

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Хмельницький інститут**

Кафедра психології

**ВПЛИВ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА
ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТРИВОЖНОСТІ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

МЕЛЬНИК ВІКТОРІЇ АНАТОЛІЇВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри: _____
«___» _____ 2026 р.

Науковий керівник:
Топольницька Г.Ю.,
кандидат психологічних наук
доцент

Рецензент:

Хмельницький 2026

Реєстрація

номер

дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано**до захисту**підпис наукового
керівника

ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

11.06.2026 р.

оцінка

дата захисту

Голова ЕК

Л. М. Мотозюк

підпис

ініціали, прізвище

Члени ЕК

В.В. Олійник

підпис

ініціали, прізвище

О.В. Данько

підпис

ініціали, прізвище

М.І. Чорна

підпис

ініціали, прізвище

Секретар ЕК

С.В. Лівшун

підпис

ініціали, прізвище

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Хмельницький інститут**

Кафедра психології

спеціальність 053 «Психологія»
курс 2 (магістратура)

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра

Мельник Вікторії Анатоліївни

1. Тема роботи: **«Вплив когнітивно-поведінкової терапії на подолання соціальної тривожності»**
2. Цільова установка: вихідні дані: матеріали переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу 1 табл., 3 рис.
4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	Консультант (Прізвище, ініціали)	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Розділ 1	Топольницька Г.Ю.		
Розділ 2	Топольницька Г.Ю.		
Розділ 3	Топольницька Г.Ю.		

5. Зміст роботи:
 - Вступ.
 - Розділ 1. Теоретичні основи дослідження впливу когнітивно-поведінкової терапії на подолання соціальної тривожності.
 - Розділ 2. Емпіричне дослідження впливу когнітивно-поведінкової терапії на подолання соціальної тривожності особистостей.
 - Розділ 3. Психологічні заходи щодо подолання соціальної тривожності особистостей.
 - Висновки.
 - Список використаних джерел.
 - Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	Фактичний
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.		
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.		
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.		
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.		
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.		
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.		
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.		
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.		
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.		

Дата видачі завдання

Науковий керівник _____ (Топольницька Г.Ю.)

Завдання прийняв до виконання

здобувач _____ (Мельник В.А.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 97 сторінок, таблиця, 3 рисунки, 82 джерела.

Об'єкт дослідження – соціальна тривожність як феномен.

Предмет дослідження – вплив когнітивно-поведінкової терапії на подолання соціальної тривожності.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити ефективність когнітивно-поведінкової терапії у подоланні соціальної тривожності, а також розробити практичні рекомендації щодо її застосування.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, узагальнення, систематизація наукових джерел; емпіричні: психодіагностичні методики, спостереження, анкетування; методи обробки даних: кількісний та якісний аналіз результатів.

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ, СОЦІАЛЬНА ТРИВОЖНІСТЬ, ТРИВОЖНІСТЬ, ПСИХОЛОГІЧНІ ТЕХНІКИ, ОСОБИСТІСТЬ, СТРЕС, РЕКОМЕНДАЦІЇ

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY, SOCIAL ANXIETY, ANXIETY, PSYCHOLOGICAL TECHNIQUES, PERSONALITY, STRESS, RECOMMENDATIONS

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТРИВОЖНОСТІ.....	6
1.1. Поняття тривожності у сучасній психології.....	6
1.2. Особливості соціальної тривоги.....	11
1.3. Когнітивно-поведінкова терапія як метод подолання соціальної тривожності.....	18
1.4. Основні техніки когнітивно-поведінкової терапії в роботі із соціальною тривожністю.....	24
Висновки до першого розділу.....	37
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ОСОБИСТОСТЕЙ.....	40
2.1. Підбір та обґрунтування методик дослідження.....	40
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	47
Висновки до другого розділу.....	54
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ ЩОДО ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ОСОБИСТОСТЕЙ.....	56
3.1. Програма когнітивно-поведінкової корекції соціальної тривожності.....	56
3.2. Практичні рекомендації щодо застосування когнітивно-поведінкової терапії.....	66
Висновки до третього розділу.....	75
ВИСНОВКИ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	80
ДОДАТКИ.....	

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена зростанням рівня тривожних розладів у сучасному суспільстві, зокрема соціальної тривожності, яка істотно впливає на якість життя особистості, її міжособистісні взаємини та професійну реалізацію. В умовах постійних соціальних змін, високого рівня невизначеності та інформаційного навантаження значна кількість людей стикається з труднощами у соціальній взаємодії, що супроводжуються страхом оцінювання, униканням комунікації та зниженням самооцінки.

Соціальна тривожність є складним психологічним феноменом, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Вона може проявлятися як у формі ситуативної тривоги, так і у вигляді стійкого розладу, що потребує психологічної корекції. У зв'язку з цим особливого значення набуває пошук ефективних методів її подолання.

Одним із найбільш науково обґрунтованих і практично ефективних підходів до корекції соціальної тривожності є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Її перевага полягає у спрямованості на зміну дисфункціональних думок і поведінкових стратегій, що підтримують тривожність, а також у формуванні навичок саморегуляції та адаптивної соціальної поведінки.

Значний внесок у вивчення когнітивних механізмів тривожності зробив Аарон Бек, який заклав теоретичні основи когнітивно-поведінкового підходу. У його працях тривожні стани розглядаються як результат дисфункціональних переконань, автоматичних думок та когнітивних викривлень.

Вагомий внесок у дослідження соціальної тривожності здійснили Девід Кларк та Адріан Веллс, які розробили когнітивну модель соціальної фобії та описали механізми підтримання тривожності через самофокусування уваги, уникаючу поведінку та негативне самосприйняття.

Теоретичні та практичні аспекти когнітивно-поведінкової терапії висвітлені у працях Джудіт Бек та Роберта Ліхі, які досліджували методи когнітивної реструктуризації, експозиційної терапії та поведінкових інтервенцій у роботі з тривожними розладами.

В українській психології проблеми тривожності, емоційної саморегуляції та психотерапевтичної допомоги розглядали Сергій Максименко, Тетяна Титаренко, Олег Романчук та Олександр Плужнік. Їхні дослідження стосуються особливостей формування тривожності, впливу соціального середовища на розвиток особистості.

Попри значну кількість досліджень у цій сфері, питання практичного застосування КПТ у роботі із соціальною тривожністю потребує подальшого вивчення, зокрема в контексті розробки ефективних програм корекції та адаптації методик до індивідуальних особливостей клієнтів. Це визначає актуальність даного дослідження.

Об’єкт дослідження: соціальна тривожність як феномен.

Предмет дослідження: вплив когнітивно-поведінкової терапії на подолання соціальної тривожності.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити ефективність когнітивно-поведінкової терапії у подоланні соціальної тривожності, а також розробити практичні рекомендації щодо її застосування.

Завдання дослідження:

- розкрити поняття тривожності у сучасній психології;
- розглянути особливості когнітивно-поведінкової терапії як методу подолання соціальної тривожності;
- здійснити емпіричне дослідження рівня соціальної тривожності молоді;
- розробити програму когнітивно-поведінкової корекції;
- надати практичні рекомендації щодо застосування КПТ.

Наукова новизна дослідження полягає у поглибленні уявлень про когнітивні механізми соціальної тривожності та уточненні особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії у її подоланні. У роботі запропоновано структуровану програму корекції соціальної тривожності з урахуванням поєднання когнітивних і поведінкових технік, а також обґрунтовано практичні підходи до їх застосування.

Методологічна база дослідження: становлять положення когнітивно-поведінкової теорії, концепції тривожності у сучасній психології, а також наукові підходи до розуміння соціальної взаємодії та емоційної регуляції.

У дослідженні використано такі методи: теоретичні: аналіз, узагальнення, систематизація наукових джерел; емпіричні: психодіагностичні методики, спостереження, анкетування; методи обробки даних: кількісний та якісний аналіз результатів.

Теоретична значущість дослідження полягає у систематизації наукових знань про соціальну тривожність та механізми її формування, а також у розширенні уявлень про можливості когнітивно-поведінкової терапії як ефективного інструменту психологічної корекції.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, психотерапевтів та консультантів. Розроблені рекомендації та програма корекції можуть бути застосовані у роботі з клієнтами, які мають соціальну тривожність, а також у навчальному процесі підготовки фахівців-психологів.

Структура кваліфікаційної роботи: складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТРИВОЖНОСТІ

1.1. Поняття тривожності у сучасній психології

У сучасній психологічній науці тривожність розглядається як складний багатовимірний психічний феномен, що відображає індивідуальну схильність особистості до переживання стану тривоги у ситуаціях реальної або уявної загрози. Дослідження тривожності займають важливе місце у загальній, віковій та клінічній психології, оскільки цей феномен безпосередньо пов'язаний із процесами адаптації, саморегуляції та психічного здоров'я особистості.

У науковій літературі існують різні підходи до визначення тривожності. Зокрема, Ч. Спілбергер розглядає тривожність як двокомпонентне утворення, виокремлюючи ситуативну тривогу (стан, що виникає у відповідь на конкретну загрозову ситуацію) та особистісну тривожність як стійку індивідуально-психологічну характеристику. Такий підхід дозволяє диференціювати короточасні емоційні реакції та стабільні особистісні властивості [35, с. 218].

У вітчизняній психології подібне положення, тривожності, а саме як інтегративну характеристику особистості розглядає С. Максименко. Він визначає тривожність як психічний стан і водночас властивість особистості, що проявляється у схильності до переживання емоційної напруженості, занепокоєння та очікування несприятливого розвитку подій [35, с. 215].

На думку С. Максименка, тривожність проявляється у підвищеній чутливості до потенційних труднощів, схильності до переживання внутрішнього напруження, занепокоєння та очікування несприятливого розвитку подій [35, с. 214]. При цьому тривожність не обмежується лише емоційною сферою, а впливає

також на когнітивні процеси, особливості поведінки та міжособистісну взаємодію.

Дослідник підкреслює, що тривожність формується внаслідок поєднання внутрішніх індивідуально-психологічних особливостей особистості та зовнішніх умов її розвитку. Важливе значення мають попередній життєвий досвід, характер соціальних взаємин, стиль сімейного виховання та особливості інтерпретації подій. За наявності стійкої схильності до тривожних переживань людина починає сприймати навіть нейтральні або неоднозначні ситуації як потенційно небезпечні.

Особливістю тривожності як особистісної характеристики є її вплив на систему оцінювання власних можливостей та навколишнього середовища. Особи з підвищеним рівнем тривожності частіше демонструють невпевненість у собі, схильність до самокритики, труднощі у прийнятті рішень та надмірну орієнтацію на можливі негативні наслідки своїх дій.

С. Максименко також наголошує, що тривожність виконує подвійне функціональне значення [35]. У помірному прояві вона може сприяти мобілізації ресурсів організму, підвищенню уважності та відповідальності. Водночас надмірна або тривала тривожність поступово починає порушувати психологічну адаптацію особистості, знижувати ефективність діяльності та ускладнювати соціальне функціонування.

У цьому контексті тривожність розглядається не лише як окремий емоційний прояв, а як цілісна психологічна характеристика, що визначає особливості сприйняття реальності, способи реагування на труднощі та загальний стиль взаємодії людини із соціальним середовищем.

Подібної позиції дотримується й інші фахівці, зокрема є думка про зв'язок тривожності з особливостями розвитку особистості та її життєвого досвіду.

З позицій психоаналітичного підходу тривожність інтерпретується як сигнал внутрішнього конфлікту. З. Фройд розглядав тривогу як функцію «Я», яка

попереджає про небезпеку та активує захисні механізми психіки [35, с. 103]. У подальших дослідженнях було показано, що джерелом тривожності можуть бути не лише внутрішні конфлікти, але й міжособистісні відносини та соціальні фактори.

Гуманістичний підхід акцентує увагу на особистісному досвіді індивіда. К. Роджерс пов'язував виникнення тривожності з невідповідністю між реальним досвідом та Я-концепцією особистості. У цьому контексті тривожність виступає як індикатор порушення внутрішньої гармонії та психологічної цілісності [72, с. 93].

Когнітивна психологія розглядає тривожність як результат специфічних когнітивних процесів. А. Бек [8, с. 101] зазначає, що тривожні стани формуються внаслідок систематичних когнітивних викривлень, таких як катастрофізація, селективна увага до загроз та недооцінка власних можливостей [8, с. 101].

Відповідно до когнітивної концепції Аарон Бек, людина з підвищеним рівнем тривожності має схильність сприймати навколишню реальність як більш небезпечну та загрозову, ніж вона є об'єктивно [8, с. 100]. На думку дослідника, емоційні реакції виникають не безпосередньо під впливом зовнішніх подій, а формуються через систему інтерпретацій, переконань та оцінок цих подій.

У процесі оцінювання життєвих ситуацій у тривожних осіб активізуються автоматичні негативні думки - швидкі, часто неусвідомлені когнітивні реакції, які сприймаються як достовірні факти та безпосередньо впливають на емоційний стан і поведінку людини [8, с. 101]. Такі думки нерідко мають викривлений характер та базуються не на реальних доказах, а на суб'єктивних очікуваннях небезпеки.

Серед найбільш поширених когнітивних викривлень, характерних для тривожності, Аарон Бек виділяв катастрофізацію (тенденцію прогнозувати найгірший можливий сценарій розвитку подій), дихотомічне мислення (оцінювання ситуацій за принципом «успіх або повний провал»), вибірккову увагу

до негативної інформації, а також перебільшення ймовірності небажаних наслідків [34, с. 145]. Унаслідок цього людина починає переоцінювати рівень загрози та недооцінювати власні ресурси для подолання труднощів.

Особливого значення когнітивні механізми набувають у випадку соціальної тривожності. Згідно з когнітивною моделлю, люди із соціальною тривожністю мають специфічні переконання щодо себе та соціального середовища. Вони схильні вважати себе недостатньо компетентними, нецікавими або такими, що можуть бути негативно оцінені іншими людьми [8]. Соціальні ситуації при цьому інтерпретуються як потенційно небезпечні та такі, що несуть ризик осуду, критики або відторгнення.

Для соціальної тривожності характерним є формування негативного образу себе у соціальній взаємодії. Людина починає надмірно контролювати власну поведінку, звертати увагу на фізіологічні прояви тривоги та інтерпретувати їх як ознаки власної неуспішності або помітності для оточення. Це супроводжується появою автоматичних думок на кшталт: «Я виглядаю нерозумно», «Інші помічають мою невпевненість», «Я скажу щось неправильне».

У результаті виникає замкнений цикл підтримання тривожності: негативні очікування підсилюють емоційне напруження, посилена тривога призводить до концентрації уваги на власних переживаннях, а це ще більше підтверджує негативні переконання особистості. Для зниження внутрішнього дискомфорту людина починає використовувати уникання або захисну поведінку, однак такі стратегії лише підтримують і закріплюють соціальну тривожність у довгостроковій перспективі.

Таким чином, ключову роль у виникненні тривожності відіграє інтерпретація ситуації, а не сама ситуація.

Сучасні нейропсихологічні дослідження доповнюють розуміння тривожності, пов'язуючи її з функціонуванням певних структур головного мозку. Зокрема, мигдалеподібне тіло відіграє провідну роль у формуванні реакцій

страху та тривоги, тоді як префронтальна кора забезпечує контроль і регуляцію емоційних станів [40, с. 1317]. Основною функцією цієї структури є швидке виявлення потенційно небезпечних стимулів та запуск емоційної реакції ще до повного усвідомлення ситуації. Завдяки цьому механізму організм здатний оперативно мобілізувати ресурси для реагування на загрозу.

Активація мигдалеподібного тіла супроводжується запуском фізіологічних процесів, характерних для реакції «бий або тікай». До таких проявів належать прискорення серцебиття, зміна частоти дихання, підвищення м'язового тону, посилення концентрації уваги та підготовка організму до активних дій. У нормальних умовах цей механізм має адаптивне значення та сприяє виживанню.

Сучасні дослідження свідчать, що за умов підвищеної тривожності або хронічного стресу може виникати надмірна активація мигдалеподібного тіла. У такому випадку навіть нейтральні або неоднозначні стимули починають сприйматися як потенційно загрозливі. Це сприяє формуванню постійного очікування небезпеки, підвищеної настороженості та розвитку стійких тривожних реакцій [40,1312].

Водночас важливу регуляторну роль виконує префронтальна кора головного мозку, яка забезпечує свідомий контроль емоцій, когнітивне оцінювання ситуацій та прийняття рішень [40,1314]. Саме ця структура дозволяє людині аналізувати реальний рівень загрози, співвідносити його з попереднім досвідом та стримувати надмірні емоційні реакції.

Префронтальна кора бере участь у процесах саморегуляції, контролю імпульсивних реакцій та формуванні адаптивних стратегій поведінки. За нормальних умов вона виконує функцію своєрідного «регулятора», який обмежує надмірну активність емоційних центрів мозку. Однак при високому рівні тривожності ефективність такого контролю може знижуватися, унаслідок чого емоційне реагування починає переважати над раціональною оцінкою подій [40,1317]. Окрім зазначених структур, важливу роль у розвитку тривожності

відіграє гіпокамп, який відповідає за обробку пам'яті та аналіз контексту ситуації [40]. Гіпокамп допомагає співвідносити поточний досвід із попередніми подіями та визначати реальний рівень небезпеки. Порушення взаємодії між гіпокампом, мигдалеподібним тілом та префронтальною корою може призводити до формування стійких тривожних патернів реагування.

Важливо зазначити, що у сучасній психології тривожність розглядається не лише як дезадаптивне явище, але і як необхідний компонент психічної діяльності. Помірний рівень тривожності виконує адаптивну функцію, сприяючи мобілізації ресурсів організму, підвищенню пильності та готовності до дії. Водночас надмірна тривожність може призводити до зниження ефективності діяльності, розвитку психосоматичних розладів та формування тривожних розладів [14, с. 101].

Отже, тривожність є складним інтегративним утворенням, що поєднує емоційні, когнітивні та фізіологічні компоненти. Її розуміння потребує міждисциплінарного підходу, який враховує як психологічні, так і нейробіологічні механізми.

1.2. Особливості соціальної тривоги

Соціальна тривожність є специфічним видом тривожності, що виникає у ситуаціях міжособистісної взаємодії та пов'язана зі страхом негативної оцінки з боку інших людей. У сучасній психології цей феномен розглядається як багаторівневе утворення, що включає когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні компоненти.

Згідно з сучасними підходами, соціальна тривожність визначається як стійке переживання страху або дискомфорту у соціальних ситуаціях, де індивід

може бути об'єктом оцінювання [3]. Вона може проявлятися як у вигляді окремих симптомів, так і у формі соціального тривожного розладу (соціальної фобії), що суттєво впливає на якість життя особистості.

У міжнародних класифікаційних системах соціальна тривожність розглядається у контексті психічних розладів. Зокрема, у DSM-5 [3] соціальний тривожний розлад (social anxiety disorder) визначається як виражений і стійкий страх або тривога щодо однієї чи більше соціальних ситуацій, у яких індивід може бути об'єктом оцінювання іншими людьми. Ключовими ознаками є страх негативної оцінки, уникнення соціальних ситуацій або їх переживання з інтенсивною тривогою, а також значний вплив на повсякденне функціонування особистості [3].

У МКХ-11 соціальна тривожність представлена як соціальний тривожний розлад (код 6B04) [14], що характеризується стійким і надмірним страхом соціальних ситуацій, пов'язаних із можливістю критичної оцінки, приниження або відторгнення. Важливою ознакою є непропорційність тривоги реальній загрозі, а також її тривалість і стабільність у часі [14].

У вітчизняній психологічній науці соціальна тривожність розглядається ширше – не лише як клінічний розлад, але і як психологічна характеристика особистості. С. Максименко [35] підкреслює, що тривожність формується у процесі життєвого досвіду та відображає індивідуальні способи реагування на соціально значущі ситуації [35, с. 218].

У вітчизняній психології соціальна тривожність розглядається як результат взаємодії особистісних характеристик та соціального досвіду. Т. Титаренко [71, с. 80–95] підкреслює, що переживання тривоги у соціальних ситуаціях пов'язане із самооцінкою, рівнем домагань та досвідом міжособистісних відносин. Водночас соціальна тривожність може формуватися внаслідок негативного досвіду оцінювання, критики або соціального відторгнення.

Когнітивна модель соціальної тривожності, запропонована Д. Кларком і А. Веллсом [55, с. 69–76] пояснює цей феномен через специфічні когнітивні. Відповідно до цієї моделі, ключову роль відіграють: надмірна зосередженість на собі; негативні автоматичні думки; переконання про власну некомпетентність; спотворене сприйняття реакцій інших людей.

Особи із соціальною тривожністю схильні інтерпретувати нейтральні або неоднозначні соціальні сигнали як загрозливі, що підсилює рівень тривоги та формує замкнене коло негативних переживань.

Важливим компонентом соціальної тривожності є поведінкові стратегії уникнення. На думку Р. Хеймберга та М. Бекера [82, с. 40–45], унікальна поведінка та використання захисних стратегій сприяють тимчасовому зниженню рівня тривоги, однак у подальшому підтримують дисфункціональні переконання та закріплюють соціальну тривожність [82, с. 40–45]. Соціальна тривожність, як феномен та медико-психологічна проблема, привернула увагу дослідників з різних дисциплін. Існуючі моделі розуміння соціальної тривожності розглядають її з різних точок зору та доповнюють одна одну.

Однак, когнітивні моделі є найбільш повними, зрозумілими, ефективними та емпірично найкраще підтвердженими, особливо щодо розуміння витоків цієї проблеми, основних механізмів і, отже, ефективних методів подолання її. У цьому сенсі видається доречним представити моделі соціального тривожного розладу Кларка та Веллса [55, с. 69 – 76] Рапі і Хеймберга [46, с. 69 – 76]. Ці моделі дуже схожі; єдина відмінність полягає в тому, що у моделі Кларка та Веллса відводиться значна роль зосередженню уваги на собі та власних почуттях у підтримці соціальної тривожності, тоді як у моделі Р. Рапі та Р. Хеймберга [46] також вирішальну роль відводить зосередженню на зовнішніх подразниках. У межах аналізу когнітивної моделі соціального тривожного розладу доцільно насамперед звернути увагу на глибинний рівень психічної організації особистості – систему базових переконань. Формування таких переконань

зумовлюється взаємодією індивідуально-психологічних особливостей та соціального досвіду. Зокрема, підвищена емоційна чутливість, схильність до тривожного реагування та особливості темпераменту у поєднанні з несприятливими умовами виховання можуть сприяти розвитку дисфункціональних уявлень про себе та навколишній світ.

Важливу роль у цьому процесі відіграють особливості сімейного середовища та мікросоціального впливу, зокрема надмірний контроль, часта критика, формування почуття сорому, завищені вимоги або суперечливі очікування з боку значущих дорослих. У результаті у дитини поступово формується специфічна система сприйняття соціальної взаємодії, у межах якої інші люди можуть сприйматися як потенційне джерело оцінювання чи осуду, а власна особистість – як недостатньо компетентна або цінна [72, с. 92–97].

Такий когнітивний стиль у подальшому може виступати основою для розвитку соціальної тривожності та підтримувати страх негативного оцінювання у міжособистісних ситуаціях.

Це сприйняття ґрунтується на почутті сорому за власні справи чи слова, переконанні, що люди засуджують, відкидають і зневажають таких, як вони самі, та вкрай негативному образі себе – «Я дурний», «Я некрасивий», «Я нудний». Відповідно, виникають правила життя, які, як правило, зосереджені на наступному: а) надзвичайно високих очікуваннях («Я завжди повинен бути цікавою людиною», «Я повинен бути найкращим учнем у класі», «Я повинен виглядати впевнено») та б) негативних наслідках власної поведінки («Якщо я комусь суперечитиму, мене відкинуть», «Якщо люди помітять мою тривогу, вони вважатимуть мене дурним і некомпетентним», «Я повинен подібатися іншим») [55, с. 71 – 76].

Такий тип думок виникає у людей із соціальною тривожністю виключно в соціальних ситуаціях і посилює їхню тривожність, оскільки мозок сприймає ці ситуації як небезпечні. В результаті запускається весь фізіологічний процес

реакції організму на небезпеку, активно залучаючи вегетативну нервову систему, зокрема симпатичну, з відповідними вегетативними реакціями (прискорене серцебиття, тремтіння кінцівок, прискорене дихання, сухість у роті, почервоніння обличчя тощо) [55, с. 92 – 93].

Особи із соціальною тривожністю сприймають власні емоційні та фізіологічні реакції як надзвичайно неприємні й загрозливі, у зв'язку з чим прагнуть якомога швидше припинити або уникнути ситуації, яка викликає тривогу [55, с. 75]. Якщо ж уникнення є неможливим, їхня увага надмірно зосереджується на внутрішніх переживаннях і симптомах тривоги, що сприяє подальшому посиленню емоційного напруження та виникненню катастрофічних автоматичних думок, таких як: «Це дурний», «Я виглядаю безглуздо» або «Усі помічають мою тривогу».

У результаті цього люди із соціальною тривожністю схильні оцінювати власне враження на решту осіб через погляди власних негативних переконань, а отже, ігнорують при цьому справжні реакції та поведінку оточуючих. Для них суб'єктивне відчуття сорому чи тривоги часто ототожнюється з переконанням, що ці переживання є очевидними для інших та обов'язково викликають негативне оцінювання.

У когнітивній моделі соціальної тривожності Девіда Кларка та Адріана Веллса [55] особлива увага приділяється так званій безпечній або захисній поведінці [55, с. 70]. Особи із соціальною тривожністю використовують різноманітні поведінкові стратегії для запобігання можливого осуду чи негативній оцінці. Водночас відсутність негативних наслідків у соціальних ситуаціях вони пояснюють саме застосуванням цих стратегій, а не необґрунтованістю власних страхів. Унаслідок цього дисфункціональні переконання не піддаються корекції, а захисна поведінка, навпаки, може посилювати самоконтроль, підвищувати рівень тривоги та підтримувати соціальну тривожність.

Д. Кларк та А. Веллс [55, с.75] зазначають, що така поведінка виникає не стільки через брак соціальних навичок, скільки через захисну поведінку. Ще одним феноменом, характерним для соціальної тривожності, який виділяють ці автори, є обробка інформації, яка передує та слідує за соціальною ситуацією.

Постраждалі думають про найгірші варіанти розвитку подій. Це посилює їхню тривогу. Через це виникають негативні думки та неприємні почуття. Наприклад, вони згадують поганий досвід з минулого. Також може з'явитися відчуття, що все буде погано».

У випадках, коли уникнути соціальної ситуації не вдається, особи із соціальною тривожністю часто використовують різні форми захисної поведінки, а після завершення взаємодії схильні до детального повторного аналізу подій переважно у негативному контексті [55, с. 73–75]. Соціальні ситуації інтерпретуються ними крізь призму власних тривожних переживань, що сприяє формуванню негативних висновків щодо себе та реакцій оточення.

Для осіб із соціальною тривожністю характерне надмірне самофокусування уваги, коли основним джерелом оцінки ситуації стають власні емоції, фізіологічні реакції та суб'єктивні переживання, тоді як об'єктивні зовнішні сигнали часто ігноруються. У результаті людина робить висновки про ставлення інших переважно на основі власних негативних очікувань, а не реальної поведінки співрозмовників.

Захисна поведінка та стратегії уникнення перешкоджають перевірці реалістичності дисфункціональних переконань і тим самим підтримують соціальну тривожність [55, с. 74]. Крім того, такі поведінкові стратегії можуть негативно впливати на якість соціальної взаємодії та ускладнювати міжособистісне спілкування.

Внаслідок вибіркового сприйняття інформації особи із соціальною тривожністю схильні звертати увагу переважно на ті аспекти поведінки інших людей, які підтверджують їхні страхи негативного оцінювання або відторгнення.

Негативні когнітивні процеси, що виникають до, під час і після соціальної ситуації, разом із переживанням тривоги сприяють підтриманню та посиленню соціального тривожного розладу [55, с. 75].

У когнітивній моделі соціальної тривожності, запропонованій Річардом Хеймбергом [46] та Рональд Рапі, центральне місце займає специфічне уявлення особистості про власний образ у сприйнятті інших людей [46]. Особи із соціальною тривожністю схильні формувати негативне ментальне уявлення про себе, яке базується на попередньому досвіді, внутрішніх фізіологічних відчуттях та інтерпретації зовнішніх соціальних сигналів, таких як міміка, інтонація чи реакції співрозмовників.

Згідно з цією моделлю, людина надає надмірного значення оцінюванню з боку оточення та сумнівається у власній здатності відповідати соціальним очікуванням [71]. Це зумовлює страх негативної оцінки, осуду або відторгнення, що, своєю чергою, провокує посилення тривоги у соціальних ситуаціях. Підвищений рівень тривожності сприяє ще більшій концентрації уваги на власних недоліках і негативному образі себе, формуючи замкнене коло підтримання соціальної тривожності.

Таким чином, когнітивні моделі соціальної тривожності пояснюють механізми формування та підтримання розладу через взаємодію негативних переконань, самофокусування уваги та страху соціального оцінювання.

З нейropsychологічної точки зору соціальна тривожність пов'язана з підвищеною реактивністю мигдалеподібного тіла на соціально значущі стимули, а також недостатнім регуляторним впливом префронтальної кори. Це пояснює інтенсивність емоційних реакцій у соціальних ситуаціях та труднощі їх контролю [40, с.1310–1322].

Соціальна тривожність має як адаптивні, так і дезадаптивні аспекти. У помірному прояві вона сприяє дотриманню соціальних норм, підвищує відповідальність та уважність до соціального контексту. Проте високий рівень

соціальної тривожності призводить до обмеження соціальної активності, труднощів у професійній реалізації, порушення комунікативної компетентності та зниження якості життя [35, с. 218].

Особливу увагу у сучасних дослідженнях приділено ролі соціальної тривожності у структурі особистості. Встановлено, що вона тісно пов'язана з такими рисами, як інтроверсія, низька самооцінка, підвищена чутливість до оцінки та схильність до самокритики. Крім того, соціальна тривожність часто поєднується з іншими психологічними проблемами, зокрема депресивними станами та генералізованою тривожністю.

Таким чином, соціальна тривожність є складним психологічним феноменом, що формується під впливом когнітивних, емоційних та соціальних чинників. Її розуміння є важливим теоретичним підґрунтям для розробки ефективних методів психологічної корекції, зокрема у межах когнітивно-поведінкової терапії, яка спрямована на зміну дисфункціональних переконань та поведінкових патернів.

1.3. Когнітивно-поведінкова терапія як метод подолання соціальної тривожності

Соціальна тривожність у сучасній психології розглядається як результат специфічних когнітивних процесів, що визначають сприйняття, інтерпретацію та прогнозування соціальних ситуацій. Саме тому когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш ефективних та науково обґрунтованих підходів до її подолання.

Теоретичною основою когнітивно-поведінкової терапії є положення про те, що емоційні реакції та поведінка людини значною мірою визначаються її

когнітивними процесами, зокрема думками та переконаннями [55, с. 31]. У випадку соціальної тривожності провідну роль відіграють негативні автоматичні думки та глибинні переконання, пов'язані зі страхом негативного оцінювання з боку інших людей [55, с. 69].

Згідно з моделлю Кларка і Веллса, соціальна тривожність підтримується замкненим когнітивним циклом, що включає самофокусованість, негативні образи себе, когнітивні викривлення та захисну поведінку [55, с. 70].

Модель Рапі та Хеймберга [46] підкреслює роль очікуваної соціальної оцінки та внутрішніх уявлень про те, як інші сприймають людину [46, с. 741–756].

Згідно досліджень, у осіб із соціальною тривогою найбільш поширені є три типи думок [46, с. 741 – 756]: пов'язані з виконанням своїх завдань: наприклад: «Забуду, що говорити при публіці», з негативним результатом: напр: «Не захоче зі мною розмовляти» та ярлики: «Подумають, що я дурна», «Вважають, що я неадекватний» [46, с. 741 – 756].

Когнітивно-поведінкова терапія розглядається як метод, який зосереджений на зміні вже збережених способів мислення та глибинних переконань, що склалися при формуванні особистісного досвіду та впливають на емоційний стан і поведінку особистості [8, с. 101]. Саме ці когнітивні викривлення нерідко є основою тривожних реакцій і формують спосіб взаємодії людини з соціальним середовищем.

На сучасному етапі розвитку психотерапії найбільш науково обґрунтованими підходами до подолання соціальної тривожності вважаються фармакотерапія та психологічні методи втручання, серед яких провідне місце займає когнітивно-поведінкова терапія [72, с. 154]. Медикаментозне лікування, зокрема застосування антидепресантів, спрямоване на зниження інтенсивності тривожної симптоматики, тоді як когнітивно-поведінкова терапія орієнтована на зміну дисфункціональних переконань, автоматичних негативних думок та унікальної поведінки [54, с. 164].

Ефективність когнітивно-поведінкової терапії пояснюється комплексним поєднанням когнітивних і поведінкових методів впливу, що дозволяє не лише зменшити рівень тривожності, а й сформувати більш адаптивні способи реагування у соціальних ситуаціях [8, с. 198].

КПТ включає дві взаємопов'язані поділі: когнітивну, що стосується аналізу та корекції способів мислення, і поведінкову, яка передбачає зміну реакцій та дій у конкретних ситуаціях. Така інтеграція дозволяє впливати як на внутрішні, так і на зовнішні прояви тривожності.

Особливістю соціальної тривожності є підвищене самоспостереження, коли увага людини надмірно зосереджується на власних переживаннях, думках і фізіологічних реакціях. Це ускладнює адекватне сприйняття соціального контексту [55, с. 73]. У межах терапії клієнта навчають зміщувати фокус уваги назовні, що сприяє більш ефективній соціальній взаємодії.

Ключова мета КПТ полягає у зміні способу реагування на ситуації, які викликають тривогу, а також у трансформації їх суб'єктивного сприйняття [8, с. 101]. У процесі терапії клієнт разом із фахівцем аналізує власні когнітивні викривлення, такі як перебільшення негативних наслідків, деструктивний внутрішній діалог або дихотомічне мислення, і поступово формує більш реалістичні та адаптивні думки та ставлення до подій [54, с.164–168].

Зміна мислення супроводжується корекцією поведінкових стратегій. Важливим елементом є виконання практичних завдань і поступове залучення до ситуацій, які раніше викликали тривогу. Такий підхід дозволяє клієнту набути нового досвіду та знизити рівень страху через систематичну експозицію.

Методичний інструментарій КПТ є досить різноманітним і підбирається індивідуально з урахуванням особливостей клієнта. Значна частина технік має прикладний характер і спрямована на розвиток самоспостереження та саморегуляції.

Однією з базових технік когнітивно-поведінкової терапії є ведення щоденника думок, у якому фіксуються ситуації, що викликають тривогу, автоматичні думки та емоційні реакції [8, с. 118]. Використання такої методики дозволяє виявити повторювані когнітивні патерни, встановити взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою, а також підвищити рівень усвідомлення внутрішніх психічних процесів. Основою техніки є положення когнітивної теорії Аарон Бек про те, що емоційний стан людини визначається не самими подіями, а способом їх інтерпретації [8]. Часто автоматичні думки виникають швидко, неусвідомлено та сприймаються як беззаперечна істина, хоча фактично можуть містити когнітивні викривлення.

Щоденник думок допомагає зробити ці внутрішні процеси більш помітними та доступними для аналізу. Щоденник думок використовується для того, щоб: навчитися помічати автоматичні негативні думки; зрозуміти, які ситуації викликають тривогу; визначити типові когнітивні викривлення; дослідити взаємозв'язок між думками та поведінкою.

Окрему групу становлять техніки, спрямовані на перевірку негативних очікувань. У процесі виконання спеціальних вправ клієнт поступово переконується, що його страхи часто не відповідають реальності, що сприяє зниженню рівня тривоги та формуванню більш адаптивних переконань.

Однією з основних технік перевірки негативних очікувань є поведінковий експеримент. Його суть полягає у створенні контрольованої ситуації, у якій клієнт може перевірити власне переконання шляхом реальної взаємодії із середовищем [34, с. 145].

Перед початком вправи клієнт формулює прогноз щодо очікуваного результату. Наприклад: «Якщо я поставлю запитання під час заняття, усі подумають, що я нерозумний». Після цього клієнт виконує дію та оцінює фактичний результат: що реально сталося; чи справдилися очікування; наскільки реакція інших відрізнялася від прогнозу; які нові висновки можна зробити.

У більшості випадків клієнт переконується, що очікувана катастрофа або не відбувається, або її наслідки є менш значущими, ніж передбачалося.

Ще одна техніка, яка застосовується для подолання соціальної тривоги – експозиційний підхід, що передбачає поступове зіткнення з тривожними ситуаціями. У ході такого впливу відбувається поступове зменшення інтенсивності емоційної реакції, а також формування нових поведінкових патернів.

Терапевтичний процес у межах КПТ має чітку структуру. На початковому етапі здійснюється детальний аналіз проблеми, визначаються цілі та розробляється індивідуальний план роботи. У подальшому проводиться систематична оцінка прогресу та, за необхідності, корекція стратегії. У практиці когнітивно-поведінкової терапії одним із найбільш доступних і водночас інформативних способів оцінювання динаміки стану є використання суб'єктивних рейтингових шкал від 1 до 10 балів. Такий підхід дозволяє клієнту кількісно оцінити інтенсивність власних переживань і зробити процес змін більш помітним та вимірюваним [8]. На початку сесії психотерапевт може запропонувати клієнту відповісти на запитання: «Якщо оцінити рівень вашої тривоги зараз за шкалою від 1 до 10, де 1 – повний спокій, а 10 – максимально можливий рівень тривоги, який бал ви б обрали?» Таке ж вимірювання можна проводити і після сесії, коли клієнт дещо опрацював свої запит із психотерапевтом.

Регулярне оцінювання стану за шкалами самооцінки дозволяє зробити терапевтичний процес більш структурованим, підвищує мотивацію клієнта та забезпечує своєчасне коригування терапевтичної стратегії.

Важливою складовою є розвиток навичок самодопомоги. Клієнт навчається самостійно працювати зі своїми думками, емоціями та поведінкою, що забезпечує довготривалий ефект терапії.

Значну роль у досягненні результату відіграє активна участь клієнта у процесі. Виконання завдань поза терапевтичними сесіями сприяє закріпленню нових навичок і підвищує ефективність втручання.

На відміну від підходів, де основний акцент робиться переважно на терапевтичних інтерпретаціях під час сесії, КПТ передбачає спільну та активну роботу психотерапевта і клієнта. Клієнт виступає не пасивним отримувачем допомоги, а безпосереднім учасником змін, який поступово опановує нові способи мислення, емоційного реагування та поведінки [55, с. 167].

Одним із ключових інструментів підтримання терапевтичного процесу є виконання домашніх завдань між сесіями. Домашні завдання розглядаються як продовження терапевтичної роботи у реальному житті та створюють можливість переносити отримані знання і навички у повсякденні ситуації [8]. Саме завдяки цьому нові поведінкові стратегії поступово переходять із рівня теоретичного розуміння у стійкі навички.

Виконання завдань між зустрічами дозволяє клієнту багаторазово практикувати нові способи реагування в природних умовах, а також отримувати власний досвід подолання труднощів. Це особливо важливо у роботі із соціальною тривожністю, оскільки сама по собі терапевтична сесія не може повністю відтворити різноманіття реальних соціальних ситуацій.

Важливою складовою є також розвиток навичок самодопомоги. Поступово клієнт навчається самостійно застосовувати техніки когнітивної реструктуризації, методи регуляції емоцій, інструменти аналізу власних переживань та способи подолання унікальної поведінки. Такий підхід дозволяє зменшити залежність від терапевта та підвищити автономність клієнта.

У процесі терапії психотерапевт допомагає клієнту не лише виконувати завдання, але й аналізувати результати: що вдалося, які виникли труднощі, які думки та емоції супроводжували виконання вправ. Обговорення досвіду дозволяє закріплювати позитивні зміни та формувати відчуття власної ефективності.

Перевагою когнітивно-поведінкової терапії є її практична спрямованість, наукова доведеність і досить невелика тривалість. На відміну від деяких інших підходів, вона орієнтована на вирішення конкретних проблем у теперішньому часі та формування практичних інструментів для самостійного подолання труднощів.

КПТ демонструє високу ефективність у роботі з різними психічними станами, зокрема депресією, панічними атаками та соціальною тривожністю. Вона дозволяє не лише зменшити симптоматику, але й створити основу для подальшого особистісного розвитку та підвищення психологічної стійкості.

Таким чином, КПТ спрямована на зміну дисфункціональних думок, когнітивних структур та поведінкових патернів.

1.4. Основні техніки когнітивно-поведінкової терапії в роботі із соціальною тривожністю

Когнітивно-поведінкова терапія є структурованим та емпірично обґрунтованим підходом, який передбачає використання комплексу технік, спрямованих на зміну дисфункціональних когнітивних процесів і поведінкових стратегій, що підтримують соціальну тривожність. Вибір конкретних методів визначається індивідуальними особливостями клієнта, ступенем вираженості симптомів та специфікою проблемних ситуацій [53, с. 91].

Основною метою когнітивно-поведінкової терапії є модифікація дисфункціональних когнітивних процесів та поведінкових стратегій, які сприяють підтриманню соціальної тривожності. Застосування конкретних терапевтичних технік залежить від індивідуально-психологічних особливостей

клієнта, інтенсивності тривожних проявів та специфіки ситуацій, що викликають тривогу [39, с. 144–146].

Застосування технік КПТ у роботі із соціальною тривожністю має системний характер і передбачає поетапний вплив на когнітивний, емоційний та поведінковий рівні функціонування особистості.

Психоосвіта є початковим етапом КПТ і спрямована на формування у клієнта розуміння природи тривожності, її механізмів та факторів підтримання. Вона дозволяє знизити рівень невизначеності та підвищити мотивацію до терапевтичної роботи [53, с. с. 87–89].

У процесі психоосвіти клієнт ознайомлюється з концепцією взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою. Це сприяє формуванню усвідомленого ставлення до власних переживань і закладає основу для подальшої терапії.

Однією з ключових технік КПТ є ідентифікація автоматичних думок, які виникають у соціально значущих ситуаціях. Ці думки часто мають неусвідомлений характер і визначають емоційні реакції індивіда [8, с. с. 117–119].

Для виявлення автоматичних думок у когнітивно-поведінковій терапії використовуються різні методи самоспостереження та когнітивного аналізу. До основних із них належать ведення щоденника думок, детальний розбір тривожних ситуацій, а також застосування моделі АВС, яка передбачає аналіз взаємозв'язку між подією, когнітивною реакцією та емоційним переживанням [53, с. 96; 39, с. 84].

Когнітивний моніторинг дозволяє клієнту усвідомити повторювані патерни мислення та їх вплив на поведінку.

Однією з провідних технік когнітивно-поведінкової терапії у роботі із соціальною тривожністю є когнітивна реструктуризація, спрямована на виявлення та зміну дисфункціональних переконань і негативних автоматичних думок, що виникають у соціально значущих ситуаціях [10, с. 101]. У межах цієї техніки терапевт допомагає клієнту визначити думки, які провокують тривожні

переживання, а також виявити глибинні переконання щодо себе та соціальної взаємодії, що лежать в основі страху негативного оцінювання.

Після ідентифікації таких когнітивних установок клієнт навчається формувати альтернативні, більш реалістичні та адаптивні думки та змінє своє ставлення до ситуацій [53]. Для цього використовуються різноманітні вербальні методи, зокрема аналіз доказів, сократівський діалог та ведення записів автоматичних думок. Регулярне заповнення щоденників думок дозволяє простежити взаємозв'язок між ситуацією, когнітивними реакціями та емоційними переживаннями, а також сприяє розвитку навичок самоспостереження.

Важливою особливістю когнітивної реструктуризації є те, що клієнту не обов'язково повністю приймати нові раціональні переконання на початкових етапах терапії. Значно важливішим є поступове практичне застосування альтернативних способів мислення у ситуаціях, які викликають тривогу, що сприяє формуванню нового емоційного та поведінкового досвіду [8, с. 101].

Когнітивно-поведінкові втручання при соціальній тривожності мають комплексний характер і можуть включати не лише когнітивну реструктуризацію, але й техніки релаксації, розвиток соціальних і комунікативних навичок, а також поведінкові експерименти та експозиційні вправи. Сучасні дослідження свідчать, що підтриманню соціальної тривожності сприяють не лише уникання соціальних ситуацій, але й надмірна самофокусованість, спотворене уявлення про себе та використання так званої безпечної поведінки, яка тимчасово знижує тривогу, однак у довготривалій перспективі закріплює розлад [8, с. 126].

Когнітивно-поведінкова терапія може здійснюватися як в індивідуальному, так і в груповому форматі. Групова форма роботи передбачає використання рольових ігор, моделювання соціальних ситуацій та вправ, спрямованих на розвиток навичок міжособистісної взаємодії. Такий формат також створює умови

для отримання підтримки, зворотного зв'язку та поступового подолання страху соціального оцінювання [33, с. 158].

Коли КПТ проводиться в індивідуальному форматі, терапевтам може знадобитися визначення інших осіб, які іноді можуть приєднатися до сеансів терапії для рольових ігор. Когнітивна терапія (КТ), базується на моделі підтримки соціального тривожного розладу, яка приділяє особливу увагу:

негативним переконанням, які люди з соціальною тривогою мають про себе та соціальні взаємодії; негативне уявлення про себе; проблемні когнітивні та поведінкові процеси, які відбуваються в соціальних ситуаціях (зосереджена увага на собі, поведінка, що шукає безпеки). Техніки, які використовуються в терапії, збігаються з деякими процедурами, що використовуються в останніх програмах КПТ, тому КТ можна справедливо вважати варіантом КПТ [55, с. 78]. Однак її відрізняє від багатьох програм когнітивної терапії той факт, що вона використовує дещо інший підхід до впливу (з меншим акцентом на повторенні та більшим на максимізації доказів, що не підтверджують), і вона не використовує записи думок. Зазвичай лікування проводиться в індивідуальному порядку. Однак існує потреба в тому, щоб терапевт мав змогу закликати інших людей взяти участь у рольових іграх під час сеансу. Терапевт і людина з соціальним тривожним розладом зазвичай виходять з кабінету, щоб провести поведінкові експерименти в реальному світі під час сеансів терапії.

Когнітивна реструктуризація є однією з центральних технік когнітивно-поведінкової терапії та спрямована на зміну дисфункціональних переконань на більш реалістичні й адаптивні [8, с. 101]. Процес когнітивної реструктуризації включає такі етапи [53, с. 97]: аналіз доказів «за» і «проти» негативної думки; пошук альтернативних інтерпретацій; декатастрофізацію; нормалізацію переживань.

У контексті соціальної тривожності це дозволяє зменшити страх негативної оцінки та підвищити впевненість у соціальних ситуаціях.

Поведінкові експерименти як інструмент перевірки переконань важливі, як для виявлення негативних переконань так і для їх заміни на продуктивні.

Поведінкові експерименти спрямовані на емпіричну перевірку негативних переконань у реальному житті. Вони дозволяють клієнту отримати новий досвід, який суперечить його тривожним очікуванням [8, с. 126; 39, с. 154].

Структура поведінкового експерименту включає: формулювання гіпотези; планування дії; реалізацію; аналіз результатів.

Завдяки цьому відбувається поступова трансформація когнітивних схем.

У роботі КПТ із соціальною тривогою важливе місце займає експозиційна терапія. Вона передбачає поступове, систематичне та контрольоване зіткнення клієнта із ситуаціями, об'єктами або переживаннями, які викликають страх чи тривогу, без використання унікальної або захисної поведінки

Експозиція є однією з найбільш ефективних технік у роботі із соціальною тривожністю. Вона передбачає систематичне та контрольоване зіткнення клієнта з тривожними ситуаціями [8, с. 112].

Основні форми експозиції: уявна експозиція; реальна (*in vivo*); поступова (градуйована); масована. Наприклад, уявна експозиція передбачає відтворення тривожної ситуації в уяві клієнта. Людина детально описує або подумки переживає ситуацію, яка викликає страх, емоційне напруження чи тривогу. Такий метод застосовується у випадках, коли неможливо організувати реальне зіткнення із ситуацією, або ситуація є надто травматичною.

Експозиція *in vivo* полягає у безпосередньому зіткненні клієнта з реальними ситуаціями, які викликають тривогу. Наприклад, при соціальній тривожності це можуть бути виступ перед аудиторією, розмова з незнайомими людьми або участь у соціальних заходах. Такий вид експозиції дозволяє отримати новий практичний досвід та перевірити реалістичність власних страхів і негативних очікувань [54, с. 164].

Поступова (градуїрована) експозиція базується на принципі поступовості та передбачає поетапне зіткнення з тривожними ситуаціями – від менш загрозливих до більш складних. Для цього формується ієрархія страхів, відповідно до якої клієнт поступово просувається до ситуацій із вищим рівнем тривожності. Такий підхід сприяє зниженню ризику надмірного емоційного перевантаження та підтримує мотивацію до терапії.

Масована експозиція передбачає тривале й інтенсивне перебування у тривожній ситуації без можливості уникання або використання захисної поведінки. Метою даного методу є швидке зниження рівня тривоги шляхом емоційного звикання (габітуації). Однак через високий рівень емоційного навантаження така форма експозиції застосовується обережно та потребує достатньої готовності клієнта до терапевтичної роботи.

Механізм дії експозиції полягає у зниженні чутливості до тривожних стимулів і формуванні нових адаптивних реакцій.

У процесі когнітивно-поведінкової терапії соціальної тривожності ключове значення мають кілька взаємопов'язаних етапів, серед яких особливо важливими є діагностика, психоосвіта, когнітивна реструктуризація та систематичне виконання терапевтичних завдань [39, с. 304]. Значну роль також відіграють експозиційні методи та поведінкові експерименти, які забезпечують закріплення досягнутих результатів [53, с. 103].

Одним із центральних інструментів КПТ є експозиція, що передбачає контрольоване і поступове зіткнення клієнта з ситуаціями, які викликають страх. Такий підхід дозволяє людині не уникати тривожних стимулів, а навчитися взаємодіяти з ними в безпечних умовах [53, с. 153 – 156]. Основною метою експозиції є зниження інтенсивності тривожних реакцій і формування здатності ефективно функціонувати у складних соціальних ситуаціях.

Для пояснення принципу експозиції часто використовується метафора навчання плаванню. Різде занурення в складну ситуацію може викликати

надмірний стрес, тоді як поступове входження дозволяє сформувати необхідні навички і впевненість. Саме поетапний підхід є базовим у когнітивно-поведінковій терапії, оскільки він мінімізує ризик уникання та підвищує ефективність втручання [53, с. 219].

Експозиція реалізується за принципом градуїзованості: клієнт починає з менш тривожних ситуацій і поступово переходить до більш складних. Такий підхід сприяє формуванню досвіду успішного подолання страху та підвищенню рівня впевненості [10, с. 111–113].

Ефективність експозиційних методів у когнітивно-поведінковій терапії пояснюється дією кількох взаємопов'язаних психологічних механізмів. Насамперед у процесі багаторазового перебування у тривожній ситуації поступово знижується рівень фізіологічного напруження, що пов'язано з явищем габітуації [8, с. 113]. Крім того, клієнт отримує можливість сформувати нові поведінкові навички та адаптивні способи реагування у ситуаціях, які раніше сприймалися як загрозові [53, с. 104].

Важливим аспектом експозиції є також виявлення автоматичних думок і дисфункціональних переконань, що супроводжують тривожні переживання. Подальший аналіз і перевірка таких когнітивних установок сприяють зменшенню впливу когнітивних викривлень та формуванню більш реалістичного сприйняття соціальних ситуацій [8, с. 118; 53, с. 98].

Важливим компонентом терапії є виконання домашніх завдань, оскільки вони забезпечують перенесення отриманих навичок у реальні життєві ситуації та сприяють закріпленню змін [29, с. 150].

Для систематизації терапевтичного процесу використовується ієрархія страху та уникання – структурований перелік ситуацій, що викликають тривогу, розташованих за рівнем їх інтенсивності. Такий інструмент дозволяє планувати експозицію та оцінювати динаміку змін [54, с. 162].

Формування ієрархії включає кілька етапів. На першому етапі здійснюється збір інформації про ситуації, які викликають страх. На другому – ці ситуації впорядковуються за ступенем складності. На третьому – кожна ситуація оцінюється за рівнем тривоги та уникання за допомогою шкали суб'єктивного дискомфорту (SUDS), що дозволяє кількісно відобразити інтенсивність переживань [55, с. 113].

Ієрархія страху виконує не лише діагностичну, але й терапевтичну функцію, оскільки допомагає визначити послідовність експозиційних завдань і відстежувати прогрес клієнта.

Перша експозиція є ключовим моментом терапії, оскільки вона інтегрує попередні етапи роботи. Перед її проведенням здійснюється когнітивна підготовка, що включає аналіз очікувань клієнта та формування адаптивних відповідей на негативні автоматичні думки [8, с. 112-114].

Поєднання експозиції з когнітивною реструктуризацією значно підвищує ефективність терапії. Клієнт навчається ідентифікувати негативні думки, визначати когнітивні викривлення, перевіряти їх достовірність та формувати альтернативні інтерпретації ситуацій [8, с. 115].

Завершальним етапом підготовки є визначення конкретної поведінкової мети, яка дозволяє оцінити результативність експозиції. Це підвищує усвідомленість клієнта та сприяє більш ефективному досягненню терапевтичних цілей.

Таким чином, комплексне застосування експозиції, когнітивної реструктуризації та практичних завдань забезпечує ефективне подолання соціальної тривожності та формування адаптивних моделей поведінки [55, с. 69-93].

Робота з безпечною поведінкою. Безпечна поведінка (наприклад, уникання зорового контакту, надмірна підготовка до розмови) короткостроково знижує тривогу, але довгостроково підтримує її [46, с. 744].

У процесі терапії клієнт навчається: усвідомлювати такі стратегії; поступово відмовлятися від них; діяти більш спонтанно та природно. Також буде ефективним тренування соціальних навичок. У випадках, коли соціальна тривожність супроводжується дефіцитом комунікативних навичок, застосовується спеціальне тренування.

Воно включає: рольові ігри; моделювання соціальних ситуацій; аналіз поведінки; отримання зворотного зв'язку [39, с. 154]. Це сприяє підвищенню впевненості та ефективності соціальної взаємодії.

Особи із соціальною тривожністю часто зосереджуються на власних внутрішніх станах, що підсилює тривожність. Тому важливою технікою є перенаправлення уваги на зовнішнє середовище [71, с. 158].

Для цього застосовуються: вправи на усвідомленість (майндфулнес) [54, с. 40–46]; тренування спостереження за оточенням; вправи на концентрацію уваги. Робота з базовими переконаннями підходить, коли є можливість застосовувати глибинний рівень. Тут КПТ передбачає зміну базових переконань, які лежать в основі соціальної тривожності [54, с. 40–46].

Для цього використовуються: техніка «падаючої стріли»; аналіз життєвого досвіду; формування нових когнітивних схем [29, с. 112].

Релаксаційні та регуляційні техніки – це допоміжними техніки, спрямовані на зниження фізіологічного напруження: дихальні вправи; прогресивна м'язова релаксація; тілесна усвідомленість [53, с. 120–122]. Вони не усувають причину тривожності, але полегшують її переживання.

Важливою є роль домашніх завдань у КПТ. Домашні завдання є невід'ємною частиною терапії. Вони спрямовані на закріплення нових навичок; перенесення результатів у реальне життя; розвиток самостійності клієнта [29].

Ефективно їх застосовувати і при соціальній тривожності. Роль домашніх завдань у когнітивно-поведінковій терапії соціальної тривожності не варто недооцінювати.

Домашні завдання є невід’ємним компонентом когнітивно-поведінкової терапії та виконують ключову функцію у закріпленні терапевтичних змін. У роботі із соціальною тривожністю вони виступають механізмом перенесення здобутих умежах терапевтичних сесій знань і навичок у реальне життя клієнта, що забезпечує стійкість досягнутих результатів [29].

На відміну від інших психотерапевтичних підходів, де основна робота зосереджується в межах сесій, КПТ орієнтована на активну участь клієнта поза терапевтичним простором. Саме завдяки регулярному виконанню домашніх завдань формується новий поведінковий і когнітивний досвід, який поступово витісняє дезадаптивні патерни [6, с. 150].

Домашні завдання виконують кілька взаємопов’язаних функцій. По-перше, вони сприяють закріпленню нових когнітивних стратегій. Клієнт вчиться самостійно ідентифікувати автоматичні думки, аналізувати їх та формувати альтернативні інтерпретації ситуацій [29, с. 360 – 385].

Також вони забезпечують поведінкову активацію. Регулярне виконання завдань дозволяє поступово зменшувати уникання та формувати більш адаптивні моделі поведінки.

Домашні завдання виконують і діагностичну функцію, оскільки дозволяють виявити труднощі, з якими стикається клієнт поза сесіями та скоригувати подальшу терапевтичну роботу. Вони сприяють формуванню навичок саморегуляції та автономності, що є важливим для довготривалого ефекту терапії [29, с. 360–385].

Види домашніх завдань у роботі із соціальною тривожністю можуть бути досить різноманітними, а також є надзвичайно ефективними для закріплення пропрацьованого матеріалу на сесії з терапевтом.

У практиці КПТ застосовуються різні типи домашніх завдань, які підбираються індивідуально під кожного клієнта. Сюди можуть підійти,

наприклад, когнітивні завдання. До них належать: ведення щоденника думок; аналіз ситуацій згідно ABC моделі; формування альтернативних переконань.

Ці завдання спрямовані на усвідомлення та зміну когнітивних викривлень.

2. Поведінкові завдання включають такі пункти, при роботі із соціальною тривожністю: самостійне ініціювання соціальних контактів; участь у розмовах із близькими друзями, колегами; виконання вправ, згідно з експозицією.

Вони дозволяють клієнту отримати новий досвід і поступово зменшити страх [46, с. 102 – 104].

3. Експозиційні завдання ще один вид вправ, які передбачають самостійне виконання експозиції поза сесіями: поступове входження в тривожні ситуації, їх варто впроваджувати дозовано; перебування в них до зниження тривоги. Такі завдання є ключовим механізмом подолання уникання.

4. Самостереження варто проводити із фіксацією на: рівні тривоги; думках; поведінці. Це дозволяє клієнту краще розуміти власні реакції.

5. Тренування соціальних навичок включає в себе таку роботу: відпрацювання комунікативних стратегій; розвиток асертивності; підготовку до соціальних ситуацій.

Принципами ефективного використання домашніх завдань є серйозність клієнта до подолання соціальної тривожності, а також реалістичність завдань.

Для досягнення максимального ефекту важливо дотримуватися певних принципів. Серед них існують такі: завдання повинні бути реалістичними та поступовими, відповідати рівню готовності клієнта. Необхідно забезпечити чітке формулювання цілей, щоб клієнт розумів, що саме потрібно зробити важливим є обговорення результатів на наступних сесіях, що дозволяє закріпити досвід і. врешті, завдання повинні бути індивідуалізованими, з урахуванням особливостей клієнта [29, с. 225].

Проблеми та труднощі виконання домашніх завдань можуть виникати через супротив клієнта до подолання своєї тривоги. На практиці клієнти можуть

стикатися з певними труднощами: низька мотивація; страх виконання експозиційних завдань; уникання; сумніви у власних можливостях.

У таких випадках роль терапевта полягає у підтримці, поступовому ускладненні завдань і формуванні позитивного досвіду у клієнта.

Значення домашніх завдань для терапевтичного результату [29, с. 360 – 385] дуже велике, адже це допомагає закріпити роботу пророблену із терапевтом на сесіях.

Дослідження показують, що регулярне виконання домашніх завдань прямо пов'язане з ефективністю КПТ. Клієнти, які активно виконують завдання, демонструють більш виражене зниження тривожності та швидше досягають позитивних змін [8, с.120].

Домашні завдання дозволяють: інтегрувати нові знання у повсякденне життя; сформувати навички самодопомоги; підвищити впевненість у власних можливостях. Інтеграція технік та їх системний ефект. Ефективність КПТ забезпечується не окремими техніками, а їх комплексним застосуванням. Поєднання когнітивних і поведінкових інтервенцій дозволяє впливати на всі рівні функціонування особистості та досягати стійких змін [53, с. 91–100].

КПТ виступає ефективним інструментом психологічної корекції соціальної тривожності та розвитку навичок саморегуляції.

Когнітивна реструктуризація спрямована на зміну негативних автоматичних думок. Наприклад, клієнт думає: «Я скажу щось дурне на нараді». Аналізуючи думку, ми дослуджуємо, що відсутні навіть докази, що це траплялося раніше. Альтернативною може бути думка: «Я можу висловити свою думку так само, як і інші».

Цей підхід дозволяє зменшити інтенсивність тривоги [10]. Експозиція – важливий метод КПТ при роботі із подолання соціальної тривоги.

Експозиція у когнітивно-поведінковій терапії передбачає поступове та контрольоване зіткнення клієнта із ситуаціями, які викликають тривогу або страх

[8, с. 112]. Використання цієї техніки сприяє зменшенню унікальної поведінки та формуванню адаптивних способів реагування у тривожних ситуаціях [53, с. 102–104; 72, с. 80].

Приклад ієрархії: поставити питання колезі; висловитись у малій групі; виступити перед аудиторією.

Регулярна експозиція знижує тривожність через процес звикання. Також ефективними стануть і поведінкові експерименти при подоланні соціальної тривоги. Ця техніка спрямована на перевірку переконань.

Кейс: клієнт вважає: «Якщо я почервонію – всі помітять і засудять». Експеримент: виступ перед групою. Результат: більшість людей не звернули уваги. Це змінює переконання [55, с. 69–93].

Техніки перевірки негативних очікувань займають важливе місце у когнітивно-поведінковій терапії, оскільки дозволяють клієнту отримати не лише інтелектуальне розуміння власних помилок мислення, а й реальний досвід, який змінює стійкі тривожні переконання.

Робота із захисною поведінкою, коли клієнт поступово відмовляється від уникнення. Наприклад, перестає уникати зорового контакту, перестає надмірно готуватися до простих розмов. У роботі можна також відпрацьовувати тренування соціальних навичок. Воно включає розвиток асертивності та комунікації.

Кейс: Клієнт навчається відповідати «ні» без почуття провини. Робота із самофокусованістю: клієнт вчиться переключати увагу із себе на зовнішній світ.

Mindfulness використовується для зниження рівня тривоги та підвищення усвідомленості [53, с. 121].

Дослідження показують, що КПТ є найбільш ефективним методом лікування соціальної тривожності. Вона забезпечує довготривалий ефект та зниження симптомів соціальної тривоги. [72, с. 154–158].

Висновки до першого розділу

Здійснено теоретичний аналіз проблеми тривожності та соціальної тривожності у сучасній психології. Встановлено, що тривожність є складним багатокомпонентним психічним явищем, яке може розглядатися як емоційний стан і як відносно стійка особистісна характеристика. У наукових підходах тривожність трактується як реакція на реальну або уявну загрозу, що супроводжується емоційним напруженням, занепокоєнням та очікуванням негативного розвитку подій, змінами у тілі. У МКХ-11 соціальна тривожність представлена як соціальний тривожний розлад (код 6B04) [14], що характеризується стійким і надмірним страхом соціальних ситуацій, пов'язаних із можливістю критичної оцінки, приниження або відторгнення.

Проаналізовано основні психологічні підходи до розуміння тривожності, зокрема психоаналітичний, гуманістичний, когнітивний та когнітивно-поведінковий, визначено, що особливе значення у сучасній психології має когнітивний підхід, відповідно до якого тривожність підтримується дисфункціональними переконаннями, автоматичними негативними думками та когнітивними викривленнями.

З'ясовано, що соціальна тривожність є особливою формою тривожності, пов'язаною зі страхом негативного оцінювання з боку інших людей, переживанням власної некомпетентності та униканням соціальних ситуацій. Соціальна тривожність супроводжується когнітивними, емоційними, поведінковими та фізіологічними проявами, які взаємопов'язані між собою та підтримують тривожний стан.

Під час аналізу теоретичних джерел встановлено, що важливу роль у формуванні соціальної тривожності відіграють індивідуальні психологічні особливості особистості, негативний досвід соціальної взаємодії, особливості сімейного виховання, страх осуду та негативної оцінки. Значущими механізмами

підтримання соціальної тривожності є унікаюча поведінка, надмірне самоспостереження, концентрація уваги на власних переживаннях і використання так званої безпечної поведінки.

Визначено, що когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш ефективних та науково обґрунтованих підходів у роботі із соціальною тривожністю. Її ефективність пояснюється можливістю впливати як на когнітивні процеси, так і на поведінкові прояви тривожності. КПТ спрямована на виявлення та зміну дисфункціональних переконань, подолання унікаючої поведінки, формування адаптивних моделей мислення та розвитку навичок ефективної соціальної взаємодії.

Розглянуто когнітивні механізми соціальної тривожності та особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії у процесі її подолання. Встановлено, що соціальна тривожність підтримується системою дисфункціональних думок, серед яких особливе місце займають автоматичні негативні думки, когнітивні викривлення, страх негативного оцінювання та негативні базові переконання щодо себе й соціального середовища.

З'ясовано, що когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш ефективних підходів у роботі із соціальною тривожністю, оскільки поєднує когнітивні та поведінкові методи впливу. Теоретичною основою КПТ є поняття про взаємозв'язок думок, емоцій та поведінки людини. Відповідно до цього підходу, зміна дисфункціональних думок і поведінкових стратегій допомагає домогтися зниження соціальної тривожності та покращити соціальну адаптацію особистості.

В процесі аналізу було визначено, що основними цілями КПТ при соціальній тривожності є виявлення автоматичних негативних думок, коригування когнітивних викривлень, зниження унікаючої поведінки, формування адаптивних моделей мислення та розвиток навичок ефективної соціальної взаємодії.

Особливу увагу приділено характеристиці основних технік КПТ, які застосовуються у роботі із соціальною тривожністю. До найбільш ефективних методів належать психоосвіта, аналіз ситуацій за моделлю АВС, ведення щоденника автоматичних думок, когнітивна реструктуризація, «сократівський діалог», поведінкові експерименти, експозиційні техніки, тренування соціальних навичок, вправи на усвідомленість та робота з базовими переконаннями.

Установлено, що експозиційні методи є одним із основних компонентів терапії соціальної тривожності, оскільки дозволяють поступово знижувати страх через контрольоване зіткнення із тривожними ситуаціями. Водночас ефективність експозиції значно підвищується у поєднанні з когнітивною реструктуризацією, що сприяє переоцінці негативних переконань та формуванню нового адаптивного досвіду.

Визначено, що важливу роль у терапевтичному процесі відіграє систематичне виконання домашніх завдань, які забезпечують закріплення отриманих навичок, розвиток саморегуляції та перенесення терапевтичного досвіду у повсякденне життя. Комплексне використання когнітивних і поведінкових технік дозволяє досягти стійких позитивних змін у подоланні соціальної тривожності.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ОСОБИСТОСТЕЙ

2.1. Підбір та обґрунтування методик дослідження

Перед дослідженням було сформовано вибірку та визначено критерії відбору учасників: дорослі віком від 20 до 65 років без тяжких психічних розладів.

Підготовлено інформаційний лист для учасників дослідження та форму інформованої згоди. Проведено перші консультації з потенційними респондентами. Продовжено діагностичну роботу. Особлива увага приділялась створенню довірливої атмосфери під час взаємодії з респондентами.

Фіксувалися особливості поведінки учасників, їхні запитання, труднощі при заповненні опитувальників.

Розпочато проведення первинної психодіагностики. Проведено індивідуальні бесіди з учасниками, роз'яснено правила заповнення методик. Зібрано перші протоколи дослідження. Здійснено їх первинну обробку та систематизацію. Проведено кількісну обробку отриманих результатів. Дані внесено до електронної таблиці для подальшого статистичного аналізу.

Здійснено попередній аналіз рівнів соціальної тривожності в досліджуваній групі.

Дослідження проведено в лютому 2026 року. Базою дослідження стали клієнти Хмельницького міського центру соціальних служб. Вибірку склала 21 людина. Для дослідження були використані такі методи анкетування, як шкала оцінки соціофобії SPIN [76], шкала соціального уникнення та дистресу SADS

(Social Avoidance and Distress Scale) [75, с. 144–146], а також шкала суб'єктивного дистресу SUDS (The Subjective Units of Distress Scale) [81, с. 124 -127].

Шкала оцінки соціофобії SPIN (Social Phobia Inventory), створена К. Коннор разом із колегами. Вперше методика була опублікована у 2000 році в рамках клінічних досліджень, проведених у Duke University Medical Center. Метою створення шкали було забезпечити зручний та надійний інструмент для самооцінки рівня соціальної тривожності як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Вона є валідним та надійним психодіагностичним інструментом, призначеним для виявлення й оцінки рівня соціальної фобії або соціального тривожного розладу. Опитувальник складається з 17 тверджень, що охоплюють три ключові компоненти соціофобії: страх соціальних ситуацій, уникнення соціальних контактів та соматичні прояви тривоги. Кожне твердження оцінюється респондентом за п'ятибальною шкалою: : 0 – анітрохи, 1 – трохи, 2 – дещо, 3 – дуже, 4 – надзвичайно [76].

Інтерпретація результатів проводиться відповідно до таких рівнів: менше 20 балів – відсутній рівень соціальної тривоги, від 20 до 30 - низький рівень, від 30 до 40 – середній рівень, від 40 до 50 – високий рівень, більше 50 - дуже високий. Максимальна кількість балів становить 68, і чим вона вища, тим сильніше виражені прояви соціального тривожного розладу.

Шкала оцінки соціальної фобії Social Phobia Inventory (SPIN) (додаток А). Застосування цієї методики у межах цього дослідження є обґрунтованим і доцільним. SPIN дозволяє виявити різні аспекти соціофобії, які є особливо релевантними саме у період воєнних дій.

Методика проста у використанні, зручна для самостійного заповнення, легко піддається кількісній обробці та інтерпретації, що робить її ефективною як у масових обстеженнях, так і в індивідуальній діагностиці. Окрім того, її висока психометрична надійність та валідність забезпечують достовірність отриманих результатів. Завдяки цьому SPIN є не лише інструментом оцінки наявності

соціофобії, а й дозволяє визначити ступінь її вираженості, що є важливим у контексті вивчення проблеми й подальшого визначення шляхів профілактики та психокорекції.

Шкала соціального уникнення та дистресу SADS (Social Avoidance and Distress Scale), (додаток Б) розроблена Девідом Вотсоном та Рональдом Френдом у 1969 році [75, с. 144–146]. Ця методика була створена для вимірювання соціальної тривожності, зокрема двох її компонентів: уникнення соціальних ситуацій та емоційного дистресу, пов'язаного з такими ситуаціями. Шкала SADS (Social Avoidance and Distress Scale) стала одним із перших інструментів, який дозволив кількісно оцінювати як поведінкові, так і емоційні аспекти соціальної фобії [75, с. 144–146]. Опитувальник складається з 28 тверджень, на які респонденти відповідають у форматі так або ні. Кожне твердження спрямоване на оцінку частоти уникнення міжособистісних контактів та інтенсивності емоційного напруження, що виникає в таких ситуаціях. Половина тверджень стосується соціального уникнення (наприклад, «Я уникаю вечірок, на яких не знаю багатьох людей»), інша - дистресу (наприклад, «Мене нервує, коли я перебуваю серед великої кількості людей»). За кожну відповідь, яка вказує на наявність уникаючої або тривожної поведінки, нараховується 1 бал. Загальна сума балів дозволяє інтерпретувати рівень соціального дистресу та уникнення: низький рівень соціальної тривожності 0–1 балів, середній 2–11 балів, високий 12–28 балів.

Високі результати свідчать про значну емоційну напруженість у соціальних ситуаціях та схильність до ізоляції, що може вказувати на ризик розвитку соціальної фобії. SADS дозволяє отримати кількісні показники соціальної тривожності, охоплюючи як зовнішні поведінкові прояви соціального уникнення, так і внутрішні переживання дистресу, що робить її комплексним засобом оцінки.

На основі зазначених методик було організовано та проведено анонімні опитування за допомогою онлайн-форми. Такий формат дозволив забезпечити

комфортні умови для респондентів та легкий підрахунок і інтерпретацію результатів. Людям було надано інструкцію щодо необхідності відповідати щиро та не замислюючись над правильністю відповідей, аби отримати максимально достовірні результати. Зібрані дані були узагальнені, кількісно оброблені та представлені у вигляді таблиці.

Проведено індивідуальні консультативні бесіди з окремими учасниками дослідження. Обговорено їхній досвід переживання соціальної тривожності.

Шкала суб'єктивного дистресу (The Subjective Units of Distress Scale, SUDS) (додаток В).

Шкала у формі термометра є корисним способом помітити та оцінити варіації рівнів дистресу, які людина може відчувати з часом. Популярна у поведінковій терапії горя та посттравматичних стресових станів, а також соціальній тривожності) [56, с. 124–127].

Це міра самооцінки, яка вимагає від клієнтів вказати свій рівень тривоги за шкалою від «немає страждань» до «страждання, які неможливо витерпіти». Оригінальна версія базується на шкалі від 0 до 100 (0 означає повне розслаблення, а 100 означає найсильніший дистрес, який тільки можна уявити). Так цифра 100 – людина нестерпно засмучена, до такої міри, що ви не можете працювати і перебуваєте на межі зриву, 90 – надзвичайно тривожний, безпорадний і нездатний впоратися з усіма наявними проблемами; 80 – відчуває занепокоєння і паніку, втрата концентрації та неприємні відчуття тривоги в тілі; 70 – відчуває дискомфорт домінує у думках клієнта, але він намагається нормально функціонувати, 60 це коли дискомфорт коливається від помірного до сильного рівня, залежно від зовнішніх обставин якщо клієнт оцінив свій стан на 50, то він засмучений і йому незручно, але він здатний продуктивно працювати та спілкуватися з іншими людьми; при оцінці 40 – відчувається тривога та занепокоєння, вони коливаються від легкого до помірного рівня; 30 – людина дещо засмучена; але все ж здатна ефективно функціонувати у різних галузях

життя; 20 – трохи сумна або засмучена, а при 10-ти має високу продуктивність і зосередженість. І, врешті, коли стан оцінили на 0 – це гармонія і повний спокій.

У додатку Г наведений приклад опитувальника «Капсула струсової ситуації», який був розданий клієнтам, тут вони заповнили розділи, зокрема описавши свої думки, відчуття в тілі та поведінку при ситуації, яка викликала у них тривогу у соціальній взаємодії. Цікаво, що такий опитувальник нагадує щоденник КПТ, він буде корисний психологу, адже чітко показує також думку, при якій клієнт відчув тривогу, неприємні відчуття в тілі. Таакож дозволяє виявити деструктивні думки.

Для додаткового розуміння власного стану їм були роздані підказки при роботі із шкалою. Використовувати дану шкалу (SUDS) дуже просто. У момент стресу або втручання люди просто оцінюють і записують свій рівень дистресу чи тривоги за шкалою від 0 до 100. Подібно до показників температури чи артеріального тиску, мета використання SUDS – забезпечити підвищену обізнаність про особистий рівень емоційного стресу будь-який момент. На показники можуть впливати думки, почуття та фізичні відчуття. Тому відповіді суб'єктивні й унікальні для людини та моменту – немає

«правильних» чи «неправильних» відповідей. Зазвичай, коли люди говорять, що мають рівень SUDS 100, вони можуть відчувати фізичні реакції, такі як пітливість долонь, прискорене серцебиття, утруднене дихання, відчуття запаморочення та сильне занепокоєння. Тому рівень 100 – це справді екстремально. Оскільки люди різні, ситуація, яка змушує одну людину відчувати рівень SUDS 100, може бути не такою поганою для іншої. Ось чому ми називаємо її суб'єктивною шкалою. Наприклад, уявіть, що ви з другом стоїте біля глибокого басейну, і хтось штовхає вас обох у воду. Якщо ваш друг не вміє плавати, він може відчувати рівень SUDS 100. Однак якщо ви вмієте плавати або не боїтеся глибокої води, ви можете відчувати нульовий рівень.

Щоб спростити систему оцінювання та полегшити прийняття рішень, для дітей часто використовують менший діапазон шкали (наприклад, від 0 до 10) із персоналізованими прив'язками (наприклад, 0 означає, що зовсім не страшно, а 10 – найстрашніше). Коли SUDs використовується з дітьми молодшого віку та молодими людьми, які мають труднощі з вербальною артикуляцією своїх емоцій, зазвичай покладаються на візуальну аналогову шкалу, таку як термометр почуттів, щоб точніше передати їхній рівень тривожності [56, с. 124–127].

Кожен включений пункт пропонує дитині розглянути думки, почуття та поведінку, які вони могли мати щодо соціальних ситуацій (наприклад, публічні виступи, відвідування торгових центрів або магазинів, знайомство з іншими, розмова, дарування та отримання компліментів, прохання інших, їжа в громадських місцях тощо) за останні 7 днів. Кожен елемент вимірювання оцінюється дитиною, а оцінка базується на сумі відповідей, де, незалежно від діапазону шкали, вищі бали вказують на більшу серйозність.

Щоб максимізувати ефективність використання SUDS, люди можуть відстежувати свій емоційний стрес, ведучи щоденник усвідомлення стресу.

Реєстрація кожного запису SUDS може включати дату, час і місце оцінки, оцінку SUDS і коротку примітку про будь-який контекст (те, що було сказано, зроблено, побачено або пережито, щоб викликати або зменшити стрес чи тривогу). Згодом цей журнал усвідомлення стресу може допомогти терапевту та клієнту відслідкувати, де саме відчувала тривога, яка ситуація була стресовою, розпізнати тенденції власного рівня стресу, включно з тим, що спричиняє його підвищення або зниження, і які втручання є найефективнішими.

Крім того, щоб допомогти людям стати більш самосвідомими та налаштуватися на відслідковування власного рівня стресу, SUDS можна використовувати для розвитку усвідомлення його в сім'ях, класах або робочих групах, особливо коли люди в групі зазнають спільних стресових факторів. Спільне використання SUDS може допомогти людям розвивати емпатію та

розуміння того, як на кожного члена групи унікально впливають різноманітні чинники, і що є ефективним у подоланні стресу. Шкала SUDS та процедура її використання може відбуватися на різних рівнях.

Наприклад, лікарі невідкладної допомоги та психіатри використовують Шкалу суб'єктивного дистресу Джозефа Вольпа (SUDS). При правильному застосуванні вона дозволяє фахівцям визначити поточний стан пацієнта – від повної відсутності тривоги до такої сильної тривоги, що пацієнт більше не може розрізняти реальність та ілюзію та не в змозі приймати ефективні поведінкові рішення до майже буддійського спокою. Шкала має багато застосувань, але одне з найважливіших – оцінка здатності пацієнта до самообслуговування [53, с. 104 – 105]. Пацієнти в середньому діапазоні можуть багато чого досягти навіть у сильно збудженому стані, тоді як ті, хто в дуже високому діапазоні, не здатні цього зробити.

Особи з високим рівнем тривожності часто потребують комплексної психотерапевтичної та, за необхідності, медикаментозної підтримки для стабілізації емоційного стану та зниження інтенсивності тривожних проявів [64, с. 214]. Зменшення рівня емоційного напруження створює умови для подальшого залучення клієнта до психотерапевтичної роботи та опанування навичок саморегуляції.

У межах діалектичної поведінкової терапії (ДБТ) важливе місце займає розвиток навичок толерантності до стресу, які допомагають людині ефективніше справлятися з емоційним напруженням і кризовими станами [54]. Поступове формування таких навичок сприяє зниженню інтенсивності тривожних переживань з 8, 9 чи 10 до 6 або 7 протягом кількох днів, підвищенню емоційної стійкості та покращенню здатності до адаптивного реагування у складних ситуаціях.

Практика показує, що систематичне застосування психотерапевтичних методів, зокрема когнітивно-поведінкових та діалектико-поведінкових технік,

дозволяє поступово зменшувати рівень тривожності та покращувати психоемоційний стан клієнтів [46, с. 145].

Рівні 5 та 6 зазвичай є поворотним моментом, коли можна вивчити та застосувати навички регулювання емоцій, міжособистісних навичок та, нарешті, усвідомленості. Ця версія шкали стресу та дистресу (SUDS) допомагає чіткіше визначити, де дійсно можуть бути ефективними методи лікування, що змінюють життя.

Як тільки пацієнт досягає 3–4 стадій, усі форми психотерапії можуть бути використані, щоб допомогти пацієнтам з ПТСР/важкою тривогою не тільки контролювати свою тривогу, але й запобігати рецидиву вище 7 стадії. Найбільш широко вивченими та використовуваними терапіями наразі є когнітивна терапія на основі усвідомленості [27], терапія прийняття та зобов'язань, терапія мосту розум-тіло та зниження стресу на основі усвідомленості.

Проведено кількісну обробку отриманих результатів. Дані внесено до електронної таблиці для подальшого статистичного аналізу. Здійснено якісний аналіз отриманих відповідей.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Узагальнено проміжні результати дослідження. Підготовлено графіки та таблиці для візуалізації даних. Сформульовано попередні висновки щодо поширеності та особливостей соціальної тривожності серед дорослих.

Шкала SPIN оцінює три основні аспекти: страх, уникнення соціальних ситуацій та фізіологічні симптоми (наприклад, почервоніння, серцебиття). 21 респондент заповнив шкалу у форматі гугл-форми. Скрін таблиці з відповідями якої зображено на рис. 3.1.

Позначка часу	Column 24	Результат	Ім'я та прізвище (за бажанням)	Стать	1. Я боюся впливових людей або керівництв	2. Мене турбує те, що я червонію на людях
10.02.2026 10:45:24		29 / 68	Аліна	Жін.		1
10.02.2026 11:22:50		37 / 68	Світлана	Жін.		1
10.02.2026 11:30:01		32 / 68	Христина Марченко	Жін.		1
10.02.2026 12:01:26		51 / 68	Юлія Демчук	Жін.		2
10.02.2026 12:06:16		19 / 68	Михайло	Чол.		1
09.02.2026 17:07:28		53 / 68	Тетяна	Жін.		3
09.02.2026 18:26:38		39 / 68	Вікторія	Жін.		3
09.02.2026 19:32:50		32 / 68	Тетяна	Жін.		3
10.02.2026 10:15:29		41 / 68	Аделіна	Жін.		3
10.02.2026 10:20:02		22 / 68	Тетяна Юрчак	Жін.		1
11.02.2026 16:07:56		47 / 68	Ілля Малий	Чол.		2
12.02.2026 12:07:09		21 / 68	Дудрик Ірина	Жін.		1
12.02.2026 16:49:59		31 / 68	Захожа Ольга Олександрівна	Жін.		2
20.02.2026 09:55:21		26 / 68	Каритун Оксана	Жін.		
20.02.2026 09:56:53		21 / 68	Алла Кравчук	Жін.		

Рис. 3.1. Відповіді до шкали SPIN

Нижче, у (додатку Д) наведені результати дослідження соціальної тривожності, згідно Шкали оцінки соціофобії SPIN (Social Phobia Inventory).

Відповідно до методології результати її розподіляються за такими категоріями:

0–20 балів: відсутність або мінімальна соціальна тривога.

21–30 балів: легкий ступінь соціофобії.

31–40 балів: середній (помірний) ступінь.

41–50 балів: тяжкий ступінь.

51–68 балів: дуже тяжкий ступінь соціальної фобії.

Понад 80% нашої вибірки мають рівень тривожності, що перевищує норму. Найбільша концентрація результатів спостерігається в сегменті «Легкий – Помірний» (62% опитаних), що свідчить про загальну тенденцію до соціального дискомфорту в цій групі.

Основні висновки:

1. Більшість респондентів (17 з 21) набрали 19 і більше балів, що є загальноприйнятим порогом, який вказує на можливу наявність соціальної тривоги.

2. Переважний рівень: найбільша група респондентів знаходиться в діапазоні легкої (33%) та помірної (28%) соціофобії.

3. Критичні випадки: результати 51 та 53 бали свідчать про вкрай високий рівень страху, уникнення та фізіологічного дискомфорту, що потребує обов'язкової консультації фахівця.

Наприклад, результат, як у Христини Марченко, результат у 32 бали свідчить про наявність виражених симптомів соціальної тривоги, які можуть заважати у повсякденному житті, професійній діяльності чи навчанні.

У двох респондентів – Юлії та Тетяни, високий рівень соціальної тривоги, відповідно, результати 51 та 53 бали свідчать про вкрай високий рівень страху, уникнення та фізіологічного дискомфорту, що потребує обов'язкової консультації фахівця.

Шкала соціального уникнення та дистресу SADS. Ця методика була створена для вимірювання соціальної тривожності, зокрема двох її компонентів: уникнення соціальних ситуацій та емоційного дистресу, пов'язаного з такими ситуаціями. Шкала SADS стала одним із перших інструментів, який дозволив кількісно оцінювати як поведінкові, так і емоційні аспекти соціальної фобії.

Опитувальник складається з 28 тверджень, на які респонденти відповідають у форматі так або ні. Кожне твердження спрямоване на оцінку частоти уникнення міжособистісних контактів та інтенсивності емоційного напруження, що виникає в таких ситуаціях. Половина тверджень стосується соціального уникнення (наприклад, «Я уникаю свят та заходів, на яких не знаю багатьох людей»), інша – дистресу (наприклад, «Мене нервує, коли я перебуваю серед великої кількості людей»). За кожну відповідь, яка вказує на наявність уникаючої або тривожної поведінки, нараховується 1 бал. Загальна сума балів

дозволяє інтерпретувати рівень соціального дистресу та уникнення: низький рівень соціальної тривожності 0–1 балів, середній 2–11 балів, високий 12–28 балів.

Для проведення дослідження було створено також гугл-форму, посилання на яку було надіслано респондентам. Форму шкали соціального уникнення та дистресу SADS заповнили 16 осіб. Де також виявлено певний рівень соціальної тривожності. Загалом, відповіді респондентів цієї шкали (додаток Е) можна розподілити таким чином в таблиці 3.1. показані зведені результати шкали:

1. Група високого ризику (17–21 бал).

Результати: 21, 20, 20, 19, 17.

Інтерпретація: ці учасники, ймовірно, відчувають значний стрес у соціальних ситуаціях. Вони часто уникають знайомств, публічних виступів або навіть простого спілкування. Це може вказувати на ознаки соціальної фобії.

2. Група помірної тривожності (9–12 балів).

Результати: 12, 12, 10, 9.

Інтерпретація: сюди входять Максим (12) та Тарас (12). Це «межовий» стан. Людина може бути вибірково товариською, але відчувати невпевненість у нових компаніях або під час оцінювання іншими людьми.

Таблиця. 3.1.

Категорія рівня тривожності	Бали (з 28)	Кількість осіб
Високий/Дуже високий	17 – 21	5 осіб
Середній	9 – 12	4 особи
Низький / Норма	0 – 8	7 осіб

3. Група низької тривожності/адаптації (0–8 балів).

Результати: 0, 1, 1, 3, 5, 7, 7, 8.

Інтерпретація: У цій групі Ірина (8), Ольга (7), Оксана (7), Солік (3) та Наталія (1). Показник 0/28 свідчить про повну відсутність соціального страху. Ці люди почуваються вільно в будь-якому середовищі.

Основні висновки:

1. Полярність групи: майже третина опитаних (31%) має показники вище 17 балів, що вимагає уваги. Якщо це робочий колектив або навчальна група, цим людям може бути важко проявляти ініціативу.

2. Гендерний аспект: цікаво, що серед ідентифікованих осіб (Ірина, Ольга, Оксана) рівень тривожності низький (7–8 балів), тоді як найвищі бали (21, 20) належать анонімним респондентам.

3. Середнє значення по всій групі становить приблизно 10.6/28, що відповідає помірному рівню соціальної тривожності для групи в цілому.

Обробка результатів шкали суб'єктивного дистресу (The Subjective Units of Distress Scale, SUDS) (Додаток В) підходить і як інструмент самооцінки в когнітивно-поведінковій терапії (КПТ), який дозволяє пацієнту кількісно виразити інтенсивність тривоги, страху або дискомфорту в конкретний момент.

У межах цього дослідження 10 клієнтів заповнили опитувальник (Додаток Г «Капсула стресової ситуації»), який має розділи «думки», «відчуття в тілі» та «поведінку при ситуації», яка викликала у них тривогу у соціальній взаємодії, а також розділ для оцінки стану цифрою.

Це перший етап, де клієнт складає список соціальних ситуацій, яких він уникає, і оцінює їх за шкалою SUDS.

Інтерпретація балів при соціальній тривозі:

Бали 0–20 оцінюють стан клієнта, як легкий неспокій, який не заважає спілкуванню. 30–50 – це вже помітна тривога; людині в такому випадку хочеться відвести погляд або піти, але вона ще може продовжувати діалог.

60–80 – сильний дистрес; клієнту важко зосередитися на словах співрозмовника, фокус на своїх фізичних симптомах (червоніння, піт). А також, 90–100 – це паніка; повне бажання втекти, відчуття катастрофи.

Найчастіше спостерігали такі відповіді.

Низький SUDS (10–30): сказати «добрий день» касиру або запитати дорогу в незнайомця.

Середній SUDS (40–60): пообідати в людному місці, підтримати розмову з колегою на кави-паузі.

Високий SUDS (70–100): виступ із презентацією, відеоконференція, конфліктна розмова з керівником або тост на вечірці.

У даному дослідженні найчастіше люди описували ситуації, коли високий рівень соціальної тривоги виникав, наприклад, в укритті під час повітряної тривоги. Думки, що описували в шкалі «Багато людей, дратують ці звуки», «А що, як втрачу самоконтроль, будучи в укритті», тривожні думки на відеоконференції «Якщо я забуду слова».

Часто спостерігалися відповіді, щодо тривоги при спілкуванні у магазині чи супермаркеті, при розмові з колегами, за обідом чи на кави-паузі.

Думки в цей час описали такі: «Що як побачать, що я почервонів», «Співрозмовник подумає, що я не цікавий», «Боюся здатся смішним», «Боюся бути нудним», «Раптом мене охопить паніка», «Як відреагують на мою неухважність», «Боюся критики, через своє запинання при розмові».

При цьому опитувані скаржилися й на відчуття у тілі, задуху, тремтіння рук, жар на обличчі, потовиділення, прискорене серцебиття.

Також відмічали поведінкові стратегії: «Не хочу того робити», «Хочу втекти звідси», «Уникнення розмови», «Бажання не відповідати», Відмова від відвідування заходів, вечірок, тощо.

Наприклад, на рис. 3.2 зображена відповідь Ірини. Це приклад самооцінки соціальної тривоги Ірини.

Ірина

Опишіть ситуацію що сталося : *страх підтримувати розмову з колегою на каві-паузі*

Дата, час: *час біг часу*

Тіло: *прискорене серцебиття, потовиділення, почервоніння обличчя*

Думки, почуття: *схвилювання подумав, що я їй не цікава, засмучення*

Поведінка: *схвилюваний вигляд, складно спілкуватися*

(50) Оцінка в балах за шкалою SUDS

Рис. 3.2 Результати відповідей Ірини до шкали SUDS

Жінка оцінила ситуацію на рівні 50 балів за шкалою SUDS (Subjective Units of Distress Scale), так стан оцінюється як помірна тривога або дистрес. Людина в цьому випадку засмучена, але здатна продуктивно працювати та спілкуватися з іншими людьми. Такий рівень тривоги може впливати на:

Самопочуття: відчуваєте дискомфорт, занепокоєння або нервозність, які важко ігнорувати.

Функціонування: все ще можете виконувати повсякденні справи, але це потребує помітних зусиль.

Поведінку: часто на цьому етапі з'являється виражене бажання уникнути ситуації, що викликає стрес.

Відчуття у тілі Ірина мала такі: прискорене серцебиття, потовиділення, почервоніння обличчя. Змінювалася поведінка: ставало складно спілкуватися, був схвилюваний вигляд. Під час реального зіткнення з лякаючою ситуацією

SUDS допомагає відстежувати динаміку тривоги. Перед початком: клієнт прогнозує свій рівень дистресу (наприклад, «буде на 90»).

У процесі: терапевт кожні кілька хвилин запитує актуальний бал. Мета – побачити, як тривога природно знижується (габітуція), навіть якщо людина нічого не робить для «порятунку».

Після: клієнт порівнює реальний дистрес із прогнозованим, що допомагає розхитати переконання про «нестерпність» страху.

Висновки до другого розділу

Представлено результати емпіричного дослідження впливу когнітивно-поведінкової терапії на рівень соціальної тривожності. Визначено організацію дослідження, обґрунтовано вибір психодіагностичних методик шкала оцінки соціофобії SPIN, шкала соціального уникнення та дистресу SADS (Social Avoidance and Distress Scale), а також шкала суб'єктивного дистресу SUDS (The Subjective Units of Distress Scale) та проаналізовано особливості прояву соціальної тривожності у досліджуваних.

Понад 80% вибірки мають рівень тривожності, що перевищує норму. Найбільша концентрація результатів спостерігається в сегменті «Легкий – Помірний» (62% опитаних), що свідчить про загальну тенденцію до соціального дискомфорту в цій групі.

У процесі первинної діагностики встановлено, що значна частина учасників демонструвала підвищений рівень соціальної тривожності, який проявлявся у страху негативної оцінки, уникненні соціальних контактів, емоційному напруженні та труднощах міжособистісної взаємодії.

Також були виявлені характерні когнітивні особливості, зокрема автоматичні негативні думки, катастрофізація соціальних ситуацій, занижена самооцінка та схильність до надмірного самоконтролю.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ ЩОДО ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ТРИВОЖНОСТІ МОЛОДІ

3.1. Програма когнітивно-поведінкової корекції соціальної тривожності

Проведено аналіз взаємозв'язків між рівнем соціальної тривожності та такими факторами, як вік, стать, професійна діяльність, комунікативний досвід.

Вивчено принципи застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі з соціальною тривожністю. Опрацьовано техніки: когнітивної реструктуризації; експозиції; тренінгу соціальних навичок; поведінкових експериментів.

Складено план можливих корекційних занять.

Розроблено рекомендації для учасників із високими показниками соціальної тривожності. Для профілактики соціальної тривоги КПТ пропонує перетворити психологічні навички на щоденну гігієну розуму. Основна ідея – не дати поодиноким випадкам сорому чи ніяковості закріпитися у вигляді унікаючої поведінки.

Основні превентивні стратегії:

1. Відмова від «безпечної поведінки». Профілактика починається з усвідомлення того, як клієнт ховається від світу. Не потрібно намагатися заздалегідь репетирувати кожну фразу або постійно перевіряти свій вигляд у дзеркалі. Це лише підживлює переконання, що він «недостатньо хороший» без підготовки.

2. Техніка «Зовнішнього фокусу». Соціальна тривога живиться саомоніторингом (коли людина зациклена на своєму серцебитті чи тремтінні рук). Для профілактики варто практикувати активне слухання: зосереджуючись

на кольорі очей співрозмовника, фоновому шумі або змісті слів іншої людини, а не на власних відчуттях.

3. Поступова експозиція, може бути як спосіб життя для людей, що страждають через соціальну тривогу. Потрібно не чекати «особливого дня», а робити «малі кроки» щодня, наприклад:

1. Привітатися з сусідом першим.
2. Зробити невеликий комплімент продавчині, другові, запросити колегу на каву.

3. Поставити уточнююче питання на робочій зустрічі. Це тренує мозок розуміти, що соціальна взаємодія безпечна.

4. Когнітивна гнучкість (метод «А що, якщо правда?»).

Замість того, щоб боротися зі страхом помилки, варто спробувати прийняти її як можливість. Скажіть собі: «Навіть якщо я почервонію – це лише фізіологія. Я можу бути ефективним і з червоними щоками». Це знімає напругу від очікування «ідеальності».

5. Робота з «пост-подібним аналізом». Після зустрічей люди з тривогою схильні годинами «пережовувати» свої помилки. Для цього можна спробувати профілактичну вправу: встановити ліміт – не більше 3 хвилин на аналіз розмови. Записати лише те, що пройшло добре, і одну річ, яку можна наступного разу змінити.

Під час дослідження підготовлено інформаційні матеріали з технік самопомоги в межах КПТ. Зокрема, проведення бесід психологічних заходів КПТ при соціальній тривожності. Проведення бесід у межах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) при соціальній тривожності базується на роботі з негативними думками та зміні патернів поведінки. Основна мета – перетворити тривогу з циклічного процесу на лінійний, що веде до її поступового згасання.

Ключові етапи та методи проведення бесід:

Психоедукація: на початкових етапах бесіда спрямована на роз'яснення природи соціальної тривоги, симптомів (наприклад, страх оцінки оточуючими) та механізмів її підтримки. Для оцінки стану фахівці можуть використовувати шкалу Спілбергера [35, с. 213–215].

Когнітивна реструктуризація: спільний аналіз і «піддавання сумніву» думок, що викликають страх (наприклад, «всі помітять, як я хвилююся»). Використовується техніка пошуку доказів «за» і «проти» негативних переконань.

Експозиційна терапія: Поступове і контрольоване занурення пацієнта у ситуації, що викликають тривогу (публічні виступи, знайомства), без реальної небезпеки.

Тренінг навичок копіngu та релаксації: навчання технік дихання та м'язової релаксації під час бесіди, щоб допомогти мозку перейти від імпульсивного реагування до обдуманого.

Наприклад, при індивідуальній роботі з Олександром (на рис. 3.3 зображена його відповідь), який оцінив свій рівень соціальної тривоги за шкалою SUDS на 68, а також описав такі зміни у тілі, як ускладнене дихання, біль і спазми у животі, загальний стрес. Відмітив також думки: «Боюся здатися смішним», «Помітять паніку, яка охопила» це потягнуло за собою поведінку – йде з локації.

При роботі з таким клієнтом можна застосувати наступні техніки:

1. Дихальні вправи: спробувати техніку «дихання по квадрату», застосовуючи мобільний телефон або глибоке діафрагмальне дихання, щоб заспокоїти нервову систему.
2. Фізичне розслаблення: використовувати прогресивну м'язову релаксацію – по черзі напружувати та розслабляти групи м'язів.
3. Техніки заземлення: назвати в думках 5 предметів, які бачить, 4, які можете помацати, і 3, які чує.
4. Зниження навантаження: якщо можливо, зробити коротку перерву або змініть вид діяльності, щоб дати психіці відпочити.

Олена

Опишіть ситуацію що сталося : *Спрах опинитися в людному місці і підтримувати розмову*

Дата, час: *25.02.26 14:00*

Тіло: *Ускладнене дихання, біль (спина) в нирках, сльози*

Думки, почуття: *Боюся здохти сьогоднішнім. Немає споконня потіка. Боюся міти.*

Поведінка: *Віду з лікарів. Говорю про готовність ший сфок.*

68 Оцінка в балах за шкалою SUDS

Рис. 3.3 Результати відповідей Олександра до шкали SUDS

Також ефективними при роботі із соціальною тривогою стануть і поведінкові експерименти: планування завдань для перевірки побоювань у реальному житті (наприклад, навмисно помилитися в розмові, щоб побачити реакцію людей).

При роботі із соціальною тривогою буде корисною така техніка як «Сократівський діалог». Сократівський діалог – це не просто форма розмови, а потужний інструмент критичного мислення. Він дозволяє вам самостійно дійти до істини за допомогою цілеспрямованих питань. Сократівський діалог у когнітивно-поведінковій терапії використовується як метод керованого дослідження переконань клієнта за допомогою системи послідовних запитань. Його метою є розвиток критичного мислення, виявлення когнітивних викривлень та формування більш реалістичних способів інтерпретації ситуацій [34, с. 145].

Замість того, щоб надавати заздалегідь підготовлені відповіді, цей метод заохочує до глибокого аналізу власних переконань.

Метод «Сократівського діалогу» базується на майевтиці (грецькою «повивальне мистецтво»). Сократ вважав, що знання вже притаманні кожній людині і що співрозмовник лише допомагає їх розкрити [31, с. 69–93]. У сучасній комунікації, менеджменті та освіті цей підхід використовується для виявлення когнітивних упереджень та розширення світогляду.

Ключові фази діалогу:

1. Емпатичне слухання: повністю варто зосередитися на твердженні іншої людини, не спростовуючи його негайно.
2. Уточнення термінів: з'ясовувати, що інша людина має на увазі під певними термінами (наприклад, «Що для вас означає «неупередженість»?»).
3. Визначення винятків: Ставити питання, які допомагають виявити невідповідності в аргументації («Чи є ситуації, коли це не діє?»).
4. Спільні висновки: спрямувати свого опонента до нового розуміння проблеми на основі його відповідей.

Типи технік сократівських питань. Для ефективного застосування використовуйте такі підходи: уточнюючі питання: «Чи не могли б ви навести приклад?», «Як це пов'язано з нашою темою нашої розмови?» [31, с. 144–147].

Варто ставити запитання для перевірки припущень:

«Що ми приймаємо в цій ситуації без доказів?», «Ви припускаєте, що... Чи це завжди так?».

Запитання щодо доказів та обґрунтування: «Які факти підтверджують цю точку зору?», «Це думка чи факт?», «Чи є якісь підстави сумніватися в цих даних?».

Запитання щодо наслідків: «До чого це призведе в майбутньому?», «Як це рішення вплине загалом на перебіг подій?».

Ефективність «сократівського діалогу» полягає в: зменшенні опору, оскільки людина робить власні висновки, вона не відчуває захисної позиції, яка зазвичай виникає при прямій критиці або нав'язуванні чужих думок; у розвитку усвідомленості: метод вчить відокремлювати факти від інтерпретацій та емоцій; зміцнення довіри: інша людина відчуває, що її думку цінують, і ви дієте не як суддя, а як дослідник.

Особливість сократичного діалогу – це щирий інтерес. Якщо терапевт ставить запитання просто для того, щоб загнати іншу людину в кут, розмова перетворюється на допит підлеглого. Однак, коли метою є спільне розуміння складної теми, діалог стає ключем до справжніх ідей та глибоких змін у мисленні.

Формати заходів:

1. Індивідуальні сесії: глибоке пропрацювання особистих тригерів.
2. Групова КПТ: надає можливість практикувати соціальні навички у безпечному середовищі, що є особливо ефективним при соціофобії.
3. Онлайн-курси: доведено ефективність дистанційних КПТ-протоколів для дітей та підлітків із соціальною тривожністю.

Щодо бесіди за методом «сократівського діалогу» для роботи з автоматичною думкою: «Якщо я почну говорити, я почервонію, і всі подумають, що я нерозумний», можна ставити запитання для виявлення її. Бесіду проводять у такому форматі.

Етап 1: Виявлення та оцінка думки.

Терапевт: Оцініть за шкалою від 0 до 100%, наскільки ви вірите в те, що оточуючі назвуть вас «нерозумним», якщо побачать ваше хвилювання?

Клієнт: На всі 90%. Це буде катастрофа.

Етап 2: Пошук доказів (Дослідження реальності).

Терапевт: Згадаймо ваш досвід. Чи бачили ви колись іншу людину, яка червоніла або заїкалася під час розмови?

Клієнт: Так, минулого тижня колега на нараді переплутав слова і почервонів.

Терапевт: Якою була ваша перша думка про нього в той момент? Ви подумали: «Який він невдаха»?

Клієнт: Ні, скоріше: «О, він теж нервує, розумію його».

Терапевт: Чому ж до себе ви застосовуєте суворіший критерій оцінки, ніж до інших?

Етап 3: Декатастрофізація (Техніка «Що, якщо...»).

Терапевт: Уявімо найгірше: хтось дійсно помітив, що ви почервоніли. Що це означає для вашого життя через тиждень? А через місяць? Рік? Чи перестануть ваші близькі вас любити? Чи звільнять вас за колір обличчя?

Клієнт: Навряд чи. Швидше за все, вони забудуть про це через 5 хвилин.

Етап 4: Формування альтернативної думки.

Терапевт: Спробуймо сформулювати нову, більш реалістичну думку замість початкової.

Нова думка: «Я можу почервоніти, бо це реакція мого тіла на стрес. Більшість людей або не помітять цього, або віднесуться з розумінням. Моя цінність не залежить від кольору моїх щік».

Групова КПТ є «золотим стандартом» для подолання соціальної тривоги, оскільки сама група служить тренувальним майданчиком.

Структура заняття (на 90 хвилин):

1. Вхідний шеринг (15 хв): Учасники діляться успіхами у виконанні домашніх завдань (наприклад, «заговорив з незнайомцем»). Це створює атмосферу підтримки, де кожен розуміє страх іншого.

2. Навчальний блок (25 хв): Терапевт пояснює концепцію безпечної поведінки (уникнення зорового контакту, тримання телефону в руках). Учасники вчаться ідентифікувати ці механізми у себе.

3. Поведінкова експозиція (рольова гра) (40 хв):

1. Сценарій: Один учасник грає роль «керівника», інший – «працівника», який просить про підвищення, або колеги, який вийшли «на каву».
2. Завдання: Учасник з тривогою має свідомо відмовитися від «безпечної поведінки» (дивитися в очі).
3. Зворотний зв'язок: Група не критикує, а каже: «Ми помітили, що ти почервонів, але це зовсім не заважало нам тебе слухати».
4. Завершення та домашнє завдання (10 хв): Планування експозиції в реальному світі (наприклад, запитати дорогу у трьох перехожих).

Переваги групового формату:

Універсальність страждання: клієнт бачить, що він не один такий «дивакуватий».

Дзеркало: група дає чесний зворотний зв'язок, що руйнує ілюзію «всі дивляться на мене з осудом».

Економічність: групова терапія зазвичай доступніша за індивідуальну.

Методологію таких занять часто базують на протоколах Річарда Хеймберга [82].

Протокол СДЕР (у західній літературі відомий як АВС-щоденник) – це основний інструмент КПТ, який допомагає побачити зв'язок між подією та нашою реакцією. Ключова ідея: нас засмучує не сама подія, а те, як ми її інтерпретуємо.

Прикладом заповненого протоколу для людини із соціальною тривожністю може бути як приклад щоденника для застосування при соціальній тривозі.

Компонент та опис (заповнюється пацієнтом).

С – ситуація: «Зайшов у кав'ярню, за сусіднім столиком група молодих людей почала сміятися одразу після того, як я пройшов повз».

Д – думка (автоматична). «Вони сміються з мого вигляду. Мабуть, я виглядаю безглуздо або в мене щось на одязі. Я завжди стаю об'єктом насмішок».

Е – емоції – сором (90%), тривога (80%), пригніченість (60%).

Р – реакція – фізіологія: обличчя стало гарячим, серце забилося швидше.

Поведінка: швидко забрав каву, не піднімаючи очей, і вибіг з кав'ярні.

Після того, як людина навчилася фіксувати ці чотири стовпчики, додається п'ятий – «адаптивна відповідь» (альтернативна думка).

Приклад адаптивної відповіді:

«Чи є докази, що вони сміялися саме з мене? Ні, я не чув жодного слова. Можливо, вони згадали жарт або дивилися відео в телефоні. Навіть якщо вони сміялися з мене – це говорить про їхнє невиховання, а не про мою цінність як людини».

В результаті цього відбуваються такі зміни:

– Дистанціювання: клієнт дивиться на свої думки як на «об'єкти» дослідження, а не як на істину.

– Контроль: він починає розуміти, що може змінити емоцію та реакцію, змінивши думку.

– Виявлення патернів: через 1-2 тижні ведення щоденника стає зрозуміло, які саме ситуації є найбільшими тригерами.

Для глибшого розуміння соціальної тривоги важливо розділяти реакцію на два підтипи, а саме: фізичні відчуття та конкретні дії. Адже це допомагає побачити, як соціальна тривожність змушує людину «ховатися» від світу.

Ще один приклад протоколу СДЕР для типової соціальної ситуації, яку можна використати при роботі з клієнтом із високою соціальною тривогою.

Ситуація клієнта: «Керівник на зборах запитав мою думку, щодо нового проєкту перед усіма колегами.

Аналіз клієнта.

С – ситуація – публічне запитання від авторитетної особи, «увага 10 колег прикута до мене».

Д – думка (автоматична) – «Зараз я скажу якусь дурницю. Всі зрозуміють, що я некомпетентний. Вони побачать, як у мене тремтять руки, і подумають, що я слабак».

Е – емоції: страх (95%), сором (80%), паніка (70%).

Р – реакція тілесна: клубок у горлі, прискорене серцебиття, спітніле тіло та долоні.

Поведінкова: відповів максимально коротко («Я згоден з попереднім спікером»), уникав зорового контакту, сів на краєчок стільця.

Крок 2: Когнітивна робота (аналіз думки).

Після заповнення СДЕР у КПТ-терапії додають етап піддавання сумніву цих думок. Людина ставить до них критичні запитання:

Докази «За»: «Я дійсно трохи затнувся на першому слові».

Докази «Проти»: «Колеги слухали спокійно, ніхто не сміявся. Минулого разу моя ідея була прийнята позитивно. Люди зазвичай зайняті своїми думками про те, що скажуть вони самі, а не оцінкою мене».

Когнітивна помилка: «чорно-біле» мислення, тобто «або ідеальна відповідь, або я некомпетентний» та «читання думок»: «я точно «знаю», що вони подумали».

Крок 3: адаптивна відповідь – нова думка.

Замість початкової думки ми формулюємо нову, яка знизить інтенсивність емоції. «Я можу нервувати – це природно для публічного виступу. Навіть якщо я скажу щось неідеально, це не робить мене поганим спеціалістом. Моє хвилювання набагато помітніше мені, ніж іншим».

Цей протокол такий корисний при соціофобії, бо відображає «Унікаючу поведінку»: колонка «Реакція» показує, що клієнт робить, щоб «врятуватися» (наприклад, дивиться у підлогу). КПТ вчить поступово відмовлятися від цих дій.

Зниження інтенсивності: Коли людина розкладає паніку на компоненти (С-Д-Е-Р), вона перестає мати неконтрольовані думки і набуває нових навичок для їх структурування та зрозумілих процесів.

Перехід від емоцій до фактів: клієнт починає бачити різницю між тим, що сталося (запитали думку), і тим, що він додумав («всі вважають мене невдахою»).

3.2. Практичні рекомендації щодо застосування когнітивно-поведінкової терапії

Ефективність КПТ значною мірою залежить від професійних дій психолога. У зв'язку з цим доцільно виділити низку практичних рекомендацій.

Найперше, необхідно здійснювати ретельну первинну оцінку проблеми, яка включає визначення рівня соціальної тривожності, типових ситуацій уникання та ключових когнітивних викривлень. Це дозволяє сформувати індивідуальний план терапії.

Також важливо приділяти увагу формуванню терапевтичного альянсу. Довіра між клієнтом і психологом є необхідною умовою ефективної роботи, особливо з урахуванням того, що клієнти із соціальною тривожністю часто мають підвищену чутливість до оцінювання.

Слід поступово вводити клієнта у процес експозиції. Надмірно швидке занурення у складні ситуації може викликати посилення тривоги і знизити мотивацію до терапії. Тому рекомендується використовувати принцип градуйованості [8, с. 112–114].

Психологу необхідно систематично працювати з когнітивними викривленнями клієнта, допомагаючи йому формувати більш реалістичні інтерпретації подій.

В терапії розладу соціальної тривоги ключовими етапами є правильна діагностика та психоедукація, когнітивна реструктуризація, домашнє завдання. Гарні результати можуть дати систематична покрокова експозиція та поведінкові експерименти [33, с. 153–155]. Експозиція у когнітивно-поведінковій терапії передбачає поступове та контрольоване зіткнення клієнта із ситуаціями, що викликають страх або тривогу. Основною метою такого підходу є формування здатності людини почуватися більш упевнено та спокійно у тих соціальних обставинах, які раніше спричиняли виражене емоційне напруження або уникалися.

Принципом експозиції є поступовість. Клієнт не починає роботу одразу з найбільш складних і тривожних ситуацій, а поступово переходить від менш загрозливих до більш емоційно значущих. Такий підхід дозволяє сформувати досвід успішного подолання тривоги та підвищити рівень впевненості у власних можливостях.

Принцип експозиції можна порівняти з процесом навчання плаванню. Різне занурення у глибоку воду без попередньої підготовки може викликати надмірний страх і дезорганізацію поведінки. Натомість поступове освоєння навичок – від звикання до перебування у воді до формування впевненості у власних рухах – створює більш безпечні умови для адаптації та розвитку необхідних умінь. Навіть якщо певний рівень тривоги зберігається, людина вже має попередній досвід успішного подолання страху, що допомагає їй ефективніше справлятися зі складнішими ситуаціями.

Подібний принцип використовується і в роботі із соціальною тривожністю. Наприклад, якщо людина відчуває сильний страх під час спілкування з представниками протилежної статі, терапевтична робота може розпочинатися з

менш тривожних форм соціальної взаємодії та поступово переходити до складніших ситуацій. Така поетапність дозволяє уникнути надмірного емоційного перевантаження та знижує ризик відмови клієнта від терапії.

У процесі пояснення принципів експозиції важливо враховувати емоційний стан клієнта та підтримувати відчуття безпеки, оскільки надмірно інтенсивне зіткнення зі страхом на початкових етапах може посилити тривожність і негативно вплинути на мотивацію до терапевтичної роботи.

Безпосереднє зіткнення зі страхом у процесі експозиційної терапії може тимчасово підвищувати рівень тривоги та емоційного напруження [8, с. 113]. Водночас систематичне перебування у ситуаціях, які раніше уникалися, забезпечує довготривалий терапевтичний ефект, сприяє зниженню інтенсивності страху та формуванню більш адаптивних способів реагування [46, с. 104].

У поведінковому підході вважається, що подолання страху можливе саме через поступове зіткнення з ним, а не через уникання тривожних ситуацій. Також при обговоренні експозиції варто зазначати, що вона не відбувається сьогодні, а через кілька сесій.

Розглянемо також метод «Сократівського діалогу» при роботі із соціальною тривожністю на конкретному прикладі. Наприклад, ситуація, коли клієнт готується до важливої конференції, на які він має виступити. Його тривожить майбутня подія: «Я впевнений, що зазнаю невдачі, і всі побачать, що я некомпетентний та нерозумний». Діалог Сократа, який допоможе із когнітивною реструктуризацією дозволяє за допомогою спеціальних запитань показати клієнту, що є його думка лише припущенням.

Найперше – потрібно визначити та уточнити думку. Спочатку ми визначаємо «автоматичну думку» та знаходимо з чого вона походить [34, с. 144–147]. Запитання: «Що саме для вас означає «потерплю невдачу»? Що саме має статися?».

Відповідь клієнта може бути приблизно така: «Я запинаюся, збиваюся, роблю паузи, і в кімнаті настає тиша».

Питання: «Як це може свідчити про вас?»

Відповідь: «Що я самозванець і не розумію свою справу».

Наступний крок: пошук доказів. Тепер варто перевірити цю гіпотезу на вірність. Аргументи «за» може звучати таким чином: «Ви коли-небудь забували свою репліку в минулому? Як відреагувала аудиторія?».

Питання та аргументи «проти»: «Скільки успішних промов ви виголосили за час роботи? Чи траплялося вам коли-небудь, що спікер збивався при доповіді, але він все одно залишався експертом у ваших очах?».

Дослідження ймовірностей: «Яка ймовірність (1 на 100%), що одна промова зможе знищити роки вашого досвіду та навчання?».

Далі йде декатастрофізація (Що, якби?). Часто ми боїмося не самої події, а катастрофи, яку ми самі уявляємо.

Папитання: «Уявіть, що ви насправді мовчите 40 секунд. Що ви могли б зробити в цей момент?» – Наприклад, перегляньте свої нотатки або чесно скажіть: «Я трохи нервую, дайте мені хвилинку».

Запитання: «Чи означатиме ця подія кінець вашої кар'єри через рік? Чи згадають люди взагалі цю перерву через тиждень, а місяць чи рік? Чи згадаєте ви про неї?»

Ще один етап – це формулювання нової адаптивної думки. Формулюємо нове твердження за допомогою терапевта, це твердження буде засноване на фактах, а не на страхах.

Остаточне адаптивне твердження може бути таким: «Так, я можу нервувати та збиватися; навіть чудові експерти це роблять. Але невелика пауза не робить мене некомпетентним. У мене достатньо знань, умінь і навичок, щоб донести аудиторії тему, і якщо я запнувся, я просто перегляну доповідь».

Результатом цієї розмови буде зменшення тривоги та підготовка до реальної події. Таким чином емоції тривожності згасають: рівень тривожності знижується з «паралізуючого» до «помірного». Можна навіть попросити клієнта оцінити його від 0 до 10. (Взагалі, у КПТ дуже доречно застосовувати таке оцінення до початку терапії, або на початку сеансу і при закінченні, щоб розуміти, наскільки клієнт відчув полегшення, які методи діють найефективніше).

Поведінка формується відповідно до згасання емоцій тривожності: замість того, щоб уникати виступу перед публікою, людина починає готувати допоміжні нотатки, працювати над промовою.

Методика роботи – експозиція. Експозиція відбувається від найпростіших ситуацій до складніших, коли клієнт бачить свій успіх і відчує впевненість, а також, коли клієнт розвине навички когнітивної реструктуризації. Чому експозиція є ефективною при подоланні соціальної тривоги. Коли особа потрапляє в ситуації, які пробуджують страх з часом фізичні симптоми зменшуюються [24]. Хоч здається, що коліна ніколи не перестануть труситись, а серце дуже сильно битись. Але габітуація (звикання) є нормальним фізіологічним процесом в якому спочатку рівень збудження іде до гори, а потім з часом зменшується. Габітуація з'являється разом з багаторазовим перебуванням в ситуаціях, які лякають.

Також з плином часу клієнт починає відчувати менший рівень страху, який теж швидше зникне. В повсякденному житті клієнти, коли відчувають сильний страх – не залишаються в такій ситуації достатньо довго, щоб пересвідчитись, що їхнє серце перестає так швидко битись і зникає нудота, червоніння. Коли особа кілька разів переживає габітуацію, то починає довіряти/вірити що до цього дійде і починає чути себе більш розслаблено, а потім входить і в ситуацію, яка пробуджує ще більший страх. Також експозиція є ефективною, коли вправляєшся в ситуаціях, і робиш те, що мусиш. Досить часто особи уникають ситуацій, яких

боятися так довго, що мають невелику практику в тому, що говорити і що робити. Експозиція допомагає вправлятися у вмінні виголошення промов, запрошення на побачення, бути асертивним (відстоювати власні межі та думки) та ін. Важливим елементом терапії є виконання домашнього завдання. Недостатньо є проводити експозицію тільки під час сесії. Важливо також вносити зміни в життя клієнта поза терапією і це допоможе зробити домашнє завдання. Під час дослідження це були спочатку простіші завдання, а потім поступово клієнт пробував сам проходити експозицію в реальних ситуаціях свого життя.

Для того щоб добре підготуватись до проведення експозиції нам потрібно побудувати ієрархію страху та уникнення. Як краще побудувати ієрархію страху і уникань. Ієрархія страху і уникання – виглядає як лист «Топ 10» ситуацій в яких клієнт переживає соціальний страх.

Найменший страх – є на найнижчій сходинці. Пункти ієрархії можуть відображати різні варіації страху на одну тему. Наприклад при соціальній тривожності: розмови з різними людьми або ж може включати різні ситуації такі як публічний виступ, розмови, зустрічі та асертивність.

Ієрархія страху складалася індивідуально для кожного клієнта і з кожним будувалася на базі його відчуттів та досвіду. Коли ми вже маємо пункти ієрархії, то в кожному оцінюємо силу страху, який викликає певна ситуація та уникання – бо зрозуміло особа уникає таких ситуацій. Ієрархія страху і уникання допомагає під час дослідження зрозуміти, які ситуації в більшій чи в меншій мірі викликають страх клієнта та визначити ситуації в яких клієнт хотів би менше боятися. Також це допомагає в планування подальшої експозиції. Ще ієрархія страху та уникань служить індивідуальним для кожного клієнта критерієм оцінки терапії, коли є пізніша, після експозицій, оцінка страху і уникання.

Ті оцінки допомагають в розумінні і прийнятті рішення про час закінчення терапії і надають достатніх доказів користі з важкої праці клієнта. Для того щоб побудувати таку ієрархію нам було потрібно зібрати інформацію про ситуації, які

викликають страх у клієнта. Хоч кожен, хто переживає соціальну тривогу, боїться того, що інші будуть сприймати його негативно, засуджувати, або що в соціальних ситуаціях він буде зле функціонувати. Все ж ситуації, які викликають ці страхи/переживання значно відрізняються в кожній особі.

Поєднання експозиції і когнітивної реструктуризації буде досить доцільним та ефективним при роботі із подоланням соціальної тривожності.

Після вибору ситуації для експозиції важливо перейти до когнітивної реструктуризації з метою підготовки до експозиції. Перед кожною експозицією важливо пройти через когнітивну реструктуризацію. Це приготування дозволяє клієнту почати експозицію маючи наготові адаптивну відповідь на автоматичні думки, які з'являться. Когнітивна реструктуризація збільшує імовірність того, що експозиція буде корисна в подоланні тривоги клієнта. Отже для когнітивної реструктуризації необхідно: 1. Ідентифікувати неагативні автоматичні думки (НАД). 2. Розпізнати когнітивну помилку. 3. Протестувати НАД. 4. Підсумувати результати тестування НАД і отримати адаптивну відповідь, яку клієнт зможе використати під час експозиції. Тепер клієнт є готовий і «озброєний» до експозиції. Не менш важливим і завершальним кроком в приготування до експозиції є визначення досяжної поведінкової цілі [29]. Це дасть можливість розуміти чи експозиція закінчилась успіхом. Наприклад: залишитись в ситуації навіть, якщо почну боятись; розповісти про 3 речі; дізнатися 2 речі про іншу особу; описати 2 думки; запросити її в кіно.

Потрібно забезпечити регулярний зворотний зв'язок і підкріплення успіхів клієнта, що дозволяє розвинути його впевненість та мотивацію. Щодо ведення щоденника. Це може бути, наприклад, щоденник вдячності; можна записувати ситуації, що викликали тривогу; можна фіксувати нав'язливі думки та записувати їх у щоденнику КПТ. Ця методика допомагає встановити зв'язок із собою та якісно зрозуміти власні реакції на різні ситуації та тригери, щоб виправити їх у майбутньому.

У роботі із соціальною тривожністю доцільно застосовувати комплекс технік, які взаємодоповнюють одна одну.

Когнітивна реструктуризація повинна використовуватися як базовий інструмент роботи з мисленням. Рекомендується навчати клієнта самостійно ідентифікувати автоматичні думки, аналізувати їх та формувати альтернативні переконання. Експозиційна терапія має впроваджуватися поступово. Для цього доцільно створювати ієрархію страхів і розпочинати роботу з найменш тривожних ситуацій.

Поведінкові експерименти треба застосовувати для перевірки переконань клієнта. Важливо, щоб вони були конкретними, досяжними та мали чітко визначену мету. Робота з увагою передбачає навчання клієнта переключати фокус із внутрішніх переживань на зовнішнє середовище, що знижує рівень тривожності.

Релаксаційні техніки можуть використовуватися як допоміжний інструмент для регуляції фізіологічного стану. Домашні завдання є важливою складовою КПТ, тому їх організація потребує особливої уваги. Рекомендується: формулювати завдання чітко і конкретно; враховувати рівень готовності клієнта; поступово ускладнювати завдання; обов'язково обговорювати результати виконання.

Особливо ефективними є завдання, пов'язані з експозицією у реальному житті, оскільки вони дозволяють перенести терапевтичний досвід за межі кабінету психолога. У процесі застосування КПТ можуть виникати певні труднощі. Серед найпоширеніших: уникання виконання завдань; страх перед експозицією; низька мотивація; недовіра до терапевтичного процесу. Для подолання цих труднощів доцільно: використовувати поступовість; підсилювати мотивацію клієнта; надавати підтримку; адаптувати завдання до індивідуальних можливостей.

Існують вправи з реагування на ситуації, пов'язані із соціальною тривожністю. Ці вправи розроблені для того, щоб подолати негативні переконання та очікування людини щодо реалізації її найгірших страхів. Беручи участь у вправах, людина поступово усвідомлює, що її переконання є нереалістичними фантазіями. Водночас вона морально готується до негативних наслідків і має меншу ймовірність зіткнутися з неприємними наслідками у цьому відношенні.

Процес сеансу КПТ подібний до процесу інших терапевтичних підходів: клієнт описує свою проблему психотерапевту, терапевт разом з клієнтом розробляє план лікування, а потім починає виправляти когнітивні спотворення.

Однак існують загальні стандарти, що характеризують сеанси КПТ: аналіз проблеми, планування лікування та складання графіку КПТ, можливо, єдина психотерапевтична техніка, яка дозволяє передбачити, коли можна очікувати успіху та як цей успіх може виглядати. Залежно від регулярності візитів до психотерапевта, найбільший ефект від когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) можна очікувати через кілька тижнів. В середньому, терапія триває від кількох тижнів до кількох місяців.

На початку КПТ найважливішим завданням є ретельний аналіз проблеми клієнта та створення ефективного плану лікування й відповідного графіка. Під час терапії документується прогрес, а план лікування коригується за потреби. При роботі із соціальною тривожністю методами КПТ є важливою увага до переконань та розвитку навичок самодопомоги.

У рамках КПТ позитивні думки та самостійність розвиваються за допомогою спеціальних вправ. У короткостроковій перспективі ці вправи спрямовані на полегшення таких симптомів, як депресивні розлади та тривога. У довгостроковій перспективі необхідно вивчити конкретні стратегії самодопомоги, щоб розвинути здатність самостійно справлятися зі стресовими ситуаціями.

Роль терапевта КПТ полягає в тому, щоб ініціювати зміни в мисленні клієнта та підтримувати його на цьому шляху. Клієнту необхідно практикувати поза сесіями, щоб підвищити ефективність терапії. Щоб забезпечити успіх терапії та взяти на себе відповідальність за власний стан, клієнт повинен виконувати вправи та завдання поза сесіями. Це потрібно для розвитку свідомих стосунків із собою, спостереження за власними реакціями та підвищення ефективності терапії. Поведінковий терапевт супроводжує клієнта у виконанні цих завдань, вказує на існуючі закономірності та зазначає, коли можливий перехід до складніших завдань.

Передусім обов'язковою є структурованість терапевтичного процесу. Кожна сесія повинна мати чітку логіку: перевірка домашнього завдання, визначення цілей, опрацювання матеріалу, планування подальших кроків. Така послідовність сприяє формуванню відчуття передбачуваності та безпеки у клієнта.

Другим принципом є активна участь клієнта. КПТ розглядає клієнта як співучасника терапії, а не пасивного отримувача допомоги. Саме тому важливу роль відіграють домашні завдання, самоспостереження та практичне застосування навичок у повсякденному житті.

Третім принципом виступає орієнтація на конкретні проблеми та цілі. Терапевтична робота зосереджується на актуальних труднощах клієнта, що дозволяє досягати вимірюваних результатів у відносно короткі терміни.

Висновки до третього розділу

На основі результатів первинної діагностики розроблено програму когнітивно-поведінкової корекції соціальної тривожності. Програма включала

психоосвітній компонент, когнітивну реструктуризацію, аналіз автоматичних думок, поведінкові експерименти, експозиційні вправи, когнітивну реструктуризацію, метод «Сократівського діалогу», розвиток соціальних навичок та виконання домашніх завдань. Особливу увагу приділено поступовому подоланню унікальної поведінки та формуванню адаптивних моделей мислення і поведінки.

У ході дослідження встановлено, що використання когнітивно-поведінкових технік сприяє зниженню рівня соціальної тривожності, зменшує страх негативного оцінювання, підвищує впевненість і у соціальних ситуаціях та покращує навички міжособистісної взаємодії. Значний терапевтичний ефект забезпечує поєднання когнітивних та поведінкових інтервенцій, а також систематичне виконання практичних домашніх завдань між сесіями.

Сформульовано практичні рекомендації щодо застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі із соціальною тривожністю. Встановлено, що ефективність терапії значною мірою залежить від індивідуалізації терапевтичного процесу, поступовості експозиції, підтримки мотивації клієнта та систематичного закріплення отриманих навичок у повсякденному житті.

ВИСНОВКИ

Соціальна тривожність – поширене явище у сучасному світі. Тривожність у соціальних ситуаціях сама по собі не є проблемою; у багатьох випадках вона навіть може бути корисною. Однак, коли тривожність стає настільки сильною, що перешкоджає доступу до освіти, кар'єри, сім'ї та дружби, призводить до депресії, зловживання алкоголем та наркотиками та пронизує всі сфери життя, вона стає серйозною проблемою.

У магістерській роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження особливостей соціальної тривожності та можливостей її корекції засобами когнітивно-поведінкової терапії. Проведений аналіз наукових джерел дозволив розкрити сутність тривожності як складного психічного феномену, що проявляється як емоційний стан та як відносно стійка особистісна характеристика. Встановлено, що соціальна тривожність є специфічною формою тривожності, пов'язаною зі страхом негативного оцінювання, униканням соціальних ситуацій та труднощами міжособистісної взаємодії.

У процесі теоретичного аналізу визначено, що основними механізмами підтримання соціальної тривожності є автоматичні негативні думки, когнітивні викривлення, дисфункціональні базові переконання, надмірне самоспостереження та унікальна поведінка. Значний вплив на формування соціальної тривожності мають індивідуально-психологічні особливості особистості, негативний соціальний досвід, особливості сімейного виховання та страх осуду з боку оточення.

Встановлено, що когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш ефективних, науково обґрунтованих та короткотривалих підходів до подолання соціальної тривожності. Її ефективність полягає у комплексному впливі на когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти тривожності. Основними напрямками терапевтичної роботи є виявлення та корекція автоматичних

негативних думок, зміна дисфункціональних переконань, подолання уникаючої поведінки та формування адаптивних моделей соціальної взаємодії.

У роботі було проаналізовано основні техніки когнітивно-поведінкової терапії, що застосовуються у роботі із соціальною тривожністю. Визначено, що найбільш ефективними є психоосвіта, когнітивна реструктуризація, аналіз ситуацій за моделлю ABC, «сократівський діалог», поведінкові експерименти, експозиційні техніки, тренування соціальних навичок, вправи на усвідомленість та систематичне виконання домашніх завдань. Встановлено, що поєднання когнітивних та поведінкових інтервенцій забезпечує стійкий терапевтичний ефект і сприяє розвитку навичок саморегуляції.

Результати емпіричного дослідження підтвердили наявність у досліджуваних проявів соціальної тривожності, що характеризувалися страхом негативного оцінювання, емоційним напруженням, униканням соціальних контактів та зниженням впевненості у собі. Проведене дослідження засвідчило ефективність програми когнітивно-поведінкової корекції, оскільки після застосування комплексу когнітивних та поведінкових технік спостерігалось зниження рівня соціальної тривожності, покращення соціальної взаємодії та підвищення впевненості у міжособистісному спілкуванні.

У ході дослідження було розроблено практичні рекомендації щодо застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі із соціальною тривожністю. Когнітивно-поведінкова терапія досягає високих результатів при роботі із такою формою тривоги. Вирішення проблеми в когнітивно-поведінковій терапії зазвичай займає 2–3 місяці, тоді як з іншими методами це може зайняти роки.

Це пояснюється тим, що когнітивно-поведінкова терапія є практично-орієнтованим методом, в якому терапевт не губиться в глибокому дослідженні проблеми та, наприклад, не шукає рішення в минулому. Натомість, поведінковий

терапевт зосереджується на одній проблемі та шукає практичне рішення, щоб якомога швидше спрямувати клієнта до її вирішення.

Люди часто звертаються за психотерапією саме для короткочасного полегшення своїх тривог.

При проведенні емпіричного дослідження найчастіше спостерігали такі відповіді.

- Низький SUDS (10–30): Сказати «добрий день» касиру або запитати дорогу в незнайомця.
- Середній SUDS (40–60): Пообідати в людному місці, підтримати розмову з колегою на кава-паузі.
- Високий SUDS (70–100): Виступ із презентацією, відеоконференція, конфліктна розмова з керівником або тост на вечірці.

У нашому дослідженні найчастіше люди описували ситуації, коли високий рівень соціальної тривоги виникав, наприклад в укритті під час повітряної тривоги. Думки, що описували в шкалі «Багато людей, дратують ці звуки», «А що як втрачу самоконтроль, будучи в укритті», тривожні думки на відеоконференції «Якщо я забуду слова».

Основні техніки когнітивно-поведінкової терапії забезпечують системний вплив на когнітивні та поведінкові механізми соціальної тривожності. Їх застосування сприяє зміні дисфункціональних переконань, зниженню рівня тривожності та формуванню адаптивної соціальної поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. Роль інтроверсії, поведінкової інгібіції та сором'язливості у патогенезі соціального тривожного розладу: огляд літератури. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. 2022. Вип. 1. С. 84-93. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-1-11> (дата звернення: 07.03.2026).
2. Алексенко Є. А. Тривога. Історії наднеспокійних людей. Київ. 2018. 156 с.
3. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів DSM-5/пер. з англ. Вашингтон: American Psychiatric Publishing, 2013.
4. Батлер Д. Подолати соціальну тривогу / пер. з англ. Д. Бусько. Львів: Видавництво УКУ; Свічадо, 2014. 96 с.
5. Беляєв В. П. Тривоги прожитого дня. Київ. 2018. 488 с.
6. Білоус Р. М., Саннікова І. С. Психологічні особливості тривожності студентської молоді. Теорія і практика сучасної психології. Київ, 2019. С. 25-28.
7. Бацилева О.В. Особливості психодіагностики страхів у дорослому віці. *Габітус*, 2020. Вип. 20. С. 69–76.
8. Бек А. Т. Когнітивна терапія і емоційні розлади. Київ: Основи, 2004. 368 с.
9. Бенъ Н.В. Когнітивно-поведінкова терапія як інструмент розвитку здібностей людини в ситуації пошуку роботи. *Зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Київ: Міленіум, 2018. № 26. С. 207–216.
10. Варій М. Й. Загальна психологія: підручник. Київ: Центр навчальної літератури, 2019. 592 с.
11. Вестбрук Д. Подолати депресію. Львів: Свічадо, 2014. 92 с.

- 12.Вестбрук Д., Моррісон Н. Подолати obsесивно-компульсивний розлад. Львів: Свічадо, 2016. 80 с.
- 13.Вестбрук Д., Рауф. Х. Подолати панічний розлад. Львів: Свічадо, 2014. 74 с.
- 14.Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). Женева: ВООЗ, 2019. URL: <https://icd.who.int/>
- 15.Гаврилькевич В., Мельник Л., Крук С. Діагностика соціальної фобії: огляд літератури. *Psychology Travelogs*. 2024. Вип. 2. С. 161-172.
- 16.Гаврилук Ю. Техніки когнітивно-поведінкової терапії у подоланні станів тривоги студентів: матер. XIII Всеукр. наук.-практ. конф. Хмельницький, 2023. С. 71-74.
- 17.Галієва О. М. Диференціація понять «тривога» та «тривожність». *Психологія та соціальна робота*. Київ, 2019. С. 32–48.
- 18.Генералізований тривожний розлад. Крейг Д. Маркер, Елісон Ейлворд. Львів: Свічадо, 2017. 123 с.
- 19.Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості: монографія Дрогобич: Коло, 2008. 480 с. 18. Грузинська І. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. *Вісник Національного авіаційного університету*. Серія: Педагогіка. Психологія. 2022. (21). С. 97–107.
- 20.Гнатишина О. М. Поширеність соціальних страхів серед студентської молоді. Актуальні питання сучасної психіатрії і наркології: зб. наук. праць Ін-ту неврології, психіатрії та Харківського нац. ун-ту наркології АМН України і Харківської обл. клінічної психіатричної лікарні № 3 (Сабурової дачі), присвячений 210-літтю Сабурової дачі. Київ–Харків, 2010. Т. 5. URL: www.psychiatry.ua/books/actual/paper023.http (дата звернення: 09.11.2025).

- 21.Грузинська І. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. *Вісник Національного авіаційного університету*. Серія: Педагогіка. Психологія. 2022. (21). С. 97-107.
- 22.Давидова О. В. Майндфулнес-технології регуляції стресостійкості в роботі практичного психолога з учнями юнацького віку. Кременчук, 2022. 56 с.
- 23.Дерев'янка С. П. Когнітивно-поведінкова терапія: навч.-метод. рекомендації. Чернігів: НУЧК ім. Т. Г. Шевченка, 2023. 60 с.
- 24.Єгоров В. А. Застосування основних підходів когнітивно-поведінкової терапії. Умань: Видавець «Сочінський М. М.», 2023. 78 с.
- 25.Завгородня О. В., Курганська Л. О. Психологічне здоров'я людини: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Київ: ДП Інформаційно-аналітичне агентство, 2008. С. 43-50.
- 26.Залуцька Н.М. Генералізований тривожний розлад: сучасні теоретичні моделі та підходи до діагностики та терапії. 2016. Вип. 3. С. 80-89.
- 27.Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка. 2016. 219 с.
- 28.Каліна Н.Ф. Психотерапія. Підручник студ. вишів. К., 2010. 280 с.
- 29.Когнітивно-поведінкова терапія: основи та практика/Джудіт С. Бек.; пер. з англ. Т.С. Писанюк. Київ.: «Науковий світ», 2023. 460 с.
- 30.Коkun О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця: Монографія. К.: ДП «Інформ.-аналіт. агенство», 2012. 200 с.
- 31.Конорс Н. Сократівський діалог: мистецтво терапевтичної бесіди. Київ: Науковий світ, 2026. 222 с.
- 32.Корнієнко І. О. Психологія опанувальної поведінки особистості: монографія. Мукачево: РВУ МДУ, 2017. 465 с. 32. Костіна Л.М. Методи діагностики тривожності. Київ. 2006. 198 с.
- 33.Кочюнас Р. Основи психологічного консультування: навчальний посібник. Київ: Академвидав, 2017. 304 с.

- 34.Ліхі Р. Л. Техніки когнітивної терапії: практичний посібник. Київ: Науковий світ, 2021. 412 с.
- 35.Максименко С. Д. Загальна психологія: підручник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 272 с.
- 36.Мовчан М. М. Феномен страху в сучасному світі. Філософські обрії. 2012. Вип. 28. С. 94-102.
- 37.Музичко Л. Т. Особливості емоційно-вольової сфери молоді з різним рівнем посттравматичного порушення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19. К. 2017. Вип. 33. С. 223-228.
- 38.Москалець В. В. Психологія особистості. К.: Центр учбової літератури, 2013.
- 39.Москалець В. П. Психологія особистості: навчальний посібник. Київ: Либідь, 2019. 400 с.
- 40.Нейрофізіологічні аспекти функціональної інтеграції мозку і тіла в умовах стресу під час воєнного стану//*Наукові перспективи*. 2025. № 7(61). С. 1310–1322.URL:
<https://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/27096/27067>(дата звернення:10.02.2026).
- 41.Овчарова Р. В. Практична психологія : навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2016. 224 с.
- 42.Ольховецький С. М. Феноменологія тривоги та страху. Збірник наукових праць КПНУ ім. Івана Огієнка. Кам'янець-Подільський: КПНУ. 2010. С. 174–182.
- 43.Павелків Р. В. Вікова психологія: підруч. Київ: Кондор, 2011. 468 с.
- 44.Панок В. Г. Практична психологія. Теоретико-методологічні засади розвитку: Монографія. Чернівці: Технодрук, 2010. 486 с.

- 45.Петрова А. С. Психологічна модель корекції соціальної тривоги молоді. Педагогічна освіта: теорія і практика. 2020. № 229. С. 196-204. URL: <https://doi.org/10.32626/2309-9763.2020-29> (дата звернення: 02.10.2025).
- 46.Плужнік О. М. Когнітивно-поведінкова терапія : практичний посібник. Київ, 2020. 256 с.
- 47.Попов М. В. Філософські підстави когнітивно-поведінкової психокорекційної роботи за текстами Джудіт Бек. Інновації у науці, 2018. № 4 (80). С. 41-46.
- 48.Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посіб./С. Кузікова та ін. Київ.-Ніжин: ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.
- 49.Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посіб./С. Кузікова та ін. Київ.-Ніжин: ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.
- 50.Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник/уклад.: М. В. Лемак, В. Ю. Петрище. Вид. 2-ге, виправл. Ужгород: Вид-во Олександрів Гаркуші, 2012. С. 118-121.
- 51.Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / наук. ред. Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.
- 52.Пшук Н. Г., Стукан Л. В., Белов О. О. Психіатрія та наркологія: навч.-метод. посіб. для студ. стоматол. фак-ту. Вінниця: Вінницький нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова, 2016. 313 с.
- 53.Рекун Г.П. Емоційне лідерство в системі управління персоналом. Мукачівський державний університет. Економіка і суспільство. 2017. Вип. № 13. С. 681-691.
- 54.Романчук О. І. Когнітивно-поведінкова терапія соціальної фобії: метод. матеріали. Київ: ВД «Каравела», 2015. 98 с.
- 55.Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: практичний посібник. Львів: Коло, 2018. 296 с.

- 56.Савчин М. В. Вікова психологія : навчальний посібник. Київ: Академвидав, 2017. 384 с.
- 57.Савчин М. В. Психологія відповідальної поведінки. Київ: Академвидав, 2019. 200 с. 49. Сандерс Д. Подолати фобію. Львів: Свічадо, 2014. 88 с.
- 58.Сандерс Д. Подолати фобію. Львів: Свічадо, 2014. 88 с.
- 59.Саннікова О. П. Феноменологія особистості: Вибрані психологічні праці. Одеса: СМІЛ, 2003. 256 с.
- 60.Семиченко В. А. Психологія емоцій. К.: «Магістер-S», 2019. 128 с.
- 61.Сергієнко О. Якщо ви надмірно переживаєте за все. Львів: Свічадо, 2018. 100 с.
- 62.Сивогракова З. А. Психологічні особливості подолання студентами складних життєвих ситуацій: дис....канд. психол. наук: 19.00.07. К., 2010.
- 63.Статистичні дані Національного інституту психічного здоров'я уряду США (NIMH). URL: <http://www.nimh.nih.gov/statistics/index.shtml>.
- 64.Стукан Л. В. Місце соціальної фобії в загальній структурі невротичних розладів у підлітків. Архів психіатрії. 2015. Т. 11, № 1 (40). С. 84–87.
- 65.Стукан Л. В. Причини, умови, механізми формування соціальних фобій у підлітків, їх психокорекція та психопрофілактика: автореф. дис. канд. мед. наук: 19.00.04./Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. Харків, 2016. 20 с.
- 66.Стуліка О., Неделько П. Особливості переживання страху та тривожності в юнацькому віці. *Молодий вчений*. № 11 (111), 2022. 18-22.
- 67.Терлецька Л. Взаємозв'язок страхів, фобій, тривожності із самоставленням особистості. Вісник КНУ імені Тараса Шевченка. Київ: КНУ. 2020. С. 57–63.
- 68.Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія/З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. Київ: Вид. Дім «Слово», 2020. 178 с.

69. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. Київ: Вид. Дім «Слово», 2020. 178 с.
70. Технології роботи організаційних психологів: навч. посіб. Для студентів вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти / ред. Л. М. Карамушки. К. 2005. 366 с.
71. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: монографія. Київ : Либідь, 2018. 320 с.
72. Титаренко Т. М. Сучасна психологія особистості. К.: Каравела, 2011. 372 с.
73. Триандофілова Т. Когнітивно-поведінкова терапія у боротьбі з наслідками соціальної ізоляції. *Наукові праці МАУП. Психологія*. Київ: МАУП. 2024. Т. 56, № 4. С. 44–48.
74. 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.
75. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посіб./С. Кузікова та ін. Київ.-Ніжин: ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.
76. Шкала соціальної фобії SPIN. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/SPIN-%D0%A8%D0%9A%D0%90%D0%9B%D0%90-%D0%A1%D0%9E%D0%A6%D0%86%D0%90%D0%9B%D0%AC%D0%9D%D0%9E%D0%87-%D0%A4%D0%9E%D0%91%D0%86%D0%87.pdf>.
77. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція: навч. посібн. К.: Професіонал, 2017. 544 с.
78. Чернікова О. А. Страх спілкування і невпевненість в собі. Львів : Самвидав, 2020. 254 с.
79. Чолій С. М. Огляд ефективності інтернет-КПТ. Львів: УІКПТ, 2020. 32с.

- 80.Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.
- 81.Шкала суб'єктивного дистресу (SUDS). URL: https://beztryvogy.com.ua/distress_scale/ (дата звернення: 02.02.2026).
- 82.Heimberg R. G., Becker R. E. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia. New York: Guilford Press, 2002.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки соціальної фобії Social Phobia Inventory (SPIN)

Ім'я та прізвище: _____ Дата заповнення: _____

Інструкція: ознайомтесь із кожним твердженням нижче та поставте ☒ у тій клітинці, яка найточніше описує ваш стан протягом останнього тижня (або іншого погодженого періоду).

№	Твердження	0	1	2	3	4
1	Я боюся впливових людей або керівництва.					
2	Мене турбує те, що я червонію на людях.					
3	Мене лякають вечірки та соціальні події.					
4	Я уникаю розмов із незнайомцями.					
5	Мене дуже лякає критика.					
6	Я уникаю діяльності та спілкування з людьми через страх і сором.					
7	Я соромлюсь, що інші побачать, що я вкрився потом.					
8	Я уникаю вечірок.					
9	Я уникаю заходів, де я можу опинитися в центрі уваги.					
10	Мене лякають розмови з незнайомцями.					
11	Я уникаю виступів перед аудиторією.					
12	Я зроблю все можливе, аби уникнути критики.					
13	Мене турбує пришвидшене серцебиття, коли я серед людей.					
14	Я боюся щось робити, коли на мене можуть дивитися інші.					
15	Понад усе я боюся осоромитися або виглядати безглуздо перед іншими.					
16	Я уникаю розмов із впливовими людьми або керівництвом.					
17	Мене пригнічує тремтіння перед іншими людьми					

Додаток Б

Шкала соціального уникнення та дистресу SADS (Social Avoidance and Distress Scale)

Тест

1. Я почуваюся спокійно навіть у незнайомих соціальних ситуаціях.

Так

Ні 1

2. Я намагаюся уникати ситуацій, у яких я мушу бути дуже товариським.

Так 1

Ні

3. Мені легко почуватися спокійно з незнайомими людьми.

Так

Ні 1

4. У мене немає особливого бажання уникати людей.

Так

Ні 1

5. Мене часто засмучують світські події.

Так 1

Ні

6. Я зазвичай почуваюся спокійно та комфортно під час світських заходів.

Так

Ні 1

7. Зазвичай мені легко розмовляти з людиною протилежної статі.

Так

Ні 1

8. Я намагаюся уникати спілкування з людьми, якщо я їх не знаю добре.

Так 1

Ні

9. Якщо мені доводиться знайомитися з новими людьми, я зазвичай охоче роблю це.

Так

Ні 1

10. Я часто нервую або відчуваю напругу під час випадкових зустрічей, на яких присутні обидві статі.

Так 1

Ні

11. Зазвичай я нервую з людьми, якщо я їх не знаю добре.

Так 1

Ні

12. Я зазвичай відчуваю себе спокійно, коли перебуваю в групі людей.

Так

Ні 1

13. Мені часто хочеться піти подалі від людей.

Так 1

Ні

14. Зазвичай я почуваюся незручно, коли перебуваю в групі незнайомих людей.

Так 1

Ні

15. Зазвичай я відчуваю себе спокійно, коли зустрічаю когось вперше.

Так

Ні 1

16. Знайомство з людьми викликає у мене напругу.

Так 1

Ні

17. Навіть якщо кімната повна незнайомих, я все одно можу туди увійти.

Так

Ні 1

18. Я б уникав підходити та приєднуватися до великої групи людей.

Так 1

Ні

19. Я охоче вступаю в розмову, якщо начальство хоче зі мною поговорити.

Так

Ні 1

20. Я часто почуваюся на межі, коли перебуваю в групі людей.

Так 1

Ні

21. Я схильний віддалятися від людей.

Так 1

Ні

22. Я не проти спілкуватися з людьми на вечірках чи публічних заходах.

Так

Ні 1

23. Мені рідко буває комфортно у великій групі людей.

Так 1

Ні

24. Я часто придумую виправдання, щоб уникнути зустрічей із людьми.

Так 1

Ні

25. Іноді я беру на себе відповідальність знайомити людей один з одним.

Так

Ні 1

26. Я намагаюся уникати офіційних світських заходів.

Так 1

Ні

27. Я зазвичай приймаю участь у всіх обов'язкових для мене публічних заходах.

Так

Ні 1

28. Мені легко відпочивати з іншими людьми.

Так

Ні 1

Додаток В

Шкала суб'єктивного дистресу (The Subjective Units of Distress Scale, SUDS)

100: Нестерпно засмучений до такої міри, що ви не можете працювати і перебуваєте на межі зриву

90: Надзвичайно тривожний, безпорадний і нездатний впоратися з усіма наявними проблемами

80: Занепокоєння і паніка; втрата концентрації та неприємні відчуття тривоги в тілі

70: Дискомфорт домінує у ваших думках, але ви намагаєтеся нормально функціонувати

60: Ваш дискомфорт коливається від помірного до сильного рівня залежно від зовнішніх обставин

50: Засмучений і незручний; але здатний продуктивно працювати та спілкуватися з іншими людьми

40: Тривога та занепокоєння коливаються від легкого до помірного рівня

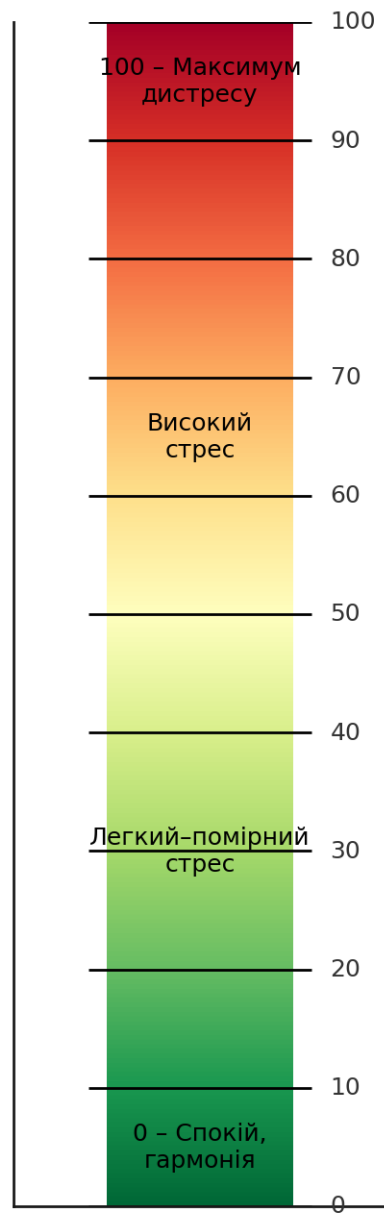
30: Ви дещо засмучений; все здатний ефективно функціонувати у різних галузях

20: Трохи сумний або засмучений

10: Висока продуктивність і зосередженість

0: Гармонія і повний спокій

Шкала суб'єктивного дистресу (SUDS)



Додаток Г

Опитувальник «Капсула стресової ситуації»

Опишіть ситуацію що сталося :

Дата, час:

Тіло:

Думки,
почуття:

Поведінка:



Оцінка в балах за шкалою SUDS

Додаток Д

Результати відповідей до форми Шкали оцінки соціофобії SPIN (Social Phobia Inventory).

10.02.2026 10:45:24		29 / 68	Аліна
10.02.2026 11:22:50		37 / 68	Світлана
10.02.2026 11:30:01		32 / 68	Христина Марченко
10.02.2026 12:01:26		51 / 68	Юлія Демчук
10.02.2026 12:06:16		19 / 68	Михайло
09.02.2026 17:07:28		53 / 68	Тетяна
09.02.2026 18:26:38		39 / 68	Вікторія
09.02.2026 19:32:50		32 / 68	Тетяна
10.02.2026 10:15:29		41 / 68	Аделіна
10.02.2026 10:20:02		22 / 68	Тетяна Юрчак
11.02.2026 16:07:56		47 / 68	Ілля Малинін
12.02.2026 12:07:09		21 / 68	Дуднік Ірина
12.02.2026 16:49:59		31 / 68	Захожа Ольга Олександрівна
20.02.2026 09:55:21		26 / 68	Каритун Оксана
20.02.2026 09:56:53		21 / 68	Алла Кравчук
20.02.2026 10:02:37		19 / 68	Святослав Кошель
20.02.2026 10:13:39		24 / 68	Ірина
20.02.2026 10:22:23		17 / 68	Колесник Альона
20.02.2026 10:38:19		32 / 68	Ірина
20.02.2026 11:32:18		28 / 68	Ольга Кухар
20.02.2026 11:33:49		0 / 68	Анонімно

Додаток Е

Відповіді до форми Шкали соціального уникнення та дистресу (SADS)

09.02.2026 18:25:18	21 / 28	Вікторія
09.02.2026 19:06:25	20 / 28	Тетяна
09.02.2026 20:11:24	5 / 28	Наталя
10.02.2026 10:14:03	17 / 28	Аделіна
10.02.2026 10:42:08	12 / 28	Аліна
10.02.2026 11:27:30	19 / 28	Христина Марченко
10.02.2026 12:03:56	0 / 28	Михайло
10.02.2026 14:31:31	9 / 28	Віктор
11.02.2026 16:31:13	10 / 28	Олівія
12.02.2026 12:04:49	1 / 28	Дуднік Ірина
20.02.2026 09:47:33	8 / 28	Ольга
20.02.2026 09:51:26	7 / 28	Каритун Оксана Анатоліївна
21.02.2026 15:18:00	7 / 28	Солік
22.02.2026 15:13:24	3/28	Тарас
22.02.2026 15:37:36	12/28	Максим
25.02.2026 11:56:58	1 / 28	Наталія

Додаток Ж

Відповіді до Шкала суб'єктивного дистресу (The Subjective Units of Distress Scale, SUDS)

Мироненко Олег

Опишіть ситуацію що сталося: *магнотав при великій аудиторії і в мене зрив вистав театру.*

Дата, час: *25.01.2025*

Тип: *почався головний бій, бій учаски, утруднене дихання*

Думки, почуття: *думав да про мене подумав хотіла ноги які були поруч, як відрізати на мою невпевненість*

Поведінка: *швидко покинув місце поїї, всі бачили мою схвильованість*

80 Оцінка в балах за шкалою SUDS