

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Психолого- педагогічний факультет
Кафедра практичної психології

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри

_____ О. А. Чаркіна

« ____ » _____ 2025 р.

Реєстраційний № _____

« ____ » _____ 2025 р.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ В
РОБОТІ ЗІ СТРАХАМИ

Кваліфікаційна робота студентки
групи ЗПП-21

ступінь вищої освіти бакалавр

спеціальності 053 Психологія

Савельєвої Ніни Олександрівни

Керівник канд. психол. наук,

ст.викл. кафедри практичної психології

Горбачова Ольга Юріївна

Оцінка:

Національна шкала _____

Шкала ECTS _____ Кількість балів _____

Голова ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

Члени ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

_____ (підпис) (прізвище, ініціали)

_____ (підпис) (прізвище, ініціали)

Кривий ріг 2025

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Савельєва Ніна Олександрівна**, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавала і не одержувала недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело. Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ПОНЯТТЯ СТРАХУ У ПСИХОЛОГІЇ. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІ СТРАТЕГІЇ У ПОДОЛАННІ СТРАХІВ.	7
1.1. Сутність поняття «страх», його види, форми, та причини виникнення.....	7
1.2. Когнітивно-поведінковий підхід в роботі зі страхами	15
Висновки до першого розділу.....	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КПТ НА СТРАХИ У СТУДЕНТІВ.....	29
2.1. Характеристика методів діагностики страхів.....	29
2.2. Аналіз отриманих результатів.....	32
2.3. Корекційно-профілактична програма з подолання страхів за допомогою когнітивно-поведінкової терапії, та аналіз її ефективності.....	37
Висновки до другого розділу.....	42
ВИСНОВКИ.....	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	45
ДОДАТКИ.....	48

ВСТУП

У нинішньому світі, в результаті технологічного прогресу, соціально-економічних проблем, терористичних атак та військових конфліктів, все частіше людина перебуває у напрузі, і відчуває страх і тривогу за своє життя. В умовах війни, українці вже багато років відчувають постійний страх за власне життя, за життя своїх родичів та близьких, за майбутнє кожної дитини та країни загалом. Ці реальні та раціональні страхи є адекватною реакцією на загрозу яка постала перед нашою нацією. Високий рівень страху призводить до погіршення щоденного функціонування, знижує якість життя, та самоефективність. Страх блокує, заважає діяти та приймати рішення, викликає різноманітні емоційні порушення, гострий стрес, тривогу та депресію. Якщо своєчасно не надати допомогу є ризик переходу цих станів у клінічні психічні розлади. Через це виникає потреба у відборі адекватних методів допомоги у роботі зі страхами.

Сьогодні одним з ефективних та емпірично доведених наукових методів у лікуванні широкого спектру психічних розладів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Когнітивно-поведінкова терапія пропонує ефективні інструменти для праці з різними видами та формами страхів, тривожних розладів та фобій, допомагаючи людям змінювати свої думки, впливати на емоції та поведінку. Як правило, КПТ є короткостроковим лікуванням яке спрямоване на розвиток навичок, та орієнтоване на заміну негативних емоційних реакцій. КПТ рекомендована як терапевтичний метод першого вибору через високу ефективність терапії, відсутністю симптомів побічної дії, безліч протоколів орієнтованих на дані медицини. Терапевтична модель КПТ базується на сучасних наукових підходах розуміння механізмів страху, фобій, тривожних психічних розладів.

Незважаючи на швидкий розвиток когнітивно-поведінкової терапії в нашій країні, дослідження проблеми страху і впливу на нього КПТ тільки

формується. На наш погляд ця проблема не знайшла повного висвітлення, і потребує подальших досліджень. Оскільки люди в Україні щодня стикаються з реальними та уявними страхами, і постійно перебувають у перманентному стані страху та тривоги, на нашу думку, ця проблема є актуальною та важливою для практичної психології.

Мета: теоретично та емпірично дослідити особливості когнітивно-поведінкової терапії в роботі зі страхами.

Завдання дослідження:

1. Здійснити аналіз наукової літератури, який в повному обсязі надасть знання щодо сутності страху: причини виникнення, види та форми.
2. Визначити особливості когнітивно-поведінкової терапії в роботі зі страхами.
3. Визначити та проаналізувати страхи студентської молоді.
4. Емпірично дослідити потенціал когнітивно-поведінкової терапії в роботі зі страхами.

Об'єкт дослідження: емоція страху в студентської молоді.

Предмет дослідження: потенціал КПТ в роботі зі страхами.

Методи дослідження:

1. Теоретичні методи: зробити аналіз наукової літератури з метою визначення особливостей когнітивно-поведінкової терапії в роботі зі страхами.
2. Емпіричні методи: анкетування, експеримент, тестування з використанням стандартизованих методик: «Шкала тривожності Спілберга-Ханіна», «Опитувальник дисфункційних переконань А. Бека», «Опитувальник ієрархічної структури актуальних страхів особистості» (Ю. Щербатих, та Є. Івлєвої);

Експериментальна база дослідження: Емпіричне дослідження здійснювалось на базі Криворізького державного педагогічного університету. У дослідженні взяли участь студенти 3-4 курсів заочного відділення.

Дослідження проводилось з жовтня 2024 року, по березень 2025 року. Загальна вибірка склала 40 осіб жіночої статі, віком від 23 до 38 років.

Практичне значення одержаних результатів полягає у визначенні когнітивно-поведінкових стратегій які можуть допомогти у подоланні страхів. Результати дослідження можуть використовуватися психологами, науково-педагогічними працівниками, а також студентами для забезпечення самоконтролю.

Надійність і вірогідність дослідження забезпечувалась репрезентативністю вибірки (40 студентів 3-4 курсів заочного відділення КДПУ), надійністю обраних методик.

Кваліфікаційна робота складається: зі вступу, двох розділів основної частини, висновків, списку використаної літератури, що містить 33 найменування та додатків. Загальний обсяг роботи становить 44 сторінки основного тексту.

РОЗДІЛ 1

ПОНЯТТЯ СТРАХУ У ПСИХОЛОГІЇ.

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІ СТРАТЕГІЇ У ПОДОЛАННІ СТРАХІВ

1.1. Сутність поняття «страх», його види, форми, та причини виникнення

Проблема страху цікавила людство з давніх часів, і є актуальною і до нині. Це невід’ємний компонент нашого існування. Страх це природний стан особистості, і він є цінним через те, що має велике значення для виживання організму. Він активує наші ресурси для боротьби за життя та дає можливість уникати небезпеки. І якщо в давні часи люди боролися з природними катаклізмами і тваринним світом, то у сучасному світі спектр страхів значно розширився, і на сьогоднішній день страх є постійною характеристикою людської свідомості. Але не завжди причиною страху виступає об’єктивна загроза на реальну небезпеку, все частіше людина перебуває у цьому стані через суб’єктивну оцінку реальності в якій вона знаходиться. В такому випадку страх може викликатися різноманітними чинниками, стати неконтрольованим, сталим, і становити загрозу для психічного здоров’я особистості. Коли страх проникає у свідомість людини він дуже серйозно впливає на її життя. Зароджуючись в думках, він впливає на емоційний стан, і як наслідок визначає стратегію поведінки.

Дослідженнями страхів, як важливою частиною життя людей, займались науковці: З. Фрейд, К. Хорні, І. Ялом, І. Павлов, М. Ярошевський, В. Ковальов, В. Зеньковський, Д. Карнегі, О. Захаров, В. Андрусенко, М. Савіної, М. Мовчан, В. Шаповалова, О. Чернікова, та інші.

М. Ярошевський визначає, що «страх – це емоція яка виникає в ситуаціях загрози біологічному або соціальному життю індивіда і направлена на джерело дійсної або уявної небезпеки» [1].

У психологічному тлумачному словнику цей стан характеризується як: «Страх – емоція, що виникає в ситуаціях загрози біологічному чи соціальному існуванню індивіда і спрямована на джерело дійсної або уявної небезпеки. Афективний психічний стан очікування небезпеки, при якому реальна небезпека виходить від зовнішнього об'єкта, а невротична – від вимоги потягу» [7, с.509]. Аналогічне визначення поняття «страх» дається в термінологічному словнику екстремальної та кризової психології.

В. Ковальов визначає *страх* як почуття напруженості людини, коли вона відчуває небезпеку для свого життя в очікуванні загрозливих подій [1].

Інший науковець М. Мовчан трактує поняття страх так: «страх – це стан який виражає невпевненість у пошуках надійності він активується як дійсною так і уявною загрозою біологічному або соціальному благополуччю і існуванню людини»[9]. Досліджуючи страх він прийшов до висновку, що цей стан дуже складний і полівекторний феномен людського буття.

М. Варій трактує поняття страх так: «Страх – це складний психічний стан, який складається зі сприйняття, оцінки й розуміння тієї уявної або реальної небезпеки, що зумовлює зміни у функціонуванні психіки, які за своєю спрямованістю є негативними, розхитують і дестабілізують перебіг усіх психічних процесів» [4].

Аналізуючи наукову літературу, ми визначили що, страх - це адекватний психічний стан, який з'являється через інстинкт самозбереження, це негативно забарвлений процес, який містить емоційну реакцію на реальну чи уявну небезпеку.

Нині існує багато різних класифікацій страху. Наприклад, Д. Карнегі класифікував страхи як: ситуативно та особистісно обумовлені; гострі та хронічні; інстинктивні та соціально опосередковані; реальні (у випадку якщо є наявна та реальна небезпека) та уявні (виникає на рівні уяви). За ступенем прояву він поділяє страх на жах, тривогу, побоювання, занепокоєння, хвилювання [14].

Ми вирішили використовувати класифікацію Ю. Щербатих через те, що вона є, на нашу думку, максимально універсальною, лаконічною та точною. Згідно з дослідженнями вченого страхи можна поділити на три основні групи: а) *біологічні; соціальні; екзистенціальні*.

Біологічні або природні страхи – це страхи які пов’язані із реальною загрозою життя людини. До них відносяться: атмосферні явища (страх грому, блискавки); астрономічні явища(страх сонячних затемнень, поява комет); вулкани і землетруси. Ще з давніх часів люди пов’язували певні негативні події з природними явищами. Грозу вони сприймали як гнів богів, затемнення сонця як « кінець світу», землетрус як небезпеку яка руйнувала їх дома. Також вони зустрічали безліч тварин з якими потрібно було боротись за життя. Все це вселяло в душі людей жах і паніку.

Соціальні страхи – це емоційні переживання які пов’язані з життям у суспільстві, з небезпекою того , що соціальний статус який має людина може змінитися. Ми вважаємо, що сьогодні ці страхи є найпоширенішими і є найбільш шкідливими для суспільства. До соціальних страхів відносять: страх відповідальності(людина боїться приймати важливі рішення і нести відповідальність за її наслідки), соромливість(людина занадто обережна в словах і вчинках), страх провалу, страх критики, страх успіху, внутрішні страхи (страхи власних думок і вчинків), страх перед випробуваннями(виникає коли людина не вірить у власні сили, відчуває невпевненість перед загрозою, невдачею, осоромленням).

Екзистенційні страхи – екзистенційне переживання яке зачіпає ціннісні аспекти життя особистості. Це реакція людини на зустріч із даністю як із потенційною загрозою: страх смерті, страх самотності, тощо. Психіатр І. Ялом вважає, що страх смерті можуть спричинити такі події, як: горе від втрати коханої людини; смертельна хвороба; розрив відносин; життєві віхи; сильний шок; коли дорослі діти залишають будинок; втрата роботи, зміна області діяльності; пенсія; переїзд до дому похилих людей; незвичайні сни з посланням "глибинного" я " [21]. Страх самотності – страх породжений

еволюцією з тих самих часів коли людина просто не змогла б вижити наодинці. Їй потрібно було збиратись у групи, щоб забезпечити собі життя. Люди бояться бути покинутими залишитись один на один з собою навіть тоді, коли це не ставить для них особливої загрози. Вони мають природню потребу в спілкуванні та прийнятті, і підтвердження від інших що існують в цьому світі.

Фобії «*phobos* » (від грецк. страх, жах) – це такий тип страху, який є збудливим і належить до невротичних. Він є важким станом, що характеризується сильною тривогою, що проявляється тільки в певних ситуаціях, що, як правило, не є реальною загрозою [10]. Фобії трактуються по різному: як нав'язливий страх, як нав'язливий досвід страху з чітким сюжетом, який посилюється в певних ситуаціях, зберігаючи критику щодо свого, як психологічний розлад при якому страх є ірраціональним, стійким, та інтенсивним. Фобії формуються тоді, коли людина пережила раптову негативну емоційну реакцію (переляк) на фоні загальної перевтоми чи сонливості. Далі утворюється так званий застійний осередок збудження, який фіксує і продукує умовно-рефлекторні зв'язки. Відбувається негативне програмування психіки (К. Уманський) [10].

Види фобій. Існує багато різноманітних видів фобій, розглянемо ті, які на нашу думку найсуттєвіші: а) За страхом простору: агорафобія, клаустрофобія, страх глибини, транспорту; б) Соціальна фобія: присутність інших людей, страх публічних виступів, страх перед екзаменами, антропофобія, страх перед громадськими місцями, страх перед виступами...; в) Нозофобія (страх захворіти); г) Танатофобія (страх смерті); д) Сексуальні фобії; е) Обсесивно-компульсивні фобії; є) Фобії пов'язані з тваринами, комахами, павуками (арахнофобія); ж) Фобофобія (страх перед страхом); з) За кількістю об'єктів: монофобія, поліфобія; і) за часом виникнення: первинні, вторинні; ї) за генезою нав'язливих страхів: елементарні, криптогенні, та інш.

Використовуючи роботи М. Савінової, В. Андрусенка, дослідник М. Мовчан створив схему інтенсивності проявів страху, в якій відбувається посилення психологічної напруги через реакцію на загрозу різного ступеню.

Схема має такий вигляд: Тривога – переляк – боязнь – страх – жах – паніка [9]. Розглянемо їх докладніше.

Тривога. Л. Терлецька трактує стан тривоги як: «стан, у якому перебуває суб'єкт, якщо джерело небезпеки не визначене або неусвідомлюване» [14, с. 59]. Дослідниця робить порівняння двох станів: страху та тривоги, і зазначає, що в цих станах є загальна емоційна складова у формі хвилювання. Вони об'єднані сприйманням загрози чи відсутністю безпеки. З фізіологічного погляду ці відчуття теж ідентичні. Коли людина перебуває в цих станах вона отримує викид кортизолу в кров. Відмінності між тривогою і страхом в тому, що для страху потрібне зовнішнє джерело небезпеки, і страх виступає як реакція на зовнішнє джерело небезпеки. Для тривоги достатньо лише подумати або уявити і це почуття з'явиться. Вона може з'явитися навіть тоді, коли джерело загрози має не визначений, абстрактний характер, а мозок ще не знайшов спосіб як вирішити проблему і яку поведінку обрати.

На нашу думку, і тривога, і страх, – стани, які взаємопов'язані між собою. Вони залежать один від одного, і можуть служити причиною появи один одного. Як стан тривоги, в якому знаходиться людина, завжди може перерости в страх, паніку, або жах, так і знаходячись в стані страху не вирішивши проблему повністю, звалитись у стан постійної тривоги. Наведемо приклад, в Україні люди постійно відчувають страх стосовно прильоту ракет і страх за своє життя, але відчувати його постійно організм не в силах, і тому цей стан переростає в менш сильний за емоційним забарвленням, але більш сталий і постійний стан тривоги.

Переляк – «несподіваний страх», емоційне відчуття, яке є короткостроковим, і виражається в поведінці, і в емоційній негативній оцінці ситуації. Це ситуативна реакція яка може бути викликана різкими та

несподіваними ситуаціями. Проявляється в трьох формах: заціпеніння, панічна втеча, безладне м'язове порушення. Переляк може бути досить сильним, проходити швидко, але залишити серйозний слід у психіці. Також він може бути причиною розвитку фобій в майбутньому. Н. Скрябін, досліджуючи вегетативні зрушення і тремор при переляку, виявив, що у людей з різним рівнем сміливості переляк протікає по різному [4]. У менш сміливих виражене почастішання пульсу, бувають паузи у скороченні серця, тремор зростає сильніше. У сміливих паузи скорочення відсутні, менший тремор, але шкірно-гальванічна реакція (ШГР) більш виражена.

Боязнь – це початкова форма страху яка виражається в нерішучості, занепокоєнні, побоюванні. Це досить стале переживання надлишкової тривоги. Боязнь може виступати як переживання, і як риса особистості (боязливість). За О. Черніковою «це слабо виражена емоція страху перед новим, незвичним, котра може носити ситуативний характер, але найчастіше – узагальнений. Характеризується гальмівними впливами на поведінку та дії людини, що приводить до скутості рухів, і звуженню обсягу уваги (воно прикуто до власного внутрішнього стану й у меншому ступені спрямоване на зовнішню ситуацію, дії стають нецілеспрямованими й безпомічними)» [17, с.148].

Жах – це досить сильне переживання надзвичайного страху. Жах можна вважати афектом і крайнім проявом страху, сприйняття чогось фантастичного, таємничого. Відчуваючи жах, людина не в змозі сприймати реальність адекватно, увага розсіяна, розум відключається. Може перебувати в різних станах від заціпеніння до істерії. У стані заціпеніння не може рухатись та промовляти слова, в стані істерії не може зупинитись, іноді це може призвести до загрози як власному життю, так і життю інших людей.

Паніка (панічний страх) – «гнітючий афект, який розвивається раптово в разі несподіваного враження загрозливого характеру й швидко поширюється через психічний вплив на інших людей. Паніка охоплює майже

раптово цілу масу людей, заражає їх почуттям неминучої небезпеки» М.Й. Варій [4, с. 89].

Для людини відчувати страх це природно. Існують різні думки щодо того, що впливає на виникнення страхів. Дослідники виділяють такі чинники які впливають на виникнення страху: емоції (С. Томпкінс), когнітивні процеси, природні та похідні стимули (Д. Боулбі), зовнішні і внутрішні процеси (К. Ізард).

Емоції як чинник виникнення страху При переживанні стану страху негативні емоції супроводжуються симпатичною активністю ЦНС. Участь цього відділу у емоційному збудженні визначається вихідним нейрогуморальним станом організму. При довготривалих негативних емоційних станах і повторюваних емоційних переживаннях (страх, тривога) збудження мозкових структур, негативного характеру переходить у стаціонарну форму. Різні емоції можуть викликати страх через принцип емоційного зараження, та через подібність їх нейрофізіологічних механізмів здатні стати причиною виникнення страху. С. Томкінс вважає, що якщо інтенсивний і сильний страх зникає раптово і повністю, то він активує відчуття радості, в свою чергу якщо звільнення від страху не повне то виникає порушення [2].

Якщо людина визначає ситуацію як потенційно небезпечну, в результаті з'явиться відчуття страху. Когнітивні процеси становлять найбільш поширений клас активаторів страху. Це можуть бути думки, спогади про об'єкт через який людина пережила страх, уявний образ або ситуація, яка може спровокувати певні переживання, негативні думки про майбутнє, та інше. Такі когнітивні процеси не завжди відображають реальну загрозу, найчастіше це уявна загроза, через яку людина починає боятися ситуацій які не несуть явної небезпеки. Якщо в уяві людини, інша людина або подія є небезпечною, то вона буде відчувати страх не тільки тоді коли зустріне її, а й тоді коли буде про неї думати. Отже людина, подія, або ситуація може бути причиною страху в результаті: уявних причин небезпеки,

очікування загрози, прямого зіткнення з реальним або уявним об'єктом страху.

За Д. Боулбі, природні стимули це вроджені стимули страху, які спричинені ситуаціями, що несуть реальну загрозу життю (біль, раптова зміна стимуляції, стрімке наближення об'єкта). Похідні стимули викликають страх через культурні детермінанти і контекст ситуації. Він виділяє самотність як одну з найбільш серйозних і важливих причин виникнення страху [2].

Отже, ми вважаємо, що основними причинами які можуть стимулювати виникнення страху є: реальні чинники, які сигналізують про об'єктивну загрозу здоров'ю й життю особистості (війна, природні катаклізми); уявні – об'єктивної загрози не несуть, але сприймаються як потенційна загроза (фобії); соціальні – загроза існуванню особистості в соціумі.

Досліджуючи фізіологічні прояви страху, ми дослідили низку яскравих проявів. Людина відчуває гостре почуття хвилювання, вона розгублена, їй важко знайти потрібні слова, іноді взагалі не може нічого сказати, голос тихий, тремтячий, погляд відсутній, тіло важке, ноги ватні, долоні вологі, виступає холодний піт; людина відчуває власну незграбність.

Людина, яка перебуває у стані переляку відчуває перебої у диханні, від частого дихання аж до повної затримки повітря, залишається нерухомою, очі широко розкриті, шкіра стає блідою, виступає піт, серцебиття прискорюється, м'язи тремтять, у роті пересихає. Голос сиплий і глухий, іноді зовсім не може говорити. Якщо страх переростає в жах, ми можемо спостерігати іншу картину фізіологічних реакцій, а саме: порушується серцевий ритм, серце б'ється то сильніше, то зупиняється, що може призводити до втрати свідомості, жар, біль у животі, бажання сходити у туалет, обличчя бліде, дихання важке, очі безупинно рухаються і прикуті до об'єкта страху, людина постійно ковтає слину.

У ситуаціях коли реальної загрози для життя не має, але людина з тих чи інших причин відчуває страх, її поведінкові реакції коливаються від агресії

до апатії. При агресивності поведінка базується на умовиводі: « Щоб нічого не боятися, зроблю все для того, щоб боялись мене». Апатія (смуток, безпорадність) виникає внаслідок завищених і непослідовних вимог, які неможливо виконати. Це може допомагати «тікати» від тривожних переживань, і навіть переростати у хвороби.

Таким чином, усі вище зазначені фізіологічні і поведінкові прояви страху можуть впливати на різні сфери життя людини. Страх впливає на всі психічні процеси: увагу, сприйняття, почуття, волю, мислення, пам'ять. Під його деструктивним впливом вони паралізуються та деформуються, і людина більше не може володіти собою, це може досить сильно погіршувати самопочуття і відносини з оточуючими.

1.2. Когнітивно-поведінковий підхід в роботі зі страхами

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найсучасніших, дієвих, науково-обґрунтованих, та визнаних в усьому світі методів психотерапевтичної допомоги. Дослідницькі установи, що вивчають і використовують цей метод є по всьому світу: Америка, Європа, Азія, Африка та багато інших країн. Дослідження КПТ проводять в багатьох наукових дисциплінах: психології, психіатрії, неврології, медицині. В Україні КПТ розвивається також досить швидко. Через війну в країні, перед психологами, постали задачі працювати з наслідками пережитих людьми страхів, стресів, трагедій. Техніки КПТ використовують в корекції, лікуванні, та запобіганні різноманітних психологічних розладів. Також вона допомагає росту психологічного добробуту особистості в різних сферах життя та сприяє забезпеченню психічного здоров'я людини. КПТ навчає усвідомлювати причину багатьох розладів особистості, яка криється в спотвореному сприйнятті реальності, а також в неадекватній поведінці, як реакції на виникаючі проблеми чи задачі.

«Когнітивно-поведінкова терапія не вчить людей думати позитивно, вона спрямована на розвиток об'єктивного, критичного, корисного мислення, на звільнення від ілюзій, помилкових суджень та переконань, подолання некорисних моделей мислення та поведінки. Протидіючи цим дисфункційним моделям, КПТ допомагає особистості долати психічний розлад, запобігати його рецидивам, змінювати резильєнтність – і загалом бути творцем щасливого та змістовного життя...» О. Романчук [12; с. 43].

КПТ має наукові докази ефективності і рекомендована міністерством охорони здоров'я (ВООЗ) як терапія «втручання першого вибору» в допомозі особам з такими психічними розладами як: депресія, залежності, тривожні розлади, особистісні розлади, розлади поведінки, ПТСР, шизофренія, нейро-розвиткові розлади та інше.

Головний принцип когнітивно-поведінкової моделі показує як наші реакції на певні події залежить від значення якого ми їм надаємо. Тобто, як думки та їх інтерпретація впливають на емоції, а емоції впливають на поведінку. Думки, поведінка і емоції у різних людей, відрізняються. Те, що для однієї людини буде великою проблемою, для іншої не буде мати ніякого значення. На одну і ту ж саму ситуацію будуть реагувати по різному. Наприклад: дві дівчини здають екзамен на середній бал, для однієї це буде катастрофа тому, що вона вважає, що повинна скласти тільки на «відмінно», інша відчує радість від того, що взагалі склала іспит.

Працюючи в КПТ ми виявляємо «автоматичні думки» негативного характеру (НАД), і «глибинні переконання» (ГП), які впливають на нашу реакцію щодо конкретних ситуацій. **НАД** – це потік негативно забарвлених думок, оцінок чи інтерпретацій, які ми надаємо тому, що відбувається навколо або всередині нас. Вперше їх описав А. Бек. Такі думки з'являються не просто так, їх створюють «**когнітивні фільтри**» (помилки мислення), які має людина і крізь які вона інтерпретує інформацію. НАДи та когнітивні фільтри (або когнітивні спотворення) визначаються глибинними переконаннями. **Глибинні переконання (ГП)** – це основні уявлення та

переконання людини про себе, інших та навколишній світ. Ще з дитинства в нас формуються певні переконання про самих себе, та про світ загалом. Переживаючи негативний досвід, в якому не задовольнялись базові потреби, дитина отримує негативні глибинні переконання. Ці установки настільки глибокі та фундаментальні, що ми не завжди можемо їх усвідомлювати, і сприймаємо за істину. Негативні ГП породжують негативні автоматичні думки, які ми трансформуємо в слова і образи, які в подальшому надають значення певній ситуації. Наприклад, людина має ГП, що вона «гірша за інших», і в своїх автоматичних думках вона думає «я не гарна», «я нікому не подобаюсь», «ніхто не хоче спілкуватись зі мною». Через такі думки вона почувається невпевненою, відчуває страх в своїх відносинах, уникає спілкування, та має пасивну поведінку.



Рис. 1. 1. Схема впливу ГП на НАД.

Когнітивні спотворення – це такий вид сприймання реальності, в якому переважає перебільшене або ірраціональне мислення, думки через які реальній погляд спотворюється, і викликає емоції страху, тривоги, паніки. Це неначе несправна призма через яку людина бачить навколишній світ.

Основні види когнітивних фільтрів:

1. *Мислення «все або нічого»* - це погляд на світ в чорно-білих тонах. Якщо будь-яка категорія життя не відповідає досконалості то це сприймається як повна невдача. Наприклад якщо в роботі людина отримує зауваження від директора, вона буде вважати себе невдахою, і нікудишнім працівником.
2. *Надузагальнення* – одна окрема негативна ситуація сприймається як нескінченна послідовність негативних подій. Наприклад: « Зі мою так завжди»; « В мене ніколи нічого не виходить».
3. *Читання думок* – людина припускає, що знає що про неї думають інші, хоча й немає підстав для цього.
4. *Катастрофізація* – вбачається розвиток подій за найгіршим сценарієм, що ситуація буде настільки важкою і жахливою , що з нею неможливо буде справитись.
5. *Знецінення позитивного* – позитивний досвід «не рахується», а результати та досягнення не варті нічого.
6. *Негативний фільтр* – зациклення на негативних фактах.
7. *Персоналізація* – людина бере на себе всю провину і відповідальність за негативні події навіть тоді, коли те, що відбувається не залежить від неї.
8. *Обвинувачення* – в такому випадку навпаки « Усі винні». Відмова брати на себе відповідальність .
9. *Емоційне обґрунтування* – припущення, що негативні емоції, які відчуються в даний момент відображають реальний стан речей.
10. *Твердження зі словом « Я повинен»* – світ сприймається з точки зору того, як повинно бути. Цей фільтр заважає сприймати події як є.
11. *Навішування ярликів, самоклеймування* – це крайня форма надузагальнення. Замість того, щоб розібратися з помилкою, формується негативне узагальнення. Якщо чиясь поведінка не влаштовує, йому навішується ярлик «Погана людина». Якщо людина не може впоратись з завданням, клеймить себе « Я нікчема».

12. *Порівняння* – порівняння себе чи власної ситуації з іншими, як правило не на користь собі.

Страх – це природна, нормальна реакція, яка регулярно відбувається у кожного з нас. Це стає проблемою лише тоді, коли нормальна реакція перебільшується, а реальна загроза відсутня. Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на подолання страхів, які проявляються у вигляді тривожних розладів різного спектру: генералізований тривожний розлад (ГТР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), панічний розлад, obsесивно-компульсивний розлад (ОКР); А також у різних типах фобій: прості фобії, соціальна фобія, агорафобія тощо. Працюючи зі проблемою страху КПТ, заснована на сучасних наукових підходах до розуміння механізмів страху та відповідних патогенетичних, нейробіологічних основ розвитку індивідуальних розладів тривоги [5]. КПТ пояснює механізм переходу нормального страху чи тривоги, який є лінійним у тривогу або фобії, в такий, в якій тривога є циклічна. Наприклад, дівчина йшла ввечері і почула в темряві якийсь загрозливий звук, її тіло й мозок одразу на це відреагує (вона відчує страх, а тіло мобілізується для боротьби або втечі), якщо вона відійде то побачить, що то була, скажімо, собака, мозок зрозуміє, що небезпеки немає, вимкне систему тривоги і цикл страху завершиться.

Лінійний характер нормального страху :

Тригер – сприйняття / оцінка тригера як загрози («це собака») – емоційна реакція (страх) – активація симпатичної нервової системи і фізіологічна мобілізація тіла до відповідної реакції(втеча/напад) – належна поведінкова реакція (відскочити до безпечної відстані) – оцінити ситуацію, що вже не є загрозливою – заспокоєння [5].

У тривожних розладах, ОКР, фобії, реакція підвішена, і утворюється опорний цикл, що призводить до тривоги на постійній основі. Це відбувається через те, що інтерпретація події людиною набуває неадекватного характеру і страх долається лише до зменшення тривожного стану, але проблема долається не повністю, і існує ризик повторної появи проблеми.



Рис.1.2. Циклічний характер страху

Через циклічність підтримуючих процесів, страх стає постійним і виростає до неадекватного ступеню загрози, починає створювати проблеми в житті людини, та негативно впливає на особистість і її здоров'я, через це утворюється тривожний розлад, ОКР, фобії.

У виникненні циклічності провідними є когнітивні та поведінкові компоненти. До когнітивних відносяться: когнітивні інтерпретації, когнітивні спотворення (катастрофізація, уява, перебільшення, читання думок, пророцтво). До поведінкових: неадекватні дії (для зменшення страху), поведінка уникнення (всіх загрозливих ситуацій, через неї згасання тривоги

не відбувається), захисна поведінка, орієнтування на проблему, різні дії орієнтовані на загрозу.



Рис.1.3. Циклічний характер страху, при захисній поведінці.

О. Романчук зазначає, що «У розумінні етіопатогенетичного походження тривожних розладів КПТ інтегрує знання сучасної нейробіології, зокрема, ролі генетичних факторів та «тривожного темпераменту» як факторів схильності. До цих чинників можна віднести і негативний травматичний досвід у дитинстві, який міг спричинити відчуття, що світ небезпечний і щось погане рано чи пізно станеться – це так звана схема очікування, а також інші психосоціальні причини, які могли вплинути на формування низької самооцінки і невпевненості у собі, моделюючи тривожні переживання» [13, с.44].

Стан страху є основним відчуттям в таких психологічних розладах як: Специфічна фобія; Панічний розлад; Тривога за здоров'я; Соціальна тривога; ГТР; Обсесивно-компульсивний розлад(ОКР); Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Для терапії цих розладів КПТ має конкретні когнітивні моделі та терапевтичні протоколи. Не зважаючи на подібності між моделями, існують і емпіричні відмінності які мають важливе значення, оскільки КПТ дуже індивідуалізована, ретельно обстежує кожен випадок, і будує індивідуальний терапевтичний план терапії.

Специфічна фобія – характеризується постійним страхом об'єкта, ситуації, самого страху як реакції. Відбувається уникнення стимулів які викликають фобії, здатність до адекватного функціонування порушується. Клієнти зі специфічними фобіями (фобія крові, чи тварин) дуже пильні до ознак загрози.

Цикл при специфічній фобії: зосередження на загрозу яку неможливо передбачити – загроза сприймається як така яку вони бояться насправді (це викликає реакцію фобії) – перебільшена оцінка ймовірності шкоди (недооцінення здатності впоратись підтримує страх).

Страх перед об'єктом або ситуацією (первинні когніції) загострює фізіологічне збудження, захисну поведінку, або уникнення (наприклад уникнення публічних місць). Переконавання (вторинні когніції) наприклад, «Я божеволію» підвищують страх.

Втручання КПТ при роботі з специфічною фобією

1. *Експозиція in vivo* передбачає зіткнення з ситуаціями, які викликають страх, допомагає подолати поведінку уникнення та позбутись відчуття небезпеки. Клієнт відвідує ті місця, або ті види діяльності які викликають страх та уникнення. Експозиція до страху здійснюється поступово.
2. *Поведінкові експерименти* полягають в активному збиранні чи отриманні доказів, які допоможуть перевірити думки і переконання (див.табл.1.1.). Перевіряючи думки на власному досвіді, за допомогою поведінкових експериментів, клієнт знижує фокус сприйняття на загрозі та

відмовляється від захисної поведінки. Щоб поведінкові експерименти були ефективними потрібно ретельно їх планувати, спонтанні експерименти можуть бути не менш корисними. При поведінкових експериментах як клієнт, так і терапевт займають активну позицію. Види поведінкових експериментів: експерименти що тестують гіпотезу, дослідження, спостереження, активні експерименти.

3. *Робота з помилковими інтерпретаціями* працює як з первинними так і з вторинними когніціями. Навчає клієнта децентралізації та когнітивному переоцінюванню ситуацій.

Таблиця 1.1.

Приклад форми для поведінкових експериментів.

Дата	Цільові когніції Яка думка про припущення чи переконання, яку ви перевіряєте? Оцініть віру в цю думку (0-100%).	Прогнози Розробіть експеримент, щоб перевірити пізнання (наприклад, опинитися в ситуації, яку ви зазвичай уникаєте, відмовляючись від запобіжних заходів)	Експеримент Що на вашу думку відбудеться ?	Результат Що відбулося насправді? Якими є дійсні результати , якщо їх порівняти попереднім і прогнозами ?	Чого я навчився? Що це означає для вас і вашого першого переконання ? Оцініть віру в цю думку тепер (0-100:)

Панічний розлад – це розлад в якому відбуваються панічні атаки. Панічні атаки – приступи задухи, при яких відчувається страх, тривога. Симптоми: тахікардія, задишка, запаморочення. Симптоми сприймаються як інфаркт чи інсульт. Може виникати з агорафобією.

Підтримуючі фактори: помилкова катастрофічна інтерпретація тілесних відчуттів; захисна поведінка яка включає пряме і приховане уникнення; селективна увага (надмірна увага до «небезпечних відчуттів»).

Когнітивна модель панічного розладу:

Тригер → тривога → симптоми тривоги → помилкова катастрофічна інтерпретація → захисна поведінка → переконання залишаються незмінними.

Втручання КПТ при роботі з панічними розладами:

1. Генерування менш катастрофічних пояснень походження симптомів, яких боїться клієнт;
2. Проведення поведінкових експериментів, для розуміння, що походження відчуттів не шкідливе;
3. Поступова відмова від захисної поведінки.

Іпохондричний розлад (тривога за здоров'я) – страх перед серйозним захворюванням, в теперішньому і майбутньому часі.

Підтримуючі фактори: уникнення ситуацій що провокують страх за здоров'я; звернення до лікарів з метою самозаспокоєння; Сканування (зосередження уваги та гіперчутливість до фізичних відчуттів); перевірки (перевірка тіла, або інформації).

Втручання КПТ при роботі з іпохондричним розладом:

1. За змістом катастрофічних прогнозів з'ясувати який найгірший сценарій у клієнта;
2. Визначити мета-когніції (забобони) ;
3. Тестувати проблемні переконання які стосуються здоров'я;
4. Зменшити та поступово відмовитись від захисної поведінки;
5. Використати підхід « Теорія А проти теорії Б». Допомогає відпрацювати альтернативну точку зору, перевіряє дві теорії які є протилежними .

Соціальна тривога – виражений стійкий страх соціальних ситуацій. Людина боїться бути у фокусі уваги інших, сорому чи приниження.

Когнітивна модель соціальної тривоги:

Сприйняття соціальної небезпеки, увага людини зосереджена на собі (заважає бачити ситуацію об'єктивно, і ефективно вирішувати проблеми);

емоційне мислення (клієнт настільки відчуває тремтіння чи почервоніння, що робить висновок що і інші це бачать і засуджують його); захисна поведінка.

Втручання КПТ при роботі з соціальною тривогою

1. Зміна фокусу уваги в протилежному напрямі від інтроспекції (перемикання уваги між різними джерелами сенсорної інформації: слух, зір).
2. Розвиток асертивного або співчутливого внутрішнього голосу, для подолання голосу критика.
3. Переоцінення думок, образів, переконань які стосуються соціальної небезпеки й емоційного мислення.
4. Використовування запитань, щоб допомогти побудувати правильний погляд на симптоми почервоніння, тремтіння, заїкання.

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) характеризуються стійкими нав'язливими думками, образами, імпульсами або компульсіями (непереборна повторювана поведінка і ритуали, спрямовані на нейтралізацію обсесії). Клієнти розуміють необґрунтованість і ймовірність своїх страхів однак переконливо діють відповідно до них.

Ключовими когніціями при ОКР є: злиття думок і дій (погана думка призводить до поганих наслідків); гіпервідповідальність (має владу не дати статися поганому); переконання про керованість думок; перфекціонізм; перебільшення загрози; непереносимість невизначеності.

Втручання КПТ при роботі з ОКР:

1. Експозицію із попередження реакції (ЕПР) – метод полягає в тому щоб клієнт піддав себе ситуації, якої боїться, без залучення захисної поведінки. Оскільки ритуали є захисною поведінкою, то техніка ЕПР послаблює захисну поведінку. Залучення сім'ї друзів необхідне.
2. Тестування проблемних думок і переконань пов'язаних з інтрузіями.
3. Метод «Теорія А проти теорії Б». Мета полягає в тому, щоб допомогти людині зрозуміти, що суть ОКР не в тому, щоб запобігти реальній загрозі, а в тому, що людина дуже переживає через неї.

Ми проаналізували деякі ключові моделі та протоколи для тривожних розладів, але пропонуємо розглянути ще декілька технік, які когнітивно-поведінкова терапія застосовує в подоланні страхів.

В таблиці 1.2. представлені основні техніки, що застосовуються в КПТ.

Таблиця 1.2.

Основні техніки КПТ

Назва техніки	Опис застосування	Очікуваний ефект
Когнітивна реструктуризація	Учасники ідентифікують автоматичні негативні думки та вчаться замінювати їх на більш реалістичні. Вправа «докази за і проти», «альтернативне пояснення».	Зниження частоти і сили ірраціональних страхів
Експозиція (в уяві та в реальності)	Побудова ієрархії страхів. Поступове «занурення» у ситуації, що створюють страх (наприклад, соціальні взаємодії, відкриті простори).	Формування толерантності до тривоги, зниження уникання
Систематична десенсибілізація	Поєднання уявної експозиції з глибоким розслабленням. Впроваджується в ранніх сесіях.	Формування асоціації безпеки з тривожними уявленнями
Ведення щоденника думок і почуттів	Щоденне самоспостереження за НАД, ГП,, поведінкою. Саморефлексія змін.	
Поведінкові експерименти	Перевірка страхів через активну дію, наприклад: «Що станеться, якщо я...?» (публічно поставлю питання / не перевірю 5 разів замок).	Дисконфірмація ірраціональних переконань
Техніки релаксації	Дихальні практики, прогресивна м'язова релаксація, візуалізація. Вводяться з першого етапу.	Фізіологічне зниження симптомів тривоги
Моделювання і рольові ігри	Програвання складних ситуацій (наприклад, співбесіда, відповідь у класі) з обговоренням альтернативних стратегій.	Соціальні навички, зменшення страху перед оцінкою
Робота з образами (imagery rescripting)	Заміна травматичних/тривожних образів на позитивні, підтримуючі уявлення.	Зниження впливу минулого досвіду на теперішній страх
Декатострофізація	техніка при якій клієнт формулює свій страх, і уявляє який найгірший сценарій може статися.	Зниження страху, заміна на раціональне обґрунтування.

Назва техніки	Опис застосування	Очікуваний ефект
Повторення ідей та перенасичення	Цей метод часто застосовується під час роботи з людьми, які мають фобії, тривогу або посттравматичний стресовий розлад. Суть полягає в тому, що людина багато разів уявляє ситуацію, яка викликає страх	Страх поступово зменшується, оскільки в реальному житті ця ситуація зазвичай не така небезпечна, як здається.
Керована уява	Людина намагається змінити образ жахливої ситуації у своїй уяві. Наприклад, уявити, що об'єкт страху стає меншим або вилученим. Це допомагає зменшити тривогу.	допомагає зменшити тривогу.
Уява в часовому проміжку	Людина дуже переживає за майбутню подію, їм пропонується уявити, як вони думатимуть про це через кілька місяців чи років. Часто встановлено, що ситуація не така страшна. Цю методику запропонував психолог Арнольд Лазар.	Зменшення страху
Перебільшення	Цей метод все ще використовував Віктор Франкл. Ідея: якщо страх сильно перебільшений, щоб зробити його смішним, то він перестав так лякати. Людина краще розуміє, як його уява перебільшує загрозу.	Допомагає зменшити страх

Таким чином, аналізуючи вищезазначений матеріал, ми розуміємо, що КПТ дозволяє не лише знизити симптоматику, але й підвищити загальний рівень функціонування клієнта, зокрема за рахунок формування адаптивного мислення, подолання дезадаптивних переконань, зменшення уникнення страхових стимулів. Інтеграція технік, таких як когнітивна реструктуризація, експозиція, тренування соціальних навичок, може бути досить ефективними для досягнення результату.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз джерел дозволив визначити, що *страх* - це адекватний психічний стан, який з'являється на основі інстинкту самозбереження, це негативно забарвлений процес, який містить емоційну реакцію на реальну чи уявну небезпеку

Класифікацій страху існує досить багато, але ми обрали класифікацію Ю. Щербатих. Вона є досить простою, точною й універсальною й вміщує такі види страху, як: біологічні; соціальні; екзистенціальні.

Також ми виділили форми та причини страхів. До форм страхів належать: тривога, переляк, боязнь, жах, паніка. Ці форми є поступовим ускладненням оцінки людиною страхогеної ситуації. До причин страхів належать: емоції як чинник виникнення страху, когнітивні чинники, природні та похідні стимули страху.

Основними симптомами різних страхів є: проблемне дихання, прискорене серцебиття, сухість у роті, порушення роботи ЖКТ, потовиділення, почервоніння, або навпаки бліде обличчя, важкість в ногах, напруженість м'язів, плутанина в свідомості.

Ми розглянули техніки КПТ, що використовують в корекції, лікуванні, та запобіганні різноманітних тривожних розладів. З'ясували, що головний принцип когнітивно-поведінкової терапії показує як наші реакції на певні події залежать від значення якого ми їм надаємо.

Ми дослідили ключові моделі та протоколи КПТ, для таких видів тривожних розладів як: специфічна фобія; панічний розлад; тривога за здоров'я, соціальна тривога; генералізований тривожний розлад (ГТР); обсесивно-компульсивний розлад(ОКР). Основним станом в кожному з цих розладів є страх.

Таким чином, аналізуючи вищевикладене, ми розуміємо, що когнітивно-поведінкова терапія має достатній потенціал щоб допомагати людям подолати страхи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КПТ НА СТРАХИ У СТУДЕНТІВ

2.1. Характеристика методів діагностики страхів

Базою емпіричного дослідження виступив Криворізький державний педагогічний університет, діагностику проводили серед студентів 3-4 курсу заочного відділення, у дослідженні взяли участь 40 осіб жіночої статі віком від 23 до 38 років.

Метою нашого дослідження є дослідити особливості впливу когнітивно-поведінкової терапії на подолання страхів, що проявляються у вигляді тривожних розладів різного спектру, шляхом виявлення змін у когнітивних схемах, рівні тривожності, та негативних переконаннях у осіб які пройшли курс КПТ. Наша мета відповідає сучасному напрямку досліджень у практичній психології, де когнітивний підхід розглядається як один з найбільш емпіричних та науково обґрунтованих підходів.

Дослідження спрямоване на теоретичне й емпіричне обґрунтування того, що КПТ є науково доведеним і ефективним методом лікування тривожних розладів [11; 12], дозволяє виявити і змінити негативні автоматичні думки, дисфункційні переконання та установки, які підтримують страх і тривогу [11; 14], може бути адаптованим під конкретні страхи і тип особистості клієнта, що робить його гнучким інструментом психокорекції [11; 22]; має потенціал для використання як у традиційному форматі, так і через інтернет або роботизовані платформи [9; 19].

Виходячи з цього, емпіричне дослідження проходило в наступні етапи:

1. Виявлення первинного рівня тривожності у респондентів за допомогою валідних психодіагностичних методик («Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна», «Опитувальник дисфункційних

переконань А. Бека», «Опитувальник ієрархічної структури актуальних страхів особистості» (Ю. Щербатих та Є. Івлєвої).

2. Проведення циклу когнітивно-поведінкових інтервенцій (групових) з використанням технік когнітивної реструктуризації, експозицій, поведінкових експериментів тощо.
3. Оцінка змін після проходження курсу КПТ, зокрема щодо: інтенсивності страхів; рівня ситуативної та особистісної тривожності; наявності або зниження дисфункційних переконань; загального суб'єктивного психологічного самопочуття.

Для здійснення емпіричного дослідження було обрано психодіагностичні методики, що дозволяють оцінити рівень тривожності, страхів і дисфункційних переконань у респондентів до та після проходження курсу когнітивно-поведінкової терапії. Вибір методик базується на їх науковій обґрунтованості, валідності та відповідності цілям дослідження, а саме виявленню змін в когнітивних схемах, рівні тривожності та дисфункційних переконаннях учасників.

«Опитувальник ієрархічної структури актуальних страхів особистості» (Ю. Щербатих, та Є. Івлєвої, ICAC) спрямований на виявлення та ідентифікацію актуальних страхів особистості. Вона дає можливість зрозуміти які страхи домінують в психіці людини. В опитувальнику міститься 24 пункти, які відповідають окремим різновидам страхів. Загалом ці страхи можна віднести до загальних категорій: фізіологічні страхи, соціальні страхи, особисті страхи. Досліджувані оцінюють ступінь прояву кожного страху за 10-ти бальною шкалою (від 0-відсутність страху, до 10 максимальне відчуття страху). За інструкцією потрібно уважно прочитати запитання і оцінити інтенсивність емоції 10-ти бальною шкалою, того чи іншого страху. Якщо ви не відчуваєте цього страху потрібно ставити 0. Після того як опитувальник заповнено, потрібно підрахувати кількість позначених тверджень в кожній категорії страхів. Так, ми визначимо, які страхи найбільш інтенсивні [4, 5,12].

Наступна методика – **«Шкала тривожності Спілберга–Ханіна STAI»**. Ця шкала була вибрана для оцінки рівня тривожності учасників дослідження. Вона включає два основних компоненти: ситуативну тривожність (яка змінюється в залежності від ситуації) та особистісну тривожність (постійний рівень тривожності, властивий людині). Методика містить 40 тверджень, які розділені на дві шкали. Перша шкала оцінює стан тривоги який людина відчуває зараз, друга – розглядає стабільні сторони особистості: стан спокою, стан занепокоєння, стан впевненості, стан безпеки. Використання шкали Спілберга–Ханіна дозволяє детально оцінити динаміку тривожних станів у учасників дослідження після терапевтичного втручання, що є необхідним для перевірки ефективності КПТ. Подібний підхід широко використовується в психотерапевтичних та психодіагностичних дослідженнях [5; 12].

Третя методика – **«Опитувальник дисфункційних переконань за А. Беком, А. Вейсманом, DAS»**. Для вивчення змін у когнітивних схемах було обрано опитувальник дисфункційних переконань за А. Беком, що дозволяє оцінити наявність негативних автоматичних думок та переконань, які підтримують тривогу і страх. Методика має 40 тверджень, та 7 варіантів відповідей на кожне твердження (від 1-повністю не згоден, до 7 – повністю згоден). При обробці результатів підраховується загальна кількість балів. Чим вищий бал окремої дисфункційної установки, та загальний бал, тим вище когнітивне викривлення. Час проходження 10-15 хвилин. Основні категорії переконань даної методики: перфекціонізм, потреба в схваленні, покарання за помилки, самообвинувачувальні установки, нереалістичні очікування, залежність від інших, низька самооцінка. Методика є стандартним інструментом у когнітивно-поведінковій терапії для діагностики дисфункційних переконань, що підлягають корекції в процесі терапевтичного втручання. Це дозволяє отримати точні дані про те, які саме переконання у респондентів є основними факторами, що підтримують їх страхи [10; 14].

2.2. Аналіз отриманих результатів

Первинна діагностика страхів є одним з основних етапів в процесі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), оскільки вона дозволяє встановити вихідний рівень симптомів та особливості переживань особистості, що необхідно для подальшої розробки індивідуальної терапевтичної стратегії. На основі результатів первинної діагностики можна визначити, які конкретно види страхів переважають у людини, їх інтенсивність, а також вплив на психічне та фізичне здоров'я. Це також дає змогу відстежити зміни після завершення терапії та оцінити ефективність застосованих методик.

У рамках нашого дослідження було представлено результати діагностики рівня тривоги, наявності думок та переконань, які впливають на виникнення тривоги та які саме страхи відчувають студенти на сьогоднішній день. Після проведеного аналізу отриманих результатів діагностичного обстеження ми отримали наступні результати.

За результатами аналізу методики **«Опитувальник ієрархічної структури актуальних страхів особистості»**, за методикою кожне питання відповідає певному страху, наприклад, «Чи турбує вас страх війни?» - страх перед війною, або « Чи можна сказати, що деякі тварини викликають у вас занепокоєння?» Продовження таблиці страх (фобію) перед певними тваринами. Результати представлені в таблиці 2.1. та на рис.2.1.

Таблиця 2.1.

Результати методики «Опитувальник ієрархічної структури актуальних страхів особистості» (Ю. Щербатих, та Є. Івлєвої, ICAC) , n=40

Види страхів	Кількість у %	Середнє значення (сила відчуття страху)
Страх тварин (змії, павуки)	25%	6,2
Страх темряви	31%	4,7
Страх за психічне здоров'я	9 %	5.8
Страх хвороби близьких	30%	5,1

Продовження таблиці 2.1.		
Страх стати жертвою злочину	33%	6,8
Страх перед керівником	28%	7,1
Страх втрати близьких	62%	7,3
Страх відповідальності	28%	6,05
Страх старості	39%	5,5
Страх інфаркту	15%	4,8
Страх бідності	38%	5,9
Страх майбутнього	47%	7,2
Страх іспитів	52%	7,5
Страх війни	89%	7,9
Страх смерті	49%	7,5
Страх замкненого простору	30%	7,1
Страх висоти	24%	6,8
Страх глибини	22%	5,1
Страх змін у житті	46%	6,6
Страх хвороби	34%	5
Страх сексуальної дисфункції	5%	3
Страх самогубства	5%	2,8
Страх публічних виступів	41%	5,3
Страх власної агресивності	4%	4,2



Рис. 2.1. Ієрархія найбільш актуальних страхів у студентів

Результати дослідження підтвердили, що серед студентів найпоширенішими є: страх війни 89%; страх втратити близьких 64%; страх іспитів 52%; страх смерті 49%. Усі страхи учасники оцінювали як інтенсивні, на рівні 7-10 балів за шкалою опитувальника. На першому місці у досліджуваних страх війни, це вказує на відчуття небезпеки, яке пов'язане з загрозою як власному життю так і життю близьких людей, воно викликає загальну атмосферу тривоги пов'язану з військовими діями та повідомленням про воєнні злочини з боку російський військ. Такий високий рівень емоційного реагування свідчить про глибоке особистісне значення цих тем для учасників. Вони пов'язані з базовими поняттями життя і смерті. Ймовірно, що їхня похідна це страх смерті. Варто зазначити що страх власної смерті нижче ніж страх втратити близьких людей, і страх перед іспитами.

Результати дослідження за методикою «Шкала тривожності Спілберга–Ханіна STAI» представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати методики «Шкала тривожності Спілберга–Ханіна STAI»

Рівень тривожності	Особистісна тривожність (%)	Кількість осіб	Ситуативна тривожність (%)	Кількість осіб	Загальний Рівень тривоги (середнє значення в балах)
Низький (0-30 балів)	15 %	6	20%	8	29,8
Середній (31-45 балів)	55%	22	50%	20	41,5
Високий (46 і більше)	30%	12	30%	12	48

За результатами методики було встановлено, що більшість студентів мають середній рівень особистісної (55%) та ситуативної тривожності (50%). Спираючись на результати дослідження, високий рівень особистісної тривожності мають 30% (12 осіб). Вони, ймовірно мають схильність до невпевненості та вразливості, залежність від оточуючих, вимогливі до себе, критичні, у стресових ситуаціях занадто напружені, відчують надмірне занепокоєння, і через це їм дуже важко приймати адекватні рішення. Низький рівень тривожності свідчить (в групі досліджуваних їх 15% особистісної, і 20% ситуативної) про спокійне сприймання життєвих ситуацій, і адекватну реакцію на них. Але інколи такі особи потребують більшої зацікавленості та пробудженню активності.

Результати дослідження за методикою «Опитувальник дисфункційних переконань за А. Беком, А. Вейсманом, DAS» показав,

що 13 осіб (32,5%) мають високий рівень інтенсивності дисфункційних переконань, 18 (45%) – середній рівень, 9 осіб (22%) – низький рівень. Це свідчить про те , що переважна частина має помірно або сильно виражені ірраціональні переконання, які можуть впливати на рівень тривожності, самооцінку та ефективність поведінки в різних ситуаціях. Високий рівень дисфункційних переконань проявляється в яскраво вираженій схильності до викривленого сприйняття дійсності, що ґрунтується на хибних (часто неусвідомлюваних) припущеннях. Ці припущення формують індивідуальне бачення подій і визначають характер емоційної реакції. Такі переконання мають витoki у некоректному засвоєнні досвіду під час когнітивного розвитку особистості. Вони проявляються у формі «автоматичних думок», які з'являються миттєво й сприймаються як достовірні. Результати представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати діагностики за методикою: «Опитувальник дисфункційних переконань за А. Беком, А. Вейсманом, DAS»

Рівень схильності до дисфункційних переконань (умовно)	Кількість осіб	Кількість у %	Середні значення інтенсивності ДП в балах
Низький рівень (до 80)	9	22,5%	77
Середній рівень (81-99)	18	45%	85
Високий рівень (100 і більше)	13	32,5%	110

Отже, високий рівень інтенсивності дисфункційних переконань виявлено у більшості студентів. Це означає, що в їхньому мисленні присутні помилкові інтерпретації, які впливають на емоції та поведінку.

2.3. Корекційно-профілактична програма з подолання страхів за допомогою когнітивно-поведінкової терапії. Аналіз її ефективності

Укладена нами програма містить комплекс технік когнітивно-поведінкової терапії для людей дорослого віку, спрямованих на зменшення проявів страху чи тривоги, розвиток навичок керування думками та емоціями, а також навчання технік релаксації.

Плануючи проведення корекційно-профілактичної роботи, ми вирішили працювати зі студентами, у яких ми виявили високий рівень переживання страху та тривоги. Нами була сформована група з 12 осіб, у яких ми діагностували високий рівень тривожності та високий рівень інтенсивності дисфункційних переконань.

Метою авторської корекційно-профілактичної програми є зниження інтенсивності та частоти прояву тривожності у досліджуваних шляхом формування адаптивних когніцій, емоційної саморегуляції та ефективної поведінки в умовах тривоги [14].

Завданнями програми є:

- 1) виявлення дисфункціональних переконань, пов'язаних зі страхом;
- 2) формування навичок ідентифікації автоматичних думок;
- 3) опрацювання тривоги за допомогою технік когнітивно-поведінкової терапії, підвищення толерантності до тривоги;
- 4) розвиток навичок самоспостереження, саморефлексії та самопідтримки.

Методи та форми роботи: групова форма роботи в дистанційному форматі, індивідуальна діагностика, психоедукація, використання технік КПТ.

Формат групи: 12 учасників. Заняття проводились 1 рази на тиждень (6 зустрічей) по 60 хвилин. Корекційна програма тривала 6 тижнів. Детальний опис авторської корекційно-профілактичної програми «Подолання страхів за допомогою когнітивно-поведінкової терапії» представлено у додатку А.

Критерії ефективності програми: підвищення свідомості щодо взаємозв'язку між когніціями, емоціями та відчуттям страху; засвоєння навичок ідентифікації глибинних переконань та автоматичних думок, а також засвоєння навичок релаксації; зниження рівня тривоги та інтенсивності дисфункційних переконань.

В таблиці 2.4. представлені етапи реалізації програми.

Таблиця 2.4.

Етапи реалізації програми

Етап	Назва	Зміст роботи	Орієнтовна тривалість
I	Діагностичний	Метою цього етапу є оцінка рівня тривожності, страхів, типів когнітивних викривлень та загального емоційного стану учасника. Застосовуються такі інструменти, як: «Шкала тривожності Спілберга–Ханіна STAI»; «Опитувальник дисфункційних переконань за А. Беком, А. Вейсманом, DAS»	1 сесія
II	Освітній	Учасникам пояснюється природа страхів і тривоги, роль автоматичних думок, механізми уникнення. За А. Беком та Д. Вестбруком, розуміння когнітивної моделі знижує опір до терапії. Вивчається «когнітивний трикутник» (думки – емоції – поведінка) [3].	1 сесія
III	Когнітивна реструктуризація	Проводиться ідентифікація і аналіз автоматичних думок, використовується щоденник думок, техніки Сократівського діалогу, перевірки доказів, формування альтернативних переконань [10, 14].	1 сесія
IV	Етап експозиції / десенсибілізації	Цей етап спрямований на поступове зниження чутливості до страху через контрольовану зустріч із тригерами.	1 сесія
V	Рефреймінг і саморегуляція	Учасники навчаються навичкам емоційної саморегуляції, таким як дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація. Також продовжується ведення щоденника думок і емоцій.	1 сесія
VI	Завершальний	Узагальнюються досягнуті результати. Проводиться повторне тестування з використанням тих самих діагностичних інструментів, що й на першому етапі, для оцінки ефективності терапії.	1 сесія

Запропонована структура авторської корекційно – профілактичної програми базується на класичних принципах КПТ, адаптованих до роботи зі страхами. Послідовне впровадження кожного етапу дозволяє не лише виявити джерела страхів, але й поступово змінити деструктивні переконання, навчити учасників ефективним технікам подолання тривоги та сформувати нові навички емоційної саморегуляції.

Особливістю програми є її поетапність, гнучкість та доказова ефективність КПТ, підтверджена численними дослідженнями. Такий підхід забезпечує систематичний вплив на когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти страху, що дозволяє досягти стійкого позитивного результату [12; 17]. Варто зазначити, що окрему увагу в програмі приділено освітньому компоненту та технікам самопомоги, що підвищує автономність учасників у подоланні майбутніх тривожних станів. Завдяки ретельному поєднанню когнітивних, поведінкових та релаксаційних технік, програма є ефективною як для підлітків [5], так і для дорослих учасників [3; 14]. Таким чином, впровадження даної КПТ-програми є науково обґрунтованим.

Після впровадження авторської когнітивно-профілактичної програми для подолання страхів було проведено повторне дослідження з використанням тих самих психодіагностичних методик, які застосовувались на етапі первинної діагностики. Це дозволило здійснити порівняльний аналіз змін у рівнях тривоги, виявити ефективність використаних технік і визначити напрями подальшої психокорекційної роботи.

Для оцінки загального рівня тривоги та інтенсивності дисфункційних переконань використовувалась «Шкала тривожності Спілберга–Ханіна STAI»; «Опитувальник дисфункціональних переконань за А. Беком, А. Вейсманом, DAS». В таблиці 2.5. представлений порівняльний аналіз результатів діагностики тривоги й інтенсивності дисфункційних переконань ($n = 12$).

Таблиця 2.5.

Порівняльний аналіз результатів діагностики тривоги й інтенсивності дисфункційних переконань до та після КПТ

Методики діагностики	До КПТ (Середній показник в балах)	Рівень	Після КПТ (Середній показник в балах)	Рівень	Зниження тривоги у %
«Шкала тривожності Спілберга–Ханіна STAI»	48	Високий	40	Середній	16.67 %
«Опитувальник дисфункційних переконань за А. Беком, А. Вейсманом, DAS»	110	Високий	81	Середній	26,36%

Результати показали суттєве зниження рівня тривожності. На початку діагностики досліджувані показували високий рівень тривоги, після проходження авторської корекційно-профілактичної програми рівень тривоги знизився до середнього. Зниження на 16,67 % свідчить про те, що емоційний стан досліджуваних покращився. Не зважаючи на те, що рівень тривоги залишається в межах середнього, тенденція до зниження вказує на те, що втручання було ефективним.

Результати діагностики інтенсивності дисфункційних переконань теж демонструють суттєве зменшення інтенсивності. Майже третина емоційного напруження знизилась на 26,36 % після впровадження програми КПТ. Ці кількісні результати демонструють позитивну динаміку, що узгоджується з ефективністю КПТ у роботі зі страхами, описаною в сучасних наукових дослідженнях [14].

Візуалізацію результатів представлено на рис. 2.2., де зображено динаміку загального рівня тривожності до і після впровадження програми.

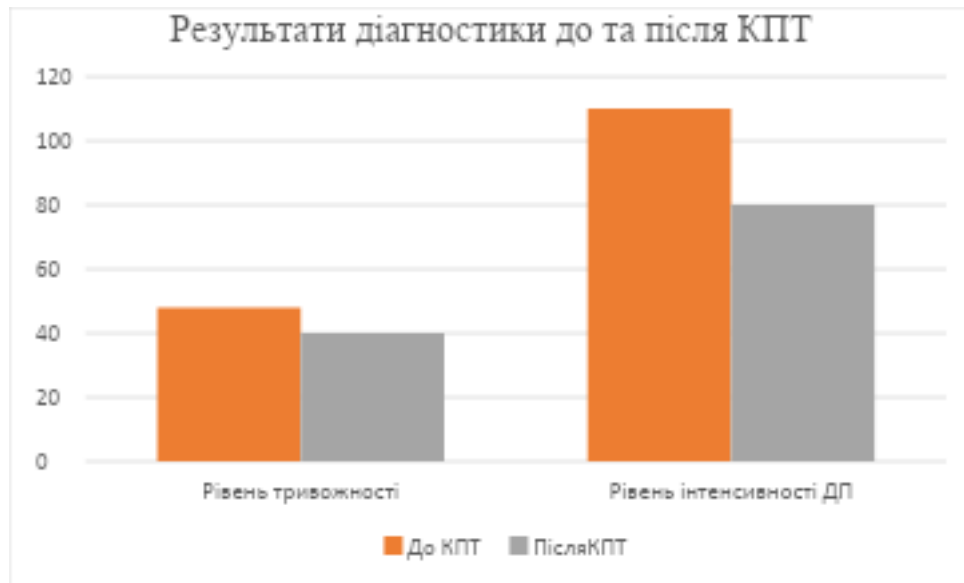


Рис. 2.2. Динаміка рівня тривожності та рівня інтенсивності дисфункційних переконань до і після впровадження програми.

Якісний аналіз передбачав аналіз вільних відповідей учасників, їхніх записів у щоденниках думок, а також змін у поведінці, які спостерігалися під час виконання завдань програми. Основні зміни включали появу нових когнітивних стратегій: учасники почали фіксувати негативні автоматичні думки та ставити їх під сумнів, що свідчить про формування нової установки до ситуацій, що лякають.

Підвищення активної поведінкової участі: учасники почали більше взаємодіяти в соціальних ситуаціях, брати участь у групових завданнях, виходити за межі зони комфорту. Формування відчуття контролю: зворотний зв'язок показав, що респонденти почали відчувати менше безпорадності перед страхом, а більше – контролю та здатності впоратися з ситуацією.

Таким чином, якісні зміни свідчать про глибинну трансформацію не лише поведінкових реакцій, а й когнітивно-емоційної сфери, що є центральним завданням когнітивно-поведінкової терапії [3].

Висновки до розділу 2

У процесі проведення емпіричного дослідження ми виконали наступні завдання:

1. Здійснили підбір психодіагностичного матеріалу, а саме: для виявлення, ідентифікація та ієрархії страхів студентів ми використали «Опитувальник ієрархічної структури актуальних страхів особистості» (Ю. Щербатих, та Є. Івлевої, ICAC). За яким ми визначили, що серед студентів поширеними є такі страхи, як: страх війни 89%; страх втратити близьких 64%; страх іспитів 52%; страх смерті 49%. Для оцінки рівня тривожності досліджуваних ми використали «Шкалу тривожності Спілбергера–Ханіна STAI». Було встановлено, що більшість студентів мають середній рівень особистісної (55%) та ситуативної тривожності (50%); 30% мають високий рівень особистісної тривожності, 15 % – низький рівень. З метою дослідження рівня інтенсивності впливу дисфункційних переконань у студентів нами було використано «Опитувальник дисфункційних переконань за А. Беком, А. Вейсманом, DAS». Методика показала, що більшість студентів мають середній і високий рівень інтенсивності дисфункційних переконань, цей фактор проявляється в яскраво вираженій схильності до викривленого сприйняття дійсності і впливає на відчуття страху та тривоги.

2. Нами здійснено емпіричне дослідження ефективності когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у подоланні різних форм страхів. Робота охопила методологічні засади, організацію, проведення та обговорення результатів, впровадження КПТ-програми серед осіб із різними типами страхів, зокрема тривоги. Результати показали суттєве зниження показника тривоги на 16, 67 %, це говорить про поліпшення психологічного стану у досліджуваних. На 26,36 зменшилась інтенсивність у студентів, що теж свідчить про ефективність впровадження авторської корекційної програми.

ВИСНОВКИ

Результати дослідження дозволяють зробити наступні узагальнення:

1. Страх – це адекватний психічний стан, який з'являється через інстинкт самозбереження; це негативно забарвлений процес, який містить емоційну реакцію на реальну чи уявну небезпеку

Причинами страху виступають : емоції (різні емоції можуть викликати страх через принцип емоційного зараження) ; когнітивні чинники (думки, спогади про об'єкт через який людина пережила страх, уявний образ або ситуація яка може спровокувати певні переживання, негативні думки про майбутнє); природні стимули страху (біль, раптова зміна стимуляції, стрімке наближення об'єкта). За класифікацією Ю. Щербатих страхи можна поділити на три основних групи: а) *біологічні; соціальні; екзестинційні, фобії*. До форм страхів відносяться : тривога, переляк, боязнь, страх , жах, паніка.

2. Здійснивши теоретичний аналіз наукової літератури, нами було визначено, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найсучасніших, дієвих, науково-обґрунтованих методів психотерапевтичної допомоги, що використовується по всьому світу та має наукові докази ефективності. У роботі зі страхами (з такими її формами як: тривога, фобії, паніка) КПТ використовує низку ефективних протоколів та дієвих технік (сократівський діалог, ведення щоденника думок та почуттів, поведінкові експерименти, техніки релаксації, робота з образами, декатастрофізації).

3. Проведене емпіричне дослідження дало змогу виявити актуальні страхи для студентів. Серед них війна на першому місці, і страх втратити близьких на другому. Нами було відібрано 12 студенток, у яких ми виявили найвищий рівень тривожності, та інтенсивності впливу дисфункційних переконань, які тільки посилювали страхи. Ми розробили та впровадили корекційно-профілактичну програму для роботи зі страхами. Результати

впровадження програми показали позитивний вплив КПТ на прояви тривожності та дисфункційних переконань. За результатами дослідження у всіх досліджуваних знизився рівень тривоги (на 16,67%), та рівень впливу інтенсивності дисфункційних переконань (на 26,36 %). Це свідчить про ефективність нашої корекційно – профілактичної програми і дієвості когнітивно-поведінкових технік в роботі з різними формами страху.

4. Перспективи подальших наукових розвідок з проблеми дослідження вбачаємо в продовженні дослідженні ефективності КПТ в роботі з іншими розладами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александров Ю. В. Поняття страху у психології. Київ : Наукова думка, 2021. С. 134–136.
2. Бацилева О.В. Особливості психодіагностики страхів у дорослому віці. Габітус, 2020. Вип. 20. С. 69-76
3. Бень Н.В. Когнітивно-поведінкова терапія як інструмент розвитку здібностей людини в ситуації пошуку роботи. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Київ : Міленіум, 2018. № 26. С. 207–216.
4. Варій М. Й. Психологія : навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2009. 288 с.
5. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 410 с.
6. Дерев'янка С. П. Когнітивно-поведінкова терапія : навч.-метод. рекомендації. Чернігів : НУЧК ім. Т. Г. Шевченка, 2023. 60 с.
7. Єгоров В. А. Застосування основних підходів когнітивно-поведінкової терапії. Умань : Видавець «Сочінський М. М.», 2023. 78 с.
8. Мовчан М. М. Феномен страху: його класифікація і рівні. *Наукові записки. Серія «Філософія»*. Острог : Видавництво НаУ «Острозька академія». 2012. Вип. 10.
9. Ольховецький С. М. Феноменологія тривоги та страху. *Збірник наукових праць КПНУ ім. Івана Огієнка*. Кам'янець-Подільський : КПНУ. 2010. С. 174–182.
10. Павелків Р. В. Вікова психологія : підруч. Київ : Кондор, 2011. 468 с.
11. Романчук О. І. Когнітивно-поведінкова терапія соціальної фобії : метод. матеріали. Київ : ВД «Каравела», 2015. 98 с.
12. Романчук О. І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів. *НейроNews*. Київ : Медкнига. 2012. Т. 39, № 4. С. 40–46.

13. Терлецька Л. Взаємозв'язок страхів, фобій, тривожності із самоставленням особистості. *Вісник КНУ імені Тараса Шевченка*. Київ: КНУ. 2020. С. 57–63.
14. Триандофілова Т. Когнітивно-поведінкова терапія у боротьбі з наслідками соціальної ізоляції. *Наукові праці МАУП. Психологія*. Київ : МАУП. 2024. Т. 56, № 4. С. 44–48.
15. Чернікова О. А. Страх спілкування і невпевненість в собі. Львів : Самвидав, 2020. 254 с.
16. Чолій С. М. Огляд ефективності інтернет-КПТ. Львів : УІКПТ, 2020. 32с.
17. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків : Прапор, 2007. 640 с.
18. Ялом І. Ліки від кохання. Харків : Глобус, 2017. 272 с.
19. Томчук С. М., Томчук М. І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: монографія. Вінниця : КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти», 2018. 200 с.
20. Шулдик А. В., Шулдик Г. О. Діагностика соціальних страхів студентів. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : зб. тез III Всеукр. наук.-практ. конф.* Львів : ЛьвДУВС. 2018. С. 428–432.
21. Екстремальна та кризова психологія: термінологічний словник / Ю. В. Александров, І. Є. Богданова, Ю. В. Воронова та ін. ; за заг. ред. О. В. Тімченко. Харків : ХНАДУ ; НУЦЗУ, 2010. 291 с.
22. Beck A. T. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. New York : The Guilford Press, 2020. 452 p.
23. Blakey S. M., Abramowitz J. S. The effects of safety behaviors during exposure therapy for anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*. Amsterdam : Elsevier, 2016. Vol. 49. P. 1–15.

24. Carpenter J. K., Andrews L. A., Witcraft S. M., et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders... *Depression and Anxiety*. Hoboken: Wiley. 2018. Vol. 35, № 6. P. 502–514.
25. Chambless D. L., Stewart R. E. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders... *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Washington, DC : APA. 2009. Vol. 77. № 4. P. 595–606.
26. Clark D. M., Beck A. T. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York : The Guilford Press, 2010. 376 p.
27. Fitzgerald H. E., Hoyt D. L., Kredlow M. A., et al. Anxiety sensitivity as a malleable mechanistic target... *Clinical Psychology: Science and Practice*. Oxford : Wiley-Blackwell. 2021. Vol. 28. № 4. P. 323–340.
28. Foa E. B., McNally R. J. Treatment of posttraumatic stress disorder... *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Washington, DC : APA. 1991. Vol. 5. № 95. P. 715–723.
29. Hofmann S. G., Asnaani A., Vonk I. J., et al. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy... *Cognitive Therapy and Research*. New York : Springer. 2012. Vol. 36. № 5. P. 427–440.
30. Hofmann S. G., Smits J. A. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders... *Journal of Clinical Psychiatry*. New York : Physicians Postgraduate Press. 2008. Vol. 69. № 4. P. 621–632.
31. Kian M. J., Zong M., Fischer K., et al. Can an LLM-Powered Socially Assistive Robot... arXiv preprint arXiv:2402.17937. Cornell University : arXiv, 2024.
32. Reinholt N., Krogh J. Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy... *Cognitive Behaviour Therapy*. Abingdon : Taylor & Francis. 2014. Vol. 43. № 3. P. 171–184.
33. Smits J. A. J., Berry A. C., Tart C. D., Powers M. B. The efficacy of cognitive-behavioral interventions... *Behaviour Research and Therapy*. Oxford : Elsevier, 2008. Vol. 46, № 9. P. 1047–1054.

ДОДАТКИ

Додаток А

Пояснювальна записка

Страх – це природна і цінна емоція. Вона має велике значення для виживання, заохочуючи нас боротися за життя або негайно рятуватися від загрози. Але якщо страх занадто великий і приймає форму хронічної тривоги, його переживання стає неймовірно болючим і виснажливим. Тривога - це довгий страх, який залишається за відсутності реальної загрози: коли минула реальна загроза, в ситуаціях, які насправді не надто небезпечні, або в очікуванні майбутньої потенційної загрози. Коли тривога приймає хронічну форму і починає контролювати ваше життя, вона перетворюється на тривожний розлад. Дослідження переконливо доводять, що найбільш ефективним методом лікування станів тривожності є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

КПТ дає кращий результат, ніж ліки, психоаналіз, гіпноз та всі інші методи, які використовували для лікування тривожності протягом багатьох років. Ця методика спрямована на пошук рішень. У центрі методології існує ідея, що зміна психічних та поведінкових шаблонів «тут і тепер» дозволяє покращити психологічне самопочуття, вирішити проблеми, з якими стикаються люди, та дає можливість досягати пріоритетних цілей.

Заняття № 1.

Мета: оцінка рівня тривожності, типів когнітивних викривлень та загального емоційного стану учасника

Знайомство

Хід роботи: Учасники знайомляться один з одним. Ведучий презентує корекційну програму і пояснює для чого вона була створена. Оскільки учасники пройшли діагностику на рівень тривоги, та інтенсивність впливу дисфункційних переконань раніше (були відібрані 12 досліджуваних які мали найвищий рівень тривоги), то на початку програми ведучий обговорив результати дослідження з учасниками.

Обговорення правил роботи в групі: Пояснення як потрібно поводити себе в групі (ми приймаємо один одного без упереджень, чи осуду, все що відбуватиметься в групі строго конфіденційно, поважаємо один одного і не перебиваємо., ставимося один до одного з доброзичливістю і розумінням)

Вправа « Мозковий штурм» : Учасники розповідають чого вони бояться, або боялися в дитинстві, яким чином намагалися подолати свої страхи , та як це впливало, або впливає на їх життя. Кожен з учасників пропонує власні ідеї як боротися з тривогою. Потім аналізуємо озвучені ідеї.

Аналіз і обговорення результатів .

Студенти разом з тренером обговорюють перше заняття, свої думки та відчуття стосовно першого дня. Тренер дає домашнє завдання : переглянути відео матеріал про « Подолання страху».

Заняття № 2.

Мета: ознайомити учасників з інформацією про природу страхів і тривоги, а також ознайомити з КПТ. Початкове ознайомлення з негативними автоматичними думками (НАД), та їх впливом на емоції та поведінку.

Привітання: Учасники вітаються один з одним , обговорюють свої почуття та стан на даний момент. Також обговорюють домашнє завдання.

Міні - лекція про природу страхів та методи КПТ при боротьбі з ними.

Тренер використовує підготовлений теоретичний матеріал на тему страхів та впливу когнітивно- поведінкової терапії . Ознайомлює учасників з такими поняттями як :негативні автоматичні думки, та когнітивні спотворення. Усі матеріали для міні - лекцій взяті з теоретичного блоку дипломної роботи.

Перегляд мультфільму про соціальну тривогу.

Письмова вправа «запис автоматичних думок»:

Запис думок одна з ключових інструментів КПТ. Вона допомагає краще розпізнавати переконання які ви формуєте про себе. Запис думок допоможе як саме думки впливають на ваше самопочуття.

Інструкція: Опишіть проблему на основі думки яка вас турбує, в першу колонку . Ретельно подумайте які саме НАДи впливають на ваші емоції. В другій колонці напишіть які емоції ви відчуваєте через ваші думки. В третій колонці запишіть , як ви себе зазвичай поведіте коли виникають подібні думки та емоції. Приклад:

Автоматична думка	Емоції	Поведінка
«Усі мої фото не достатньо гарні» Ситуація: Під моїми фото є негативні коментарі.	Сум	Людина закривається. Не викладає свої фото

Аналіз і обговорення результатів. Учасники обговорюють разом з тренером свої автоматичні думки, та емоції. Аналізують свої відчуття, щодо проведеної вправи , та заняття загалом. Висловлюють свої думки щодо прослуханої інформації та проведеного заняття.

Домашнє завдання: Навчитись відстежувати негативні автоматичні думки та когнітивні спотворення, створити емоційний щоденник думок та записувати їх туди, замінюючи негативні думки на більш раціональні.

Заняття № 3.

Мета: Навчитися ідентифікувати автоматичні негативні думки та замінювати їх на більш реалістичні. Ознайомитись з глибинними переконаннями (ГП), та когнітивними спотвореннями (КП). Пояснити їх роль у виникненні тривоги.

Привітання: Учасники вітаються один з одним , обговорюють свої почуття та стан на даний момент. Також обговорюють домашнє завдання.

Письмова вправа «запис автоматичних думок» (розширена версія)

Інструкція: Опишіть проблему на основі думки яка вас турбує, в першу колонку . Ретельно розгляньте опис когнітивних спотворень , та подумайте які саме КС впливають на ваші думки. В другій колонці напишіть КС яка

ймовірно впливає на ваші думки. В третій колонці запишіть думку яка є більш раціональною. Приклад:

Автоматична думка	Емоція	Когнітивні спотворення	Раціональна думка
«Усі мої фото не достатньо гарні» Ситуація: Під моїми фото є негативні коментарі.	Сум	«Чорно-біле мислення», Надузагальнення», « Порівняння»	«Мої фото можуть декому не подобатись, але вони подобаються мені, і це важливіше !»

Перегляд відеоролика « Страх та тривога. Як подолати?»

Аналіз і обговорення результатів. Учасники обговорюють разом з тренером свої автоматичні думки, та відчуття .Аналізують свої емоції, щодо проведених вправ , та заняття загалом. Висловлюють свої думки щодо прослуханої інформації та проведеного заняття.

Домашнє завдання: Продовжувати вчитись відстежувати негативні автоматичні думки та когнітивні спотворення , вести емоційний щоденник думок .

Заняття № 4.

Мета: Навчитися формулювати альтернативні переконання. Підвищення самосвідомості, контроль над думками

Привітання: Учасники вітаються один з одним , обговорюють свої почуття та стан на даний момент. Також обговорюють домашнє завдання

Метод «Сократівський діалог» – тренер обирає бажаючих прийняти участь в обговоренні проблемних думок. Сократівські запитання не використовуються для того, щоб довести свою точку зору. Їх головна мета – допомогти людині краще зрозуміти свої думки та, можливо, побачити ситуацію по-іншому.

Коли ми ставимо такі запитання, важливо, щоб клієнт міг самостійно на них відповісти, а самі запитання відкривали для нього нові можливості для роздумів.

Наприклад, можна запитати: «Що б це значило для вас, якби ця думка була правдивою?», «Чому ви так вважаєте?», «Як ми можемо це перевірити?», «Які є докази цієї думки?»

У когнітивно-поведінковій терапії ми часто використовуємо цю техніку, бо вона допомагає змінити спосіб мислення. Її застосовують майже при всіх психологічних розладах, над якими працює КПТ.

Вправа «Докази за і проти»: Потрібно вибрати думку яку хочемо протестувати. Виступаємо так би мовити адвокатом цієї думки. Знаходимо докази які будуть «за» і «проти» вашої думки. На основі доказів створюємо реалістичну думку. Всі учасники виконують цю вправу самостійно .

Приклад бланку для заповнення:

Ситуація	НАДи	Емоція	Докази «за»	Докази «проти»	Альтернативне переконання
Батько кричав на мене через зламаний телефон.	«Тато думає що Я нікчемний, у мене завжди так»	Страх Сором	«Я дійсно зламав телефон, і засмутив тата»	«Це сталося вперше за 3 роки, відколи його мені купили»	«Це може статися з кожним» , « його можна відремонтувати» і виправити ситуацію»

Аналіз і обговорення результатів. Учасники обговорюють разом з тренером свої автоматичні думки, та відчуття .Аналізують свої емоції, щодо проведених вправ , та заняття загалом. Висловлюють свої думки щодо прослуханої інформації та проведеного заняття.

Домашнє завдання: Відстежувати в проблемних ситуаціях НАДи, та за допомогою технікам яким учасники навчилися на заняттях надавати альтернативні переконання.

Заняття № 5

Мета: Поступове занурення в причини тривожності , та зниження страху через контрольовану зустріч з тригерами.

Привітання: Учасники вітаються один з одним , обговорюють свої почуття та стан на даний момент. Також обговорюють домашнє завдання.

Виконання техніки .Техніка «Вертикальний спуск».

Опис : іноді негативні думки правдиві, скажімо, коли пацієнт думає, що на вечірці він буде ігнорований або відхилений. Так, це класичний прогноз майбутнього, але це може бути правдою. Однак, якщо вивчити, які переконання лежать в основі страху, ми можемо зменшити вплив думок на нас . Вам потрібно задати наступні запитання: "Припустимо, це буде правда – і що тоді?" або "Якщо це дійсно станеться, що це буде для вас?" Техніку називали вертикальним спуском , тому що ми намагаємось дістатися до найглибших переконань людини. Відповідно, у верхній частині сторінки учасник пише оригінальну думку, а потім малює стрілку, спрямовану вниз, вказуючи на думки та події. "Навіть якщо ваша думка правильно відображає реальність, чому це вас так турбує? Які ще думки вона приносить? Що, як вам, здається, відбудеться далі?" Учасник повинен продовжувати копати глибше, розкриваючи думки та події, які виникнуть, якщо ця думка виявиться правдивою. Мета полягає в тому, щоб знайти основні значення та наслідки негативної думки чи подій. Техніка вертикального спуску допомагає дістатися до глибоких страхів, про які учасник може не знати. Наприклад, багато хто з нас бояться померти - але що саме цей страх означає для кожного з нас? Наприклад:

Якщо я почну розмову , то я йому не сподобаюсь

Якщо я йому не сподобаюсь , це означає, що я нудна.

Я боюсь, що йому ніколи не сподобаюсь

Я боюсь, що завжди буду одна.

Я боюсь самотності .

Кожен учасник повинен виконати цю техніку . Після вправи обговоріть страхи учасників. Порівняйте діалоги між учасниками, кожен з яких говорив про свій страх.

Вправа : Гіперболізація (перебільшення) та план Б. Техніка полягає в тому, щоб подумки донести свій страх до абсурдно перебільшеного розміру, а потім повернутися до реальності і усвідомити, що проблема насправді, навіть якщо вона виникає в реальності, досить вирішена.

Наприклад, хтось боїться їздити на машині в місті-щільний рух, раптом куточок чужої машини, трапиться аварія ... як можна використовувати цю техніку? Давайте уявимо : Ось я веду машину і раптом врізається в інший автомобіль. Це трапляється? Безумовно. Далі ми починаємо «закінчувати»: це не просто машина, а машина мафії начальника, страшенно дорога. Приїхали охоронці , погрожують мені зброєю. Поліція йде за ними, почалася перестрілка. І тут, уявіть, з неба спускається літаючий блюдець, і в цілому всі, хто присутні разом із своїми автомобілями, спалюються лазером, а потім прибульці танцюють на попіл.

Бажаючи учасники, виконують вправу в слух , і діляться своїми відчуттями.

Вправа для розслаблення « Порахуй»

Інструкція: Сядьте зручно, покладіть руки на коліна. Рахуйте від 10 до 1 роблячи глибокий вдих і повільний видих. Потім з заплющеними очима знову рахуйте від 10 до 1 вдихаючи , при цьому на кожному рахунку затримуйте подих, зробіть повільний видих уявляючи як зменшується напруження. Знову рахуйте від 10 до 1. Видихаючи повітря уявіть що воно теплого золотого кольору. З кожним видихом воно перетворюється у хмарки. Побудьте на цих хмарах доти, доки не розплющите очі.

Аналіз і обговорення результатів.

Домашнє завдання: Одна з головних проблем тривоги пов'язана з тим, що вона здатна «паралізувати» людину. Ви хочете почати діяти, але здається що це неможливо. Кожен зроблений крок до виконання завдання , допомагає зменшити тривогу до наступного кроку.

Інструкції:

1. Виберіть завдання, яке вам здається грандіозним, та викликає тривогу:

2. Розбийте завдання на 10 кроків . Поступово виконуйте кожен крок.

3. Позначте галочкою завершення кожного етапу завдання.

Якщо вам потрібно, розбийте завдання на менші кроки і зробіть перерви в процесі роботи. Відчуття успіху збільшить необхідну мотивацію для наступного кроку. Крім того, ви, мабуть, дізнаєтесь щось нове про свою тривогу та способи боротьби з нею. Досягнутий результат вас здивує, адже дуже часто люди здатні на більше, ніж вони самі думають.

Заняття № 6.

Мета: зменшення відчуття тривоги , підведення підсумків.

Привітання: Учасники вітаються один з одним , обговорюють свої почуття та стан на даний момент. Також обговорюють домашнє завдання.

Вправа: Техніка «декатастрофізація». Очевидно, назва техніки походить від слова "катастрофа". Інструкція: сформулюйте свій страх і думайте, що найгірше може статися, якщо ваш страх здійсниться? Наприклад, якщо я постійно переживаю про те, щоб не запізнюватися на зустріч, я можу подумати-що станеться, якщо я дійсно запізнюсь? .. хтось помре? Я знищу стосунки з людиною, яка запізнюється на побачення назавжди? Швидше за все, ні. Вони можуть трохи образити мене, зробити мені зауваження, але навряд чи відбудеться справжня непоправна катастрофа. Навіть якщо я запізнююсь на літак або важливе інтерв'ю про роботу, кожен залишатиметься живим і здоровим, і я можу вирішити проблему (наприклад, придбайте новий квиток). В результаті роботи з цією технікою видаляється тривожний, інтенсивний емоційний стан, а потім раціональна робота з ризиками: що я

можу зробити, щоб забезпечити мене і уникнути пізнього? Усі учасники обирають одну ситуацію яку вважають катастрофічною , і виконують вправу.

Вправа «Небо» Мета: розслаблення, зняття напруги

Опис: Уявіть, що надворі теплий літній день. Ви лежите на траві – вона м’яка, прохолодна і пахне свіжістю. Ви дивитесь угору – небо чисте, ясне, блакитне. Просто спостерігайте за ним.

Уявіть, як над вами пролітає легенький метелик. Його крильця яскраві й красиві, а сам він майже невагомий. Ви дивитесь, як він відлітає далі.

Потім у небі з’являється орел. Ви слідкуєте за його польотом і поступово наче «занурюєтесь» у глибину неба.

Ще вище ви помічаєте маленьку білу хмаринку. Вона повільно пливе й поступово зникає.

А тепер перед вами лише безкрає небо. Уявіть, що ви самі — це небо: легке, без тіла, велике й вільне. У вас немає меж, ви наче розчинилися у просторі. Ніщо вас не стримує.

Відчуйте внутрішню легкість, свободу і спокій.

Підсумки: Проводиться повторна діагностика; Оцінюються зміни які відбулись в усіх учасників. В групі відбувається активний діалог в якому учасники діляться своїми відчуттями, щодо проходження тренінгу.

