МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Амер Юсеф**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Особливості реабілітаційної роботи при соціофобіях**

Сєвєродонецьк

2019

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_6.010203 – Здоров´я людини\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Особливості реабілітаційної роботи при соціофобіях»

Виконав: студент групи ФЛз-551і Амер Юсеф

Керівник: к. мед. н., доц. Чистякова Ю.С.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: к. мед. н., доц. Афонін Д.М.

Сєвєродонецьк – 2019

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_6.010203 – Здоров´я людини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“11” березня 2019\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Амера Юсефа**

## Тема роботи: «Особливості реабілітаційної роботи при соціофобіях».

## Керівник роботи Чистякова Юлія Сергіївна, к. мед. н., доц.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “11” березня 2019 р. № 46/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2019 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 80 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 50 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей реабілітаційної роботи при соціофобіях; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особливостей реабілітаційної роботи при соціофобіях; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо особливостей реабілітаційної роботи при соціофобіях.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 5, рисунки – 15.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  Консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Чистякова Ю.С. – к.мед.н., доцент кафедри здоров´я людини та фізичного виховання | 11.03.2019 р. | 11.03.2019 р. |
| 2. | Чистякова Ю.С. – к.мед.н., доцент кафедри здоров´я людини та фізичного виховання | 11.03.2019 р. | 11.03.2019 р. |

7. Дата видачі завдання 11.03.2019 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2019 р. | 03.2019 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2019 р. | 03.2019 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2019 р. | 04.2019 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2019 р. | 04.2019 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо особливостей реабілітаційної роботи при соціофобіях | 05.2019 р. | 05.2019 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2019 р. | 06.2019 р. |

**Студент Амер Юсеф**

**Керівник роботи доц. Чистякова Ю.С.**

**РЕФЕРАТ**

Текст **–** 80 с., табл. **–** 5, рис. **–** 15, літератури – 50 дж., додатків **–** 3.

У роботі розглядається проблема діагностики та корекції соціофобії. Проаналізовано основні теоретичні підходи до проблеми соціофобії у вітчизняній та зарубіжній літературі. Надано характеристику когнітивно-поведінковим моделям соціофобії. Досліджено особливості етіопатогенезу соціофобії. На основі результатів констатувального експерименту розроблено практичні рекомендації щодо корекції проявів соціофобії.

Ключові слова: ВІДЧУЖЕННЯ, ЕТІОПАТОГЕНЕЗ, КОГНІТИВНА МОДЕЛЬ ПЕРЕРОБКИ ІНФОРМАЦІЇ, КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ, КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА МОДЕЛЬ СОЦІОФОБІЇ, РЕАКТИВНА ТРИВОЖНІСТЬ, САМОВІДНОШЕННЯ, САМОВПЕВНЕНІСТЬ, САМОЗВИНУВАЧЕННЯ, САМОІНТЕРЕС, САМООЦІНКА, САМОПРИЙНЯТТЯ, САМОРОЗУМІННЯ, СИТУАТИВНА ТРИВОЖНІСТЬ, СОРОМ'ЯЗЛИВІСТЬ, СОЦІАЛЬНА СИТУАЦІЯ, СОЦІАЛЬНА ТРИВОЖНІСТЬ, СОЦІАЛЬНІ НАВИЧКИ, СОЦІОФОБІЯ, СТРАХИ, ТРИВОГА, ФОБІЧНІ НЕВРОЗИ, ФОБІЯ.

**ЗМІСТ**

**ВСТУП** 7

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО** **ПРОБЛЕМИ СОЦІОФОБІЇ** 10

1.1. Аналіз літературних джерел за проблемою соціофобії 10

1.2. Когнітивно-поведінкові моделі соціофобії 16

1.3. Етіопатогенез соціофобії 23

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**  28

**РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІОФОБІЇ** 30

2.1. Методичні заходи, хід та процедура констатувального

експерименту 30

2.2. Аналіз результатів

констатувального експерименту 41

2.3. Основні підходи до корекції соціофобії 55

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2** 66

**ВИСНОВКИ** 68

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ** 72

**ДОДАТКИ** 76

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Соціальна фобія – широко поширений розлад, що приводить до значного дістресу, зниження працездатності і несприятливим соціально-економічним наслідкам. Люди, які страждають цим розладом втрачають радість життя, сковують можливості свого самовираження, внаслідок невміння поводитись у суспільстві, низького рівня розвитку комунікативних здібностей, самооцінки, адаптивних проявів поведінки. Цей розлад неминуче обмежує можливість працевлаштування. Є дані про те, що соціальна фобія призводить до ряду вторинних коморбідних станів, найсерйознішими з яких є алкоголізм і зловживання медикаментами. В останні роки, у міру вдосконалення діагностичних критеріїв і методики опитування, виявилося, що в той чи інший період життя людини соціальна фобія вражає, щонайменше, кожного десятого. Цей нав'язливий страх руйнує життя багатьох молодих людей (студентів), які не мають досить розвинутих комунікативних навичок, вміння поводитись у суспільстві, негативного досвіду та прикладу батьків, внаслідок незвичних умов навчання у вузі, не можливості адаптуватися у студентському колективі, страх перед викладачами, керівниками, деканатом та інше. Тому питання по усуненню соціофобії серед молоді є досить актуальним у нашому суспільстві і потребує вирішення.

Актуальність клініко-психологічного дослідження соціальної фобії викликана значною нестачею методологічного та методичного інструментарію з даної проблеми (Р.Є.  Альберті, А.  Бек, Дж.  Біік, Х.  Браш, Дж.  Вільсон, А.В.  Литвинов, С.А.  Монтгомері, А.  Раш, Г.  Емері та ін.) Помітний асиметричний процес наукових інтерпретацій причин виникнення соціальної фобії, пов'язаний з домінуванням медичних поглядів на обговорюваний феномен (А.  Бек, А.В.  Литвинов, M.  Liebowitz та ін.). Відсутність стійких психологічних категорій для характеристики особливостей та причин виникнення соціальної фобії поряд з наростаючою кількістю страждаючих даним розладом є вагомим аргументом для початку науково-психологічного дослідження соціальних страхів (Дж.  Біік, А.В.  Литвинов, В.Г.  Ромек, Е.А.  Ромек та ін.).

У наш час соціальна фобія має статус самостійного психічного розладу в рамках МКХ-10, розроблені критерії психіатричної діагностики, медикаментозного та психотерапевтичного лікування. Стани з явищами соціальної фобії згадуються в психіатричній літературі, починаючи з середини XIX століття (H.  Duboux, 1874; G.O.  Casper, 1846; P.  Janet, 1903; P.  Hartenberg, 1904; E.  Kraepelin, 1915; В.М.  Бехтерєв , 1899, 1900, 1905; Ф.Е.  Рибаков, 1917; С.А.  Суханов, 1905; В.Ф.  Чиж, 1911; В.І.  Яковенко, 1887 ;) і визначаються як «страх публічного дії, провокуючий появу тривоги з приводу морального стану в колі людей» (P.  Janet, 1913; Д.В.  Ястребов, 2000).

З позиції сучасної клінічної психології, соціальна фобія не просто діагноз або специфічне захворювання, але ще і складний психосоціальний феномен, що відображає особливості біполярного конструкту «психічна норма-психічна патологія» (Дж.  Бек, Дж.  Біік, В.Г.  Ромек, Е.А.  Ромек, Ю.С.  Савенко, Д.В.  Ястребов, M.  Liebowitz, J.R.  Marshall та ін.).

**Об'єкт дослідження** – соціальна фобія.

**Предмет дослідження** – особливості психодіагностики і психокорекції соціофобії.

**Мета дослідження** – теоретично обгрунтувати та експериментально дослідити проблему соціальної фобії, запропонувати рекомендації щодо корекції проявів соціальної фобії.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати основні теоретичні підходи до проблеми соціофобії у вітчизняній та зарубіжній літературі.

2. Надати характеристику когнітивно-поведінковим моделям соціофобії.

3. Дослідити особливості етіопатогенезу соціофобії.

4. На основі результатів констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо корекції проявів соціофобії.

**Методологічну та теоретичну основу** **дослідження** становили: фундаментальні положення і принципи психології: принцип системного підходу до розуміння особистості (Б.  Ананьєв, Б.  Ломов, В.  Мерлін, К.  Платонов та ін.); положення про особистість як активний суб'єкт діяльності (К.  Абульханова-Славська, М.  Боришевський, Л.  Бурлачук, Г.  Костюк, С.  Максименко, С.  Рубінштейн); принцип детермінізму та розвитку, єдності свідомості та діяльності особистості (Б.  Анан'єв, Л.  Божович, Л.  Виготський, Д.  Ельконін, С.  Рубінштейн); когнітивно-біхевіоральний напрям у психології (А.  Бандура, Дж.  Ротер, М.  Селігман, А.  Еліс та ін.).

**Методи дослідження:** аналіз наукової літератури з проблеми дослідження, спостереження, констатувальний експеримент, тестування (Шкала соціальної тривоги Лібовіца (LSAS), Шкала самооцінки тривожності Ч.Д.  Спілбергера та Ю.Л.  Ханіна, Тест – опитувальник самовідношення В.В.  Століна ), методи психокорекції.

**Теоретичне значення дослідження.** З позиції системного аналізу вивчені особливості проявів соціальної фобії, уточнена її клініко-синдромальна характеристика. Визначена роль психогенних, соціогенних, негативних соціально-психологічних чинників у формуванні соціальної фобії. Розроблена та теоретично обргрунтована система заходів психокорекції соціальної фобії.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в розробцісистеми психодіагностики та ефективної програми психокорекції соціофобії. Результати дослідження можуть бути використані на практиці практичними психологами, кліничними психологами, психотерапевтами та при проведенні лекційних та практичних занять з клінічної психології, психокорекції та психотерапії.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО** **ПРОБЛЕМИ СОЦІОФОБІЇ**

**1.1. Аналіз літературних джерел за проблемою соціофобії**

Дослідження вітчизняних і зарубіжних авторів свідчать про велику поширеність в клініці прикордонних станів фобічних проявів, частота яких коливається від 15 до 44% (Карандашева  Є.О., 1976; Кутателадзе  З.Ю., 1983; Мелік-Парсаданов  М.Ю., 1987; Карвасарский  Б.Д., 1990; Дмитрієва  Л.Г., 1996; Смулевич  О.Б., Ротштейн  В.Г., Козирєв  В.М. та співавт., 1998; Мосолов  С.Н., Калінін  В.В., 1998; Emmelkamp  Р., 1982; De  Beurs  Е  Van  Balkom  A.J., Lange  A. et al., 1995; Eaton  W.W., 1995; Sharp  D.M., Power  K., Simpson  R.J. et al., 1996). Однак до теперішнього часу недостатньо вивченими залишаються питання патогенезу і клінічних особливостей фобічних розладів невротичної природи.

У ході аналізу літератури, присвяченої вивченню соціальних фобій, вдалося з'ясувати, що їх дослідження є на даний момент дуже важливою проблемою, але в Росії і Україні їй приділено недостатньо уваги. Слабо вивчені причини виникнення соціофобії, але не більше інформації ми маємо і про методи її лікування. Більшість досліджень проведено вченими психіатрами, і практично відсутні психологічні категорії та причини виникнення соціальних фобій.

Соціальна фобія - стан, що виражається, головним чином, в боязні негативної оцінки (критики, насмішок, осуду) з боку інших людей у відносно малих групах (але не в натовпі).

В даний час соціальна фобія має статус самостійного психічного розладу в рамках МКХ-10.

Розроблені критерії психіатричної діагностики, медикаментозного та психотерапевтичного лікування [39].

Важливими ознаками соціальної фобії є:

-Страх оцінки (критики, осуду) іншими людьми в соціальних ситуаціях;

- Виражений і постійний страх ситуацій представлення на людях, в яких може виникнути почуття зніяковілості або приниженості;

- Уникнення ситуацій, що вселяють страх.

У осіб з соціальною фобією є неадекватний страх, що, їх оцінять негативно в цілому ряді соціальних ситуацій.

Цей стан може бути:

- Генералізованим, коли страх охоплює майже всі соціальні контакти або

- Негенералізованим, коли страхи відносяться до певних видів соціальної діяльності або ситуацій представлення на людях.

Найбільш частими провокуючими страх ситуаціями бувають ті, в яких хворим доводиться:

- Знайомитися (бути представленим іншим людям);

- Спілкуватися з начальством;

- Говорити по телефону;

- Приймати відвідувачів;

- Щось робити у присутності (під наглядом) інших;

- Відчувати, що їх дражнять;

- Істи вдома з гостями;

- Істи вдома з членами родини;

- Щось писати в присутності інших;

- Публічно виступати [39].

У ситуації, що вселяє почуття страху, у них нерідко виникають соматичні симптоми тривоги, такі, як серцебиття, тремтіння, пітливість, напруга м'язів, почуття "смоктання" під ложечкою, сухість у роті, відчуття жару, холоду і головний біль.

Страждаючий соціальною фобією може бути переконаний, що його основною проблемою є одне з вторинних проявів тривоги. Деякі хворі, проте, не пред'являють соматичних скарг, однак відчувають сильну сором'язливість, страхи і побоювання.

Часто виражена тенденція уникати лякаючих ситуацій, яка в своєму крайньому вираженні може призводити до майже повної соціальної ізоляції.

Письмові описи сором'язливості можуть бути відстежені ще з часів Гіппократа близько 400 років до н. е.. Гіппократ описав когось, хто "через несміливість, підозрілість і боязкість не залишав свого будинку, волів темряву і не міг виносити світло або сидіти в освітлених місцях; його капелюх закривав його очі, він волів не бачити нікого, а ні щоб бачили його. Він не насмілювався бувати в компаніях від страху".

Відомості про гострі напади тривоги і страху з кардіологічними, циркуляторними і дихальними симптомами представлені в медичних журналах ще в XVIII столітті. Для їх опису використовувалися такі терміни, як «солдатське серце», «нейроциркуляторна неврастенія», «гіпервентіляційний синдром» і багато інших.

Перший випадок соціофобії спостерігав Каспер, в 1846 році, який описав серйозне соціальне занепокоєння, що розвинулась у молодої людини. Ерейтофобію (так назвали цей розлад), як феномен, детально описали Пітрес і Регіс в 1887 і 1902 роках.

Чарльз Дарвін писав про психологію в соціальному контексті сором'язливості і червоніння. Перша згадка психіатричного терміна "соціофобія" ("phobie des situations sociales" в оригіналі) була зроблено на початку 1900 років.

Джанет запропонувала в 1903 р. класифікацію хвороб, включаючи розділ «соціальної боязні». У 1910 р. Гартенберг описав кілька форм соціального неспокою під терміном сором'язливість (боязкість) [50].

З. Фрейд сформулював поняття фобічних неврозів, що по суті є аналітичним поясненням соціальних і простих фобій [45].

Як Фрейд, так і його учень Sandor Fereczi розуміли, що для того, щоб домогтися успіху в аналізі симптомів фобії, лікарю необхідно не обмежуватися просто роллю аналітика, але змушувати хворих активно шукати і фобічні ситуації, і переживати тривогу, і таким чином виробляти критику до свого стану.

До 1960 р. вивчення соціофобії не велося, хоча в 1930 році контакт-невроз або соціальний невроз згаданий в британській і німецькій літературі.

Вчений Моріта в Японії, вивчав соціальну фобію в 1930 році.

У 1930-х рр.. психологами використовувався термін "соціальний невроз" для опису пацієнтів з надмірною сором'язливістю. Після всебічної роботи Джозефа Вольпе над терапією "систематичного повернення до нормального психічному стану" (systematic desensitization), зросла кількість досліджень про фобіі і їх лікування.

У 1960-х рр.. британський психіатр Ісаак Маркс висловив ідею про те, що соціофобія є окремою сутністю, незв'язаною з іншими фобіями. Ідея була прийнята Американською психіатричною асоціацією (American Psychiatric Association) і вперше була офіційно включена в третє видання Довідника з діагностики і статистики психічних розладів (DSM-III).

Д. Шеан та К. Шеан в 1982 році постулювали, що агорафобія і соціальна фобія можуть бути частиною «ендогенного синдрому тривоги», основною ознакою якого служать «спонтанні» панічні атаки, обумовлені біологічними розладами центральної норадренергічної системи. Виникаючі в експериментальних умовах як відповідь на вливання лактази панічні реакції розглядаються як біологічні маркери енодогенної тривоги. Процеси обумовлення, соціальні та когнітивні чинники вторинні по відношенню до таких панічних атак. З цієї точки зору, соціальна фобія може займати проміжну позицію між ізольованими спонтанними панічними атаками і синдромом агорофобіі [26, с. 100].

Виключно одновимірна модель панічних атак, запропонована Д. Шеан та К. Шеан, була піддана критиці. Критики не заперечували значення біологічних фактров, але вказували на брак емпіричних даних на користь цієї моделі і пропонували двовимірну психофізіологічну модель, в якій враховувалося взаємодія між біологічними, середовищними і когнітивними змінними.

Більш того, після ретельного аналізу опублікованих досліджень вчені прийшли до висновку про те, що реакція на введення лактази не специфічна для панічних станів.

Ван дер Молен (Van der Molen, 1986) показав на здорових випробовуваних, які піддалися дії лактази, що тривога виникає тільки тоді, коли випробовувані отримують інструкцію-попередження про те, що вони будуть відчувати тривогу.

Здорові піддослідні не проявляють ніяких тривожних реакцій після інструкції про можливе приємне хвилювання.

Таким чином, на даний момент дослідження показують, що когнітивні змінні грають роль у виникненні тривоги і в реальних і в експериментальних умовах [26].

У 1989 році визначення соціофобії було переглянуто, допущена коморбідність з тривожним (уникаючим) розладом особистості, а також введено поняття узагальненої соціальної фобії.

Істотною ознакою невротичних фобій є виражена боротьба з ними. Б.Д.  Карвасарський описує невротичні фобії зіставні в сучасній класифікації з агорафобією і соціофобією.

Також Б.Д.  Карвасарский представив найбільш повну за змістом класифікацію нав'язливих страхів. Соціофобію він визначав як страхи пов'язані з перебуванням у суспільстві інших людей.

Це петтофобія (страх суспільства); страх публічних виступів; страх перед іспитами; ерейтофобія (страх почервоніти в значимій ситуації); страх через неможливість зробити щось в присутності сторонніх; страх перед відвідуванням суспільних туалетів; антропофобія (страх юрби); монофобія (страх самітності) [23].

Відомий американський психолог Д. Ліндхольм дає такий портрет класичного соціофоба: „На перший погляд перед нами зовсім нормальна, здорова людина. Якщо придивитися уважніше, ми помітимо деякі дивні речі. Наприклад, їй дуже важко подзвонити в ресторан, щоб замовити столик, або зайти до сусіда, щось попросити. Вона узагалі намагається уникати будь-яких контактів зі сторонніми людьми. У незнайомій обстановці вона губиться, боїться, стає ще більш нерішучою й нервовою. Незручність, скажете ви. Можливо. Але незабаром ця людина почне уникати своїх рідних й друзів і зовсім перестане виходити на вулицю. А це вже явна патологія [11]."

Було запропоновано декілька шкал для визначення наявності соціофобії - Лібовіца і Девідсона. Жодна з методик не має переваги перед іншою і обидві методики рекомендуються для дослідження.

У Росії, за даними Андрющенко  О.В. (1994 р.), Яковлева  В.О. (1998 р.); Івлєва  Є.І., Щербатих  Ю.В. (2000 р.) соціальна фобія зустрічається в той чи інший період життя у 8% популяції і вимагає негайного лікування.

Згідно з проведеними в кінці 90-х дослідженнями в Європі, сумарна поширеність соціальної фобії в перебігу життя коливається від 9.6% до 16%. Це відповідає аналогічному показнику для США, рівному 13.3% (Rapee М., 1998).

Цікаво також відзначити, що в Швеції (дані Furmork  Т., Tillfbrs  M., Evers  Р., 2000 р.) – соціальна фобія зустрічається частіше у осіб жіночої статі, є зв'язок з низькою і недостатньою освітою, а також недостатньою соціальною підтримкою.

У дослідженнях канадських учених – Dewit  D.I., Ogbome  A., Offord  D.R. (2000 р.) соціальна фобія – явище хронічне, серйозно порушує життя пацієнтів, з яким рідко звертаються, якщо тільки це не відбувається в з'єднанні з іншими хворобливими станами.

Таким чином, соціофобія – хвороба, що вимагає всебічного вивчення та лікування, дана проблема заслуговує особливої уваги з боку клініцистів [50].

**1.2. Когнітивно-поведінкові моделі соціофобії**

Умовно-рефлекторна модель була запропонована наприкінці 50-х років для пояснення фобічної поведінки і вироблення відповідної терапії. Біхевіоральні принципи дозволяють успішно справлятися з фобіями за допомогою процедур пролонгованого занурення в стресогенну середу in vivo або в уяві. Раціональне обгрунтування процедури занурення in vivo передбачає звикання до психофізіологічних реакцій, пов'язаних зі страхом, і поступове згасання уникаючої поведінки. У такій пролонгованій та повторюваній конфронтації з фобічним стимулом тривога пацієнта згасає, зникають її негативні наслідки, в результаті чого пацієнт «розучується» проявляти фобічні уникнення. Л.  Бергер і Дж.  Макгауф переформулювали теорії навчання, зробивши акцент на центральних когнітивних процесах переробки інформації. Однак умовно-рефлекторна модель і когнітивні теорії не є взаємовиключними: вплив фобічних стимулів в уяві або in vivo може активізувати латентні когнітивні схеми, збережені в довготривалій пам'яті і виниклі на основі минулого досвіду. Їх активація може посилювати емоційне збудження і запускати уникаючу поведінку [10].

Когнітивний підхід до фобій (Beck  А.Т., Emery  G., 1985) акцентує опосередковану роль патернів мислення і ментальних образів, які дозволяють людині адаптуватися до зовнішніх і внутрішніх стимулів. Когнітивні процеси як такі не розглядаються в якості причин тривоги або уникаючої поведінки, але представляють одну з детермінант – систему переробки інформації, дисфункція якої може бути результатом взаємодії вродженої біологічної уразливості і невдалого когнітивного научіння. Терапевтична редукція страху і уникнення розглядається в когнітивно-поведінковій моделі як результат зміни неадаптивних розумових патернів. Когнітивні моделі фобій постулюють, що тривога пов'язана з певним зрушенням в процесах переробки інформації, що співвідноситься з тривогою. Цей зсув обумовлений наявністю схеми небезпеки, яка була придбана, починаючи з дитячого віку, і за певних обставин легко актуалізується в сьогоденні. Основні допущення даної когнітивної моделі є похідними когнітивної психології (Hollon  S.D, Kriss  M.R, 1984). На схемі 1.2. представлена когнітивна модель переробки інформації.

Схема 1.2

СТИМУЛ-> Схема<->КОГНІ- <-> КОГНІ- <->ПОВЕДІНКА

ТИВНІ ТИВНІ

ПРОЦЕСИ ДІЇ

**Схема 1.2.** Когнітивна модель переробки інформації. Мозок переробляє середовищні події (стимули) за допомогою глибинних несвідомих схем небезпеки, які, в силу ряду помилок або спотворень, можуть бути ірраціональними. Когнітивні процеси, такі як асиміляція і акомодація (пов'язані зі схемами), переводять інформацію на поверхневий рівень когнітивних подій (внутрішніх монологів, думок, усвідомлених ментальних образів). Когнітивні події взаємодіють з поведінковими реакціями на середовищні події [10].

Згідно когнітивної психології, мозок переробляє середовищні події (стимули) у відповідності зі схемою, яка зберігає уявлення людини про себе і про зовнішній світ, що склалися на основі минулої інформації. Схеми організовані в міцні освіти (когнітивні установки) і зберігаються в довготривалій пам'яті. Часто схеми, що підкреплюються відрізняються високою стабільністю, їх вкрай важко змінити. У разі фобій схеми - це несвідомі структури, які відбирають, фільтрують і інтерпретують інформацію на користь початкової стійкої гіпотези про небезпеку. Зміст цих схем визначає афективні і поведінкові реакції. Схеми небезпеки – це стабільні, глибоко вкорінені когнітивні утворення. Доступ до них відкривається через дослідження так званих когнітивних подій – поверхневих когнітивних структур. Когнітивні події – це внутрішні монологи, автоматичні думки або ментальні образи, які можна відстежити, якщо попросити людину сфокусувати свою увагу на потоці усвідомлюваного. Когнітивні події можна стимулювати в ході терапевтичних сеансів в момент інтенсивних емоційних сплесків, які виникають при вербальному відтворенні фобічних ситуацій. Вони можуть бути також стимульовані за допомогою відтворення ментальних образів, технік уяви, рольового відтворення (у разі соціальної фобії), занурення in vivo. Їх можна також зареєструвати в письмовому вигляді за допомогою домашнього завдання на самодослідження на бланках, спеціально розроблених для реєстрації пускових зовнішніх або внутрішніх подій, емоцій і автоматичних думок [10].

Переходи від глибоких когнітивних структур (схем) до поверхневих (когнітивних подій) можливі завдяки когнітивним процесам. Когнітивні процеси – це правила, згідно з якими трансформується інформація. У когнітивній психології описані деякі з цих процесів - асиміляція, акомодація і евристика; ці поняття можуть бути використані в дослідженні ідеаторних компонентів тривоги. Ж. Піаже (Piaget, J., 1973) простежив онтогенез двох когнітивних процесів, асиміляції та акомодації, від вроджених неврологічних патернів дії до наукових знань. Асиміляція обирає інформацію, якщо вона відповідає змісту схеми, або трансформує інформацію, щоб привести її у відповідність з минулим знанням. Акомодація модифікує схеми, приводячи їх у відповідність з реальністю. Діалектика асиміляції і акомодації пояснює можливість правдоподібного конструювання реальності і розвитку логічного мислення. Спотворення цього двостороннього процесу були виявлені при істерії і нав'язливих станах (Tissot R., et al., 1980) [10].

Слід вивчати з цієї точки зору і фобії. Міцність когнітивної схеми небезпеки може бути пояснена переважанням процесів асиміляції. Посилення акомодації могло б стати завданням поведінкової терапії, орієнтованої на перевірку реальністю через пролонговане погруження in vivo в емоціогенні ситуації. А. Тверські і Д. Канеман пов'язують переважання асиміляції з особливим характером так званих «евристик» - моментально виникаючих в умовах невизначеності суджень про події. Ці процеси вроджені, автоматичні і несвідомі, можуть зміцнювати ірраціональну схему небезпеки, так як вони позбавлені логічних зв'язків і доказовості. Поведінка уникнення і залежності від інших людей ретроактивно підтверджують ірраціональне переконання в існуванні небезпеки, так як ці види поведінки призводять до редукції тривоги швидше, ніж тривале занурення в ситуації, що викликають страх [10].

Існує цілий ряд когнітивно-поведінкових моделей, створених для пояснення виникнення і підтримки соціофобії. Особливе значення з точки зору цілей і стратегій лікування придбали модель самоуявлення (Schlenker & Leary, 1982) і модель когнітивної уразливості (Beck & Emery, 1985). Згідно першої моделі, вирішальну роль грає те, що індивід ставить своєю метою справити на інших особливе враження і при цьому сумнівається у своїх здібностях досягти цього. Соціофобія, таким чином, виникає з очікування або переживання соціальної оцінки в реальних чи уявних ситуаціях і мотивації справити враження, а також відчуття недостатньої власної ефективності. У подальших модифікаціях цієї моделі були додані додаткові специфічні ситуативні і диспозиційні фактори - такі, наприклад, як уявні або фактичні недоліки соціальних навичок і вмінь або низьке почуття самоцінності, здатні вплинути на мотивацію та сприйняття власної ефективності. Концепція Бека і Емері (Beck & Emery, 1985) базується на моделі когнітивних схем, під якими розуміються фундаментальні когнітивні структури, що управляють переробкою інформації, отриманої в процесі сприйняття об'єктів і подій. Когнітивні схеми допомагають адаптуватися до ситуації, вибірково викликати релевантну інформацію і вибрати релевантні аспекти актуальної ситуації. Схожі схеми об'єднуються в модуси переробки. Згідно теорії Бека і Емері, особи з тривожними розладами діють в наступному модусі уразливості: вони припускають, що піддаються неконтрольованої зовнішньої і внутрішньої небезпеки. Це призводить до стану сумніву і недостатньої впевненості в собі. Індивід концентрує увагу на власних слабкостях або на переживаннях колишніх невдач. Соціально-тривожні індивіди постійно в потоці подій оцінюють ступінь потенційної загрози і шукають можливості подолання таких ситуацій. Когнітивні спотворення у формі нелогічних і негативних думок про соціальні ситуації заважають індивіду правильно оцінити загрозу і власну ефективність. Особлива ознака соціофобії полягає в тому, що страх індивіда перед певними подіями, наприклад перед тим, що він може почервоніти під час розмови або не знати, що сказати, може викликати страх у сенсі самозбиваючогося передбачення. Страх або негативний досвід утримують тривожних людей від соціальної взаємодії і тим самим підкріплюють спотворені переконання модусу уразливості [10].

Лише деякі компоненти обох моделей пройшли експериментальну перевірку. Вони добре можуть пояснити соціальну невпевненість, але в меншій мірі – чому розвивається повна картина соціофобії. Тому ми пропонуємо (у скороченому вигляді) інтегровану діатез-стрес-модель, розроблену робочою групою Хаймберга [33]. Компоненти цієї моделі зображені в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

**Компоненти когнітивно-поведінкової моделі соціофобії**

|  |  |
| --- | --- |
| Компоненти | Приклади |
| Генетичні і середові чинники | - Генетичні впливи;  - Тривожність батьків;  - Батьківські установки щодо виховання дітей;  - Негативний досвід контакту з референтною групою або представниками протилежної статі |
| Переконання щодо соціальних ситуацій | - Соціальні ситуації потенційно небезпечні;  - Щоб уникнути небезпеки в соціальних ситуаціях, |

Продовж. табл. 1.2

|  |  |
| --- | --- |
|  | поведінка повинна бути досконалою;  - У мене відсутні здібності, необхідні для того, щоб вести себе належним чином |
| Прогнози щодо соціальних ситуацій | Соціальні ситуації неминуче ведуть до:  - Неприємностей,  - Відмов;  - Приниження;  - Втрати статусу |
| Симптоми тривоги | - Тривожне очікування соціальних ситуацій;  - Концентрація уваги і фокусування на соціально загрозливих подразниках;  - Негативні думки про самого себе, про власну поведінку і оцінку себе іншими;  - Підвищене фізіологічне збудження;  - Сильне занепокоєння щодо очевидності тривожних симптомів |
| Наслідки тривоги | - Реальні або уявні порушення поведінки;  - Сприйняття власної поведінки та її  оцінка за критеріями перфекціонізму;  - Оцінка власної поведінки як неадекватної. |

В якості основної передумови соціофобії необхідно визнати генетичну схильність (Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz & Klein, 1993). Наступним важливим чинником для виникнення цього розладу є сенсибілізація за допомогою впливів навколишнього середовища (процеси навчання). Так, наприклад, поведінка соціально тривожних батьків може сприяти розвитку соціальної тривоги у дітей, якщо батьки будуть повідомляти дітям про свої страхи і усувати їх від участі в певних соціальних ситуаціях. В якості наступних сенсибілізуючих факторів можна назвати колишній негативний досвід з референтною групою (peer group) або представниками протилежної статі. На основі цього досвіду індивід починає думати, що соціальні ситуації являють собою загрозу почуттю самоцінності або соціальному стану. Він думає, що зможе вирішити ці проблеми, якщо його поведінка буде досконалою, проте насправді це нездійсненно. Далі, він очікує, що його способи поведінки приведуть до приниження, збентеження, відмов і втрати статусу (Stopa & Clark, 1993). Ці суб'єктивні переконання і прогнози знову підвищують ймовірність того, що індивід опиниться стурбованим соціальною ситуацією або спробує її уникнути. При цьому його очікування щодо потенційно небезпечних подій ще більше сенсибілізуючі. І, як наслідок, у людей з соціофобією виникає потік негативних думок про свою неповноцінность і нездатність долати майбутні можливі проблеми. Виникаюче при цьому фізіологічне збудження в соціальних ситуаціях служить ще одним доказом існуючої небезпеки та складності впоратися з ситуацією. Заклопотаність тим, що ця тривога може бути помічена оточуючими і буде негативно ними оцінена, веде до підкріплюється уникнення соціальних ситуацій, що підкріплюється, і, як наслідок, до негативного підкріплення уникаючої поведінки. Так як ця тривожна констеляція виникає головним чином в ранній юності або в підлітковому віці, то з часом може статися накопичення серйозних соціальних дефіцитів, що додатково підкріплює проблематику. Деякі наявні на сьогоднішній день емпіричні дані підтверджують певні аспекти цієї моделі (Juster, Brown & Heimberg, 1996). Однак для підтвердження моделі в цілому поки емпіричних даних недостатньо. Значення цієї концепції в даний час полягає, передусім, у тому, що вона пропонує цілеспрямовану стратегію для подальших експериментальних досліджень, а також стимулює розвиток відповідних когнітивно-поведінкових компонентів терапії [33].

У зв'язку з вищевикладеним, вивчення дисфункціональних відносин людей, що страждають тривожно-фобічними розладами, актуально як в теоретичному плані, для кращого розуміння патогенезу даних розладів, так і в практичному – для більш специфічного психотерапевтичного впливу на даних клієнтів.

**1.3. Етіопатогенез соціофобії**

Відповідно з діагностичними критеріями МКХ-10 соціальна фобія відрізняється від більшості інших фобій тим, що вона однаково часто зустрічається серед чоловіків і жінок. Домогосподарка може боятися того, що вона не в змозі спілкуватися з вчителем її дитини, керівник може хвилюватися з приводу майбутньої розмови зі співробітниками, а вчитель може боятися зустрічі з батьками своїх учнів [39].

У деяких популяційних дослідженнях була встановлена більш висока поширеність серед жінок, ніж серед чоловіків, хоча клінічні дані цього не підтверджують. Ймовірно, чоловіки частіше, ніж жінки, вдаються до вироблення "компенсаторних стратегій", наприклад, до алкоголю. Частіше, ніж популяція в цілому, особи, які страждають соціальною фобією: живуть без партнерів, і у них менше шансів вступити в шлюб; вони рідко відзначають свята; гірше освічені, так як страх перед групою і публічними виступами може сильно ускладнювати процес навчання, аж до його припинення; також у цих людей виявляється безперспективність в плані кар'єрного росту, вони погано матеріально забезпечені і фінансово залежні; страждають іншими психічними розладами; мають суїцидні думки і здійснюють самогубство; знаходяться в соціальній ізоляції. Страждаючі соціофобією особи мають високий ризик розвитку коморбідних станів, таких як депресія, агорафобія і панічний розлад. Серед них відзначається велика частота зловживання алкоголем і наркотиками, і вони майже вдвічі частіше, ніж населення в цілому схильні до суїциду [39].

Причини, що лежать в основі розвитку соціофобії, досі залишаються загадкою. Були запропоновані різні теорії. Одна з них – теорія імітації дитиною соціофобічної поведінки батьків. Інша полягає в обмеженні розвитку соціальних навичок, тобто якщо людина не знає, як поводитися в тій чи іншій ситуації, то це може стати причиною тривоги і хвилювання. Також, не останню роль у розвитку соціофобії грає гіперопіка в дитинстві чи виховання дитини з вадою любові до нього. Нездатність або відсутність можливості у матері спілкуватися з малюком у достатній кількості, пестити його навіть у віці, коли ще дитина не могла активно спілкуватися з нею у відповідь, а лише здатна відповідати емоціями – ось перші причини фобії суспільства. Саме через матір дитина в першу чергу розуміє, який світ, як вона його сприймає. Якщо дитина позбавлена можливості пізнати світ через рідкісний контакт з матір'ю, то невідомість викликає у неї занепокоєння, тривогу або навіть почуття ворожості. Додатковою проблемою може стати раннє визначення дитини в ясла, дитячий сад, табір відпочинку. Перші розставання з негативним досвідом спілкування з оточенням і страхом втратити маму лише закріплюють всі основи соціофобії. Соціофобію може провокувати суворе оцінне виховання в дитинстві, відсутність похвали з боку батьків, що формують низький рівень самооцінки. Було встановлено, що спадкова схильність до постійно зростаючої напруги також може бути важлива у виникненні цього розладу.

У інтроспективної психології В. Вундта психічні стани, в тои числі афективні, легко усвідомлювані. Згідно з психодинамічними поглядами страхи і фобії уособлюють собою захист від тривоги (витіснення в несвідомі імпульси і т.і.). Тривога каталізується, зосереджуючись на соціальній ситуації, що має символічний зв'язок з реальним об'єктом тривоги (З. Фрейд, К. Хорні, К.Г. Юнг та ін.).

З. Фрейд сформулював поняття фобічних неврозів, що по суті є аналітичним поясненням соціальних і простих фобій. Він припустив, що основна функція тривожності полягає в тому, щоб сигналізувати її, що заборонене підсвідоме спонукання проривається на рівень свідомості, таким чином змушуючи посилювати і кидатися на захист проти лякаючих інстинктивних сил. З. Фрейд розглядав фобічні розлад – чи тривожну істерію, як він продовжував називати його,-як результат конфлікту, центрованого на недозволених в дитинстві ситуаціях, що спостерігалися у віці Едіпового комплексу. Оскільки сексуальні спонукання залишаються пофарбованими в сильний кровозмісний колір і у дорослого, сексуальна активація розпалює тривогу, яка зазвичай виражену у формі страху перед кастрацією. Якщо механізм репресії не справляється, йому доводиться викликати додаткові види захисту. У хворих фобіями первинним захистом є зміщення, тобто сексуальний конфлікт переноситься з особи, що викликала цей конфлікт на відносно нерелевантні предмети або ситуації, які стають такими значущими, що можуть потім викликати цілу констеляцію афектів, включаючи сигнальну тривожність. Часто є вагомі підстави припускати, що викликаючі фобію предмет або ситуація мають прямий асоціативний зв'язок з первинним джерелом конфлікту, і, таким чином, є його символами (захисний механізм символізації). Більше того, предмет або ситуація такі, що хворий може легко уникнути їх і за допомогою додаткових захисних механізмів не допустити переживань сильної тривожності [45].

Патологія об'єктних відносин на ранніх стадіях розвитку формує нарцисичну особистість («грандіозне Я»), зазнає страх перед оцінкою успішності (Д. Віннікот, О. Кернберг, Х.Кохут, Ж. Лакан, Є.Т. Соколова, Є.П. Чечельницька та ін.). Тривога і страх, справжні причини яких не усвідомлюються, складають основу неврозу. Послідовники психоаналізу вводили уточнюючі цю тривогу поняття, підкреслюючи, що страх криється в індивідуальному несвідомому (К.Г. Юнг), або ж «базальна тривожність» формується з природних почуттів дитини, беззахисного в потенційному ворожому йому світі (К. Хорні).

Ризик появи соціальної боязні може бути збільшений за рахунок біологічних факторів. Дослідження мозку людей з симптомами соціофобії показали, що у них підвищена активність мигдалеподібного тіла. Мигдалеподібне тіло – це область мозку, що має форму мигдалини, розташована в скроневій області і відповідає за відчуття страху. У той же час активність префронтальної області кори головного мозку, відповідальної за соціальну поведінку, у таких людей зазвичай знижена.

Ще одна теорія розвитку соціофобії припускає наявність соціальних розладів через нестійкість нейромедіаторів. Мова йде про біологічно активні хімічні речовини, що відповідають за зв'язок клітин мозку. Наслідком збоїв при їх роботі може бути не тільки соціофобія, але і депресія. Передбачається, що викликати соціофобію можуть збої в роботі трьох нейромедіаторів: допаміну, серотоніну та ГАМК.

Деякі дослідники психічних розладів вважають, що сором'язливість і соціофобія можуть бути взаємопов'язані. Боязкі і сором'язливі діти мають більше шансів на розвиток цього відхилення. Точно так само, як депресія більш характерна для людей понурих і песимістично налаштованих.

«Бути сором'язливим» – значить бути «важким для зближення з причини боязкості, обережності або недовіри». Сором'язлива людина «опаслива, не розташована до зустрічей або контактів з якою-небудь певною особою чи предметом». «Вразлива, боязка, яка ухиляється від відстоювання своїх прав», сором'язлива людина може бути «схильною до самоти або потайливою з причини невпевненості в собі» або через острах домагань свого антипода, «сумнівної, підозрілої, темної особистості». Словник Вебстера визначає сором'язливість як «незручність в присутності інших людей» [20].

Страх спілкування зазвичай виникає між п'ятнадцятьма і двадцятьма роками. Природно, що молоді люди цього віку часто вважаються соромливими. Багато хто відчуває сильне напруження, якщо їм необхідно говорити або щось робити вперше. Зазвичай це проходить у міру звикання до ситуації. При соціофобії уникнення такого роду ситуацій перешкоджає нормальному процесу входження в суспільство. Звичайно соціальні фобії, що починаються в підлітковому або юнацькому віці, часто пов'язані з цькуванням чи неприйняттям з боку однолітків, іноді зі специфічним пресингом з боку вчителів, загальним високим рівнем тривожності [11, c. 28].

Якщо негайно не розпочати лікування, то соціофобія прийме затяжну форму. Звичайно, на деякий час хвороба може відступити, наприклад, якщо страждаючий соціофобією на даний момент перебуває з кимось у близьких стосунках. Візьмемо, наприклад, пацієнта Б. Він був досить сором'язливим з самого дитинства. Він закінчив середню школу і одружився у двадцять років. Особливих психологічних проблем він не відчував аж до розлучення, коли йому виповнилося тридцять років. Після розлучення він став зазнавати труднощів у встановленні відносин з іншими людьми і, особливо, не міг виносити вечірок. Він був дуже стурбований тим, що не міг вільно спілкуватися з людьми. Будучи одруженим, він спілкувався переважно зі своєю дружиною. І опинившись після розлучення наодинці з собою, він став уникати тих ситуацій спілкування, в котрих він відчував себе дискомфортно, що і є проявом соціофобії [11, c. 28].

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Соціальна фобія – це стан, що виражається, головним чином, в боязні негативної оцінки (критики, насмішок, осуду) з боку інших людей у відносно малих групах (але не в натовпі). Дослідження вітчизняних і зарубіжних авторів свідчать про велику поширеність в клініці прикордонних станів фобічних проявів. До теперішнього часу недостатньо вивченими залишаються питання патогенезу і клінічних особливостей фобічних розладів невротичної природи. У ході аналізу літератури, присвяченої вивченню соціальних фобій, вдалося з'ясувати, що їх дослідження є на даний момент дуже важливою проблемою, але в Росії і Україні їй приділено недостатньо уваги. Слабо вивчені причини виникнення соціофобії, але не більше інформації ми маємо і про методи її лікування. Більшість досліджень проведено вченими психіатрами, і практично відсутні психологічні категорії та причини виникнення соціальних фобій. В даний час соціальна фобія має статус самостійного психічного розладу в рамках МКХ-10, розроблені критерії психіатричної діагностики, медикаментозного та психотерапевтичного лікування.

Особливе значення з точки зору цілей і стратегій лікування соціофобії придбали модель самоуявлення (Schlenker & Leary, 1982) і модель когнітивної уразливості (Beck & Emery, 1985). Згідно першої моделі, вирішальну роль грає те, що індивід ставить своєю метою справити на інших особливе враження і при цьому сумнівається у своїх здібностях досягти цього. Соціофобія, таким чином, виникає з очікування або переживання соціальної оцінки в реальних чи уявних ситуаціях і мотивації справити враження, а також відчуття недостатньої власної ефективності. У подальших модифікаціях цієї моделі були додані додаткові специфічні ситуативні і диспозиційні фактори – такі, наприклад, як уявні або фактичні недоліки соціальних навичок і вмінь або низьке почуття самоцінності, здатні вплинути на мотивацію та сприйняття власної ефективності. Концепція Бека і Емері (Beck & Emery, 1985) базується на моделі когнітивних схем, під якими розуміються фундаментальні когнітивні структури, що управляють переробкою інформації, отриманої в процесі сприйняття об'єктів і подій. Когнітивні схеми допомагають адаптуватися до ситуації, вибірково викликати релевантну інформацію і вибрати релевантні аспекти актуальної ситуації. Схожі схеми об'єднуються в модуси переробки. Соціально-тривожні індивіди постійно в потоці подій оцінюють ступінь потенційної загрози і шукають можливості подолання таких ситуацій. Когнітивні спотворення у формі нелогічних і негативних думок про соціальні ситуації заважають індивіду правильно оцінити загрозу і власну ефективність. Особлива ознака соціофобії полягає в тому, що страх індивіда перед певними подіями, наприклад перед тим, що він може почервоніти під час розмови або не знати, що сказати, може викликати страх у сенсі самозбиваючогося передбачення. Страх або негативний досвід утримують тривожних людей від соціальної взаємодії і тим самим підкріплюють спотворені переконання модусу уразливості.

Існує багато теорій, що пояснюють причини розвитку соціофобії. Одна з них – теорія імітації дитиною соціофобічної поведінки батьків. Інша полягає в обмеженні розвитку соціальних навичок, тобто якщо людина не знає, як поводитися в тій чи іншій ситуації, то це може стати причиною тривоги і хвилювання. Також, не останню роль у розвитку соціофобії грає гіперопіка в дитинстві чи виховання дитини з вадою любові до нього. Ризик появи соціальної боязні може бути збільшений за рахунок біологічних факторів. Дослідження мозку людей з симптомами соціофобії показали, що у них підвищена активність мигдалеподібного тіла. Ще одна теорія розвитку соціофобії припускає наявність соціальних розладів через нестійкість нейромедіаторів. Деякі дослідники психічних розладів вважають, що сором'язливість і соціофобія можуть бути взаємопов'язані. Боязкі і сором'язливі діти мають більше шансів на розвиток цього відхилення.

**РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІОФОБІЇ**

**2.1. Методичні заходи, хід та процедура констатувального експерименту**

Для проведення дослідження було сформовано вибірку випробовуваних з 30 студентів спеціальності «Психологія» Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Було проведено наступні методики: «Шкала соціальної тривожності Лібовіца», «Шкала самооцінки тривожності Ч.Д.  Спілбергера та Ю.Л.  Ханіна», «Тест – опитувальник самовідношення В.В.  Століна».

Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS, «Шкала соціальної тривожності Лібовіца») – це широко використовуваний інструмент для оцінки страху перед певними соціальними ситуаціями та уникнення. LSAS складається з двох підшкал, які вимірюють ступінь труднощів при соціальній взаємодії і при виконанні певних видів дій (наприклад, прийом їжі, розмова по телефону) на публіці, в присутності інших людей. Респондентам пропонується дати оцінку ступеня свого страху за шкалою від 0 (відсутня) до 3 (вкрай сильний) і уникнення за шкалою від 0 (ніколи) до 3 (зазвичай – в 67-100% випадків) в 24 запропонованих ситуаціях (див. Додаток А).

Основні психометричні дані були отримані в ході дослідження вибірки з 382 пацієнтів з діагнозом «соціофобія», які брали участь в оцінці результатів лікування.

Результати LSAS добре корелюють з результатами інших опитувальників на соціальну тривожність і результатами клінічних інтерв'ю, а також кількома інструментами для самодіагностики, що підтверджує конвергентну валідність.

Також була продемонстрована дискримінантна валідність: результати LSAS лише помірно корелють з оцінками депресії.

Існує версія опитувальника для самостійної оцінки та електронний варіант цього опитувальника [11].

Випробуваним пропонується перелік ситуацій, щодо кожної з яких він повинен відповісти на два питання.

Перше питання: «Наскільки турбує або лякає вас така ситуація?»

Друге питання: «Як часто ви уникаєте подібну ситуацію?»

При обробці спочатку обчислюються субшкали.

«Страх соціальної взаємодії» (сума значень за шкалою «Страх» в питаннях 5,7, 10-12, 15, 18, 19, 22-24),

«Страх виконання дій на публіці» (сума значень за шкалою «Страх» в питаннях 1-4, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20, 21),

«Уникання соціальної взаємодії» (сума значень за шкалою «Уникання» в питаннях 5,7, 10-12, 15, 18, 19, 22-24) і

«Уникання виконання дій на публіці» (сума значень за шкалою «Уникання» в питаннях 1-4, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20, 21) [11].

Потім виробляється обчислення значень шкал «Загальний страх» і «Загальне уникнення» за допомогою підсумовування всіх значень за шкалою «Страх» і «Уникання» відповідно. Нарешті, сума показників «Загальний страх» і «Загальне уникнення» дає показник «Соціальна тривожність», також у деяких джерелах позначається як «Ступінь соціофобії». Для цього показника пропонуються відповідні рівні.

Таблиця 2.1

**Опис рівнів соціофобії**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Бали | Рівень соціофобії | Опис рівня |
| Менш 55 | - | Згідно з опитувальником не можуть бути діагностовані як страждаючі соціальним |

Продовж. табл. 2.1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | тривожним розладом (соціофобією). |
| 55-65 | Помірна  соціофобія | Результати з цієї групи в загальному випадку не говорять про соціофобії як таку, але свідчать про труднощі в якомусь конкретному виді діяльності. |
| 65-80 | Явна  соціофобія | При клінічному обстеженні в цю групу найчастіше потрапляють результати пацієнтів, діагностованих негенералізованою формою соціофобії. |
| 80-95 | Сильна  соціофобія | Результат свідчить про наявність соціофобії в генералізованій формі. |
| Понад 95 | Дуже сильна соціофобія | Результат свідчить про наявність соціофобії в генералізованій формі, що впливає значний негативний вплив на якість життя індивіда. |

Шкали тривоги і тривожності Спілбергера – являють собою групу особистісних опитувальників, розроблених Ч.Д.Спілбергером в 1966-1973 рр.. Згідно концепції Спілбергера, слід розрізняти тривогу як стан і тривожність як властивість особистості.

Вимірювання тривожності як властивості особистості особливо важливо, так як ця властивість багато в чому обумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної діяльної особистості.

У кожної людини існує свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї істотним компонентом самоконтролю і самовиховання.

Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий «віяло» ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них певною реакцією.

Як схильність, особистісна тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні для самооцінки, самоповаги.

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічності в часі.

Особистості, що відносяться до категорії високотревожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати дуже вираженим станом тривожності.

Якщо психологічний тест висловлює у випробуваного високий показник особистісної тривожності, то це дає підставу припускати в нього появу стану тривожності.

Тривожність може бути в різноманітних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його компетенції та престижу [34, c. 121].

Більшість з відомих методів вимірювання тривожності дозволяє оцінити тільки або особистісну, або стан тривожності, або більш специфічні реакції. Єдиною методикою, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан є методика, яка була запропонована Ч.Д. Спілбергером. Російською мовою його шкала була адаптована Ю.Л. Ханіним.

Тривога – реакція на небезпеку, реальну або уявну, емоційний стан дифузного безоб'ектное страху, що характеризується невизначеним відчуттям загрози, на відміну від страху, який являє собою реакцію на цілком певну небезпеку.

Тривожність – індивідуальна психологічна особливість, яка полягає в підвищеній схильності відчувати неспокій в різних життєвих ситуаціях, в тому числі і тих, об'єктивні характеристики яких до цього не привертають.

З точки зору автора, існує можливість вимірювання відмінностей між двома згаданими видами психічних проявів, які позначаються A-state (тривога-стан) та A-trait (тривога-риса), тобто між тимчасовими, минущими особливостями і щодо постійним нахилом. Розуміння тривоги в теорії Спілбергера визначається такими положеннями:

1. Ситуації, що представляють для людини певну загрозу або особистісно значимі, викликають в ньому стан тривоги. Суб'єктивно тривога переживається як неприємне емоційний стан різної інтенсивності;

2. Інтенсивність переживання тривоги пропорційна ступеню загрози або значимості причини переживань. Від цих факторів залежить тривалість переживання стану тривоги;

3. Високотревожние індивіди сприймають ситуації або обставини, які потенційно містять можливість невдачі або загрози, більш інтенсивно;

4. Ситуація тривоги супроводжується змінами в поведінці або ж мобілізує захисні механізми особистості.

Часто повторювані стресові ситуації приводять до вироблення типових механізмів захисту [34, c. 122].

Концепція Спілбергера формувалася під впливом психоаналізу. У виникненні тривожності як риси провідну роль він відводить взаєминам з батьками на ранніх етапах розвитку дитини, а також певним подіям, провідним до фіксації страхів у дитячому віці.

Первинну оцінку автор перекладав в процентільні показники, обчислені окремо для чоловіків і жінок. Крім цього, Спілбергер наводить середні показники тривожності і тривоги для окремих контингентів випробуваних (операторів, митників, диспетчерів залізниці, робітників, студентів, керівних працівників, алкоголіків, шизофреніків) [32].

Отримав широке поширення російськомовний варіант STAI, який відомий як шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Ю.Л.Ханін адаптував, модифікував і стандартизував методику, а також отримав орієнтовні нормативи за рівнями вираженості тривожності.

Тест може застосовуватись для дослідження осіб старше 16 років.

Даний текст є надійним і інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Тест можна використовувати для саморегуляції в цілях керівництва і псіхокрррекціонной діяльності.

Опитувальник допускає індивідуальне і групове використання. Текст методики зачитується або пред'являється випробуваному списком на заздалегідь підготовлених бланках (див. Додаток Б). Тривалість обстеження становить приблизно 5-8 хв .

Якщо випробуваний відповів менше ніж на 18 питань по кожному з варіантів опитувальника, то обробка результатів не має взагалі сенсу. Користуватися можна і однією і двома шкалами.

Шкала самооцінки складається з двох частин, роздільно оцінюють реактивну (РТ, вислови № 1-20) і особистісну (ЛТ, вислови № 21-40) тривожність [32].

Показники РТ і ЛТ підраховуються за формулами

PT = Σ1-Σ2 +35, де (2.1)

Σ1 - сума закреслених цифр на бланку по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ2 - сума інших закреслених цифр по пунктах 1,2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

ЛТ = Σ1-Σ2 +35, де (2.2)

Σ1 - сума закреслених цифр на бланку по пунктах 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ2 - сума інших закреслених цифр по пунктах 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Для оцінки динаміки стану тривоги (наприклад, до занять аутотренінгом і після курсу аутотренінгу) можна використовувати першу половину шкали (вислови № 1-20) і укорочений варіант шкали, на заповнення якого йдуть 10-15 секунд:

У цьому випадку показник РТ вираховується за формулою:

РТ = Σ1-Σ2 +15, де (2.3)

Σ1 - сума викреслених цифр по пунктах 2,5;

Σ2 - сума за пунктами 1, 3, 4.

Величина показника РТ в цьому випадку лежить в межах від 5 до 20.

При аналізі результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній з підшкал може знаходитися в діапазоні від 20 до 80 балів.

При цьому чим вище підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- До 30 балів-низька тривожність;

- 31-45 балів - помірна тривожність;

- 46 і більше балів - висока тривожність.

Ситуативна (реактивна) тривога - це тенденція сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливі для себе [32].

Найбільш часто психологічний стрес протікає у формі реактивної тривожності. Реактивна тривожність характеризується суб'єктивно пережитими емоціями, напруженням, неспокоєм, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність викликає порушення уваги, іноді порушення тонкої координації. Занадто низький її рівень може погано позначитися на результатах діяльності.

Стан реактивної тривожності виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію. Зазвичай рівень реактивної тривожності змінюється (підвищується або знижується) напередодні важливих зустрічей, перед виконанням відповідальних завдань, змаганнями, виступами в аудиторії. Тривожність може бути результатом недавно пережитих подій, емоційне враження від яких ще не втратило свого впливу на особистість.

Але реактивна тривожність не є спочатку негативною рисою. Певний рівень тривожності – необхідна умова для успішної діяльності. При цьому існує індивідуальний рівень «корисної тривоги» [34].

Особистісна тривога – це тенденція реагувати на ці ситуації появою різного рівня тривоги. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Особистісна тривожність це також стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденцій сприймати досить широкий віяло ситуацій як загрозливі (тенденція уникнення).

Як схильність особистісна тривожність актуалізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні, пов'язані із загрозою його престижу, самооцінці, його самоповазі і т.д.

Тривожність не є спочатку негативною рисою. Певний рівень тривожності природна й обов'язкова особливість активної особистості.

При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень «корисної тривоги» [34].

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність припускає схильність до появи стану тривоги у людини в ситуаціях оцінки його компетентності. У цьому випадку слід знизити суб'єктивну значимість ситуації і завдань і перенести акцент на осмислення діяльності і формування відчуття упевненості в успіху.

Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності і підвищення почуття відповідальності. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особистістю високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі» [34].

Опитувальник самовідношення являє собою багатовимірний психодіагностичний інструмент, заснований на принципі стандартизованого самозвіту. Опитувальник містить 57 пунктів (див. Додаток В).

Факторна структура опитувальника виявлялася на вибірці 175 студентів гуманітарних вузів Москви (115 жінок і 60 чоловіків). Середній вік - 20 років.

Опитувальник самоставлення побудований відповідно до розробленої В.В.Століним ієрархічної моделі структури самоставлення. Опитувальник дозволяє виявити три рівні самовідношення, що відрізняються за ступенем узагальненості:

- Глобальне самоставлення;

- Самовідношення, диференційоване по самоповазі, аутосимпатії

самоінтересу і очікуванням ставлення до себе;

- Рівень конкретних дій (готовностей до них) у відношенні до свого «Я».

В якості вихідного приймається відмінність змісту «Я-образу» (знання або уявлення про себе, в тому числі і у формі оцінки вираженості тих чи інших рис) і самоставлення [32].

В ході життя людина пізнає себе і накопичує про себе знання, ці знання складають змістовну частину її уявлень про себе. Однак знання про себе самого, природно, їй небайдужі: те, що в них розкривається, виявляється об'єктом її емоцій, оцінок, стає предметом її більш менш стійкого самовідношення.

Більшість формулювань оригінальні, два твердження були взяті з опитувальника локусу конторолю Дж. Роттера. Затвердження формулювалися від першої особи; використовувалися два варіанти відповідей: згоден і не згоден.

Інструкція та процедура опитування були спрямовані на зниження впливу соціальної бажаності і стратегії самоподачі.

Найменше число спотворень виникає в тому випадку, якщо випробуваний має особисту зацікавленість у результатах експерименту, але не вбачає в інформації, яку очікує отримати від психолога, щось визначальне його життя в широкому масштабі. Такий рівень мотивації буває тоді, коли у випробуваного є бажання розширити знання про самого себе, випробувати себе, перевірити.

Опитувальник включає наступні шкали.

Шкала S – глобальне самоставлення; вимірює інтегральне почуття «за» або «проти» власне «Я» випробуваного.

Шкала I – самоповага.

Шкала II – аутосімпатія.

Шкала III – очікуване ставлення від інших.

Шкала IV – самоінтерес [32].

Глобальне самоставлення – внутрішньо недиференційоване почуття «за» і «проти» самого себе.

Самоповага – шкала з 15 пунктів, що об'єднали твердження, що стосуються «внутрішньої послідовності», «саморозуміння», «самовпевненості».

Мова йде про ті аспекті самоставлення, який емоційно і змістовно об'єднує віру в свої сили, здібності, енергію, самостійність, оцінку своїх можливостей, контролювати власне життя і бути самопослідовним, розуміти самого себе.

Аутосимпатія – шкала з 16 пунктів, що об'єднує пункти, в яких відображається дружність-ворожість до власного «Я». У шкалу увійшли пункти, що стосуються «самоприйняття», «самозвинувачення».

У змістовному плані шкала на позитивному полюсі об'єднує схвалення себе в цілому і в суттєвих деталях, довіру до себе і позитивну самооцінку, на негативному полюсі – бачення в собі переважно недоліків, низьку самооцінку, готовність до самозвинувачення. Пункти свідчать про такі емоційні реакції на себе, як роздратування, презирство, глузування, винесення самовироку («і по заслузі тобі»).

Самоінтерес – шкала з 8 пунктів, відображає міру близькості до самого себе, зокрема інтерес до власних думок і почуттів, готовність спілкуватися з собою «на рівних», впевненість у своїй цікавинки для інших.

Очікуване відношення від інших – шкала з 13 пунктів, що відображають очікування позитивного чи негативного ставлення до себе оточуючих.

Опитувальник містить також сім шкал спрямованих на вимірювання вираженості установки на ті або інші внутрішні дії на адресу «Я» випробуваного.

Шкала 1 – самовпевненість;

Шкала 2 – відношення інших;

Шкала 3 – самоприйняття;

Шкала 4 – саморуководство;

Шкала 5 – самозвинувачення;

Шкала 6 – самоінтерес;

Шкала 7 – саморозуміння [32].

Опитувальник може бути використаний в ситуації «клієнта», тобто для вироблення цілей психологічного впливу в умовах обігу за психологічною допомогою.

Пряма форма більшості питань і відсутність коригуючих шкал не дозволяють використовувати опитувальник в експертних ситуаціях [13].

**2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту**

Першим етапом проведення констатувального експерименту було проведення методики «Шкала соціальної тривожності Лібовіца» (див.  табл.  2.2).

Таблиця 2.2

**Результати дослідження за методикою «Шкала соціальної тривожності Лібовіца»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №респ | Бали за шкалою «страх» | Бали за шкалою «уникання» | Рівень соціофобії |
| 1 | 22 | 21 | Не виявлено (43) |
| 2 | 26 | 38 | Помірна соціофобія (64) |
| 3 | 29 | 38 | Явна соціофобія (67) |
| 4 | 19 | 20 | Не виявлено (39) |
| 5 | 25 | 31 | Помірна соціофобія (56) |
| 6 | 37 | 32 | Явна соціофобія (69) |
| 7 | 11 | 8 | Не виявлено (19) |
| 8 | 22 | 23 | Не виявлено (45) |
| 9 | 30 | 28 | Помірна соціофобія (58) |
| 10 | 38 | 42 | Явна соціофобія (80) |
| 11 | 20 | 33 | Не виявлено (53) |
| 12 | 18 | 27 | Не виявлено (45) |
| 13 | 26 | 12 | Не виявлено (38) |
| 14 | 9 | 18 | Не виявлено (27) |
| 15 | 21 | 10 | Не виявлено (31) |
| 16 | 24 | 22 | Не виявлено (46) |
| 17 | 14 | 18 | Не виявлено (32) |
| 18 | 32 | 21 | Не виявлено (53) |
| 19 | 6 | 3 | Не виявлено (9) |
| 20 | 37 | 23 | Помірна соціофобія (60) |
| 21 | 27 | 17 | Не виявлено (44) |
| 22 | 30 | 17 | Не виявлено (47) |
| 23 | 17 | 11 | Не виявлено (28) |
| 24 | 37 | 13 | Не виявлено (50) |
| 25 | 2 | 1 | Не виявлено (3) |
| 26 | 18 | 25 | Не виявлено (43) |
| 27 | 13 | 16 | Не виявлено (29) |
| 28 | 4 | 8 | Не виявлено (12) |
| 29 | 10 | 13 | Не виявлено (23) |
| 30 | 26 | 18 | Не виявлено (44) |

Більш наочно результати дослідження представлені на рис. 2.2.



**Рис. 2.2. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів за рівнями виявленої соціофобії**

З результатів проведеної методики видно, що у 77 % досліджуваних соціофобію не виявлено, у 13 % досліджуваних помірна соціофобія та у 10 % явна соціофобія. Помірний рівень соціофобії не говорить про соціофобію як таку, але свідчить про труднощі в якомусь конкретному виді діяльності.

Другим етапом проведення експерименту було проведення методики «Шкала самооцінки тривожності Ч.Д.  Спілбергера та Ю.Л.  Ханіна» (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Результати дослідження за методикою «Шкала самооцінки тривожності Ч.Д.  Спілбергера та Ю.Л.  Ханіна»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №респ | Рівень реактивної тривожності | Рівень особистісної тривожності |
| 1 | Низький | високий |
| 2 | Низький | помірний |
| 3 | Низький | помірний |
| 4 | Низький | помірний |
| 5 | Низький | високий |
| 6 | Низький | помірний |
| 7 | Низький | помірний |
| 8 | Низький | помірний |
| 9 | Помірний | високий |
| 10 | Помірний | високий |
| 11 | низький | помірний |
| 12 | низький | помірний |
| 13 | помірний | помірний |
| 14 | низький | помірний |
| 15 | низький | помірний |
| 16 | помірний | низький |
| 17 | низький | помірний |
| 18 | низький | помірний |
| 19 | низький | низький |
| 20 | помірний | помірний |
| 21 | низький | помірний |
| 22 | низький | помірний |
| 23 | низький | помірний |
| 24 | низький | помірний |
| 25 | низький | низький |
| 26 | низький | помірний |
| 27 | низький | помірний |
| 28 | низький | низький |
| 29 | низький | помірний |
| 30 | низький | помірний |

Більш наочно результати дослідження представлені на рис. 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8.



**Рис. 2.3. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з явною соціофобією за рівнями реактивної тривожності**



**Рис. 2.4. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з явною соціофобією за рівнями особистісної тривожності**



**Рис. 2.5. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з помірною соціофобією за рівнями реактивної тривожності**



**Рис. 2.6. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з помірною соціофобією за рівнями особистісної тривожності**



**Рис. 2.7. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з невиявленою соціофобією за рівнями реактивної тривожності**



**Рис. 2.8. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з невиявленою соціофобією за рівнями особистісної тривожності**

Серед досліджуваних з помірною соціофобією50 % мають низький рівень реактивної (ситуативної) тривожности та 50% мають помірний; 50 % мають помірний рівень особистісної тривожності та 50 % високий.

Серед досліджуваних з явною соціофобією 67 % з низьким рівнем реактивної тривожності та 33 % з помірним; 67 % мають помірний рівень особистісної тривожності та 33% високий. Але й більшість досліджуваних з невиявленою соціофобією (65 %) також мають низький рівень реактивної тривожності; 78 % досліджуваних мають помірний рівень особистісної тривожності.

Отже низький рівень реактивної тривожності властив досліджуваним студентам, котрі мають соціофобію та і в котрих соціофобію не виявлено. Помірний рівень особистісної тривожності також мають студенти і з соціофобією, і без неї.

Третім етапом проведення експерименту було проведення методики «Тест – опитувальник самовідношення В.В.  Століна» (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Результати дослідження за методикою «Тест – опитувальник самовідношення В.В.  Століна»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №респ. | | Шкала S | | Шкала I | | Шкала II | | Шкала III | | Шкала IV | | | Ш. 1 | | Ш. 2 | Ш. 3 | | | Ш. 4 | Ш. 5 | | Ш. 6 | | Ш. 7 | |
| 1 | | 85 | | 91 | | 90 | | 72 | | 92 | | | 65 | | 80 | 89 | | | 79 | 15 | | 80 | | 83 | |
| 2 | | 96 | | 96 | | 86 | | 100 | | 100 | | | 81 | | 100 | 70 | | | 79 | 15 | | 100 | | 94 | |
| 3 | | 96 | | 91 | | 77 | | 72 | | 100 | | | 65 | | 51 | 100 | | | 79 | 27 | | 100 | | 94 | |
| 4 | | 96 | | 91 | | 96 | | 72 | | 100 | | | 81 | | 80 | 89 | | | 92 | 27 | | 100 | | 83 | |
| 5 | | 88 | | 58 | | 90 | | 91 | | 100 | | | 65 | | 80 | 100 | | | 79 | 27 | | 100 | | 43 | |
| 6 | | 98 | | 100 | | 98 | | 53 | | 100 | | | 92 | | 51 | 100 | | | 79 | 15 | | 100 | | 99 | |
| 7 | | 98 | | 99 | | 96 | | 72 | | 92 | | | 92 | | 51 | 100 | | | 79 | 4 | | 100 | | 83 | |
| 8 | | 93 | | 91 | | 86 | | 72 | | 100 | | | 50 | | 80 | 89 | | | 92 | 15 | | 100 | | 68 | |
| 9 | | 38 | | 16 | | 69 | | 72 | | 71 | | | 16 | | 51 | 89 | | | 60 | 43 | | 80 | | 43 | |
| 10 | | 85 | | 44 | | 77 | | 91 | | 100 | | | 16 | | 80 | 89 | | | 92 | 27 | | 100 | | 68 | |
| 11 | | 92 | | 91 | | 97 | | 71 | | 95 | | | 95 | | 54 | 90 | | | 78 | 11 | | 100 | | 66 | |
| 12 | | 98 | | 100 | | 97 | | 70 | | 100 | | | 54 | | 60 | 93 | | | 92 | 16 | | 98 | | 82 | |
| 13 | | 95 | | 92 | | 96 | | 72 | | 100 | | | 81 | | 80 | 89 | | | 90 | 27 | | 100 | | 83 | |
| 14 | | 90 | | 89 | | 96 | | 71 | | 100 | | | 85 | | 80 | 86 | | | 90 | 28 | | 99 | | 88 | |
| 15 | | 94 | | 91 | | 96 | | 78 | | 100 | | | 81 | | 80 | 91 | | | 94 | 32 | | 100 | | 84 | |
| 16 | | 85 | | 93 | | 89 | | 71 | | 92 | | | 65 | | 78 | 82 | | | 79 | 15 | | 77 | | 83 | |
| 17 | | 79 | | 90 | | 96 | | 72 | | 95 | | | 91 | | 51 | 88 | | | 77 | 4 | | 100 | | 83 | |
| 18 | | 98 | | 99 | | 96 | | 72 | | 92 | | | 92 | | 51 | 100 | | | 79 | 5 | | 100 | | 81 | |
| 19 | | 93 | | 94 | | 96 | | 72 | | 87 | | | 92 | | 51 | 100 | | | 80 | 8 | | 100 | | 84 | |
| 20 | | 39 | | 20 | | 70 | | 73 | | 80 | | | 92 | | 55 | 95 | | | 78 | 15 | | 98 | | 95 | |
| 21 | | 84 | | 92 | | 90 | | 72 | | 92 | | | 65 | | 80 | 89 | | | 79 | 15 | | 80 | | 83 | |
| 22 | | 97 | | 99 | | 96 | | 69 | | 98 | | | 51 | | 60 | 92 | | | 92 | 18 | | 98 | | 81 | |
| 23 | | 95 | | 89 | | 96 | | 71 | | 100 | | | 85 | | 80 | 86 | | | 90 | 28 | | 99 | | 90 | |
| 24 | 91 | | 90 | | 80 | | 68 | | 100 | | 52 | 80 | | 89 | | | 92 | 21 | | | 100 | | 68 | |
| 25 | 98 | | 99 | | 96 | | 71 | | 92 | | 97 | 58 | | 100 | | | 79 | 4 | | | 100 | | 82 | |
| 26 | 96 | | 91 | | 97 | | 70 | | 90 | | 95 | 54 | | 90 | | | 78 | 17 | | | 100 | | 68 | |
| 27 | 85 | | 91 | | 89 | | 72 | | 92 | | 65 | 86 | | 89 | | | 79 | 15 | | | 80 | | 84 | |
| 28 | 96 | | 91 | | 96 | | 72 | | 100 | | 81 | 80 | | 90 | | | 90 | 28 | | | 100 | | 81 | |
| 29 | 89 | | 99 | | 96 | | 72 | | 99 | | 92 | 51 | | 100 | | | 79 | 10 | | | 100 | | 83 | |
| 30 | 93 | | 96 | | 80 | | 78 | | 99 | | 50 | 80 | | 89 | | | 92 | 15 | | | 98 | | 68 | |

Більш наочно результати дослідження представлені на рис. 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13, 2.14, 2.15, 2.16.



**Рис. 2.9. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з помірною соціофобією за шкалою S**



**Рис. 2.10. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з явною соціофобією за шкалою S**



**Рис. 2.11. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з помірною соціофобією за шкалою самоповаги**



**Рис. 2.12. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з явною соціофобією за шкалою самоповаги**



**Рис. 2.13. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з помірною соціофобією за шкалою самовпевненості**



**Рис. 2.14. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з явною соціофобією за шкалою самовпевненості**



**Рис. 2.15. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з помірною соціофобією за шкалою саморозуміння**



**Рис. 2.16. Сегментограма розподілу досліджуваних студентів з явною соціофобією за шкалою саморозуміння**

З результатів проведеної методики видно, що 50 % досліджуваних з помірною соціофобією мають не виражений показник за шкалою S, це свідчить про переважання в них інтегрального почуття «проти» власного «Я». Але усі досліджувані з явною соціофобією мають яскраво виражене інтегральне почуття «за» власне «Я». 50 % досліджуваних з помірною соціофобією мають не виражений показник за шкалою самоповаги, тобто самоповаги не вистачає. Один досліджуваний з явною соціофобією також має нестачу самоповаги. Одному досліджуваному з помірною соціофобією та одному досліджуваному з явною не вистачає самовпевненості. У всіх тридцяти досліджуваних низький показник за шкалою самозвинувачення. У 50 % досліджуваних з помірною соціофобією низький показник за шкалою саморозуміння, але у досліджуваних з явною соціофобією показник за цією шкалою у нормі.

**Загальний висновок констатувального експерименту:** З результатів проведеної методики «Шкала соціальної тривожності Лібовіца» виявлено наявність у 10 % досліджуваних студентів явної та в 13 % помірної соціофобії. Помірний рівень соціофобії не говорить про соціофобію як таку, але свідчить про труднощі в якомусь конкретному виді діяльності.

А за методикою «Шкала самооцінки тривожності Ч.Д.  Спілбергера та Ю.Л.  Ханіна» 50 % студентів з помірною соціофобією мають низький рівень реактивної (ситуативної) тривожности та 50% мають помірний; 50 % мають помірний рівень особистісної тривожності та 50 % високий. Серед досліджуваних з явною соціофобією 67 % з низьким рівнем реактивної тривожності та 33 % з помірним; 67 % мають помірний рівень особистісної тривожності та 33% високий.

Але й більшість досліджуваних з невиявленою соціофобією (65 %) також мають низький рівень реактивної тривожності; 78 % мають помірний рівень особистісної тривожності.

Отже низький рівень реактивної тривожності можуть мати люди, котрі не страждають соціофобією та і в котрих вона є. Помірний рівень особистісної тривожності також мають студенти і з соціофобією, і без неї. Отже можна зробити висновок, що помірний рівень особистісної тривожності може бути притаманий і людям, які соціофобію не мають.

З методики «Тест – опитувальник самовідношення В.В.  Століна» видно, що що у 50 % досліджуваних з помірною соціофобією переважає інтегральне почуття «проти» власного «Я». Але усі досліджувані з явною соціофобією мають яскраво виражене інтегральне почуття «за» власне «Я». 50 % досліджуваних з помірною соціофобією мають не виражений показник за шкалою самоповаги, тобто самоповаги не вистачає. Один досліджуваний з явною соціофобією також має нестачу самоповаги. Одному досліджуваному з помірною соціофобією та одному досліджуваному з явною не вистачає самовпевненості.

У всіх тридцяти досліджуваних низький показник за шкалою самозвинувачення. У 50 % досліджуваних з помірною соціофобією низький показник за шкалою саморозуміння, але у досліджуваних з явною соціофобією показник за цією шкалою у нормі.

**2.3. Основні підходи до корекції соціофобії**

У поведінкової терапії соціофобії виділяють три важливих положення:

1. Робота з зухвалими тривогу думками.

2. Виробка соціальних навичок.

3. Подолання відчуження.

Ці три положення можна як комбінувати, так і використовувати незалежно один від одного [11, с. 30].

Робота з зухвалими тривогу думками. Вона відома також як когнітивна терапія (пізнання = думка). Перший крок полягає у відстеженні негативних думок (наприклад, «Я впевнений, що у мене з'явитися тремтіння», або «Вони вважатимуть мене занудою», або «Буде жахливо, якщо я йому не сподобаюся»).

Такі думки відслідковуються для того, щоб визначити їх відповідність дійсному стану речей. По можливості вони трансформуються в більш реалістичні і часто стають позитивними.

Почуття не завжди автоматично є наслідком подій. Спочатку ми щось думаємо з приводу подій, а потім виникає почуття [11].

Схематично це виглядає так:

1) подія,

2) думка,

3) почуття.

Дуже важливо навчитися розрізняти і розмежовувати події, думки і почуття.

Пізніше це дозволить вам більш ефективно орієнтуватися в проблемних ситуаціях.

Мета аналізу ваших почуттів і думок полягає в тому, щоб навчитися розрізняти в самому собі події, почуття і думки, які призводять до певних переживань. Ви можете досягти цього шляхом багаторазового розгляду у вашій «Робочої зошити» моменту, пов'язаного з певним переживанням.

Наприклад, ви відчуваєте напругу. Ви визначаєте, яка подія (на вашу думку) передувало цьому напрузі (наприклад, зустріч з батьками вашої дівчини). Ви згадуєте, які думки у вас були в період між подією і виникненням напруги. Наприклад: «Можливо, вони подумали, що я недостатньо хороший для їхньої дочки».

У цьому випадку запис у щоденнику буде наступною:

Дата: 1 липня.

Подія: знайомство з батьками моєї дівчини.

Почуття: тривога, напруга.

Думки: вони подумають, що я недостатньо хороший для їхньої дочки.

Важливо оцінювати думки, беручи до уваги почуття і їх інтенсивність.

Тому дуже важливо постійно вести «Робочий зошит». Продовжувати наполегливі пошуки тривожних думок зовсім не так просто. Це завдання можна полегшити:

1) задаючи собі, наприклад, такі питання: «А що ще може статися? А що потім? А що після цього? »;« Що найгірше може статися? »,« Що найгірше з усього цього? »;

2) уявляючи, як все могло б обернутися. Цю техніку ми іноді називаємо «Переглянути кіно повністю». У більшості людей зберігається тенденція уникати будь-якого самоаналізу, що цілком зрозуміло не надто приємними переживаннями, пов'язаними з цим процесом. Однак ви повинні подолати такі тенденції, якщо вирішуєте застосувати цей метод. Тільки тоді, коли негативні думки будуть конкретизовані та визначено, з'явиться можливість їх змінити. Рано чи пізно ви зможете цілком успішно відстежувати такі думки[11, c. 42].

Заповнюючи щоденник, завжди запитуйте та перевіряйте себе по наступних позиціях:

1. Подія, що відбулася - це щось конкретне і об'єктивне або тільки думка про подію, думка, ідея чи почуття? Воно сприйнято так само об'єктивно, як фіксує об'єктив відеокамери?

2. Чи відноситься це почуття до числа базових, таких, як печаль, провина, сором, гнів, роздратування, тривога або напруга, описаних на початку третього розділу? Чи може це бути замаскована під почуття думка, наприклад, «Я відчуваю, що не подобаюся йому»?

3. Виявляються думки-твердження або думки-питання? Виражені вони в позитивної формі?

4. Чи відображають думки ваші почуття, чи відповідають вони інтенсивності почуттів? Якщо ні, то повинні бути присутніми неусвідомлювані думки, які відповідають інтенсивності переживання.

Якщо ви досягли певного рівня у відстеженні своїх думок, то надалі це вміння можна розвинути в нову здатність. З цього моменту додається четвертий крок, який називається «зміна думок».

Існують два основних шляхи зміни думок:

• ретельне вивчення;

• новий досвід, який показує неправильність ваших думок [11].

Спочатку визначте, чи дійсно ваші думки раціональні і відповідають реальним подіям. Це можна зробити за допомогою певного числа стандартних питань. Задавайте такі питання по кожній думці, яку ви хотіли б змінити.

Це дозволить вам придбати гарний бойовий настрій стосовно своєї власної думки.

З часом ви зможете задавати собі інші питання, які будуть для вас корисними.

1. Якщо я гляну на весь свій досвід аж до сьогоднішнього дня, то чи буде ця думка об'єктивною?

2. Як, за моїми спостереженнями, інші відчували себе в подібних ситуаціях?

3. Чи можу я почути щось по радіо, або побачити по телевізору, або прочитати в книзі чи журналі, або дізнатися від інших людей, що доводило б правдивість моєї думки?

4. Чи може що-небудь довести неправильність мого судження?

5. Чи можуть інші люди (можна назвати когось конкретно) думати так само, як і я?

6. Якщо це стосується засудження інших людей: «Чи буду я думати як і раніше, якщо ситуація прийме інший оборот!»

7. Якщо хтось інший думає так само і я бажаю зменшити його тривогу, які конкретні факти я міг би протиставити його думкам?

8. Чи можу я до тієї ж самої ситуації підійти з іншими думками, які будуть менш тривожними? Якщо так, то чому це відбувається насправді? (Ці думки ви будете записувати в графі нові думки.)

Відповівши на ці та інші питання і заперечення, ви зможете досить незалежно визначати ступінь раціональності ваших думок. Часто вона досить невелика або взагалі відсутня. У такому випадку ваші думки ірраціональні, їх можна зрозуміти, але вони в корені невірні. Тому ви шукаєте нові думки, що пояснюють подію [11].

Другий шлях зміни ірраціональних думок полягає в засвоєнні нового досвіду, що показує неспроможність ваших припущень. Ви можете провести тести для отримання інформації про ймовірність ваших думок (або її відсутність). Це так звані поведінкові експерименти.

По-перше, можна запитати інших: «Ви що-небудь помітили? Що ви подумали, коли Т. так почервонів? Що ви думаєте про ...? »І так далі.

По-друге, можна звернути увагу на те, яка реакція людей на ваш вчинок, щоб перевірити істинність ваших припущень. Наприклад, якщо ви думаєте, що люди будуть робити уїдливі зауваження вам услід, якщо ви першим підете з вечірки, то кращий спосіб це перевірити - одного разу раніше піти з вечірки. Якщо вам все ще важко зробити це самому, то в якості експерименту можете попросити друга піти трохи раніше вас і самостійно поспостерігати за реакцією інших [11].

Люди з соціофобією часто формують негативний образ себе. Внаслідок негативного та ірраціонального мислення людина надалі починає з готовністю погоджуватися з припущенням, що інші погано про нього думають. Для того щоб подолати ці патерни сприйняття світу і себе самого в негативному світлі, корисно вміти знаходити в собі і навколишньому позитивні сторони. Для цього ви можете почати вести позитивний щоденник, куди кожен день будете записувати свої позитивні переживання і дії.

Люди, які страждають соціофобією, вважають, що оточуючі негативно до них налаштовані. Люди часто занадто рідко і мало говорять про те, що доброго вони бачать в іншій людині. Більшість з нас з більшою охотою критикують, ніж хвалять. У ситуації, коли оточуючі неясно висловлюють емоції, що страждає соціофобією з легкістю припускає, що всі відчувають до нього неприязнь.

Досить корисно запитати кількох знайомих, що доброго вони бачать у вас. Це вимагає деяких зусиль, так як ні ви, ні інші люди не звикли говорити про такі речі. Проте це може виявитися досить захоплюючим досвідом. Якщо ви будете ретельно записувати висловлювання, що стосуються вас особисто, то тим самим отримаєте хороший матеріал для використання його в позитивному щоденників [11].

Після нетривалої практики ведення позитивного щоденника, оглядаючи свої позитивні якості, ви сможете сформулювати позитивну установку. Наприклад, «Я можу бути задоволений собою; у мене багато хороших якостей».

Придбання соціальних навичок. Доведено, що у більшості страждаючих соціофобією тривога зумовлена нестачею певних соціальних навичок. Ризик виявитися незрозумілим збільшується, коли людина не може почати бесіду або відмовити у відповідь на прохання. Придбання соціальних навичок зазвичай відбувається в умовах групи, де в процесі рольових ігор моделюються, обговорюються і розігруються ті чи інші соціальні ситуації[11].

Починати краще всього з тренувальних ситуацій, контактуючи з людьми, яких ви найменше соромитеся.

На перших порах, ймовірно, буде корисно діяти за заздалегідь приготовленому плану. Пізніше, коли переляк буде не таким явним, ви можете імпровізувати.

Репетируючи свої дії перед поданням, ви зможете домогтися потрібного ефекту там, де це вам необхідно. Програвайте в розумі ситуації, необхідні вам для самоствердження, повторюйте жести і рухи перед дзеркалом.

Вас хто-небудь слухає? Говоріть!

Розвивайте вміння користуватися голосом і мімікою, використовуйте маски, які підходять для сцени: воля, зацікавленість, прикрість, гнів, ніжність[20].

Подолання відчуження. Поведінкова терапія не може бути успішною, поки не подолано відчуження.

Дуже ефективні вправи «на розкриття», особливо в ситуаціях, що провокують тривогу.

Починають звичайно з простих ситуацій, поступово ускладнюючи їх. Тривога, що виникає при виконанні цих вправ, буде поступово зменшуватися. При виконанні таких завдань людина виявляє, що очікуваний нею негативний ефект не відповідає дійсності, і до наступної ситуації вона підходить з великим почуттям впевненості в собі [24].

Записуйте свою реакцію на кожне з виконаних вами вправ, так само як і реакцію своїх співрозмовників.

• Зустрітися з новою людиною на роботі, в магазині або класі.

• Запросіть кого-небудь на прогулянку.

• Попросіться приєднатися до чергової гри або вечірки. Якщо ви на роботі, приєднафйтеся до бесіди групи за чашкою кави.

• Записуйте чужі точки зору. Запитайте десять людей, що вони думають з одного й того ж питання.

• Попросіть невідому вам людину позичити вам десять центів, щоб зателефонувати. Домовтеся про зустріч з нею, щоб повернути борг.

• Дізнатися ім'я незнайомої вам особисто людини (краще протилежної статі) на роботі, в коледжі або в громадському клубі. Зателефонуйте їй по телефону і запитайте про загальні спірни питання, класні завдання або інші, відомі вам обом події.

• Зайдіть в кафе. Посміхніться і кивніть головою першим трьом подивившимся на вас людям. Почніть розмову принаймні з одною незнайомою людиною одної з вами статі.

• Встаньте в чергу біля входу в магазин, банк або кінотеатр. Зауважте бесіду з тим, хто є поруч з вами.

• Поговоріть з оператором заправки, поки він заповнює бак і перевіряє масло.

• Сядьте навпроти симпатичної особи протилежної статі (в автобусі або в кіно). Зробіть кілька відвертих зауважень.

• Запитайте трьох осіб про те, як пройти куди-небудь. Залучіть, принаймні, одного з них у загальну розмову на пару хвилин [20].

Сходіть на тренувальний корт, на пляж або в басейн. Поговоріть з двома-трьома незнайомими людьми, що опинилися поруч з вами.

Пошукайте серед сусідів, в класі або на роботі тих, хто потребує вашої допомоги. Постарайтеся надати їм допомогу. Організуйте і проведіть невелику вечірку, запросіть на неї, принаймні, одного мало знайомого вам людини.

Наступного разу, коли у вас виникнуть труднощі, знайдіть когось із тих, кого ви погано знаєте, серед ваших сусідів, в гуртожитку або на роботі, і попросіть його допомогти вам.

Запросіть когось пообідати з вами - кого-небудь, з ким раніше ви не обідали. Вправляйтеся перед дзеркалом і записуйте на магнітофон фрази для зав'язки і продовження бесіди. Вислухайте себе, повторіть. Намагайтеся змусити звучати у вашому голосі жвавість і ентузіазм. Сьогодні скажіть «Привіт п'яти людям, з якими ви зазвичай не вітаєтеся. Постарайтеся спровокувати їх на відповідну посмішку листа у відповідь «Привіт» [20].

Наступним ключовим елементом поведінкової терапії тривог і фобій є вправи на розслаблення. Це знижує фізичну напругу і полегшує виконання інших вправ [11].

Важко сконцентрірооаться на нових, позитивних самооцінках, якщо ви збиті з пантелику напругою, втомою і думками, неукротимо провокуючими страх.

Тотальне розслаблення – ключ, що відкриває можливості вашого власного розуму. Розслаблення відводить розум від небажаних емоцій.

Відійдіть в сторону на 15-20 хвилин. Знайдіть тихе місце, де вас не потурбують. Сядьте в зручне крісло або ляжте на ліжко, кушетку або на підлогу підкладіть під голову подушку.

Розстебніть або зніміть тісний одяг, зніміть прикраси, приберіть контактні лінзи.

Підсильте напругу м'язів перед тим, як їх розслабити. Виконайте послідовні дії:

а) Стисніть кулаки ... сильніше ... сильніше ...

Розслабте.

б) Втягніть живіт і постарайтеся, щоб він торкнувся спини. Замріть так. Розслабте.

в) Стисніть зуби, стуліть щелепи ... твердіше ... твердіше ... розслабте.

г) Зімкніть щільно повіки. Примружтеся сильніше, ще сильніше. Відкрийте очі.

д) Нахиліть голову до плеча. Постарайтеся нахилити нижче. Поверніться у вихідне положення.

е) Вдихніть. Затримайте дихання так довго, як тільки можете. Видихніть.

ж) Потягніться ... сильніше ... сильніше. Розслабтеся. Тепер постарайтеся виконати ці сім дій одночасно [20].

Розслабтеся і пропустіть теплу м'яку хвилю по тілу, звільняючи кожну частину тіла, повільно, по черзі, від голови і вниз, розкріпачуючи кожен м'яз. Зверніть увагу на послаблення напруги навколо очей, на лобі, розслаблення м'язів рота, шиї і спини. Напруга пішла, ви розслабилися. Пропускайте хвилю приємного розслаблення, розчиняйте напружені м'язи. Відкрийте очі. Потримайте пальці рук в декількох сантиметрах від очей і сфокусуйте на них свою увагу. Ваша рука повільно рухається вниз. При цьому нехай повіки наллються тяжкістю, дихання стане глибоким і у всьому тілі з'явиться повне розслаблення. Очі закриваються. Руки опущені на ліжко або лежать на колінах. Поглибите видих, рахуючи про себе: 1 ... глибше, 2 ... глибше, 3 ... глибше ... до 10 разів (це дуже важлива вправа, воно дає можливість досягти найбільш глибокого розслаблення!) [20].

Тепер уявіть собі ситуацію, найбільш повно розслаблюючу вас. Розгляньте і відчуйте її, послухайте, понюхайте і доторкніться до неї. Пливіть на плоту теплим літнім днем або лежите в гарячій ванні. Ідіть погуляти в ліс після свіжого ранкового дощику. Де б ви не розслаблялися, подумки йдіть туди.

Тепер ваше тіло і розум підготовлені до подій дня. Ви можете планувати важливі майбутні події, представляючи себе в ролі активного і компетентного чинного персонажа. Ви не будете боятися, у вас не буде напруги. Ви не будете сором'язливі. Ви будете радіти діям. Ви виконаєте їх. Такі ваші накази самому собі. Коли ви будете готуватися до зустрічі лякаючих вас подій, ви знайдете час для проведення розслаблення і будете розмовляти з собою більш виразно.

Насолоджуйтесь гарним ментальним статусом і розслабленим фізичним станом. Перед тим як виходити з розслаблення, «читаючи про себе від десяти до одиниці, усвідомте, як добре бути саме собою і як легко добитися контролю над думками, почуттями і діями. Усвідомте це – і позитивні почуття збережуться.

На додачу ви можете додати, що проспите всю ніч глибоко і що вранці ви прокинетеся бадьорим, свіжим і готовим використовувати ваш досвід соціальних навичок на практиці [20].

Ви стоїте на шляху до збільшення власної ефективності і ступеня задоволення собою. Чим більше ви практикуєтеся, тим повніше і легше вам буде вдаватися контролювати себе за допомогою релаксації. Нижчеперелічені прийоми допоможуть вам впоратися зі стресом і страхом. Ви можете користуватися ними, якщо ви боїтеся сходити на вечірку, домовитися про побачення, виголосити промову і так далі.

Підготуйтеся якнайкраще. Якщо це необхідно, потренуйтеся заздалегідь. Якщо є можливість, відпочиньте або розслабтеся на 20 хвилин. Лягайте і уявіть собі сцену у всіх подробицях. Не зупиняйте уваги на одній точці, рухайтеся по всьому простору. Подумайте про найбільш комфортній зоні. Це місце, де ви відчуваєте себе вільно. Це може бути плюс, великий автомобіль або прогулянка по полю. Коли ви будете боятися, уявіть це собі детально: осязательно, обонятельно і так далі.

Вимовляйте стверджувальні фрази, наприклад: «Я знаю, що можу це зробити. Мені буде добре. Я збираюся отримати задоволення ». Повторюйте їх подумки знову і знову. Важливим моментом при виконанні всіх трьох положень поведінкової терапії є прийняття пацієнтом відповідальності за їх виконання. При цьому він повинен вести «Робочий зошит», читати його і робити відповідні висновки. Таким чином, він буде зосереджений на подоланні негативних моментів. Часом це може призводити до періодів зневіри і навіть до посилення негативних симптомів. Однак з появою перших позитивних результатів це проходить. Крім того, клієнту доводиться виконувати вправи, які в перший час викликають хвилювання і тривогу. На це йде багато сил і енергії. Але чим більше енергії він витрачає на виконання вправ, тим більше користі від них. Багато людей, аналізуючи своє минуле, намагаються відшукати причини виникнення соціофобії. Однак дослідження показали, що енергію і зусилля краще направляти на виконання практичних вправ. Загальновідомо, що на противагу лікуванню, заснованому на бесідах про минуле пацієнта, поведінкова терапія відрізняється більш позитивними результатами [11].

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

Для проведення констатувального експерименту було проведено наступні методики: «Шкала соціальної тривожності Лібовіца», «Шкала самооцінки тривожності Ч.Д.  Спілбергера та Ю.Л.  Ханіна», «Тест – опитувальник самовідношення В.В.  Століна». Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS, «Шкала соціальної тривожності Лібовіца») – це широко використовуваний інструмент для оцінки страху перед певними соціальними ситуаціями та уникнення. LSAS складається з двох підшкал, які вимірюють ступінь труднощів при соціальній взаємодії і при виконанні певних видів дій (наприклад, прийом їжі, розмова по телефону) на публіці, в присутності інших людей. Отримав широке поширення російськомовний варіант STAI, який відомий як шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Ю.Л. Ханін адаптував, модифікував і стандартизував методику, а також отримав орієнтовні нормативи за рівнями вираженості тривожності. Даний текст є надійним і інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Опитувальник самоставлення побудований відповідно до розробленої В.В.Століним ієрархічної моделі структури самоставлення. Опитувальник дозволяє виявити три рівні самовідношення, що відрізняються за ступенем узагальненості: глобальне самоставлення; самовідношення; рівень конкретних дій (готовностей до них) у відношенні до свого «Я».

З результатів проведеної методики «Шкала соціальної тривожності Лібовіца» виявлено наявність у 10 % досліджуваних студентів явної та в 13 % помірної соціофобії. Помірний рівень соціофобії не говорить про соціофобію як таку, але свідчить про труднощі в якомусь конкретному виді діяльності. А за методикою «Шкала самооцінки тривожності Ч.Д.  Спілбергера та Ю.Л.  Ханіна» 50 % студентів з помірною соціофобією мають низький рівень реактивної (ситуативної) тривожности та 50% мають помірний; 50 % мають помірний рівень особистісної тривожності та 50 % високий. Серед досліджуваних з явною соціофобією 67 % з низьким рівнем реактивної тривожності та 33 % з помірним; 67 % мають помірний рівень особистісної тривожності та 33% високий. Але й більшість досліджуваних з невиявленою соціофобією (65 %) також мають низький рівень реактивної тривожності; 78 % мають помірний рівень особистісної тривожності. Отже низький рівень реактивної тривожності властив досліджуваним студентам, котрі мають соціофобію та і в котрих соціофобію не виявлено. Помірний рівень особистісної тривожності також мають студенти і з соціофобією, і без неї. З методики «Тест – опитувальник самовідношення В.В.  Століна» видно, що що у 50 % досліджуваних з помірною соціофобією переважає інтегральне почуття «проти» власного «Я». Але усі досліджувані з явною соціофобією мають яскраво виражене інтегральне почуття «за» власне «Я». 50 % досліджуваних з помірною соціофобією мають не виражений показник за шкалою самоповаги, тобто самоповаги не вистачає. Один досліджуваний з явною соціофобією також має нестачу самоповаги. Одному досліджуваному з помірною соціофобією та одному досліджуваному з явною не вистачає самовпевненості. У всіх тридцяти досліджуваних низький показник за шкалою самозвинувачення. У 50 % досліджуваних з помірною соціофобією низький показник за шкалою саморозуміння, але у досліджуваних з явною соціофобією показник за цією шкалою у нормі.

У поведінкової терапії соціофобії виділяють три важливих положення:

1. Робота з зухвалими тривогу думками.

2. Виробка соціальних навичок.

3. Подолання відчуження.

Ці три положення можна як комбінувати, так і використовувати незалежно один від одного.

**ВИСНОВКИ**

1. Було проаналізувано основні теоретичні підходи до проблеми соціофобії у вітчизняній та зарубіжній літературі. Соціальна фобія – це стан, що виражається, головним чином, в боязні негативної оцінки (критики, насмішок, осуду) з боку інших людей у відносно малих групах (але не в натовпі). Дослідження вітчизняних і зарубіжних авторів свідчать про велику поширеність в клініці прикордонних станів фобічних проявів. До теперішнього часу недостатньо вивченими залишаються питання патогенезу і клінічних особливостей фобічних розладів невротичної природи. У ході аналізу літератури, присвяченої вивченню соціальних фобій, вдалося з'ясувати, що їх дослідження є на даний момент дуже важливою проблемою, але в Росії і Україні їй приділено недостатньо уваги. Слабо вивчені причини виникнення соціофобії, але не більше інформації ми маємо і про методи її лікування. Більшість досліджень проведено вченими психіатрами, і практично відсутні психологічні категорії та причини виникнення соціальних фобій. В даний час соціальна фобія має статус самостійного психічного розладу в рамках МКХ-10, розроблені критерії психіатричної діагностики, медикаментозного та психотерапевтичного лікування.

2. Була надана характеристика когнітивно-поведінковим моделям соціофобії. Особливе значення з точки зору цілей і стратегій лікування соціофобії придбали модель самоуявлення (Schlenker & Leary, 1982) і модель когнітивної уразливості (Beck & Emery, 1985). Згідно першої моделі, вирішальну роль грає те, що індивід ставить своєю метою справити на інших особливе враження і при цьому сумнівається у своїх здібностях досягти цього. Соціофобія, таким чином, виникає з очікування або переживання соціальної оцінки в реальних чи уявних ситуаціях і мотивації справити враження, а також відчуття недостатньої власної ефективності. Концепція Бека і Емері базується на моделі когнітивних схем, під якими розуміються фундаментальні когнітивні структури, що управляють переробкою інформації, отриманої в процесі сприйняття об'єктів і подій. Когнітивні схеми допомагають адаптуватися до ситуації, вибірково викликати релевантну інформацію і вибрати релевантні аспекти актуальної ситуації. Схожі схеми об'єднуються в модуси переробки. Соціально-тривожні індивіди постійно в потоці подій оцінюють ступінь потенційної загрози і шукають можливості подолання таких ситуацій. Когнітивні спотворення у формі нелогічних і негативних думок про соціальні ситуації заважають індивіду правильно оцінити загрозу і власну ефективність. Страх або негативний досвід утримують тривожних людей від соціальної взаємодії і тим самим підкріплюють спотворені переконання модусу уразливості.

3. Були досліджені особливості етіопатогенезу соціофобії. Існує багато теорій, що пояснюють причини розвитку соціофобії. Одна з них – теорія імітації дитиною соціофобічної поведінки батьків. Інша полягає в обмеженні розвитку соціальних навичок, тобто якщо людина не знає, як поводитися в тій чи іншій ситуації, то це може стати причиною тривоги і хвилювання. Також, не останню роль у розвитку соціофобії грає гіперопіка в дитинстві чи виховання дитини з вадою любові до нього. Ризик появи соціальної боязні може бути збільшений за рахунок біологічних факторів. Дослідження мозку людей з симптомами соціофобії показали, що у них підвищена активність мигдалеподібного тіла. Ще одна теорія розвитку соціофобії припускає наявність соціальних розладів через нестійкість нейромедіаторів. Деякі дослідники психічних розладів вважають, що сором'язливість і соціофобія можуть бути взаємопов'язані. Боязкі і сором'язливі діти мають більше шансів на розвиток цього відхилення.

4. Було проведено констатувальний експеримент та розроблено практичні рекомендації щодо псикорекції проявів соціофобії. Для проведення констатувального експерименту було проведено три методики. З результатів проведеної методики «Шкала соціальної тривожності Лібовіца» виявлено наявність у 10 % досліджуваних студентів явної та в 13 % помірної соціофобії. Помірний рівень соціофобії не говорить про соціофобію як таку, але свідчить про труднощі в якомусь конкретному виді діяльності. А за методикою «Шкала самооцінки тривожності Ч.Д.  Спілбергера та Ю.Л.  Ханіна» 50 % студентів з помірною соціофобією мають низький рівень реактивної (ситуативної) тривожности та 50% мають помірний; 50 % мають помірний рівень особистісної тривожності та 50 % високий. Серед досліджуваних з явною соціофобією 67 % з низьким рівнем реактивної тривожності та 33 % з помірним; 67 % мають помірний рівень особистісної тривожності та 33% високий. Але й більшість досліджуваних з невиявленою соціофобією (65 %) також мають низький рівень реактивної тривожності; 78 % мають помірний рівень особистісної тривожності. Отже низький рівень реактивної тривожності можуть мати люди, котрі не страждають соціофобією та і в котрих вона є. Помірний рівень особистісної тривожності також мають студенти і з соціофобією, і без неї. Отже можна зробити висновок, що помірний рівень особистісної тривожності може бути притаманий і людям, які соціофобію не мають. З методики «Тест – опитувальник самовідношення В.В.  Століна» видно, що що у 50 % досліджуваних з помірною соціофобією переважає інтегральне почуття «проти» власного «Я». Але усі досліджувані з явною соціофобією мають яскраво виражене інтегральне почуття «за» власне «Я». 50 % досліджуваних з помірною соціофобією мають не виражений показник за шкалою самоповаги, тобто самоповаги не вистачає. Один досліджуваний з явною соціофобією також має нестачу самоповаги. Одному досліджуваному з помірною соціофобією та одному досліджуваному з явною не вистачає самовпевненості. У всіх тридцяти досліджуваних низький показник за шкалою самозвинувачення. У 50 % досліджуваних з помірною соціофобією низький показник за шкалою саморозуміння, але у досліджуваних з явною соціофобією показник за цією шкалою у нормі. У поведінкової терапії соціофобії виділяють три важливих положення: робота з зухвалими тривогу думками, виробка соціальних навичок, подолання відчуження. Ці три положення можна як комбінувати, так і використовувати незалежно один від одного. Робота з зухвалими тривогу думками відома також як когнітивна терапія (пізнання = думка). Перший крок полягає у відстеженні негативних думок (наприклад, «Я впевнений, що у мене з'явитися тремтіння», або «Вони вважатимуть мене занудою», або «Буде жахливо, якщо я йому не сподобаюся»). Ризик виявитися незрозумілим збільшується, коли людина не може почати бесіду або відмовити у відповідь на прохання. Придбання соціальних навичок зазвичай відбувається в умовах групи, де в процесі рольових ігор моделюються, обговорюються і розігруються ті чи інші соціальні ситуації. Поведінкова терапія не може бути успішною, поки не подолано відчуження. Дуже ефективні вправи «на розкриття», особливо в ситуаціях, що провокують тривогу. При виконанні таких завдань людина виявляє, що очікуваний нею негативний ефект не відповідає дійсності, і до наступної ситуації вона підходить з великим почуттям впевненості в собі.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков, М. Перре. – СПб. : Речь, 2004. – 166 с.
2. Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии / В. А. Абабков. – СПб. : Изд-во СПбГ, 1998. – 76 с.
3. Алберти Р. Е. Умейте постоять за себя ! Ключ к самоутверждающему поведению / Р. Е. Алберти, М. Эммонс. – М. : Горбунок, 1992. – 95 с.
4. Александров А. А. Современная психотерапия : Курс лекций / А. А. Александров. – СПб. : Академический проект, 1997. – 335 с.
5. Александров А. А. Современная психотерапия : Курс лекций / А. А.Александров. – СПб. : Академический проект, 1997. – 335 с.
6. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : Руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 1993. – 400 с.

# Андерсен Дж. Когнитивная психология / Дж. Андерсен. – СПб. : Питер, 2002. – 496 с.

1. Андрусенко В. А. Социальный страх : (Опыт филос.анализа) / В. А. Андрусенко. – Свердловск : Изд-во Урал. ун - та, 1991. – 168с.
2. Бассет Л. Только без паники ! / Л. Бассет. – СПб. : Питер, 1997. – 288 с.
3. Бек Д. Когнитивная терапия : полное руководство / Д. Бек. – М. : «И. Д. Вильямс», 2006. – 400 с.
4. Биик Дж. У. Тренинг преодоления социофобии. Руководство по самопомощи / Дж. У. Биик. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 240 с.
5. Браш X. Беспричинный страх. Справочник здоровья / Х. Браш, И. Рихберг. – М. : Сигма-Пресс, 1998. – 96 с.
6. Брунер Дж. Психология познания / Дж. Брунер. – М. : Прогресс, 1977. – 414 с.
7. Вард И. Фобия / И. Вард. – М. : Проспект, 2002. – 78 с.

# Вольф Д. Как понимать чувства и справляться с проблемами : Практические рекомендации к преодолению страхов, неуверенности, неполноценности и вины, ревности, депрессивных состояний / Д. Вольф, Р. Меркле. – Новосибирск : Наука, 2001. – 128 с.

1. Горянина В. А. Психология общения : Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / В. А. Горянина. – М. : Издательский центр «Академия», 2002. – 416 с.
2. Гринбергер Д. Управление настроением. Методы и упражнения / Д. Гринбергер, К. Падески. – СПб. : Питер, 2008. – 224 с.

# Захаров А. И. Как помочь нашим детям избавиться от страха / А. И. Захаров. – СПб. : Гиппократ, 1995. – 128 с.

# Захаров А. И. Как преодолеть страхи у детей / А. И. Захаров. – М. : Педагогика, 1986. – 112 с.

1. Зимбардо Ф. Застенчивость / Ф. Зимбардо. – М. : Педагогика, 1991. – 208 с.
2. Зимбардо Ф. Социальное влияние / Ф. Зимбардо, М. Ляйппе. – СПб. : Питер, 2001. – 448 с.
3. [Изард К. Э.](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%98%D0%B7%D0%B0%D1%80%D0%B4,_%D0%9A%D1%8D%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%BB_%D0%AD%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D1%81&action=edit&redlink=1) Страх и тревога / К. Э. Изард. – СПб. : Питер, [2007](http://ru.wikipedia.org/wiki/2007). – 292 с.
4. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. — М. : Медицина, 1985. – 303 с.
5. Кеннерли Х. Поведенческая терапия / Х. Кеннерли. – М. : Астрель, 2004. – 204 .

# Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб. : Питер, 2002. – 544 с.

1. Котро Ж. Когнитивная терапия фобий **/** Ж. Котро, Е. Моллар **//** Московский психотерапевтический журнал**.** – 1996. – № 3. — С. 93—111
2. Курпатов А. В. Средство от страха : практическое пособие / А.В.Курпатов. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 245 с.

# Левин К. Теория поля в социальных науках / К. Левин. – СПб. : Сенсор, 2000. – 368 с.

# Литвинов А. Провокация страха. Социальная фобия / А. Литвинов // Качество жизни. Профилактика [ Электронный ресурс ] – Электрон. журн. – 2001. – № 2. Режим доступа к журн. : <http://medi.ru/doc/9410311.htm>

1. Нардонэ Дж. Страх, паника, фобия. Краткосрочная терапия / Дж.Нардонэ. – М. : Психотерапия, 2008. – 352 с.
2. Нордонэ Дж. Страх, паника, фобия / Дж. Нордонэ. – М. : Психотерапия, 2008. – 348 с.
3. Общая психодиагностика / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. – М. : МГУ, 1987. – 304 с.
4. Перре М. Клиническая психология / М. Перре, У. Бауман. – СПб. : Питер, 1998. – 985 с.
5. Практикум по психологии состояний : Учебное пособие / Под ред. проф. О. А. Прохорова. – СПб. : Речь, 2004. – 236 с.
6. Риман Ф. Основные формы страха : исследование в области глубинной психологии / Ф. Риман. – М. : Эксмо-Пресс, 1999. – 345 с.

# Ромек В. Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях / В. Г. Ромек. – СПб. : Речь, 2002. – 196 с.

# Сагалакова О. А. Социальная фобия психосемантический анализ устойчивых алгоритмов реагирования на социальные ситуации / О. А. Сагалакова // Сибирский психологический журнал. – 2004. – №19. – С. 62 – 69.

1. Сидоров П. И. **Клиническая психология : Учебник для ВУЗов** / П. И. Сидоров, А. В. Парняков.– **М. : Геотар Медицина, 2002. – 864 с.**
2. Социальная фобия. Карманный справочник / Под ред. С. А. Монтгомери. – Базель, Швейцария : Ф. Хоффманн-Ля Рош, 1995. – 52 с.
3. Сулейманова Г. П.Клиническая психология : Методическое пособие / Г. П. Сулейманова. – Волгоград : ВолГУ, 2009. – 97 с.
4. Тодд Дж. Основы клинической и консультативной психологии / Дж. Тодд, А. Богарт. – М. : Эксмо-Пресс, 2001. – 768 с.
5. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А. П. Федоров. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с.
6. Феннел М. Как повысить самооценку / М. Феннел. – М. : Астрель, 2004. – 287 с.

# Феннел М. Как повысить самооценку / М. Феннел. – М. : Астрель, 2004. – 287 с.

# Фрейд 3. Психология бессознательного / 3. Фрейд. – М. : Просвещение, 1990. – 447 с.

1. Фриман А. 10 глупейших ошибок, которые совершают люди / Фриман А., Девульф Р. – СПб. : Питер, 2008. – 236 с.
2. [Харитонов С. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии](http://www.ozon.ru/context/detail/id/4346073/?partner=fobii_net) / С. Харитонов. – М. : Психотерапия, 2009. – 176 с.
3. Щербатых Ю. В. Психология страха. Популярная энциклопедия / Ю. В. Щербатых. – М. : ЭКСМО - Пресс, 1999. – 416 с.
4. Щербатых Ю. В. Психология стресса и его коррекция. Учебное пособие / Ю. В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.
5. Щербатых Ю. В. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий / Ю. В. Щербатых, Е. И. Ивлева. – Воронеж : Истоки, 1998. – 282 с.

**ДОДАТОК А**

**Бланк методики «Шкала соціальної тривоги Лібовіца»**

ПІП\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нижче ви знайдете опис 24 ситуацій. Відповіді потрібно давати, грунтуючись на події минулого тижня по сьогоднішній день включно.

Визначте, наскільки ви були тривожні у описаній ситуації або були б (у разі, якщо б вона сталася), користуючись 4-бальною шкалою:

1 - тривоги немає;

2 - легка тривога;

3 - помірна тривога;

4 - інтенсивна тривога.

Потім вкажіть, до якої міри ви уникаєте або уникали б такого роду ситуації за допомогою 4-бальної шкали:

1 - ніколи (0%);

2 - іноді (1 - 33%);

3 - часто (34 - 67%);

4 - постійно (68 - 100%).

1. Розмова по телефону у присутності інших людей.

2. Спілкування в невеликій групі.

3. Обід в їдальні.

4. Випити чашку кави в кафетерії разом зі знайомими.

5. Розмова з посадовими особами / чиновниками.

6. Публічний виступ.

7. Піти на вечірку.

8. Виконувати роботу під наглядом іншої людини.

9. Робити записи в присутності сторонніх.

10. Подзвонити малознайомій людині.

11. Поговорити з ким-небудь.

12. Зустріч з незнайомими людьми.

13. Відвідання громадського туалету.

14. Увійти в кімнату, в якій всі вже сидять.

15. Бути в центрі уваги.

16. Без попередження взяти слово на зборах.

17. Складання іспиту на практичні вміння або навички.

18. Висловити своє несхвалення або незгоду людям, яких ви мало знаєте.

19. Дивитися незнайомим людям в очі.

20. Усна доповідь в групі.

21. Познайомитися з романтичними або сексуальними намірами.

22. Повернути речі в магазин (з метою повернення грошей).

23. Влаштувати вечірку.

24. Відмовити наполегливому комерційному агенту.

**ДОДАТОК Б**

**Бланк методики «Шкала самооцінки тривожності Ч.Д.  Спілбергера та Ю.Л.  Ханіна»**

Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і напишіть ту цифру справа, в залежності від того як Ви себе почуваєте в даний момент. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Ні, не зовсім так - 1

Мабуть так - 2

Вірно - 3

Цілком вірно - 4

1. Я спокійний.

2. Мені нічого не загрожує.

3. Я напружений.

4. Я відчуваю співчуття.

5. Я відчуваю себе вільно.

6. Я прикро вражений.

7. Мене хвилюють можливі негаразди.

8. Я відчуваю себе відпочившим.

9. Я насторожений.

10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.

11. Я впевнений у собі.

12. Я нервую.

13. Я не знаходжу собі місця.

14. Я напружений (накручений в собі).

15. Я не відчуваю напруги і скованості.

16. Я задоволений.

17. Я заклопотаний.

18. Я занадто збуджений і мені ніяково.

19. Мені радісно.

20. Мені приємно.

Прочитайте уважно кожне з приведених питань і напишіть ту цифру справа в залежності від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над запитаннями довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Майже ніколи - 1

Інколи - 2

Часто - 3

Майже завжди - 4

21. Я відчуваю задоволення.

22. Я швидко втомлююсь.

23. Я легко можу заплакати.

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

**Продовження Додатку Б**

25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.

26. Я почуваю себе бадьорим.

27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.

28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.

29. Я занадто переживаю через дрібниці.

30. Я буваю повністю щасливий.

31. Я приймаю все занадто близько до серця.

32. Мені не дістає впевненості у собі.

33. Я почуваю себе в безпеці.

34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.

35. У мене буває хандра.

36. Я задоволений.

37. Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.

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

39. Я врівноважена людина.

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

**ДОДАТОК В**

**Бланк методики «Тест – опитувальник самовідношення В.В.  Століна»**

Вам пропонується відповісти на наступні 57 тверджень. Якщо Ви згодні з даним твердженням ставте знак «+», якщо не згодні то знак «-».

1. Думаю, що більшість моїх знайомих ставиться до мене з симпатією.

2. Мої слова не так вже часто розходяться з ділом.

3. Думаю, що багато хто бачить у мені щось подібне з собою.

4. Коли я намагаюся себе оцінити, насамперед я бачу свої недоліки.

5. Думаю, що як особистість я цілком можу бути притягальним для інших.

6. Коли я бачу себе очима люблячого мене людини, мене неприємно вражає те, наскільки мій образ далекий від дійсності.

7. Моє «Я» завжди мені цікаво.

8. Я вважаю, що іноді не гріх пожаліти самого себе.

9. У моєму житті є або, принаймні, були люди з якими я був надзвичайно близьким.

10. Власне повагу мені ще треба заслужити.

11. Бувало, і не раз, що я сам себе гостро ненавидів;

12. Я цілком довіряю своїм раптово виникли бажанням.

13. Я сам хотів багато в чому себе переробити.

14. Моє власне «Я» не представляється мені чимось гідним глибокої уваги.

15. Я щиро хочу, щоб у мене було все добре в житті.

16. Якщо я і ставлюся до кого-небудь з докором, то передусім до самого себе.

17. Випадковому знайомому я швидше за все здамся людиною приємним.

18. Найчастіше я схвалюю свої плани і вчинки.

19. Власні слабкості викликають у мене щось на зразок презирства.

20. Якби я роздвоївся, то мені було б досить цікаво спілкуватися зі своїм двійником.

21. Деякі свої якості я відчуваю як сторонні, чужі мені.

22. Навряд чи хто-небудь зможе відчути свою подібність зі мною.

23. У мене достатньо здібностей і енергії втілити в життя задумане.

24. Часто я не без глузування жартують над собою.

25. Найрозумніше, що може зробити людина в своєму житті - це підкоритися власній долі.

26. Стороння людина, на перший погляд, знайде в мені багато відразливого.

27. На жаль, якщо я і сказав щось, це не означає, що саме так і буду поступати.

28. Своє ставлення до самого себе можна назвати дружнім;

29. Бути поблажливим до власних слабкостей цілком природно.

30. У мене не виходить бути для коханої людини цікавим тривалий час.

31. У глибині душі я б хотів, щоб зі мною сталося щось катастрофічне.

32. Навряд чи я викликаю симпатію в більшості моїх знайомих.

33. Мені буває дуже приємно побачити себе очима люблячого мене людини.

34. Коли у мене виникає якесь бажання, я перш за все запитую про себе, чи розумно це.

**Продовження Додатку В**

35. Іноді мені здається, що якби якийсь мудрий чоловік зміг побачити мене наскрізь, він би тут же зрозумів, яке я нікчема.

36. Часом я сам собою захоплююсь.

37. Можна сказати, що я ціную себе досить високо.

38. У глибині душі я ніяк не можу повірити, що я дійсно доросла людина.

39. Без сторонньої допомоги я мало, що можу зробити.

40. Іноді я сам себе погано розумію.

41. Мені дуже заважає нестача енергії, волі і цілеспрямованості.

42. Думаю, що інші в цілому оцінюють мене досить високо.

43. В моїй особистості є, напевно, щось таке, що здатне викликати в інших неприязнь.

44. Більшість моїх знайомих не приймають мене вже так серйозно.

45. Сам у себе я досить часто викликаю почуття роздратування.

46. Я цілком можу сказати, що принижую себе сам.

47. Навіть мої негативні риси не здаються мені чужими.

48. У цілому, мене влаштовує те, яким я є.

49. Навряд чи мене можна любити по-справжньому.

50. Моїм мріям і планам не вистачає реалістичності.

51. Якби моє друге «Я» існувало, то для мене це був би самий нудний партнер по спілкуванню.

52. Думаю, що міг би знайти спільну мову з будь-яким розумним і знаючим людиною.

53. Те, що в мені відбувається, як правило, мені зрозуміло.

54. Мої гідності цілком переважують мої недоліки.

55. Навряд чи знайдеться багато людей, які звинуватять мене в відсутності совісті.

56. Коли зі мною трапляються неприємності, як правило, я кажу: «Так тобі й треба».

57. Я можу сказати, що в цілому я контролюю свою долю.