психодинамічну терапію, експозиційну терапію, втручання на основі уважності, групову терапію та медикаментозну терапію. Ці підходи спрямовані на те, щоб допомогти психологам виявити негативні думки та моделі поведінки, щоб отримати уявлення про основні процеси, розробити стратегії подолання та зменшити симптоми тривоги.

Вивчення тривожності в психології-це активна і розвивається область, яка має багато перспектив для майбутніх досліджень. Можливі напрямки для майбутніх досліджень.

1. Нейробіологічні механізми: досягнення в галузі неврології дозволили дослідникам визначити конкретні нервові шляхи та ділянки мозку, що беруть участь у виникненні тривоги.

2. Технічні втручання: Технічні втручання, такі як експозиційна терапія у віртуальній реальності та мобільні додатки, показали багатообіцяючі результати в лікуванні тривожності.

3. Профілактика та раннє втручання: раннє виявлення та усунення тривоги може запобігти розвитку більш серйозної та хронічної тривоги.

4. Коморбідність: тривога часто поєднується з іншими психічними розладами, такими як депресія та розлади вживання наркотичних речовин. Майбутні дослідження можуть допомогти вивчити складний взаємозв'язок між тривогою та супутніми захворюваннями та розробити комплексний терапевтичний підхід.

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.

1.3. Використання когнітивно-поведінкової терапії в роботі з тривожністю.

Тривога – це емоційний стан, що супроводжується дискомфортом через невизначеність. Тривожність-це стійкий фактор, який виникає з переконань. Дж.Бек виділяє 3 основних типи переконань про себе, інших людей і всьому світі. Коли людина сприймає світ як ворожий, почуття тривоги стає сильнішим. У стані тривоги людину долають нав'язливі думки, які можуть стати настільки сильними, що він втрачає контроль над ними. Коли тривога бере верх, розум працює безперервно, не маючи часу на відпочинок. Мислення, подібно комп'ютеру із заївшою кнопкою "Пуск", створює нову причину для тривоги. Навіть коли людина хоче спати або просто хоче розслабитися, внутрішній монолог не припиняється, що може зіпсувати навіть найкращий день. Неважливо, як пройшов сьогоднішній день, – важко зрозуміти теперішній момент, тому що розум одержимий турботами про минуле і майбутнє. Через занепокоєння змінюються поведінкові установки,

порушується сон, з'являється дратівливість, можливості здаються обмеженими. Майбутнє здається похмурим, і ми постійно переживаємо страждання. За словами Ліхі, когнітивно-поведінкова терапія пропонує безліч методів боротьби з тривогою. [17]

- Методика "Щоденник емоцій"

Ефективний інструмент для боротьби з переживаннями, що негативно впливають на емоційний і фізичний стан. Ведення журналу дозволяє людині бачити свої думки та почуття ззовні як "спостерігача", дозволяючи точно визначити, що її найбільше турбує в даний момент. Краще записувати свої відчуття в кінці кожного дня і задавати собі питання: "що я відчуваю зараз?". Це допоможе вам заземлитися і поспостерігати за своїми думками. Важливо починати писати з фрази: "які емоції і переживання я відчуваю зараз?" Це наочно показує, які емоції виникли і чому. Аналіз внутрішнього стану допоможе зосередитися на тому, на що зараз потрібно звернути увагу і що можна зробити для поліпшення ситуації.

- Техніка: Ситуації-думки-емоції.

Подією може бути конкретна ситуація, яка сталася в минулому, відбувається зараз або може статися в майбутньому. Наприклад: "Я не склав іспит "або"я не склав іспит". Це може бути підкріплено фізичними відчуттями, такими як "я відчуваю, як серце б'ється". "Відчуттям такого переживання може бути сама подія, якщо людина усвідомлює почуття від занепокоєння, тобто починає вірити, що він турбується. І це почуття, наприклад, "я завжди хвилююся "або "тривога – це моя слабкість". Люди з тривожністю часто вважають, що причиною їх поведінкових і емоційних реакцій є саме подія. "Я хвилююся, тому що скоро іспит"

- Техніка «Техніка дистанціювання від думок»

Ця інтерпретація означає, що певні події викликають певні емоції. Працюючи з клієнтами в рамках когнітивно-поведінкової терапії тривоги (КПТ), терапевти, як правило, дотримуються ряду важливих принципів і методів, щоб допомогти клієнтам впоратися з симптомами тривоги. Цей

прийом діє як "анальгін", який дозволяє переключити увагу на щось корисне або веселе. Це знижує інтенсивність негативних емоцій. Ця основна Когнітивна стратегія базується на ідеї, що ми можемо зосередитись лише на одній справі в даний момент часу". Навчіться розпізнавати голос цієї "радіохвилі" і відчувати його, коли в думках з'являються негативні емоції. Наприклад, коли виникає думка: "О, знову ти!" - Назвіть ці думки і згадайте, що це неправда і це "ворожий" голос.

Пацієнти використовують такі фрази, як "я вам не вірю", "те, що ви говорите, неправда", щоб звернути свою увагу на те, що відбувається в даний момент, наприклад, щоб зрозуміти, де вони знаходяться, сконцентруватися на воді, якщо миють посуд, звернути увагу на навколишні деталі. Важливо, щоб пацієнт знав, що його відволікає. Для цього ви можете разом з терапевтом скласти список ідей: вивчити нове слово, поспостерігати за тим, як тече вода, і повторювати ці процедури, при необхідності, кожен раз, коли з'являється завиток Листя Рослини.

Труднощі: Пацієнтам може бути важко впоратися з усвідомленням своїх негативних думок і переключенням уваги, коли ці думки надто сильні або коли звичка їх постійно програвати занадто глибоко вкорінена.

- Техніка «За/Проти»

Ця техніка використовується для когнітивної роботи з глибинними переконаннями.

Конкретні кроки:

«Розхитуємо» віру клієнта в те, що його глибинне переконання є на 100% правдою. Це дозволяє створити простір для нових ідей і думок. Шукаємо докази «за» конкретне глибинне переконання (ГП). Разом з пацієнтом визначаємо факти, які, на його думку, підтверджують це переконання. Шукаємо докази «проти» конкретного ГП. Це крок, на якому пацієнт розглядає факти, що суперечать його переконанню і можуть вказувати на його неправдивість. Генеруємо нові адаптивні схеми мислення. Після розгляду доказів «за» та «проти» пацієнт може сформулювати більш

реалістичні та позитивні переконання про себе. Наприклад, глибинним переконанням Ірини є: «Я гірша за інших у професійному плані». Терапевт разом з Іриною перевіряє факти, які підтверджують та спростовують це переконання, і на основі цього працюють над створенням нових, більш здорових переконань. [29]

В цілому, дослідження показали, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш ефективних методів лікування тривожних розладів, переваги якого можуть зберігатися довше після завершення лікування.¹ навчаючи пацієнтів новим навичкам подолання та стратегіям управління тривогою, КПТ може допомогти їм вести більш збалансоване та менш тривожне життя. Емоції та думки взаємопов'язані та взаємно впливають на поведінку.

- Техніка "Приняття рішень".

Клієнту пропонується намалювати квадрат, розділивши його на 4 частини, відповідаючи на наступні питання.

1. Що буде як, якщо це трапиться?
2. Що буде, якщо цього не трапиться?
3. Чого не відбудеться, якщо це трапиться?
4. Чого не відбудеться, якщо цього не трапиться?

- Техніка "Падаюча стріла"

Клієнту пропонується відповісти на наступні питання, метою яких є розвінчення обнадійливого почуття або сприйняття ситуації.

1. Що це значить для вас?
2. До чого це може призвести?
3. Що за цим буде?
4. Що це говорить про вас?

- Техніка "Радіостанція"

Думки бувають помилковими і людина часто може неправильно трактувати свої думки. Хтось каже, що вони рояться як мухи, хтось як миші, а хтось каже, що вони як радіо, постійно працюють в голові і їх неможливо

вимкнути. І це радіо постійно транслює негативні прогнози: Все буде погано, нічого не вийде і т.д.

1.Клієнту пропонується визначити, якою є моя хвиля, які хіти програватимуться? І визначити 5 хітів радіо хвилі. Знайти 5 негативних думок, які проносяться в голові. 2. Не повірити їм. 3. Переключити увагу. 4.Повторювати за необхідності щоразу.

Важливо навчитися вловлювати хвилі, проговорюючи "Так, знову це ти увімкнулась, знову це радіо" Важливо розпізнати це радіо, а потім нагадати собі, що це не правда і слухати це шкідливо. Третім кроком є переключення уваги на все, що знаходиться поруч, на спогади і т.д. Наступний крок: Повторювати цей алгоритм стільки разів, скільки потрібно.

- Техніка "Час для переживань"

Клієнту пропонується протягом дня записувати свої переживання, відкладаючи їх для спеціально зазначеного часу для переживань.

Клієнту пропонується заповнити табличку, де вказується: Дата та час і тривалість, визначається сила тривоги на початку виконання справи від 0 до 100%. Клієнту пропонується відповісти на наступні питання:

1. Про що переживання?
2. Теми, які повторюються під час переживань:
3. Які переваги і недоліки переживання?
4. Які це переживання: Корисні чи некорисні?

Техніка "Думка-клоун"

До багатьох думок ми ставимося, так що вони можуть на нас негативно впливати або чимось небезпечні – словом, ми сприймаємо їх серйозно. Клієнту пропонується уявити думку у ролі клоуна, який шумить і намагається привернути увагу, уявити як звучить – писклявий голос, перерахувати як звучать його тривожні висловлювання, наприклад "Щось погане обов'язково станеться", наступним етапом – клієнту пропонується виявити власне ставлення щодо думок клоуна.

В межах когнітивно-поведінкового підходу використовується техніка «С-Е-Д-П», мета якої – показати зв'язок між думками, емоціями і поведінкою.

- Ситуація, яка сталася.
- Емоції, що виникли у зв'язку з ситуацією.
- Думки, які виникли щодо ситуації.
- Як це впливає на поведінку, і як я себе поведжу зараз.

Когнітивні техніки для зміни мислення, яке сприяє виникненню тривоги, орієнтовані на виявлення та зміну негативних або викривлених думок. Ось кілька популярних когнітивних технік, що застосовуються в терапії за методом А. Бека: Декатастрофізація – ця техніка допомагає аналізувати ситуацію або подію, що викликає страх, і оцінити реальну ймовірність та наслідки цієї ситуації. Усвідомивши, що наслідки, яких вони бояться, є малоймовірними або не настільки катастрофічними, люди можуть знизити рівень тривоги і почуватися більш контрольовано. Сократівське опитування – це методика, яка полягає у постановці серії запитань, що допомагають людині оцінити точність і корисність її думок. Наприклад, терапевт може запитати: «Які є докази цієї думки?» або «Що б ви порадили другу, якщо б він мав таку думку?», щоб допомогти людині кинути виклик своїм негативним переконанням.

Когнітивна реструктуризація – техніка, що передбачає виявлення і заміну негативних або ірраціональних думок на більш збалансовані та адаптивні. Терапевт допомагає клієнту розпізнати негативні шаблони мислення і сформулювати більш точні та корисні погляди на ситуацію. Когнітивна терапія на основі усвідомленості – поєднує медитацію на основі усвідомленості з методами КПТ, щоб допомогти людині краще усвідомлювати свої думки та розвивати більше прийняття і співчуття до себе. Завдяки практикам усвідомленості люди вчаться спостерігати за своїми думками без зациклення на них і знаходять більш адаптивні способи

реагувати на свою тривогу. Ось деякі особливості роботи з клієнтами в КПТ з тривожністю за думкою Д. А. Кларка: Співпраця: КПТ є підходом до терапії, заснованим на співпраці, коли терапевт і клієнт працюють разом для визначення цілей клієнта та розробки плану лікування.

Терапевт допомагає клієнту зрозуміти свої симптоми тривоги і навчитися новим стратегіям для їх подолання. Інформованість про розлад: Клієнтам із тривожним розладом корисно дізнатися більше про свій стан, зокрема про те, як тривога впливає на їх тіло і розум. Терапевт надає інформацію про тривожність і вчить загальним когнітивним і поведінковим моделям, що пов'язані з тривогою.

Визначення тригерів: Терапевт допомагає клієнту визначити ситуації або думки, що спричиняють тривогу. Це дозволяє клієнту розробити стратегії для управління своєю тривогою, коли він стикається з цими тригерами. Подолання негативних стереотипів мислення: Важливою частиною є допомога клієнту в виявленні та коригуванні негативних стереотипів мислення, що сприяють виникненню тривоги. Терапевт допомагає розвивати більш збалансоване і реалістичне сприйняття ситуацій. Поведінкові методи: Як було зазначено раніше, використання поведінкових методів, таких як експозиційна терапія, техніки релаксації та тренування соціальних навичок, допомагають клієнту справлятися з симптомами тривоги.

Домашні завдання: КПТ часто передбачає завдання між сесіями, де клієнт практикує нові навички або техніки, отримані під час терапії. Це допомагає клієнту застосовувати навички в реальних життєвих ситуаціях і зміцнює навчання.

Моніторинг прогресу: Терапевт регулярно відстежує прогрес клієнта та при необхідності коригує план лікування, що допомагає клієнту не відставати від своїх цілей і досягти найкращих результатів.

Таким чином, використовуючи ці когнітивні прийоми, люди можуть не тільки навчитися виявляти свої негативні моделі мислення та боротися з ними, але й виробити більш адаптивний спосіб мислення щодо власної

тривоги. Ці методи часто використовуються в поєднанні з іншими поведінковими техніками, такими як експозиційна терапія, щоб допомогти людям впоратися з симптомами тривоги та покращити загальне психічне здоров'я та самопочуття, та покращити загальний стан психічного здоров'я і благополуччя.

Висновки до першого розділу

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із провідних напрямків психологічної корекції, що базується на інтеграції когнітивних та поведінкових методів впливу. Її ефективність підтверджується при роботі з тривожними розладами, що є єдиним із найбільш розширених психологічних проблем сучасності. Аналіз різних психологічних концепцій показує, що тривожність розглядається як багатогранне явище, яке охоплює як когнітивні, так і емоційні аспекти. Впровадження КПТ у процес подолання тривожності дозволяє не тільки модифікувати деструктивні думки, але й сприяє формуванню нових моделей поведінки, що знижує рівень тривоги. Таким чином, КПТ виступає як дієвий інструмент для гармонізації емоційного стану та підвищення якості життя клієнтів.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

2.1. Організація та методи дослідження

Дослідницько-експериментальна робота виконувалась на базі Чорноморського національного університету імені Петра Могили. Вибірку дослідження склали:

30 респондентів віком від 20 до 25 років, з них 20 жінок та 10 чоловіків.

Для забезпечення проведення емпіричного етапу дослідження було використано такі методики, як:

- Методика "Шкала диференціальних емоцій" (К. Ізард).
- Шкала тривоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI)
- Тест тривожності Спілбергера.
- Особистісна шкала проявів тривоги (J.Taylor).

Дослідження проводилося в кілька **етапів**:

1. Підготовчий етап – розробка методологічної основи дослідження, вибір методів і методик дослідження, підготовка бланків та діагностичного матеріалу для тестування випробовуваних, а також формування вибірки дослідження.

2. Діагностичний етап – проведення діагностики. Діагностика проводилася в індивідуальній формі.

3. Аналітичний етап – математико-статистична обробка отриманих даних, їх аналіз, порівняння та формулювання висновків на підставі проведеного дослідження.

Методика "Шкала диференціальних емоцій" (К. Ізард). Дана методика розроблена відомим американським психологом К. Ізардом у вигляді докладання до його теоретичної концепції, в якій розвиваються положення про існування 10 базових емоцій, що становлять основу всього емоційного життя людини. До них відносяться емоції інтересу, радості, здивування, горя, гніву, зневаги, огиди, страху, сорому та провини.

Ця методика включає 30 шкал, представлених прикметниками, що відповідають різним відтінкам емоційних переживань. Для оцінки кожної з 10 базових емоцій використовуються три окремі шкали, розташовані в наступному порядку:

1. Інтерес (п. 1-3);
2. Радість (п. 4-6);
3. Здивування (п. 7-9);
4. Горе (п.10-12);
5. Гнів (п. 13-15);
6. Огида (п. 16-18);
7. Нехтування (п. 19-21);
8. Страх (п. 22-24);
9. Сором (п. 25-27);
10. Вина (п. 28-30).

Обробка даних по «Шкалі диференціальних емоцій» включає два етапи. На першому підраховуються оцінки щодо кожної з 10 базових емоцій. В результаті виходить 10 показників, значення кожного з яких може змінюватись в діапазоні від 3 до 15 балів. Прийнятою формою представлення цих показників є побудова «профілю емоцій» у просторі координат: по осі абсцис наносяться найменування чи номери базових емоцій, по осі ординат – отримані бальні оцінки з кожної.

На другому етапі підраховуються узагальнені показники щодо груп емоцій.

Індекс позитивних емоцій (ПЕМ) – характеризує рівень позитивного емоційного ставлення суб'єкта до наявної ситуації. Підраховується як сума балів за трьома першими блоками базових емоцій:

$$\text{ПЕМ} = \sum 1,2,3 \text{ (цікавість + радість + подив)}.$$

Значення ПЕМ можуть коливатися від 9 до 45 балів.

Індекс гострих негативних емоцій (НЕМ) – відбиває загальний рівень негативного емоційного ставлення суб'єкта до готівкової ситуації. Підраховується як сума балів за чотирма наступними блоками базових емоцій:

$$\text{НЕМ} = \sum 4,5,6,7 \text{ (горе + гнів + огида + зневага)}.$$

Значення НЕМ можуть коливатися від 12 до 60 балів.

Індекс тривожно-депресивних емоцій (ТДЕМ) – відображає рівень щодо стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу емоцій, що опосередковують суб'єктивне ставлення до готівкової ситуації. Підраховується як сума балів за трьома останніми блоками базових емоцій та може бути оцінена як слабка, помірна, виражена або сильна.

У цій методиці все шкали прямі, тобто, зростання оцінок із них відповідає збільшенню сили емоційного переживання.

На додаток до загальної характеристики ступеня вираженості основних типів емоційних переживань проводиться якісний аналіз конкретних видів емоцій, що опосередковує емоційне забарвлення поточної діяльності. Для цього на профілі емоцій виділяються основні піки та співвідносяться з рівнем представленості інших емоцій.

Шкала тривоги Бека (*англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI*) - клінічна тестова методика, призначена для скринінгу тривоги та оцінки ступені її виразності. Опитувальник складається з 21 пункту. Кожен пункт включає один із типових симптомів тривоги, тілесних чи психічних. Кожен пункт має бути оцінений респондентом від 0 (симптом не турбував) до 3 (симптом турбував дуже сильно).

Шкала тривоги Бека є простим, зручним інструментом для попередньої оцінки ступеня вираженості тривожних розладів у широкого кола осіб: молодих людей від 14 років, зрілих і літніх, контингенту клініки та при скринінгових дослідженнях. Заповнення шкали займає трохи більше 10 хвилин, зазвичай, це можна довірити самому випробуваному. Особи, які отримали високі бали за шкалою, мають бути спрямовані на консультацію до фахівця.

Зазвичай шкалу використовують при профоглядах, коли необхідно виділити контингент, який потребує докладнішого обстеження та консультації фахівця, в клінічній практиці, коли є підозра, що соматичний розлад коморбідний з тривогою (у тому числі взаємообумовлений).

Підрахунок проводиться простим підсумовуванням балів за всіма пунктами шкали.

Значення до 21 балу включно свідчить про незначний рівень тривоги.

Значення від 22 до 35 балів означає середню вираженість тривоги

Значення вище 36 балів (при максимумі 63 бали) свідчить про дуже високу тривогу.

Тест тривожності Спілбергера. Це один з найбільш часто використовуваних психологічних інструментів для вимірювання рівня тривожності. Була розроблена Чарльзом Д. Спілбергером, в 1960-х роках. Шкала зазнала безліч модифікацій та змін. STAI складається з 2 частин: "особистісна тривожність" і "ситуативна тривожність". (Варіанти відповідей: кожна шкала містить 20 тверджень, на які потрібно відповісти за чотирибальною шкалою від "ніколи" до "дуже часто".) (0 – 1 – 2 – 3). Перша частина шкали "особистісна тривожність" вимірює тривожність як стійку рису особистості, в той час як шкала ситуаційної тривожності вимірює поточний стан тривожності в певний момент часу.

Приклади тверджень про особисту тривогу включають: "я відчуваю себе досить нервовою людиною" або "я переживаю, що щось може піти не так". Приклади тверджень про ситуаційну тривожність включають: "зараз я

спокійний і впевнений у собі "або"Зараз я стривожений і неспокійний". "STAI використовується в клінічній практиці та дослідженнях. Додаток оцінює рівень тривожності. Результати обстеження допоможуть у виборі відповідних методів для визначення рівня тривожності і подальшої корекції.

Особистісна шкала проявів тривоги (J.Taylor) Опитувальник призначений для вимірювання рівня тривожності (затвердження входять до складу MMP1 як додаткова шкала). Опитувальник складається з 50 тверджень. Відповідно до інструкції, обстежуваний відкладає праворуч і ліворуч картки, залежно від цього, згоден він чи згоден з які у них твердженнями. Тестування триває 15-30 хв. Оцінка результатів дослідження з опитувальнику проводиться шляхом підрахунку кількості відповідей обстежуваного, які свідчать про тривожність.

Сумарна оцінка:

40-50 балів сприймається як показник дуже високого рівня тривоги;

25-40 балів свідчить про високий рівень тривоги;

15-25 балів - про середній (з тенденцією до високого) рівень;

5-15 балів – про середній (з тенденцією до низького) рівень та 0-5 балів – про низький рівень тривоги.

Обробка результатів дослідження проводиться за допомогою математико-статистичних методів. Перевірка розподілу отриманих даних на відповідність нормальному закону здійснювалася за допомогою методу Є. І. Пустильніка.

З метою перевірки розподілу на нормальність нами були визначені заходи центральної тенденції, такі як середнє арифметичне, мода, після чого був побудований впорядкований ряд і визначена медіана.

Метод Є. І. Пустильніка застосовується для перевірки нормальності розподілу результативної ознаки. Перевірка нормальності розподілу здійснюється за наступним алгоритмом:

$$A = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^3}{n \cdot \sigma^3}$$

де: σ – (сигма) стандартне відхилення, знаходимо за формулою:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

де: n – кількість ознак, що вимірювались;

x_i – кожне значення ознаки;

$\bar{x}$ – середнє арифметичне.

В ідеалі для симетричних розподілів показник оцінки асиметрії дорівнює нулю.

Показник оцінки асиметрії порівнюємо з критичними значеннями, при цьому, якщо показник оцінки асиметрії не перевищує свою похибку репрезентативності втричі, то це свідчить про те, що отримані дані мають вигляд нормального розподілу, тобто якщо $A_{кр} \leq 3$ то отримані дані розподілені згідно нормального закону.

Якщо $A_{емп} \leq A_{кр}$, то отримані дані розподілені згідно нормального закону розподілу.

Для оцінки ексцесу застосовується наступна формула:

$$E = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^4}{n \cdot \sigma^4} - 3$$

Для нормального розподілу показник оцінки ексцесу дорівнює нулю.

Показник оцінки ексцесу порівнюємо з критичними значеннями, при цьому, якщо показник оцінки ексцесу не перевищує свою помилку

репрезентативності в три рази, то це свідчить про те, що отримані дані мають вигляд нормального розподілу.

Якщо $E_{\text{мп}} \leq E_{\text{кр}}$, то отримані дані розподілені згідно нормального закону розподілу.

В ході отриманих підрахунків ми визначили, що досліджувані параметри є приблизно рівними між собою ($x \approx M_o \approx M_e$).

Статистична перевірка отриманих емпіричних даних здійснювалося за допомогою розрахунку t-критерію Стюдента, так як розподіл виявився нормальним. Для оптимізації процесу обробки результатів розрахунок проводився автоматично за допомогою програми MS Excel.

2.2. Аналіз рівня тривожності постраждалих унаслідок військових дій в Україні

За «Шкалою диференціальних емоцій» К. Ізард отримано наступні результати. середні показники у вибірці, та представили їх наглядно на рис. 2.1.

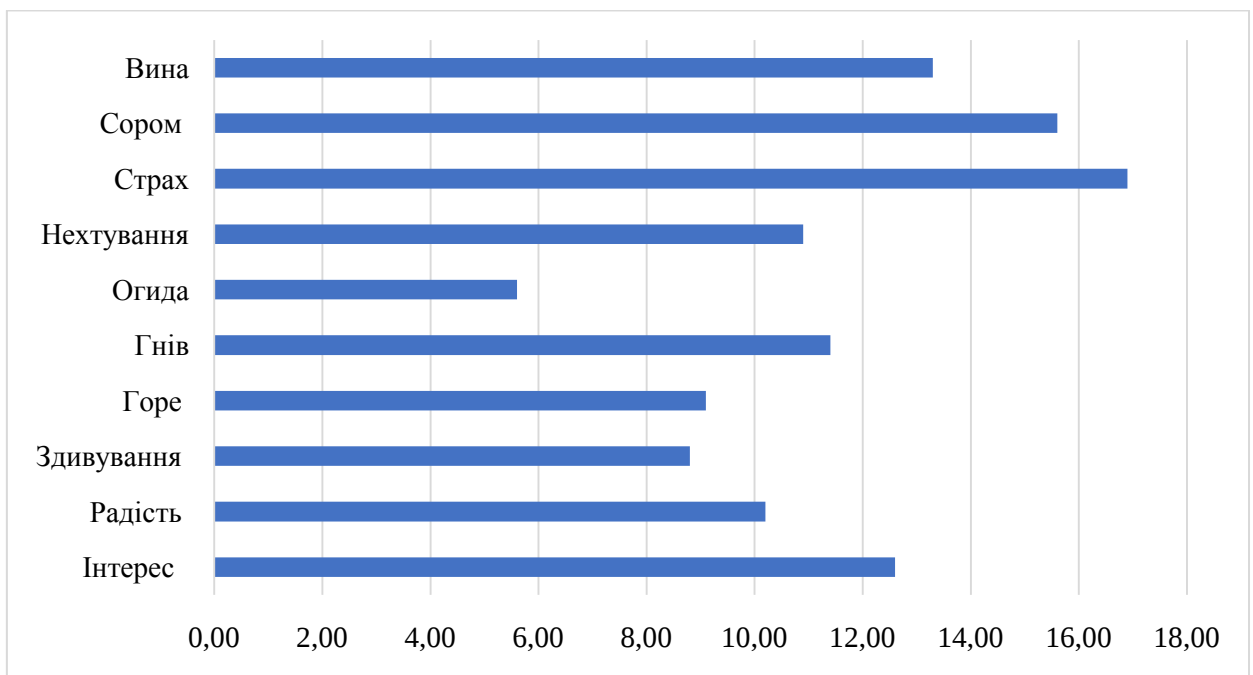


Рис. 2.1. – Індекс вираженості базових емоцій у вибірці дослідження на констатувальному етапі

У випробовуваних переважали тривожно-депресивні емоції, що було підтверджено при розрахунку емоційних показників, проведеному на наступному етапі дослідження. На малюнку 2.1 показано порівняння розрахованих показників позитивних, гострих негативних і тривожно-депресивних почуттів.

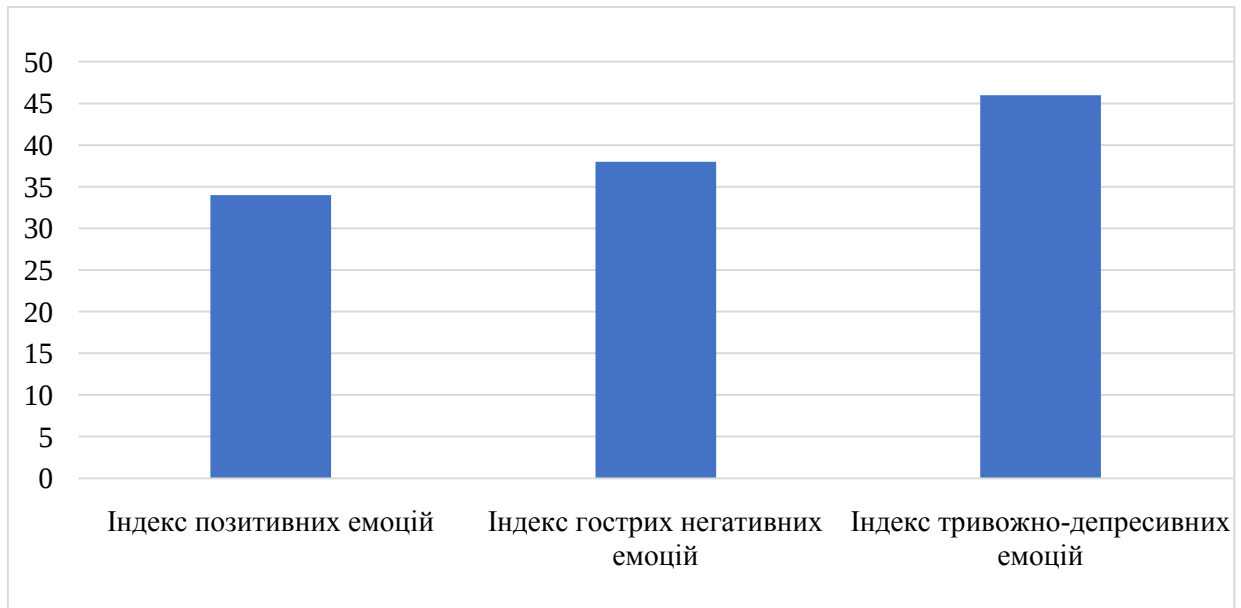


Рис.2.2 – Порівняння показників вираженості індексів емоцій досліджуваних на констатувальному етапі

Відповідно до мети дослідження була оцінена вираженість тривожно-депресивних переживань, низький рівень було діагностовано у жодного з досліджуваних, помірний – помірний – у 3 осіб, виражений – у 17 осіб, а сильна вираженість тривожно-депресивних переживань була діагностована у 10 випробовуваних. Для більшої частини вибірки тривожні та депресивні почуття були виражені на рівні вище середнього рис. 2.3.

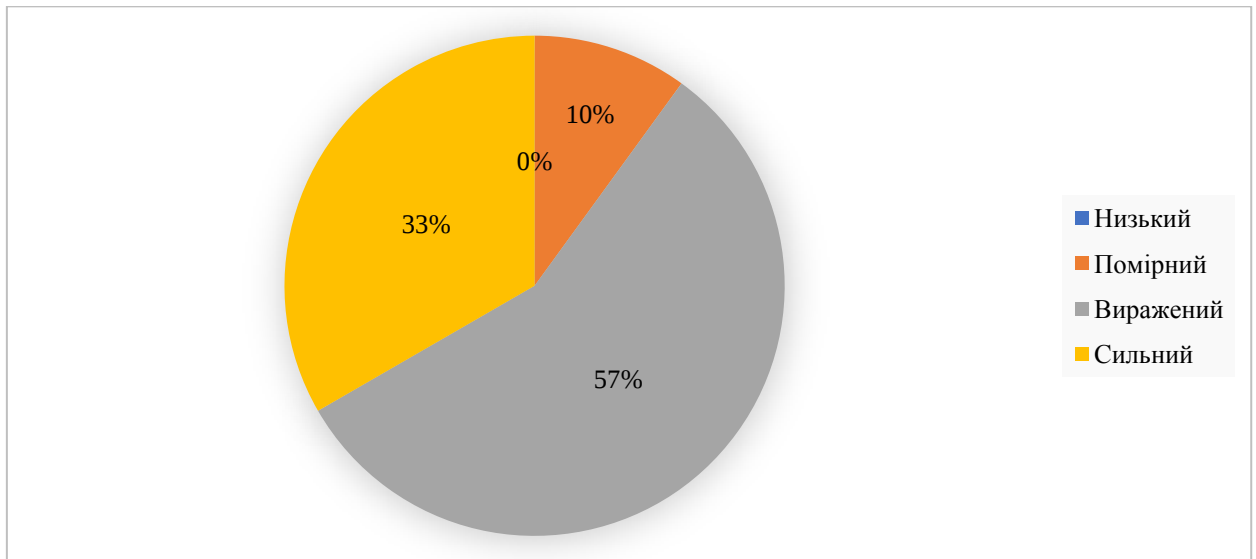


Рис.2.3 – Характеристика рівнів вираженості тривожно-депресивних емоцій на констатувальному етапі дослідження

Згідно методики шкали тривожності Бека, легка ступінь тривожності була діагностована у 2 випробовуваних, середній рівень тривожності був виявлений у 16 осіб, а високий рівень був виявлений у 12 учасників вибірки. Представимо результати графічно на малюнку 2.4.

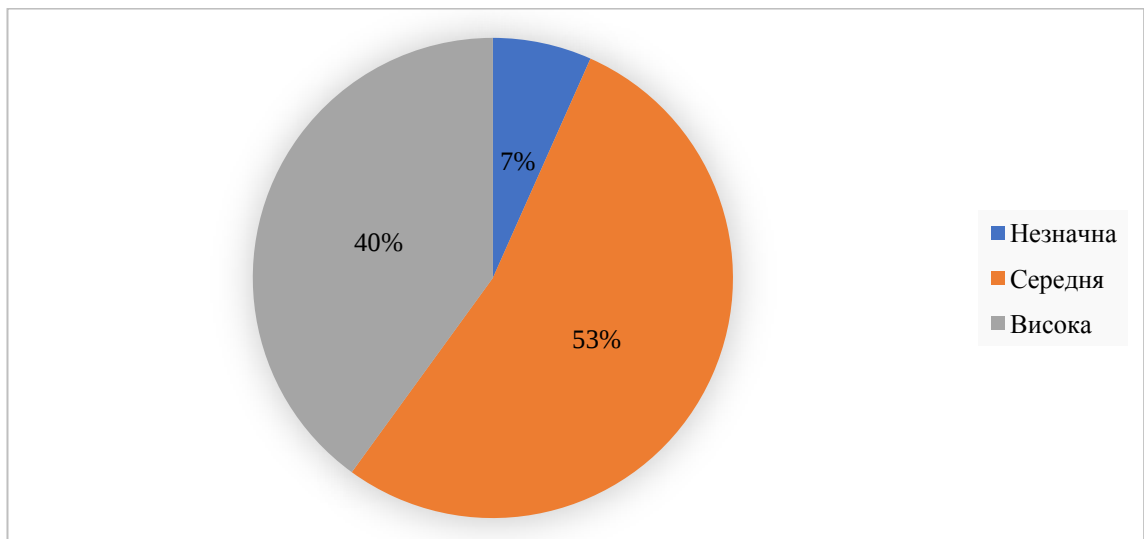


Рис. 2.4 – Характеристика рівнів тривоги на констатувальному етапі дослідження (Шкала тривоги Бека)

Відповідно до результатів методики «Тест тривожності Спілбергера» було здійснено оцінку рівня особистісної та ситуативної тривожності досліджуваних.

Для більшої частини вибірки властивий високий рівень особистісної тривожності (рисунок 2.5).

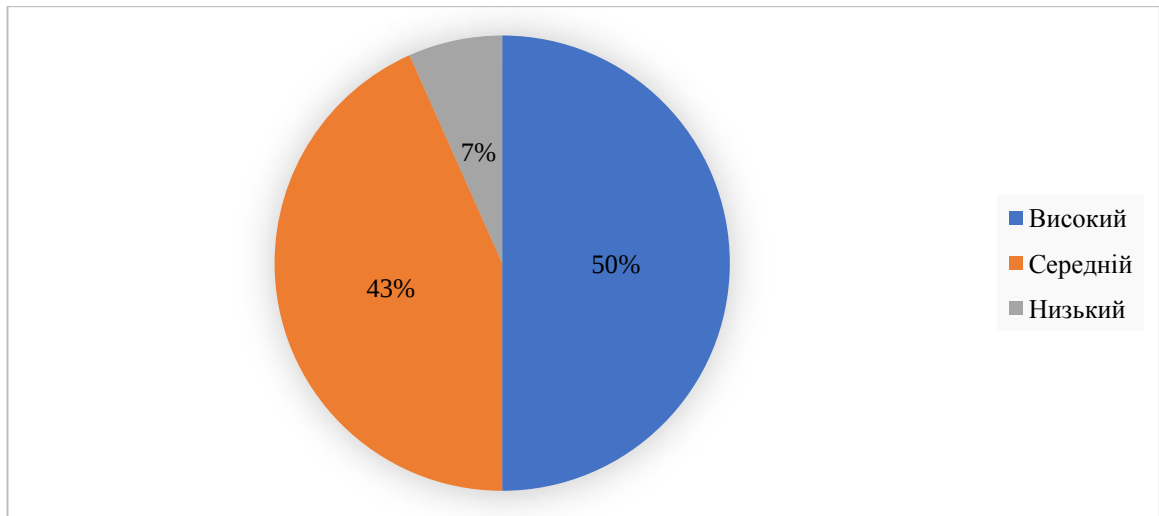


Рис. 2.5 – Характеристика рівнів особистісної тривожності констатувальному етапі дослідження (Тест тривожності Спілбергера)

Як стійка особистісна характеристика висока тривожність часто має негативні наслідки. Підвищений рівень тривожності визначає високу чутливість людей до впливу стресу, схильність бачити загрозу при об'єктивній безпеці ситуації, схильність до інтенсивного переживання тривоги, не адекватного рівня об'єктивної небезпеки.

Тривалий дистрес є причиною багатьох захворювань. Особливо шкідливі пригнічені, невиражені негативні почуття. Якщо стрес тривалий, неконтрольований, то організм не має можливості нормалізувати вже активовані процеси і фізіологічні зміни в організмі можуть завдати шкоди здоров'ю. Скандали в сім'ї, матеріальні проблеми, втрата роботи або близьких людей можуть бути причиною тривалого стресу на довгі місяці, і навіть роки. Небезпечним для психічного та фізичного здоров'я людини є тривалий, хронічний стрес чи дистрес.

Тимошенко (2011) відзначає, що вже у роботах Г. Сельє виділено стадії динаміки розвитку стресу, у яких відбувається розвиток дистресу. Часто терміном «стрес» підмінюється поняття «дистресу», який характеризується появою ознак дезорганізації цілеспрямованої поведінки, і за яким слідує етап

біологічного та психологічного виснаження організму. В даний час розробляються різноманітні стратегії подолання психологічного та фізіологічного стресу.

Ця властивість особистості веде до ряду порушень розвитку, несприятливо впливає на функціональний стан, погіршує здатність до зосередження, зумовлює зниження показників уваги, пам'яті та асоціативного мислення.

В той же час, досить вираженою виявилась і ситуативна тривожність серед досліджуваних – у більшості – 22 особи переважає середній рівень цього показника (рисунок 2.6).

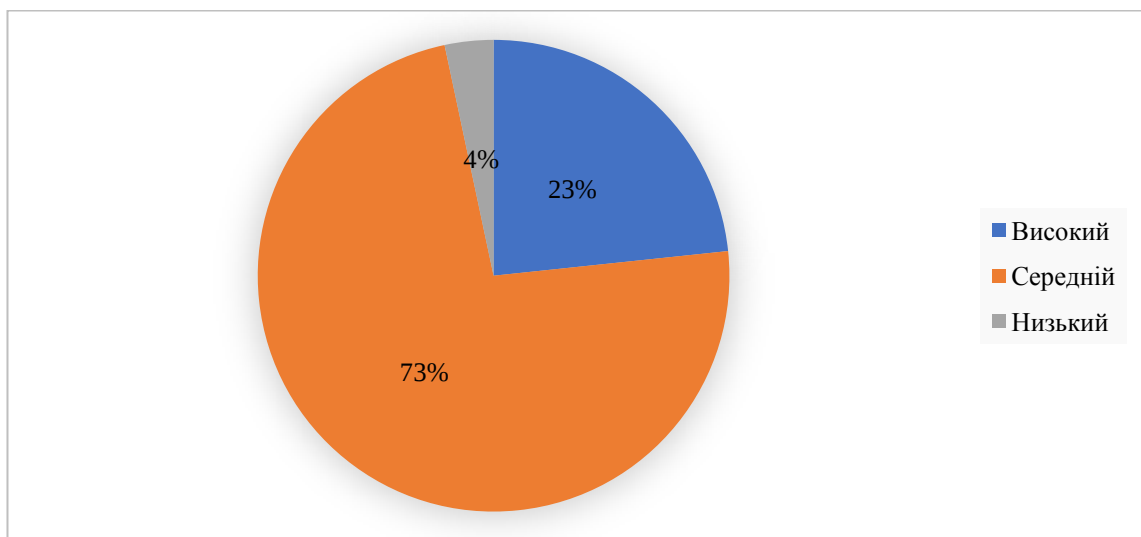


Рис. 2.6 – Характеристика рівнів ситуативної тривожності констатувальному етапі дослідження (Тест тривожності Спілбергера)

За методикою Особистісна шкала проявів тривоги (J.Taylor) результати діагностики були наступними.

Дуже високий рівень тривоги був виявлений у 6 осіб, високий – у 11 досліджуваних, середній з тенденцією до високого – у 8 осіб, середній з тенденцією до низького – у 5 осіб, низький рівень тривоги не був діагностований у жодного з досліджуваних. Отримані результати представимо графічно на рисунку 2.7.

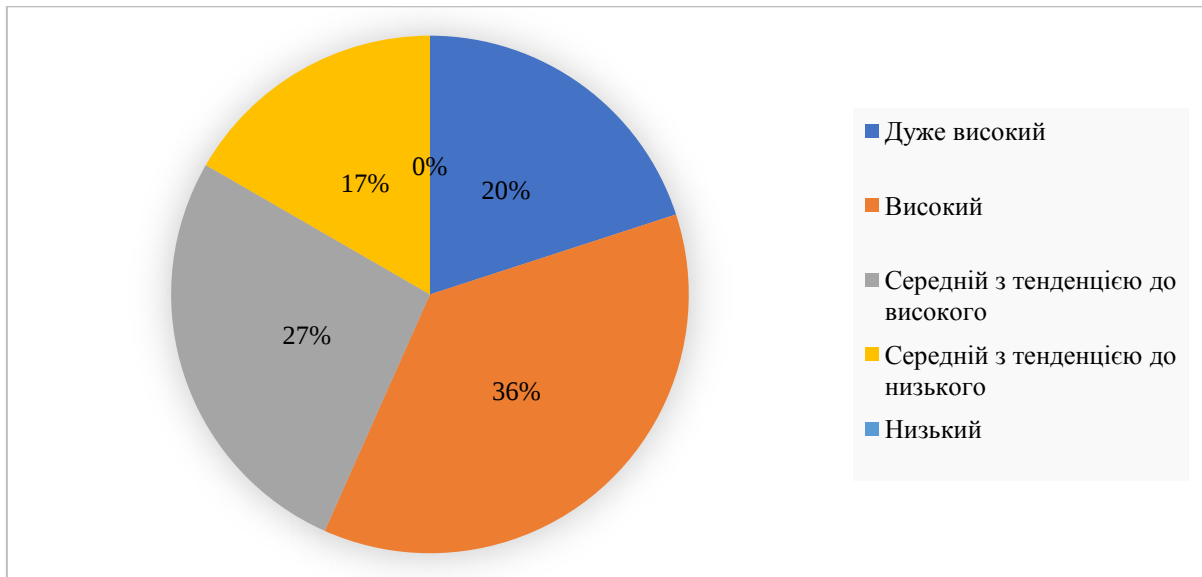


Рис. 2.7 – Характеристика рівнів тривоги констатувальному етапі дослідження (Особистісна шкала проявів тривоги (J.Teylor))

Характеризуючи отримані результати, зазначимо наступне. Прояви тривожності у різних ситуаціях неоднакові. Тривога може бути або постійною, або виникати час від часу як реакція на якісь турбуючі або лякаючі обставини. Прояви тривожності, незалежні від ситуації, прийнято пов'язувати з наявністю в людини відповідної особистісної особливості, яка називається «особистісною тривожністю». Ця стійка індивідуальна характеристика відбиває схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність в нього тенденції знаходити загрозу особистості та організму у досить широкому спектрі ситуацій. Ситуаційно-мінливі прояви тривожності заведено позначати як «ситуативна тривожність». Цьому стану властиві такі емоції, що суб'єктивно переживаються, як напруга, занепокоєння, заклопотаність, нервозність, що виникають як реакція на стресову ситуацію.

Для більшості досліджуваних характерне переважання тенденцій до високого рівня тривожності та окремих її проявів. Підвищення рівня тривоги в сучасних умовах може відбуватись як через суспільно-політичні умови, що склались у нашій державі, так і детермінуватись віковими особливостями учасників дослідження.

Тривожність впливає і психічні процеси, особливо впливають на емоційну сферу, пропадає життєрадісність, з'являється постійне почуття

роздратування та агресії. Розвивається песимістична позиція, невпевненість у своїх силах. Почуття тривожності посилює невпевненість у собі, негативно впливає наполегливість, допитливість на пізнавальну активність. Одним із найчастіших проявів тривожності у молодому віці є апатія, млявість, безініціативність.

Дослідники зазначають, що у студентів вищів спостерігається найбільша кількість стресів у порівнянні з іншими періодами життя. Це стосується як глобальних життєвих змін (вибір професійної діяльності, одруження, народження дитини, влаштування на роботу), так і повсякденних стресів (конфліктів, браку часу) [3]. Самостійним джерелом стресу та тривоги в даний період у більшості юнаків є навчальна діяльність. Для майбутнього фахівця ключову роль відіграє період навчання у вищому навчальному закладі. Чим вище досягнуті в цей період результати, тим більше шансів отримати надалі престижну роботу і досягти успіху в кар'єрі. У зв'язку з цим роль успішного виконання різних перевірочних робіт у процесі навчання зростає. Причому провал на екзамені чи заліку може позбавити студента, можливості реалізувати свої устремління. Саме це може робити іспити та інші форми контролю знань джерелом стресу та тривоги.

У зарубіжній психологічній літературі існує безліч досліджень, присвячених стресу під час випробувань і тривозі як його прояву. Це явище отримало назву оціночної тривожності. Оціночна тривожність - схильність індивіда відчувати тривогу чи страх під час підготовки, під час чи після випробувань, що з оцінкою умінь інтелектуальних чи фізичних здібностей. Така тривожність з'являється при виявленні в ситуації будь-яких ознак, що нагадують про оцінювання. Виділяють два компоненти оціночної тривожності: когнітивний і емоційний. Когнітивний компонент описує розумові процеси, пов'язані з переживанням щодо своїх здібностей. Емоційний компонент пов'язаний із фізичним відчуттям занепокоєння.

Також, в процесі аналізу причин високих показників тривожності у вибірці досліджуваних варто враховувати особливості емоційного стану

досліджуваних з врахуванням ситуації воєнного стану. Зокрема, за даними соціологічних опитувань в

Воєнний стан відноситься дослідниками до негативних зовнішніх впливів, які можуть суттєво впливати на рівень стресу особистості та спричиняти кризові явища в псіоемоційному стані. Цивільні жінки часто почуваються більш незахищеними через загрозу насильства та необхідність піклуватися про дітей. У чоловіків суттєво відрізняються рівень розпачу (скоріше не відчують) та агресивності (скоріше відчують), тоді як у жінок вони знаходяться на однаковому рівні. У рівні песимізму немає відмінностей, а ось апатія у жінок вища, ніж у чоловіків.

Коли шок поступово згасає, повертаються базові відчуття та емоції. На зміну ейфорії приходять паніка, агресія, тривога, зневіра, відчай і депресія. Це базові емоції. Вони можуть трансформуватися та змінюватися залежно від психологічного стану людини [5].

Після встановлення кількісних та якісних показників рівня вияву тривожності, аналізу характеру вияву її окремих компонентів, та можливих причин, нами було визначено програму роботи з тривогою в межах когнітивно-поведінкової терапії, зміст якої буде охарактеризовано у наступному параграфі роботи.

Висновки до другого розділу.

Отже, накопичення впливу несприятливих факторів сприяє зростанню навантаження на нервову систему та, що призводить до наростання негативних емоцій, формування емоційного напруження, зниження адаптаційних можливостей та стійкості до стресу. Окрім зовнішніх факторів, що провокують тривожні стани, слід враховувати також глибинні неусвідомлені страхи, які заважають людині відчувати безпеку. Подібно до медицини, у психотерапії деякі розлади сьогодні можна ефективно лікувати, тоді як інші залишаються резистентними до втручання і, можливо, будуть невиліковними. У деяких випадках терапевтичне втручання є досить простим і може обмежуватися наданням інформації або зміною середовища. В інших

випадках потрібно застосувати комплексний підхід, що враховує різні змінні, зокрема когнітивні схеми, структуру дій, управління часом тощо.

Ефективність терапії визначається низкою чинників: наявністю ефективних процедур, компетентністю, чесністю та авторитетом терапевта, якістю взаємодії з ним, очікуванням позитивних результатів, прихильністю до методу, рівнем задоволеності першими змінами, реакціями оточення, здатністю адекватно сприймати тимчасові невдачі. Дослідження підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожними розладами, що було також засвідчено в рамках нашого дослідження.

РОЗДІЛ 3

ЗМІСТОВНІ СКЛАДОВІ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ ПОСТРАЖДАЛИХ УНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

3.1. Змістовні складові корекційної програми психологічних особливостей в роботі з тривожністю методами КПТ

Актуальність програми визначається аналізом впливу результатів військових дій на психічне здоров'я населення України, підкресленням ролі когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю та обґрунтуванням необхідності створення адаптивних корекційних програм для постраждалих. Метою роботи, проведеної в рамках дослідження, було формування в учасників навичок усвідомлення автоматичного мислення і переконань, які є джерелами неадаптивної поведінки і емоцій, і їх спростування для створення більш конструктивних і адаптивних моделей мислення і навчання прийомам саморегуляції. Робоча програма складалася з 3 блоків:

- Перший блок спрямований на зниження рівня тривожності і виявлення автоматичних думок, що викликають негативні емоції;
- Другий-пошук альтернативних переконань і самоприйняття;
- Третій блок формулювання бажаного ставлення і визначення того, як досягти мети.

Кожне заняття розраховане на 1-1,5 години. Частота проведення – 1 раз на тиждень в групах по 10 осіб.

Методи емоційної саморегуляції, представлені в програмі, мають наступні цілі:

- Створення умов для формування в учасників навичок аналізу емоційного стану як засобу досягнення особистих цілей;
- Допомога в розширити розуміння учасниками ролі емоцій у житті;

- Розвиток навичок аналізу і зміни свого емоційного стану в стресових ситуаціях.

- Бланки для психологічного тестування;

- Папір;
- Картки із завданнями;
- Бланки для виконання вправ;
- Кольорові олівці;
- Ватман;
- Фломастери, маркери;
- Ручки.

Заняття проводяться в просторому і світлому приміщенні з необхідною кількістю меблів (стілці, дошки для записів, індивідуальні планшети для учасників в залежності від кількості учасників тренінгу).

Кожне заняття починалося з обговорення домашнього завдання та аналізу змін, що відбуваються. У першому блоці технологія використовувалася наступним чином:

- Формування навичок оцінки емоцій та виявлення автоматичного мислення (SMER, Когнітивна концептуалізація);

- Навчання технікам релаксації (релаксація Якобсона, діафрагмальне дихання);

- Формування навичок диференційованого сенсорного залучення (усвідомленості), розуміння своїх емоцій через фізичні відчуття;

У другому блоці поєднувалися техніки арт-терапії з КПТ для формування розуміння цілісності думок і почуттів. Другий блок був направлений:

- Зрозуміти себе та емоції інших людей (оцінка емоцій, розуміння емоцій, робота з емоціями in vivo, "екстерналізація");

- Пошук альтернативних уявлень про колишні установки (SAMER, Когнітивна реструктуризація). В рамках третього блоку були використані техніки арт-терапії для розвитку навичок формування найбільш образного

бажаного ставлення, уявлення про себе, визначення цілей, подолання проблемних ситуацій і усунення рецидивів емоційних розладів.:

- Формування цілісного сприйняття світу і людства, розуміння протилежних зв'язків (вправи "зміни власну схему", "перепиши образ");
- Визначення шляхів подолання перешкод (вправа «Ментальні екскурсії», «Адаптація та життєстійкість», «Експозиція в уяві», «Вирішення проблем»):
- Формування навички попередження рецидивів.

Релаксація. Освоєння цієї техніки стало складовою першого етапу корекційної роботи, оскільки при діагностиці було виявлено високий рівень тривожності більшості досліджуваних. Для формування навички когнітивної оцінки емоційного стану необхідно знання та здатність входження та збереження в рівний психофізичний стан. Навичка швидкої релаксації дозволяє знизити тривогу, що якісно змінює оцінку того, що відбувається, і подальшу стратегію поведінки.

Когнітивно-поведінкова арт-терапія. Інтеграція арт-терапії в КПТ робить доступ

ним розвиток відчуття образу в цілому та стимулює емоційне самовираження, спонтанність.

Зазначимо, що розробка психокорекційної програми була націлена не тільки на зниження тривожності, але і на «зміщення» зовнішнього локусу контролю на внутрішній, розвитку здатності довіряти своїм почуттям та їхньому вільному вираженню.

Тренінгові заняття проходили за наступною програмою:

- 1) Пояснення природи виникнення тривожності та можливостей психологічної корекції за допомогою методу когнітивно-поведінкової терапії.
- 2) Оцінка поточного стану та виявлення факторів, що провокують тривожність.
- 3) Формулювання індивідуального психологічного запиту.

4) Знайомство з протоколом ABC та його модифікацією СМЕР.

5) Навчання способів виявлення дисфункціональних думок та переконань.

6) Навчання способів спростування та зміни дисфункціональних думок та переконань.

Після закінчення тренінгового заняття кожен учасник отримував завдання: вести щоденник самоспостереження із заповненням протоколу РМЕР.

Зміст домашнього завдання:

1) Звернути увагу на ситуації, в яких виникає почуття тривоги або погіршується емоційний стан.

2) Визначити емоції і свою реакцію на ситуацію.

3) Визначити автоматичні думки та переконання, які супроводжують ситуацію.

4) Оцінити надійність, а також переваги та недоліки виявлених автоматичних думок та переконань.

5) сформулювати адаптивні реакції на автоматичні думки та переконання, замінивши їх більш конструктивними та функціональними.

За умови участі в програмі навчання всі учасники повинні були щотижня подавати заповнений протокол SMER у зв'язку з ситуаціями, в яких виникало занепокоєння або погіршувався емоційний стан. В ході роботи увага засереджувалась на досягненні учасниками високого рівня мотивації до особистісних змін і подолання тривожності. Такі характеристики враховуються і в деякій мірі впливають на рівень мотивації в ході терапії тривожності [2]:

1. Ступінь психічної напруги (рівень дистресу). Вчені вважають, що чим воно вище, тим вище мотивація до одужання. На момент звернення до психотерапевта, чим більш тривожний або пригнічений людина (до певної межі), тим більша ймовірність того, що він продовжить лікування і вступить в активну взаємодію з психотерапевтом.

2. Ступінь усвідомленості в психотерапії. На той час, коли пацієнт звертається до психотерапевта, найчастіше у нього вже є думка (зазвичай обмежена або спотворена) про те, з чого повинна складатися психотерапія і чого можна досягти з її допомогою. I.B.As рекомендує Вайнер [3], він пропонує проаналізувати та скорегувати подібні думки перед початком лікування. "Оскільки успіх психотерапії частково залежить від очікувань пацієнта та дотримання намірів психотерапевта".

3. Терапевтичні очікування (expectations). Ступінь, до якої конкретна психотерапевтична пропозиція відповідає очікуванням пацієнта, може суттєво вплинути на рівень мотивації та хід лікування. Майже всі пацієнти налаштовують себе на швидке лікування. Навіть ті, хто розуміє, що для досягнення позитивного результату зазвичай потрібні місяці або роки, все одно розчаровуються, якщо після декількох сеансів не виявляють ніяких видимих змін. Крім того, багато людей звертаються до психотерапевта і очікують, що він повністю вирішить всі емоційні проблеми. Помітивши, що пацієнт явно або таємно має таку надію, терапевт готовий обговорити з ним цілі та можливі наслідки лікування.

Іншим аспектом очікувань є очікування успіху з боку пацієнта, і цей фактор був ретельно вивчений, головним чином, в рамках досліджень плацебо. В даний час більшість психотерапевтів сходяться на думці, що ті, хто звертається за лікуванням і готовий до активної співпраці під час лікування, частіше отримують позитивні результати, ніж ті, хто не має цих ознак мотивації.

Явище очікування також включає здатність пацієнта довіряти психотерапевту та те, наскільки пацієнт вважає, що він може довіряти психотерапевту [6].

4. Сила і форма розладу. Майже всі відомі дослідники виявили ряд обмежень в психотерапії, пов'язаних з характером розладу у пацієнтів. Н. Макуїл-Нат .

Однак це не означає, що психотерапія не може допомогти таким пацієнтам, існують численні дослідження, які довели наявність позитивних змін, що відбулися під час лікування в житті більшості пацієнтів, навіть тих, хто страждає серйозними психічними розладами з хронічним або рецидивуючим перебігом.

5. Ступінь дефізивності, іншими словами, чим більше боязкості, сором'язливості, вразливості та інших подібних характеристик притаманне пацієнтові, тим більше у нього шансів домогтися успіху в ході психотерапії.

У контексті військових операцій важка робота з адаптації стандартних методів КПТ до деталей травматичного досвіду, приділяючи особливу увагу пам'яті, емоційній дисоціації та уникненню тривожних стимулів, повинна бути структурована таким чином, щоб починатися з психологічного навчання, роботи з думками і діями і закінчуватися розвитком навички емоційного регулювання. Важливо враховувати різні рівні тривожності, особистісні особливості клієнта і його соціальний контекст (наприклад, цивільні особи, внутрішньо переміщені особи, демобілізація).

Важливо пояснити клієнту, як працює тривога, зокрема, її фізіологічні, емоційні та когнітивні симптоми, і ознайомити клієнта з моделлю взаємин "думка-емоція-поведінка". Сприяти виявляти аутонегативні думки, що викликають тривогу (наприклад, "я не можу впоратися", "я в групі ризику").

Використовуючи технологію когнітивної реконструкції. Рекомендації засновані на науково обґрунтованих принципах когнітивно-поведінкової терапії. Їх ефективність була підтверджена при лікуванні тривожності та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Впровадження цих підходів сприятиме зниженню рівня тривожності та відновленню психологічного благополуччя постраждалих унаслідок військових дій в Україні.

3.2. Аналіз результатів формувального експерименту.

Завершальним етапом нашого дослідження стала повторна діагностика проявів тривоги у вибірці дослідженн.

Згідно діагностики за «Шкалою диференціальних емоцій» К. Ізард було встановлено наступне. Вираженість базових емоцій досліджуваних наведено на рисунку 3.1.

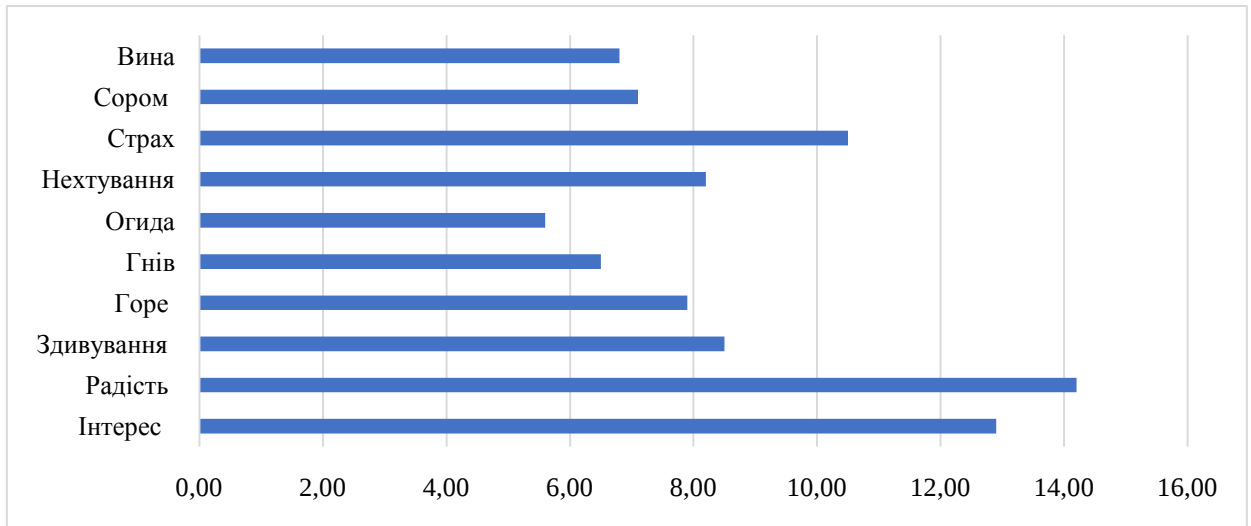


Рис. 3.1 – Індекс вираженості базових емоцій у вибірці дослідження на контрольному етапі

Можемо характеризувати зміни у структурі базових емоцій наступним чином: рівень позитивних емоцій підвищився незначним чином, в той час як рівень тривожно-депресивних емоцій та гострих негативних зменшився в процесі терапевтичного впливу (рис 3.2).

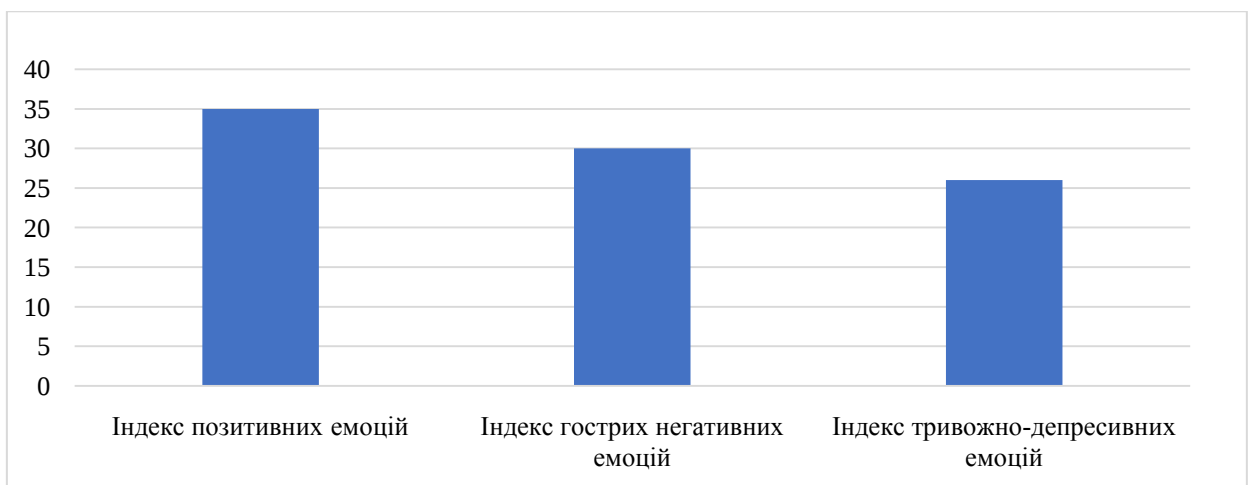


Рис.3.2. – Порівняння показників вираженості індексів емоцій досліджуваних на контрольному етапі

Отримані результати порівняємо на рисунку 3.3.

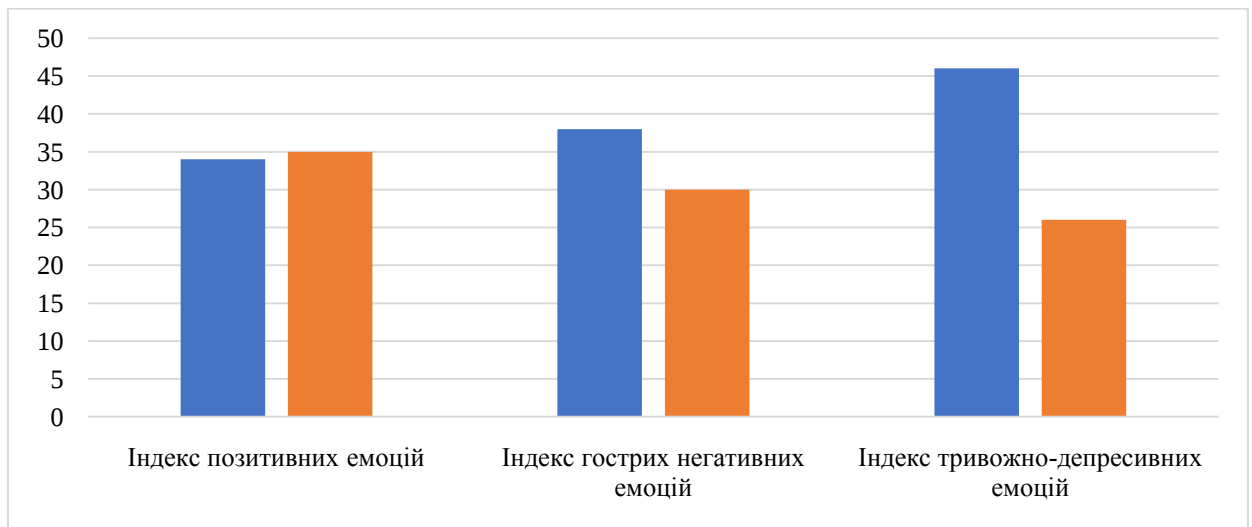


Рис.3.3. – Порівняння динаміки вираженості індексів емоцій досліджуваних в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

Також нами було виконано повторну оцінку вираженості тривожно-депресивних емоцій у вибірці дослідження, низький рівень був діагностований у 8 осіб, помірний – у 19 осіб, виражений – у 9 осіб, сильну вираженість було встановлено у 4 досліджуваних (рисунок 3.4.).

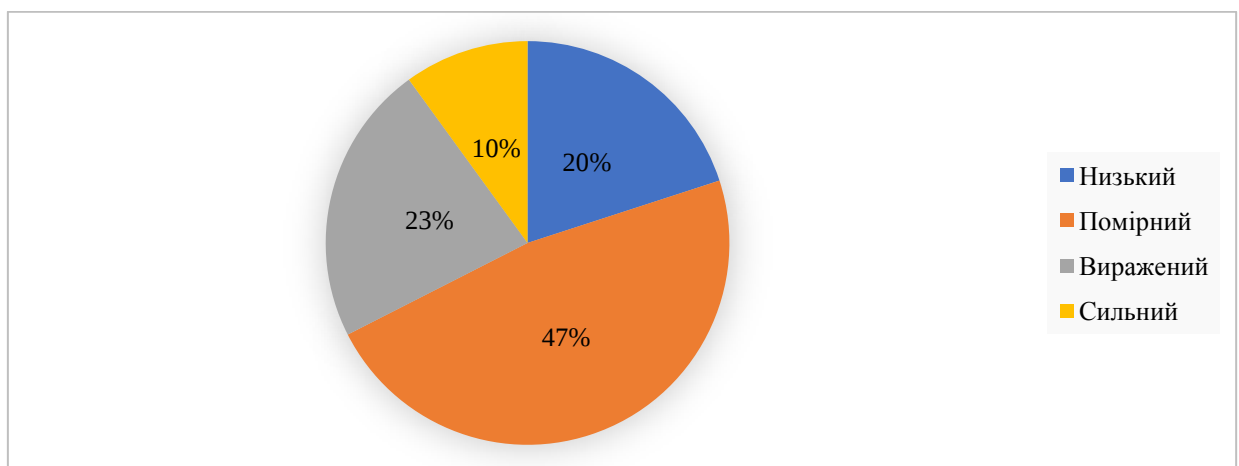


Рис. 3.4. – Характеристика рівнів вираженості тривожно-депресивних емоцій на контрольному етапі дослідження

Порівняємо динаміку вираженості тривожно-депресивних емоцій в процесі психокорекційної роботи на рисунку 3.5.

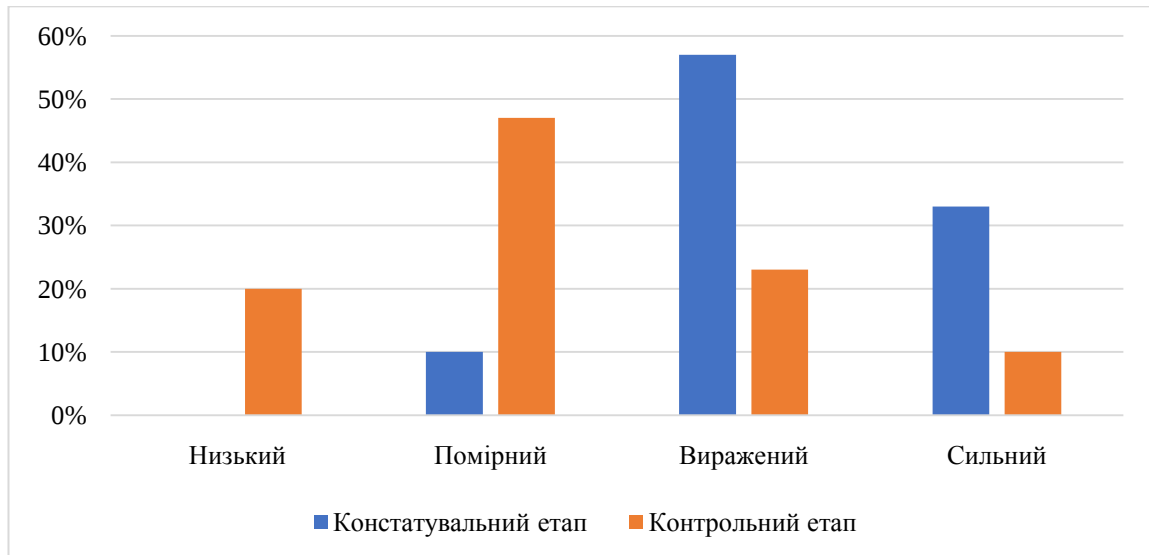


Рис. 3.5. – Динаміка рівнів вираженості тривожно-депресивних емоцій у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

Отже, на даному етапі для більшої частини вибірки тривожно-депресивні емоції є вираженими на помірному рівні, та спостерігається зменшення числа осіб, у яких цей показник є вираженим або сильним. При цьому, звертає на себе увага поява деякої частини осіб, у яких вираженість тривожно-депресивних емоцій на цьому етапі є низькою.

Для перевірки статистичної значущості встановлених розбіжностей, нами було здійснено математико-статистичну обробку даних, та виконано розрахунок коефіцієнту Стюдента. Результати розрахунку наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Результати встановлення розбіжностей у вияві груп емоцій досліджуваних в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

Групи емоцій	г-крит. (0,05%)	г-крит. (0,01%)	г-емпір.
Позитивні	2,45	2,71	0,02
Гострі негативні			1,23
Тривожно-депресивні			4,23**

* -показник, значимий на 0,05% рівні

** - показник, значимий на 0,01% рівні

Отже, можемо свідчити про наявність статистично значущих розбіжностей у рівні вияву тривожно-депресивних емоцій у вибірці, що свідчить про ефективний вплив проведеної психокорекційної роботи на їх прояв.

Згідно методики Шкала тривоги Бека на контрольному етапі спостерігаємо значне зниження числа осіб з високим рівнем тривоги (з 12 до 4 осіб), та можемо дійти висновку, що для більшості учасників властивий середній рівень тривоги при одночасному зниженні середніх показників (рисунок 3.6.).

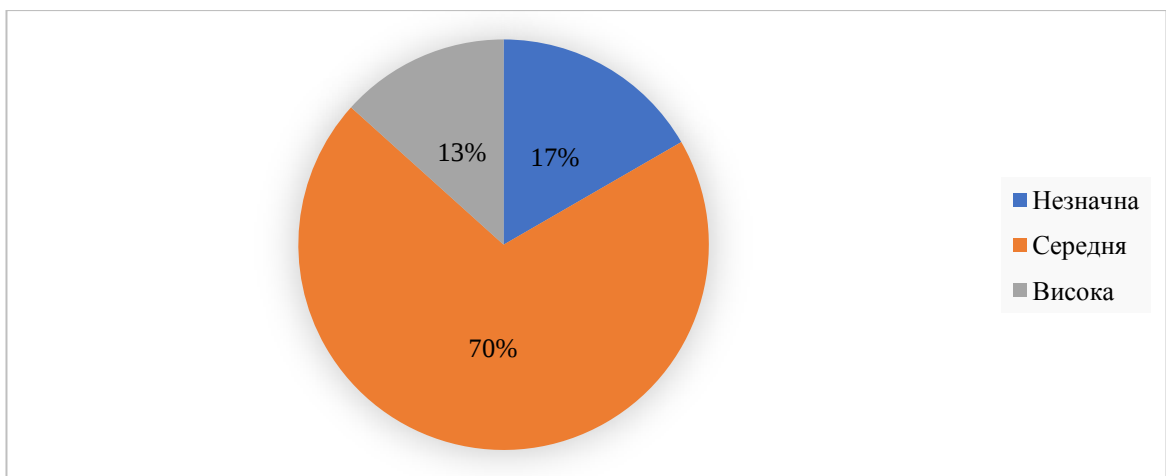


Рис. 3.6. – Характеристика рівнів тривоги на контрольному етапі дослідження (Шкала тривоги Бека)

Порівняємо отримані показники на рисунку 3.7.

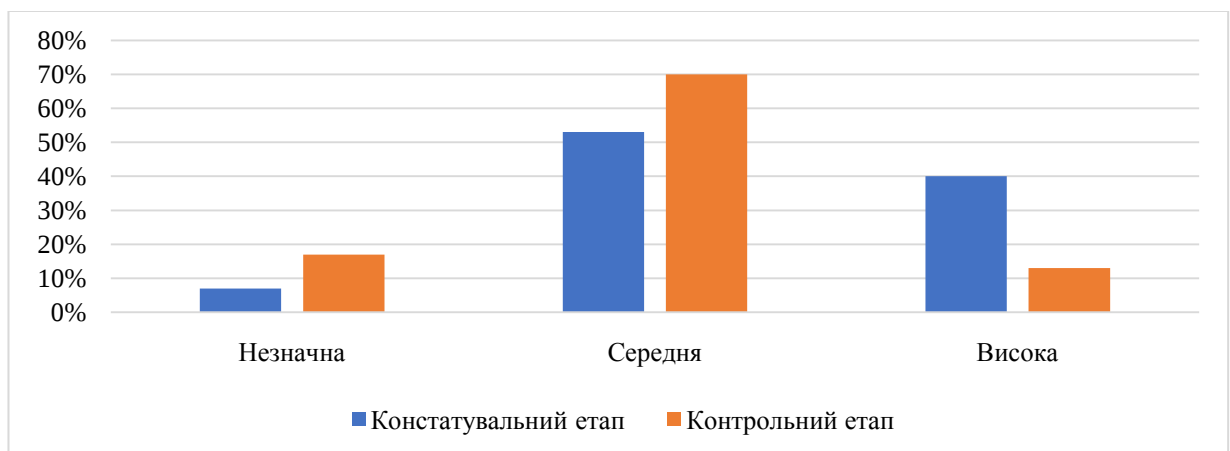


Рис.3.7. - Динаміка рівнів вираженості тривоги у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Шкала тривоги Бека)

Про наявність змін у рівні тривоги (а саме її зменшення) свідчать і результати математико-статистичних розрахунків (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Результати встановлення розбіжностей у вияві тривоги досліджуваних (Шкала Бека) в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

	г-крит. (0,05%)	г-крит. (0,01%)	г-емпір.
Рівень тривоги	2,45	2,71	3,18**

* -показник, значимий на 0,05% рівні

** - показник, значимий на 0,01% рівні

Також було здійснено повторну діагностику ситуативної та особистісної тривожності за методикою «Тест тривожності Спілбергера». Результати діагностики дають змогу стверджувати про зниження рівня особистісної тривожності у вибірці дослідження (рисунок 3.8.).

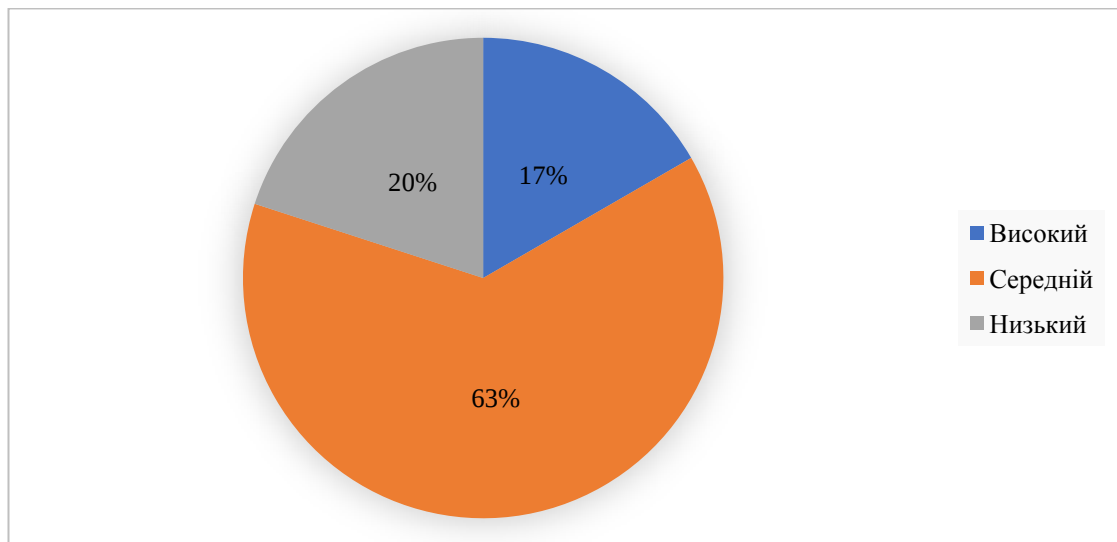


Рис. 3.8. – Характеристика рівнів особистісної тривожності контрольному етапі дослідження (Тест тривожності Спілбергера)

Порівняємо отримані результати на рисунку 3.9.

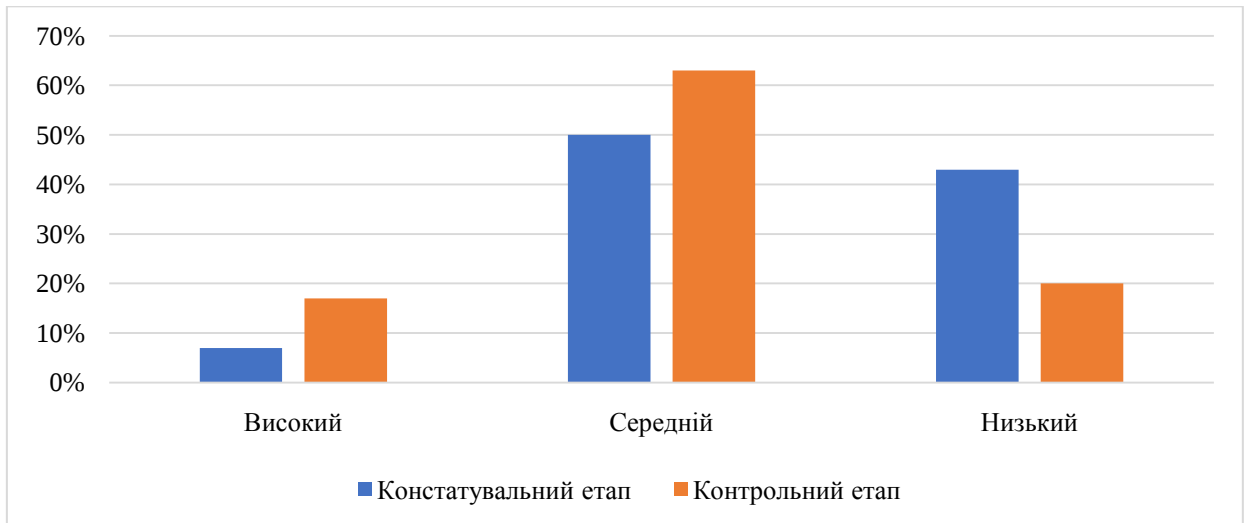


Рис.3.9 - Динаміка рівнів вираженості особистісної тривожності у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Тест тривожності Спілбергера)

Було діагностовано і зниження рівня ситуативної тривожності – для більшості групи спостерігається зменшення якісного рівня до низького показника (рис. 3.10.).

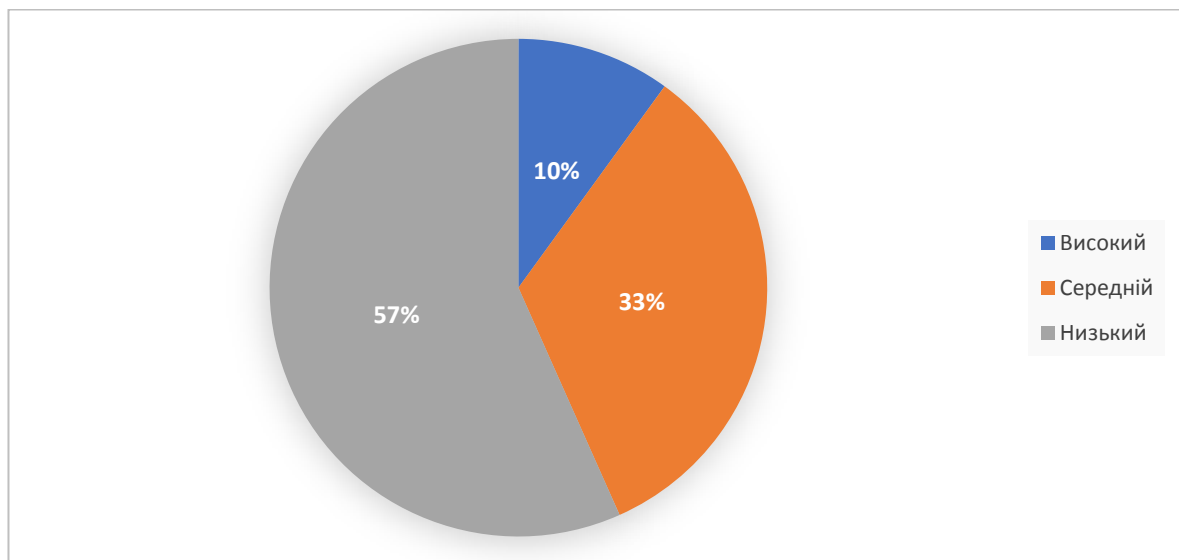


Рис. 3.10 – Характеристика рівнів ситуативної тривожності на контрольному етапі дослідження (Тест тривожності Спілбергера)

Порівняємо отримані результати на рисунку 3.11.

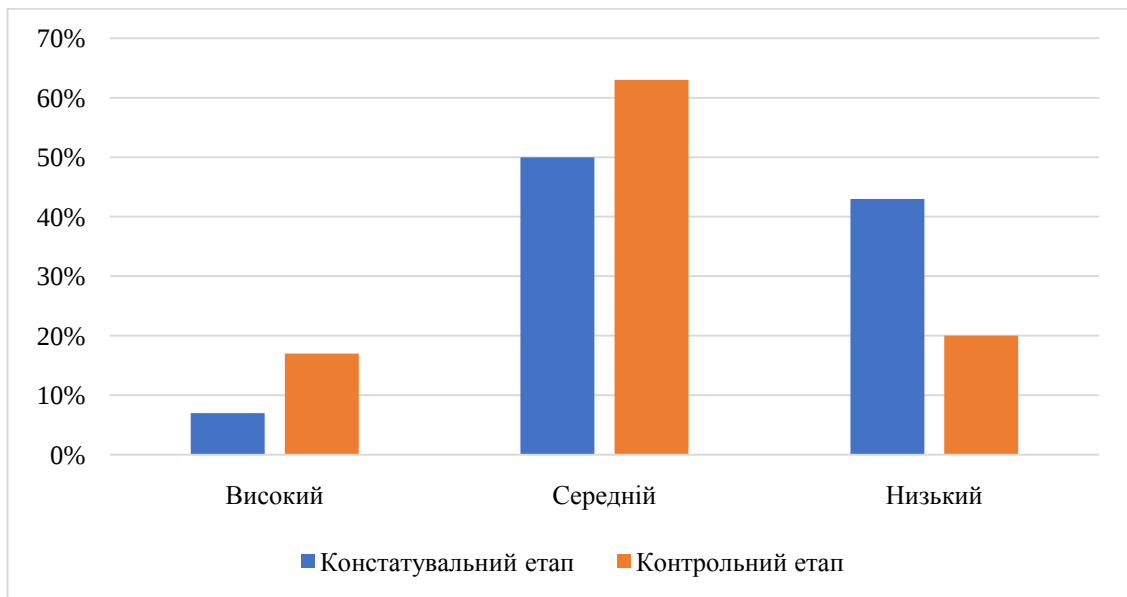


Рис. 3.11 - Динаміка рівнів вираженості ситуативної тривожності у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Тест тривожності Спілбергера)

Таким чином, можемо говорити про позитивну динаміку у прояві як особистісної, так і ситуативної тривожності серед вибірки дослідження, що було підтверджено відповідними математико-статистичними розрахунками (таблиця 3.3).

Таблиця 3.3

Результати встановлення розбіжностей у вияві тривоги досліджуваних (Тест Спілбергера) в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

	г-крит. (0,05%)	г-крит. (0,01%)	г-емпір.
Особистісна тривожність	2,45	2,71	3,55**
Ситуативна тривожність			4,21**

* - показник, значимий на 0,05% рівні

** - показник, значимий на 0,01% рівні

Згідно тесту Особистісна шкала проявів тривоги (J.Teylor) результати контрольної діагностики були наступними.

Дуже високий рівень тривоги діагностований у 2 осіб, високий – у 5 досліджуваних, середній з тенденцією до високого – у 9 осіб, середній з тенденцією до низького – у 10 осіб, низький рівень тривоги – у 4 опитаних. Отримані результати представимо графічно на рисунку 3.12

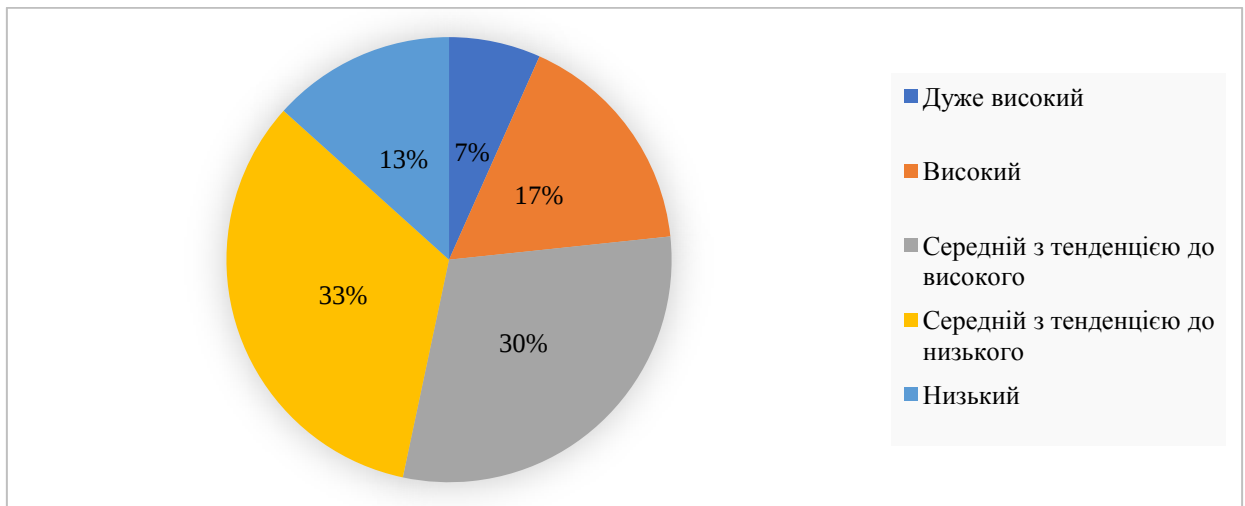


Рис. 3.12. – Характеристика рівнів тривоги на констатувальному етапі дослідження (Особистісна шкала проявів тривоги (J.Teylor))

Отримані результати порівняємо на рисунку 3.13.

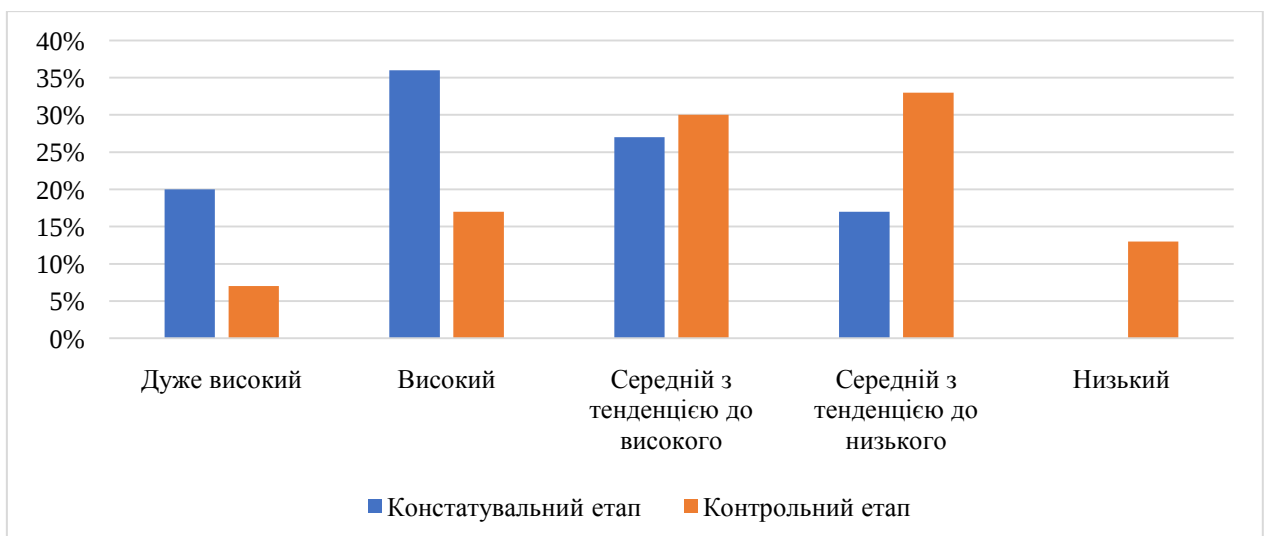


Рис. 3.13 - Динаміка рівнів вираженості ситуативної тривожності у вибірці дослідження в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії (Методика Дж. Тейлора)

Розбіжності у виявленні рівня за цією методикою також було підтверджено математико-статистичними розрахунками (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Результати встановлення розбіжностей у вияві тривоги досліджуваних (методика Дж. Тейлора) в процесі використання методів когнітивно-поведінкової терапії

	г-крит. (0,05%)	г-крит. (0,01%)	г-емпір.
Рівень тривоги	2,45	2,71	4,01**

* -показник, значимий на 0,05% рівні

** - показник, значимий на 0,01% рівні

Таким чином, за усіма методиками нами було встановлено наявність статистично значущих розбіжностей у рівні вияву тривожності у вибірці, що свідчить про досягнення результатів корекційного впливу та підтвердження висунутої гіпотези.

3.3. Рекомендації щодо зниження рівня тривожності методами КПТ

КПТ є ефективним і добре вивченим методом лікування тривоги, тому його можна рекомендувати як альтернативну терапію. Персоналізована терапія: важливо персоналізувати терапію. Враховувати індивідуальні потреби та особливості кожного клієнта. Це може включати адаптацію лікування до певних форм тривожності, рівня функціональних можливостей та необхідності використання додаткових ресурсів (наприклад, сімейної терапії).

Використовуйте комплексний підхід: КПТ може застосовуватися як самостійний метод або в поєднанні з іншими методами, такими як медикаментозна терапія, фізіотерапія і т.д. комплексний підхід дозволяє підвищити ефективність лікування.

Використовуйте різні методи КПТ: КПТ включає різні техніки, такі як когнітивна обробка, експозиційна терапія та поведінкові методи. Важливо використовувати різні методи, щоб забезпечити комплексний і більш ефективний підхід до лікування тривоги.

Надайте підтримку та моніторинг: клієнти можуть відчувати стрес і тривогу під час проходження КПТ. Важливо забезпечити підтримку та спостереження під час та після завершення лікування, щоб гарантувати успішні результати та запобігти повторенню тривожних станів, враховуючи, що КПТ є одним з найбільш вивчених методів лікування. Що стосується психотерапевтичних методик в контексті зниження тривожності, то також може бути надана додаткова інформація про ефективність цієї методики в інших групах населення [14, с.319-333]. Наприклад, дослідження, проведені у Швеції, США та Ізраїлі, показали ефективність КПТ у зниженні рівня тривожності у ветеранів, які перенесли посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Дослідження, проведене у Великобританії, показало ефективність КПТ у зниженні тривожності та депресії у хворих на шизофренію [4].

КПТ також є ефективним методом зниження рівня тривожності у дітей та підлітків. Дослідження, проведені в США та Австралії, показали ефективність КПТ у зниженні рівня тривожності у дітей та підлітків з різними діагнозами, включаючи загальну тривожність, дратівливість, соціальну тривожність та тривогу розлуки [13].

Таким чином, КПТ є ефективним методом зниження рівня тривожності у різних груп населення, від студентів до ветеранів війни до пацієнтів з шизофренією. Результати досліджень показують важливість використання цього методу в психотерапевтичній практиці. На додаток до індивідуальних сеансів лікування, КПТ також можна використовувати в групових форматах, таких як групові тренінги та семінари.

Груповий формат особливо підходить для тих, хто відчуває соціальну тривожність, оскільки дає можливість набути досвіду взаємодії з іншими

людьми і навчитися корисним технікам взаємодії з іншими людьми. Прикладом групового навчання може бути програма управління тривожністю, розроблена університетом Пенсільванії для студентів, які стикаються з проблемами тривоги. Програма включає 6 тижнів групових занять і охоплює дослідження різних методів КПТ, таких як регуляція дихання, позитивне мислення та практика медитації.

У дослідженні "рандомізоване контрольоване дослідження групової когнітивно-поведінкової терапії для китайських хворих на рак молочної залози з супутньою тривогою і депресією" було показано, що групова КПТ має значний вплив на зниження тривоги і депресії у хворих на рак молочної залози. Тому групові тренінги та семінари, засновані на принципах КПТ, можуть стати ефективним інструментом зниження рівня тривожності. Ці формати дозволяють людям набути досвіду взаємодії з іншими людьми і дозволяють їм освоїти техніки КПТ, які можуть їм стати в нагоді.

Висновки до третього розділу

Методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) є ефективними інструментами для роботи з тривожністю завдяки структурованому підходу до вирішення психологічних проблем. Корекційна програма, побудована на основі КПТ, включає низку змістовних складових із трьох блоків:

- Перший блок спрямований на зниження рівня тривоги та виявлення автоматичних думок, що викликають негативні емоції;
- другий - пошук альтернативних переконань та самоприйняття;
- третій - формулювання бажаних установок та визначення способів досягнення цілей.

Ця програма дозволяє глибоко опрацювати когнітивні та емоційні аспекти тривожності, сприяючи формуванню більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації. Результати формувального експерименту підтверджують дієвість використаних методів: значне зниження рівня тривожності, покращення емоційного самопочуття та підвищення загального

рівня функціонування клієнтів. Дані аналізу демонструють, що КПТ дозволяє досягти стійких позитивних змін у короткі терміни, що робить цей підхід практичним і зручним для широкого застосування.

На основі отриманих результатів були розроблені рекомендації для зниження рівня тривожності за допомогою КПТ. Вони включають: формування навичок усвідомленості, роботу з автоматичними негативними думками, систематичне проведення поведінкових експериментів та підвищення здатності до рефлексії. Виконання цих рекомендацій сприяє не лише зниженню рівня тривоги, а й покращенню якості життя та особистісного зростання.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі представлено теоретико-методологічний підхід до проблем тривожності, подана психологічна структура особистості, схильної до тривожності, визначено 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 із найпоширеніших емоційних станів особистості, який проявляється в сильному нав'язливому емоційному переживанні непередбачуваної 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.

Розкрито, що мисленнєвий процес створює нові приводи для тривоги, як машина з завішаною 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 сьогодення. Через тривожність поведінка стає дивною, сон псується, з'являється дратівливість. Можливості стають меншими. Майбутнє стає похмурим-відчувається страждання.

2. Здійснено аналіз методів корекції когнітивно-поведінкової терапії у роботі з тривожністю, що дає підстави 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 роботи. 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: Методика "Шкала диференціальних емоцій" (К. Ізард), Шкала тривоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI), Тест тривожності Спілбергера, Особистісна шкала проявів тривоги (J.Taylor). 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 зменшенні 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 усвідомленність власних емоцій. Складається з трьох блоків технік корекції. Перший блок спрямований на зниження рівня тривожності і виявлення автоматичних думок, що викликають негативні емоції; Другий-пошук альтернативних переконань і самоприйняття; Третій блок формулювання бажаного ставлення і визначення того, як досягти мети. Кожне заняття розраховане на 1-1,5 години. Частота проведення – 1 раз на тиждень в групах по 10 осіб.

Методи емоційної саморегуляції, представлені в програмі, мають наступні цілі:

- Створення умов для формування в учасників навичок аналізу емоційного стану як засобу досягнення особистих цілей;
 - Допомога в розширити розуміння учасниками ролі емоцій у житті;
 - Розвиток навичок аналізу і зміни свого емоційного стану в стресових ситуаціях.
- 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 напочатку та вкінці 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.

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. Ліхі. 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. 67с.
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. 72с.
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. 464с.
71. Яковлева 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. Петровський А.В. Загальна психологія. Одеса, 1986. 56 с.
74. Цимбаляк І. М. Психологічне консультування та корекція. Київ,

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала диференціальних емоцій (Differential Emotions Scale – DES), розроблена Карролом Ізардом у 1972 році, використовується для оцінки інтенсивності та частоти переживання базових емоцій. Методика включає набір тверджень, які описують різні емоційні стани. Респондент оцінює, наскільки часто чи інтенсивно він переживав ці стани протягом певного часу. Основні емоції, що вимірює DES:

Інтерес

Радість

Подив

Смуток

Гнів

Зневага

Огида

Страх

Сором

Провина

Шкала тривоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory, скор. BAI)

Ціль: Визначення рівня тривожності.

Інструкція: Респондент оцінює, наскільки його турбував кожен із симптомів за останній тиждень, за шкалою:

0 – зовсім не турбувало,

1 – слабо турбувало,

2 – помірно турбувало,

3 – сильно турбувало.

1.Відчуття оніміння та поколювання в тілі

2.Відчуття жару

3.Тремтіння в ногах

4.Неможливість розслабитись

5.Страх, що станеться найгірше

6.Головокружіння

7.Прискорене серцебиття

8.Нестійкість, нестабільність

9.Відчуття жаху, це кінець

10.Дратівливість

11.Тремтіння в руках

12.Відчуття задухи

13.Нерівна хода

14.Страх втрати контролю

15.Труднощі з диханням

16.Страх смерті

17.Переляк

18.Шлунково-кишкові розлади

19.Непритомність

20.Прилив крові до обличчя

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

Тест за шкалою тривоги Спілбергера.

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, холонокровний 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.

Особистісна шкала проявів тривоги (J.Taylor)

Ціль: Визначення рівня тривожності як стабільної особистісної характеристики, що впливає на емоційну реакцію людини в різних ситуаціях.

Інструкція: Пропонується відповісти на серію тверджень, що стосуються почуттів, думок і реакцій у різних ситуаціях. Відповідайте "Так" або "Ні", виходячи з того, наскільки кожне твердження відповідає вашому самовідчуттю. Не існує правильних чи неправильних відповідей, важливо лише бути чесними з собою.

1. Мені часто сняться неприємні сни.
2. Я боюся потрапити в ситуації, в яких виглядатиму дурним.
3. Я відчуваю напругу навіть у повсякденних ситуаціях.
4. У мене часто буває почуття провини.
5. Я часто відчуваю страх перед тим, що може статися.
6. Мене легко збентежити.
7. Моє серце часто починає сильно битися без очевидної причини.
8. Я зазвичай не довіряю людям.
9. Я часто відчуваю самотність, навіть серед друзів.
10. Я зазвичай уникаю ризикованих ситуацій.
11. Мені важко розслабитися після напруженого дня.
12. Я боюся, що інші люди можуть погано подумати про мене.
13. Я часто турбуюся про своє здоров'я.
14. Мене часто дратують дрібниці.
15. Я часто відчуваю, що мій організм працює "на межі".
16. Я боюся бути відкинутим іншими людьми.
17. Я схильний уникати великих зібрань людей.
18. Мені важко заснути через нав'язливі думки.
19. Я переживаю сильний стрес навіть через незначні зміни у житті.
20. Я боюся відповідальності.
21. Я часто думаю про свої невдачі.
23. Мене лякає невідомість.
24. Я часто хвилююся через те, що можуть подумати інші.
25. У мене часто виникає відчуття, що я роблю щось неправильно.

- 26. Я часто турбуюся через дрібниці.
- 27. Я нервую в присутності незнайомих людей.
- 28. Я рідко почуваюся повністю розслабленим.
- 29. У мене часто виникає потреба щось змінювати в своїх діях, навіть якщо це не потрібно.
- 30. Я схильний уникати прийняття важливих рішень.
- 31. Я відчуваю фізичне виснаження без очевидної причини.
- 33. Мені важко зосередитися через тривожні думки.
- 34. Я часто хвилююся про своє майбутнє.
- 35. Я схильний сумніватися в собі.
- 36. Я боюся бути висміяним.
- 37. Мене лякають конфліктні ситуації.
- 38. Я нервую, коли стикаюся з новими завданнями.
- 39. Я часто відчуваю себе втомленим через переживання.
- 40. Я зазвичай остерігаюся незнайомих ситуацій.
- 41. Мені важко почуватися впевнено в колективі.
- 42. Я боюся, що не впораюся зі своїми обов'язками.
- 43. Я часто турбуюся про інших людей більше, ніж про себе.
- 44. Я схильний до швидкого підвищення пульсу в стресових ситуаціях.
- 45. Мені важко говорити про свої почуття.
- 46. Я часто відчуваю страх, навіть коли нема причин для хвилювання.
- 47. Мені здається, що люди можуть мене неправильно зрозуміти.
- 47. Я уникаю ситуацій, де мені доведеться проявляти ініціативу.
- 48. Я часто відчуваю дискомфорт у соціальних ситуаціях.
- 49. Я переживаю, що мої зусилля можуть не оцінити.
- 50. У мене часто з'являється відчуття внутрішньої напруги.