

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет психології, політології соціології

Кафедра психології

**Кваліфікаційна робота -
Бакалаврський дослідницький проєкт
053»Психологія»**

на тему:

**«КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ВПЛИВУ НА
ПІДВИЩЕННЯ САМООЦІНКИ»**

Виконала: здобувач 4 курсу 4 групи

галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові
науки»

спеціальність 053 «Психологія»

Шпилька Катерина Ігорівна

Керівник: кандидат психологічних наук,
доцент Джежик Ольга Володимирівна

Рецензент: завідувач кафедри, д.ю.н.,
професор Цільмак Олена Миколаївна

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет психології, політології та соціології

Кафедра психології

Рівень вищої освіти перший (бакалаврський)

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність 053 «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідуюча кафедрою психології

д.ю.н., канд. психол.н., проф.

О.М.Цільмак

« ____ » _____ 20 ____ року

З А В Д А Н Н Я **НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ** **(бакалаврський дослідницький проект)** Шпилька Катерина Ігорівна

1. Тема роботи «Конітивно-поведінкова терапія як метод впливу на підвищення самооцінки», Керівник роботи Джежик Ольга Володимирівна, кандидат психологічних наук, доцент, затверджені наказом НУ «ОЮА» від «_» _ 2026 року № _
2. Строк подання здобувачем роботи ____ 2026 року _____
3. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

/п	Назва етапів бакалаврської роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Підготовка концепції К.Р. і затвердження плану К.Р.	грудень, 2025	
2.	Вивчення нормативного матеріалу, спеціальної літератури, аналіз та узагальнення матеріалів	грудень, 2025	
3.	Написання Вступу	грудень, 2025	
4.	Написання 1 розділу М.Р.	січень, 2026	
5.	Написання 2 розділу М.Р.	січень, 2026	
6.	Написання Висновків	лютий, 2026	
7.	Подання К.Р. на кафедру та рецензування	лютий, 2026	
8.	«Малий захист» К.Р. на кафедрі	квітень, 2026	
9.	Прийняття рішення про допуск К.Р. до захисту	травень, 2026	
10.	Захист К.Р. в ЕК	червень, 2026	

Здобувач

_____ (підпис)

_____ (ініціал та прізвище)

Керівник роботи

_____ (підпис)

_____ (ініціал та прізвище)

АННОТАЦІЯ

Шпилька К.І. Когнітивно-поведінкова терапія як метод впливу на підвищення самооцінки. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Бакалаврський дослідницький проект на здобуття бакалаврського рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія». Національний університет «Одеська юридична академія», Одеса, 2026 рік.

У роботі здійснено теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження можливостей використання когнітивно-поведінкової терапії як ефективного методу психологічного впливу на підвищення рівня самооцінки особистості. Актуальність дослідження зумовлена зростанням кількості осіб із заниженою самооцінкою, що негативно впливає на їхню адаптацію, емоційний стан і професійну самореалізацію.

У межах дослідження здійснено аналіз наукових підходів до проблеми самооцінки особистості та визначено потенціал когнітивно-поведінкової терапії у її корекції. Охарактеризовано етапи організації емпіричного дослідження, обґрунтовано вибір методів і психодіагностичного інструментарію.

Методологічну основу роботи становить комплекс взаємодоповнювальних методів: теоретичних (аналіз, синтез, узагальнення, класифікація, порівняльний аналіз), емпіричних (спостереження, анкетування, тестування), інтерпретаційних (аналітичне та концептуальне тлумачення результатів) і математично-статистичних методів обробки даних. Такий підхід забезпечив всебічність дослідження та достовірність отриманих результатів.

Створено авторську анкету для дослідження особливостей впливу когнітивно-поведінкових технік на самооцінку. Проведено аналіз результатів попереднього анкетування та психодіагностичного дослідження із застосуванням стандартизованих методик, зокрема шкали самооцінки М. Розенберга та шкали дисфункціональних ставлень А. Бека.

У роботі розроблено та апробовано авторський навчально-розвивальний тренінг «Формування адекватної самооцінки засобами когнітивно-поведінкової терапії».

Наукова новизна полягає у розширенні уявлень про можливості когнітивно-поведінкової терапії як інструменту підвищення самооцінки та у впровадженні авторських розробок у цій сфері.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання розробленого тренінгу в роботі практичних психологів, у закладах освіти, а також у процесі індивідуального та групового консультування.

Результати дослідження можуть бути використані для створення корекційних програм, спрямованих на формування адекватної самооцінки, та слугувати підґрунтям для подальших наукових досліджень у цій галузі.

Ключові слова: когнітивно-поведінкова терапія, самооцінка, психокорекція, когнітивні установки, психологічне консультування, тренінг.

ABSTRACT

Shpilka K.I. Cognitive-behavioral therapy as a method of influencing self-esteem. - Qualification scientific work in the form of a manuscript. Bachelor's research project for obtaining a bachelor's degree in higher education in the specialty 053 «Psychology». National University «Odesa Law Academy», Odesa, 2026.

The work provides theoretical justification and empirical research into the possibilities of using cognitive-behavioral therapy as an effective method of psychological influence on increasing the level of self-esteem of an individual. The relevance of the study is due to the increase in the number of people with low self-esteem, which negatively affects their adaptation, emotional state and professional self-realization.

Within the framework of the study, an analysis of scientific approaches to the problem of self-esteem of an individual was carried out and the potential of cognitive-behavioral therapy in its correction was determined. The stages of organizing empirical research are described, the choice of methods and psychodiagnostic tools is justified. The methodological basis of the work is a complex of mutually complementary methods: theoretical (analysis, synthesis, generalization, classification, comparative analysis), empirical (observation, questionnaire, testing), interpretative (analytical and conceptual interpretation of results) and mathematical and statistical methods of data processing. This approach ensured the comprehensiveness of the study and the reliability of the results obtained.

An author's questionnaire was created to study the features of the influence of cognitive-behavioral techniques on self-esteem. The results of the preliminary questionnaire and psychodiagnostic study were analyzed using standardized methods, in particular, the self-esteem scale of M. Rosenberg and the scale of dysfunctional attitudes of A. Beck. The work developed and tested the author's educational and developmental training «Formation of adequate self-esteem by means of cognitive-behavioral therapy.» The scientific novelty lies in expanding the ideas about the possibilities of cognitive-behavioral therapy as a tool for increasing self-esteem and

in the implementation of author's developments in this area. The practical significance of the results obtained lies in the possibility of using the developed training in the work of practical psychologists, in educational institutions, as well as in the process of individual and group counseling.

The results of the study can be used to create correctional programs aimed at forming adequate self-esteem, and serve as a basis for further scientific research in this area.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, self-esteem, psychocorrection, cognitive attitudes, psychological counseling, training.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ЯК МЕТОДУ ВПЛИВУ НА ПІДВИЩЕННЯ САМООЦІНКИ.....	19
1.1. Етапи, організація та методи дослідження.....	19
1.2. Аналіз результатів анкетування.....	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ЯК МЕТОДУ ВПЛИВУ НА ПІДВИЩЕННЯ САМООЦІНКИ ОСОБИСТОСТІ.....	32
2.1. Аналіз результатів психодіагностичного обстеження.....	32
2.2. Навчально розвивальний тренінг з елементами когнітивно-поведінкової терапії як засіб впливу на самооцінку.....	41
ВИСНОВКИ.....	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48
ДОДАТКИ.....	52

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) являє собою багатогранний підхід у психотерапевтичній практиці, що вирізняється високим ступенем поширеності та доведеною результативністю. Цей метод, заснований на роботі з думками та поведінкою, може бути потужним інструментом для зміцнення самооцінки особистості.

Поняття самооцінки виходить далеко за межі простої термінології; воно виступає фундаментальним стрижнем нашого психологічного стану, скеровуючи наші мисленнєві процеси, емоційні реакції та зовнішні дії. Численні дослідження підтверджують, що індивіди, які володіють стійкою й адекватною самооцінкою, демонструють вищу стійкість у стресових обставинах, відчують більшу віру у власні можливості та здатні якісніше підтримувати як своє фізичне, так і емоційне здоров'я.

Самооцінка є важливим аспектом нашої психологічної стабільності. Вона складається протягом усього життєвого шляху, вибудовуючись на підставі того, чого ми досягли, стосунків із тими, хто нам дорогий, та середовища, в якому ми перебуваємо. Якщо ж особа володіє адекватною самоповагою, їй легше протистояти життєвим негараздам, ефективніше розв'язувати суперечності, і вона загалом оптимістичніше дивиться у завтрашній день. Низька ж самооцінка, навпаки, може слугувати ґрунтом для виникнення розладів, пов'язаних із тривогою, депресивних періодів, і навіть негативно позначатися на фізичному стані - зокрема, порушуючи належне функціонування імунітету або ж впливаючи на роботу серця та судин. Отже, з огляду на збереження ментального благополуччя, робота над покращенням самооцінки стає завданням найвищої ваги, оскільки це дає змогу індивідууму вести насичене життя, бути готовим до змін та долати перешкоди з більшою рішучістю.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Самооцінка являє собою вираження суб'єктивного ставлення індивіда до своєї персони.

Для глибшого осягнення того, яким чином самосприйняття відбивається на нашому життєвому шляху, доцільно розглянути ключові концептуальні моделі.

Відповідно до концепції соціального навчання, розробленої Альбертом Бандурою, наше уявлення про власну гідність конструюється не виключно на базі індивідуальних переживань, але й шляхом фіксації дій оточуючих та реакції, що надходить від соціального середовища. Натомість, теорія самовизначення, над якою працювали Десі та Раян, акцентує увагу на критичній ролі незалежності, відчуття власної спроможності та зв'язку з іншими для створення сприятливого уявлення про себе [8].

Самооцінка являє собою сукупність того, чого людина досягла, її переживань та соціальної взаємодії, отже, її варто сприймати як динамічну, багатогранну структуру. Зрозуміння цих механізмів дає змогу застосовувати більш ґрунтовний підхід до корекції заниженої самооцінки, беручи до уваги як індивідуальні, так і зовнішні аспекти [16, 26].

Вивченням самооцінки як ключової теми у психології традиційно започаткував Вільям Джеймс (1890 рік). Джеймс трактував самооцінку як усвідомлення власної значущості, що виникає з послідовної реалізації завдань, які особа вважає важливими. Пізніше, у 1960-х роках минулого століття, соціальний психолог Морріс Розенберг дав визначення самооцінки як відчуття власної цінності та створив свою знамениту Шкалу самооцінки Розенберга (RSES), яка згодом набула статусу найпоширенішого інструменту для оцінки цього показника у сфері соціальних наук [15].

На початку другої половини XX ст. Стенлі Куперсміт, будучи провідним дослідником у сфері самооцінки, висунув концепцію, що самооцінка формується у ранньому дитинстві.

Позитивний розвиток самооцінки відбувається від раннього дитинства, якщо особа отримує виховання, сповнене любові та відчуття захищеності. Куперсміт визначав самооцінку як «схвалення або несхвалення власної особистості». На його думку, самооцінка є проявом того, наскільки людина схвалює себе, а також показником її впевненості у власній здібності бути обдарованою, досягати успіху, і того, наскільки вона вважає своє життя значущим та цінним [14].

Концепцію «самооцінки» уперше запровадив В. Джеймс. Для нього самооцінка постає як «уявлення про власну особу» у межах структури особистості. К. Роджерс пропонує дещо відмінну інтерпретацію, трактуючи самооцінку як складову частину Я-концепції індивіда. Він вважав, що Я-концепція формується поступово, у процесі соціалізації, завдяки спілкуванню з важливими для особистості людьми (родичами, приятелями та іншими) [38].

А. Маслоу аналізує самооцінку у контексті створеної ним ієрархії потреб. Зі своєю концепцією самооцінки він пов'язує два щаблі цієї ієрархії - потребу у причетності та любові, а також потребу у повазі до себе [6].

Комплексний аналіз самооцінки, як підкреслює М. Пирлик, доводить, по-перше, що вона має вплив на те, як формуються та діють різноманітні психологічні аспекти особистості, а по-друге, що це складний для вивчення та багатогранний психологічний феномен, здатний трансформуватися під час діяльності, одночасно виступаючи чинником, який нею керує [19,4].

Р. Бернс, відомий закордонний фахівець, котрий присвятив себе вивченню самооцінки, трактував її як суб'єктивне судження індивіда щодо власної значущості; це судження проявляється у певних настановах особистості та слугує інструментом і передумовою для становлення цілісного образу «Я» [25].

Згідно з твердженнями М. Вагнера, на рівень самооцінки впливають наступні складові:

- 1) Відчуття власної значущості та цінності, зокрема, перебування в стані любові та бажаності (дефіцит любові породжує цілу низку емоційних труднощів, які переслідуватимуть індивіда протягом усього його існування);

- 2) Самосприйняття власної гідності (якщо особа відчуває, що її люблять, поважають і підтримують оточуючі, це автоматично формує позитивне ставлення до самої себе);

- 3) Відчуття власної спроможності (особистості, які мають адекватне бачення себе та дивляться на життєві виклики з оптимізмом і впевненістю, легко долають будь-які перешкоди) [12].

Концепцію самооцінки, на думку К. Леонович, слід розуміти як ту вартість, яку особа надає самій собі загалом та певним аспектам своєї індивідуальності. Ядром самооцінки є сукупність сформованих особистісних характеристик, які суб'єкт сприймає як власну систему цінностей.

Згідно з міркуваннями І. Ковалишина, самооцінка «детермінує вектори розвитку та діяльність особи, її позицію щодо інших та стосовно себе самої». О. Рябчикова ж трактує самооцінку як психологічний механізм, що оперує на різноманітних рівнях. Індивід постає перед самим собою як специфічний предмет для пізнання. Процес самопізнання інтегрований у ширший процес осягнення зовнішнього світу і відбувається через безперервну взаємодію особистості зі світовим оточенням. Як багатогранне психологічне феномен, самооцінка невіддільна від усіх інших проявів психічної життєдіяльності індивіда: вона перебуває у зв'язку з його мислительними процесами, мнемонічними функціями тощо [7, 9].

Сучасні наукові погляди психологів на те, що ж таке «самооцінка» (зокрема, погляди Є. Белінської, Г. Гуменюк, О. Красіло, С. Тищенко, О. Тихомандрицької), акцентують увагу на емоційній позиції індивіда стосовно себе, на формуванні здатності до самоаналізу, на соціальних гранях психології особистості, на процесі самопізнання та на концепції «образу Я» [2].

Когнітивно-поведінкова терапія, відома як КПТ, являє собою метод психотерапії, головна мета якого - впливати на хибні думки та ті моделі поведінки, які з них випливають, а які, своєю чергою, спричиняють виникнення розладів психіки та погіршують життєвий рівень [3, 10].

Течія когнітивно-поведінкового підходу зародилася у США та Великобританії упродовж п'ятдесятих років минулого століття. Вона постала як відповідь на психоаналіз, прагнучи інтегрувати наукові засади та доказові методи у сферу психотерапії (зокрема, завдяки таким постатям, як Айзенк та Вольпе) [13].

Протягом шістдесятих років двадцятого століття, завдяки перевороту у сфері когнітивістики та появі низки когнітивних теорій (зокрема, внесок Р. Кеттелла,

Дж. Гілфорда та Дж. Келлі), що зосереджувалися на дослідженні пізнавальних функцій та процесів, а також завдяки розвитку соціально-навчальної теорії А. Бандури, когнітивна терапія кристалізувалася у незалежний напрямок надання терапевтичної допомоги [33].

Засновниками когнітивного підходу у психотерапії вважаються Аарон Бек та Альберт Елліс, котрі, працюючи окремо, започаткували дві терапевтичні системи, що спираються на когнітивну парадигму: когнітивну терапію - свіжий погляд на лікування емоційних розладів (А. Бек), та раціонально-емоційну поведінкову терапію (А. Елліс) [32].

Суттєва частина концепцій і технік у когнітивній терапії сфокусована на мисленнєвих процесах та їхньому резонансі на фізичний стан, емоційну сферу та вчинки особистості [24].

Згідно з когнітивними уявленнями Аарона Бека, психологічні труднощі постають як результат притаманного індивідові «неприспособованого» методу сприйняття та обробки інформації. Когнітивна конструкція, розроблена Беком, охоплює три яруси когнітивних операцій: безпосередні когнітивні відгуки, сам процес когнітивної обробки та глибинні когнітивні схеми. Бек оперує терміном «схема», маючи на увазі своєрідні «лінзи», через які ми інтерпретуємо реальність, і які, власне, формують унікальні риси нашої індивідуальності. А. Бек підкреслює, що «варіації у тому, як індивід реагує на подразники, корелюють зі структурними особливостями його особистості. Особи з домінуванням автономної чи соціотропної орієнтації демонструють різну реакцію на стресори, що належать до відмінних категорій. Отже, ймовірність розвитку певних психологічних розладів значною мірою детермінована вразливістю особи, яка, своєю чергою, обумовлена її особистісною будовою» [20].

А. Бек докладав зусиль, щоб розрізнити ті когнітивні ознаки, які притаманні різним станам та труднощам, рівно як і відмінності у тому, як клієнт сприймає речі та мислить [36, 31].

Протягом 1950-1960 років XX століття перевагу мали підходи до вирішення психічних та емоційних негараздів, які були або «односпрямованими», або, у кращому випадку, «двоспрямованими». Значною мірою це пояснювалося певним протистоянням різних течій та виокремленням новітніх концепцій, що мали пояснювати стан психічного благополуччя особистості. Саме в той період здобули поширення такі заклики: «Несвідоме хай стане свідомим!», «Потрібно змінити ту поведінку, що не пристосовує!», «Слід виправити хибні уявлення!»; (когніції!). А. Лазарус, вивчаючи дієвість умов, що впливають на поведінку та мислення, представив власну концепцію мультимодальної психотерапії, акцентуючи увагу на важливості комплексних, різнобічних впливів для досягнення успіху в лікуванні [11].

Протягом 80-х років ми спостерігали злиття біхевіоральної та когнітивної терапій в єдину когнітивно-поведінкову терапію (представлену такими діячами як Р. Лазарус, Д. Мейхенбаум), тоді як когнітивно-аналітична терапія (започаткована Е. Райлі) розвивалася паралельним шляхом [5].

Для інтерпретації терапевтичних механізмів та допомоги клієнту у складанні уявлення про суть його труднощів, когнітивно-аналітичний напрямок запозичив за основу репертуарні ґратки Дж. Келлі, а також когнітивні теорію та терапевтичні підходи [39].

Ключовою задачею КПТ є формування певної схеми, що пояснює проблему - у цьому контексті це «самопідтримуючого циклу проблеми». Компоненти цього блоку (зокрема, сприйняття, мислення, емоції та діяльність) перебувають у взаємодії, де кожен елемент впливає на інші, опосередковуючи та зміцнюючи їх, чим і зумовлюється існування та стабільність даної проблеми [23].

Когнітивно-поведінковий підхід постає як метод, зосереджений на конкретній проблемі, що спирається на концепцію інтерактивної системи (співвплив різних складових) у виникненні та стійкості цієї проблеми. Актуальні концепції КПТ акцентують увагу на розвитку у клієнта здатності до самоаналізу, досягнутого через розгляд та коригування його мисленнєвих установок і тих моделей поведінки, що є дезадаптивними [27].

У нинішніх версіях КПТ ставиться під сумнів домінантна позиція когнітивних функцій щодо емоцій, які вважаються вторинними, натомість пропонується концепція їхнього одночасного виникнення. Для практичного застосування ключовим залишається таке положення: замкнене коло деструктивних емоцій, неконструктивних розумових операцій та некоректної поведінки можливо розірвати через корекцію саме когнітивної сфери. Отже, трансформація поглядів та способів мислення зумовлює зміни у патологічних переживаннях та реакціях поведінкового характеру [34].

Поштовх розвитку як когнітивної терапії, так і когнітивної психології надали комплексні нейрофізіологічні та нейропсихологічні дослідження (зокрема праці LeDoux, McLean, A. Лурії, A. Damasio). На сучасному етапі когнітивна терапія анітрохи не применшує ваги емоційного складника людського буття, натомість наголошує на потребі вдосконалення метакогнітивних умінь (саморефлексії) як інструментів особистісної цілісності. Завдяки нейропсихологічному баченню, що інтегроване у сучасну КПТ, з'являється можливість осмислити та структурувати проблеми психічного добробуту, спираючись на відомі принципи функціонування мозку та окремих психічних операцій [21].

Починаючи з другої половини 1980-х років, уявлення про несвідоме, яке раніше зводилося до простого образу руйнівної сили, що «викривлює» адекватне бачення дійсності та адаптацію до неї, зазнає суттєвого перегляду. Зокрема, у рамках структурного когнітивізму (як його бачать В. Гвідано та Дж. Ліотті) поживається інтерес до психології розвитку. Причому фокус зміщується не лише на розвиток власне пізнавальних функцій, а перш за все - на емоційні взаємозв'язки, з особливим наголосом на значенні «зв'язків прихильності» та «літописі формування та розриву емоційних союзів» (за Дж. Боулбі) [31].

Цілком логічно, що переосмислення взаємозв'язку між афективними та когнітивними механізмами у виникненні когнітивних спотворень неминуче позначилося і на розробці теоретичної моделі терапії. Більше уваги почали приділяти тонкощам динаміки терапевтичних взаємин як фактору, що може

сприяти або, навпаки, перешкоджати процесу когнітивної реструктуризації [22].

Протягом багатьох років фахівці вивчають, як саме КПТ позначається на різноманітних гранях ментального благополуччя, включно із піднесенням уявлення про власну цінність. Метааналізи, що охоплюють чимало наукових праць, демонструють: послідовне застосування підходів КПТ спричиняє суттєву позитивну динаміку самосприйняття у широкого кола людей. Люди, які опанували тренінг з КПТ, часто констатують зниження самокритичності та помітне зміцнення віри у власні здібності [30].

Перспективи подальших розробок у царині ментального здоров'я, ймовірно, полягатимуть у детальному дослідженні тих особистісних чинників, які модулюють успішність КПТ у сфері підвищення самооцінки [35].

З огляду на вищесказане, можна дійти висновку, що нинішня когнітивно-поведінкова терапія являє собою досить адаптивний, інтегративний підхід. Така її характеристика повністю задовольняє потребу фахівців у розробці терапевтичних стратегій, персоналізованих під конкретного клієнта [37].

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити можливості використання когнітивно-поведінкової терапії як методу психологічного впливу на підвищення рівня самооцінки особистості.

Завдання дослідження:

1. Здійснити науковий пошук питань самооцінки особистості та можливостей когнітивно-поведінкової терапії.
2. Охарактеризувати етапи організації та проведення емпіричного дослідження, описати методи та методики дослідження.
3. Проаналізувати результати попереднього анкетування.
4. Проаналізувати результати психодіагностичного дослідження.
5. Розробити навчально-розвивальний тренінг «Формування адекватної самооцінки засобами когнітивно-поведінкової терапії».

Об'єкт дослідження: самооцінка особистості як психологічний феномен.

Предмет дослідження: особливості впливу когнітивно-поведінкової терапії на підвищення рівня самооцінки особистості

Методологічна база дослідження. У підґрунтя кваліфікаційного дослідження покладено систему загальнонаукових та специфічних методів пізнання. Для досягнення сформульованої мети та розв'язання поставлених дослідницьких завдань застосовано наступні наукові підходи:

- теоретичні методи: аналіз наукової літератури (синтез та критична оцінка існуючих концепцій, виявлення прогалин у дослідженнях); систематизація (впорядкування та структурування інформації для виявлення закономірностей); класифікація (розподіл об'єктів дослідження за певними ознаками); узагальнення отриманих результатів (формулювання загальних висновків на основі окремих фактів); порівняльний аналіз (зіставлення теоретичних моделей з емпіричними даними, отриманими в ході дослідження); формування обґрунтованих висновків (синтез результатів та формулювання основних положень).

- емпіричні методи: цілеспрямоване спостереження (фіксація проявів досліджуваних явищ у реальних умовах); анкетування та тестування (застосування стандартизованих психометричних інструментів для оцінки досліджуваних характеристик).

- інтерпретаційні методи: аналітичне дослідження (розгляд отриманих даних з метою виявлення глибинних зв'язків та закономірностей); концептуальне тлумачення (інтеграція результатів дослідження в існуючий теоретичний контекст, розширення та уточнення наявних знань); компаративний аналіз (зіставлення результатів дослідження з попередніми науковими даними, представленими в психологічній літературі, виявлення схожостей та відмінностей).

- математично-статистичні методи: кількісний аналіз даних (обробка емпіричних даних з використанням методів математичної статистики).

Цей комплексний підхід забезпечив всебічне вивчення досліджуваної проблеми, поєднання теоретичного аналізу з емпіричними даними та обґрунтованість отриманих висновків.

Методики дослідження: авторська анкета «Когнітивно поведінкова терапія, як метод впливу на підвищення самооцінки», методика «Шкала самооцінки М.Розенберга», «Шкала дисфункціональних ставлень (DAS - Dysfunctional Attitudes Scale, А. Бек)».

Елементи наукової новизни. Елементом наукової новизни є власна авторська анкета. Елементом наукової новизни також можна вважати власний авторський тренінг на тему «Когнітивно поведінкова терапія як метод підвищення самооцінки», який може використовуватися як новий підхід до вирішення проблеми тривожності.

Наукова новизна дослідження полягає у розкритті нових аспектів когнітивно поведінкової терапії, як методу впливу на підвищення самооцінки.

Дослідження робить внесок у сучасне розуміння когнітивно поведінкової терапії, методи впливу на самооцінку.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблений авторський тренінг можна використовувати в студентських колективах, закладах освіти, в індивідуальних та групових роботах психолога.

Результати проведених досліджень дають змогу розробити навчально-розвивальну тренінгову програму, корекційну програму для закладів середньої та фахової перед вищої освіти, можуть бути включені в програми занять психологів закладів середньої та фахової передвищої освіти.

Отримані результати, відкривають шлях для наступних наукових досліджень у феномені самооцінки та оцінки дієвості когнітивно-поведінкової терапії. Далі, вони можуть слугувати підґрунтям для вдосконалення методів психокорекції, метою яких є формування більш зваженого та реалістичного образу власного «Я» у людини.

Публікації автора за темою дослідження. За матеріалами кваліфікаційної роботи автором були підготовлені тези на II Міжнародну науково-практичну

конференцію «Психологічне благополуччя особистості в умовах воєнних та пост воєнних трансформацій: клініко-психологічний вимір» на тему: «Використання когнітивно-поведінкової терапії для формування адекватної самооцінки» (Одеса, 30 квітня 2026 року) - подано до друку [28].

Структура та обсяг роботи. Бакалаврська кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 47 сторінку. Список використаної літератури налічує 39 найменувань, а також робота містить 3 таблиці та 20 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ЯК МЕТОДУ ВПЛИВУ НА ПІДВИЩЕННЯ САМООЦІНКИ

1.1 Етапи, організація та методи дослідження.

Дослідження з теми «Когнітивно-поведінкова терапія як метод впливу на підвищення самооцінки» проходило в декілька етапів.

На першому етапі сформулювалася мета, завдання, об'єкт, предмет та гіпотеза дослідження.

Була сформована гіпотеза дослідження, що застосування підходів когнітивно-поведінкової терапії уможливило зростання рівня самоцінності людини та зменшує прояви деструктивних уявлень про себе.

З метою вивчення громадської думки з приводу «Когнітивно поведінкова терапія як метод впливу на підвищення самооцінки», а також рівня обізнаності здобувачів їх ставлення до підвищення самооцінки на основі КПТ, була розроблена авторська анкета яка складалась з 15 запитань (див. Додаток А). Анкета була представлена у вигляді Google форми.

Вибірка дослідження становила 40 осіб числа студентів, віком від 18 до 25 років, серед яких 15 (37,5%) чоловічої статі, 25 (62,5%) жіночої статі.

Базою проведення дослідження був один із закладів вищої освіти міста Одеси. За рівнем освіти більшість респондентів мають незакінчену вищу освіту (47,5%), що свідчить про належність вибірки до студентської аудиторії.

Здійснено вивчення рівня самооцінки та специфіки дисфункціональних уявлень, що стосуються застосування когнітивно-поведінкового підходу в терапії.

Наступним етапом проведення психодіагностичного дослідження з теми «Когнітивно-поведінкова терапія як метод впливу на підвищення самооцінки» був підбір валідних та стандартизованих методик дослідження для вимірювання рівня самооцінки, та рівня вираження дисфункціональних переконань. Серед великої кількості різноманітних методик ми обрали для дослідження Методику «Шкала Самооцінки Розенберга - RSES», методику

«Шкала дисфункціональних ставлень (DAS - Dysfunctional Attitudes Scale, А. Бек)», тому що ці шкали досить ефективно вимірюють самооцінку та рівень дисфункціональних ставлень, та відповідають даній віковій групі[1,17,18].

Проведення дослідження передбачає використання різноманітного психодіагностичного інструментарію.

Різнманіття представлених методик продемонструвало можливість багатьох продіагностувати необхідний нам рівень самооцінки, проте ми спиралися не на такі критерії як:

Валідність - вимірювати ту конкретну психологічну ознаку, задля вивчення якої її розроблено, зветься її валідністю. У межах нашої роботи це означає, що використані інструменти справді дають змогу оцінити рівень самооцінки, а не якісь близькі, але відмінні психологічні прояви.

Надійність - же стосується стійкості та узгодженості даних, які ми отримуємо за допомогою певного методу. Фактично, це свідчить про те, що якщо ми повторимо експеримент за ідентичних обставин, отримані висновки будуть схожими, що, своєю чергою, гарантує правдивість зібраної інформації.

Висока стандартизованість - зумовлює наявність чітко окресленого порядку проведення вимірювань, однакових вказівок для кожної особи, що бере участь, та єдиного підходу до аналізу отриманих даних, тому наш вибір пав на такі методики.

Шкала Самооцінки Розенберга (RSES) вважається однією з визначних та найчастіше вживаних методик для виокремлення загального рівня того, як людина оцінює себе. Ця шкала була вперше розроблена соціологом Моррісом Розенбергом 1965 році з метою вимірювання індивідуального відчуття власної гідності, або загального сприйняття власної цінності.

Ключові завдання цього інструменту включають:

1) Визначення рівня самооцінки: Здійснення вимірювання ступеня задоволення собою та впевненість у власних здібностях.

2) Ідентифікація проблем із самооцінкою: Виявлення тих осіб, у яких можуть спостерігатися труднощі з невисокою оцінкою себе, що може мати зв'язок із різноманітними емоційними та ментальними складнощами.

RSES складається з десяти тверджень, на які респонденти надають відповіді, обираючи один із чотирьох варіантів: «повністю погоджуюсь», «погоджуюсь», «не погоджуюсь», «повністю не погоджуюсь». Половина тверджень має позитивне спрямування (як-от: «Я відчуваю, що я цінний, принаймі що я на рівнях з іншими»), тоді як інша половина - негативне (наприклад: «Іноді я почуваюсь ні на що не здатним»). Бали підсумовуються, формуючи загальний показник від 0 до 30, де вищий результат сигналізує про кращу самооцінку.

Сфери застосування:

1) Клінічний контекст: Ця шкала активно використовується у медичних дослідженнях, психотерапевтичних практиках та консультативній роботі для виявлення порушень самооцінки.

2) Наукові дослідження в галузі психології: RSES є важливим інструментом для вивчення того, як самооцінка впливає на психічне благополуччя, якість міжлюдських стосунків та моделі поведінки.

3) Самооцінка: Метод також придатний для індивідуального самоаналізу та оцінки власного стану.

RSES демонструє високі характеристики надійності та достовірності:

1) Надійність: Зафіксовано високий ступінь внутрішньої узгодженості даних та стабільності результатів при повторному тестуванні.

2) Валідність: Ця шкала добре узгоджується з іншими апробованими методами вимірювання самооцінки та поваги до себе.

Шкала Самооцінки Розенберга (RSES) є надійним та нескладним інструментом для визначення загального рівня того, як людина бачить себе. Вона допомагає фахівцям у клінічній та дослідницькій сферах глибше зрозуміти рівень самоповаги особистості та може бути застосована для виявлення проблем, пов'язаних із заниженою самооцінкою, що справляє вплив на ментальне здоров'я та поведінкові реакції.

Шкала дисфункціональних ставлень (DAS - Dysfunctional Attitudes Scale, А. Бек) слугує для з'ясування присутності й потужності хибних переконань. Ця терапевтична концепція, створена в 1960 роках минулого століття, ґрунтується на припущенні, що наш емоційний фон значною мірою обумовлений тим, яким чином ми осмислюємо та переробляємо відомості, що надходять.

Згідно з теорією Аарона Бека, в індивідів, котрі схильні до пригніченого стану або інших різновидів розладів невротичного спектру, існують ті негнучкі матриці (схеми), що залишаються «сплячими», поки їх не запустять якісь складні життєві обставини. Самі ж дезадаптивні настанови - хибні бачення дійсності - відображають суто цих досить стійких внутрішніх структур.

Фактично, їхня нежиттєздатність, відірваність від емпіричного досвіду та хибна логіка спотворюють те, як людина бачить та оцінює саму себе, оточення, інших осіб, і, відповідно, впливає на інші аспекти психіки та складові особистісної системи взаємодії (емоційно-афективну, дієву сферу), спричиняючи появу як неврозів, так і психосоматичних реакцій.

За поглядами А. Бека, труднощі особистості виникають через хибне тлумачення дійсності. Це тлумачення ґрунтується на некоректних переконаннях та засновках, що формують порушені зв'язки між зовнішнім стимулом та внутрішнім відгуком (що не завжди усвідомлюється). Ці зв'язки відображають індивідуальний спосіб інтерпретації подій, що, своєю чергою, і зумовлює емоційне реагування. Подібні хибні інтерпретації своє коріння мають у дефектному засвоєнні під час формування пізнавальних здібностей особистості, проявляючись у формі «спонтанних думок», які з'являються неначе від рефлексу і сприймаються людиною як незаперечна істина.

Опитувальник складається з 40 тверджень, на які респонденти надають відповіді, обираючи один із семи варіантів: «повністю згоден», «в основному згоден», «швидше згоден», «повністю погоджуюсь», «важко визначити», «скоріше не згоден», «в основному не згоден», «цілком не згоден». Бали підсумовуються, формуючи загальний показник від 0 до 280, де вищий результат сигналізує про схильність до депресивних, самокритичних установок.

У цій анкеті представлено набір переконань, поглядів та життєвих установок, яких інколи дотримуються індивіди. Зважаючи на те, що кожна особа унікальна, тут не існує однозначно коректних чи хибних відповідей. Щоб визначити, чи відображає певне твердження ваші думки, сфокусуйтеся на тому, яким ви є зазвичай, або як ви мислите у переважній більшості випадків.

Ключове завдання DAS полягає у сприянні як індивідам, так і фахівцям у сфері ментального здоров'я, у декодуванні та усвідомленні цих хибних схем мислення, що відкриває шлях для більш сфокусованих терапевтичних підходів. А саме, DAS дає змогу виміряти такі аспекти:

1) Прагнення до досконалості: Шкала фіксує схильність особистості встановлювати собі нереально завищені вимоги, вважаючи будь-який результат, що не відповідає ідеалу, абсолютно неприпустимим. Така ментальна пастка може спричиняти затяжний напружений стан, тривожні розлади та відчуття власної неспроможності.

2) Пошук зовнішнього схвалення: Оцінюється, наскільки сильно суб'єкт потребує постійного зовнішнього підтвердження його дій та особистості. Особи з вищими балами за даним критерієм можуть мати схильність до переживань, пов'язаних із тривогою та дискомфортом у соціальних ситуаціях.

3) Орієнтованість на результати: Цей компонент з'ясовує, як самооцінка людини та її відчуття власної цінності корелюють із досягнутими нею успіхами.

4) Залежність: DAS аналізує, наскільки особа покладається на оточуючих у процесі прийняття рішень та у здобутті емоційної підтримки, що, своєю чергою, може ускладнити розвиток наполегливості та самостійності.

5) Самостійність (Автономія): Визначається здатність індивіда захищати свою незалежність та здійснювати вибір, не піддаючись надмірному тиску ззовні.

6) Внутрішній критик: Цей параметр допомагає визначити рівень суворості самооцінки та домінуючого негативного ставлення до себе, яке особа має.

Шкала (DAS) являє собою значущий ресурс завдяки низці чинників:

1) Оперативне виявлення: Вона дає змогу ідентифікувати збої у мисленнєвих патернах на початкових етапах, запобігаючи їхньому міцному закріпленню та запобігаючи затяжним емоційним розладам.

2) Спрямоване лікування: Фахівці з питань психічного здоров'я спроможні опиратись на дані, отримані з ДАС, для адаптації Когнітивно-поведінкової Терапії (КПТ) з акцентом на корекцію визначених когнітивних викривлень.

3) Розвиток інтроспекції: Проходження оцінки за шкалою ДАС може стимулювати підвищення рівня самоусвідомлення, даючи можливість індивідам усвідомити власні неадаптивні способи мислення та працювати над формуванням більш конструктивних ментальних установок.

4) Наукове застосування: Цей інструмент активно задіяний у наукових дослідженнях, що вивчають кореляцію між дезадаптивними переконаннями та широким спектром психічних станів, зокрема депресивними та тривожними розладами.

1.2 Аналіз результатів анкетування

Дослідження з рівня самооцінки здійснювалося в декілька етапів.

На першому етапі нами було створено авторську анкету, яка складалася з 15 запитань, які були спрямовані на визначення рівня самооцінки з самими респондентами під час здійснення анкетування. Вони могли самостійно оцінити власний рівень самооцінки, що на нашу думку є необхідним попереднім (пілотажним) дослідженням, перед проведенням вже масштабного психодіагностичного обстеження.

В результаті анкетування нами було отримано наступні данні, які далі будуть представлені схематично.

1. Ваш вік
40 ответов

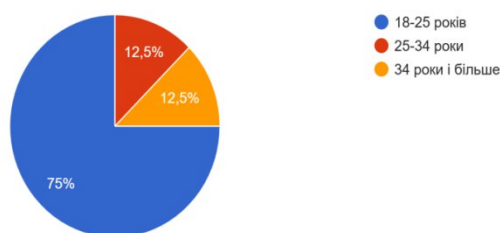


Рисунок 1.1 Вік респондентів

Для зручності анкета була побудована у гугл формі, у анкетуванні взяло участь 40 осіб з числа студентської молоді. Базою дослідження був один з вищих навчальних закладів міста Одеси.

Інформація яка представлена на рисунку 1.1. вказує на те що, вік респондентів становить 18-25 років (75%).

2. Ваша стать
40 ответов

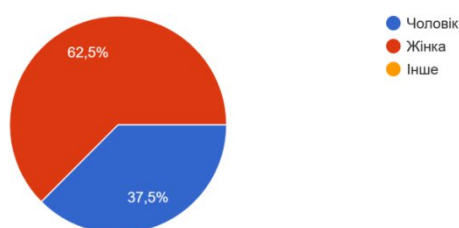


Рисунок 1.2 Стать респондентів

Рисунок 1.2. демонструє, що в дослідженні взяло участь 40 респондентів з яких 15 чоловічої статі, 25 жіночої статі. Такий переріз вибірки свідчить що, (62,5%) жіночої статі, чоловічої статі всього (37,5%).

Більшість респондентів (див. рис. 1.3.) мають незакінчену вищу освіту (47,5%), повну закінчену освіту ж мають (30%), а повну середню (22,5%).

3. Ваша освіта
40 ответов

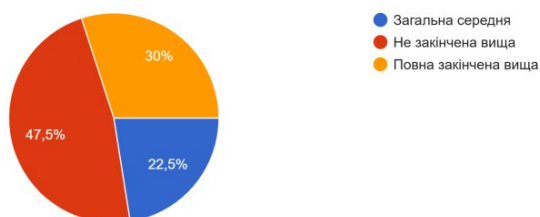


Рисунок 1.3 Освіта респондентів

Такий розподіл свідчить про те що, опитувальник охоплює студентську аудиторію, яка ще не завершила своє навчання у вищому навчальному закладі.

На рисунку 1.4. простежується що, найбільша частка респондентів відповіла що, в них середній рівень самооцінки (60%), інші що, в них низький рівень самооцінки (25%), і найменша частка респондентів що, в них високий рівень самооцінки (15%).

4. Як ви загалом оцінюєте свій рівень самооцінки?
40 ответов

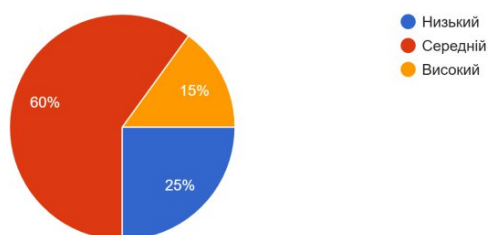


Рисунок 1.4 Рівень самооцінки респондентів

Більшість учасників на рисунку 1.5. демонструють, що сумніваються у своїй зовнішності (40%). Інша частина учасників сумніваються у стосунках (30%), а також сфера робота/навчання (30%), що мають однаковий показник. Це свідчить про те, що значна частина молоді схильна оцінювати власну вправність та вартість крізь призму суспільних стандартів і сподівань. Найбільші вагання у царині зовнішності можуть свідчити про вплив соціокультурних приписів краси та активне зіставлення себе з іншими, що притаманне сучасному інформаційному простору. Водночас сумніви у взаєминах та фаховій/освітній галузі демонструють, що респонденти можуть відчувати складнощі, пов'язані з самооцінкою власних суспільних та розумових здібностей.

5. У яких сферах життя ви найчастіше сумніваєтеся у власних силах?
40 ответов

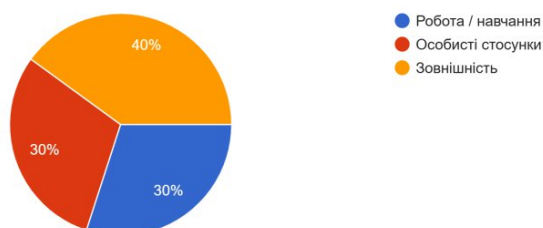


Рисунок 1.5 Сфери життя у яких респонденти найчастіше сумніваються у власних силах

На рисунку 1.6. видно, що більшість учасників порівнюють себе з іншими людьми постійно (47,5%). Інша частина учасників порівнюють себе з іншими людьми рідко (40%). А найменша частина ніколи себе не порівнює (12,5%). Це свідчить про те, що для значної частини молоді процес суспільного порівняння є типовою пізнавальною стратегією, яка впливає на становлення самооцінки та самосприйняття. Часті зіставлення можуть бути пов'язані з підвищеною чутливістю до оцінки оточення, прагненням відповідати певним соціальним нормам або внутрішнім переконанням про неповноцінність власних здобутків. Така схильність є типовою розумовою настановою, яка може сприяти розвитку зниженої самооцінки, тривожності та негативних автоматичних думок - саме тих чинників, на які спрямована корекція у когнітивно-поведінковій терапії.

6. Як часто ви порівнюєте себе з іншими людьми?
40 ответов

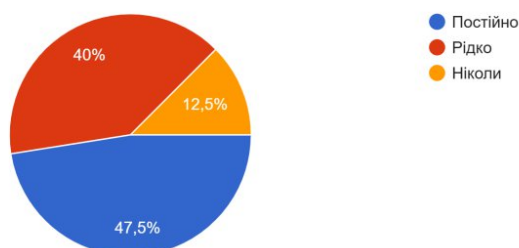


Рисунок 1.6 Порівняння респондентів себе з іншими людьми

На рисунку 1.7 ми можемо побачити, що на більшість учасників це впливає частково (50%). На інших учасників це впливає значною мірою (32,5%). І на меншу частину учасників це зовсім не впливає (17,5%). Це свідчить про те, що самооцінка та самосприйняття є значущими регуляторами поведінки й ухвалення рішень для переважної більшості респондентів. Навіть помітний вплив вказує на присутність внутрішніх когнітивних установок, які можуть підсилювати чи стримувати активність, ініціативність та впевненість у власних кроках. Водночас те, що третина опитаних відчуває суттєвий вплив власних суджень, може говорити про наявність підвищеної самокритичності або нахилу

до негативних автоматичних роздумів, що є характерними когнітивними процесами, які вивчаються у когнітивно-поведінковій терапії.

7. Чи впливають ваші думки про себе на прийняття рішень у повсякденному житті?
40 ответов

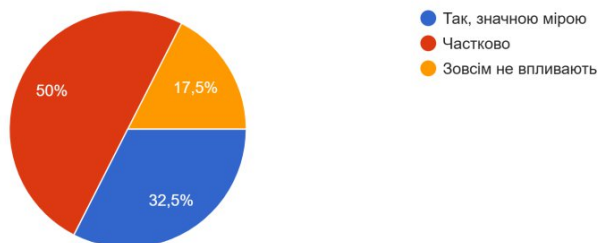


Рисунок 1.7 Вплив думок про себе на прийняття рішень у повсякденному житті

На рисунку 1.8. простежується що більшість учасників чули раніше про метод Когнітивно-поведінкової терапії (95%).

8. Чи чули ви раніше про метод когнітивно-поведінкової терапії (КПТ)?
40 ответов

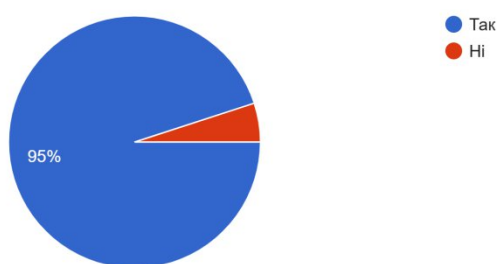


Рисунок 1.8 Обізнаність респондентів щодо методу КПТ

На рисунку 1.9 ми можемо спостерігати, що більша частина учасників дізналася про КПТ з книг/статті (50%). Інша частина учасників дізналася з соціальних мереж (32,5%). І менша частина учасників дізналася з власного досвіду терапії (17,5%).

9. Якщо так, з яких джерел ви дізналися про КПТ?
40 ответов

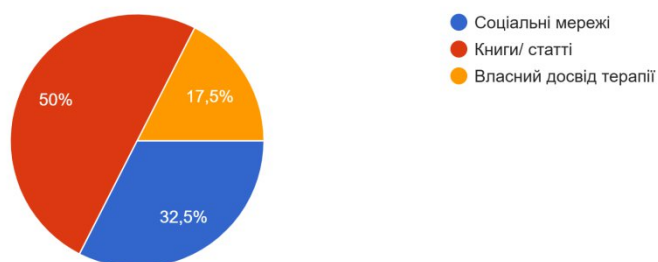


Рисунок 1.9 Джерела отримання респондентами інформації про КПТ

Рисунок 1.10 демонструє, що більшість учасників хотіли б підвищити впевненість у собі (65%). Інша частина учасників хотіли б контролювати негативні думки (20%). І менша частина учасників хотіли б знизити тривожність (15%).

10. Які результати ви очікували б від застосування КПТ?
40 ответов

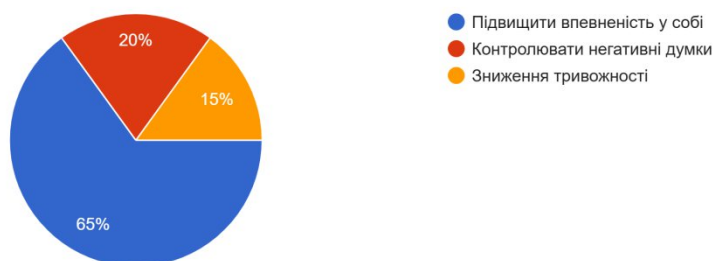


Рисунок 1.10 Очікування результатів від застосування КПТ

На рисунку 1.11 простежується, що більшість учасників брало участь у КПТ (52,5). Інша частина учасників не брало участь у КПТ (47,5).

11. Чи брали ви участь у КПТ?
40 ответов

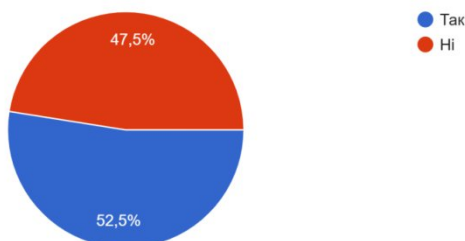


Рисунок 1.11 Участь респондентів у КПТ

На рисунку 1.12 ми можемо спостерігати, що більша частина учасників побачила підвищення самооцінки (43,5%). Інша частина учасників побачила у себе зміни ставлення до життєвих труднощів (39,1%). І менша частина побачила в себе зміни зниження тривожності (17,4%).

12. Якщо так, які зміни ви відчули після проходження сеансів КПТ?

23 ответа

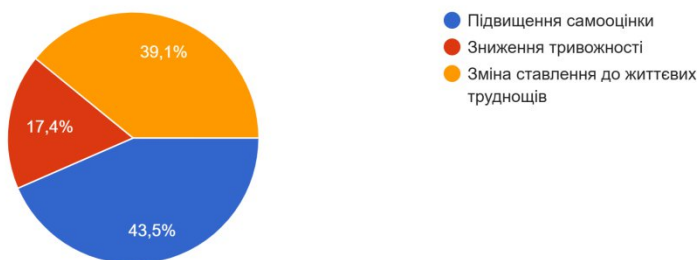


Рисунок 1.12 Зміни після проходження сеансів КПТ

На рисунку 1.13 видно, що більшість учасників вважають КПТ більш ефективною у підвищенні самооцінки ніж інші методи (67,5%). А інші учасники вважають її менш ефективною (32,5%).

13. Чи вважаєте ви КПТ більш ефективною у підвищенні самооцінки ніж інші методи (арттерапія, коучинг, психоаналіз)?

40 ответов

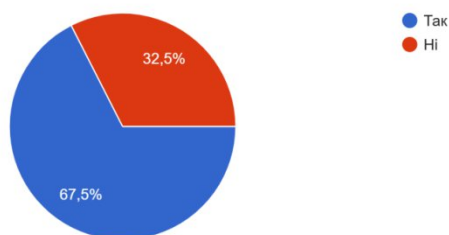


Рисунок 1.13 Ефективність КПТ щодо підвищенні самооцінки

Рисунок 1.14 демонструє, що більшість учасників вважають що це соціальні стереотипи (42,5%). Інша частина учасників вважають що це критика з боку інших (32,5%). І мала частина учасників вважають що це негативне мислення (25%).

14. Які основні перешкоди, на вашу думку, заважають людині підвищити самооцінку?

40 ответов

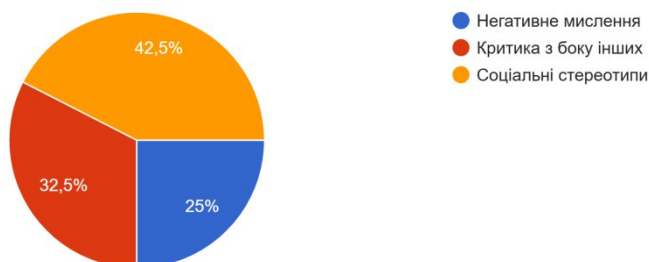


Рисунок 1.14 Основні перешкоди які заважають людині підвищити самооцінку

На рисунку 1.15 простежується, що більшість учасників готові пройти програму (60%). Інша частина учасників сумнівається в тому щоб пройти програму (27,5%). І мала частина учасників не готова проходити програму з підвищення самооцінки (12,5%).

15. Чи були б ви готові пройти програму з підвищення самооцінки на основі КПТ?
40 ответов

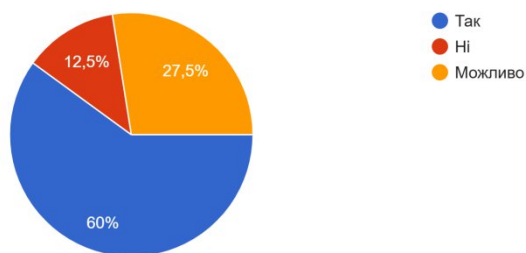


Рисунок 1.15 Готовність респондентів до проходження програми з підвищення самооцінки на основі КПТ

Таким чином, здійснене нами анкетування надало змогу здобути цілісне уявлення про особливості самооцінки, поширені мисленнєві настанови та поінформованість учасників щодо когнітивно-поведінкової терапії.

Отримані результати вказують на те, що відчутна частина молоді схильна до сумнівів у власних здібностях, що найчастіше виявляється у сфері зовнішності, міжособистісних зв'язків та фахово-навчальній діяльності. Виявлено високий ступінь співставлення себе з іншими, а також залежність ухвалення рішень від власних поглядів про себе, що може бути ознакою нестійкої або заниженої самооцінки.

Результати також показують досить широкий рівень знань учасників щодо методу КПТ та сприятливий досвід тих, хто вже стикався з цим підходом: більшість із них засвідчили покращення самооцінки, зниження тривожності та зміну погляду на життєві негаразди. Додатково, переважна частина опитаних вважає КПТ дієвим способом підняття самооцінки та готове пройти відповідну програму за умови її доступності.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ЯК МЕТОДУ ВПЛИВУ НА ПІДВИЩЕННЯ САМООЦІНКИ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Аналіз результатів психодіагностичного обстеження

Для підтвердження гіпотези нами був здійснений другий етап наукового дослідження, на якому проведено психодіагностичне обстеження респондентів.

З цією метою були обрані психодіагностичні методики, а саме: методика на самооцінку за шкалою Розенберга, та опитувальник дисфункціональних переконань (DAS-Dysfunctional Attitude Scale, А.Бек). Ці всесвітньо відомі, високо стандартизовані, валідні та надійні методики дозволяють детально дослідити рівень самооцінки, стійкість власної цінності особистості, а також виявити наявність і вираженість дисфункціональних уявлень, які можуть заважати формуванню належного самосприйняття та впевненості у собі.

Респонденти були попереджені про конфіденційність даних, що забезпечило їм комфорт під час обстеження і підвищило достовірність результатів.

Результати психодіагностичного обстеження представлені у вигляді кількісних показників за трьома шкалами, що дає можливість зрозуміти рівень самооцінки учасників, структуру їхніх пізнавальних установок, а також визначити взаємозв'язок між самооцінкою та дисфункціональними переконаннями.

У цьому розділі здійснено аналіз отриманих даних, визначено основні групи респондентів аналіз здобутих відомостей, виявлено головні групи респондентів залежно від ступеня самооцінки та вияву дисфункціональних уявлень, а також окреслено загальні закономірності, що простежуються у вибірці.

Таблиця 2.1 містить результати психологічного обстеження за шкалою Розенберга, де оцінюється рівень самооцінки для кожного респондента. Шкала передбачає такі категорії для оцінки рівня самооцінки:

- занижка самооцінка (0-10 балів)

- Адекватна самооцінка (10-20 балів)
- Зависока самооцінка (20-30 балів)

Таблиця.2.1

Результати обстеження за шкалою Розенберга

Рівень самооцінки			
№ Респондента	Занизька самооцінка	Адекватна самооцінка	Зависока самооцінка
1		17	
2		18	
3			20
4		14	
5			21
6		16	
7		15	
8			22
9		17	
10		18	
11	6		
12		19	
13		18	
14		17	
15			20
16		15	
17		19	
18		14	
19		19	
20		12	
21		16	

22	7		
23		13	
24		13	
25			23
26		18	
27			20
28			20
29			24
30		18	
31		14	
32		12	
33		15	
34		17	
35	7		
36		18	
37			20
38		15	
39			25
40		16	
41		11	
42		15	
43			22
44		16	
45		17	
46		17	
47		18	
48		16	
49			21
50		19	

У результатах таблиці 2.1. респонденти демонструють різні рівні самооцінки, від низької до високої. Тільки три особи з опитаних демонструють невисоку самооцінку. Переважна частина респондентів володіє середнім або ж високим рівнем самооцінки, що, ймовірно, вказує на домінування високого показника. Це, своєю чергою, може означати, що ці люди схильні до позитивного самосприйняття, вони вірять у власні спроможності та вміють адекватно зважити свої здібності та зроблене.

Наприклад респондент 3,5,8,15,25,27,28,29,37,39,43,49. Мають високі показники, що вказують на високу самооцінку.

Таблиця 2.1. показує що частина респондентів мають високі показники. Це вказує на необхідність звернутися для консультації до фахівця.

Таблиця 2.2. містить результати психологічного обстеження за шкалою дисфункціональних переконань (DAS-Dysfunctional Attitude Scale, А.Бек.

Шкала передбачає такі категорії для оцінки вираженості дисфункціональних переконань.

- Низький рівень (40-120 балів)
- Середній рівень (121-200 балів)
- Високий рівень (201-280 балів)

Таблиця.2.2

Результати обстежування за шкалою дисфункціональних переконань
(DAS-Dysfunctional Attitude Scale, А.Бек)

Рівень вираження дисфункціональних переконань			
№ Респондента	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
1		149	
2		189	
3		169	
4		173	

5		149	
6	118		
7		158	
8		183	
9		170	
10		173	
11		163	
12		148	
13		196	
14		198	
15		176	
16		176	
17		153	
18		193	
19		168	
20		180	
21		182	
22			214
23		166	
24		168	
25		199	
26		143	
27		172	
28		144	
29		151	
30		186	
31		191	
32	108		
33		162	

34		168	
35		179	
36		185	
37		166	
38		147	
39		179	
40		163	
41		150	
42		172	
43		169	
44		150	
45		180	
46		167	
47		192	
48		186	
49		172	
50		167	

По даним таблиці 2.2. видно що респонденти які прийняли участь у дослідженні лише дві особи мають низький рівень дисфункціональних ставлень.

Більшість респондентів мають середній рівень дисфункціональних ставлень (46 респондентів), респондент 22 має високий показник, що вказує на високий рівень дисфункціональних ставлень, що може свідчити про те що у людини може бути схильність до депресивних, самокритичних установок.

Таблиця.2.3

Узагальнені показники результатів дослідження.

Рівень самооцінки	Рівень вираження дисфункціональних переконань
--------------------------	--

№ Респонде нта	Занизьк ий	Адекват на	Зависок а	Низький	Середній	Високий
1		17			149	
2		18			189	
3			20		169	
4		14			173	
5			21		149	
6		16		118		
7		15			158	
8			22		183	
9		17			170	
10		18			173	
11	6				163	
12		19			148	
13		18			196	
14		17			198	
15			20		176	
16		15			176	
17		19			153	
18		14			193	
19		19			168	
20		12			180	
21		16			182	
22	7					214
23		13			166	
24		13			168	
25			23		199	
26		18			143	

27			20		172	
28			20		144	
29			24		151	
30		18			186	
31		14			191	
32		12		108		
33		15			162	
34		17			168	
35	7				179	
36		18			185	
37			20		166	
38		15			147	
39			25		179	
40		16			163	
41		11			150	
42		15			172	
43			22		169	
44		16			150	
45		17			180	
46		17			167	
47		18			192	
48		16			186	
49			21		172	
50		19			167	

По даним таблиці 2.3. ми бачимо що, у респондентів з заниженою самооцінкою середні та високі показники рівня виражених дисфункціональних переконань. Зокрема, респондент під номером 22, у якого зафіксовано вкрай низькі показники самооцінки, демонструє найвищий ступінь дезадаптивних

установок. Це безпосередньо засвідчує наявність чіткого зв'язку між негативним сприйняттям власної особистості та сприйнятливістю до когнітивних порушень.

Переважає частина досліджуваної групи (30 осіб) має самооцінку, що відповідає нормі. Це, у поєднанні з переважно середнім рівнем дисфункціональних установок, свідчить про те, що в них сформувалися дієві механізми психологічного пристосування. При цьому група з завищеною самооцінкою (17 осіб) також переважно продукує середні значення дисфункціональності, що може бути інтерпретовано як використання певних стратегій для компенсації та підтримки позитивного уявлення про себе.

Результати аналізу вказують на те, що зниження самооцінки корелює зі зростанням інтенсивності жорстких когнітивних схем (таких як надмірна самокритика, прагнення ідеалу та потреба у зовнішньому схваленні). З огляду на це, корекційна робота, спрямована на підвищення самооцінки, є ключовим елементом у зменшенні виявлення дезадаптивних переконань у людини.

Проведене дослідження вказало на те, що використання методів когнітивно-поведінкової терапії позитивно впливає на рівень самооцінки особистості, і проблема заниженої самооцінки серед дослідженої вибірки дійсно існує. Що у свою чергу, викликало необхідність вжиття відповідних психологічних заходів.

Найбільш ефективним заходом ми вважаємо соціально-психологічний тренінг, який, на нашу думку, буде більш результативним за умови його побудови в рамках когнітивно-поведінкової терапії, оскільки когнітивно-поведінкова терапія спрямована на виявлення, усвідомлення та корекцію негативних автоматичних думок і дисфункціональних переконань, що безпосередньо впливають на формування самооцінки.

2.2. Навчально розвивальний тренінг з елементами когнітивно-поведінкової терапії як засіб впливу на самооцінку

Здійснений нами науковий аналіз результатів анкетування та інтерпритація даних, отриманих у ході емпіричного дослідження, показали що є проблема з самооцінкою, з метою підвищення ми пропонуємо використовувати КПТ то му що це найефективніший та найсучасніший метод в психології.

Такі результати обумовили необхідність психологічного втручання, спрямованого на підвищення самооцінки. Враховуючи вік респондентів, нами було обрано навчально-розвивальний тренінг, оскільки саме така форма роботи, на нашу думку, є найбільш прийнятною та зрозумілою для респондентів.

Програма

навчально-розвивального тренінгу

«Формування адекватної самооцінки засобами когнітивно-поведінкової терапії»

Тренінгова програма розрахована на 10 годин та запланована проводитися щотижня протягом 2 місяців (повна версія програми навчально-розвивального тренінгу «Формування адекватної самооцінки засобами когнітивно-поведінкової терапії» представлена у додатку Г).

Мета: полягає у покращенні того, як учасники сприймають себе (рівень адекватної самооцінки). Це досягатиметься через осмислення, розбір та виправлення хибних розумових налаштувань, миттєвих негативних роздумів і непристосованих моделей дій. Паралельно відбуватиметься вироблення умінь приймати себе, надавати собі підтримку та ефективно керувати власною поведінкою, спираючись на основи когнітивно-поведінкової терапії.

Тренінгове заняття 1.

Тема: знайомство, визначення понять самооцінки та принципи Когнітивно поведінкової терапії

Мета: створення у колективі атмосфери довіри, знайомство присутніх із сутністю самооцінки та принципами когнітивно-поведінкового лікування,

стимулювання бажання глибше пізнати себе та активно долучатися до роботи тренінгу

Тривалість тренінгу: 60 хв.

Вступне слово ведучого (5 хв).

Вправа 1. «Представлення й сподівання» (10 хв).

Вправа 2. «Моє Я - сьогодні» (20 хв).

Вправа 3. «Правила гурту» (10 хв).

Тренінгове заняття 2.

Тема: оцінка себе та шляхи її формування у рамках КПТ

Мета: розпізнавання елементів, що зумовлюють становлення оцінки себе, відпрацювання умінь досліджувати власні роздуми та знаходити деструктивні внутрішні переконання

Тривалість тренінгу: 60хв.

Вправа 1. «Чинники, що конструюють мою самооцінку» (10 хвилин).

Вправа 2. «Мій внутрішній критик» (20 хв).

Тренінгове заняття 3.

Тема: спонтанні негативні судження

Мета: розробка навички виявляти мимовільні негативні уявлення й оцінювати, як вони відбиваються на почуттях та діях людини

Тривалість тренінгу: 60 хв.

Вправа 1. «Щоденник думок» (25 хв).

Вправа 2. «Факт чи інтерпретація» (20хв).

Тренінгове заняття 4.

Тема: когнітивні викривлення

Мета: забезпечення учасникам розуміння ключових помилок у мисленні та формування умінь розпізнавати їх у власних ментальних процесах

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Пастки роздумів» (20 хв).

Тренінгове заняття 5.

Тема: спотворення позитивного образу Я

Мета: формування гарного погляду на себе, розуміння власних переваг та створення більш відповідного образу власної особистості

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Мій автопортрет» (30 хв).

Тренінгове заняття 6.

Тема: самовизнання (самоприйняття)

Мета: формування умінь підтримувати себе, приймати себе та зменшувати ступінь самокритичних оцінок

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Лист підтримки собі» (30 хв).

Тренінгове заняття 7.

Тема: моделі поведінки

Мета: створення таких моделей поведінки, що здатні до пристосування, підвищення самодовіри та закріплення нововідкритих шляхів дій

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Нова поведінка» (25 хв).

Тренінгове заняття 8.

Тема: помилки як ресурс

Мета: переосмислення погляду на хибні кроки, формування навички бачити власний невдалий досвід як шанс для становлення й здобуття знань

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Мій досвід помилок» (20 хв).

Тренінгове заняття 9.

Тема: підсумок досягнень

Мета: усвідомлення позитивних зрушень, що сталися під час навчального заходу, закріплення отриманих умінь та плекання сприятливого ставлення до власної особи

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Моя дорога до трансформацій» (30 хв).

Тренінгове заняття 10.

Тема: узагальнення результатів

Мета: підведення підсумків набутого досвіду, впровадження засвоєного у світогляд та плекання подальшого імпульсу для утримання збалансованого уявлення про власну особу

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Моя формула самоцінності» (30 хв).

Очікувані результати від тренінгу: отож, таким чином запропонованатренінгова програма має на меті вибудувати правильне уявлення про себе, покращити сприйняття власної особистості, применшити сувору самокритику та виправити хибні, автоматичні думки, використовуючи методи когнітивно-поведінкової терапії. Ми сподіваємося, що в результаті вона допоможе підвищити самовпевненість, сформувати більш зважене бачення власних здібностей, зменшити вияви тривожних станів та деструктивних переконань, а також розвитку вмінь себе підтримувати й емоційно стійко триматися.

Крім того, передбачається, що учасники тренінгу опанують глибоке розуміння того, як пов'язані їхні думки, переживання та вчинки, зможуть ефективніше протистояти життєвим викликам, адекватно ставитися до власних хиб та застосовувати надбані знання у щоденній практиці. Ключовим досягненням тренінгу мусить стати формування сприятливого образу себе, покращення спілкування з іншими та загальне зростання психологічного комфорту.

ВИСНОВКИ

У ході виконання нашого дипломного дослідження на тему «Когнітивно поведінкова терапія як метод впливу на підвищення самооцінки» було досягнуто поставленої мети та реалізовано визначені завдання, що дозволило сформулювати узагальнені теоретичні й емпіричні висновки.

Теоретичний аналіз засвідчив, що самооцінка являє собою важливий компонент особистісної структури, який детермінує емоційний фон людини, її поведінкові прояви, характер міжособистісних контактів, ступінь самовпевненості та потенціал самореалізації. Було встановлено, що формування самооцінки обумовлюється впливом соціального оточення, накопиченим життєвим досвідом, методами виховання, критичними зауваженнями з боку інших та власними ментальними настановами. Огляд наукової літератури продемонстрував, що занижена самооцінка часто супроводжується домінуванням негативних автоматичних думок, надмірною самокритикою, тривожними станами, сумнівами у власних силах та схильністю до постійного порівняння себе з оточуючими. Також доведено, що КПТ є однією з найбільш дієвих сучасних методик психологічної підтримки, спрямованою на ідентифікацію та корекцію хибних переконань, негативних смислів та деструктивних поведінкових патернів.

У рамках емпіричного етапу було докладно описано етапи організації та проведення дослідження, а також підібрано психодіагностичний інструментарій, який відповідає критеріям валідності, надійності та стандартизації. Для збору даних використовувалися авторська анкета, «Шкала самооцінки Розенберга (RSES)» та «Шкала дезадаптивних установок (DAS - Dysfunctional Attitudes Scale, за А. Беком)». У дослідницькій вибірці взяли участь 50 осіб студентського віку. Проведене опитування надало змогу сформувати комплексне уявлення про особливості самооцінки респондентів, їхнє ставлення до власної персони, рівень самокритичності, а також обізнаність щодо принципів когнітивно-поведінкової терапії.

Аналіз результатів попереднього анкетування виявив, що значна частина опитаних стикається з проблемами, пов'язаними із самооцінкою. Встановлено, що у більшості учасників спостерігається тенденція до порівняння себе з іншими, наявність сумнівів щодо власних здібностей та сильна залежність від зовнішньої оцінки. Найвищий рівень сумнівів фіксувався у сферах, що стосуються зовнішнього вигляду, соціальних взаємин та навчально-професійної діяльності. Отримані результати також свідчать про те, що переважна більшість респондентів розглядає когнітивно поведінкову терапію як результативний метод підвищення самооцінки та виявляє готовність долучитися до відповідної психологічної програми.

Під час психодіагностичного збору даних з'ясувалося, що хоча більшість респондентів володіють адекватною або середньою самооцінкою, у певного відсотка учасників виявлено занижений рівень самооцінки та високий ступінь вираженості дисфункціональних переконань. Результати опитування за методикою DAS вказали на те, що значному числу респондентів притаманні негативні когнітивні настанови, надмірна самокритичність, схильність до увиразнення власних невдач та суб'єктивно негативна самооцінка. Виявлено прямий зв'язок між низькою самооцінкою та підвищеним рівнем хибних переконань, що слугує підтвердженням висунутої наукової гіпотези про потенційно позитивний вплив застосування методів когнітивно поведінкової терапії на рівень самооцінки особистості.

На підставі отриманих висновків було розроблено навчально-розвивальний тренінг під назвою «Формування адекватної самооцінки засобами когнітивно-поведінкової терапії». Його метою є розвиток навичок самоприйняття, конструювання позитивного образу «Я», зменшення вираженості самокритики та корекція негативних автоматичних думок. Тренінг містить вправи, базовані на засадах когнітивно поведінкової терапії, і передбачає формування умінь аналізувати власні думки, емоції та поведінкові відповіді.

Таким чином, результати проведеного дослідження підтверджують актуальність проблеми самооцінки в середовищі студентської молоді та

демонструють ефективність використання когнітивно поведінкової терапії як психологічного методу для поліпшення самооцінки. Застосування елементів когнітивно поведінкової терапії у рамках тренінгових занять сприяє формуванню більш об'єктивного ставлення до себе, розвитку самовпевненості, зниженню рівня негативного мислення та загальному покращенню емоційного благополуччя особистості.

Отже, таким чином можна вважати що мета нашого дослідження досягнута, поставлені перед нами завдання виконані в повному обсягу.

Висновки та пропозиції нашого дослідження можна використовувати в студентських колективах, закладах освіти, в індивідуальних та групових роботах психолога.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авторська анкета «Когнітивно поведінкова терапія як метод впливу на підвищення самооцінки.» URL: docs.google.com/forms/d/1iEb3EnJz04zSznxEu1oz16gZVLnERDiEt22NIHHRBg/edit?usp=forms_home&ouid=115978859015305487694&ths=true.
2. Бойко О. Т., Горун Г. Р. Самооцінка як важливий критерій становлення особистості. Вісник Національного університету оборони України. 2023. No 2 (72). - С. 29-34.
3. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посібник [електронне видання]: - Дніпро: Середняк Т. К., 2021. - 162 с.
4. Гуцало Е. Загальна психологія : Навчально-методичний посібник .-Цдпу 2020 рік.
5. Галян І.М. Психодіагностика: навч. Посібник. К.: Академвидав, 2009. - 464 с.
6. Дядюкіна Є. В. Самооцінка як міждисциплінарне поняття. Науковий вісник Донбасу. 2011. No 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvd_2011_1_21 (дата звернення: 12.01.2026).
7. Євдокімова О. О. Історія психології : навч. посіб. Вид. 2-ге, допов. Харків : Константа, 2020. - 320 с.
8. Загальна психологія : навч. посібник. - Київ : Центр учбов. літ., 2020. -296 с.
9. Курова А. В. Психологія особистості. Одеса : Фенікс, 2019. - URL: <https://doi.org/10.32837/11300.14363> (дата звернення: 13.01.2026).
10. Курило В. О. Загальна та медична психологія: навчальний посібник /В.О. Курило. - Львів: Видавець Марченко Т.В., 2023. - 357 с.
11. Кудряшева, Л. А. Педагогіка та психологія : [посібник]. - Київ : Сварог, 2021. - 160 с.
12. Крюкова М. А. Загальна психологія : вступ до спеціальності : навч.-метод. посіб. Одеса : Фенікс, 2019. - 128 с.

13. Курило В. О. Клінічна медична психологія : навчальний посібник /В. О. Курило. Львів : Видавець Марченко, 2020. - 48 с.
14. Мітіна С. В. Психологія особистості: навч.-метод. посіб. - Київ:Видавництво Ліра-К, 2020. - 274 с.
15. Москалець В. П. Психологія особистості : підручник / Київ - Івано-Франківськ «Нова Зоря», 2020. - 435 с.
16. Москалець В. П. Загальна психологія [текст] : підручник /В. П. Москалець. К. Ліра. 2020. - 564 с.
17. Методика «Шкала Самооцінки Розенберга», URL:<https://lurialab.com/ua/tests/shkala-samootsinky-rozenberga-rses/>
18. Методика «Шкала дисфункціональних ставлень (DAS - Dysfunctional Attitudes Scale, А. Бек)», URL:<https://www.bolshakova-psy.com/testy/shkala-dysfunkczionalnyh-stavlen-a-beka-ta-a-vejsman-kpt/>
19. Пирлик М. А. Структурно-динамічна модель самооцінки. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. 2013. Вип. 5. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2013_5_44 (дата звернення: 15.01.2026)
20. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С. Д. Максименко, Я. В. Руденко, А. М. Кушнерьова, В. М. Невмержицький. Київ: «Видавництво Людмила», 2021. - 438 с.
21. Сергеєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Вікова психологія: навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2023. - 376 с. URL:<https://lib.ugi.edu.ua/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=4264>(дата звернення: 14.01.2026).
22. Терлецька Л. Г. Основи психодіагностики. Навчальний посібник. Київ: Главник, 2016. - 144 с.
23. Трофімов Ю. Л. Психологія : підручник. К.: Либідь., 2008. - 560 с.
24. Тат'янчиков А. О. Основи психокорекції: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня бакалавра факультету психології, політології та

соціології) ; кафедра психології НУ «Одеська юридична академія». Одеса : Фенікс, 2021. - 40 с.

25. Титаренко Т.М. Сучасна психологія особистості: Навчальний посібник. 2-ге вид., стереотипне. К.: Каравела, 2021. - 372с.

26. Шаповалова В. А. (2018). Психологія розвитку людини: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Академіїдав, 2018. - 416 с.

27. Шмиглюк О. Розвиток здорової самооцінки методом КПТ. Дипломна робота. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Львів. 2016. - 62 с.

28. Шпилька К. І. Використання когнітивно-поведінкової терапії для формування адекватної самооцінки: Збірник матеріалів Міжнародної науково-теоретичної конференції «Психологічне благополуччя особистості в умовах воєнних та пост воєнних трансформацій: клініко-психологічний вимір» (Одеса, 30 квітня 2026 року) - подано до друку.

29. Beck J. S. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Publications, 2020. - 414 p.

30. Bagwell C. L., Schmidt M. E. Targeting peer contagion dynamics in children with ADHD. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2024. Vol. 53, No 1. - P. 1-15. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15374416.2024.2335633> (дата звернення: 14.01.2026).

31. Beaulieu J. M., Parvaz M. A., Koob G. F. Neuroscience and addiction research: current advances and future directions. Journal of Neural Transmission. 2023. Vol.130, No 1. - P. 1-15. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00702-024-02763-5> (дата звернення: 13.01.2026).

32. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press. (Книга пояснює основи когнітивної

реструктуризації, її застосування у лікуванні депресії та вплив на самооцінку. Розділи, присвячені зміні негативних переконань, особливо корисні; - С. 45-70.)

33. Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall. (Ця робота описує, як соціальне оточення та спостереження впливають на формування самооцінки. Включає аналіз ключових механізмів навчання через спостереження; - С. 50-85.)

34. Kuss, D. J. and Griffiths, M.D. (2011) Online Social Networking and Addiction-A Review of the Psychological Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 3528-3552.<https://doi.org/10.3390/ijerph8093528>

35. Luna B., Paulsen D. J., Padmanabhan A., Geier C. F. The adolescent brain: cognitive control and motivation. *Annual Review of Psychology*. 2020. Vol. 71. - P. 417-446. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31905027/> (дата звернення: 12.01.2026).

36. Loevinger J. Stages of personality development // *Handbook of Personality Psychology* / eds. By R. Hogan, J. Johnson & S. Briggs. San Diego: Academic Press.2017.

37. Pfeifer J. H., Allen N. B. Stress and adolescence: vulnerability and opportunity during a sensitive window of development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022. Vol. 132. - P. 289-305. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9007828/> (дата звернення: 12.01.2026).

38. Rogers C. *Empathic: An Unappreciated Way of Being*. Ph.D. *The Counseling Psychologist*, 1975. Vol. 5, No 2. - P. 10-15.

39. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета «Когнітивно поведінкова терапія як метод впливу на підвищення самооцінки»

1. Вік
2. Стать
3. Освіта
4. Як ви загалом оцінюєте свій рівень самооцінки?
5. У яких сферах життя ви найчастіше сумніваєтеся у власних силах?
6. Як часто ви порівнюєте себе з іншими людьми?
7. Чи впливають ваші думки про себе на прийняття рішень у повсякденному житті?
8. Чи чули ви раніше про метод когнітивно-поведінкової терапії (КПТ)?
9. Якщо так, з яких джерел ви дізналися про КПТ?
10. Які результати ви очікували б від застосування КПТ?
11. Чи брали ви участь у КПТ?
12. Якщо так, які зміни ви відчували після проходження сеансів КПТ?
13. Чи вважаєте ви КПТ більш ефективною у підвищенні самооцінки ніж інші методи (арттерапія, коучинг, психоаналіз)?
14. Які основні перешкоди, на вашу думку, заважають людині підвищити самооцінку?
15. Чи були б ви готові пройти програму з підвищення самооцінки на основі КПТ?

Додаток Б

Методика «Шкала самооцінки М.Розенберга»

Інструкція: Вам пропонується тестовий матеріал який складається з 10 тверджень, пов'язаний з вашим загальним відчуттям щодо себе.

Уважно прочитайте твердження, і не роздумуючи дуже довго, оберіть один з варіантів відповіді:

1. Повністю погоджуюсь - 3 бали,
2. Погоджуюсь - 2 бали,
3. Не погоджуюсь - 1 бал,
4. Повністю не погоджуюсь - 0 балів

Опитувальник:

1. Загалом я задоволений (-на) собою.
2. Час від часу, я думаю що я ні на що не здатний (-а).
3. Я відчуваю, що у мене є багато хороших якостей.
4. Я можу роботи різні речі, як і більшість інших людей.
5. Я відчуваю, що особливо не маю чим пишатися.
6. Іноді я почуваюсь ні на що не здатним (-ою).
7. Я відчуваю, що я цінний (-а), принаймі що я на рівних з іншими.
8. Я хотів (-ла) би мати більше поваги до себе.
9. Загалом я скільний (-а) думати, що я невдаха.
10. Я позитивно ставлюсь до себе.

Додаток В

«Шкала дисфункціональних ставлень (DAS - Dysfunctional Attitudes Scale, А. Бек)»

Інструкція: Вам пропонується тестовий матеріал який складається з 40 тверджень, спрямованих на визначення особливостей мислення, наявності негативних установок та дисфункціональних переконань особистості.

Уважно прочитайте твердження, і не роздумуючи дуже довго, оберіть один з варіантів відповіді:

1. Зовсім не погоджуюсь - 1 бал
2. В основному не погоджуюсь - 2 бали
3. Швидше не погоджуюсь - 3 бали
4. Швидше погоджуюсь - 4 бали
5. Важко погодитись - 5 балів
6. В основному погоджуюсь - 6 балів
7. Повністю погоджуюсь - 7 балів

Опитувальник:

1. Важко бути щасливим, якщо ти некрасивий, неінтелегентний, небагатий і не маєш творчих здібностей.

2. Щастя - це щось, пов'язане зі ставленням до самого себе, ніж з тими почуттями, які інші люди відчувають до себе.

3. Люди мабуть, думатимуть про мене погано, якщо я зроблю помилку.

4. Якщо я не буду добрим, то інші не будуть мене поважати.

5. Наражатися навіть на незначний ризик безглуздо, то му що в разі невдачі відбудеться катастрофа.

6. Можна придбати повагу іншої людини, не будучи обдарованою в чомусь.

7. Я щасливий тільки тоді, коли інші люди захоплюються мною.

8. Коли людина просить допомоги, це ознака слабкості.

9. Якщо я не такий хороший, як інші люди, то це означає, що я менш цінна людина.

10. Якщо я не справляюся зі своєю роботою, то я взагалі неспроможний (невдаха).
11. Якщо людина не може щось зробити правильно і досконало, то взагалі немає сенсу розпочинати цю справу.
12. Робити помилки корисно, тоді я можу на них навчатися.
13. Якщо хтось не поділяє моєї думки, то мабуть, це означає, що він не любить мене.
14. Якщо я частково несправляюся з чимось, то це також погано, як зазнати певної невдачі.
15. Як би люди знали, яка ця людина насправді то вони думали б про неї погано.
16. Я нікчема, якщо людина яку я люблю мене не любить.
17. Можна отримати насолоду від роботи, не беручи до уваги її кінцевий результат.
18. Перш ніж щось робити, треба мати розумну перспективи на успіх.
19. Моя цінність як особистості залежить від того якої думки про мене інші люди.
20. Якщо я не пред'являтиму до себе найвищих вимог, то я ймовірно врешті-решт перетворюся на другосортну людину.
21. Як що я хочу бути цінною особистістю, то я повинен принаймі в якійсь галузі стати визначним.
22. Люди, які мають хороші ідеї, цінніші ніж ті, хто їх не має.
23. Я, хвилююся коли роблю помилку.
24. Моя власна думка про себе більш важлива, ніж думка інших про мене.
25. Щоб бути доброю, моральною людиною, треба допомагати кожному, хто потребує допомоги.
26. Якщо я запитую питання, то це ознака моєї неспроможності.
27. Жахливо, коли тебе гноблять люди, важливі для тебе.
28. Якщо у вас немає людини, яка може бути для вас опорою, то ви неминуче стаєте нещасними.

29. Я можу досягти важливих для мене цілей і не надриваючись.
30. Можливо так, що людина яку лають, при цьому не дратується.
31. Я не можу довіряти іншим людям, тому що вони можуть виявитися жорстокими до мене.
32. Не можна бути щасливим, якщо інші тебе не люблять.
33. Це добре відмовлятися від власних інтересів, щоб подобатись іншим.
34. Моє щастя більше залежить від інших людей, ніж від мене самого.
35. Щоб бути щасливим мені не потрібне визнання з боку інших.
36. Якщо людина уникатиме проблем, то вони, ймовірно, зникнуть.
37. Я можу бути щасливим і задоволеним, навіть якщо чимало хорошого в житті проходить повз мене.
38. Дуже важливо, що про мене думають інші люди.
39. Ізолюваність від інших незмінно веде до почуття нещасливості.
40. Я можу бути щасливим, не будучи коханим іншими.

Програма
навчально-розвивального тренінгу
«Формування адекватної самооцінки засобами когнітивно-поведінкової
терапії»

Тренінгова програма розрахована на 10 годин.

Форма проведення: групова

Цільова група: студенти (18-20 років)

Мета: полягає у покращенні того, як учасники сприймають себе (рівень адекватної самооцінки). Це досягатиметься через осмислення, розбір та виправлення хибних розумових налаштувань, миттєвих негативних роздумів і непристосованих моделей дій. Паралельно відбуватиметься вироблення умінь приймати себе, надавати собі підтримку та ефективно керувати власною поведінкою, спираючись на основи когнітивно-поведінкової терапії.

Тренінгове заняття 1.

Тема: Знайомство. Самооцінка та принципи КПТ

Тривалість тренінгу: 60 хв.

Вступне слово (5 хв).

Мета нашого тренінгу - допомогти вам усвідомити, як ваші власні думки впливають на ваші почуття та дії, і навчитися змінювати ті думки, які заважають жити повноцінно. Протягом занять ми будемо виконувати різні вправи, обговорювати реальні життєві ситуації та практикувати нові способи мислення, які допоможуть вам підвищити впевненість у собі та поліпшити емоційний стан.

Мета нашого тренінгу полягає у тому, щоб висвітлити для вас, яким чином ваші особисті уявлення формують ваші емоційні реакції та вчинки, і навчитися трансформувати ті ментальні конструкції, що обмежують повноцінне буття. Протягом нашої роботи ми застосовуватимемо різноманітні практичні завдання, вестимемо дискусії щодо життєвих обставин та закріплюватимемо

нові підходи до мислення, що сприятимуть зміцненню вашої самовпевненості та оздоровленню емоційного фону.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ):

КПТ слугує передовим підходом у сфері психологічної допомоги, призначеним для сприяння особам у виявленні тих думок, що є шкідливими чи негативними, та заміщенні їх на більш обґрунтовані й конструктивні. Фундаментальним принципом КПТ є взаємозалежність між нашими роздумами, почуттями та діями. Зміна ж у ментальних процесах, відповідно, тягне за собою трансформацію емоційних станів та способів реагування на різноманітні обставини буття.

Як же наші роздуми формують уявлення про себе:

От припустімо, у голові промайнула думка: «Я не подужаю це доручення». Цей внутрішній монолог може одразу ж спричинити почуття неспокою, невпевненості у власних силах, а то й бажання повністю відмовитися від починання. Унаслідок цього змінюється й наша діяльність: ми починаємо зволікати або виконувати роботу невпевнено. Проте, якщо ж опанувати навичку фіксувати подібні судження та замінювати їх на щось більш підбадьорливе, на кшталт: «Завдання не з легких, але я зможу докласти зусиль і крок за кроком досягти результату», - то емоційний стан нормалізується, а дії набувають рішучості. Саме на цьому фокусі і буде побудована наша робота сьогодні під час цього тренінгу.

На цьому тренінгу ми не збираємося роздавати універсальні інструкції для життєвих ситуацій. Натомість, ми спільно працюватимемо над тим, щоб навчитися ідентифікувати власні уявлення, досліджувати, яким чином вони позначаються на нашому самопочутті та вчинках, і відпрацьовуватимемо методи, які сприятимуть їхній корекції у бік більш оптимістичних та адекватних дійсності установок.

Вправа 1. «Представлення й сподівання» (10 хв).

Мета: збудувати надійний психологічний клімат, налагодити взаємну злагоду між присутніми, засвітити прагнення долучитися до тренінгу.

Інструментарій: паперові аркуші, письмове приладдя.

Порядок проведення: ведучий кличе кожного учасника по черзі озвучити своє ім'я та дати відповіді на два питання:

- «Який сенс несе для мене поняття самооцінки?»
- «На які трансформації я сподіваюся, беручи участь у цьому заході?»

Усі висловлювання занотовуються на папері. Після закінчення цього етапу тренер підсумовує озвучене та висвітлює те, що очікування перетинаються.

Вправа 2. «Моє Я сьогодні» (20 хв).

Мета: початкове розуміння учасниками своїх поточних рівнів самооцінки та бачення себе.

Інструментарій: паперові листи, письмові приладдя.

Порядок проведення: учасникам дається завдання письмово продовжити такі речення:

- «Сам собою я в захопленні, коли...»
- «Найчастіше я до себе суворий(а) через...»

Після завершення - дискусія (за особистим бажанням). Ведучий підкреслює, що оцінки не виставляються.

Вправа 3. «Правила гурту» (10 хв).

Інструментарій: маркерні приладдя.

Порядок проведення: спільними зусиллями з тими, хто бере участь, визначаються базові принципи функціонування колективу (як-от збереження таємниць, взаємоповага, залученість тощо), які потім записуються та затверджуються кожним індивідуально.

Тренінгове заняття 2.

Тема: Оцінка себе та шляхи її формування у рамках КПТ

Тривалість тренінгу: 60 хв.

Вправа 1. «Чинники, що конструюють мою самооцінку» (10 хвилин).

Мета: досягнення розуміння елементів, які зумовлюють формування особистісної оцінки.

Матеріали: бланки для письма, письмове приладдя, кольорові олівці (маркери).

Порядок проведення: присутні фіксують на папері фактори, які, на їхнє переконання, здійснюють вплив на формування ставлення до себе. Слідом фасилітатор презентує схему КПТ: думки → емоції → дії → самооцінка.

Вправа 2. «Мій внутрішній критик» (20 хв).

Мета: ідентифікація спонтанних негативних суджень, що применшують особистісну цінність.

Матеріали: аркуші паперу, пишучі засоби.

Порядок проведення: учасники відтворюють на папері вислови, які вони звикли промовляти до себе самих у скрутних обставинах. Опісля організовується дискусія та розгляд цих суджень крізь призму Когнітивно-поведінкової Терапії.

Тренінгове заняття 3.

Тема: Спонтанні негативні судження

Тривалість тренінгу: 60 хв.

Вправа 1. «Щоденник думок» (25 хв).

Мета: опанувати здатність розпізнавати автоматичні негативні думки.

Матеріали: таблиця КПТ (обставини - роздуми - почуття - дії).

Порядок проведення: На основі реальних життєвих прикладів присутні заповнюють таблицю, проводячи аналіз власних відгуків.

Вправа 2. «Факт чи інтерпретація» (20хв).

Мета: розвинути вміння проводити межу між об'єктивними фактами та суб'єктивних інтерпретацій.

Порядок проведення: ведучий озвучує певні ситуації, а слухачі з'ясовують, що з них є доказовим фактом, а що - виключно їхнім баченням.

Тренінгове заняття 4.

Тема: Когнітивні викривлення

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Пастки роздумів» (20 хв).

Мета: ознайомлення з основними ментальними викривленнями.

Інструментарій: картки з зразками думок.

Порядок проведення: учасники ідентифікують вид викривлення та розглядають його вплив на бачення власної цінності.

Заняття стартує з короткого огляду матеріалу, вивченого минулого разу. Після цього ведучий представляє ключові розумові хиби, зокрема надмірне узагальнення, доведення до крайніх наслідків, прийняття всього на свій рахунок, а також дихотомічне мислення («все чи нічого»).

Учасникам дається можливість дослідити свої власні установки й з'ясувати, які з них є деструктивними. Під час дискусії інструктор розкриває механізм, через який такі установки сприяють формуванню низької самооцінки.

Практична частина тренінгу сфокусована на виявленні ментальних спотворень у власних думках та досягненні їхнього усвідомлення. Заняття підсумовується етапом рефлексії.

Тренінгове заняття 5.

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Тема: Спотворення позитивного образу Я

Вправа 1. «Мій автопортрет» (30 хв).

Мета: формування позитивного самосприйняття себе.

Інструментарій: паперові листи, кольорові олівці.

Порядок проведення: Кожен учасник малює автопортрет, акцентуючи увагу на своїх перевагах.

Початок заняття присвячений обговоренню позитивних зрушень, які були помічені учасниками у їхньому ставленні до себе. Ведучий наголошує на значущості розвитку позитивного образу «Я» для підтримки стабільної самооцінки.

У практичній фазі учасники працюють над завданнями, які сприяють усвідомленню своїх переваг, здобутків та внутрішніх ресурсів. У процесі обговорення модератор надає підтримку групі, допомагаючи їм сформулювати більш адекватне та прихильне ставлення до власної особи.

Закінчення заняття відбувається через рефлексію, де кожен визначає нові позитивні аспекти своєї особистості.

Тренінгове заняття 6.

Тема: Самовизнання (Самосприйняття)

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Лист підтримки собі» (30 хв).

Мета: розвиток уміння самопідтримки.

Порядок проведення: учасники складають листа самому собі з позиції підтримки та визнання.

На початку заняття учасники обговорюють складнощі, що з'являються у процесі прийняття себе. Ведучий пояснює важливість самоприйняття у когнітивно-поведінковій терапії.

Далі учасники виконують вправи, спрямовані на розвиток внутрішньої підтримки та зменшення рівня самокритики. Особлива увага приділяється заміні негативних внутрішніх розмов на підтримуючі.

Заняття завершується роздумами (або рефлексією) та закріпленням набутих умінь.

Тренінгове заняття 7.

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Тема: Моделі поведінки

Вправа 1. «Нова поведінка» (25 хв).

Мета: закріплення гнучкої поведінки.

Порядок проведення: рольові ігри з новими зразками поведінки.

Заняття починається з розгляду поведінкових реакцій учасників у випадках, що раніше спричиняли сумнів у собі. Ведучий розкриває функцію поведінкових експериментів у КПТ.

У практичному блоці учасники імітують нові, більш пристосовані методи поведінки у скрутних обставинах. Дискусія про наслідки дозволяє зрозуміти взаємозв'язок між зміною поведінки та піднесенням рівня самооцінки.

Заняття підсумовується фінальною рефлексією та налаштуванням на заключний етап тренінгової програми.

Тренінгове заняття 8.

Тема: Помилки як ресурс

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Мій досвід помилок» (20 хв).

Мета: зміна ставлення до помилок.

Порядок проведення: заняття розпочинається з короткого вступного слова ведучого, у якому наголошується, що хиби є невід'ємною частиною особистісного зростання та навчання. Ведучий пояснює, що в межах когнітивно-поведінкової терапії хиби розглядаються не як доказ неспроможності особи, а як джерело досвіду та можливість для корекції мислення і поведінки.

Учасникам пропонується вправа «Мій досвід помилок». Кожен учасник обирає ситуацію зі свого життя, у якій він/вона припустився(лася) помилки та переживав(ла) з цього приводу негативні емоції (сором, провину, зниження самооцінки). У письмовій формі учасники описують:

- саму ситуацію;
- власні думки, які виникли після хиби;
- емоційні реакції;
- поведінку, що була наслідком цих думок.

Після цього ведучий пропонує проаналізувати записані думки з позиції КПТ, відповівши на запитання:

- Чи є ці думки об'єктивними?
- Чи містять вони когнітивні викривлення (узагальнення, катастрофізацію, ярлики)?
- Який альтернативний, більш реалістичний погляд на цю ситуацію можливий?

За бажанням учасники діляться своїми висновками у групі. Ведучий підтримує учасників та підкреслює, що зміна ставлення до хиб сприяє формуванню більш стабільної та адекватної самооцінки.

Наприкінці заняття проводиться коротка рефлексія, під час якої учасники відповідають на запитання: «Що нового я зрозумів(ла) про своє ставлення до хиб?».

Тренінгове заняття 9.

Тема: Підсумок досягнень

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Моя дорога до трансформацій» (30 хв).

Мета: усвідомити набуті позитивні зміни.

Порядок проведення: заняття стартує з обговорення тих метаморфоз, які учасники відзначили у своєму світогляді, почуттях та діях упродовж проходження тренінгового циклу. Ведучий заохочує присутніх згадати свій початковий стан на старті тренінгу та супроставити його з поточним.

Після цього відбувається активація «Моя дорога трансформацій». Кожному учаснику видаються аркуші паперу, на яких їм належить візуально відобразити свій маршрут у тренінгу, фіксуючи такі аспекти:

- Точка старту (як виглядала самооцінка на початку курсу);
- Найважливіші осяяння;
- Компетенції, які були засвоєні;
- Трансформації у ставленні до власної персони.

Коли робота буде завершена, учасникам пропонується представити свої графічні підсумки колективу. Дискусія ведеться у дусі взаємопідтримки, без будь-яких оціночних суджень.

Ведучий акцентує увагу на цінності фіксації навіть мінімальних позитивних зрушень, оскільки саме вони є фундаментом для подальшого зростання рівня самооцінки.

Захід завершується колом рефлексії, де кожен учасник дає коротку відповідь на запитання: «Яку саме зміну я оцінюю як найсуттєвішу для себе?».

Тренінгове заняття 10.

Тема: Узагальнення результатів

Тривалість тренінгу - 60 хв.

Вправа 1. «Моя формула самоцінності» (30 хв).

Мета: поєднання засвоєного матеріалу.

Порядок проведення: фінальна зустріч розпочинається з аналізу всього курсу тренінгу. Фасилітатор нагадує ключові аспекти та методики, над якими працювали присутні, наголошуючи передусім на взаємозв'язку між нашими думками, відчуттями та діями.

Після цього виконується вправа «Моя формула самоцінності». Тим, хто бере участь, пропонується на папері створити власне визначення того, що таке самоцінність, використовуючи здобуті знання та пережитий досвід. Цей опис може містити такі складові:

- власне прийняття;
- адекватні сподівання;
- дозволеність на помилки;
- внутрішня опора.

Далі учасники, коли матимуть таке бажання, зачитують свої визначення перед колективом. Ведучий тренінгу надає підтримку присутнім та висвітлює неповторність кожного сформульованого твердження.