

УДК: 159.98 : 616.89

DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2021-4-1>**Олександра Кузьо,**кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології,
Львівський державний університет внутрішніх справ,
вул. Городоцька 26, м. Львів, Україна,ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7028-7180>**Любов Кузьо,**кандидат психологічних наук, доцент,
Львівський державний університет внутрішніх справ,
вул. Городоцька 26, м. Львів, Україна,ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1554-3262>

ПСИХОСЕМАНТИЧНА РЕКОНСТРУКЦІЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО-ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ В КОГНІТИВНОМУ КЛЮЧІ

У статті висвітлено аспекти значимості особистісно-сміслових чинників при формуванні генералізованого тривожного розладу та запропоновано модель розуміння і психотерапії надмірних переживань, що ґрунтується на реконструкції системи значень. Така реконструкція можлива завдяки «переписанню» особистісного нарративу, який у зовнішньому прояві функціонує як еквівалент мовленнєвого акту. Саме завдяки психосемантичному аспекту відкривається шлях до простору значень і смислів «надмірних переживань» та надається доступ до суб'єктивного світу людини у її власній системі смислових і мовних координат. Використано когнітивно-поведінкову методологію розуміння генералізованого тривожного розладу, опитувальник з оцінки переживання PSWQ, шкалу значення переживання WWS-II, авторську анкету та психотерапевтичні інтервенції, що є основним інструментом реконструкції семантичних просторів та індивідуальної системи значень. У дослідженні взяло участь 150 осіб 19-24 років. Результати засвідчують, що значимими аспектами особистісно-сміслових чинників при формуванні генералізованого-тривожного розладу можна вважати: сприйняття клієнтами переживань як таких, що допомагають у вирішенні проблем, активізують мотиваційний потенціал та нейтралізують негативні прогнози, що суттєво впливає на динаміку психотерапевтичної роботи. У статті запропоновано алгоритм психотерапевтичної роботи з клієнткою та обґрунтовано ефективність корекційних інтервенцій, які ґрунтуються на сучасних протоколах лікування генералізованого тривожного розладу. Така психотерапія базована також на положеннях психосемантичного аналізу про можливість реконструювати семантичний простір алгоритмів емоційно-когнітивного реагування. У статті поєднано когнітивно-поведінкову модель психотерапії та положення психолінгвістики про когнітивну обробку інформації на основі сформованих у індивіда ментальних репрезентацій. Прикладна психолінгвістика має змістовні перспективи щодо прикладних когнітивних досліджень.

Ключові слова: генералізований тривожний розлад, значення переживань, психосемантичний простір, ментальні репрезентації, нарратив, психотерапевтична допомога.

Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми

З-поміж багатьох варіацій тривожних розладів (соціальна фобія, obsесивно-компульсивний розлад, панічні атаки та ін.), генералізований тривожний розлад (ГТР) вважається одним з найпроблемніших тривожних розладів. Клієнти часто не звертаються за психологічною допомогою, вважаючи ГТР своєю « рисою характеру », або можуть мати переконання, що пережити необхідно, щоб запобігти небезпеці (Крейг, 2017; Purdon, 2000). Таке психосемантичне функціонування індивідуальної системи значень бере вагому участь у процесі психотерапії цього розладу. Існує достатньо наукових джерел, що знаходяться на межі психосемантичного підходу та психології особистості (Артемьева, 1999; Шмельов, 2002; Леонтьев, 2003). Однак, сучасних наукових досліджень, що висвітлюють тему значимості особистісно-сміслових чинників у формуванні психічного та соматичного здоров'я є не так вже й багато (Kreitler & Kreitler, 1985; Сагалакова, 2005; Максименко, 2018; Максиме-

нко & Кудерміна, 2019). Більшість сучасних досліджень, що знаходяться на перетині лінгвістики та актуальних питань психічного здоров'я, стосуються проблем афазії (Castro, Stella, Siew, 2020; Menn, 2010), епілепсії (Dutta, Murray, Miller, et al., 2020) та травматичного психолінгвістичного синдрому (Auxemery, Gaugaud, 2020). В контексті психотерапії зустрічаються цікаві дослідження в нарративному ключі (Raghuraman, Shruti; Stuttard, Nathan; Hunt, Nigel, 2020), а в праці Costa відображено особливості взаємодії психолінгвістики та когнітивної науки (Costa, 2016). У цьому сенсі цілковито погоджуємося з позицією К. Максименко, О. Кудерміною, що дослідження суб'єктивного образу захворювання, розкриваючи систему смислових структур, часто залишається поза межами традиційних досліджень, хоча саме психосемантична реконструкція системи категоризації психологічної реальності відкриває можливості для утворення типових концептуальних систем саморегуляції, формуючи нормативну та фактичну суб'єктивну картину уявлень пацієнта про здоров'я та психологічні

причини і наслідки його порушення (Максименко & Кудерміна, 2019).

У контексті профілактики ГТР актуальним постає питання епідеміологічного вивчення схильності до надмірних переживань серед молоді та доцільності вчасної та професійної психотерапії. З одного боку, така психотерапія повинна відбуватися з урахуванням особливостей когнітивної обробки інформації на основі сформованих у індивіда ментальних репрезентацій. З іншого боку, власне вона і виступає своєрідним експериментом, що моделює ті чи інші аспекти мовної та когнітивної картини світу й дозволяє здійснювати реконструкцію системи значень. Така реконструкція можлива завдяки «переписуванню» особистісного нарративу, який у зовнішньому прояві функціонує як еквівалент мовленнєвого акту.

Мета та завдання

Відтак, метою цієї статті є висвітлення аспектів значимості особистісно-сміслових чинників при формуванні ГТР та запропонувати модель розуміння і психотерапії ГТР, що ґрунтується на реконструкції системи значень, створенні альтернативного нарративу. Саме завдяки психосемантичному аспекту відкривається шлях до простору значень і смислів «надмірних переживань» та надається доступ до суб'єктивного світу людини у її власній системі смислових і мовних координат. Такий інтегративний підхід може допомогти зменшити дистанцію між науковими дослідженнями та щоденною практикою, психотерапією та психолінгвістикою.

Перед собою ми ставили наступні завдання:

- Проаналізувати поширеність тенденцій до ГТР серед студентської молоді через виявлення рівня їх переживань.
- Простежити відношення студентів до власних надмірних переживань та їхню готовність «працювати» з ними.
- Запропонувати алгоритм психотерапевтичних втручань при роботі з ГТР в моделі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) через осмислення системи представлення знань щодо власних надмірних переживань та стратегії їх використання для когнітивної обробки дискурсу.

Методологія

У дослідженні взяло участь 125 студентів Львівського державного університету внутрішніх справ та 25 студентів Українського Католицького Університету, котрі навчаються на спеціальності психологія. Більшість з них жінки (120 жінок та 5 чоловіків) 19-24 років. Середній вік досліджуваних 20 років. Респондентам було запропоновано відповісти на питання 2-х методик, що є адаптовані Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії.

1) Опитувальник з оцінки переживання штату Пенсільванія ООПШП (The Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Майер, Міллер, Метцгер і Берковець (1990)) – методика дозволяє виявити схильність до надмірних переживань. Це перша методика, яку фахівці Великобританії, що працюють у сфері психічного здоров'я пропонують проводити при під-

зрі на ГТР. Досліджуваним необхідно оцінити кожне з 16-ти тверджень за 5-бальною шкалою Лайкерта [Likert] (1 - «зовсім для мене не типово», 5 - «дуже типово для мене»). Приклади тверджень: «Мої переживання переповнюють мене», «Мені легко звільнитися від тривожних думок», «Я переживаю про проєкти, поки вони повністю не завершені» та ін. Згадана методика дозволяє виявити низький (16-39 б.), середній (40-59 б.) та високий (60-80 б.) рівні переживань. Доведено, що це надійний та достовірний інструмент, який дозволяє оцінити інтенсивність переживань.

2) Шкала значення переживання ШЗП-II (Why Worry Scale, WW-II; Фрістон та співавт. (1994)) оцінює усвідомлені позитивні наслідки переживання і причини втягування людей у переживання. Необхідно оцінити твердження від 1 («зовсім для мене не типово») до 5 («дуже типово для мене») за шкалою Лайкерта. Приклади тверджень: «Якби я не переживав, то був би легковажним і безвідповідальним», «Я переживаю наперед, щоб бути менш засмученим, якщо дійсно щось серйозне станеться», «Те, що я переживаю, означає, що я – розсудлива людина» та ін. У цьому дослідженні використовувались позитивні значення переживань, оскільки саме вони можуть позбавляти відчуття необхідності звернення за допомогою до фахівця, що і ускладнює процес психотерапії. У результаті опрацювання даних можна отримати результати за наступними субшкалами:

- переживання допомагають вирішувати проблеми;
- переживання допомагають мотивувати;
- переживання захищають особу від важких емоцій, якщо стається щось негативне;
- переживання самі по собі попереджають негативні результати;
- схильність до переживань – це позитивна якість особистості.

Зазначена методика дозволяє виявити індивідуальну систему значень переживань, що особливо важливо при психотерапії ГТР, зважаючи на психосемантичну реконструкцію системи категоризацій психологічної реальності особистості.

3) Також досліджуваним було запропоновано відповісти на 2 питання: 1. Якщо б Ви відчували життєві та особистісні труднощі, Ви б скоріше за все звернулися: а) до друга; б) до священика; в) до психолога; г) до батьків; д) залишилися би наодинці зі своїми проблемами; е) інша відповідь.

2. Зараз я відчуваю, що потребую психологічної допомоги: а) так; б) ні; в) важко сказати.

Результати опитування було піддано математико-статистичній обробці даних. У другій частині статті подано опис клінічного випадку та запропоновано алгоритм роботи з ГТР в моделі КПТ.

Результати

Клініцисти розглядають ГТР як надмірне переживання, яке важко контролювати. «Переживання можна дефініціювати як намагання ментально вирішити проблему, що має непевний характер і є потенційно загрозливою (Borkovec, Robinson, Pruzinsky &

Degee, 1983). Ці переживання можуть стосуватися різних сфер життя, зокрема здоров'я близьких, роботи, навчання, побутових ситуацій та ін. Проблеми зазвичай є суттєво перебільшеними та функціонують в суб'єктивному семантичному просторі клієнта. Для діагностики ГТР такі переживання мають спричинити психологічний дистрес та погіршувати нормальне функціонування. У цій статті не ставиться за мету навести усі діагностичні критерії ГТР, однак їх можна знайти в DSM-5 та МКХ-10.

Емпіричні дослідження вказують на ефективність застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) при роботі з багатьма тривожними розладами, зокрема і ГТР (Wells, 2006; Borkovec, 1993; Craske, 1992; Dugas, 2007). Разом з тим в літературі фігурує багато досліджень, що вказують на відсутність відмінностей в ефективності втручань різного роду, що обезцінює спроби віднайти найбільш ефективний механізм психотерапевтичного впливу (Butler, 1991; Кузьо, 2017). Також існують і дані про поведінкову терапію як таку, яка дала мінімальний ефект у порівнянні з когнітивними втручаннями (Borkovec & Costello, 1993), що вкотре підкреслює доцільність врахування психосемантичного аспекту. Уявлення про природу ГТР (Borkovec, 1993) пропонує експозиційний підхід як потенційно ефективний компонент втручання (Craske, Barlow & O'Leary, 1992). Завдяки успішній психотерапії зменшилась потреба у використанні ліків. Поєднання когнітивної та експозиційної терапії найчастіше привертає увагу дослідників та вказує на його ефективність.

В КПТ існують різні моделі ГТР, зокрема Т. Берковець вважає, що переживання – це лише поверхневий механізм, який людина використовує, щоб не зіштовхнутися з тривогою на глибшому рівні та уникнути негативних емоцій (Borkovec & Inz, 1990). Про непереносимість невизначеності і як наслідок відданість переживанням для здобуття більшої певності писав Мішель Дугас (Dugas, 2007). Ряд емпіричних досліджень засвідчує, що люди з ГТР інтерпретують події як більш загрозливі, аніж вони є насправді (Borkovec 1990; Butler, 1991). Андріан Уеллс та Джеральд Метьюз запропонували модель метапереживання, де люди з ГТР вважають, що переживання – це щось від чого можна збожеволіти (Крейг, 2017). Нижче подаємо когнітивну модель ГТР (Вестбрук, 2014), що допомагає краще зрозуміти цей розлад (рис. 1).

Проаналізувавши більшість з описаних моделей можна сказати, що ці моделі охоплюють 3 основні компоненти переживання: 1) схильність до тривоги (непереносимість невизначеності та позитивні переконання про переживання); 2) сприйняття загрози (упереджена обробка інформації); 3) підкріплення переживання (переживання як когнітивне уникнення та метапереживання (Крейг, 2017).

Проаналізувавши більшість з описаних моделей можна сказати, що ці моделі охоплюють 3 основні компоненти переживання: 1) схильність до тривоги (непереносимість невизначеності та позитивні переконання про переживання); 2) сприйняття загрози (упереджена обробка інформації); 3) підкріплення переживання (переживання як когнітивне уникнення та метапереживання (Крейг, 2017).

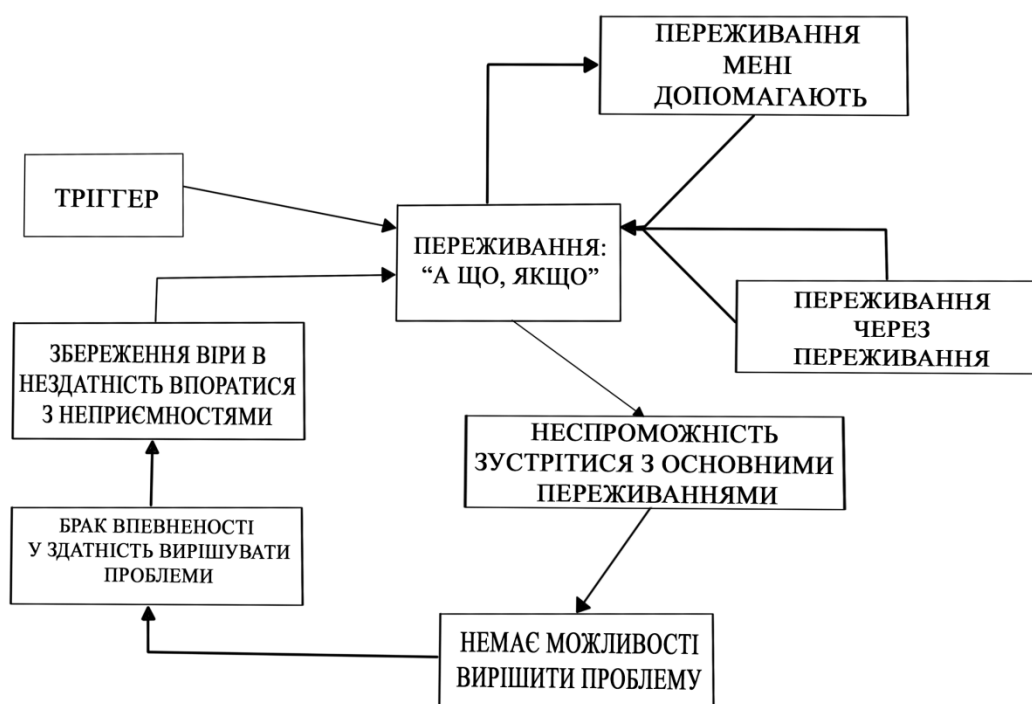


Рис. 1. Когнітивна модель ГТР за Д. Вестбруком.

Метод КПТ в Україні є доволі «молодим», а тому і дослідження, які б ґрунтувалися на його методології у вітчизняній науковій літературі практично не трапляються.

У цьому контексті особливо актуальним постає питання проведення сучасних наукових досліджень з метою покращення якості надання допомоги

у сфері психічного здоров'я. Цікавою залишається проблема поширеності тенденцій до ГТР серед молоді, в сенситивний до особистісних трансформацій період. Зазначимо, що у наведеному дослідженні мова йтиме лише про тенденції, певні донозологічні форми, надмірний рівень переживань, а не остаточний діагноз ГТР.

Результати проведеного дослідження засвідчують, що 18 % опитаних студентів мають високий рівень переживань (ВРП), що є значно вищим показником, аніж зазначено в літературі: «Частота виникнення ГТР протягом усього життя становить 4-7 %» (Крейг, 2017). Така відмінність, з одного боку, може бути зумовлена тим, що використана методика визначає рівень надмірних переживань, а не засвідчує остаточний діагноз ГТР, а з іншого боку, досліджувана група відповідає віковому критерію ризику виникнення цього розладу (Крейг, 2017). Шістдесят чотири відсотка досліджуваної молоді має середній рівень (СРП) та вісімнадцять відсотків – низький рівень переживань (НРП).

Порівняльний аналіз не виявив статистично-достовірних відмінностей між досліджуваними групами (ВРП, СРП та НРП) за показником усвідомленої необхідності звернення за психологічною допомогою (питання «Зараз я відчуваю, що потребую психологічної допомоги»). Однак відсотковий розподіл результатів дослідження все ж таки має певні відмінності, які представлено в табл. 1. «Усвідомлення потреби звернення за психологічною допомогою серед студентської молоді». Спираючись на результати наведені в табл. 1 можна стверджувати, що незважаючи на високий рівень переживань, лише 41 % досліджуваних з ВРП висловлюють усвідомлену потребу в психологічній допомозі. Однак, що цікаво, лише 29, 4 % могли б звернутися за такою допомогою до психолога. Більшість досліджуваних з ВРП надають перевагу в зверненні до батьків (65 %), друзів (41 %) або хотіли б на одинці залишитися зі своїми переживаннями (29 %).

Таблиця 1

Усвідомлення потреби звернення за психологічною допомогою серед студентської молоді (питання 2)

Групи досліджуваних	Так	Ні	Важко сказати
ВРП	41 %	35 %	24 %
СРП	30 %	30 %	40 %
НРП	0 %	65 %	35 %

Цікаво було б дізнатися про причину відсутності відчуття потреби у психологічній допомозі (59 %) серед молоді, якщо рівень переживань все ж таки є достатньо високим. У цьому контексті доцільною може бути гіпотеза про те, що переживання допомагають особі в очікуванні та плануванні майбутнього. Наведена гіпотеза співзвучна із сучасними дослідженнями ГТР: «У людей із ГТР забобонна віра в ефективність переживань посилюється, якщо розв'язка, якої вони бояться, не відбувається або вони успішно дають раду подразнику, який «запускає» їхні переживання» (Крейг, 2017). А тому, ця закономірність може бути вагомим фактором у послабленні мотивації до лікування. Доведено, що способи лікування, які враховують ефекти позитивних переконань про переживання щодо підтримання переживання, успішно зменшували переживання і тривогу (так, через 12 місяців від початку спостереження 75 % осіб досягли критеріїв одужання) (Wells & King, 2006). Таким чином розуміємо, що своєрідне моделювання категоріальних структур індивідуальної свідомості поєднує психотерапію, психосемантику та психолінгвістику в своєму предметі.

Результати кореляційного дослідження в загальній групі засвідчують, що існують кореляційні зв'язки між рівнем переживань та відношенням до своїх переживань як до таких, що допомагають вирішувати

проблеми (н-д: «Факт того, що я переживаю, допомагає мені спланувати мої дії, щоб вирішити проблему» ($r=0,25$; $p<0,05$), мотивувати (н-д: «Переживання стимулюють мене і роблять більш ефективним» ($r=0,28$; $p<0,05$) та захищають від важких емоцій, якщо стається щось негативне (н-д: «Я переживаю наперед, щоб бути менш засмученим, якщо дійсно щось серйозне станеться») ($r=0,27$; $p<0,05$). Ці показники є невеликими, однак статистично значимими. Якщо брати респондентів виключно з групи ВРП, то в цій групі присутній кореляційний зв'язок між рівнем переживань та ставленням до своїх переживань як таких, що здатні попереджувати негативні результати (н-д: «Саме по собі хвилювання може попередити виникнення невдач») ($r=0,76$; $p<0,05$). Такого кореляційного зв'язку не спостерігається в групі СРП.

Для оцінки відмінностей між двома незалежними вибірками було використано U-критерій Манна-Уїтні (Statistica 8.0).

Порівняльний аналіз за критерієм Манна-Уїтні підтверджує відмінності у групах ВРП та НРП за показником «вирішення проблем», а саме, у групі ВРП досліджувані статистично частіше сприймають переживання як такі, що допомагають їм вирішувати проблеми та мотивують до дій (напротивагу СРП) (див. табл. 2, рис. 2 та табл. 3).

Таблиця 2

Статистично значимі відмінності між групами досліджуваних з високим та низьким рівнем переживань за показником «переживання допомагають у вирішенні проблем»

Variabe	Mann-Whitney U Test By variable Piv переж 1 Marked tests are significant at $p < .05000$									
	Rank Sum вр	Rank Sum нр	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N вр	Valid N нр	2*1sided Exact p
PSWQ	442,0000	153,0000	0,0000	4,977090	0,000001	4,986241	0,000001	27	27	0,000000
Виріш. проблем	360,5000	234,5000	81,5000	2,169943	0,030012	2,199202	0,027864	27	27	0,028670

Таблиця 3

Статистично значимі відмінності між групами досліджуваних з високим та середнім рівнем переживань за показником «переживання допомагають мотивувати»

Variabe	Mann-Whitney U Test By variable Piv переж 1 Marked tests are significant at $p < .05000$									
	Rank Sum вр	Rank Sum сп	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level	Valid N вр	Valid N сп	2*1sided Exact p
PSWQ	1173,000	1830,000	0,0000	6,263447	0,000000	6,269796	0,000000	27	96	0,000000
Виріш. проблем	774,500	2228,500	398,5000	1,369361	0,170887	1,377049	0,168498	27	96	0,172442
Мотивув.	822,000	2181,000	351,0000	1,952722	0,050853	1,962601	0,049693	27	96	0,050984

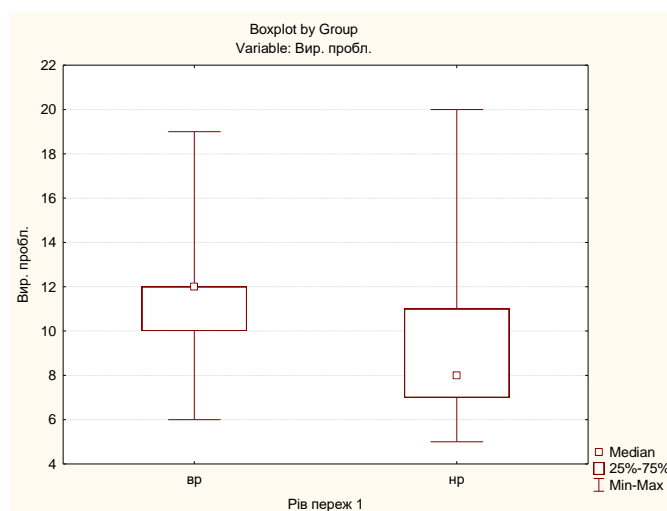


Рис. 2. Порівняння показнику «переживання допомагають вирішувати проблеми» в групі з високим та низьким рівнем переживань

Відтак, переживання в групі ВРП сприймаються его-синтонно, що утруднює процес усвідомлення ГТР та знижує мотивацію до психотерапії.

Нижче наводимо опис клінічного випадку роботи з клієнткою, що мала надмірну тривогу. КПТ тривала 27 сесій, 1 раз на тиждень.

Жінка, 26р., одружена, має 1 дитину (3 роки), знаходиться у декретній відпустці, психолог за фахом. Проживає в селі з чоловіком, сином та батьками (паспортні дані клієнтки суттєво змінено з метою дотримання правила конфіденційності).

Опис головних скарг (розладів) або проблем, з якими звернулася клієнтка на терапію, історія розвитку проблеми: клієнтка прийшла зі скаргою «У мене багато всього: тривога, вина, низька самооцінка, паніка стосовно власного здоров'я, здоров'я дитини, ригідність, егоїзм, залежність від думки інших, страх виявляти себе... Сама не знаю як до такого життя я докотилася. Завжди була тривожною, але цей стан загострився коли в 6 місяців змушена була відлучити дитину від грудей, бо приймала ліки несумісні з годуванням. Часто вагаюся чи достатньо тепло вдягнула дитину, чи не шкідливу їжу вона їсть».

Спочатку було проведено ретельне обстеження (застосовувалися уточнюючі запитання для діагностики ситуативних тригерів: «У яких ситуаціях ви зауважуєте, що переживаєте більше/менше? Чи керуєте ви своїми переживаннями?»; способу обробки інформації: «Чи, на вашу думку, ви надмірно переживаєте через незначні речі? Чи переживаєте ви через події у світі або через те, що бачите в новинах?»; стратегії когнітивного уникнення: «Чи трапляється, що ви «перестрибуєте» від переживання до переживання?» та поведінкового уникнення: «Чи робите ви щось, аби перестраховатися, коли переживаєте за щось? Чи є якісь ситуації, яких ви уникаєте, бо переживаєте, що щось може статися?»).

Первинно когнітивна модель проблем Олі виглядала наступним чином: *Когніції («Я погана»/«Я не-*

компетентна», «Життя – катастрофа», «Якщо я не переживатиму, то не зможу нічого проконтролювати, буду поганою мамою») – Емоції (тривога) – Фізіологія (прискорене серцебиття, тремтіння) – Поведінка (уникнення інформації, пов'язаної з хворобами дітей; надмірний контроль; непослідовна поведінка; проблеми у взаємодії з рідними).

Супутні розлади/проблеми – інших можливих коморбідних розладів (зокрема депресії) виявлено не було, хоча, спостерігається пригнічений настрій. Низька самооцінка та перфекціонізм суттєво впливають на якість життя Ольги та були зазначені нею як проблеми.

Діагноз: на основі проведеного клінічного інтерв'ю в Олі було діагностовано генералізований тривожний розлад.

Формулювання випадку: на основі обстеження, яке тривало 2 сесії, спільно з Олею було побудовано наступне формулювання випадку (див. рис. 3). Виходячи з основних проблем та цілей терапії Олі, а також, спираючись на положення психосемантичного аналізу про можливість реконструювати семантичний простір алгоритмів емоційно-когнітивного реагування (Сагалова, 2005) та сучасний протокол терапії ГТР, було складено відповідний план терапії (Wells, 2006; Borkovec, 1993; Cracke, 1992; Barlow, 2008; Dugas, 2007), що є близьким до нижчеописаної хронології сесій.

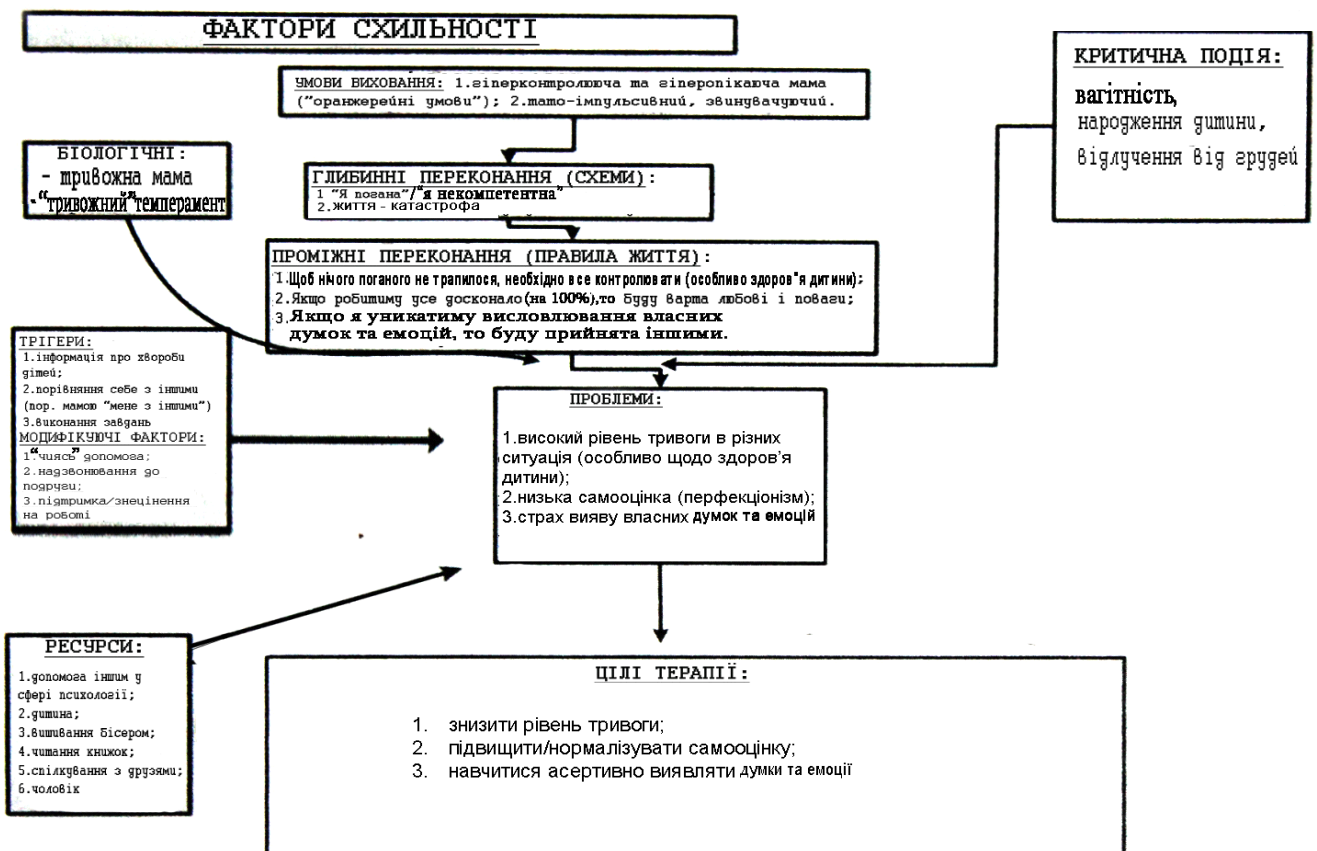


Рис. 3. Формулювання випадку Олі

Коротка хронологія сесій та опис застосованих втручань:

Етап-I

1-2 сесії: діагностичні (обстеження+інсталяція надії). Клієнтка відверто та деталізовано описувала свої проблеми, дещо соромилася («Аж соромно розповідати як до такого життя я докотилася»), відчувалося, що інтенсивність переживань негативно впливають на її якість життя, однак допомагають зробити проблеми Его-дистонними. Наприкінці сесій Оля постійно перепитувалася чи психотерапія зможе їй допомогти, шукаючи запевнень з боку психотерапевта. По завершенню обстеження дала згоду на психотерапію.

3-4 сесії: проводилася спільна робота над формулюванням. Паралельно з цим велася психоедукаційна робота щодо тривоги (3 компоненти тривоги: фізіологічний, когнітивний та поведінковий), її можливого походження (природа адаптивної та неадаптивної тривоги), ролі дитинства у формуванні схем сприйняття світу і себе та відповідних правил життя (ПЖ). Приділялася увага «останньому випадку». Таке «психологізоване» осмислення зв'язків доповнювало розуміння колаборативно складених підтримуючих

циклів зазначених проблем. Було також проведено соціалізацію в модель КПТ, де Оля легко вловила механізм Ситуація–Думка–Емоція. Коли клієнтка «виговорилося», то склалося враження, що КПТ дуже «пасує» до Олі, їй легко дається його структурованість та зорієнтованість на ціль. На домашнє завдання Оля мала впізнати притаманні їй когнітивні спотворення. Зі слів Олі «майже всі вони присутні» (катастрофізація, вибіркова увага, емоційне мислення, читання думок, самозвинувачення та ін.), їх розпізнавання принесло полегшення. Відбулося знайомство з моделлю терапії ГТР. Вдалося осмислити, що часті молитви виступають захисною поведінкою. Нормалізація і мотиваційна робота були важливими компонентами початкового етапу психотерапії.

5-8 сесії (усвідомленість симптомів, переносимість невизначеності, метакогніції про переживання, вирішення проблем): На цих сесіях Оля вчилася *зауважувати симптоми посиленних переживань*, спільну тему переживань (оцінювати їхню корисність-некорисність, дивилася під кутом теперішньої чи ймовірної небезпеки). Результати домашньої роботи двічі на день Оля занотовувала в щоденнику («Про що я в цей момент думаю/переживаю?»).

(А) Ситуація: передчасне відлучення дитини від грудей.



(В) А що, якщо: дитина буде частіше хворіти (низький імунітет), відставатиме в розвитку і т. д. ...



(С) Тривога: напруга, прискорене серцебиття, приплив жару/виснаження, втома, пригнічений настрій.

Оля усвідомила, що через високий рівень тривоги багато ситуацій в житті вона уникає або проводить часті репетиції (спроби все проконтролювати, пошук інформації в інтернеті і т. д.). Однак, це не позбавляє її відчуття, що прийняте нею рішення не є правильним.

Не складно було зауважити, що тривоги клієнтки живляться глибинними переконаннями (ГП) «Я погана» (мама, донька, дружина...). Однак роботу в цьому керунку ми планували на подальших етапах терапії. Важливим завданням терапії залишалося розуміння процесу, а не лише змісту переживань.

Наступним кроком була робота над усвідомленням труднощостей щодо *переносимості невизначеності* («Алергія на невизначеність»). Оля вже знала, що більшість її переживань стосується гіпотетичних ситуацій майбутнього і що катастрофічні передбачення особливо інтенсивно продукуються в ситуаціях невизначеності. Завданням Олі було зауважувати (в період між сесіями) ситуації невизначеності, спостерігати, що відбувається з тривогою в ці моменти та «полювати» за такими ситуаціями («Хай живе невизначеність!!!»). До таких ситуацій відносилися потенційні хвороби дитини, можливість передати інфекцію горла

дитині, затримання чоловіка на роботі та ін. Оля уникала розмов про хвороби дітей або ж, навпаки, шукала в інтернеті необхідну інформацію, ходила по лікарях, по кілька разів перевдягала дитину, сумнівалася чи правильної температури їсти вона дає, передзвонювала чоловіку по кілька разів... Часто змінювала свою думку в залежності від того, хто що сказав, за що себе дуже звинувачувала (було відчуття, що готова прожити життя сторонніх людей, але не своє). Згодом було побудовано ієрархію ситуацій невизначеності, проведено психоедукаційну роботу щодо *експозиції* та конкретних кроків у цьому напрямку. Клієнтка систематично та відважно виконувала домашні завдання, однак, часом продовжувала шукати запевнень: «Чи є гарантія, що мій син не буде хворіти частіше, ніж би мав?». В процесі терапії змушені були повертатися до того, що гарантій та 100 %-х запевнень в житті не існує і що «не можливо проконтролювати погоду». Чути це ставало менш страшно, а «м'яз невизначеності» ставав міцнішим.

Переконання «Щоб нічого поганого не трапилося, необхідно усе контролювати» (90%) зменшило свою силу (до 30%) та пережило трансформацію. Зміцнилася віра в нове переконання (70%) «Є речі на

які я впливати можу, а є, на які впливати не можу. Усе проконтролювати нереально. Здоров'я дитини не завжди залежить від мене».

9-12 сесії Наступний модуль стосувався виокремлення *метакогніції про переживання та вирішення проблем*, які в Олі накопичувалися через невіру у власні можливості щодо їх вирішення. Оля усвідомлювала, що надмірні переживання їй для чогось потрібні і значною мірою вірила, що «Якщо наперед пережити, то принаймні можна уникнути неприємних сюрпризів», «Добра мама повинна пережити». За допомогою Сократівських запитань, після написання «переваг» та «недоліків» постійних переживань позитивні переконання Олі щодо переживань почали набувати Его-дистонного характеру. Клієнтка почала розуміти, що далеко не всі переваги досягаються лише завдяки переживанням, а ось негативний вплив переживань суттєвіший.

Прийшло розуміння, що при вирішенні проблем дуже важливо як ти їх сприймаєш: як загрозу чи як можливість; наскільки віриш у власні можливості та які результати передбачаєш (катастрофізація). Клієнтка познайомилася з техніками вирішення проблем.

Етап-II

Сесія 13-15 (Експозиція до найгіршого сценарію/подолання когнітивного уникнення). Оля продовжувала виявляти потужну мотивацію до психотерапії, що було підкріплено попередніми успішними кроками. Найтривожнішими для неї залишалися ситуації потенційної хвороби дитини та власної операції по видаленню мигдаликів. На 2-й експозиційній сесії Оля сама виявила бажання пропрацювати тривогу стосовно можливої передачі інфекції дитині. Клієнтка в уяві програвала ситуацію: «Які найгірші наслідки цієї події? Якщо це все ж станеться, то що далі? Чому це так жахливо? Яка ймовірність того, що буде саме так? Які можливі виходи з цієї ситуації?». По невербальним ознакам було помітно як неприємно це все побачити (відсутність унікаючої та захисної поведінки). Оля демонструвала дуже багату уяву та надзвичайний рівень довіри. На початку роботи тривога сягала 90%, а по завершенню – 40%. Вдома Оля прослуховувала записану на диктофон розмову, від чого рівень тривоги їй падав. За подібним сценарієм проводилася експозиція в передопераційний період (щодо видалення мигдаликів).

Життя створювало і природні експозиції (н-д: дитині попала тирса в око), а клієнтка, зі свого боку, дозволяла їм відбутися (не бігла відразу по допомогу, намагалася реалістично оцінити ситуацію та відстежити динаміку рівня тривоги). Своїми успіхами із задоволенням ділилася на сесіях.

Етап-III

Сесія 16-25 були спрямовані на роботу з проміжними та глибинними переконаннями, однак їх аналіз виходить поза тему цієї статті.

Сесія 26-27 (підведення підсумків та орієнтація на попередження рецидиву): терапія підходила до завершення, однак, Оля потребувала ще підтримки, оскільки на неї чекала операція. Залишалися деякі нюанси роботи над самооцінкою та перфекціонізмом, більш глибоке опрацювання (ГП). Було проговорено, що терапія – це скінченний процес і на виході основним завданням є стати самій собі терапевтом; що вдалося на цьому етапі досягнути, а над чим ще варто працювати. Періодично пригадували техніки, які засвоїли та проговорили можливі сценарії їх застосування.

Також залишалася ще робота над закріпленням впевненості, що експозиції можна проводити самостійно, а не лише під керівництвом терапевта; поступово інтегрувалося усвідомлення, що «життя – це сукупність переживань», а 100% гарантій ніхто не дає та ін. Варто бути уважним до окремих особистісних компонентів, таких як: гіпервідповідальність, гіперконтроль, потреба 100% певності та в подальшому.

Результат терапії: Хоча терапія вважається ще незавершеною, спробуємо описати проміжні результати на прикінцевому її етапі. Оля часто говорить: «Таке враження, що я зовсім інакша: не впадаю в паніку як це було колись, впевненіше можу відстоювати власну позицію, бути собою». Хоча стосунки з чоловіком не були безпосереднім фокусом уваги терапії, однак їх можна вважати добрим маркером цього процесу: «Я почала думати як в тому всьому відчуває себе мій чоловік» (вихід з невротичного егоцентризму), а через те й, налагодилися стосунки з ним. Добре працює «м'яз» переносимості невизначеності, що робить тривогу керованою. Оля прийняла самостійне рішення про операцію, хоча її позиція є відмінною від маминої.

Кількість балів за методикою PSWQ змінилася з 706. (на початку обстеження) до 596. (10 сесія), 426. (25 сесія), що свідчить про суттєве зниження рівня переживань; за шкалою тривоги Бека динаміка наступна: 306. (2-а сесія), 196. (10 сесія), 156. (середній рівень тривоги/25 сесія), відповідно за методикою експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса (346. – 206.), що свідчить про суттєве зменшення ймовірності неврозу. Хоча опитувальник депресії Бека показав нижню межу середнього рівня депресії (20 б.), на час проведення обстеження він знизився до 10 б. (відсутність депресії як такої) (див. рис. 4). Заміри по шкалі неврозу та шкалі депресії Бекка здійснювалися двічі (на початковому та прикінцевому етапах), оскільки дані шкали використовувалися нами як допоміжні при оцінці ефективності результатів психотерапії. Тоді, як заміри результатів методики PSWQ та шкали тривоги Бекка мають свої проміжні результати у відслідковуванні рівня тривоги, що є безпосереднім предметом дослідницького інтересу.

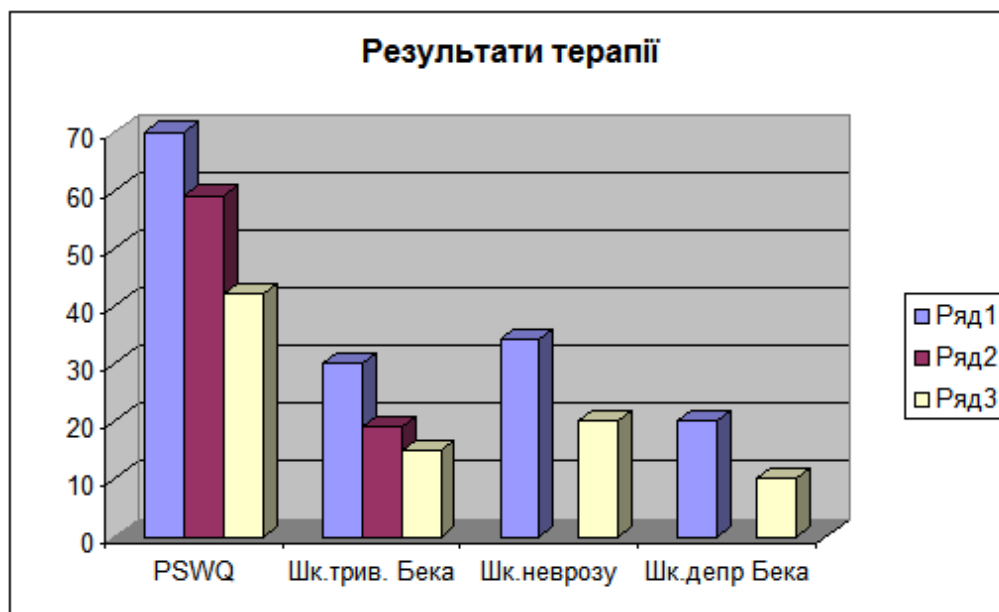


Рис. 4. Динаміка психотерапевтичних результатів клієнтки О.

Примітка: Ряд1 – сесія2; Ряд2 – сесія10; Ряд3 – сесія25.

На етапі завершення терапії за суб'єктивною шкалою вираженості тривоги від 0 до 10 Оля вказала на 3 б. (поч.-9б., з макс-10б.), а за суб'єктивною шкалою віри в ГП «Я погана»/«Життя катастрофа» - 20 % (поч.-85%, з макс-100 %) . Багато змін відбулося в самооцінці, переформатувалися ПЖ і тепер Оля на 85% вірила в те, що «Я є достатньо доброю сама по собі, можу висловлювати власні думки та переживання так, як це відчуваю», «Є речі, які в цьому житті не варто контролювати». Відтак, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є дієвим інструментом моделювання категоріальних структур індивідуальної свідомості, що дзеркалить основне положення психолінгвістики як когнітивної дисципліни.

Обговорення

Відсоток досліджуваних, що схильні до надмірних переживань в проведеному дослідженні є дещо вищим, аніж зазначено в літературі. Про можливі причини таких результатів було зазначено вище. Порівняльний аналіз отриманих даних з результатами інших науковців (Purdon, 2000) щодо позитивних переконань про переживання підтверджує, що наявність таких переконань може бути пов'язана із низькою мотивацією позбутися цих переживань. У таких випадках люди можуть рідше звертатися по допомогу до фахівців. Окрім того, існуючі емпіричні дослідження говорять про те, що якщо переживання підсилюються різними механізмами, наприклад когнітивним уникненням чи негативним підкріпленням, то позитивні переконання про переживання теж підсилюються (Крейг, 2017). Однак доведено, що способи лікування, які враховували ефекти позитивних переконань про переживання є успішними (Wells & King, 2006).

Перевірка ефективності результатів психотерапії описаного випадку засвідчує доцільність використан-

ня запропонованих протоколів щодо лікування ГТР в КПТ, однак вимагає і гнучкого підходу до кожного окремого клієнта.

Висновки

Вісімнадцять відсотків досліджуваних демонструють високий рівень переживань та потенційно можуть бути віднесеними до групи ризику.

Було виявлено, що значимими аспектами особистісно-смыслових чинників при формуванні генералізованого-тривожного розладу можна вважати: сприйняття клієнтами переживань як таких, що допомагають у вирішенні проблем, мотивують до дій та здатні попереджувати негативні результати. Такі позитивні переконання про переживання (у групі з високим рівнем переживань) своїм віддаленим наслідком можуть мати редуковану потребу у зверненні до фахівців з ментального здоров'я. Лише 41 % досліджуваних з високим рівнем переживань висловлює потребу в психологічній допомозі, 59 % такої потреби не висловлює.

Важливою умовою психотерапевтичної роботи є створення навколо клієнта простору розвитку альтернативних наративів, що допоможе йому стати автором своєї історії. Відтак, корегується здатність сприймати, усвідомлювати, інтерпретувати та діяти відповідно до переписаної особистісної історії.

За допомогою психосемантичного аналізу можна реконструювати семантичний простір алгоритмів емоційно-когнітивно-поведінкового реагування. Мова йде про корекцію особистісних конструктів, які й визначають категоріальне структурування дійсності. Алгоритм роботи з клієнтами, що мають ГТР в моделі КПТ важливо будувати з врахуванням особливостей когнітивної обробки інформації на основі сформованих у індивіда ментальних репрезентацій.

Такий алгоритм ґрунтується на:

- переоцінці корисності переживання як стратегії та усвідомленні проблем, які несуть із собою надмірні переживання;

- допомозі в реалістичному розумінні потенційно загрозованих ситуацій;

- допомозі в переосмисленні ставлення клієнта до ситуацій невизначеності;

- використанні експозицій;

- навчанні, що клієнти можуть долати негативні емоції і що можуть впоратися із складними ситуаціями без їх уникнення.

Когнітивні та поведінкові стратегії допомагають змінити спосіб мислення через дослідження

Література

1. Артемьева Е. Ю. Основы психологии субъективной семантики / Под ред. И. Б. Ханиной. М.: Наука; Смысл, 1999. 350 с.

2. Браун А., О'Лири А., Барлоу Х. Генерализованное тревожное расстройство. Клиническое руководство по психическим расстройствам. СПб.: Питер, 2008. С. 236–307.

3. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Свічадо, 2014. 420 с.

4. Крейг Д. Маркер Генералізований тривожний розлад. Львів, Свічадо, 2017. 124 с.

5. Кузьо О. Б. Порівняльний аналіз професійної діяльності когнітивно-поведінкового терапевта та гештальт-терапевта. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». Херсон, 2017. Випуск 4. Том 2. С. 174–179.

6. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003. 487 с.

7. Максименко К., Кудерміна О. Психосемантична реконструкція уявлень про здоров'я у пацієнтів із соматогенією. Psycholinguistics. Psycholinguistica. 2019. Вип. 25(1). С. 194–214. DOI: <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2019-25-1-194-214>

8. Максименко С. Д., Орап М. О. Психолінгвістичні предиктори здоров'я. Psycholinguistics. Psycholinguistica. 2018. Вип. 24(1). С. 252–260. DOI: <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2018-24-1-252-268>

9. Сагалакова О. А. Социальная фобия: психо-семантический анализ алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации: дис. канд. психол. наук: 19.00.04. Томск, 2005. 213 с.

10. Шмелев А. Г. Когнитивная сложность. Психодиагностика личностных черт. СПб.: Речь, 2002. С. 83–86.

11. Auxemery, Y.; Gayraud, F. (2020). Traumatic Psycholinguistic Syndrome (SPLIT). L'Évolution Psychiatrique, 4 (85), 509–528. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.05.002>

12. Butler G., Fennell M., Robson P., & Gelder M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety

disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 167–175. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.167>

13. Borkovec T. D. & Costello E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalised anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611–619.

14. Borkovec T. D. & Inz J. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 69–73.

15. Borkovec T. D., Robinson E., Pruzinsky T. & Depree J. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9–16.

16. Castro Nichol; Stella Massimo; Siew Cynthia S. Q. (2020). Quantifying the Interplay of Semantics and Phonology During Failures of Word Retrieval by People With Aphasia Using a Multiplex Lexical Network. *Cognitive science*, 4(9). DOI: <https://doi.org/10.1111/cogs.12881>

17. Craske, Barlow & O'Leary (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. San Antonio, TX: Psychological Corporation/Graywind.

18. Costa A. (2016). Psycholinguistics and cognitive science. *MANUAL DE LINGUISTICA PORTUGUESA*. Book Series: Manuals of Romance Linguistics Volume: 16 P. 368–336.

19. Dugas M. J., & Robichaud M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.

20. Dutta M.; Murray L. L.; Miller W.; et al. (2020). Cognitive-Linguistic Functions in Adults With Epilepsy: Preliminary Electrophysiological and Behavioral Findings. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 7 (63), 2403–2417. DOI: https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-19-00351

21. Freeston M. N., Rheaume J., Letarte H., Dugas M., & Ladouceur R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791–802.

22. Kreidler S., & Kreidler H. (1985). The psychosemantic determinants of anxiety: A cognitive approach. In Ploeg van der H., R. Schwarzer & C. D. Spielberger (Eds.). *Advances in Text Anxiety Research*. (Vol. 4), (pp. 117–135). Swets and Zeitlinger

and Erlbaum, the Netherlands and Hillsdale, N. J.

23. Menn L. (2010). Child Language, Aphasia, and General Psycholinguistics.. Crosslinguistic Approaches to the Psychology of Language: Research In The Tradition of Dan Isaac Slobin. P. 375-38. URL: <https://spot.colorado.edu/~menn/cv.html>

24. Meyer T. J., Miller M. L., Metzger R. L. & Borkovec T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Biheviour Research and Therapy*, 8, 487-495.

25. Purdon C. (2000). Metacognition and the persistence of worry. Paper presented at the annual conference of the British Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapy, London.

26. Raghuraman, S.; Stuttard, N.; Hunt, N. (2020). Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. *CLINICAL PSYCHOLOGY & PSYCHOTHERAPY*.

DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2486>

27. Wells A. & King P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37,206-212.

References

1. Artemeva, Yu.(1999). *Osnovy psikhologii subektivnoy semantiki [Fundamentals of the psychology of subjective semantics]*. Moscow: Nauka; Smysl [in Russian].

2. Auxemery, Y.; Gayraud, F. (2020). Traumatic Psycholinguistic Syndrome (SPLIT). *L'Évolution Psychiatrique*, 4 (85), 509-528. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.05.002> [in English].

3. Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalised anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619 [in English].

4. Borkovec, T. D & Inz, J. (1990) The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 69-73 [in English].

5. Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. & Depree, J. (1983) Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16 [in English].

6. Braun, A., O'Lyry, A., Barlou, Kh. (2008). *Heneralizovannoe trevozhnoe rasstroistvo [Generalized Anxiety Disorder]. Klynycheskoe rukovodstvo o po psykhycheskym rasstroistvam – Clinical Manual of Mental Disorders.* (pp. 236-307). Saint Petersburg: Piter [in Russian].

7. Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 167-

175. DOI:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.167> [in English].

8. Castro, Nichol; Stella, Massimo; Siew, Cynthia S. Q. (2020). Quantifying the Interplay of Semantics and Phonology During Failures of Word Retrieval by People With Aphasia Using a Multiplex Lexical Network. *Cognitive science*, 4(9). DOI: <https://doi.org/10.1111/cogs.12881> [in English].

9. Costa, A. (2016). Psycholinguistics and cognitive science MANUAL DE LINGUISTICA PORTUGUESA. Book. Series: Manuals of Romance Linguistics Volume: 16. P. 3-336 68[in English].

10. Craske, Barlow & O'Leary (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. San Antonio, TX: Psychological Corporation/Graywind [in English].

11. Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge [in English].

12. Dutta, M.; Murray, L.; Miller, W.; et al. (2020). Cognitive-Linguistic Functions in Adults With Epilepsy: Preliminary Electrophysiological and Behavioral Findings. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 7 (63), 2403-2417. DOI: https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-19-00351 [in English].

13. Freeston, M. N., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and individual Differences, 17, 791-802 [in English].

14. Kreih, D. & Eilvord, E. (2017). *Heneralizovanyi tryvoznyi rozlad [Generalized Anxiety Disorder]*. Lviv: Svichado [in Ukrainian].

15. Kreitler, S., & Kreitler, H. (1985). The psychosemantic determinants of anxiety: A cognitive approach. In Ploeg van der H., R. Schwarzer & C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in Text Anxiety Research.* (Vol. 4), (pp. 117-135). Swets and Zeitlinger and Erlbaum, the Netherlands and Hillsdale, N. [in English].

16. Kuzo, O. B. (2017). *Porivnialnyi analiz profesiinoi diialnosti kohnityvnopovedinkovoho terapevta ta heshtalt-terapevta [Cognitive-behavioral therapist vs gestalt therapist, comparative analysis of their professional activity]. Naukovi visnyk Khersonskogo derzhavnogo universytetu – Scientific journal of Kherson State University*, 2 (4), 174-179 [in Ukrainian].

17. Leontev, A. (2003). *Psihologiya smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoj realnosti [Psychology of meaning: nature, structure and dynamics of semantic reality]*. Moscow: Smysl [in Russian].

18. Maksymenko, K., & Kudermana, O. (2019). *Psykhosemantychna rekonstruktsiya uyavlen pro z dorovya u pattsiientiv iz somatodeniieiu [Psychosemantic Reconstruction of Health Concepts in Patients with*

- Somatogenia]. *Psikholingvistika – Psycholinguistics*, 25(1), 194–214. DOI: <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2019-25-1-194-214> [in Ukrainian].
19. Maksymenko, S., & Orap, M. (2018). *Psikholingvistychni predyktory zdorovia* [Psycholinguistic Predictors of Health]. *Psikholingvistika – Psycholinguistics*, 24(1), 252–268. DOI: <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2018-24-1-252-268> [in Ukrainian].
20. Menn, L. (2010). *Child Language, Aphasia, and General Psycholinguistics. Crosslinguistic Approaches to the Psychology of Language: Research In The Tradition of Dan Isaac Slobin*. P. 375-38. Retrieved from <https://spot.colorado.edu/~menn/cv.html> [in English].
21. Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Biheaviour Research and Therapy*, 8, 487-495 [in English].
22. Purdon, C. (2000). Metacognition and the persistence of worry. Paper presented at the annual conference of the British Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapy, London [in English].
23. Raghuraman, S.; Stuttard, N.; Hunt, N. (2020). Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. *CLINICAL PSYCHOLOGY & PSYCHOTHERAPY*. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2486> [in English].
24. Sagalakova, O. A. (2005) *Sotsialnaya fobiya: psikhosemanticheskiy analiz algoritmov emotsionalno-kognitivnogo reagirovaniya na sotsialnye situatsii* [Social phobia: psychosemantic analysis of algorithms of emotional-cognitive response to social situations]. *Candidate's thesis*. Tomsk [in Russian].
25. Shmelev, A. G. (2002). *Kognitivnaya slozhnost* [Cognitive complexity]. *Psikhodiagnostika lichnostnykh chert - Psychodiagnostics of personality traits*. (pp. 83-83). Saint Petersburg: Rech [in Russian].
26. Vestbruk, D., Kennerli, H., Kirk Dzh. (2014). *Vstup u kohnityvnopovedinkovu terapiyu* [An Introduction to Cognitive Behavioral Therapy]. Lviv: Svichado [in Ukrainian].
27. Wells, A. & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212.

Oleksandra Kuzo,

*PhD (Candidate of Psychological Sciences), Assistant Professor,
Lviv State University of Internal Affairs,
26, Horodotska Str., Lviv, Ukraine,*

Liubov Kuzo,

*PhD (Candidate of Psychological Sciences), Associate Professor,
Lviv State University of Internal Affairs,
26, Horodotska Str., Lviv, Ukraine*

COGNITIVE ASPECT OF PSYCHOSEMANTIC RECONSTRUCTION OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER

The basic aspects of the importance of personal and semantic factors in the formation of generalized anxiety disorder are highlighted in the article. The model of understanding and psychotherapy of excessive worries, based on the reconstruction of the value system is proposed. Such reconstruction is possible due to the "rewriting" of the personal narrative, which in external manifestation functions as the equivalent of a speech act. It is through the psychosemantic aspect that the way to the field of meanings and understanding of "excessive worries" is opened and the access to the subjective world of a person in his/her own system of semantic and linguistic coordinates is provided. The cognitive-behavioral methodology of recognition of generalized anxiety disorder, Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), WWS-II (worry scale), author's questionnaire and psychotherapeutic interventions were used, which stand for the main tool for reconstruction of semantic spaces and individual value system. The study involved 150 people aged 19-24. The results show that significant aspects of personal and semantic factors in the formation of generalized anxiety disorder can be considered as follows: client perception of worries as those that help to solve problems, motivate to action and can prevent negative results. Such positive beliefs about the worries can significantly affect the dynamics of psychotherapeutic work. The article presents a clinical case and demonstrates the effectiveness of psychotherapeutic interventions. An algorithm for dealing with clients is suggested, which is grounded on a current technique for the cure of generalized anxiety disorder and includes: qualified examination; reevaluation of the effectiveness of the worries; assistance in a realistic perception of ambiguous situations that are not necessarily threatening; reconsidering of attitudes to situations of uncertainty; use of exposures technique aimed at profound coping with the stimulus in a nonverbal way; skills of overcoming negative emotions without escaping from them. Such psychotherapy is also based on the provisions of psychosemantic analysis on the possibility of reconstructing the semantic space of algorithms of emotional-cognitive response. The article attempts to combine the clinical paradigm and the scientific position, the cognitive-behavioral model of psychotherapy and the position of psycholinguistics on cognitive processing of

information on the basis of mental representations formed by the individual. The applied psycholinguistics has meaningful prospects for applied cognitive research.

Keywords: generalized anxiety disorder, significance of worries, psychosemantic space, mental representations, narrative, psychotherapeutic care.

Подано до редакції 13.11.2021

УДК: 159.9.072+316.6

DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2021-4-2>

Вікторія Назаревич,

кандидат психологічних наук, доцент,

Рівненський державний гуманітарний університет,

вул. Степана Бандери, 12, м. Рівне, Україна,

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0111-7070>

ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ СПІЛКУВАННЯ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ З ОЗНАКАМИ ОСТРАКІЗАЦІЇ

Актуальність проблеми полягає у вивченні системи організаційних засад комунікації в освітньому середовищі з проявами остракізації, а також впливів остракізаторських тенденцій в шкільних колективах на академічний та соціальний розвиток учнів, професійні досягнення педагогів. Проаналізовано особливості формування системи спілкування в закладах освіти. Визначено, що адміністрація освітнього закладу та педагогічний колектив виступає каталізатором як у формуванні відносин співпраці, так і у виконанні навчальної роботи шкільного підрозділу. Мета статті – здійснити теоретичний аналіз організаційних аспектів системи спілкування в освітньому середовищі з ознаками остракізму. Сформовано структуру умов, які забезпечують екологічність спілкування в освітній системі: учасники відчують себе в безпеці, наявність під час навчального процесу безціночної атмосфери, почуття тепла, активний інтерес до учнів, участь дорослих, відсутність тілесних покарань у разі порушення правил або виявлення іншої небажаної поведінки. Для реалізації мети дослідження було застосовано загальнонаукові теоретичні методи дослідження інформації, такі як: аналіз, синтез, абстрагування, узагальнення, індукція, дедукція, пояснення і класифікація. Розкрито фактори ризику, які впливають на успішність організації міжособистісної взаємодії: ряд зовнішніх чинників, таких як природні явища або соціальні події (конфлікт, зміна колективу, порушення структури навчального простору – зміна лідера), або внутрішні чинники, такі як поведінка педагогів та персоналу, кількість учнів, склад груп, вхід нових осіб у вже сформований колектив, нещасний випадок у групі тощо. Також, включено класифікацію факторів за Marshall, які впливають на спілкування в процесі перебування в навчальному просторі: кількість та якість взаємодій між дорослими та учнями; навчальне середовище, включаючи будівлі, аудиторії, наявні матеріали, а також сприйняття цього простору викладачами та учнями; успішність учнів; наявність атмосфери рівності між усіма суб'єктами навчальної діяльності. Вказано на роль управлінського колективу в процесі створення екологічного освітнянського простору, оскільки навички комунікації адміністрації закладу значною мірою визначають ефективність роботи навчального простору та досягнення цілей. Висвітлено характерологічні особистості адміністрації, які є проявом високого рівня емоційного інтелекту, як наслідок можливості побудови ефективної системи комунікативних зв'язків: усвідомлення себе, емпатія, соціальна відповідальність, орієнтованість на реальність, товариськість, контроль імпульсів.

Ключові слова: система спілкування, комунікація, екологічне спілкування, міжособистісна взаємодія, педагогічний колектив, ознаки остракізації.

Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми

В останні десятиліття науковий інтерес до якості освіти та її результатів був зосереджений на важливості організації ефективної системи спілкування в середовищі з ознаками остракізації. Це свідчить про те, що рівень прояву остракізаторських тенденцій в шкільних колективах може сприяти академічному та соціальному розвитку учнів, а також

професійним досягненням педагогів. Система комунікативних зв'язків є одним із основних аспектів освітнянського процесу. Свідоме формування культури навчання та участі в організації вимагає систематичного збору, обробки та розповсюдження знань, спрямованих на оптимальну роботу організації.

Явище неприйняття в закладах освіти викликає розвиток не екологічності процесу навчання та нівелювання позитивного і творчого потенціалу