

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

### **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему «ПОРІВНЯЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ТРИВОГОЮ У  
ЕКЗИСТЕНЦІЙНОМУ ТА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОМУ ПІДХОДАХ»**

Виконала: студентка II курсу, групи 8.0539  
спеціальності 053 Психологія

Каманов Максим Дмитрович

Керівник: к.психол.н., доцент кафедри  
психології Спіцина Л.В.

Рецензент: к.психол.н., доцент кафедри  
психології Грандт В.В.

Запоріжжя  
2020

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет соціальної педагогіки та психології  
Кафедра психології  
Рівень вищої освіти магістр  
Спеціальність 053 Психологія  
Освітня програма Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 р.

**З А В Д А Н Н Я**  
**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ**

Каманов Максим Дмитрович

1. Тема роботи Порівняльні особливості роботи з тривогою у екзистенційному та когнітивно-поведінковому підходах

керівник роботи Спіцина Л.В. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «14» липня 2020 року № 1032-с

2. Строк подання студентом роботи \_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) змістовне тлумачення тривожних станів та близьких до них понять таких як страх, панічні розлади, фобії; розкриття поняття тривоги з точки зору екзистенційного та когнітивно-поведінкового напрямів; розглянути екзистенційний напрям та когнітивно-поведінкову терапію, способи роботи з тривогою; ефективність і доцільність використання методів роботи з тривогою в напрямках когнітивно-поведінкового підходу та екзистенційних напрямках; розвиток професійної гнучкості з використанням різних теоретичних моделей.

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

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Спіцина Л.В., доцент		
Розділ 1	Спіцина Л.В., доцент		
Розділ 2	Спіцина Л.В., доцент		
Висновки	Спіцина Л.В., доцент		

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2020 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2020 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2020 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	вересень-жовтень 2020 р.	Виконано
5	Написання висновків	жовтень 2020 р.	Виконано
6	Передзахист	листопад 2020 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2020 р.	Виконано

Студент \_\_\_\_\_ М.Д. Каманов

Керівник роботи \_\_\_\_\_ Л.В. Спіцина

**Нормоконтроль пройдено**

Нормоконтролер \_\_\_\_\_ О.М. Грединарова

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 69 сторінок, 48 джерел.

Об'єкт дослідження: робота з тривогою в екзистенційному підході та когнітивно-поведінкової терапія.

Предмет дослідження: порівняльні особливості екзистенційного та когнітивно-поведінкового підходу.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати особливості тривоги та напрямів екзистенційного і когнітивно-поведінкової терапії з їх порівняльними особливостями.

Гіпотеза - на основі отриманих даних порівняння та узагальнення знайти суттєвий зв'язок, задля пізнання емпірично набування знання в роботі з тривогою використовуючи теоретичні положення напрямків екзистенційного та когнітивно-поведінкової терапії.

Методи дослідження: – теоретичні методи (теоретико – порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури); – емпіричні (тестування, опитування), математична та статистична обробка даних.

Наукова новизна полягає в інтеграції понять і роботі з тривожними станами таким чином, щоб забезпечити послідовний розвиток в роботі з тривоги з оптимальними способами її вирішення.

Галузь використання: в роботі з тривогою в когнітивно-поведінковій терапії й екзистенціальному підході надає матеріал для подальшого дослідження феноменів тривоги, де якісний аналіз і види консультування, будуть порівняні з практичним задумом на виявлення особливостей тривоги, з точок зору різних моделей сприйняття підходів.

ТРИВОГА, ФЕНОМЕНИ ТРИВОГИ, КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ, ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНИЙ ПІДХІД.

## SAMMARY

Kamanov M.D.. Comparative features of working with anxiety in existential and cognitive-behavioral approaches.

The qualifying work of the master: 69 pages, 48 sources.

Object of research: work with anxiety in the existential approach and cognitive-behavioral therapy.

Subject of research: comparative features of existential and cognitive-behavioral approach.

The purpose of the study: to theoretically substantiate the features of anxiety and directions of existential and cognitive-behavioral therapy with their comparative features.

Hypothesis - On the basis of the obtained data of comparison and generalization to find a significant connection, for the sake of cognition empirically acquiring knowledge in working with anxiety using the theoretical provisions of the directions of existential and cognitive-behavioral therapy.

Research methods: - theoretical methods (theoretical - comparative analysis of psychological and pedagogical literature); - empirical (testing, surveys), mathematical and statistical data processing.

The scientific novelty lies in the integration of concepts and work with anxiety in such a way as to ensure consistent development in the work of anxiety with optimal ways to solve it.

Scope: in dealing with anxiety in cognitive-behavioral therapy and existential approach provides material for further study of anxiety phenomena, where qualitative analysis and counseling will be compared with a practical idea to identify features of anxiety, in terms of different models of approaches.

Key words: anxiety, anxiety phenomena, cognitive-behavioral therapy, existential approach.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ.....	9
1.1. Психологічна терапія.....	9
1.2. Екзистенційний підхід і тривога.....	17
1.3. Когнітивно-поведінковий підхід і тривога.....	28
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНЕ ПОНЯТТЯ ТРИВОГИ ТА ЙОГО МЕХАНІЗМИ.....	42
2.1. Поняття тривоги в психології.....	42
2.2. Види тривоги та її характеристики.....	44
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66

## ВСТУП

Актуальність дослідження. У ХХІ столітті, в час соціальних змін, в часи коли суспільство шукає шляхи подолання тривоги, що розповсюджена у всіх верст населення, з причин поширення вірусних інфекцій, таких як (COVID-19). Особливостями цієї пандемії є соціальна ізоляція, яка стала випробуванням людства та людини в суспільстві, і однією з актуальних проблем є тривога, що поширена від буття людини до груп людей. Екзистенційний напрямок та КПТ( Когнітивно-поведінкова терапія) у роботі з тривогою і їх порівняльних особливостей, що співвідносяться з питань буття та сутності людини в екзистенційному напрямку та з питань оптимального реагування у КПТ( Когнітивно-поведінковому терапії).

У дослідженнях Паркулаб О. в статті “екзистенцій на позиція консультанта як професійний вибір” зазначається , що вивчаючи різні підходи неможливо не зіткнутися з прогалинами концептуальних структур , тому надається перевага еkleктичним та інтегративним баченням, задля можливості охоплення якомога більшого спектру ситуацій, і вирішення найефективнішим способом поставлених задач.

В роботах Титаренко Д.С. наводяться приклади присвячені екзистенціальним страхам і тривозі та їх особливостями , говориться про широковживане поняття в галузі безпеки під впливом робіт О.Вевера і Б.Бузана про екзистенційну загрозу , а це така загроза яка ставить під сумнів подальше існування об’єкта , тим самим вимагаючи невідкладних, надзвичайних заходів. Дослідження про ці феномени досліджувалися Д.О. Леонтьєвим , Ю. В. Щербатих , Суботіною Л.Ю.

Романчук О.І пише у своїй статті про розуміння КПТ(Когнітивно-поведінкової терапії) як ефективного його використання при тривожних розладах. Проблемна тривога з’являється при зацикленості стану , що не веде до її вирішення, а скоріш повторюваним спалахам. Походження тривоги

пояснюється та базується на інтеграції сучасної нейробіології , генетичних факторах та схильність до їх прояву в темпераменті .

Об'єкт дослідження: робота з тривогою в екзистенційному підході та когнітивно-поведінкової терапія.

Предмет дослідження: порівняльні особливості екзистенційного та когнітивно-поведінкового підходу.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати особливості тривоги та напрямів екзистенційного і когнітивно-поведінкової терапії з їх порівняльними особливостями.

Гіпотеза - На основі отриманих даних порівняння та узагальнення знайти суттєвий зв'язок, задля пізнання емпірично набування знання в роботі з тривогою використовуючи теоретичні положення напрямків екзистенційного та когнітивно-поведінкової терапії.

Завдання дослідження:

1.Змістовне тлумачення тривожних станів та близьких до них понять таких як страх, панічні розлади , фобії .

2. Розкриття поняття тривоги з точки зору екзистенційного та когнітивно-поведінкового напрямів.

3.Розглянути екзистенційний напрям та когнітивно-поведінкову терапію, способи роботи з тривогою.

4. Ефективність і доцільність використання методів роботи з тривогою в напрямках когнітивно-поведінкового підходу та екзистенційних напрямках.

5.Розвиток професійної гнучкості з використанням різних теоретичних моделей.

Методи дослідження. Для вирішення теоретичних та прикладних завдань при проведенні дослідження було використано комплекс методів, що взаємодіють та взаємодоповнюють один одного:

- теоретичні: аналіз та систематизація науково-психологічної літератури, що присвячена проблемі дослідження;



- формально-логічні: систематизація, узагальнення та класифікація отриманої в ході дослідження інформації.

Наукова новизна полягає в інтеграції понять і роботі з тривожними станами таким чином, щоб забезпечити послідовний розвиток в роботі з тривоги з оптимальними способами її вирішення.

Практична значущість в роботі з тривогою в когнітивно-поведінковій терапії й екзистенціальному підході надає матеріал для подальшого дослідження феноменів тривоги, де якісний аналіз і види консультування, будуть порівняні з практичним задумом на виявлення особливостей тривоги, з точок зору різних моделей сприйняття підходів.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, двох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел 48 найменувань. Загальний обсяг основного тексту 69 сторінок.

## РОЗДІЛ 1

### ОСНОВНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ

#### 1.1. Психологічна терапія

В даний час словом "психотерапія" (П.) часто називають вкрай різні дії, здійснювані при цьому різними особами. нерідко на практиці психотерапія не функціонує відповідно до свого істинного лікувального призначення, виходячи з розуміння його основи: (therapia - означає лікування). Про різному розумінні «психотерапії» говорить і безліч існуючих визначень цього поняття. Так за визначенням С.Кратохвіла: "Психотерапія - це цілеспрямована корекція розладів функцій організму психологічними засобами ". За П. Жане: "П. - це використання психологічних знань для лікування різних хвороб. Або - «використання психологічних засобів для відновлення порушеної діяльності організму » [11]. П. Шнейдер: "П. - це метод лікування психічних і соматичних розладів, викликаних нерозв'язними інтрапсихічними усвідомленими або неусвідомленими конфліктами, які вимагають від пацієнта участі і спільної роботи, бажання і вміння зав'язувати контакт, здатність налагодити психотерапевтичні відносини, які роблять можливим існування психотерапевтичного процесу, в якому основним способом комунікації є мова [28]. " К. Роджерс: "Це такий спосіб перебування з іншою особою, який сприяє здоровим змінам і полегшує розвиток ". Е. Олександрович: "П. - це психологічні дії, метою яких є лікування, т. е. усунення розладів, наявних у пацієнта, визнаних їм самим або його оточенням за хвороба. дії, впливають на функціональні розлади, потяги і поведінку шляхом зміни психічних процесів хворого в тих рамках, які необхідні для усунення причини та запобігання проявам хвороби ». Найбільш широка загальноприйнята трактування: «(П.) - це

різні форми допомоги людям, які мають труднощі. ця допомога здійснюється шляхом комунікації, переважно шляхом бесіди » [11].

### **Відмінність психотерапевтичної допомоги від психологічної.**

Іноді зустрічається твердження, що будь-яка зустріч лікаря з хворим - це і є психотерапія. Деякі психотерапією називають «особливі ті міжлюдські взаємини ». Найбільш часто психотерапією називають просто будь-яку психологічну допомогу.

Зовнішня схожість цих двох впливів випливає з того, що обидва спираються на безпосередній вплив двох осіб друг на друга, а крім того, загальним для них є створення настрою, що поліпшує самопочуття, надання розради, зняття напруженості, співчуття, просто перебування поряд з особливою, що відчуває страждання [25].

Всі ці психологічні фактори мають незмірно важливе значення, але для психотерапії є неспецифічними лікувальними діями.

***Основною відмінністю від психологічної допомоги, допомоги психотерапевтичної є:***

#### **1. Різниця цілей:**

- в психотерапії - це зміна, яке призводить до усунення розладів як психічних, так і соматичних і глибокому розумінню причин цих розладів і поведінки самого пацієнта,

- в психології - метою є надання уваги і заспокоєння в реальних проблемах особі, яка шукає такої допомоги. Причому, на відміну від психотерапії - ця допомога не заснована на тому, щоб зробити людину здатним самому розв'язувати свої проблеми, а просто допомогти прибрати дана перешкода в даний період.

**2. Психологічна допомога залишає людину такою ж, якою вона була, чи не викликаючи в ньому глибоких змін. Його допомогу в тому, щоб допомогти людині знайти те, що він хоче. Для цього іноді психологічна допомога може приймати форму навчання: як це знайти, що б стати більш щасливим.**

Психологічну допомогу іноді характеризують як рада. ця допомога може принести значне полегшення, навіть допомагає відчувати себе вільним від страждання. Але вона не домагається того, щоб пацієнт і надалі міг функціонувати без психологічних розладів.

3. Іншим істотною відмінністю психотерапевтичної допомоги від психологічної є тип взаємин між дає допомогу і які отримують її. Психотерапія може існувати тільки, якщо відносини носять характер лікувальних і особа, якій надається допомога займає положення пацієнта. Це визначає форми функціонування в визначених ролях і з відповідними рамками [17].

Десь на кордоні між психотерапевтичної та психологічної допомогою знаходиться підтримуюча психотерапія, метою якої є зміцнення пацієнта, не вникаючи в минуле пацієнта і в відображення цього минулого в його нинішньому поведінці. Можливості психотерапії більш обмежені, порівняно з психологічною допомогою, тому що її завдання більш вузькі і специфічні - усунути даний симптом, який заважає нормально функціонувати і який пред'являється пацієнтом.

***У сучасних підходах вказують 4 моделі психотерапії [23]:***

- 1 - медична (як метод лікування);
- 2 - психологічна (як метод навчання);
- 3 - соціологічна (як метод маніпулювання);
- 4 - філософська (як комплекс явищ, що відбуваються в ході взаємодії між людьми).

***Загальні цілі всіх видів психотерапії:*** допомогти пацієнтам змінити своє мислення і поведінку таким чином, щоб стати більш щасливим і продуктивним.

При цьому завданнями П. будуть:

- 1 допомогти пацієнтові краще зрозуміти свої проблеми;
- 2 усунути емоційний дискомфорт;
- 3 заохотити вільне вираження почуттів;
- 4 забезпечити пацієнта новими ідеями або інформацією про те, як вирішувати свої проблеми;

5 допомогти пацієнтові в перевірці нових способів мислення і поведінки за межами терапевтичної ситуації [10].

***При вирішенні цих завдань психотерапевт вдається до трьох основних методів:***

- забезпечує психологічну підтримку;
- усуває дезадаптивної поведінку і формує нові адаптивні стереотипи;
- сприяє інсайту (усвідомлення) і саморозкриття (самоексплорації), в наслідок чого пацієнт починає краще розуміти свої мотиви, почуття, конфлікти, цінності [31].

***Етапи психотерапевтичної бесіди:***

1 етап - «укладення договору» (структуралізації роботи, визначення її рамок, фіксація результатів).

2 етап - «етап встановлення емоційного контакту» (збір об'єктивної інформації, з'ясування ставлення пацієнта до певних фактів і подій, зняття напруги, створення довірчих відносин).

3 етап - «актуалізація базової структури внутрішнього діалогу» (Організація проєкцій, фіксація розуміння і підтримки, робота з переносними операціями пацієнта, фіксація екстеріорізації, фіксація використання контрпереносних почуттів) [35].

***Фактори дії в психотерапії (специфічні фактори).***

Як допомагає психотерапія, за допомогою яких механізмів досягаються бажані зміни в мисленні і поведінці пацієнта?

В сучасній літературі описується кілька специфічних факторів лікувальної дії:

1 - універсальність, «почуття спільності», «участь у групі», (тобто проблеми пацієнта проявляються у багатьох людей, він не самотній в цьому). Почуття єдності в групі і приналежності до неї впливають, як найбільш ефективний фактор.

2 - акцептація (прийняття). S.Kratochvil називає цей фактор «Емоційною підтримкою». Це «згуртованість» при групової терапії.

3 - альтруїзм: позитивний ефект надає те, що він може допомагати іншим в групі і цим стає здатним подолати хворобливу спрямованість на самого себе.

4 - отреагирование (катарсис) - сильне прояв афектів – важлива складова частина психотерапевтичного процесу. Ця передумова для змін і приносить значне полегшення пацієнтам.

5 - саморозкриття (самоексплорація) - відвертість, прояв прихованих думок, бажань, переживань. Для кращого розуміння саморозкриття користуються «вікном Джогарі» (J.Luft et H.Ingham, 1970) [28].

Воно складається з 4 частин:

- відкрита область ( «арена») почуття, поведінку і мотиви, які відомі як самому пацієнту, так і всім іншим;

- область сліпої плями - то, що відомо іншим, але не відомо пацієнтові;

- прихована область, то що відомо тільки пацієнтові;

- невідоме або несвідоме;

6. - зворотний зв'язок або конфронтація - «інтерація (R.Corsini) – як оточуючі сприймають його поведінку і як воно на них діє.

Термін «конфронтація» застосовується іноді для негативного зворотного зв'язку, як корисний психотерапевтичний фактор при конструктивній критиці. Її необхідно поєднувати з емоційною підтримкою.

7.- інсайт (усвідомлення) - розуміння неусвідомлюваних перш зв'язків між особливостями своєї особистості зі своїми неадаптивними способами поведінки.

8.-корективний емоційний досвід - інтенсивне переживання актуальних відносин або ситуацій, завдяки яким відбувається корекція неправильного узагальнення;

9.-перевірка нового поведінки ( «перевірка реальності») і навчання новим форм поведінки;

10.-надання інформації (навчання наглядом) [39].

***R.Corsini (1989) фактори дій розділяють на три сфери:***

1. когнітивна - до неї відносить «універсальність», «усвідомлення», «Моделювання»;
2. емоційна - «Акцептація», «альтруїзм», «перенесення»;
3. поведінкова - «перевірка реальності», «емоційне реагування», «інтеракція» [41].

Психодинамічний підхід в психотерапії стверджує, що думки, почуття і поведінку людини детерміновані несвідомими психічними процесами.

Тому метою терапії є отримання інсайта (англ. - «проникнення», «розуміння»). Поняття "інсайту": розуміння неусвідомлюваних раніше зв'язків між особливостями своєї особистості з неадаптивними формами поведінки. Інсайт відносять до когнітивному навчання й разом з емоційним корективним досвідом і досвідом нової поведінки його відносять до категорії інтерсонального навчання.

***Кратохвил (1978) розрізняє три рівні інсайта [42]:***

- 1 усвідомлення зв'язку між внутрішньоособистісних конфліктів, проблемами і емоційними розладами;
- 2 усвідомлення власного внеску в виникнення конфліктної ситуації - "Интерперсональное усвідомлення";
- 3 усвідомлення глибинних причин справжніх відносин, станів, почуттів і особливостей поведінки, що вкорінені в далекому минулому. Це "Генетичне усвідомлення".

***Клінічні застосування психотерапії і вибір методів [29].***

У найзагальнішому плані можна говорити про двох клінічних передумови широкого та ефективного застосування психотерапії.

По-перше, це пряме використання її лікувальної дії при великому колі захворювань, в етіопатогенезі яких психічному фактору належить визначальна (неврози) або вельми істотна роль (інші прикордонні стани, психосоматичні розлади і т.і.)

По-друге, її використання як лікувально-профілактичний метод з урахуванням психосоціальних реакцій на соматичні хвороби, їх наслідки, вплив

специфічних соматичних розладів на психологічне функціонування індивіда, його поведінку і ін.

Вибір методів психотерапії визначається конкретними клінічними характеристиками хворого і хвороби [30]:

- особистісними особливостями пацієнта і реакціями його на хворобу;
- психологічними факторами етіології захворювання;
- структурно-організаційними рамками, в яких проводиться психотерапія.

### ***Класифікація методів психотерапії.***

Існує багато класифікацій психотерапевтичних методів в залежно від різних механізмів психотерапевтичних технік. Найбільш відомі види психотерапії [27]:

1. Психодінамічні методи: психоаналіз ортодоксальний, неопсихоаналітичні напрямки К. Юнга, А. Адлера та ін., егопсихологія, реконструктивна психотерапія та ін.
2. Гуманістичні методи: екзистенційні, холистичні, гештальттерапія і ін.
3. Когнітивна психотерапія.
4. Біхевіоральна психотерапія.
5. Раціональна психотерапія.
6. Сугестивні методи: гіпноз класичний, Еріксонівський гіпноз, самонавіювання, аутогенне тренування та ін.
7. Тілесно-орієнтована.
8. Емоційно-раціональна терапія (Еліса).
9. Когнітивно-біхевіоральна терапія.
10. Інші методи: імаготер

### ***Класифікація методів психотерапії (по Е. Олександровичу) [33]:***

- 1) методи, що мають характер «технік» (гіпноз, релаксація, психогімнастика та ін.);
- 2) методи, що визначають умови, які сприяють оптимізації досягнення психотерапевтичних цілей (амбулаторна, стаціонарна і ін.);



3) методи в значенні "інструмента", яким користуються в психотерапевтичному процесі (група - в груповій, психотерапевт – у індивідуальній);

4) методи в значенні "інтервенції" (втручань, що розглядаються або в параметрах стилю (директивні, недирективні), або в параметрах форми (переконання, роз'яснення тощо).

***У вітчизняній літературі найважливішими вважають такі види [28]:***

1) Особистісно-орієнтована (реконструктивна), патогенетична психотерапія (по В.Н. Мясіщеву);

2) Сугестивні методи: навіювання як в бадьорому стані, так і в гіпнозі, наркогіпнотерапія, аутогенне тренування, самонавіювання, біологічна

Зворотній зв'язок.

3) Поведінкова умовно-рефлекторна психотерапія;

4) Інші види: музикотерапія, бібліотекотерапія, арттерапія, натуртерапія, імаготерапія.

До особистісно-орієнтованої терапії в зарубіжних країнах відносять недирективну терапію по К. Роджерсу, розмовну терапію (Гешпрахттерапія), гештальт-терапія, трансактний аналіз, морить-терапія.

***Ефективність психотерапії.***

Оцінка ефективності психотерапії по її якості вкрай складна. Реальний відсоток видужуючих від психотерапії називають від 30 до 45%.

Залишається відкритим: питання який вид психотерапії, ким проводиться є ефективним для яких видів пацієнтів.

Хорошому успіху лікування сприяють: більш молодий вік, відносно невелика давність захворювання, хороший інтелект, здатність критичної оцінки своїх неправильних відносин.

Оцінка ефективності в основному заснована на таких критеріях:

- ступінь симптоматичного поліпшення;
- ступінь усвідомлення пацієнтом механізмів хвороби;
- ступінь відновлення порушених відносин особистості;

- ступінь поліпшення соціального функціонування особистості.

У практиці узагальнено виділяють медичний критерій, психологічний і соціальний.

Про успіх психотерапії можна (і потрібно!) Зважити на те як сам пацієнт став здатний говорити про свої проблеми.

## 1.2. Екзистенційний підхід і тривога

Перш ніж приступити до розгляду заданої теми слід звернутися до предметів в моделях яких буде розглядатися об'єкт кваліфікаційної роботи , а саме тривога. Задля більш об'ємного розуміння і вірного напрямку роботи під назвою “Порівняльні особливості роботи з тривогою в екзистенційному та контивно - поведінковому напрямі” ми в першу чергу якомога точніше зробимо спробу зробити інтерпретацію: екзистенціальний напрям і когнітивно - поведінковий , щоб провести межі цих предметів для відповіді на запитання особливостей роботи з тривогою , слід розібрати , що лежить в основі методів обох напрямів , а це неможливо без теоретичного матеріалу , историко - філософського розвитку предметів та головних представників шкіл екзистенціалізму і когнітивно – поведінкового напрямку [17].

### *Теоретичні концепції екзистенціальної психології*

Вирішальними в заснуванні екзистенціальної психології є філософський концепт , який було б важко розмежувати і зрозуміти загалом, не розглянувши ті важливі концептуальні елементи, тих родоначальників фундаментальної думки напрямку, що стали неділимою частиною екзистенціалізму.

А починається все з того, що різні автори співвідносячи есенцію ( сутність ) і екзистенцію(існування) людини натикаються на протиріччя. Так

розуміння (Леонтьева, Качюнаса , Р.Мея , И.Ялом, Є. ван Дорцена ) говорить про пріоритетність екзистенції по відношенню до сутності. Або ж більш жорсткого формулювання Сартра “існування передує сутності” [31]. Тим часом Франкл робить протилежне твердження: сутність людини не залежить від її існування, а взагалі, первинна по відношенню до існування.

Загальні принципи філософії екзистенції були основані ще в першій половині ХІХ С. К’єркегором , який з ціллю поєднати безпосередній досвід конкретної людини з філософською рефлексією, поставив у центр своїх думок буття окремої людини і її можливості само детермінації . С. К’єркегор заснував основи опису поняття , яке важко сформулювати , а саме екзистенції як самобутності суб’єктності: екзистенція - це відношення до самого себе і одночасно до іншого; у цьому подвійному співвідношенні людина як суб’єкт свого життя повинен постійно робити вибір своїй внутрішній позиції і своїй поведінці.

По Ясперсу екзистенція це вільне буття людини , джерело людських думок і поведінки, що є неможливими для “об’єктивізації”, це виходить із положення, що екзистенція представляє не буття деякої сутності, яке було б для цієї сутності чимось зовнішнім, а саму сутність людини , котру, неможливо як предмету дати однозначне змістовне визначення. Екзистенція це дійсність яка пізнається тільки у особистому досвіді, і не на основі природничо - наукових способів пізнання. Як і Ясперс К’єркегор описує екзистенцію як відношення до себе і одночасно до іншого, де співвідношення і іншими - це екзистенційна комунікація, особистісна розмова з іншим, чи співвідношення з трансцендентним “осяжним”, котре містить в собі сенс сутнісного [35].

По Хайдеггеру , сутність сутнісного “людина” знаходяться в її бутті. Для означення людської реальності Хайдеггер вводить поняття Dasein, або буття-в-мирі, котрим підкреслює фундаментальні нероздільність двох планів людського буття: онтологічного непередметного змістовного плану і конкретного предметно-фактичного онтичного плану.

Описуючи людину як буття-в-мирі, Хайдеггер фактично абсолютизує розуміння екзистенції як відношення : співвіднесеність стає нероздільною зв'язаністю, єдинством ; більше немає людини і миру , а лише їх єдинство- Dasein. У роботі “Буття і час” під екзистенцією М.Гайдеггер розумів справжнє , аутентичне, або буття-в-мирі [38].

Аналіз концепцій К'єркегора , Ясперса , Гайдеггера дозволяє побачити загальне в поглядах цих авторів на до екзистенції: воно відбувається не позитивним , а негативним шляхом – к екзистенції примушує примушує прийти переживання страху , відчаю та пограничні ситуації. Саме такі емоціональні переживання приводять до свого роду внутрішній революції- аутентичне існування починає усвідомлюватися в якості такої безумовної цінності , що стають очевидними істотне и неістотне , а також стають неможливими ухилення в порожню суєтність повсякденності.

#### Теоретичні концепції екзистенційної психології

Аналіз наявних описів предмета екзистенційної психології запропонованих В.В.Знаковим, Д.А.Леонтьєвим, Ю.В.Тихонравовим, А.Джорджи, П. Вонг, дозволяє зробити висновок про розмитість уявлень як буття-в-мирі. Відповідно, мова йде не про те , що хто така людина, а про спосіб існування, котрий є власне людським - о бутті в мирі значень і смислів. Задача Dasein- аналізу – зрозуміти пов'язану систему онтичних феноменів , котра утворює цілісну структуру конкретного буття - в – мирі . В погляді на те , як здійснюється встановлення смислів і, відповідно , самого людського буття,можливі дві точки зору . Перша складається в тому, що Dasein конструює себе і свій світ за допомогою деякої предзаданної смислової матриці( екзистенційного апріорі); друга робить припущення , що в процесі буття-в-мирі мир сам розкриває свою смислову структуру , в тій мірі як Dasein цю структуру виявляє, “проявляється на світлі”. Перша точка зору реалізована в версії Dasein - аналізу Л.Бінсвангера , друга в версії Dasein – аналізу М.Босса [35].

Розгляд основних положень Л.Бінствангера і М.Босса дозволяє зробити висновок , що вони використовують філософію М.Хайдеггера кожний автор бере те , що йому ближче , те що знаходить корисним в роботі з пацієнтами при необхідності вносячи в початкову карту оригінальні доповнення.

Розуміння Dasein - аналізом буття-в-мирі як нероздільного єдинства , з нашої точки зору , приводить до парадоксальних наслідків: один з компонентів цього єдинства в кінцевому результаті немов зникає, розчинюючись в іншому. В концепції Бінсвангера зникає мир, оскільки він є результат самовираження людини: людина або пасивно констатує мир своїм екзистенціальним апріорі , або в випадку усвідомлення екзистенціального апріорі активно конструює мир у своїх “миропроектах”. У М. Босса, навпаки, людина, оскільки суб’єкт буття-в-мирі виноситься на зовні, що призводить до розділення людини і буття – у результаті людина стає лише пасивним одержувачем “посилань буття”, і буття набуває деякого містичного суб’єкта [35].

Североамериканська екзистенціальна психологія у якості філософського базису використовує в першу чергу роботи С.К’єркегора, Сартра , Ясперса.

Згідно Р.Мею , екзистенція досягається за допомогою того, що людина усвідомлює себе суб’єктом свого життя і на цій основі набуває здібності приймати рішення. Бути людиною – означає приймати рішення . Завдяки суб’єктності людина має потенціальну здібність зробити паузу перед тим , як відреагувати і прийняти рішення про те , яка саме з’явиться реакція. Тому, власне людське існування , по суті, складається із свободи і творчості.

В роботах І.Ялома представлена спроба систематизації основних концептів екзистенціальної філософії. І.Ялом постулює , що властиві людині внутрішні конфлікти відбуваються не скільки із-за боротьби з інстинктами і травматичними спогадами минулого(З.Фрейд) чи зіткненням

з потребою у безпеці та прагнення до росту , що приводять до конфронтації з “значимими іншими”( неофрейдистська міжособова парадигма- Салліван, Хорні. Фромм ), скільки із-за зіткнення індивіда с чотирма кінцевими факторами , або глибинними структурами , котрі є невід’ємними даностями буття у мирі , - смерть, свобода, самотність і безглуздість [41].

Якщо Мей і Ялом у своїх теоретичних побудовах уділяли увагу обом полюсам інтенціонального акту , то у Бьюджентайля основне місце займає суб’єктивність , внутрішній світ переживання людини. Справжньою природою людини , по Бьюдженталю , є непереривний процес дорефлекторного невербального усвідомлення буття. У цьому процесі людина виявляє , які можливості перед нею відкриті , відчуває наскільки аутентичним є зроблений вибір, творче переосмислення внутрішньої і зовнішньої реальності надає внутрішню опору.

Так ціль екзистенційної психології сприяння в досягненні автентичності , або справжності – досягнення співвіднесеності буття людини деяким характеристикам. Такими характеристиками можуть вважатися реалізації здібності приймати вільні рішення і нести за них відповідальність , відкритість миру, реалізація волі к смислу, життя з почуттям внутрішньої згоди.

Базисом методології є екзистенційної терапії феноменологія і діалог.

Феноменологічне розуміння представляє собою первинною і постійною задачею терапевта: як можливо більш повно зрозуміти , як клієнт бачить и тлумачить мир – як він сприймає себе, інших людей, як задає напрям свого життя і який сенс не усвідомлюється.

Діалог є основою екзистенції як відношення , що служить перехідною клієнта на рівень екзистенціальної комунікації. Якщо в процесі феноменологічного розуміння між терапевтом і клієнтом відбувається усунення суб’єкт – об’єктного розділу , згодом терапевт займає позицію по відношенню до клієнта: з єдності “ми” , утворюваного в емпатичному процесі феноменологічного розуміння, виникає конкретне “Ти” терапевта.

Терапевт пред'являє своє власне бачення ситуації клієнта і спонукає його до відкритості для сприйняття цінностей і к активному зайняттю позицій по відношенню до тих чи інших життєвих реалій. Терапевтичний діалог в екзистенціальній психотерапії, отже, має задачу навчити клієнта вступати в відношення і взаємодію з іншим, і в цій взаємодії бачити самого себе.

Можна виділити загальні змістовні і процесові компоненти, в тій або іншій мірі характерні кожному конкретному авторському підходу в екзистенціальній психотерапії.

Змістовна психотерапевтична робота складається з феноменологічного розуміння і подальшої корекції системи смислових відношень клієнта до реальності. Феноменологічне розуміння розкриває представленість в бутті пацієнта деякої інваріантної структури, котра описує різні сторони екзистенції. В якості такої структури можуть виступати екзистенціалісти (М.Босс, Ж.Кондрау), вимірі буття-в-мирі(Л.Бінсвангер, Р.Мей, Є. ван Дорцен), "універсальні онтологічні даності"(Ялом, Кочюнас), фундаментальні екзистенціальні мотивації(А.Ленгле). Після того як клієнт з допомогою терапевта зміг явно побачити картину свого життя і відношень, він може обрати те, що йому хотілося б змінити.

Процесуальна психотерапевтична робота включає [35]:

- Спонування пацієнта до того, щоб він ставав суб'єктом свого життя – робив вибір, приймав рішення й втілював їх в конкретних дія;
- Розвиток терапевтичних відношень, в безпечній і довірчій атмосфері в котрій відкритість й автентичність терапевта сприяє тому, щоб пацієнт спілкувався на рівні екзистенційної комунікації.

Аспект процесуальної психотерапевтичної роботи, пов'язаний з актуалізацією особистісного зросту клієнта.

Аналіз представників онтологічного напрямку дозволяє зробити наступні висновки [46]:

1. Більшість провідних представників онтологічного напрямку (Р.Мей, І.Ялом, Ж. Кондрау, Э. ван Дорцен) не розглядають екзистенціальну психотерапію, як самостійну течію психотерапії, вбачаючи лише доповнення к іншим видам терапії.

2. Методи і техніки, які застосовують терапевти в онтологічному напрямі, на наш погляд, не є специфічними саме для екзистенційної терапії. Феноменологічне розуміння, розвиток терапевтичних відношень, підвищення усвідомлення, укріплення "тут-і-зараз" присутність клієнта, стимулювання клієнта до прийняття відповідальності на себе за своє життя і рішення характерні для багатьох напрямів психотерапії. Особливості використання цих методів в екзистенціальній психотерапії полягає в теоретичному базисі, в співвідношенні з яким відбувається змістовна терапевтична робота.

3. Представники онтологічного напрямку не пропонують спеціальних способів терапії задля певних груп клієнтів.

З іншого боку, на базі теоретичних моделей персоналістичного напрямку розроблені, по-перше, оригінальні методи психотерапії, по-друге підстави для психодіагностики і диференційного підходу до терапії пацієнтів з різними типами порушень.

Екзистенційна тривога належить до числа феноменів, які найбільш чітко свідчать про неусувність екзистенційних аспектів людського життя. Не випадково саме з неї Серена К'єркегора почав своє поступове розвиток так екзистенційний погляд на людину в мирі.

Якщо традиційна психологія є психологія людини детермінованого, то екзистенційна психологія - людини не детермінованої.

Насправді людина є створіння одночасно детерміноване, і не детерміноване. На нас діє маса факторів, внутрішніх і зовнішніх, котрі товкають нас в різних напрямках і пробуджують до певного вибору. І



достатньо часто більшість людей цим впливам піддається, діючи цілком передбачуваним чином. Напевно, не менше 90% людей наших дій можна вчислити, виходячи із комбінацій діючих на нас внутрішніх і зовнішніх сил. Уся традиційна позитивістська психологія на тому і стоїть, як і більша частина клінічної психології. Існує, однак, по меншій мірі, два роду ситуацій в житті, де не спрацьовують не один з традиційних підходів.

Перші – це ситуації кризи, життєвого краху, коли руйнуються сформовані структури, сформований життєвий мир, і скільки-небудь чітких вказівок й орієнтирів, як діяти у цьому мирі, практично не зостається. Подібні ситуації традиційно описуються як “прикордонні”- в екзистенційній філософії або через поняття криза “криза” – в клінічній практиці. Це ситуації, пов’язані з втратами, смертю близьких, соціальними катаклізмами. З ними приходиться стикатися тим, хто працює з біженцями, мігрантами й іншими. Усі рейки, по яким життя рухалось раніш, зруйновані, людина опиняється однією у чистому полі, потрібно починати жити “з чистого листа” і незрозуміло, що робити, людина до цього не готова.

Друга група ситуацій, в котрих усі традиційні психологічно підходи теж не працюють, - це ситуації зворотного порядку, коли все добре, людина досягає повного благополуччя, успіхів, але, тим не менш, не задоволений, йому необхідно щось, він до цього прагне. Він виходить за межі тих сил, котрі на нього діють, і бажає чогось, що не виводиться із системи вимог, котрі йому пред’являють. Він їм в повній мірі відповідає, усі навкруги щасливі і потреби задоволені до самої актуалізації, але цього мало. Є люди, котрим більше всіх треба, котрі незадоволені навіть в самій ідеальних обставинах і, вмотивовані якимось незрозумілими причинними вибрати альтернативи в котрі важко детермінувати, - тими методами які піддаються детермінації людини, але при дослідженні і по вимірюванню дійсних результатів являються кожний раз непрогнозованими по відношенню не дійсності, а лише тими методами визначеними в

досліджуванні, що може бути лише одним із способів, тому що способи дослідження можуть дати пояснення, але результат завжди непередбачуваний, що більше відноситься більше до екзистенційного персоналістичного напрямку.

Страх , тривога , Angst

Можна казати про страх і тривогу з традиційних розумінь, і можна казати про екзистенційний страх або тривогу. Тут багато визначень з тієї точки зору, що одне і теж можна по-різному інтерпретувати. Прикладом може стати те, як визначається страх , що можна лише співвіднести поняття, але не сам феномен , що по-різному трактує одні і теж слова , в понятті явищ і слів , що їх пояснюють [47].

Загальним є, що страх є конкретним і наявним , визначеним, усвідомленим і поясненими, а тривога – невизначеною.

На думку природознавця і філософії в тому, що страх і тривогу можуть відчувати і тварини , то Angst наявний лише у людини.

Екзистенційна тривога як частина буття : філософи від К'єркегор до Тилліха.

К'єркегор направив увагу головним чином на те , що спроможність бути самим собою, це означає вміти зустрітися з тривогою і йти уперед незважаючи на тривогу. Згодом були розвинуті і використані і розвинуті психологами і філософами екзистенціалізму. Наприклад, у ХХ ст , Хайдеггер використав терміни тривоги страху , і в своїй роботі “Буття і час”. Однак проблема невизначеної тривоги Angst, стала периферійною , хоча і входила в якості елемента і його онтологію. Більш важливий вклад зробив Пауль Тилліх у своїй роботі “Мужність бути”.

Екзистенціальна тривога, по Тилліху, це екзистенційне усвідомлення яке переживається як індивідуальне усвідомлення свого завершення, тривога властива лише людині як людині. Тривога і усвідомлення пов'язані між собою речі. Не усвідомлювати завжди просто і легко.

Саме у Тилліха, найбільш чітко з філософів і психологів сформовано порівняння тривоги і страху. У страху є завершальний об'єкт, щось конкретне з чим можна боротись. Якщо знаєш чого боятися, знаєш , що робить.

Класична методика парадоксальної інтенції Віктора Франкла (1990) вчить , як боротися зі страхом і фобіями. Потрібно йти назустріч предмету свого свого страху довільно , старатися боятися . Це те відношення ,котре дозволяє доволі успішно, як показує практика, впоратися зі страхом . Але з екзистенційною тривогою цей спосіб не працює , тому що немає об'єкта , котрому потрібно йти назустріч, окрім буття в цілому.

Якщо людина охоплена охоплена тривогою, говорить Тилліх , від оказується позбавлений опори,- виникає безпомічність, дезорганізація , неадекватні реакції. Тому у стані тривоги людина намагається строго визначити об'єкти тривоги, бо зі страхом можна якимось взаємодіяти. Перетворення тривоги в страх, несуттєво перед чим допомагає позбавитися жаху. На погляд Тилліха дозволяє зрозуміти секрет популярності трилерів , жахить тим чином, що вони дозволяють побачити конкретний страх , що на час заміщає місце розмитой , екзистенційної , непереборній тривозі, і стає легше. Тилліху також належать класифікація різних видів тривоги, пов'язаних з тим , з якого аспекту самоствердження у мирі людина відповідає. Існує три рівні самоствердження , й на кожному із них є загроза йому , відносна й абсолютна. Мається онтичне самоствердження, що зачіпає практичний хід нашого життя та будову життя. Небуття загрожує цьому аспекту нашого самоствердження двома способами : відносно - у вигляді долі , котра не дає рухатись , куди ми хочемо и як ми хочемо, і абсолютно – у вигляді смерті , котра зовсім зупиняє можливість існування емпіричного. Другий рівень – духовне самоствердження . Духовному самоствердженню небуття погрожує відносно- у вигляді порожнечі, нудьги, вакууму, а абсолютно- у формі відсутності смислу. І третє – моральне самоствердження. Відносно погрози - це вина, а абсолютна - осудження.

Тривога, по Тилліху, є усвідомлення цієї потрійної погрози нашого буття. Так, відрізняються три форми тривоги: тривога смерті й долі, тривога порожнечі і смисловтрати, осудження і вини. Все це є форми екзистенційної тривоги, вони властиві існуванню, Вони непереборні. Так, частиною життя є страх і жах, вони є елементи життєвого процесу [43].

Деструктивність і конструктивність екзистенційної тривоги.

Кажучи, що екзистенціальна тривога має онтологічний характер, і її можна лише мужньо прийняти, Тилліх вказав на проблему і патологічну тривогу, яка з'являється унаслідок невдачної спроби "я" прийняти тривогу на себе, що веде до самоствердження, яке має обмежену, фіксовану й на нереалістичну основу.

Подібно до цієї ідеї про співвіднесеність тривоги нормальної й патологічної були розвинуті учнями Тилліха – Ролло Мея, дисертація якого була посвячена поняттю тривоги. З точки зору Мея, сама по собі тривога – у порядку речей, не потрібно боятися її, і не слід позбавлятися від тривоги у процесі психотерапії. Нормальна тривога з'являється коли людина відчуває, що щось погрожує цінності її, з якою людина ідентифікується, скажемо, патріотизм, любов до людини. Це - нормальне і в усіх розуміннях конструктивне почуття. Нормальна тривога пропорційна погрозі і нема потреби в витісненні чи інших якихсь формах психологічних захистів. З тривоگوю можна мати справу, її можна проробити на рівні усвідомлення, або, якщо є об'єктивна ситуація змінюється, тривога пройде сама. Спроба витіснити тривогу, її ліквідувати, спроба її знищити призводить до переростання з нормальної в патологічну. Патологічна, або тривога невротична – непропорційна приводе й зазвичай наслідком її є неспроможність прийняти тривогу нормальну. Вона включає в себе витіснення, придушення, та інші форми захисту. Невротична тривога – симптом тих обставин, що людині не вдалось в свій час відповідним чином впоратись з попереднім кризисом. І позбавитись невротичної тривоги можливо лише можна лише в тому випадку, якщо навчитись конструктивно

впоратись з нормальною тривогою , бо екзистенційну тривогу знищити неможливо. Якщо людина намагається повністю піти від тривоги, це веде до уникнення життя зовсім.

Навчання в “школі тривоги” дозволяє людині йти далі кінця, долаючи дрібні перешкоди і вільно йти у безкінечність.

### **1.3. Когнітивно-поведінковий підхід і тривога**

Поворотним пунктом про людину, що пізнає мир , стало виникнення і розповсюдження теорії критичного раціоналізму Карла Поппера та його учнів. Пасивно – відражальному підходу людського пізнання були протиставлені моделі людини, що активно породжує догадки про навколишній мир і перероблює знання , що отримуються в ході пошукової діяльності , і корегує їх [33].

Теорія пізнання Поппера базується з основних посилів [22]:

- Усі люди вирішують проблеми. Проблеми існують об’єктивно
- По кожній проблемі можливо у принципі безперестанне число гіпотез
- Проблема вирішується шляхом виключення гіпотез шляхом проб і помилок , у ході експериментування.
- Людина не знає наперед , які гіпотезі вірні, а які помилкові.
- Провальні гіпотези або ліквідуються, корегуються , чи цикл пізнання починається знову.

Таким чином, позиції Поппера протиставлені індуктивізму , представники якого вважають, що вирішальну роль у пізнанні грає навчання через повторення і знаходження обґрунтувань для рішення.

Велику роль на когнітивну психологію вказали результати досліджень психофізіології , нейропсихології і психофізіології , у другій половині ХХст. Цей період характеризується революцією в сферах наук про мозок та

нейронних механізмах переробки інформації. Психологія людського пізнання опирається на відомості [42]:

- “що пізнається”- знання про устрій миру.
- “хто пізнає”- знання про устрій людини як пізнавальної системи.
- “як пізнає”- уявлення, почерпнуті з філософії.

Психологи, інженери, філософи використали принцип структурно - функціональної аналогії : спорідненість функцій комп’ютера і “людини пізнавальної” , реалізуючу ці функції. Так з’явилась в психології “комп’ютерна метафора”.

Витоки психологічного знання, розвивалися із філософських течій античності,

Кардинальний зсув у підході до людського пізнання з’явився в 30х-50х роках ХХ ст. Саме в цей час відбувся переворот в природознавчих науках, теорії пізнання, були створені перші комп’ютери, також психологія як самостійна дисципліна, зрівнялась з іншими науками.

Гештальтпсихологія зіграла велику роль в становленні психології пізнання. Історики і теоретики психології зазвичай уділяють увагу на предметну область , котрою займалися гештальтпсихологи, і на принципах “гештальту”, що дослівно переводиться як форма предмета, цілісний об’єкт(система).

Принципи системності гештальтпсихології поширилися на всі рівні пізнання: від сприйняття до мислення, і далі – на мотивацію особистості, спілкування і соціально психологічно явища. Зовнішня стимуляція миттєво(симультанно) організує в цілісну структуру( перцепт ) активна динамічна система( головний мозок), однак образ є цілісним не тому, що такі закони роботи мозку , а тому , що принципи сприйняття присутні в спостережуваних об’єктах, вважав М. Вертхаймер . Згодом німецьким психологом В.Келером був запропонований принцип ізоморфізму: існує взаємно однозначне співвідношення між структурою і динамікою зовнішньо спостережуваного миру, корою головного мозку і суб’єктивною реальністю.

Загальне передує частині, властивості системи визначають властивості її елементів, а не навпаки.

На основоположника екологічної теорії Гібсона вплинули труди гештальтпсихологів, головним чином Коффки. Робота Гібсона про перцепцію вийшла у 1950 р. , і посвячена сприйняттю простору. Він зробив припущення , що градієнт структури фону є головною ознакою глибини і відповідає градієнтам збудження сітківки очей. Згодом він розробив концепт екологічної оптики [36].

По Гібсону , в видимому мирі достатньо інформації для формування зорового образу. Він ввів поняття перцептивного інваріанта – властивість подразнення, що залишається незмінним при змінах, що відбуваються зі спостерігачем і середовищем. Після робіт Гібсона стало ясно, що зовнішній, пізнавальний мир слідує описувати психологічним язиком , адекватно задачам психологічної науки.

Важливу роль зіграли Толмен, він є основоположником системи цілеспрямованого біхевіоризму. По його думці, діючий організм має деяку ціль, і це є деякими психічними( ментальними ) утвореннями , що несумісні із догмою класичної психології поведінки. Поскільки кожна поведінка є цілеспрямованою. Схема “ стимул – реакція ” не пояснює його . Сказав “А”, Толмен був вимушений сказати “Б” і ввів для пояснення поведінковий набір спестережувальних факторів, котрі були названі проміжними проміжними змінними. Під цим він мав на увазі внутрішні “ментальні” процеси, котрі детермінували поведінку на рівні зі стимулами, опосередковуючі їх дію. Досліджуючи феномен латентного навчання, а також відтворення виробітки класичного находження щурами виходу в хрестоподібному лабіринті , Толмен прийшов до висновків , що організм запам’ятовує не комбінацію стимулів та реакцію , а формує внутрішню “когнітивну карту”. Її наявність дозволяє знаходити ціль різними шляхами , поза залежності того , де була початкова точка пошуку. Проміжні змінні не могли бути спостережуваними безпосередньо , вони “конструювались” дослідниками задля пояснення

поведінки , але могли бути змінені опосередкованим чином , через параметри поведінки і його динаміку у різних ситуаціях. Наївні уявлення психологів про науковий метод ( точніше природознавчому) були подолані.

Врешті решт, діяльність психолога – теоретика , який пояснює результат поведінкового експерименту залучення “проміжних змінних” , як і робота фізика, що пояснює результати фізичного експерименту. Той теж змушений вводити теоретичні конструкції , котрі не опосередковано незмірні в даний момент , але пояснює зміну досліджуваних характеристик об’єкта. Наївний позитивізм психологія згодом подолала , ніж теоретична фізика. Революція в природознавстві в 20-30х роках ХХ ст. виникнення квантової механіки і її “копенгагенської інтерпретації” (Нільс Бор і його учні) привело до вводу спостережувача в якості складової частини будь-якого фізичного експерименту і , як наслідок , відродило інтерес до свідомості і пізнання.

І все ж таки вирішальним вкладом у ревізію традиційного вивчення людського пізнання внесли представники нового напрямку психологічної мислі – когнітивні психологи, котрі використовували “комп’ютерну метафору” задля опису психіки людини.

Людина розглядалась психологами як система , що відражає просторово- часові і енергетичні характеристики реальності у суб’єктивній формі ( відчуття, образах сприйняття, уявлень. У середині ХХ ст. каталог загальнонаукових категорій поповнився поняттям “інформація” , причому за цим словом вже стало у повній мірі, математично зв’язаний зміст. Вирішальну роль зіграли роботи Шеннона , що запропонував знамениту формулу для оцінки міри інформації, що вміщає повідомлення. Теорія інформації як галузь прикладної математики створювалась, виходячи з практичних потреб: забезпечення робіт в області радіозв’язку, боротьба з шумами у системах зв’язок , конструювання систем прийому , шифровки і дешифровки повідомлень.



Так, з появою комп'ютера почали описуватися , котрий став першою технічною системою, що приймає, зберігає, переробляє і приймає і вирішує поставлені задачі. Саме механізм зворотнього зв'язку – прийом інформації про результати дії підсистемою “входу” , а також інформації про саму дію – і були використані психологами. В радянській психології вирішальну роль зіграли вплив ідей П.К. Анохіна і Н.А. Бернштейна , котрі в своїх роботах вказували на роль механізму зворотнього зв'язку у регуляції дій і рухів. В цілому психіка розглядалась в якості системи управління діями і діяльністю на основі відображення реальності , переробки продуктів відображення («інформації») і механізмів зворотного зв'язку. Звідси виникла розглядати психіку як систему послідовної переробки інформації , що складається з декількох окремих складових , дискретних складових («блоків») [29].

Структурно – блочний опис є в роботах Лурії , котрий виділяв у центральній нервовій системі три блоки : перший відповідає за планування і регуляцію діяльності , другий – за пізнання , третій – за активацію . Можливо умовно виділити три підходу до «блочного» опису психіки як системи переробки інформації .

Перший підхід - лінійний , найбільш традиційний , має положення , що психіка є системою блоків , яка послідовно приймає і переробляє інформацію притому, «продукт » попереднього рівня є «сировиною» для послідуєчого рівня.

Другий підхід робить положення включення в систему лінійно-послідовної переробки інформації надбудови – ланки управління. Комп'ютерний аналог цього блоку – управляючий процесор . Включення ланки управління зробило потребу розглядати когнітивні процеси та механізм формування альтернатив, прийняття рішень, прогнозування і планування рішень.

Третій підхід розглядає структурно – рівневу модель. Тут психіка розглядається як система структур , що склалась на різних етапах розвитку . Кожному послідуєчому етапу співвідноситься слідуєчий рівень, а рівню-

нова структура . Послідуєчий рівень регулює активність попереднього , попередній надає зміст для послідуєчого. Структура вищого рівня психічної регуляції інтегрує в собі структури низинних рівнів , чим забезпечує системну ( цілісну ) регуляцію поведінки. Я.А.Пономарьов узагальнив цю модель , висунув принцип « етапи- рівні – структури »

Так , йдучи далі неможливо не побачити як розвиток способів використання і бачення інформації як схематичної структури дали поштовх для розвитку бачення психічного життя в більш деталізованій і опосередкованій формі .

Тому слід зробити висновки , що взаємодія і взаємне збагачення двох основних напрямів у науці про людське пізнання «неопосередкованого»(екологічного) й «опосередкованого» (інформаційного) – необхідно і неминуче.

Полеміка прихильників ідеї єдності (ізоморфізму) механізмів пізнавальної активності з прихильниками корінної розрізненості «низьких» і «високих» пізнавальних процесів, «природних» і «культурно – обумовлених ». Прихильники першої точки зору гештальтпсихологи , когнітивістик , необіхевіорісти , прихильники другої – представники культурно- історичної психології ( Л.С.Виготський , М.Коул та ін.)

#### Когнітивна терапія фобій

Когнітивний підхід до фобій акцентує свою увагу опосередковуючу роль пат тернів мислення і ментальний образів , котрі дозволяють людині пристосуватися до зовнішніх і внутрішніх стимулів. Когнітивні процеси не розглядаються в якості причин тривоги або зникаючої поведінки , але представляє одну із детермінант – систему переробки інформації , дисфункція якої може бути результатом взаємодії вродженої біологічної вразливості і життєвої історії невдалого когнітивного навчання.

Умовно-рефлекторні моделі і когнітивні моделі фобій. Біхевіоральний принцип дозволяв успішно справлятися з фобіями за допомогою пролонгованого занурення у стресове середовище in vivo або в уявленні. Ця

терапія відома під різними найменнями; вона використовує у різних психотерапевтичних програмах. Раціонально обґрунтування поглиблення *in vivo* має на увазі звикання до психофізіологічних реакцій, пов'язаних зі страхом, і поступовим згасанням уникаючої поведінки. В такій повторюваній і пролонгованій конфронтації з фобічним стимулом тривога пацієнта згасає, зникають її негативні наслідки, в результаті пацієнт «розучується» проявляти фобічне уникання. Бергер і Макгауф критикували біхевіоральну терапію за акцентування периферійних реакцій і за використання понять павловської теорії і теорії оперантного навчання в якості пояснювальних принципів. Вони переформулювали теорії навчання, зробив акцент на центральних когнітивних процесах переробки інформації. Однак умовно – рефлекторними модель і когнітивні теорії не є взаємовиключними: вплив фобічних стимулів в уявленні або *in vivo* може активізувати латентні когнітивні схеми, що зберігаються в довготривалій пам'яті і виникають на основі попереднього досвіду. Їх активація може збільшувати емоційне збудження й активувати уникаючу поведінку [47].

Особистісні схеми загрози:

Уряді досліджень було припущено, що для людей, з генералізованою тривогою або панічними порушеннями з агарофобією характерні специфічні ідеаторні патерни. Основні теми тут – це страх фізичного захворювання, такої, як інфаркт міокарду, або боязнь безумства. Гвиндано і Ліотті звели переживання хворих агарофобією к трьом основним категоріям: втраті контролю, серйозній загрозі фізичного благополуччю і неспроможність оволодіти зовнішньою загрозою. Фантазування осіб, що страждають соціофобією, зазвичай зосереджені на страху можливої негативної оцінки зі сторони інших людей. Ці особи помилково інтерпретують події, фізичні відчуття, соціальну поведінку інших людей, в їх уяві розгортаються сцени відкидання і приниження. Така уява є наслідком алогізмів.

При фобіях виявлено чотири основних типи логічних помилок [39]:

1. Довільні висновки , котрі мають положення витягування висновків про катастрофічність ходу подій без яких небудь доказів смертності фізичних симптомів тривоги або потенційної небезпеки фобічного стимулу.
2. Зверхузагальнення – унікальний досвіт гострої тривоги переноситься на усі можливі ситуації .
3. Максималізація небезпеки і мінімізація безпеки.
4. Персоналізація (те що є віднесеністю до себе) кожної події , що нагадує особі про його вразливість і залежність про байдужість або агресивність навколишніх.

По даним Хибберта, у 50 % спостережуваних хворих на агарофобію з панічними розладами приступи починались з соматичних симптомів, відмінних від тривоги. Ці симптоми інтерпретувались як смертельна загроза. Негативні передбачення і самоздійснювані передбачення відносно невдачі і оволодіння з фобічною ситуацією є наслідком даної інтерпретації.

Основні критичні зауваження в адрес когнітивної моделі виходять від дослідників , котру думають , що афективні процеси первинні по відношенню до когнітивних. Зайонк в чисто теоретичній публікації висловив думку про те , що емоційно окрашені судження «при - когнітивні» по природі , невербальні автоматичні і мимовільні . У ході еволюції афекти могли передувати «холодним» і раціональним когнітивним процесам і подалі заставатися незалежними від них . Афекти і когнітивні процеси належать хоч і до взаємопов'язаних, але роздільним системам . Зайонк припустив , що зміни визвані8 когнітивно – біхевіоральною терапією , в меншій степені пояснюються когнітивною модифікацією, і в більшій степені пов'язані зі згасанням одних емоціональних реакцій і розвитку інших , позитивних, по відношенню до первинних страхітливих об'єктів. Якою б не була істина в теоретичних і експериментальних висловах на тему первинності афектів , з клінічної точки зору слід відмітити, що хоча

терапевтичні здвиги і опосередковані когнітивними втручаннями, вони не наступають зовсім, якщо не модифікуються емоції або афекти. Більш того, Бек і Емері стверджували, що емоції первино пов'язані з особистісним смислом буття, і, крім когнітивних втручань, використовували специфічні техніки, що призначені для модифікації емоцій при депресивних і тривожних порушеннях. Для підтвердження гіпотези про первинність схеми небезпеки при фобічних порушеннях потребують подальших фундаментальних досліджень [48].

Сигнал безпеки: онтогенез схеми небезпеки?

До класичної обумовлено - рефлексорної концепції страхів Грей додав поняття «сигналів безпеки». Одна з постійних тем хворих агорофобією – це страх потрапити у засідку в ситуаціях, де нема доступу до так званих «сигналів безпеки», що є виходом до лікарні, лікарю, значимому іншому, медикаментам. Вони бояться померти вдалі від дому у місці, переповненому байдужими або ворожими людьми. Вони намагаються контролювати оточення з ціллю отримати доступ до безопарного місця, котре і представляє собою такий сигнал безпеки. Цей страх в меншій мірі відображає запобігання небезпеки і в більшій – негайний пошук до ситуацій, що символізують безпеку для пацієнта. Кандел припустив, що проста тривожна антиципація, характерна фобічним пацієнтам, що запускається особливим сигналом, а саме фобічною ситуацією. Цей сигнал попереджує «Будь готовий! Небезпека!» І, навпаки відсутність такого сигналу означає безпеку. Коли індивід страждає генералізованою тривогою або фобічним порушенням, у нього відсутній сигнал, що переказує про безпеку або небезпеку. У випадку агорофобії з панічними порушеннями пацієнт, у якого немає внутрішнього сигналу безпеки, намагається отримати доступ до зовнішніх його джерелам, таким чином маніпулює і контролює своє середовище і оточуючих.

Ефективність «Я» позитивні очікування і терапевтичні виміри:

Інше пояснення когнітивної основи фобічної тривоги може бути знайдено в теорії ефективності «Я» Бандури. Бандура постулював гіпотетичний конструкт, «ефективність «Я», пояснюючий, як робляться зусилля по оволодінню з непереносними переживаннями, в частості, з фобічними ситуаціями. Поняття «ефективність я» представляє собою «інтегративну теоретичну рамку для пояснення прогнозування психологічних здви́гів, що досягаються різними видами терапії»

Збільшення впевненості у собі зменшує рівень тривоги, збільшує надію на успіх, посилює здібність тривало піддаватися стимулам. Однак Борковек відмітив, що хоча когнітивно-біхевіоральна терапія і збільшує впевненість у собі і підтримує зусилля пацієнта по оволодінню страхітливими ситуаціями, найбільш важливим агентом змін була модифікація уникаючої поведінки. Ефективність «Я» могла бути скоріш «потенціально важливим відображенням поведінкового здви́гу», чим медіатором змін. Методологічні проблеми пов'язані з теорією ефективності «Я», все ще не вирішені [47].

Інтернальність і екстернальність: хибні судження про причинність і когнітивні процеси при фобіях.

Хибні уявлення про безпеку, обумовлені когнітивним здви́гом, можуть бути описані в термінах викривлених умовиводів про причини і наслідки. Роттер в зрівняльному дослідженні здорових і хворих осіб показав важливість вірності чи помилковості причино-наслідкових суджень. Він виділив спеціальний психологічний параметр – локус контролю підкріплення який може сприйматися як розташований всередині або поза суб'єктом – інтернальний і екстернальний. Особи які і інтернальним локусом сприймають події як підконтрольне їм, в той час як «екстернальні» люди сприймають події як невіддільне їх контролю, події, що розгортаються залежно випадку, долі та інше. Параметром «інтернальність-екстернальність» можуть бути розраховані з допомогою спеціальної шкали. Емелькамп в експериментальній роботі показав, що

хворі панічними розладами приписували симптоми тривоги зовнішнім неконтрольованим факторам; наприклад, причини панічних розладів зв'язувались з натовпом в публічному місці, з раптовою серцевою хворобою або з гострим психотичним епізодом. Терапевтичні здвиги в локусі контролю були продемонстровані Адлером і Прайсом; хворі агарофобією з початковим екстернальним локусом в процесі біхевіоральної терапії стали більш «інтернальними».

#### Оцінка когнітивних процесів

Три теоретичних аспекту когнітивної моделі фобій до сих пір гостро потребують емпіричних підкріплень. По-перше, повинен бути експериментально встановлений факт продукування не адаптивних негативних думок в страхітливих ситуаціях. По-друге, повинна бути показана опосередкована роль таких когнітивних продуктів, що беруть участь у виникненні реакцій страху. По-третє, повинно бути продемонстроване значення когнітивних здвигів для клінічного результату.

«роздуми в голос», використовувані під час поведінкових спроб, магнітофонні записи «роздумів в голос» під час поглиблення *in vivo*. При замірах результатів технік, націлених на управління негативними когнітивними процесами хворих, виникли методологічні проблеми. Цей тип вимірів дуже важкий: у одних відмічається значні здвиги під час цих процедур, інші досліджувані опираються публічному виявленню своїх хворобливих думок або бояться критики, що утримує їх від обнародування роздумів. Таким чином, надійність вимірювання когнітивних процесів у хворих фобіями залишаються невирішеними [23].

#### Раціонально - емотивна терапія:

Елліс запропонував модель А-В-С для когнітивного втручання в систему ірраціональних переконань з ціллю вирішення самих різноманітних психологічних проблем. Ця модель використовувалась для лікування агарофобії в контрольованих дослідженнях. Звичайно таке лікування розбивається на 15 індивідуальних часових сеансів. Модель А-В-С

звичайно проводиться в дидактичній та переконуючій манері: «А» відноситься до активуючій події або переживанню, «В» - до ірраціональних уявлень особистості про активуючі події, «С»- до ірраціональних наслідків.

Психотерапевтична тактика. В випадку фобій система ірраціональних уявлень про небезпеку (В) в момент зіткнення хворого з натовпом людей в віддаленому місці від дому (А) приводить до ірраціональним наслідкам у виді приступів тривоги та уникненню поведінки (С). Пацієнти повинні аналізувати свої власні емоціональні проблеми в термінах А- В- С в словесній формі або в формі домашнього завдання( у спеціальних щоденниках). Особливе значення надається конфронтації с ірраціональними переконаннями , котрі втілює сам терапевт , і сократичному діалогу. Вибір конкретної техніки – сократичного діалогу або прямої конфронтації з уявленнями пацієнта – залежить від дару терапевта і його концепції людських відносин. Елліс підкреслював значення раціональних обговорення двох видів тривоги – тривоги дискомфорту і тривоги, пов'язаною з Его. Тривога дискомфорту – це емоційне напруження , породжуваний ірраціональним катастрофічним мисленням на тему благополуччя , виживання , необхідності уникати усіляких тривожних переживань . Тривога , пов'язана з Его , - це емоційне переживання , обумовлене думкою пацієнта у тому , що цінність його особистості знижена в силу наявності фобічних порушень. Пацієнт переконаний у тому , що повинен слідувати конформістському імперативу – бути в усьому бездоганним і усіма схвалюваним. Пацієнти пред'являють до себе вимогу зближуватися з страхітливими ситуаціями , якщо їм це не вдається , вони гадають себе нікчемними людьми. Кажучи іншими словами ,Елліс розрізняє фобічні когнітивні змісти, пов'язаних з тривогою (тривога дискомфорту) , і другорядні депресивні змісти, що є результатом неспроможності подолати страхітливий стимул (Его- тривога) [24].



### Когнітивна терапія Бека:

Загальні принципи. Когнітивна терапія фобій - це директивний і дидактична форма психотерапії, ціль котрої в модифікації помилкових базисних посилів відносно небезпеки . Короткострокова терапія складається з 15-20 одночасових сеансів, що проводяться два рази у неділю . В ході першого сеансу терапевт говорить про загальні принципи і допущення когнітивної терапії , підкреслюючи взаємодію між думками , емоціями і поведінкою. В ході перших 5-10 сеансів сокротичного діалогу і самоспостереження в реальних життєвих ситуаціях( з обов'язковою щоденною реєстрацією у щоденнику ) стимулює внутрішні монологи , судження про себе, дисфункціональні ідеї про небезпеку та уникаючу поведінку. Поступово знаходяться звязки між тривогою , уникненням , деякими повторення мимовільними і повторюваними думками . Після 10 сеансів за допомогою процедур, з заохоченням до роздумів , і сокротичного діалогу, як правило , стає можливим виявити логічні помилки. Крок за кроком виявляється і вербалізується більш глибока базисна схема пацієнта. Згодом поступово і тактично ця схема піддається сумнівам. Терапевт спростовує негативні очікування пацієнта за допомогою звіренню їх реальністю , для чого використовується поступове , довге та успішне занурення *in vivo* [1].

Терапевтичні тактики. Для конфронтації з катастрофічними очікуваннями пацієнта задається три основних питання:

А) Які дані “за” або “проти” такого відчуття?

Б)Які інші можливі погляди на ситуацію?

В)Якщо станеться саме погане - що це буде ? Які шляхи справитись цим?

Ці питання задає собі пацієнт і сам , поза сеансами, використовує спеціальні щоденникові форми, розповідає про написане з терапевтом. Постійно відстежуються зв'язки між когнітивними процесами, емоціями , психічними образами і поведінки. Терапевт притримується девізу “розділяй

і володарюй “ і фіксується на параметрах , найбільш доступних змінам. Згодом терапевт переміщає фокус зусиль на більш резистентні обічної тривоги. Бек і Емері, запропонували багато технік, адресованих емоціональним, когнітивним, образним, і поведінковим компонентам фобій. Поза оригінальних технік, розроблених групою Бека, використовуються техніки біхевіоральної терапії, мультимодальної біхевіоральної терапії, гештальттерапії , раціонально - емотивної і парадоксальної терапії. Слід відмітити, що домашні поглиблення в ситуації *in vivo* пацієнтам як найкращий спосіб перевірки ірраціональних переконань [1].

## РОЗДІЛ 2.

### ПСИХОЛОГІЧНЕ ПОНЯТТЯ ТРИВОГИ ТА ЙОГО МЕХАНІЗМИ

#### 2.1. Поняття тривоги в психології

Кожна сучасна людина , знає – як на своєму досвіді, так і з спостережень життя оточуючих, про те що тривога охоплює усі сторони життя.

З 1945 року, з моменту створення атомної бомби , проблема тривоги вийшла із підпілля. Люди усвідомили свою тривогу , яка пов'язана не тільки з ситуаціями загрози ( наприклад, з неконтрольованим використанням атомної зброї або з політичними і економічними катаклізмами), а також с менш явними , глибокими джерелами тривоги в нас самих. До останнього відносяться внутрішнє сум'яття, відчуження , втрата напрямку , невпевненість людини, що стикається з протиріччями цінностей або стандартів поведінки. Тому нема ні найменшого необхідності “доказувати” той очевидний факт, тривога зосереджена у всіх сферах життя [15].

З середини ХХ ст. зі слів Одена і Камю , почалась “явна тривога” І з цим феноменом вже неможливо не брати до уваги: тривога із прихованої стала явною, те що раніше приписували “настрою”, перетворилося у насущне питання, котре необхідно виявити й пояснити в що це б не стало.

“Тривога є найбільш яскравою особливістю західної цивілізації”, говорить соціальний психолог Р.Р. Вилобай . Він підкріплює своє ствердження статистичними даними з трьох сфер соціальної патології, котрі, на його думку, впливає тривога. Вилобай приводить статистику самогубств, функціональних психічних поршень і розлучень. “Створюється враження, що кількість психічних захворювань зростає, при тому , що

створені найкращі можливості задля їх лікування й діагностики.” Поступово проблема тривоги стала центральною проблемою теорії навчання, динамічної психології і особливо психоаналізу й інших шкіл психотерапії. Психологи вже давно зрозуміли - страх дитини і страхи дитини, особливо страх покарання перед батьками і вчителями , мають сильний вплив на навчання. Але лише недавно вчені звернули увагу на багато чисельні приховані форми тривоги, котрі пропитують процес навчання вдома і в школі. Психологи різних напрямів признають , що тривога має “фундаментальну властивість неврозу”. В наш час : в житті людини “нормальної”, і людини “ненормальної”- тривога відіграє помітне місце - навіть Фрейд казав - коли затверджував , що вирішення “загадки” тривоги “пролле потік світла на психічне життя людини” [21]. Тема тривоги є центральною в областях - в літературі , соціології , політиці й економіці , педагогіці , релігії і філософії. В історичному вимірі життя: культура має вплив на переживання тривоги, воно звучить так : тривога кожної людини обумовлена тим фактом , що людина живе в певній точці історичного розвитку своєї культури . Подібний підхід враховує історію походження тих факторів, котрі є приводами для тривоги сучасної людини. Ділтї , котрий назвав людину “с творінням спроможним утримувати час”, говорить про важливість історичного виміру життя. Якщо ми будемо враховувати людину в історії своєї культури . Лоренс К.Френк писав : “ Чуйні люди все більше починають розуміти , що наша культура хвора”. Історичний підхід це не просто колекціонування історичних факторів . Він представляє собою дещо більш складне - історична свідомість - усвідомлення історії , що втілена в установках і психологічних характеристиках людини , а також характеристиках людини в культурі. Самотність сучасної людини описується Фромом , і найбільш це наявно було продемонстровано на основі взаємозв’язку самотності зі зміною економіки суспільства, він вказує “ деякі фактори індустріальної системи , особливо монополістичної стадії її розвитку, породжує людину котрій властиво відчуття безсилля і самотності,

тревоги і невпевненості”. Очевидно, що відчуття самотності - двоюрідний брат тривоги. Якщо говорити точніше, почуття самотності, коли воно перевищує пороговий рівень, неминуче породжує тривогу [21]. Оскільки люди розвиваються у соціальному середовищі, проблема, котру досліджував Фром, складається з наступного: як людина, що отримала свободу, встановлює (чи може встановити) зв'язок з іншими людьми?

## **2.2. Види тривоги та її характеристики**

Тривога, занепокоєння, страх, паніка, жах - явища, які часто присутні в нашій психічному житті. Вони можуть бути різними за інтенсивністю, тривалістю, структурі від легкого короткочасного неспокою до паралізуючого жаху, складаючи різноманітну гаму переживань, які супроводжують найрізноманітніші життєві події: хвороби, конфлікти, неприємні і несподівані події. Емоція тривоги - одне з найбільш частих переживань людей в критичних ситуаціях і при надзвичайних впливах, яке може виконувати різні функції, як адаптивні, так і дезорганізують психічну діяльність. Так, легка ступінь тривоги - занепокоєння - визначається як чутливість до небезпеки: вона попереджає про загрозу, що насувається і мобілізує організм для її подолання [30]. В цьому випадку тривога пов'язана з прогностичними функціями психіки; певний рівень тривожності забезпечується прогностичну компетентність, або антиціпаційної спроможність, виконуючи таким чином адаптивну роль, мобілізуючи резервні можливості людини в скрутних життєвих обставинах. Інтенсивна ступінь тривоги - паніка, жах - надає на психофізіологічні функції людини дезорганізують вплив, блокуючи ефективне функціонування психічних функцій. Охоплений жахом людина втрачає здатність адекватно оцінювати події, що відбуваються, аналізувати отриману інформацію, конструювати

адекватну реальності модель навколишнього світу і приймати правильні рішення. В цьому випадку тривога оцінюється як деструктивне емоційно-негативний психічний стан, що вимагає корекції.

Тривожність - одне з найбільш частих явищ, які супроводжують клінічну симптоматику у хворих на нервово-психічні та психосоматичні розлади, а також різноманітні психологічні проблеми у здорових. Тривожно-депресивний синдром, що включає в себе переживання тривоги, поряд з астеничним синдромом - найчастіший вид емоційних порушень як в психіатричній клініці, так і в клініці внутрішніх хвороб [16].

З фізіологічної точки зору тривожність є реактивним станом. Вона викликає фізіологічні зміни в організмі, що готують організм до боротьби - відступу, втечі або опору, нападу, атаці. При тривожності збуджується серцево-судинна система (частішає ритм серцевих скорочень, підвищується артеріальний тиск), а діяльність травного тракту пригнічується (зменшується активність секреції і перистальтика). Кров з травного тракту перерозподіляється в м'язову систему. Таким чином організм готується до активної діяльності. Широкий спектр фізіологічних реакцій, які супроводжують стан тривоги, пояснює, чому на тлі тривалого стану тривоги формуються різноманітні психосоматичні розлади, зокрема, порушення з боку шлунково-кишкового тракту і серцево-судинної системи [30].

Теоретичні уявлення. У психологічній літературі співіснують два базових терміна, які в ряді випадків використовуються як синоніми, але частіше розлучаються в якості самостійних понять: тривога і тривожність. Розрізняють тривожність як властивість особистості, як відносно постійну, щодо незмінну протягом життя межу (особистісна тривожність) і тривогу як негативний емоційний стан, відносно тривалий, пов'язане зі зміною нервово-психічної діяльності (ситуативна тривога). При цьому визначення тривоги як стану є базовим, ключовим для визначення тривожності як властивості особистості: тривожність - це «схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення

реакції тривоги» (А.В. Петровський, М.Г. Ярошевський, 1998). На думку ряду авторів, які тривалий час існуючий стан тривоги може ставати властивістю особистості, переходячи в категорію тривожності [17].

Тривожність розглядається в якості одного з основних параметрів індивідуальних відмінностей. Як правило, вона підвищена при нервово-психічних і хронічних соматичних захворюваннях, а також у здорових людей, що переживають наслідки психічної травми, у осіб з поведінкою, що відхиляється. Тривожність в структурі інтегральної індивідуальності відноситься до рівня властивостей особистості і розуміється як очікування неблагополучного результату у відносно нейтральних, що не містять реальної загрози ситуаціях [23]. Особистісна тривожність - це відносно стійка індивідуальна характеристика людини, що дає уявлення про його схильності: а) сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливих його самооцінці, самоповазі і престижу; б) реагувати на ці ситуації проявом стану тривоги (Ч. Спілбергера, 1966; 1972; Ю.Л. Ханін, 1978). Особистість з вираженими рисами тривожності, - зазначає Ч.Д. Спілбергер, - схильна сприймати навколишній світ як містить в собі загрозу і небезпеку в значно більшому ступені, ніж особистість з низьким рівнем тривожності. На думку Л.М. Собчик (1990), показники тривожності достовірно пов'язані з мотивацією уникнення. Як суб'єктивне прояв неблагополуччя особистості, тривожність знаходиться в центрі уваги лікарів-психіатрів, психотерапевтів, клінічних психологів. Деякими авторами тривожність розглядається як складний конструкт, що включає в себе, поряд з традиційно визначаються тривогою і страхом, ще й невротизм, тобто зниження адаптивних можливостей і готовність до формування невротичних хворобливих розладів [2].

За ознакою переважання в структурі особистості тривожності виділяють особливий тип особистості - психастенический, або тривожно-недовірливий тип. Особистість з вираженими рисами тривожності схильна сприймати навколишній світ як містить в собі загрозу і небезпеку, а також

демонструвати в поведінці риси неврівноваженості, емоційної нестійкості. У осіб тривожного (психастенического) типу в дитинстві, як правило, виявляються деяка боязкість і полохливість, моторна незручність, схильність до раціоналізму і не за віком «інтелектуальні» інтереси. У підлітковому віці виявляються головні риси цього типу. Головними психологічними особливостями психастенических (тривожних) особистостей є нерішучість, невпевненість, схильність до сумнівів і коливань, тенденція до нескінченних міркувань, а також тривожна недовірливість у вигляді найрізноманітніших побоювань за майбутнє - своє і своїх близьких, любов до самоаналізу, самокопання і легкість виникнення нав'язливих побоювань, дій, ритуалів, уявлень, думок. Побоювання адресуються до можливого, навіть маловірогідного в майбутньому: як би не сталося чогось жахливого і непоправного з ними самими або з тими близькими, до яких вони виявляють надзвичайно сильну прихильність. Негарзди вже трапилися лякають їх набагато менше. Хлопчикам особливо властива постійна тривога за матір: як би вона не захворіла, не потрапила під транспорт і т.д. Психологічним захистом від постійної тривоги за майбутнє стають вигадані прикмети і ритуали: наприклад, виходячи з дому, переступати поріг тільки лівою ногою, на контрольні в школі надягати одну і ту ж «щасливу» сорочку. Іншою формою захисту є педантизм і формалізм, які харчуються думкою, що якщо все заздалегідь передбачити і не ухилятися від наміченого плану, то нічого поганого не трапиться [16].

Нерішучість особливо видно в довгих і болісних коливаннях психастенической особистості, коли треба зробити самостійний вибір. Однак уже прийняте рішення має бути негайно виконана, при цьому виявляється вражаюча для стороннього спостерігача нетерплячість - чекати і відкладати стає дуже важко. Реакція гіперкомпенсації щодо своєї нерішучості і невпевненості проявляється несподіваними самовпевненими і безапеляційними висловлюваннями, перебільшеною рішучістю і скороспішністю дій в моменти, коли якраз потрібні обачність і обережність.



Психастенические люди довго самі себе готують до якого-небудь заняття, нескінченно приміряються, пробують свої можливості, заспокоюючи себе тим, що ще тільки збираються щось дізнатися чи за будь-що взятися. У той час, як тривожно-недовірливий людина зайнята плануванням свого майбутнього, даний проходить повз нього, що є головною психологічною проблемою тривожних людей, які не вміють жити «тут і зараз» і отримувати задоволення від процесу життя.

Порушень поведінки (делинквентности, алкоголізму, наркоманії і токсикоманії) у психастенической особистості, як правило, не відзначається. Самооцінка, незважаючи на схильність до самоаналізу, а, може бути, саме внаслідок цієї схильності, далеко не завжди буває точною. Психастеник може знаходити у себе риси самих різних типів, абсолютно йому не властиві, наприклад, істеричні риси. У важких життєвих ситуаціях, що пред'являють підвищені вимоги до почуття відповідальності, у психастеника може сформуватися obsesивно-фобічний невроз (Личко А.Є.) [29].

Різко підсилює психастенические риси певний стиль виховання в батьківській родині - виховання по типу підвищеної моральної відповідальності, коли дорослі перекладають на дитячі плечі догляд і нагляд за малюками і безпорадними членами сім'ї. «Підвищена моральна відповідальність» може бути також пов'язана з дуже великою надією батьків на видатні успіхи їхньої дитини в навчанні, спорті, заняттях малюванням і музикою, оволодінні фехтуванням або засвоєнні англійської мови. Статусні батьки, самі домоглися успіху в житті, несвідомо очікують, що їх дитина також буде проявляти свої здібності і таланти. Схильний до психастенії дитина чуйно вловлює високі батьківські очікування і страшисться їх не виправдати, щоб не втратити всієї повноти батьківської любові. Внаслідок цього у тривожних дітей формується мотивація уникнення невдач з очікуванням негативних подій; вони поведуться відповідно до своїх очікувань, провокуючи якраз ті ситуації, яких

побоюються. Негативні події підкріплюють установки на несприятливий розвиток подій, що підсилює тривожність, приводячи в кінцевому рахунку до формування психастеничної особистісної структури [29].

Слід зазначити також, що наявність психастеничних рис особистості погіршує прогноз будь-якого захворювання. Тривожний пацієнт постійно очікує усіляких неприємностей, на її думку, можливі ускладнення, загострення захворювання; він не вірить в правильність діагностики і призначеного лікарем лікування, сумнівається в компетентності медичного персоналу. Внаслідок цього психастеничний хворий швидко перетворюється в «важкого хворого»: він постійно задає деталізують питання, вимагає пояснень по самому незначному приводу, вникає в кожную дрібницю, прагне все контролювати, регламентувати, розписуючи по хвилину кожен крок в лікувально-діагностичному процесі [30]. Незважаючи на все це такий пацієнт продовжує сумніватися в лікуванні і в лікуючим лікаря, займається самолікуванням, звертається за допомогою до представників нетрадиційної медицини, до інших фахівців, довільно виконує зроблені призначення, вибірково приймає ліки.

У критичних життєвих ситуаціях, психастеничні особистості можуть реагувати по-різному. З одного боку, в кризі тривожно-недовірливий людина може декомпенсована, демонструючи невротичні реакції гальмівного типу. З іншого боку, у разі крайньої потреби психастеник може проявити реакцію гіперкомпенсації з перебільшеною рішучістю, сміливістю, підприємливістю, винахідливістю. Актуалізуються захисні компенсаторні резервні можливості психіки, в поведінці виявляється активність і здатність до конструктивного розв'язання критичних подій.

Вивченню стану тривоги традиційно приділяється значна увага як зарубіжними (Davidson et al., 1965, Spielberger, 1972), так і вітчизняними дослідниками (Т. Немчин, 1966; 1983; Н.В. Тарабрина, 1971; Ю.Л. Ханін , 1978 і ін.). У більшості випадків термін «тривога» у різних авторів спирається на визначення Ч.Спілбергера і використовується для опису

неприємного за своєю забарвленні емоційного стану, що характеризується суб'єктивними відчуттями занепокоєння, похмурих передчуттів, а з фізіологічної боку - активацією автономної нервової системи. Це стан, на думку автора, виникає в ситуації невизначеної небезпеки, загрози і містить в собі очікування негативної оцінки, сприйняття негативного до себе ставлення або загрози своєму самоповазі. У МКБ-10 розлади, пов'язані з тривогою, розглядаються в рубриці «Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади». У структурі тривожних розладів (F 40, F 41) особливо підкреслюється симптом вегетативної гіперактивності (М.А. Берєбін, 1997) [20].

У вітчизняній літературі тривога найбільш часто визначається як негативний емоційний стан, спрямоване в майбутнє і виникає в ситуаціях невизначеності і очікування з дефіцитом інформації і непрогнозованим результатом, яке проявляється в «очікуванні неблагополучного розвитку подій» (А.В. Петровський, М.Г. Ярошевський, 1998). Прогнозування небезпеки в переживанні тривоги носить імовірнісний характер. «У людини тривога зазвичай пов'язана з очікуванням невдач в соціальній взаємодії і часто буває обумовлена. Неосознаваність джерела небезпеки» (А.В. Петровський, М.Г. Ярошевський, 1998). Аналогічним чином визначення стану тривоги даються і іншими вітчизняними дослідниками: «тривога - стійкий психічний стан, що характеризується оборотністю при нормалізації соматичного стану та соціальних умов і визначається як стійкий стан невизначеною загрози, характер і спрямованість якої невідомі» (Є. Соколов, Е.В. Белова, 1983). Стан тривоги полегшує формування цілого ряду інших негативних емоцій і забезпечує, на думку авторів, яскравий прояв цих негативних емоцій, їх значну інтенсивність у відповідь на незначні емоціогенні подразники. Тривога як «суб'єктивне почуття побоювання і небезпеку, що насувається» зазвичай негативно забарвлена, вона спрямована в майбутнє, на протипагу таким емоціям, як співчуття і почуття провини (Ендрю Р. Хорнблоу, 1983) [20].

Центральний елемент тривоги являє собою відчуття загрози. «Стан тривоги виникає, коли індивід сприймає певний подразник або ситуацію як несуть у собі актуально чи потенційно елементи небезпеки, загрози, шкоди» (Ч. Спілбергера, 1983). Тривога - «відчуття невизначеною загрози, характер і час виникнення якої не піддаються передбачення», «почуття дифузійного побоювання і тривожного очікування» (Poldinger, 1970), «невизначене занепокоєння» (Kerinski, 1977), «являє собою результат виникнення або очікування фрустрації і найбільш інтимний (і облігатний) механізм психічного стресу» (Ф.Б.Березін, 1988) [20]. Як нормативне явище тривога визначається як чутливість до небезпеки, що виникає в потенційно небезпечних ситуаціях і виконує в цій своїй якості адаптивну функцію.

Відповідно до сучасних уявлень, стан тривоги - явище не тільки емоційний; воно включає в себе також когнітивні і мотиваційні складові, що формують ті чи інші форми поведінки. Вводиться поняття «когнітивної моделі тривоги», в яку входять, крім емоційних переживань, певні когнітивні установки, очікування, уявлення про світ. У людини тривога зазвичай пов'язана з очікуванням невдач в соціальній взаємодії і часто буває обумовлена неосознані джерела небезпеки. Очікування невдач, як правило, формує поведінку пасивно-оборонного, уникає типу.

Як емоція, спрямована в майбутнє, функціонально тривога не тільки попереджає суб'єкта про можливу небезпеку, а й спонукає до пошуку і конкретизації цієї небезпеки, до активного дослідження навколишньої дійсності з установкою на виявлення загрозливого об'єкта. В цьому випадку переживання тривоги реалізується в поведінці занепокоєнням, метушливістю.

Інтенсивна тривога характеризує стану невротичного рівня. Звичайним для пацієнтів з тривожним неврозом є страх втрати контролю, що веде до появи почуттів приниженості, збентеження, печалі. Часто зустрічаються страхи: втрати контролю над власним організмом, як при страху захворіти; втрати здатності функціонувати; неможливості досягти

важливих цілей; завдати шкоди оточуючим (Beck, 1976, p. 141-142). Ці страхи є цілком обґрунтованими самому пацієнту, думки якого обертаються навколо теми небезпеки і який не здатний тверезо (об'єктивно) оцінити лякаючі думки. Генералізація викликають тривогу стимулів призводить до того, що практично будь-який стимул або ситуація можуть сприйматися як загрозові. Увага пацієнта прикута до концепції небезпеки і супроводжуваним її стимулам. Небезпека при цьому сильно перебільшується, спостерігається тенденція сприймати події як катастрофічні, уявні небезпеки прирівнюються до реальних (Паттерсон С., Уоткінс Е., 2003) [20].

У мисленні тривожного пацієнта, таким чином, домінують теми небезпеки, тобто він передбачає події, які виявляться згубними для нього, для його родини, для його майна і для інших цінностей.

Сприйняття небезпеки тривожним пацієнтом засноване на помилкових припущеннях або воно надмірно, в той час як нормальна реакція заснована на більш точній оцінці ризику і розмірів небезпеки. Крім того, нормальні індивіди можуть контролювати своє неправильне сприйняття, використовуючи логіку і очевидність. Тривожні індивіди відчують труднощі в розпізнаванні сигналів безпеки та інших свідчень, які зменшують загрозу небезпеки. Таким чином, в разі тривоги когнітивне зміст обертається навколо теми небезпеки і індивід схильний перебільшувати ймовірність шкоди і зменшувати свою здатність до совладання (А.А. Александров, 1997) [28].

Тривогу диференціюють з переживанням страху. Поняття тривоги і страху розглядаються як самостійні явища. На відміну від страху як реакції на конкретну загрозу тривога являє собою генералізований, дифузний або безпредметний страх. З іншого боку, страх визначається як опредмечена тривога. Тривога і страх відзначають собою також і події несподівані: «раптова поява несподіваного викликає страх» (А. Кемпінські, 1998). Розмежування тривоги і страху традиційно базується на критерії, введеному

в психіатрію К. Ясперсом (1948), відповідно до якого тривога відчувається поза зв'язком з яким би то не було стимулом («вільно плаваюча тривога»), в той час як страх співвідноситься з певним стимулом і об'єктом («опредмеченная», конкретизована тривога).

Страх - реакція на загрозу. Якщо ми стоїмо перед прямою загрозою, то ми можемо або зустріти її активно, або рятуватися втечею. Іноді нас охоплює почуття страху, не до кінця зрозумілі відчуття жахливого, почуття насувається страху. Таким чином може розвиватися фобія, тобто страх в абсолютно певній ситуації, наприклад, клаустрофобія (страх обмежених просторів) або агорафобія (страх відкритого простору). Фобії визначаються як нав'язливі неадекватні переживання страхів конкретного змісту, що охоплюють суб'єкта в певній (фобічні) обстановці і супроводжуються вегетативними дисфункціями (серцебиття, рясний піт і т.д.) (А.В. Петровський, М.Г. Ярошевський, 1998). У стані страху проявляються соматичні симптоми: почастішання пульсу, задишка, потовиділення, напади слабкості, тремтіння [20].

При невротичних фобіях хворі, як правило, усвідомлюють необгрунтованість своїх страхів, ставляться до них як до болючим і суб'єктивно болісним переживань, які вони не в силах контролювати. Фобії мають певні поведінкові прояви, мета яких - уникнення предмета фобії або зменшення страху за допомогою нав'язливих ритуалізованих дій. Невротичні фобії, в яких невротик несвідомо «ховається» від нерозв'язного для нього конфлікту, виникають зазвичай у людей з образним мисленням і в той же час з відомою часткою душевної інертності, а також вегетативної нестійкістю.

Існують різноманітні класифікації видів страху. Найчастіше страхи ділять виходячи з того, чого саме боїться людина. Ця класифікація за фабулою страху. Б.Д. Карвасарський розрізняє 8 основних фабул страхів. До першої відноситься боязнь простору, що проявляється в різних формах. З цього ряду найбільш відома клаустрофобія - боязнь замкнутого простору.

Вона нерідко виникає у шахтарів після обвалів, у підводників після аварій, вона може виникнути і в повсякденному житті, наприклад, якщо людина виявиться надовго замкненим в кабіні застряглою між поверхами ліфта. Однак буває і протилежне явище - деякі люди панічно бояться відкритих просторів. У важкій формі таке захворювання - агорафобія - може призводити до того, що людина буде цілий день сидіти вдома і вважатиме за краще голодувати, ніж перейти широку площу, щоб купити собі їжі. До цієї ж групи відносять страх глибини і страх висоти. Прихованим, тривалим страхом перед водою страждав, наприклад, радянський письменник М. Зощенко [30].

До другої групи фобій за класифікацією Карвасарського відносяться так звані соціфобії, пов'язані з громадським життям. Вони включають в себе страх почервоніти в присутності людей, страх публічних виступів, страх через неможливість здійснити будь-яку дію в присутності сторонніх (наприклад, вийти з-за столу в туалет) і багато інших. Наприклад, як стверджує легенда, знаменитий датський астроном 16 століття Тихо Браге помер від запалення сечового міхура, тому що не вийшов вовремя в туалет під час бенкету. До соціофобія можна віднести і страх багатьох молодих людей познайомитися з сподобалася дівчиною.

До третьої групи за класифікацією Карвасарського відносяться нозофобії - страхи захворіти будь-яким захворюванням. Цей вид нав'язливого страху в тій чи іншій мірі завжди присутня в суспільстві, але особливо загострюється і набуває масового характеру за часів епідемій. Французький історик Жан Делюмо в одній зі своїх книг наводить уривок із старовинної хроніки, в якій мова йде про вкрай вираженою нозофобією, що охопила населення Франції під час епідемії чуми в 17 столітті: «Люди, незалежно від положення і багатства, перебувають під смертельною загрозою. Страждають всі - одні від хвороби, інші від страху, смерть або небезпека підстерігають людей на кожному кроці. Вчора ти рив могилу;

сьогодні тобі риють могилу, а, може статися, поховають нас всіх разом в одній могилі ».

До четвертої групи нав'язливих страхів, по Карвасарського, відноситься танатофобія - страх смерті, до п'ятої - різні сексуальні страхи, до шостої - страхи нанести шкоду собі або близьким, до сьомої - «контрастні» фобії (наприклад, страх голосно вимовити нецензурні слова в суспільстві у вихованого людини або страх зробити щось непристойне у священника під час богослужіння). І, нарешті, восьма група страхів - це фобофобія, або, інакше кажучи, страх перед самим страхом, страх злякатися чого-небудь.

Каплан і Седок пропонують ділити все страхи на конструктивні - представляють собою природний захисний механізм, що допомагає краще пристосуватися до екстремальної ситуації, і патологічні, є неадекватною відповіддю на що впливають стимули за своєю інтенсивністю або тривалості. Патологічні страхи, на думку авторів, можуть призводити до ситуації психічної хвороби.

Страх і тривога змінюють протягом пізнавальних психічних процесів. Під впливом інтенсивних переживань тривоги, паніки, страху спостерігається дезорганізація інтелектуально-мнестичної діяльності. Цей феномен, що позначається як «афективна завантаженість», характеризує, зокрема, особливості пізнавальної діяльності хворих прикордонними нервово-психічні розлади, пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями. У хворих невротиками при тестуванні може спостерігатися зниження інтелектуального коефіцієнта, обумовлена не інтелектуальною недостатністю, а, скоріше, емоційної завантаженістю: переживанням проблем, конфліктних взаємин, різноманітних життєвих складнощів.

Як емоція, спрямована в майбутнє, функціонально тривога не тільки попереджає суб'єкта про можливу небезпеку, а й спонукає до пошуку і конкретизації цієї небезпеки, до активного дослідження навколишньої дійсності з установкою на виявлення загрозового об'єкта. У цьому сенсі тривогу можна розглядати як чутливість до небезпеки. Так, на думку Ф.Б.



Березина (1988), тривога «є не стільки форму психічної адаптації, скільки сигнал, який свідчить про її порушення і активує адаптивні механізми». Таким чином, на думку автора, тривога може мати охоронну і мотиваційну роль, яку можна порівняти з сигнальною функцією болю: «з виникненням тривоги пов'язують посилення поведінкової активності, зміна характеру поведінки або включення механізмів інтрапсихической адаптації; причому зменшення інтенсивності тривоги сприймається як свідчення достатності та адекватності реалізованих форм поведінки, як відновлення раніше порушеною адаптації» [30].

Тривога розвивається за певними закономірностями, описуваних за Ф.Б. Березину (1988) динамічним поруч станів (тривожний ряд) в порядку наростання тяжкості, вираженості, інтенсивності стану: відчуття внутрішньої напруженості - гіперестезические реакції - власне тривога - страх - відчуття невідворотності насування катастрофи - тривожно-боязке порушення. Нейрофізіологічна основа тривожних емоційних станів полягає в надлишковій активації неспецифічної ретикуло-гіппокампального системи. Пов'язані з тривогою іпохондрические прояви (гіперестезические реакції) розглядаються як розлад сприйняття і когнітивних процесів, що приводить до посилення і неадекватною інтерпретації соматичних відчуттів (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, 1999).

Під впливом тривоги може спостерігатися не тільки підвищення або зниження чутливості, але також і порушення перцептивної діяльності. При незначно вираженій тривозі більш характерним є підвищення концентрації уваги з ростом ефективності аналітико-синтетичної діяльності мислення (ефект мобілізації), при інтенсивній тривозі - паніці, жаху - зниження концентрації уваги, порушення оперативної пам'яті, зниження рівня аналітико-синтетичної діяльності (ефект дезорганізації). Порушення продуктивності мислення можуть супроводжуватися розгубленістю, зниженням вольової діяльності.

Виникнення стану тривоги є «пусковим моментом» для розвитку процесу щодо її подолання або трансформації. Відбувається пошук виходу з небезпечної ситуації, підбір найбільш оптимального варіанту поведінки, активація екстраполяційних механізмів (інформаційний пошук), максимальна активізація енергетичних процесів і вегетативних механізмів забезпечення активності. Весь цей комплекс і є початковою фазою розвитку емоційно-стресової реакції - гострий емоційний або психологічний стрес (Л.А. Китаєв-Смик, 1983; Дж.С. Еверлі, Р. Розенфельд, 1985). Тривале або гостре переживання тривоги лежить в основі ряду психопатологічних явищ. На думку Ю.А. Олександрівського (1992), невроз формується шляхом динамічного взаємодії актуальною «грунту» і тривожного напруги, в той час як пролонгування ні суб'єктивно, ні об'єктивно не можливо розв'язати психогенної ситуації, що входить в протиріччя з устремліннями і бажаннями індивіда, може формувати аномальний розвиток особистості (Б. В. Зейгарник, Б.С. Братусь, 1992).

Таким чином, тривогу можна розглядати, з одного боку, як нормативне явище, що забезпечує адаптацію, і, з іншого боку, в якості одного з основних чинників психічної дезадаптації. Власне тривога при цьому розцінюється або як основне доданок психопатологічної симптоматики, або як базис, на якому формується психічна дезадаптація. В останньому випадку ймовірність виникнення минулих або стійких порушень адаптації зростає в міру збільшення інтенсивності тривоги (Ф.Б. Березін, 1988). В якості одного з компонентів емоційно-негативних психічних станів тривожність включається в структуру астенічних, депресивних, іпохондричних та інших розладів. З іншого боку, на основі тривожності як властивості особистості можуть формуватися такі її соціально-психологічні властивості, як сором'язливість, що розуміється як чутливість до соціальних впливів, або віктимна, тобто готовність бути об'єктом критики або фізичного нападу. Тривожність є одним з

фундаментальних властивостей, що модифікують структурно-функціональну організацію особистості як здорових, так і хворих [21].

Психологічна корекція тривоги. Кожна людина відчуває стан тривоги, але далеко не завжди воно є приводом для звернення за консультацією до психолога або до психотерапевта. У більшості випадків переживання тривоги, що супроводжує стресову життєву ситуацію, проходить по минув стресу. Вирішення конфлікту нівелює суб'єктивно-неприємні переживання тривожного ряду. Однак в ряді випадків дозвіл екстремальної ситуації не призводить до зниження тривоги; навпаки, може відбуватися подальший розвиток тривожної реакції з генералізацією цього переживання в інші сфери життя та міжособистісних відносин. Тривога захоплює всю людину і стає постійним супутником життя.

У психологічному консультуванні ми стикаємося з клієнтами, для яких тривога являє болісне неминуще стан, фарбувальний найрізноманітніші психічні процеси і стани переживанням загрози. Це хронічне тривожний стан супроводжується в більшості випадків неприємними фізичними відчуттями, частіше за все з боку серцево-судинної системи. Переживання безпредметною недиференційованої тривоги супроводжує відчуття прискореного серцебиття, перебої в області серця, неприємних больових відчуттів, почуття нестачі повітря, задишки і т.д. Неприємні соматичні відчуття ще більше підсилюють переживання тривоги, до якої додається страх перед наступом соматичним захворюванням. По механізму замкнутого кола соматичні та психічні еквіваленти тривоги супроводжують один одного, підсилюють один одного, формуючи психічний стан, дезадаптуючімі пацієнта: він відчуває себе нездатним справлятися з повсякденними життєвими ситуаціями, вирішувати проблеми на роботі і в побуті. Відчуття неспроможності і неможливості впоратися з вимогами життя в кінці кінців призводить його на консультацію до психолога.

Психологічна робота з клієнтом, який звернувся з приводу тривоги, включає в себе безліч аспектів. По-перше, стан тривоги «обростає» додатковими емоційними переживаннями і психічними станами. Найбільш часто емоція тривоги «підключає», залучає до процесу саморозвитку афекту депресивні переживання. Формується єдиний тривожно-депресивний синдром, в якому буває важко визначити домінуючу роль тривоги. Також часто тривожний стан залучає в структуру формує складного мультимодального психічного стану астенічні компоненти, пов'язані з хронічним психічним перенапруженням, з хронічними емоційними перевантаженнями внаслідок тривалого виснажливого впливу тривоги [36].

Тривога може ховатися і за іншими емоційними переживаннями. Дратівливість, агресивність, ворожість можуть виступати в якості реакцій на викликають тривогу ситуації. Інші клієнти в подібних ситуаціях, навпаки, стають стриманішими, емоційно холодними, скутими, загальмованими, мовчазними. Багатомовність, балакучість, логоррея також може бути способом маскуванню тривожності. Безперервне говоріння - це своєрідна форма самозахисту, за якої важливо вловити викликають її почуття клієнта [48].

По-друге, досить часто тривога виражається в маніфестації соматичних симптомів. На перший план в суб'єктивному сприйнятті клієнтом свого стану можуть виступати підйоми артеріального тиску, прискорене серцебиття, раптова слабкість, запаморочення, головний біль, що супроводжуються тривогою. Більшість клієнтів пов'язують ці напади зі специфічними ситуаціями, що мають певне психологічне значення для клієнта і провокують тривожність. Наприклад, клієнт може скаржитися на те, що в присутності дружини у нього болить голова. Соматичні симптоми не обов'язково виникають внаслідок тривожності - часто вони просто заміщають тривожність.

У ряді випадків тривога маскується певними нав'язливими діями - покусуванням губ, почісуваннями, крутінням гудзиків. Весь спектр

нав'язливих дій - від стукання пальцями по столу, нав'язливого моргання очима до переїдання, надмірне куріння, нав'язливою потреби купувати часто непотрібні речі - може виражати собою тривогу внаслідок конфліктної життєвої ситуації.

Клієнту дуже важливо виговоритися і висловити словами свою тривожність, тому що в стані тривоги пацієнт практично мало сприймає інформацію або сприймає її дуже спотворено, що реально ускладнює для консультанта встановлення психологічного контакту. Обговорювання неспокійних переживань клієнта частково сприяє звільненню клієнта від надмірної «афективної завантаженості», знижуючи рівень психічної напруженості - психічного елемента, що супроводжує надмірно інтенсивну або надмірно тривалу тривогу. Дезорганізують вплив тривоги зменшується [37].

З тривожним клієнтом в ході психологічної корекції потрібно обговорювати його стан. При взаємодії з тривожним пацієнтів в ситуації психологічного консультування важливо, маючи на увазі його постійне «забігання вперед» з тенденцією жити майбутнім, фіксувати сьогодні, підбиваючи підсумки, узагальнюючи все сказане клієнтом за певний проміжок часу. Такі узагальнені висловлювання, що фіксують основні висловлені ідеї та основні відображені в мові переживання, допомагають клієнту усвідомлювати свої поточні переживання, повертаючи його в реальність. Періодичне підведення підсумків і відображення емоцій клієнта допомагають йому бути свідомі того, що відбувається, краще розуміти власні почуття. Фіксація на теперішньому часі, повернення в реальність одночасно знижують рівень тривоги клієнта, нівелюють інтенсивність тривожно-депресивних переживань [30].

Повернення в даний час може забезпечуватися також питанням: «Що зараз відбувається?», Який консультант може вставляти час від часу в швидко і плутану мову тривожного клієнта. Описуючи справжні думки і переживання, клієнт фіксується на поточний момент. Усвідомленням

справжнього дозволяє нівелювати основний елемент переживань тривоги - відчуття загрози. Оскільки даний не містить в собі ніяких загрозливих елементів, постійне утримання реальності вирівнює фон настрою, що дозволяє більш точно і адекватно формулювати проблеми пацієнта.

У більшості випадків, описуючи справжні переживання, клієнт здатний вербалізувати свою тривогу у вигляді недиференційованих дифузних відчуттів «стиснення», «тиску» в області грудей, «грудки в горлі», «тяжкості в голові» і т.д. В цьому випадку можна попросити клієнта зосередитися на неприємних відчуттях, докладніше розповісти про них, «побути з ними». Іноді важливо дати клієнту можливість пережити його тривогу, усвідомити її суб'єктивний зміст, відчути пов'язані з нею відчуття. Коли клієнт в повній мірі усвідомлює переживання тривоги, відчує її, то можна дати йому можливість висловити цю тривогу в малюнку, в якомусь дії. Вербалізація і символічне вираження тривоги дає клієнту відчуття контролю над нею, що полегшує його стан [21].

«Дистанціювання» з власними почуттями в процесі психологічної корекції дозволяє клієнту усвідомити, що його тривога - тільки лише стан, яке супроводжує його в даний момент життя, але не захоплює його особистість цілком, що тривога - це не він сам, а тільки лише своєрідна декорація, на тлі якої протікає його психічна діяльність. Декорацію ж завжди можна поміняти, наприклад, змодельовавши, зокрема, стан «високої радості», яке, як правило, поглинає тривогу [30]. Таким чином, консультування тривожних пацієнтів включає, як правило, не тільки роботу з психологічної проблематикою клієнта, але на перших етапах і опрацювання його стану тривоги з встановленням дистанції щодо тривоги і оволодінням тривогою як тимчасовим супутником психічного життя клієнта.

Оволодіння клієнтом своєї тривогою сприяє також інформація про те, що таке тривога, розуміння позитивних сторін емоції тривоги, її організуючою і попереджає про небезпеку психічної функції. Можна дати

клієнту зрозуміти, що легка ступінь тривоги буває навіть необхідна для більш ефективного виконання діяльності, для більш повної мобілізації всіх психічних ресурсів людини. Не варто боятися тривоги; краще використовувати її у власних цілях - в цілях більш точного прогнозування розвитку подій і психологічної підготовки до них. Консультант повинен допомогти клієнту конструктивно скористатися власною тривогою, витягти з неї найбільшу вигоду.

Тривога - це емоція, яка легко передається від людини до людини в ситуації міжособистісної взаємодії. Тривога клієнта легко передається консультанту. При цьому важливо пам'ятати про природну схильність всіх людей реагувати емоційно на сполох партнера по спілкуванню в тій же модальності, тобто - тривогою. Для того, щоб не «заразитися» тривогою клієнта, а також для того, щоб знизити його рівень тривоги, консультант повинен вміти не реагувати на тривогу клієнта в тій же модальності, щоб не підкріплювати і не посилювати її. У процесі психологічної корекції важливо збереження консультантом емоційно-нейтрального стилю консультування пацієнтів з вираженою тривожністю. Без підкріплення в емоційному відображенні консультантом, клієнт починає відчувати, що рівень тривоги знижується. Подібний психологічний прийом - збереження емоційного нейтралітету з непідкріплені психічного стану клієнта - називається в психотерапії і психологічної корекції «корективний емоційний досвід» [30]. Використання цього прийому буває необхідним при консультуванні клієнтів, які перебувають в інтенсивних емоційних станах тривожного типу.

## ВИСНОВКИ

Психотерапія (від грец. психа - душа, терапія - лікування) є наука і мистецтво надання компетентної планомірної структурованої допомоги людині (пацієнтові, клієнту) за допомогою душевних (психічних: інтелектуальних, емоційних і поведінкових) ресурсів іншої людини (підготовленого фахівця - психотерапевта). Психотерапія є наукою, тому що спирається на ту чи іншу теоретичну платформу, здійснюється відповідно до визначених законами та доступна для передбачення і об'єктивної оцінки ефективності результатів. З іншого боку, доречно розуміти психотерапевтичне взаємодія як мистецтво, тому що кожна людина, в міру свого бажання і своєї обдарованості, може душевно підтримувати іншого, роблячи це дієво і красиво.

Орієнтація психотерапевтичного процесу на особистісні зміни - цей аспект особистісного підходу в психотерапії і відображає спрямованість психотерапевтичної системи на досягнення особистісних змін, а не тільки на редукцію симптоматики. Такі психотерапевтичні школи часто називають особистісно-орієнтованими. В особистісно-орієнтованій психотерапії найбільш наочно реалізується особистісний підхід, а її численні методи і прийоми базуються на різних теоріях і концепціях особистості.

Мета екзистенціальної терапії - допомогти людині, здоровому і хворому, зрозуміти своє життя і свої способи її проживати, що криються в ній парадокси і дилеми, знайти осмислені шляхи створення майбутнього.

Для екзистенціальної терапії характерні два найважливіші моменти. По-перше, розуміння людини як буття-в-світі або як безперервного процесу життя. Особливо акцентується зв'язаність людини з різними контекстами свого життя (з миром). Сама психотерапія спрямована не стільки на зміну особистості, але в більшій мірі на більш глибоке і широкое розуміння свого життя.



По-друге, екзистенційна терапія намагається зрозуміти життя людини через аналіз його взаємодії з універсальними екзистенційними умовами («екзистенційними даностями»), серед яких найважливішими є «вкинути» в світ, буття-з-іншими, кінцівку життя, свобода, її межі та відповідальність за неї, тривога і напруга, час як даний, що включає минуле і майбутнє, сенс і безглузда.

Екзистенціальна терапія спирається на екзистенціальну і феноменологічну філософію, яка є основою системи екзистенціальних установок терапевта.

Екзистенціальна терапія не є альтернативою іншим підходам, вона їх доповнює і розширює, звертаючись до ресурсів свідомості людини. В ході роботи терапевт прагне м'яко, але послідовно пред'явити клієнтові глибинні, справжні проблеми його життя. В результаті відбувається свого роду «пробудження» - людина починає ясніше усвідомлювати себе, своє місце і бере на себе відповідальність за своє життя.

Конкретних показань до екзистенціальної терапії немає. Вона починає працювати, коли людина від рішення проблем переходить до питань про своє життя в цілому - про її сенсі, структурі, спрямованості. У процесі самоаналізу, дослідження власного способу буття в світі можуть бути (опосередковано) вирішені і більш вузькі проблеми, серед яких фобії, особистісні розлади і різні психосоматичні порушення.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) допомагає людям виявляти і змінювати неефективні звички, пов'язані з мисленням, поведінкою, стосунками з іншими, і замінити їх на більш корисні. КПТ добре працює при лікуванні тривоги і депресії, наприклад, допомагає розпізнавати і відслідковувати негативні думки і шаблони поведінки, які посилюють депресивний стан, і відмовлятися від них.

Когнітивна терапія - одна з небагатьох форм психотерапії, яка була визнана ефективною в сотнях клінічних випробувань для самих різних видів розладів.

КПТ, на відміну від інших форм психотерапії, більш конкретна, орієнтована не на минулі травми, а на поточні проблеми та способи їх вирішення. Пацієнт відпрацьовує нові навички в реальних ситуаціях, з якими стикається прямо зараз.

Навички, яким пацієнт навчається на сеансах, він може згодом використовувати самостійно, щоб стан не повторювалося.

КПТ - метод більш швидкий, ніж інші. Іноді буває досить 6-8 зустрічей, щоб стан змінилося на краще.

Вона заснована на когнітивної моделі, яка полягає в тому, що на наші емоції впливає не тільки сама ситуація, але і у великій мірі те, як ми її сприймаємо. Часто негативний спосіб сприйняття дійсності стає звичним, шаблонним. Людина, переживаючи чергову неприємність, автоматично думає що-небудь на зразок: «у мене ніколи нічого не виходить», і це - як порочне коло - підсилює негативні емоції, робить настрій ще гірше і знижує можливість підійти до ситуації конструктивно.

Когнітивна терапія допомагає оцінити, наскільки реалістично ми мислимо, виявити спотворення і навчитися їх коригувати. Коли мислення стає більш реалістичним, пацієнт відчуває себе краще, і йому стає простіше змінювати свою поведінку і активно вирішувати проблеми.

На основі отриманих даних порівняння та узагальнення знайдено суттєвий зв'язок, задля пізнання емпірично набування знання в роботі з тривогою використовуючи теоретичні положення напрямків екзистенційного та когнітивно-поведінкової терапії – гіпотеза підтверджена.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Практическая психология : Учеб. для вузов / Г. С. Абрамова - М. : Трикта: Академический проект , 2005 – 490с.
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии [Текст] / А. Адлер ; пер. с англ. А. Боковикова - М. : Академический проект , 2007 - 232 с.
3. Александров А. А. Аутотренинг [Текст] : справочник / А. А. Александров - СПб. и др. : Питер , 2007 – 270 с.
4. Александров А.А. Современная психотерапия: курс лекций – СПб.: «Академический проект», 1997. – 335 с.
5. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и его компенсация. – М., 1992.
6. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л., 1988.
7. Болстад Р. НЛП в психотерапии / Р. Болстад, М. Хэмблетт - М. и др. : Питер , 2003 - 234 с.
8. Бурно. М. Е. Клиническая психотерапия : Учеб. пособие по психотерапии / М. Е. Бурно - М.; Екатеринбург : Академический проект: Деловая книга , 2006 – 799 с.
9. Вайнер И. Основы психотерапии [Текст] / И. Вайнер – СПб.: Питер, 2002 – 288 с.
10. Вачков И. В. Сказкотерапия : Развитие самосознания через психологическую сказку [Текст] / И. В. Вачков - М. : Ось-89 , 2007 - 143 с.
11. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. – Л., 1984.
12. Гулевский В. Я. Индивидуальная психотерапия : Практикум [Текст] : учебное пособие для вузов по направлению и специальности "Психология" / В. Я. Гулевский - М. : Аспект Пресс , 2008 – 188 с.

13. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М., 1992.
14. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Игры в сказкотерапии [Текст] / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т. М. Грабенко - СПб. : Речь , 2008 - 208 с.
15. Казанцев В.В. Экзистенциализм: Поиск цели в жизни в эпоху перемен – <https://kazancev.com.ua/lifetarget>
16. Кандыба В. М. Лечение гипнозом: Основы гипнотерапии / В. М. Кандыба - СПб. и др. : Лань , 2003 – 542 с.
17. Карвасарский Б.Д. Неврозы: руководство для врачей. – М., 1980.
18. Кемпински А. Меланхолия. – СПб., 2002.
19. Киселева М. В. Арт-терапия в работе с детьми : Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми [Текст] / М. В. Киселева - СПб. : Речь , 2007 – 158с.
20. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М., 1988.
21. Курц Р. Телесно-ориентированная психотерапия: Метод Хакоми / Р. Курц; Пер. с англ. Д. А. Ивахненко - М. : Класс , 2004 - 300 с.
22. Линде Н. Д. Основы современной психотерапии : Учеб. пособие для вузов по направлению и специальностям психологии / Н. Д. Линде - М. : Академия , 2002 – 198 с.
23. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983.
24. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. – Л.,1983.
25. Оганесян Н. Т. Практикум по психологии творчества [Текст] : учебное пособие / Н. Т. Оганесян ; Рос. акад. образования, Моск. психол.-социал. ин-т - М. : МПСИ , 2007 – 525 с.
26. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии. – 5-е изд. – СПб.: Питер, 2003.
27. Перлз Ф. С. Практикум по гештальт-терапии [Текст] : пер. с англ. / Ф. Перлз, П. Гудмен, Р. Хефферлин - М. : Психотерапия , 2007 – 227 с.

28. Перлз Ф. Теория гештальт-терапии / Ф. Перлз; Пер. с англ. В. Кислюк и др. - М. : Институт общегуманитарных исследований , 2004 – 377 с.
29. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Краткий психологический словарь. – 2-е изд. – Ростов-на-Дону, 1998.
30. Прохазка Д. Системы психотерапии. Для консультантов, психотерапевтов и психологов [Текст] / Д. Прохазка, Д. Норкросс ; пер. с англ. Н. Миронов и др. - СПб. : Еврознак , 2007. - 383 с.
31. Психотерапия : учеб. для мед. вузов / В. А. Абабков, Г. Л. Исурина, Б. А. Казаковцев и др.; под ред. Б. Д. Карвасарского - СПб. и др. : Питер , 2007 - 672 с.
32. Робинсон Л. Управление телом по методу Пилатесса / Л. Робинсон, Г. Томсон; Пер. с англ. П. А. Самсоновой; Консультант-остеопат П. Чандлер - Минск : Попурри , 2004 - 128 с.
33. Романин А. Н. Основы психотерапии [Текст] : учеб. пособие для вузов / А. Н. Романин - М. : КноРус , 2006 - 527 с.
34. Сапогова Е. Е. Экзистенциальная психология взрослости. — М.: Смысл, 2013. — 768 с. — ISBN 978-5-89357-321-3.
35. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики. – СПб.: Речь, 2003.
36. Соколова Е. Т. Психотерапия : теория и практика [Текст] : учеб. пособие для вузов по направлению и специальности "Психология" / Е. Т. Соколова ; Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова - М. : Академия , 2006 – 367 с.
37. Соколов Е.И., Белова Е.В. Эмоции и патология сердца. – М.: Медицина, 1983.
38. Старшенбаум Г. В. Психотерапия в группе / Г. В. Старшенбаум - М. : Издательство Института Психотерапии , 2005 -315 с.
39. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб., 2001.
40. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте // Вопросы психологии. – 1978. – № 6.

41. Харрис Т. Э. Я - о'кей, ты - о'кей / Т. Э. Харрис; Пер. с англ. С. С. Степанова - М. : Академический проект , 2004 – 361 с.
42. Хеллингер Б. И в середине тебе станет легко: Книга для тех, кто хочет найти гармонию в отношениях, любви и стать счастливым / Б. Хеллингер; Пер. с нем. И. Беяковой - М. : Институт консультирования и системных решений: Издательство Института психотерапии , 2006 – 202 с.
43. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. – 1999. – № 2.
44. Шумский В. Б. Экзистенциальная психология и психотерапия: теория, методология, практика : учеб. пособие. — М.: Изд. дом «Высшая школа экономики», 2010. — 182 с. — ISBN 978-5-7598-0794-0.
45. Экзистенциальная психология / А. Г. Маслоу, Р. Мэй, Г. Оллпорт, К. Роджерс - М.; Львов : Институт гуманитарных исследований "Инициатива" , 2005 - 149 с.
46. Экзистенциальная психология. Экзистенция / Пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. — М.: Апрель Пресс : ЭКСМО-Пресс, 2001. — 624 с. — (Серия «Психологическая коллекция»). — ISBN 5-04-088227-0.
47. Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени [Текст] / К. Г. Юнг; пер. с нем. А. Боковикова - М. : Академический проект , 2007 – 286 с.
48. Ялом И. Дар психотерапии: Открытое письмо новому поколению психиатров и их пациентам / И. Ялом; Пер. с англ. Ф. Прокофьева - М. : ЭКСМО , 2005 – 350 с.