

**АКТУАЛЬНІ  
ПРОБЛЕМИ  
ПРАКТИЧНОЇ  
ПСИХОЛОГІЇ**

**Збірник наукових праць**

*Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції*

19 травня 2023 р., м. Одеса

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД  
«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ К. Д. УШИНСЬКОГО»**

*(кафедри теорії та методики практичної психології,  
кафедра психіатрії, медичної та спеціальної психології)*

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

*(кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки)*

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ**

*(кафедра психології)*

**КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

*(кафедра практичної психології)*

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ  
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**Збірник наукових праць  
Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції**

19 травня 2023 року

Одеса – 2023

УДК 001+159.9 (063)  
ББК 72+88.4  
З-41

Друкується за рішенням Вченої ради соціально-гуманітарного факультету Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» (протокол № 11 від 30.06.2023 року).

**Організаційний комітет:**

**О. В. Вдовіченко** – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри теорії та методики практичної психології Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

**І. П. Кондратьєва** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії медичної та спеціальної психології Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

**Т. М. Лазоренко** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри теорії та методики практичної психології Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

Актуальні проблеми практичної психології : збірн. наук. праць Всеукр. наук.-практич. інтернет конф. (19 травня 2023 року, м. Одеса). Одеса, 2023. 218 с.

В збірник увійшли матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів, яка присвячена актуальним проблемам практичної психологічної науки. Тематика наукових праць присвячена переважно теоретичним та практичним аспектам сучасної психологічної науки.

Для здобувачів, аспірантів, молодих науковців психологічних та педагогічних вузів.

## ЗМІСТ

### *Секція I.*

#### **СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

<b>ЧИННИКИ ВИНИКНЕННЯ ПРОКРАСТИНАЦІЇ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ</b>	
Таран А. А., Оверчук В. А. ....	9
<b>ЗВ'ЯЗОК САМОПРЕЗЕНТАЦІЇ ЛЮДИНИ В ІНТЕРНЕТІ З РЕАЛЬНОЮ ІДЕНТИЧНІСТЮ ОСОБИСТОСТІ</b>	
Шпаковська Ю.В., Вдовіченко О.В. ....	11
<b>ІСТОРИКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ БУЛІНГУ ЯК СОЦІАЛЬНОГО ЯВИЩА</b>	
Гребеннікова Ю. Ю., Асеева Ю. О. ....	13
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ САМООЦІНКИ СТУДЕНТІВ У КОНТЕКСТІ ЇХ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ</b>	
Мельничук І. В., Никифорова Ю.С., Павлова І.Г. ....	16
<b>ОСОБИСТІСНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПЕДАГОГІВ</b>	
Ситнік С.В., Білоус Я.О. ....	19
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТЕМПЕРАМЕНТУ В ПРОЯВІ ШАРМУ ЖІНКИ</b>	
Ракіта Н.Ю., Чебикін О.Я. ....	24
<b>ГЕНДЕРНА СПЕЦИФІКА СХИЛЬНОСТІ ДО МАНПУЛЯТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ</b>	
Суханова О. О., Оверчук В. А. ....	28
<b>РОЗВИТОК ВОЛЬОВИХ ЯКОСТЕЙ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА УСПІШНІСТЬ НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ</b>	
Яланжи Р.Р., Пундев В.В. ....	31

### *Секція II.*

#### **ОСОБИСТІТЬ**

#### **В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ**

<b>СТАН ТА ТЕНДЕНЦІЇ ПІЗНАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КРИЗИ</b>	
Атаханов Б.К., Чебикін О. Я. ....	35
<b>ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗДАТНОСТІ ЗАСВОЮВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ ПІД ЧАС ВІЙНИ У ПІДЛІТКОВОМУ ТА ЮНАЦЬКОМУ ВІСІ</b>	
Розіна І., Борщевська О. ....	40
<b>ДІАГНОСТИКА ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПАМ'ЯТІ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ТА НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ</b>	
Варфоломеєва Д.А., Мельничук І.В., Павлова І.Г. ....	45

<b>БУЧАНСЬКА РІЗНЯ: ПЕРЕДУМОВИ НАРОДЖЕННЯ НЕЛЮДІВ</b>	
Дорошенко О., Оверчук В. А. ....	50
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДІАПРОСТОРУ ТА ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ</b>	
<b>ОСОБИСТОСТІ У ПЕРІОД ВІЙНИ</b>	
Павлінова О. В., Мельничук І. В. ....	53
<b>СТРАХ У СТРУКТУРІ ДЕТЕРМІНАНТ ТЕМПЕРЕМЕНТАЛЬНИХ</b>	
<b>ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ</b>	
Косьянова О.Ю., Чжоу Тінь ....	57
<b>РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ</b>	
<b>БОЙОВИХ ДІЙ</b>	
Фесюк А. І. ....	63

### *Секція III.*

#### **ТЕОРЕТИЧНІ І ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПІДТРИМАННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

<b>НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДІТЕЙ СТАРШОГО</b>	
<b>ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФЦИТУ УВАГИ ТА</b>	
<b>ГІПЕРАКТИВНІСТЮ</b>	
Веремійчук О.М. ....	66
<b>ПРОБЛЕМА ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ У</b>	
<b>СУЧАСНИХ УМОВАХ</b>	
Карпич І.А. ....	69
<b>ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ КІБЕРАДИКЦІЇ ЯК ЧИННИКА</b>	
<b>РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ</b>	
Колесниченко І. С. ....	73
<b>ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ</b>	
<b>ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У</b>	
<b>ВАГІТНИХ ЖІНОК ЯК ПРОЯВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО</b>	
<b>СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УМОВАХ ВІЙНИ</b>	
Савенкова І.І., Лаговська Н.В. ....	76
<b>ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ</b>	
<b>ОСОБАМ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ В ДИСТРЕСОВОМУ СТАНІ</b>	
Лазоренко Т.М., Полковська К.Є. ....	80
<b>НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ</b>	
<b>АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ</b>	
Загранична В. О. ....	85
<b>НЕЙРОПСИХОЛОГІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ</b>	
Шевчук Г.М., Савенкова І.І. ....	88
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СТАНІВ НА</b>	
<b>СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ</b>	
Ніколаєва А.П., Мельничук І. В. ....	92

**ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ОСІБ ІЗ ПРОЯВОМ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Чернишева Ю., Лазоренко Т. ....97

**ЩОДО ПИТАННЯ ПРО КОНЦЕПЦІЮ ДЕКОНЦЕНТРИРОВАНОЇ УВАГИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ ВИКОРИСТАННЯ В КЛІНІЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ**

Орлов Д. А. ....102

**ПРОЯВ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ЖІНОК З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ**

Лазоренко Т. М., Ковшар Д. І. ....106

*Секція IV.*

***ОСНОВИ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГА, УЧИТЕЛЯ І БАТЬКІВ  
В УМОВАХ ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА***

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОТОВНОСТІ СТУДЕНТІВ ДО СІМЕЙНОГО ЖИТТЯ**

Панченко В., Вдовіченко О. ....112

**ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ БАТЬКІВ, ЯКІ МАЮТЬ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я**

Жосул Ю. І. ....114

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ОБМАНУ У ДІТЕЙ З ВАДАМИ СЛУХУ**

Косьянова О. Ю., Белінська В. А. ....116

**ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОТОВНОСТІ ДІТЕЙ ДО ВСТУПУ В ШКОЛУ**

Жук А.М., Яцишина А.М. ....126

**АДАПТАЦІЯ УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ У ШКОЛАХ ЗА КОРДОНОМ**

Дубровська Ю. О., Лазоренко Т. М. ....128

**ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

Клішина Л. Г. ....132

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕДАГОГІЧНО ЗАНЕДБАНИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Міхова Л.П., Мельничук І.В., Павлова І.Г. ....136

**ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ З РОЗВИНЕНИМ ЕМОЦІЙНИМ ІНТЕЛЕКТОМ**

Ситнік С.В., Шейкіна В.П. ....138

*Секція V.*  
**ОСНОВНІ НАПРЯМКИ У РОБОТІ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА  
В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ**

<b>СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПАНІЧНІ АТАКИ</b> Кайхер І. І., Асеева Ю. О. ....	143
<b>ЕМОЦІЙНІ ПРОЯВИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ БАНКІВСЬКОГО СЕКТОРУ</b> Колеснікова А.П., Поспелова І.Д. ....	146
<b>ДІЛОВА ГРА ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ</b> Коваль М. А. ....	150
<b>РОЛЬ ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ У ПОВЕДІНЦІ В КОНФЛІКТНІЙ СИТУАЦІЇ</b> Мартинюк І. Д. ....	155
<b>ВІДНОСИНИ ПАРТНЕРІВ У ШЛЮБИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА РОЗВИТОК ДИТИНИ</b> Єрмак К.С., Кондратьєва І.П. ....	160
<b>ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ</b> Сарницька А. О. ....	162
<b>ОСОБЛИВОСТІ ТА ВАЖЛИВІСТЬ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА ЕМПАТІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА</b> Болдирєва С. О. ....	165
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЗОВНІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ</b> Мельничук І. В., Негатурова А.В., Павлова І.Г. ....	168
<b>ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСІБ З РІЗНИМ СТАВЛЕННЯМ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ</b> Клосс Г. С., Поспелова І. Д. ....	172

*Секція VI.*  
**ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ:  
ЄВРОПЕЙСЬКІ ПРАКТИКИ  
ТА ДОСВІД УКРАЇНИ**

<b>ТЕОРІТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСКОВИХ ТА ЦИВІЛЬНИХ В УМОВАХ ВІЙНИ</b> Байкова Д. А. ....	180
<b>НЕЙРОПСИХОЛОГІЯ – НОВЕ РІШЕННЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ</b> Добряк Ю.І. ....	181

<b>ПСИХОСИМПТОМАТИКА</b>	<b>ТРИВОЖНОГО</b>	<b>РОЗЛАДУ</b>
<b>ОСОБИСТОСТІ, ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>		
Жиленко А.О. ....		187
<b>ОСОБЛИВОСТІ</b>	<b>ПСИХОЛОГІЧНОЇ</b>	<b>РЕАБІЛІТАЦІЇ</b>
<b>ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ В УМОВАХ</b>		
<b>ВІЙНИ</b>		
Лазоренко Т.М., Заболотна А.О. ....		190
<b>ОСОБЛИВОСТІ</b>	<b>НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ</b>	<b>КОРЕКЦІЇ ТА</b>
<b>РЕАБІЛІТАЦІЇ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В</b>		
<b>УМОВАХ ВІЙНИ</b>		
Леман Н.Ю. ....		195
<b>ЕМОЦІЙНА СФЕРА ДІТЕЙ ІЗ СДУГ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>		
Мельничук І. В., Павлова І.Г., Сичук О.О. ....		197
<b>ВИНИКНЕННЯ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У</b>		
<b>ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА ЇХ</b>		
<b>НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ</b>		
Яворська А. С. ....		202
<b>РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>	<b>СИНДРОМУ</b>	<b>ПОСТТРАВМАТИЧНОГО</b>
<b>СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ В УМОВАХ</b>		
<b>ВІЙНИ</b>		
Білик Д.С, Мельничук І.В., Павлова І.Г. ....		205
<b>ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ</b>		
Головашов Ю.С. ....		208
<b>НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ</b>		
<b>ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>		
Мельничук І.В., Павлова І.Г., Сидоренко К.В. ....		211
<b>НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПОРУШЕННЯ</b>		
<b>МОВЛЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАСОБИ ЇХ УСУНЕННЯ</b>		
Ушакова І.О. ....		215



## *Секція І.*

# **СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

## **ЧИННИКИ ВИНИКНЕННЯ ПРОКРАСТИНАЦІЇ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

**Таран А. А., Оверчук В. А.**

*Донецький національний університет імені Василя Стуса  
(м. Вінниця, Україна)*

Нові соціально-економічні умови не можуть не позначитися на психологічних особливостях особистості здобувачів вищої освіти. У цій ситуації стає очевидною необхідність нової стратегії освіти, орієнтованої на мотиваційну сферу особистості студента. Мотивація грає виняткову роль в житті кожної людини, насамперед як основа будь-якого вчинку. Вона може також розглядатися як динамічний процес, що з формуванням мотивів поведінки, вибору професії.

Вивчення мотивації освітньої діяльності студентів є дуже важливим, так як від неї залежать їхнє ставлення до навчання, успішність, зацікавленість, а надалі і професіоналізм. Особливий інтерес викликає феномен прокрастинації. Сучасна організація умов життєдіяльності людей вимагає від членів суспільства високого рівня самоорганізації, але замість підвищення ефективності є діяльність, яка не приводить до очікуваних результатів. При цьому людина вмотивована, усвідомлює негативні наслідки бездіяльності, постійно щось робить (наприклад, спілкується в соціальних мережах, переглядає відео та фото), але не виконує запланованих важливих завдань, що особливо впливає на освіту. Зростання схильності сучасного суспільства до прокрастинації у сфері професійних результатів і професійних результатів значно знижує продуктивність індивідів, а також процес міжособистісної взаємодії. Актуальність цього феномену зумовила його активний розвиток у психології.

Суть прокрастинації полягає в тому, що людина свідомо відкладає важливі і неважливі справи на потім, що завдає їй болю і викликає у неї негативні емоції. Це явище досліджували такі вітчизняні та зарубіжні вчені: Є. Ільїн, Д. Стеценко, І. Бабатіна, К. Фоменко, Т. Мотрук, В. Ю. Шайгородський, О. Михайлова, К. Євстингєєва, О. Поліщук, С. Соболева, П. Стіл, Дж. Бурка, Л. Юлен, Н. Мілграм, А. Елліс, М. Сільвер, Дж. Сабіні. Зокрема, багато досліджень було зосереджено на вплив прокрастинації серед студентів у навчальних закладах, зокрема у дослідженнях Н. Руднова, В. Ковиліна, М. Дворника, П. Стіла, О'Брайена, оскільки високий рівень прокрастинації серед студентів пов'язаний зі зниженням успішності, негативно впливає на особистість та її психічне здоров'я, тим самим знижує ефективність професійної підготовки студентів.

Прокрастинатори часто жонглюють завданнями хаотично, без плану або з наближенням дедлайнів. Так, канадський психолог Пірс Стіл стверджує, що прокрастинація – це добровільне відкладення запланованого завдання, незважаючи на негативні наслідки такої поведінки. Він також підкреслив, що затримка була необґрунтованою [4].

К. Лей вважає, що прокрастинація є ірраціональним, добровільним

відкладанням діяльності, не дивлячись на можливі негативні наслідки для особистості [1].

Водночас В. Ковилін додає, що прокрастинація – це модель поведінки, за якої необхідні дії свідомо відкладаються на потім. Феномен прокрастинації складається з трьох аспектів: пізнання, емоцій і поведінки. Ці компоненти пов'язані між собою причинно-наслідковим зв'язком. Розуміння ролі цих зв'язків може не тільки виявити причини розвитку прокрастинації, а й забезпечити розробку ефективних стратегій подолання прокрастинації.

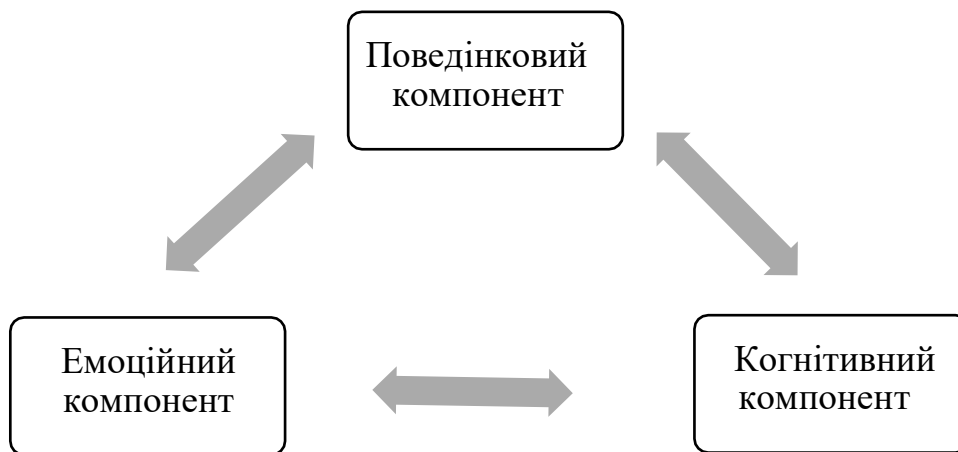


Рис 1. Компоненти прокрастинації.

Відображення природи походження з психодинамічної точки зору свідчить про те, що прокрастинація є результатом дитячої травми. Проява як ліберального, так і авторитарного стилю взаємодії з дитиною підвищує ймовірність того, що дитина розвине прокрастинацію, коли стане дорослою.

Ліберальний стиль сприяє розвитку у дітей труднощів при виконанні завдань, що призводить до посилення почуття тривоги. Авторитарне виховання викликає емоційний дисбаланс і нестабільність. У результаті дорослий, виконуючи певні завдання, викликає у нього несвідоме згадування ситуацій дитинства, повернення до свого попереднього досвіду та переживань дитинства. Неусвідомлені почуття гніву та нездатності батьків виправдати їхні очікування перед обличчям труднощів чи невдач призводять до відповідної реакції у вигляді затримки виконання завдання або неможливості виконати завдання [2, 3].

Прокрастинація досить поширена серед підлітків і молоді. Як пояснює І. Кон, у підлітковому та ранньому дорослому віці індивіди характеризуються вибірковістю щодо видів діяльності та бажанням виконувати завдання, які викликають інтерес або допомагають продемонструвати свій потенціал перед однолітками. Оскільки люди цієї вікової групи прагнуть до самоствердження, активно пізнають себе і перевіряють свої здібності, відкладання може приймати форму прокрастинації, ігнорування діяльності, яка вважається нудною, нецікавою або нікчемною, діяльності, пов'язаної з монотонністю, репродуктивною діяльністю. Адже, на думку авторів, підлітки та юнаки схильні надавати перевагу творчій діяльності.

Не менш важливим є дослідження студентської прокрастинації. Визначено, що більшість студентів схильні відкладати навчальну діяльність. Ця проблема особливо поширена серед студентів з проблемами самооцінки, імпульсивністю, поганою самоорганізацією та мотивацією уникати невдач. Переживання кризи статевого дозрівання збільшує ймовірність прокрастинації. Це пов'язано з адаптацією до нових ситуацій, які постають перед учнем: нові специфічні правила навчального процесу, зміни способу життя, зміни в особистому житті тощо. Більшість студентів усвідомлюють існування цієї проблеми та її серйозний вплив на якість життя, тому розуміють необхідність звернення за допомогою.

Таким чином, на нашу думку важливим є розуміння причин, що провокують розвиток прокрастинації у студентському віці, оскільки це не тільки дає поштовх для поглиблення знань з цього питання, але й допомагає формувати та розвивати стратегії психологічного впливу з метою профілактики й запобігання такої поведінки.

#### Література

1. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра. психол. наук по специальности 19.00.04. М., 2010.
2. Forstmann, B.U., Brass, M., Koch, I., von Cramon, D.Y. (2005). Internally generated and directly cued task sets: an investigation with fMRI. *Neuropsychologia*, 43, 943–952.
3. Solomon, L.J., Rothblum, E.D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31(4), 503–509.
4. Steel P., Klingsieck K.B. Academic Procrastination: Psychological Antecedents Revisited. *Australian Psychologist*. 2016. № 51. P. 36-46.

### **ЗВ'ЯЗОК САМОПРЕЗЕНТАЦІЇ ЛЮДИНИ В ІНТЕРНЕТІ З РЕАЛЬНОЮ ІДЕНТИЧНІСТЮ ОСОБИСТОСТІ**

**Шпаковська Ю.В., Вдовіченко О.В.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Проблема зв'язку самопрезентації особистості із реальною ідентичністю особистості є однією з найважливіших проблем сучасної психології. Це пов'язано із тим, що при взаємодії із оточуючим світом та мережею Інтернет особистість кожен день стикається з проблемою самопрезентації себе в інтернеті, сприйняттям інших користувачів та специфікою комунікації в мережі. Зазвичай, самопрезентація в мережі є здійсненням бажань – сили і могутності, краси, приналежності до певної групи, соціального статусу тощо. Тому, з одного боку, віртуальна самопрезентація може відображати бажання, незадоволені в реальному житті, а з іншого - бути прямим наслідком реальної ідентичності.

Проблему «самопрезентації у мережі» висвітлювано А.А. Вербицьким, В. А. Плешаковим, І.Г. Сидорова та Д. Солов'йовим.

Виходячи із актуальності проблеми, ми поставили за мету: розкрити особливості самопрезентації особистості у мережі Інтернет та у реальному житті. Виходячи із мети дослідження визначили задачі: сформувані образ особистості в Інтернеті; визначити специфіку самопрезентації у мережі серед людей різних

груп та професій; проаналізувати доступну наукову літературу та вивчити зв'язок самопрезентації особистості в Інтернеті та в реальному житті.

Для Інтернет-комунікації та самопрезентації характерний особливий процес міжособистісного сприйняття. У ньому немає ніякої невербальної інформації, крім відео зв'язку. Емоційну складову спілкування важко передати та сприйняти в Інтернеті без паралінгвістичної складової [3].

Інтернет оцінює реальний соціальний статус користувачів, і вони мають можливість змінити його і вибрати той, який особистості потрібний. Багато хто усуває серйозні культурні, вікові та інші бар'єри для соціального спілкування.

Невербальні стилі спілкування втратили свою роль у просторі текстового спілкування в Інтернеті. Учасники спілкування можуть висловити свої почуття посмішкою або смайлом. Фізична відсутність користувача в акті спілкування сприяє тому, що відчуття не тільки виражаються, але й приховуються чи моделюються.

Таким чином, у мережі за наявності фізичної відсутності партнерів зі спілкування, втратили своє значення ціла низка бар'єрів, які пов'язані з характеристиками зовнішнього вигляду людини (наприклад, стать, вік, соціальний статус, зовнішня привабливість чи непривабливість) [1].

Більшість дослідників та вчених відзначають, що Інтернет, як абсолютно інша соціальна реальність, починає надавати унікальну можливість: змінити ідентичність завдяки самопрезентаційній поведінці користувача. Самопрезентація особистості тут розуміється як поведінкове вираження емоційних і когнітивних елементів «Я»-концепції, а ідентичність як синонім «Я»-концепції або її центрального конструктору. Причини зміни ідентичності включають компенсацію (користувач не задоволений певними аспектами реальності), самоактуалізацію (користувач не може при реальній комунікації висловлювати всі аспекти багатогранного «Я»), отримання нового досвіду та створення обраного образу «Я» [2].

Виходячи із загальної мети нашої роботи ми підібрали комплекс психодіагностичних методик, які нам допоможуть у емпіричному дослідженні. Ми використовували «Методику дослідження особистісної ідентичності» (МДОІ) (Д.Б. Шнайдера) та «Шкалу виміру тактик самопрезентації» (С. Лі, Б. Куїглі).

У дослідженні брали участь 25 опитуваних, включаючи жінок та чоловіків віком від 18 до 50 років із різним соціальним статусом та різними життєвими обставинами.

Визначено за даними методики «Дослідження особистісної ідентичності» (МДОІ) (Д.Б. Шнайдера), що в середньому для респондентів найбільш характерною є такий тип особистісної ідентичності як «диффузна ідентичність» або ж як її ще називають «розмита чи розпливчата ідентичність». Диффузна ідентичність (дифузія самоідентичності, нестабільність образу Я, слабодиференційована Я-концепція) – недолік інтеграції ідентичності виявляється в тому, що у особистості є відчутні протиріччя у сприйнятті самої себе, що поєднуються з бідним та плоским сприйняттям інших; визначається як

недолік автентичності, цілісності історії власного життя, недостатня впорядкованість та зв'язність внутрішнього світу (труднощі та розриви при описі власної особистості). Труднощі пристосування до цих людей очевидні при наявності невизначеності та свободи вибору, що означає, що суб'єкт має певну ступінь автономії та відповідальності за те, що з ним відбувається. Це характерно для людей з «тендітною» крайньою особистісною організацією, які часто втрачають тимчасову перспективу (постійна орієнтація в часових координатах власного життя, численні спогади), мають знижену толерантність до амбівалентності, не в змозі впоратися з розлукою.

За результатами другої методики «Шкала вимірювання тактик самопрезентації» (С. Лі, Б. Куїглі) визначено три найпоширеніші тактики самопрезентації серед респондентів: «бажання сподобатися», «перешкода самому собі» та «зречення» (усі три шкали зустрічаються майже у кожного другого опитуваного), що свідчить про низький рівень самооцінки. І при першому знайомстві або при самопрезентації більшість респондентів відчують складність знайти гарні якості у своїй особистості та перешкоджають самим собі, але при всьому цьому намагаються сподобатися співбесіднику.

Визначено, що у більшості людей, які мають тактику самопрезентації бажання сподобатися, перешкоду самому собі та зречення мають прояв дифузної ідентичності особистості.

Отже, самопрезентацію особистості можна розглядати як засіб управління враженням, яке людина справляє на інших у процесі взаємодії. Але дуже важливо робити це усвідомлено та розуміючи усі наслідки, адже перше враження можливо скласти лише один раз. Саме у Інтернеті особистості мають змогу експериментувати із своїм образом та змінювати його лише побажавши, адже у разі виникнення проблем можна просто видалити сторінку, пост, коментар або вийти із мережі.

#### **Література:**

1. Скулатова О.В. (2016) Використання даних, отриманих з Інтернету, для психологічного аналізу особистості [Науковий вісник Херсонського державного університету], Серія «Психологічні науки». Херсон, Випуск 1, Том 2., 106-111.
2. Becker B. (1997) To be in touch or not? Some remarks on communication in virtual environments. International Conference on Women, Work and Computerization. Proceedings of the 6th International IFIP-Conference, Berlin, 211-212.
3. Dautenhahn K. (1997) The physical body in Cyberspace: at the age of extinction? 1st Edition. 12.

## **ІСТОРИКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ БУЛІНГУ ЯК СОЦІАЛЬНОГО ЯВИЩА**

**Гребеннікова Ю. Ю., Асєєва Ю. О.**

*Одеський національний економічний університет  
(м. Одеса, Україна)*

Хоча булінг є давнім явищем, лише нещодавно його визнали серйозною та поширеною проблемою серед дітей та молоді в Сполучених Штатах, Скандинавії, Англії, Австралії, Південної Кореї, деяких держав Європи та у тому числі й України.

На початку ХХ століття, у 1905 році, К. Дьюкс опублікував своє дослідження про проблему шкільного навчання. Однак системні дослідження цієї проблеми були проведені скандинавськими дослідниками, такими як А. Пікас, Д. Олвеус, Е. Роланд та П.П. Хайнеманн, які розробили концепцію булінгу та визначили його як утиск, цькування та дискримінацію. В Норвегії дослідницька увага до булінгу серед однолітків була активною вже з початку 1980-х років і їй приділялась широка увага громадськості. У Сполучених Штатах такий широкий інтерес до булінгу не виникав аж до весни 1999 року, коли ЗМІ розповіли про стрілянину в середній школі «Колумбайн», назвавши злочинців жертвами булінгу з боку однокласників. За останні роки значно побільшало досліджень щодо природи та масштабів булінгу серед дітей та молоді [1-3, 7].

Так наприклад, показники булінгу серед дітей та молоді різняться залежно від визначення, яке використовують дослідники, та досліджуваних груп населення. У національно-репрезентативному дослідженні понад 15 000 учнів 6-10 класів Т. Нансел та її колеги виявили, що 17% дітей та молоді повідомили, що «іноді» або частіше зазнавали знущань протягом шкільного семестру, а 19% знущалися над іншими. «іноді» або частіше. Ці дослідники також виявили, що 6% студентів були «жертвами хуліганства» – вони знущалися над іншими і також зазнавали знущань [4, 7, 11].

Звертаючись до розуміння поняття булінгу серед зарубіжних науковців можна вказати, що наприклад, Д. Олвеус (1978) визначив знущання як хронічне переслідування когось фізично або психологічно [12]. Крім того, С. М. Арора (1987) стверджував, що булінг – це «досягнення або підтримання соціального домінування за допомогою відкрито агресивних засобів, які відбуваються через те, що жертви не мають достатніх навичок або здатності інтегруватися в групу однолітків» [6]. Роланд (1988) описує напади будь-якого характеру, тоді як Таттум (1989) визначає булінг як тривале фізичне або психологічне насильство з боку індивіда або групи щодо індивіда, який не може захистити себе в даній ситуації. В. Безаг (1989) описує неодноразові атаки – фізичні, психологічні, соціальні або вербальні – з боку тих, чия влада формально або ситуативно вище, над тими, хто не може захиститися, з наміром заподіяти підвищення для досягнення власного задоволення. Л.Р. Х'юссман, Н.Г. Герра, Л.С. Міллер та А. Зеллі (1992) описують булінг як «деструктивну взаємодію, в якій домінуючий суб'єкт неодноразово демонструє таку поведінку, яка негативно збентежує менш домінуючий суб'єкт» [7, 8, 9, 10].

Д. Галловей (1994) визначив булінг як «коли одна особа або група навмисно завдає страждань іншій особі або групі» [7].

Р. Харіс (1999) описує булінг як «тривале насильство фізичне або психічне, що створюється людиною або групою і спрямоване проти людини, яка не може захиститися у фактичній ситуації, з усвідомленим бажанням заподіяти біль, налякати або піддати людині тривалу напругу» [9].

С.В. Кривцовою (2011, 2016) визначає «булінг – агресію одних дітей проти інших з нерівністю сили агресора і жертви, та повторюваністю агресії» [5, 6].

Узагальнюючи розуміння поняття булінгу, можна відзначити, що існує декілька основних підходів до його визначення:

1) як систематичного повторюваного вчинку – за цим підходом булінг описується як систематична та повторювана поведінка, яка спрямована на завдання шкоди іншій людині;

2) як соціального домінування – цей підхід описує булінг як процес, який включає в себе використання влади та контроль для інсталяції домінування над іншою людиною або групою;

3) як агресії – за цим підходом булінг описується як форма агресії, яка може включати в себе фізичну, вербальну, емоційну та соціальну агресію;

4) як поведінки, що спричиняє виникнення – цей підхід описує булінг як будь-яку форму поведінки цькування, яка завдає шкоди іншій людині, незалежно від того, чи є вона повторюваною або ні;

5) як проблеми взаємодії – цей підхід описує булінг як проблему взаємодії між людьми, яка включає в себе поведінку, що завдає шкоди іншим, а також проблеми з комунікацією та інсталяцією кордону.

Враховуючи різноманітність підходів до визначення поняття булінгу, має стати контекст, у якому відбувається така поведінка, а також вік та інші характеристики жертв та загального середовища, у якому відбувається цькування.

Отже, різні дослідники запропонували своє визначення цього явища, проте всі вони підкреслювали наявність великої групи психологічних, педагогічних і соціальних проблем, які супроводжують фізичне та психічне насильство по відношенню до людини. Булінг не є такою поведінкою в класичному розумінні, а представляє собою особливу форму деструктивної взаємодії, що включає в себе безліч специфічних типів та підтипів агресивної поведінки, характеризується тривалістю та нездатністю людини захищатися перед агресором.

Слід підкреслити, що, незважаючи на те, що булінг у певній мірі подібний за структурою до конфлікту, він має свої унікальні риси: булінг тривалий у часі, потенціал жертви та кривдника асиметричний, типи учасників булінгу фіксовані (кривдник, жертва, свідок, помічник булера, захисник жертви), через що дуже складно змінити роль у такому типі поведінки. Крім того, існує фундаментальна відмінність між конфліктом і булінгом – у конфлікті обидва сторони мають можливість захистити свою позицію та залучити оточуючих як ресурс, тоді як у булінгу тільки одна сторона має право, тоді як інша сторона «відмовляється в прав» мати будь-яку позицію та робити будь-які дії на свій захист [2, 3, 5, 11]. Булінг характеризується неодноразовістю або періодичністю, умислом, нанесенням шкоди, зловживанням силою або впливом.

Отже, на підставі проведеного аналізу проблеми можна зробити висновок, що булінг розглядається як форма деструктивної міжособистісної взаємодії, при якій одна людина або група свідомо виступає кривдником, а інша – жертвою, яка свідомо слабкіше психологічно або фізично, тривалий час і систематично піддається фізичному, психологічному та психічному насильству та агресії.

#### Література

1. Асєєва Ю.О., Кавецький М.Є. Вплив агресивності підлітків на міжособистісні

- стосунки. *East European Scientific Journal Jerozolimskie* 85/21, 02-001 Warsaw, Poland. P. 57-63.
2. Беляєва О. Булінг у шкільному середовищі. Теорія та практика. *Психолог.* 2017. 17/18. С. 1-49.
  3. Губко А. А. Шкільний булінг як соціально-психологічний феномен. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки.* 2013. Вип. 114. С. 46–50.
  4. Кривцова С., Шапкіна А., Белевич А. Булінг в школах світу: Австрія, Німеччина. *Освітня політика.* 2016, № 3 (73). С. 97 – 119.
  5. Кривцова, С.В. Булінг в школі VS згуртованість небайдужих. К.: Інститут розвитку освіти. 2011. 53 с.
  6. Arora, C.M. (1987). Defining Bullying for a Secondary School. *Educational and Child Psychology*, 3-4, 110-120
  7. Galloway, D. (1994). Bullying: The Importance of a Whole School Approach. *Therapeutic Care and Education*, 3, 315-329
  8. Green R. Collingwood A., Ross A.. Characteristics of bullying victims in schools. *National Centre for Social Research*, 2010. 115 p.
  9. Harris, R. (1999). Childhood: Fearing for your Life. *Los Angeles Times*, May 13.
  10. Huesman, L.R., Guerra, N.G., Miller, L.S., & Zelli, A. (1992). The Role of Social Norms in the Development of Aggressive Behaviour. In A. Fraczek & H. Zumkley (Eds.), *Socialization and Aggression*. New York: Springer-Verlag. P. 139-151.
  11. Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simmons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behavior among U.S. youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association*, 285, 2094-2100.
  12. Olweus, D. (1978). *Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys.* Washington, DC: Wiley. 98 p.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ САМООЦІНКИ СТУДЕНТІВ У КОНТЕКСТІ ЇХ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ**

**Мельничук І. В., Никифорова Ю.С, Павлова І.Г**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

**Актуальність дослідження.** Проблема самооцінки є однією з найважливіших у психології. Першим поняття «самооцінка» ввів В. Джеймс, який почав досліджувати дане поняття у 1892 році. Науковець зауважив, що самооцінка залежить від характеру відносин людини з соціумом.

Проблема самооцінки та її особливостей в процесі навчальної діяльності була розглянута в наукових працях українських і зарубіжних учених: Б.Г. Ананьєв, Л.І. Божович, О.М. Леонтєв, О.Р. Лурія, К.Р. Роджерс, М. Розенберг, С.Л. Рубінштейн, С. Хартер, Р. Уайлі, І. І. Чеснокова та інші.

О. М. Леонтєв вважав, що самооцінка це одна з головних якостей, завдяки якій індивід стає особистістю. На його думку, самооцінка формує в індивіда потребу відповідати рівню домагань соціуму і відповідати рівню власних особистісних оцінок. І. І. Чеснокова вважала, що самооцінка, бере участь в нормалізації поведінки та допомогою неї відбивається рівень пізнання людиною себе і ставлення до себе.

Треба відзначити що самооцінка є складним психологічним феноменом, оскільки має комплексний характер та поширюється на багато проявів



особистості, серед яких зовнішність, професійний успіх, особисте життя, успішність у спілкуванні. Важливо зазначити, що самооцінка це динамічна структура, яка може змінюватися протягом всього життя в залежності від різних факторів.

Сенситивним періодом для становлення самооцінки як особливого компонента самосвідомості є молодший шкільний вік, тому представляється доцільним формування об'єктивної самооцінки саме у цьому віці [3].

В психологічній літературі виділяється три основні рівні самооцінки:

1. Занижена самооцінка. Їй притаманні невпевненість у власних силах, нерішучість, надмірна обережність, залежність від думку оточуючих та вимогливістю до себе, прагненням самоствердження.

2. Адекватна самооцінка. Люди з такою самооцінкою вміють адекватно оцінювати власні можливості, не заперечують свої недоліки, вміють розвивати свої сильні сторони, а також вони здатні до адекватної самокритики.

3. Завищена самооцінка характеризується ідеальним уявленням про себе та свої можливості, відсутністю емпатії надмірною агресивністю.

За людською природою, кожен з нас потребує спілкування з іншими індивідами. Відповідно наша самооцінка виконує важливу роль в комунікативних процесах. Від того як ми сприймаємо і уявляємо себе залежить якість спілкування, його позитивний результат [5].

Самооцінка відображає ступінь розвитку у індивіда почуття самоповаги, відчуття власної цінності і позитивного ставлення до всього того, що входить до сфери його Я. Крім того, самооцінка виявляється в усвідомлених судженнях індивіда, в яких він прагне визначити свою непересічну значущість [4].

Слід зазначити що самооцінка у контексті професійного розвитку та навчальної діяльності розглядається як метод, що підвищує контроль у сфері навчально-пізнавальної діяльності і це передбачає те, що людина буде критично оцінювати свої можливості, здібності, досягнення та успіхи.

Процес формування самооцінки професійної придатності є суперечливим. Студентський вік характеризується тим, що в цей період досягаються багато оптимумів розвитку інтелектуальних і фізичних сил, а відношення, яке змінюється до самого себе, офарблює всі дії. Фізичні дані, які мають таке велике значення в підлітковому віці, не втрачають своєї актуальності, але відходять на другий план, і на перше місце стають розумові здібності, знання, уміння й навички. Необхідно, щоб освіта у виші була спрямована на розвиток особистої рефлексії й готувала студентів до рішення проблем самовизначення [4].

Самооцінка найчастіше визначає успішність студента у навчальній діяльності, є важливою для професійного вибору та власного ставлення до реальності. Важливо зауважити, що адекватна самооцінка допомагає студенту бути успішним у навчанні, виважено зробити професійний вибір та розважливо, реально ставитися до оточуючого соціумі. Слід також підкреслити, що неадекватна самооцінка викликає викривлене, неналежне ставлення особистості до себе, що часто впливає і на ставлення до інших, а це в майбутньому може спричинити ряд проблем [1].

Отже, мета статті полягала у викладі результатів теоретико-емпіричного дослідження індивідуально-психологічних самооцінки.

**Організація та методи дослідження.** Для діагностики самооцінки студентів була вибрана методика для діагностики самооцінки, яка була розроблена Г.М Казанцевою. У дослідженні приймали участь 30 осіб віком від 18 до 21 року.

У цій статті ми не розглядаємо результати кількісного аналізу, котрий був проведений попередньо. Саме тому презентуємо особливості проявів. Проведене дослідження по вивченню самооцінки у студентів дозволило нам встановити наступне: 47% студентів мають адекватну самооцінку, 43% студентів мають занижену самооцінку, 10% мають завищену самооцінку.

Загалом результат свідчить про те що у більшості учасників адекватна самооцінка, проте відсоток студентів з заниженою самооцінкою також великий, і це пояснюється тим що студентів інколи не вдається співвіднести відомі йому властивості професії зі своїми особистими якостями або йому важко обрати професію, яка відповідає б його потребам через відсутність знань та досвіду. Із віком самооцінка поступово збагачується, але ці зміни не відбуваються послідовно, поступово та швидко.

Від того як оточуючі оцінюють дії інших залежить прояв оцінюючого ставлення людей до себе, що потім і формує самооцінку. Важливо зазначити, що люди по своїй природі здатні до порівняння себе з іншими, оскільки порівнюючи себе з іншими та аналізуючи їх реакції у людини формується певний еталон поведінки та власна самооцінка на основі оцінок оточуючих.

Як зазначалося вище самооцінка впливає на різні аспекти життя, включаючи і професійний розвиток. Важливу роль при розгляданні самооцінки в контексті професії має мотивація, оскільки мотивація впливає на розвиток особистості.

Важливо зауважити що рівень самооцінки дуже впливає на емоційний стан людини. Адекватна самооцінка безумовна є найбільш гармонійною для особистості, тому важливо адекватно оцінювати свої можливості, розвивати свої здібності та когнітивні процеси, а також здатність спілкуватися, що впливає як на особистість так і на професійний розвиток.

Результати нашого дослідження показали що у відсоток студентів з заниженою досить великий тому важливо намагатися підвищувати рівень самооцінки студентів для поліпшення працездатності та професійного розвитку. У корекційній роботі для відтворення адекватної самооцінки у особистості, слід використовувати різні методи і підходи, які направлені на актуалізацію психологічних резервів через самопізнання, саморегуляцію та самоорганізацію особистістю своєї поведінки, яка буде сприяти творчому розвитку і професійному самовизначенню у складних реаліях [2]. Окрім індивідуального психологічного консультування варто звернути увагу на різноманітні тренінги. Побідні тренінги проводяться у груповій формі та ефективно вирішують питання особистісного розвитку, формувати комунікативні та когнітивні навички, дозволяють учасникам переглянути сформовані суспільством стереотипи, краще пізнати себе та зробити кроки розвитку професійних здібностей та самореалізації.

**Висновки.** Таким чином, якісний аналіз дозволив вивчити психологічні особливості самооцінки у студентів у контексті їх професійного розвитку та з'ясувати, що самооцінка впливає як на особистісний розвиток так і на професійний розвиток. Самооцінка формується внаслідок багатьох факторів та є динамічною структурою, що здатна змінюватися протягом життя. Процес формування самооцінки є складним процесом у студентському віці через брак відповідних знань та досвіду. Важливо працювати над власною самооцінкою, оскільки вона безпосередньо впливає на успіхи студентів шляхом психологічного консультування та групових тренінгів, які дозволяють поліпшувати комунікативні навички та адекватно оцінювати свої можливості та успіхи.

#### Література

1. Березовська Л. Самооцінка студентів, що поєднують навчання та роботу. Вчені записки Університету «КРОК» Київ. 2022. С. 153-160.
2. Злочевська Л.С. Самооцінка особистісних якостей - як чинник професійного становлення. *Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України*. 2006. С. 221-226.
3. Калюжна Є. М. Особливості взаємозв'язку самооцінки і тривожності у молодшому шкільному віці. *Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти: електронний науковий журнал*. Запоріжжя, 2015. № 2. Ч. 2. С. 17-22.
4. Кириченко О.М. Дослідження самооцінки студентів-психологів. Одеса: Наука та освіта. 2016. С.113-116.
5. Поліщук І.С. Вплив самооцінки на здатність встановлювати нові соціальні контакти. Київ, 2021. 53 с.

## ОСОБИСТІСНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПЕДАГОГІВ

Ситнік С.В., Білоус Я.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

**Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми.** Емоційне вигорання є актуальною проблемою сучасного суспільства, оскільки має серйозний вплив на якість життя людей та їх професійну діяльність. Зокрема, проблеми емоційного вигорання виникають у медичних працівників, психологів, викладачів, соціальних працівників та інших професій, що пов'язані з високим рівнем емоційного напруження та стресу.

Вивчення попередніх публікацій (Колтунович, 2022; Максимець, 2018; Сорока, 2021; Чеканська, 2020 та інших) показало, що емоційне вигорання пов'язане з різними особистісними характеристиками, такими як стресостійкість, самооцінка, перфекціонізм, тривожність, саморегуляція емоцій, емоційна лабільність, ставлення до життя та інші. Дослідження цих детермінант можуть допомогти в розумінні та попередженні цього явища, а також в підвищенні ефективності професійної діяльності людей.

Тому **метою** дослідження стало визначення взаємозв'язків прояву емоційного вигорання з особливостями особистості, які є ймовірними детермінантами розвитку цього стану.

**Завдання.** 1. Виявити стан емоційного вигорання педагогів. 2. Визначити взаємозв'язки між показниками емоційного вигорання та особливостями

особистості, які ймовірно його детемінують. 3. Визначити особливості особистості педагогів з високим рівнем емоційного вигорання.

Ми припустили, що низький рівень емоційної стабільності, нерозвинена емоційна зрілість, замкнутість, напруженість, пригніченість, тривожність, слабе володіння стратегіями емоційної регуляції складають ризик розвитку емоційного вигорання.

**Матеріали та методи дослідження.** Для дослідження стану емоційного вигорання педагогів використовувалась методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В.В.Бойка. Для вивчення особливостей особистості, які є ймовірними детермінантами розвитку цього стану застосовані «Методика багатфакторного дослідження особистості» Р.Кеттелла (форма С), «Діагностика емоційної зрілості» О. Я. Чебикіна, «Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В)». Кореляційний аналіз здійснювався за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Для порівняння груп досліджуваних з високим та низьким рівнем емоційного вигорання обрано t-критерій Стьюдента. Розрахунки здійснювалися за допомогою статистичних пакетів IBM SPSS Statistics та Microsoft Excel. Вибірку досліджуваних склали 43 вчителі шкіл м. Одеси у віці від 25 до 32 років.

**Результати** дослідження показали, що лише 21% педагогів можуть характеризуватися низьким рівнем емоційного вигорання. При цьому навіть у більшості з них (у 67%) вираженість резистенції відповідає фізі формування, а у 22% цих досліджуваних досить високими є показники виснаження. Решта досліджуваних продемонструвала або помітно виражений (58%), або високий рівень емоційного вигорання (21%). Серед останніх лише 11% осіб, напруження, резистенція та виснаження яких відповідають фазі формування, у решти синдром сформований у повній мірі.

Кореляційний аналіз мав виявити наявність значущих зв'язків показників, які характеризують особливості особистості педагогів, з проявами в них емоційного вигорання. Адже вивчення відмінностей між групами осіб, які відрізняються за вираженістю цього стану, має бути обґрунтованим наявністю статистичних зв'язків (табл. 1).

*Таблиця 1.*

**Статистично достовірні взаємозв'язки показників, які характеризують особливості особистості педагогів, з проявами в них емоційного вигорання**

Особливості особистості	Показники емоційного вигорання			
	Напружен ня	Резистенці я	Виснажен ня	Емоційне вигорання
Самооцінка	-367*			
Замкнутість – товариськість	-415**	-334*	-351*	-396**
Нормативність поведінки	-384*	-350*		-367*
Боязкість – сміливість		-314*		
Довірливість – підозрілість		377*		

Спокій – тривожність	382*			
Консерватизм – радикалізм	-310*			
Розслабленість – напруженість	373*			
Емоційна саморегуляція	-541**		-354*	-379*
Депресивність			344*	
Дратівливість			476**	
Емоційна лабільність		354*	383*	377*

Примітки: Нулі та коми опущені; \*- кореляції статистично достовірні на рівні  $p < 0,05$ ; \*\* - на рівні  $p < 0,01$ .

Дані, наведені у таблиці, показують, що із загальним показником емоційного вигорання пов'язані замкнутість, емоційна лабільність, низька нормативність поведінки, недостатня емоційна саморегуляція. Крім вищезазначених особливостей особистості, прояв фази напруження корелює з низькою самооцінкою, тривожністю, напруженістю, консерватизмом, прояв фази резистенції – з боязкістю та підозрілістю, а виснаження – ще й з депресивністю та дратівливістю.

Отже, як показав кореляційний аналіз, досить багато особливостей особистості певним чином пов'язані з емоційним вигоранням, що дало підставу приступити до якісного аналізу, який здійснювався шляхом порівняння груп досліджуваних з високим та низьким рівнями емоційного вигорання. Першу групу склали 9 педагогів, індивідуальні значення яких за загальним показником емоційного вигорання виявились найвищими, другу групу – 9 осіб з найнижчими результатами за цим показником.

Середні значення показників, отриманих за методикою Кеттелла у цих групах, підтверджують, що їхніх учасників можна вважати за таких, хто у певній мірі відрізняються за деякими властивостями особистості (рис. 1).

Як зображено на рисунку, за досліджувані з високим рівнем емоційного вигорання відрізняються помітно нижчими показниками самооцінки, товарищескості, емоційної стабільності, нормативності поведінки, та вищими значеннями показників підозрілості, тривожності та напруженості.

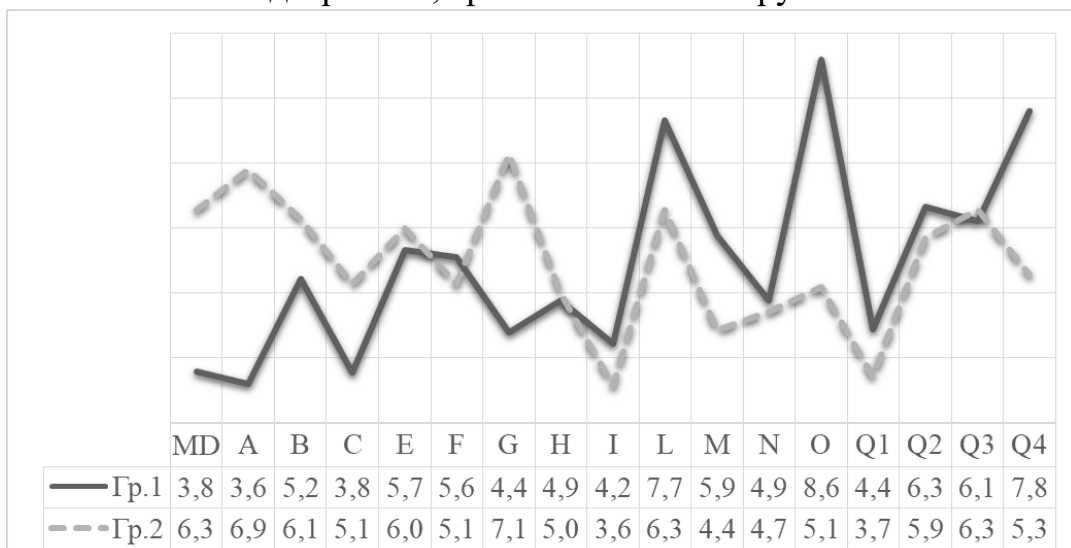


Рис. 1. Середні значення показників, які характеризують властивості особистості за тестом Кеттелла у групах педагогів з високим та низьким рівнями емоційного вигорання.

Примітки: Тут і далі Гр. 1 – досліджувані з високим рівнем емоційного вигорання, Гр. 2 – з низьким рівнем емоційного вигорання; MD – самооцінка, А – замкнутість – товариськість, С – емоційна нестабільність – емоційна стабільність, Е – покірність – доміантність, F – розсудливість – безпечність, G – нормативність поведінки, Н – боязкість – сміливість, I – жорсткість – чутливість, L – довірливість – підозрілість, М – практичність – мрійливість, N – невигадливість – проникливість, О – спокій – тривожність, Q1 – консерватизм – радикалізм, Q2 – конформізм – самодостатність, Q3 – імпульсивність – високий самоконтроль, Q4 – розслабленість – напруженість.

Щоб перевірити, наскільки вказані відмінності є статистично достовірними нами був зроблений відповідний аналіз за допомогою t-критерію Стьюдента, результати якого показали, що різниця між групами є статистично значущою лише за показниками самооцінки ( $t=2,16$ ;  $p<0,05$ ), товариськості ( $t=2,97$ ;  $p<0,01$ ), нормативності поведінки ( $t=2,34$ ;  $p<0,05$ ), тривожності ( $t=3,09$ ;  $p<0,01$ ) та напруженості ( $t=2,68$ ;  $p<0,05$ ).

Тобто, високий рівень емоційного вигорання частіше виникає, якщо людина має низьку самооцінку, є непослідовною, залежною від впливу почуттів, випадків та обставин, замкнутою, тривожною та фрустрованою.

Щодо показників емоційної зрілості, зазначимо, що лише за двома з них відмінності між групами були суттєвими (рис. 2).



Рис. 2. Середні значення показників емоційної зрілості у групах педагогів з високим та низьким рівнями емоційного вигорання.

Це показник емоційної саморегуляції, середнє значення якого було нижчим на 2,4 балу в групі досліджуваних з високим рівнем емоційного вигорання ( $t=2,56$ ;  $p<0,05$ ), та показник емпатії, середня вираженість якого, навпаки є вищою на 2,3 балу ( $t=2,12$ ;  $p<0,05$ ).

Отже, емоційне вигорання є явищем, яке посилюється, якщо особистість є емпатійною та високочутливою до переживань оточуючих, і, до того ж не вміє використовувати ефективні стратегії емоційної регуляції.

Стосовно показників, отриманих за тестом FPI, порівнювані групи помітно відрізняються за вираженістю п'яти показників (рис. 3).

Наведені на рисунку дані показують, що середні оцінки у групі досліджуваних з високим рівнем емоційного вигорання є вищими за показниками невротичності на 1,8 балу ( $t=2,24$ ;  $p<0,05$ ), депресивності – на 2,1 балу ( $t=2,63$ ;  $p<0,05$ ) та сором'язливості – на 2,1 балу ( $t=2,38$ ;  $p<0,05$ ) та емоційної лабільності – на 2,2 балу ( $t=3,01$ ;  $p<0,01$ ). Разом з тим, у цій групі оцінки є у середньому нижчими за показником врівноваженості на 2,8 балу ( $t=3,26$ ;  $p<0,01$ ).

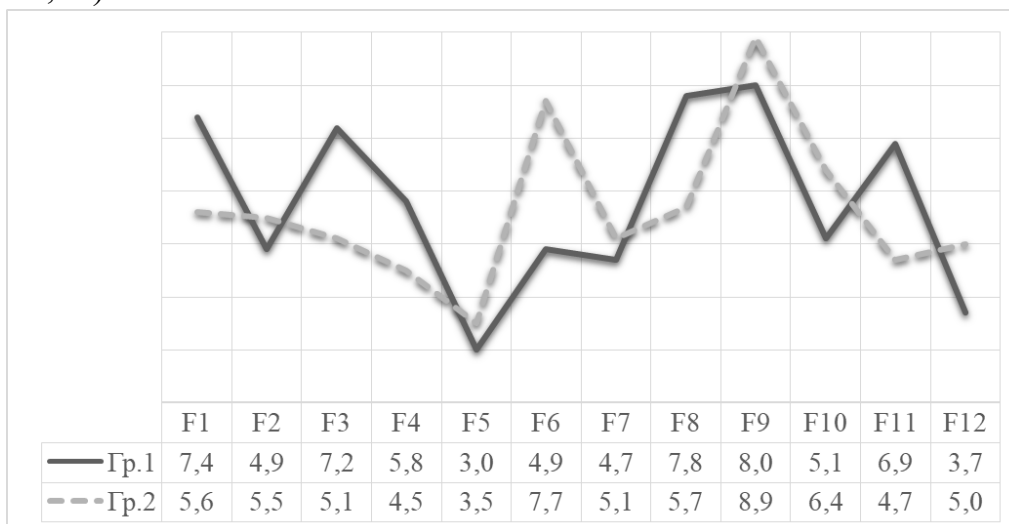


Рис. 3. Середні значення показників, які характеризують властивості особистості за тестом FPI у групах педагогів з високим та низьким рівнями емоційного вигорання.

Примітки: F1 – невротичність, F2 – спонтанна агресивність, F3 – депресивність, F4 – дратівливість, F5 – товариськість, F6 – врівноваженість, F7 – реактивна агресивність, F8 – сором'язливість, F9 – відвертість, F10 – екстраверсія-інтроверсія, F11 – емоційна лабільність, F12 – маскулінізм-фемінізм.

Такі дані свідчать про те, що педагогам, які схильні до емоційного вигорання високої інтенсивності прояву, більш притаманні непевність, песимізм, емоційна нестійкість збудливість, нездатність регулювати емоції, переважно астеничні, депресивні або пасивно-оборонні реакції на стрес, ніж їхнім колегам, які перебували у стані низького емоційного вигорання.

**Висновки.** По-перше, показано, що більшість педагогів на час дослідження перебувала у стані емоційного вигорання, який був помітно виражений (у 58% досліджуваних) або високий (у 21% осіб). Серед останніх лише 11% осіб, напруження, резистенція та виснаження яких відповідають фазі формування, у решти синдром сформований у повній мірі. Решта, 21% педагогів характеризувалися низьким рівнем емоційного вигорання, і, навіть, у більшості з них вираженість резистенції знаходилася на стадії формування, а дехто був помітно виснаженим.

По-друге, встановлено, що емоційне вигорання пов'язане з такими властивостями особистості, як замкнутість, емоційна лабільність, низька нормативність поведінки, недостатня емоційна саморегуляція. Крім того, напруження корелює з низькою самооцінкою, тривожністю, фрустрованістю,

консерватизмом, прояв резистенції – з боязкістю та підозрілістю, виснаження – з депресивністю та дратівливістю.

По-третє, визначено, що педагогів з високим рівнем емоційного вигорання відрізняють низька самооцінка, непевність, песимізм, емоційна нестійкість, емпатійність, непослідовність поведінки, замкнутість, тривожність, фрустрованість, схильність до реакцій на стрес астеничного, депресивного або пасивно-оборонного типів, невміння використовувати ефективні стратегії емоційної регуляції.

### Література

1. Колтунович Т., Чуйко Г. Самоставлення та перфекціонізм як кореляти вигорання вихователів дитячих дошкільних установ. *Психологічний часопис*. 2022. Т. 8. № 4. С. 7–27. DOI:10.31108/1.2022.8.4.1.

2. Максимець С.М. Психологічні детермінанти емоційного вигорання працівників контактного центра. *Вісник КІБІТ*. №3, Вип. 37. Київ: Вид-во КІБІТ, 2018. С. 97-101. URI: <http://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/28899> (дата звернення: 30.03.2023)

3. Сорока А.; Гмирь О. Взаємозв'язок емоційного вигорання та особистісних властивостей педагогів. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. Серія Психологія. 2021. № 71. С. 24-33. DOI: 10.26565/2225-7756-2021-71-03.

4. Чеканська О. А., Данчук Ю. П. Психологічні особливості професійного вигорання педагогів і засоби його профілактики. *Психологічні умови благополуччя персоналу організацій: тези I Міжнар. науково-практичної онлайн-конференції, 15–17 жовтня 2020 р. Львів : Національний університет «Львівська політехніка», 2020. С. 212-213. URI: <https://sci.ldubgd.edu.ua/bitstream/123456789/7374/1/Психологічні%20умови%20благополуччя%20персоналу%20організації.pdf> (дата звернення: 29.03.2023).*

## ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТЕМПЕРАМЕНТУ В ПРОЯВІ ШАРМУ ЖІНКИ

**Ракіта Н.Ю., Чебикін О.Я.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність цієї проблеми пов'язано з тим що темперамент є однією з визначальних в ознаках шарму (Л.Я.Гозман, А.П. Ребер, А Інгліш та ін.). Пізнання ролі шарму в діяльності жінки поглиблює умови і можливості розвитку даного феномену. Важливим є встановлення ролі в цьому процесі особливостей темпераменту та використання їх при формуванні та корекції шарму.

Саме це обумовило мету нашого дослідження: Визначити особливості темпераменту в прояві шарму жінки.

Для вирішення поставленої мети вирішувалися наступні завдання: Перше – уточнити психологічний зміст шарму жінки; друге – визначити методи дослідження особливостей темпераменту в шармі жінки; третє - дослідити взаємозв'язки особливостей темпераменту з різними проявами шарму.

Вирішуючи перше завдання і спираючись на різні дослідження фахівців О.Я.Чебикін, А.М.Кленчу, З.О.Кирєєва, Л.Я. Гозман, В.Ф. Моргуна, О.О.Бодальов, С.Васильов та інших вчених, було з'ясовано що шарм жінки може описуватися в різних значеннях мов. Так в українській мові «чарівність», «принада», «привабливість», у французькій та англійській-«charm», в іспанській



«encanto». У зв'язку з цим існує кілька підходів до визначення психологічного змісту розуміння «шарму».

Перший підхід полягає в лінгвістичному аналізі поняття «шарм». Спираючись на французьку мову, як зазначалося вище, «шарм» може ототожнюватися з «привабливістю» (надзвичайно гарний; чудовий), який викликає захоплення, приваблює своїми якостями, властивостями» [3]. У другому підході «шарм» розглядається як неусвідомлене буденне уявлення про наділення певних індивідуумів абстрактними властивостями, що Приносить відчуття приємності яке відповідає задоволенню [8]. По третє, «шарм» ототожнюють із фізичною зовнішньою привабливістю, яка є природною якістю або станом людської істоти, характеризується манливістю, не спричиняє байдужості чи роздратування, та привертає увагу [5, 6]. Відомо, що фізична привабливість може включати сексуальну привабливість, а також певні індивідуальні уявлення про пропорції та красу, які можуть дуже відрізнятися серед людей [1, 2].

Тобто можна говорити що при визначенні шарму різні автори в змісті відображають як відмінні так і спільні позиції. Узагальнюючи їх, в своїй роботі, ми будемо дотримуватися визначення шарму як «інтегральні властивості особистості, що виявляється в здатності викликати позитивне емоційне ставлення, інтерес, симпатію та довіру навколишніх» [4, 7].

При вирішенні другого завдання нами узагальнено декілька методик спрямованих на дослідження темпераменту та шарму: Тест «Експресивна поведінка людини»; «Опитувальник структури темпераменту(ОСТ)» В.М.Русалова; «Визначення типу темпераменту» Методика Айзенка; «Формула темпераменту» А. Белова; опросник темпераменту Я. Стреляу та ін. Узагальнення вказаних методик з урахуванням мети та можливості їх використання в не лабораторних умовах дозволило для дослідження темпераменту обрати Опитувальник структури темпераменту (ОСТ) Русалова (1989) [9]. Щодо методів дослідження шарму то тут ми адаптували ряд методик запропонованих А.М. Кленчу (2011) уточнивши назву їх відповідно предмету нашого дослідження: «Методика оцінки якостей шарму» та «Методика самооцінки якостей шарму».

Перша методика оцінки якості шарму налічувала 25 тверджень зведених в 6 груп, що дозволяли виявити та кількісно оцінити такі показники як: P1 інтелектуальність; P2 комунікаційність; P3 конгруентність; P4 впевненість; P5 жіночність та P6 емоційність.

Що торкається другої методики, то вона також налічувала 25 властивостей, які пропонувалися жінці оцінити у себе за певним рівнем їх вираженості. В остаточному варіанті все це дозволило виявити та кількісно оцінити такі показники як: P7 комунікаційність; P8 динамічність; P9 прямий ознаки шарму; P10 емоційну чутливість і P11 інтелектуальність.

В Опитувальнику структури темпераменту (Русалова) ми обрали комунікативний блок, а саме: P12 – соціальна енергійність (рівень потреби в соціальних контактах, спрага освоєння соціальних форм діяльності, прагнення

до лідерства, товариськість, залученість в соціальну діяльність. P13 – соціальна пластичність - ступінь легкості перемикавання в процесі спілкування з однієї людини на іншу, схильність до різноманітності комунікативних програм, різноманітності кількості готових (неусвідомлюваних, імпульсивних) форм соціального контакту. P14 – соціальний темп - швидкісні характеристики рухових актів у процесі спілкування (швидкість мови при спілкуванні і т.д.). P15 – соціальна емоційність – емоційна чутливість в комунікативній сфері: чутливість до невдач у спілкуванні, до оцінок оточуючих людей.

Дослідженням було охоплено 46 жінок віком від 20 до 45 років. Опитування проводилось в режимі онлайн для чого була створена відповідна програма.

Розглядаючи отримані дані нами було умовно виділено 2 групи за проявом шарму з загальної вибірки. В першу увійшло 72% жінок, що мали переважно високий рівень виразності шарму, друга – 28% характеризувалися переважно низьким рівнем його вираженості. Подальші наші дослідження дозволили представити за середніми ознаками діагностованих показників як данні шарму, так і особливості темпераменту за наведеними групами (див. рис. 1).

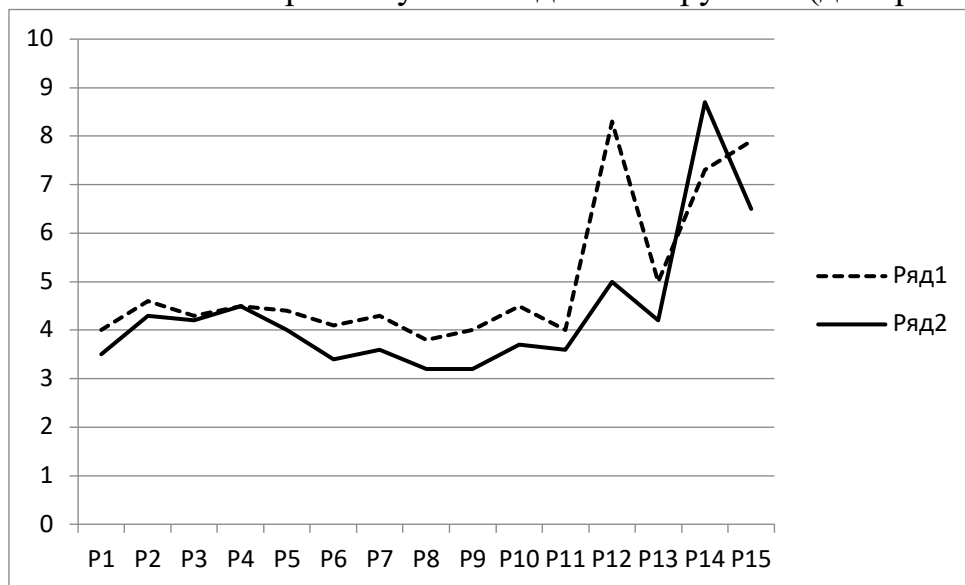


Рис. 1. Характеристика середніх значень прояву показників шарму та особливості темпераменту жінок.

Розглядаючи останній можна побачити, що в переважній більшості показників шарму жінки з високим його рівнем суттєво відрізняються з тим у кого він незначний. В той же час по показнику P3 та P4, я видно на малюнку, такі відмінності відсутні. Тобто можна припустити, що P3 конгруентність і P4 впевненість, очевидно, є важливим незалежно від рівня прояву шарму.

Подальший аналіз засвідчив що жінки з високим шармом характеризується більш вираженими такими особливостями темпераменту як соціальна енергійність, соціальна пластичність соціальний темп та соціальна емоційність. В даному випадку можна стверджувати що шарм може детермінуватися особливостями темпераменту жінки.

Отримані результати дають підставу зробити попередні висновки.

1. Показано що проблема шарму жінки є достатньо актуальною проблемою в психології.

2. Визначено, що під шармом жінки можна розглядати «інтегральну властивість особистості, що виявляється в здатності викликати позитивне емоційне ставлення, інтерес, симпатію та довіру навколишніх».

3. Обрано комплекс методик для дослідження шарму, а саме: Адаптовані методики «Оцінки якостей шарму» та «Самооцінки якостей шарму». Що торкається вивчення темпераменту, то тут обрано опитувальник Русалова. В цілому зазначені методики дозволили виявити та кількісно оцінити 15 показників спрямованих на оцінку шарму (інтелектуальність, комунікаційність, конгруентність, впевненість, жіночність, емоційність, динамічність, прямі ознаки шарму, емоційна чутливість, інтелектуальність); темпераменту- (соціальна енергійність; соціальна пластичність; соціальний темп; соціальна емоційність).

4. Встановлено, що умовно всіх обстежених жінок можна було поділити на 2 групи – тих у яких переважає високий рівень шарма, 72% і тих, у кого він незначний – 28%. Показано, що за такими показниками шарму не було виявлено суттєвої відмінності за вказаними групами. В той же час за такими показниками темпераменту жінки з високим шармом суттєво відрізнялися від тих, у кого він був незначний. Можна говорити, що такі ознаки темпераменту можуть детермінувати прояв шарму.

#### Література

1. Агачева Ю. А. Рефлексія міжособистісної атракції як механізм регулювання діяльності : дис. на здоб. наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології»; Інститут психології імені Г. С. Костюка. Київ, 2015. 213 с.

2. Великий психологічний словник / Сост. Мещеряк Б., Зінченко В.: Олма-прес, 2004.

3. Етимологічний словник української мови: в 7 т. Т. 3 : / редкол.: О.С. Мельничук (гол. ред.) та ін. К. : Наукова думка, 1989.

4. Провідні тенденції у вивченні проблеми атрактивності особистості / А. М. Кленчу: матеріали II Всеукр. психол. конгресу [“Присвяченого 110-річчю від дня народження Г.С.Костюка”], (Київ, 19-21 квітня 2010 р.) / за ред. С.Д. Максименка та ін. Т. 1. К.: ДП “інформаційно-аналітичне агенство”, 2010. С. 119-123.

5. Соціально-психологічний словник / уклад. В. М. Галицький, О. В. Мельник, В. В. Синявський. Київ: ТОВ „ВІТУС”, 2004. 250 с.

6. Фомічова В. М. Індивідуально-психологічні особливості атракції як фактора психологічної сумісності : дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Київ, 1998. 181 с.

7. Чебикін О.Я., Кленчу А.М. Психологія активності дівчини: монографія. Одеса: Видавець М.П. Черкасов, 2012. 271 с.

8. Buss, David (2003) [1994]. The Evolution of Desire (hardcover) (English) (вид. second). New York: Basic Books. С. 51-54.

9. Rusalov V.M., Trofimova I.N. Structure of Temperament and Its Measurement. Toronto, Canada: Psychological Services Press. 2007.

## ГЕНДЕРНА СПЕЦИФІКА СХИЛЬНОСТІ ДО МАНІПУЛЯТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

Суханова О. О., Оверчук В. А.

*Донецький національний університет імені Василя Стуса  
(м. Вінниця, Україна)*

Сформовані механізми сучасної суспільної пам'яті та побудоване на їх основі інформаційне середовище, створюють умови для маніпулювання всіма формами та рівнями суспільної свідомості, із застосуванням різних видів, способів та методів впливу на почуття та волю людини з метою управління психікою та соціальною поведінкою. По суті, маніпулювання свідомістю стає системним явищем, яке охоплює всі сфери життя та проявляється у різноманітних формах.

Людина не народжується маніпулятором, а стає ним впродовж життя. Ці навички з'являються дуже рано. Дитина вивчає маніпулятивні технології та примови своїх батьків, перші маніпулятивні тактики та сценарії – завжди запозичені із батьківської поведінки. Спостерігаючи за взаєминами у родині, дитина вбирає в себе прийоми маніпуляції, особливо ті, які виявилися ефективними, а в подальшому пробує застосувати їх, будуючи власні стосунки. При цьому, велику роль у цьому відіграють й інші важливі інститути соціалізації, та сімейні сценарії – первинні, які дуже міцно закріплюються у підсвідомості та повторюються від покоління до покоління. В певних випадках дитина може зламати батьківські сценарії та обрати власну долю, та для цього їй доведеться багато попрацювати над розвитком своєї особистості [2, с. 42].

На жаль, маніпуляції відбуваються частіше, ніж люди думають. Хоча емоційні маніпуляції та пов'язані з ними тактики можна використовувати в будь-якому типі стосунків, дані про інтимні стосунки дають певне розуміння. Одне дослідження Ж. Каракурт та К.Е. Сільверт показало, що 40% жінок і 32% чоловіків повідомляють про виразну агресію у стосунках, тоді як 41% жінок і 43% чоловіків відчувають примусовий контроль [3].

У проведеному дослідженні схильності до маніпуляції Н.В. Гребінь не виявила зв'язку між приналежністю досліджуваних до певної статі та схильністю до маніпулювання, у результаті чого підсумовано, що представники обох статей схильні до маніпулювання. Скоріш за все, відмінність між жінками та чоловіками не у кількісному параметрі маніпулювання, а у якісному: жінки і чоловіки застосовують різні маніпулятивні прийоми [2].

Н. В. Гребінь [2] зазначає, що у більшості досліджень, про ісвячених вивченню відмінностей у рівні та виявах макіавеллізму у жінок та чоловіків, було виявлено, що кількісний показник макіавеллізму чоловіків вищий порівняно з жіночим, зокрема Дж. Нігро, І. Геллі [5] та Е. Маккобі і К. Жаклін [4]. Хоча існують наукові факти, які вказують на те, що стать не є чинником схильності до маніпулювання, відображені у дослідженнях Дж. Рейбум та Л. Рейбум та Вільгрубе С.О. й Рогозіна М.Ю. [1]. У той же час відповідно до досліджень М. Амез та А. Х. Кідд рівень макіавеллізму у жінок та чоловіків пов'язаний з гендерними особливостями особистості: схильні до маніпуляції особи характеризуються маскулініними рисами, тоді як особам з невисоким рівнем

макіавеллізму властиві фемінні риси [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Коли справа доходить до міжособистісної шкоди на диспозиційному рівні, три найбільш часто досліджувані риси називають «темною тріадою». Темна тріада складається з макіавеллізму та субклінічних форм нарцисизму та психопатії. Усі три недоліки мають обмежену емпатію та відсутність чесності, причому відсутність емпатії є очевидним у визначенні психопатії. Теоретично психопатія та нарцисизм пов'язані з короткостроковим фокусом, тоді як макіавеллізм теоретично передбачає довгостроковий фокус [6]. Тим не менш, деякі дослідники стверджують, що короткочасні мотиви характерні для всіх трьох рис темної тріади. Наприклад, дослідники стверджують, що короткострокова стратегія історії життя є загальною темою для Темної тріади. Крім того, дехто стверджує, що всі три риси пов'язані з прагненням отримати короткострокову вигоду, навіть ціною довгострокової. Дослідження за допомогою оцінки Dirty Dozen знаходить переконливі докази короткострокової орієнтації серед тих, хто має високий рівень макіавеллізму. Проте дослідження з використанням інших показників, таких як MACH-IV або шкала особистості Макіавеллі мали змішані результати з імпульсивністю, залежно від вибірки та оцінки імпульсивності. Тож, зв'язок між макіавеллізмом і короткостроковою орієнтацією був суперечливим залежно від операційності.

При цьому дослідження встановили відмінності між чоловіками та жінками щодо імпульсивності. Навіть у ранньому віці дівчата виявляють нижчий рівень імпульсивності, ніж хлопчики. Відповідно до теорії, імпульсивність є ключовим компонентом етіології злочинності, а високий рівень самоконтролю жінок використовується для пояснення гендерного розриву в правопорушеннях. Порівняно з жінками чоловіки також мають вищі показники темної особистості. Нещодавно з'явилися дані, які свідчать про те, що чоловіки та жінки відрізняються не лише середнім рівнем темної тріади, але й по-різному виражають риси темної тріади. Так, У. Тран, В. Бергл, М. Космаєр, Дж. Пітшнінг, С. Стігер та М. Ворацек виявили, що ядро темних особистостей є таксонічним серед чоловіків, але вимірним серед жінок. Це відкриття означає, що чоловіки мають більш чітке визначення того, коли вони переступають поріг «володіння» темною особистістю, ніж жінки. Так само чоловіки та жінки відрізняються щодо невірності та макіавеллізму, так що макіавеллізм був схожий на психопатію лише серед жінок. Стосунки між соціосексуальністю та темною тріадою відрізняються залежно від статі. Наприклад, чоловіки з високим рівнем макіавеллізму були менш схильні до короткочасної сексуальної поведінки порівняно з жінками з високим рівнем макіавеллізму. Чоловіки з високим рівнем макіавеллізму були більш самоконтрольованими та більше стурбованими майбутніми наслідками, ніж жінки. Враховуючи ці взаємозв'язки, макіавеллізм може мати різний зв'язок з імпульсивністю залежно від статі та її операційності [6].

Дослідження, в якому використовувалося операціоналізація макіавеллізму MACH-IV, виявило позитивні кореляції з дисфункціональною імпульсивністю як у чоловіків, так і у жінок. Хоча ці кореляції були сильнішими у жінок, і

кореляція між психопатією та імпульсивністю була сильнішою, МАСН-IV позитивно корелював з імпульсивністю. Навпаки, операціоналізація макіавеллізму Короткої темної тріади (SD3) зосереджена на плануванні та стратегічній природі макіавеллізму на його початку. Таким чином, SD3 може бути більш прийнятною оцінкою для визначення планування та стратегічної природи макіавеллізму, коли враховується стать. Гендерні відмінності можуть вплинути на зв'язок між імпульсивністю та темною тріадою (особливо макіавеллізмом) за допомогою SD3. Зокрема, макіавеллізм SD3 не має зв'язку з імпульсивністю. Крім того, цей зв'язок між макіавеллізмом і імпульсивністю особливо послаблений серед чоловіків. Непланові аспекти імпульсивності негативно корелюють з макіавеллізмом. Однак для нарцисизму та психопатії існують стійкі стосунки з імпульсивністю між чоловіками та жінками [6].

Сучасні дослідження К. Колінсон, С. Саус, С. Вайз, Дж. Міллер та Д. Линам підтверджують, що чоловіки та жінки відрізняються за середнім рівнем особистісних конструктів Темної тріади, таких як макіавеллізм. Крім того, нещодавні дослідження свідчать про важливі проблеми, пов'язані з існуючими вимірюваннями МАСН з точки зору збігу з психопатією та відповідності експертних описів. У дослідженні авторів було використано нещодавно розроблений показник макіавеллізму (П'ятифакторний перелік макіавеллізму; FFMI), заснований на п'ятифакторній моделі, і вивчено його варіативність між статтю. Було встановлено сильну (або скалярну) факторіальну інваріантність, що вказує на те, що латентні середні коефіцієнти можна порівнювати між чоловіками та жінками за допомогою цього показника. Відмінності в середньому рівні показали, що чоловіки мали вищі рівні латентних факторів, пов'язаних з антагонізмом і соціальним домінуванням. З точки зору загального балу, чоловіки повідомили про значно вищий середній рівень макіавеллізму. Результати проведеного дослідження підтверджують думку про те, що відмінності в середньому рівні макіавеллізму за статтю не є артефактами упередженості вимірювання.

Таким чином, представники обох статей схильні до маніпулювання, і відмінність між жінками та чоловіками не у кількісному параметрі маніпулювання, а у якісному: жінки і чоловіки застосовують різні маніпулятивні прийоми. Крім того макіавеллізм може мати різний зв'язок з імпульсивністю залежно від статі.

### Література

1. Вільгубе С.О., Рогозіна М.Ю. Гендерні відмінності маніпулятивної поведінки студентів. *Збірник наукових праць КПНУ ім. Івана Огієнка, Інституту психології імені Костюка НАПН України*. 2013. Вип.29. С. 36-45.
2. Гребінь Н. В. Мотиваційні установки осіб із схильністю до маніпулювання у міжособистісних стосунках. *Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*. 2009. Проблеми сучасної психології. Випуск 4. С. 39-48. URL: <http://v-khsac.in.ua/index.php/2227-6246/article/download/162879/161906> (дата звернення: 01.11.2022).
3. Karakurt G., Silver K.E. Emotional abuse in intimate relationships: the role of gender and age. *Violence Vict.* 2013. № 2 8(5). P. 804-821. doi:10.1891/0886-6708.vv-d-12-00041. URL: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00041> (дата звернення: 01.11.2022).

4. Maccoby E.E. Jacklin C.N. The psychology of sex differences. Stanford, 1978. 416 p.
5. Nigro G., Gally I. Sex-Role Identity and Machiavellianism. Psychological Reports. 1985. Vol. 56 (3). P. 863-868.
6. Szabó E., Jones D.N. Gender differences moderate Machiavellianism and impulsivity: Implications for Dark Triad research. *Personality and Individual Differences*. 2019. Volume 141. 15 April 2019. P. 160-165. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019188691930008X> (дата звернення: 01.11.2022).

## **РОЗВИТОК ВОЛЬОВИХ ЯКОСТЕЙ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА УСПІШНІСТЬ НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

**Яланжи Р.Р., Пундєв В.В.**

*Одеський національний економічний університет  
(м. Одеса, Україна)*

**Актуальність дослідження** полягає в тому, що вольові якості, такі як самоконтроль, самодисципліна, цілеспрямованість, настійність, наполегливість та інші, впливають на успішність навчання в закладах вищої освіти. Воля є ключовим фактором, який дозволяє студентам досягати своїх цілей і переборювати труднощі навчання. Розвиток вольових якостей важливий для студентів, які мають проблеми з організацією свого часу, плануванням та виконанням завдань.

**Мета статті** – проаналізувати розвиток вольових якостей, що впливають на успішність навчання в закладах вищої освіти.

**Аналіз досліджень та публікацій.** До питання розвитку вольових якостей, що впливають на успішність навчання в закладах вищої освіти зверталися такі педагоги, як: Ю. В. Бойко, О. В. Дубасенюк, О. І. Єршова, О.В. Клименко, Л. М. Ковальова, І. О. Кожанова, Л. В. Козак, В. В. Мельник, С. В. Міщенко, А. С. Пилипенко, В. С. Харченко, Л. В. Чмихало, С. В. Яремко та ін.

**Виклад основного матеріалу.** На думку Ю. В. Бойко, для студента першого курсу вольові якості є дуже важливими, оскільки це період, коли він зустрічається з багатьма новими викликами та вимогами. Новий графік занять, велика кількість домашніх завдань та вивчення нових предметів може стати складним завданням для студента. В цей період важливо мати сильну волю та самодисципліну, щоб зосередитися на важливих завданнях, працювати над ними та досягати максимальних результатів [1]. С. В. Міщенко зазначає, студент першого курсу зазвичай знаходиться в новому соціальному середовищі, де він має знайти спільну мову зі своїми одногрупниками, друзями та вчителями. Вольові якості допоможуть студенту керувати своїми емоціями, контролювати свою поведінку та дії, що допоможе створити позитивне враження про нього серед інших людей та забезпечити йому успіх у соціальній сфері [3]. Дослідження В. С. Харченко показують, що вольові якості є важливою складовою успішного навчання та досягнення високих результатів у навчанні. Від рівня розвитку вольових якостей залежить здатність досягати поставлених цілей, зосереджуватися на важливих завданнях та досягати успіху в навчанні та житті [4].

На основі теоретичного аналізу проблеми було організовано дослідження рівня розвитку вольових якостей студентів першого курсу. 1 етап – констатуючий, метою якого було виявлення рівня розвитку вольових якостей студентів. Після обробки результатів отримали такі дані: 8 студентів (7%) показали високий результат; 74 студенти (61%) – показали середній (достатній) рівень; 38 (32%) студентів мають низький рівень. Таким чином, за результатами досліджень, ми дійшли висновку, що рівень розвитку вольових якостей студентів недостатній, і потрібна робота над його формуванням.

На основі результатів проведеної діагностики було організовано та проведено другий етап експериментальної роботи – формуючий експеримент. На цьому етапі нами була розроблена і апробована корекційно-розвиваюча Система тренування вольових якостей «Вперед до мрії!», метою якої став підвищення рівня розвитку вольових якостей студентів.

Система тренування вольових якостей – це комплекс вправ та методів, спрямованих на розвиток вольових здібностей людини, таких як самодисципліна, самоконтроль, відповідальність, наступність і терплячість. Вольові якості допомагають нам досягати поставлених цілей та зміцнювати віру в свої можливості.

Система тренування вольових якостей базується на розумінні того, що воля являє собою не тільки психологічний процес, а й фізіологічну функцію мозку. Іншими словами, воля є складовою частиною нашої мозкової активності та може бути покращена та підсилена через спеціальні тренування та практики.

Тому, система тренування вольових якостей стала досить популярною в сучасному світі, як засіб для досягнення успіху в різних сферах життя, включаючи бізнес, спорт, освіту та особисте життя. Якщо ви бажаєте підвищити свій рівень самоконтролю та відповідальності, система тренування вольових якостей може бути корисним інструментом для досягнення ваших цілей та мрій.

Студентам запропоновано наступні вправи:

Вправа «Створення розкладу». Студенти можуть створити свій власний розклад на тиждень, де вони розпланують свій час на навчання, заняття спортом, роботу та відпочинок. Це допоможе їм організувати свій час і навчитися планувати свої дії. Вправа «Використання таймера». Студенти можуть встановити таймер на певний час, щоб забезпечити собі обмеження на заняття певної діяльності, наприклад, на перегляд відео на YouTube або в соціальних мережах. Вправа «Постановка мети на день». Студенти можуть поставити собі мету на кожен день, наприклад, навчитися новому слову, відвідати тренування, дізнатися більше про певну тему тощо. Це допоможе їм зберігати фокус та орієнтуватися на важливі завдання.

Вправа «Регулярні перевірки прогресу». Студенти можуть перевіряти свій прогрес у досягненні поставлених мет, відслідковувати час, який вони витрачають на різні завдання, і вносити зміни в свій план, якщо потрібно. Це допоможе їм зберігати мотивацію та дисципліну. Вправа «Інтерактивне навчання». Використовуйте методи навчання, які є більш інтерактивними та захоплюючими. Наприклад, співпраця зі своїми однокурсниками для розв'язання



завдань або дискусії над матеріалами може допомогти вам зацікавитися та зосередитися на навчанні.

Вправа «Розвиток соціальної мережі». Навчіться будувати і підтримувати стійкі взаємини з людьми, оскільки соціальна мережа може допомогти у вирішенні нових проблем та ситуацій. Спілкуйтеся зі своїми однокурсниками, викладачами та іншими людьми, щоб розширити свою соціальну мережу та навчитися вирішувати проблеми разом.

Вправа «Пізнання нового». Навчіться нового та розширюйте свої знання та навички. Спробуйте вивчати нові предмети або розвивати свої навички у певній області, щоб бути більш готовим до нових викликів та ситуацій.

Також було проведено тренінги для студентів 1 курсу для розвитку вольових якостей, наприклад, тренінг на тему «Розвиток вольових якостей: зосередженість, самоконтроль та цілеспрямованість». Мета: навчити учасників тренінгу розвивати вольові якості, необхідні для досягнення успіху в навчанні та житті.

Під час тренінгу студентам пояснено поняття «вольові якості» та їх важливості для успіху у навчанні та житті. Проведено комплекс вправ на розминку, який допоможе учасникам зняти напругу та підготувати тіло до подальшої роботи. Далі розглянуто, що таке зосередженість та як вона впливає на успіх у навчанні та житті та проведено вправи для розвитку зосередженості: дихальні та медитаційні техніки, вправи на підвищення уваги та концентрації. Наприклад: Вправа «Шумовий медитаційний тренінг»: учасникам пропонується прислухатися до звуків, які оточують їх протягом певного часу (наприклад, 3-5 хвилин). Після цього вони записують всі звуки, які вони чули, та роблять висновки про свій рівень зосередженості під час цієї вправи. Вправа «Вправа на візуалізацію»: учасникам пропонується уявити собі певний образ або сцену (наприклад, морський пейзаж або тиху галявину), яку вони можуть розглядати у своєму розумі. Під час вправи вони зосереджуються на деталях та кольорах цього образу, щоб розвивати свою візуальну увагу та зосередженість.

Далі розглянуто, що таке самоконтроль та як він впливає на успіх у навчанні та житті. Запропоновано наступні вправи для розвитку самоконтролю:

Вправа «Мозковий штурм»: Студенти повинні протягом 5 хвилин записати якомога більше ідей на задану тему. Після цього вони повинні відібрати кілька найкращих ідей та продовжити розробляти їх далі. Ця вправа допомагає розвивати творче мислення та увагу. Вправа «Колірні маркери»: Студентам дається аркуш паперу та кілька різнокольорових маркерів. Вони повинні простежити лінію, яка проходить через всі маркери, без того, щоб маркери перетинали один одного. Ця вправа допомагає розвивати увагу та концентрацію.

Приділено увагу і цілеспрямованості та тому, як вона впливає на успіх у навчанні та житті. Вправи для розвитку цілеспрямованості: встановлення мети та планування кроків для досягнення цілі, вправи на розвиток мотивації та наполегливості. Наприклад: вправа «Щоденник досягнень». Спробуйте вести щоденник досягнень, де ви можете записувати свої успіхи та прогрес у досягненні мети. Це допоможе побачити свій прогрес та зберегти мотивацію.

Вправа «Ланцюжок успіху». Складіть «ланцюжок успіху» - список маленьких завдань, які ви повинні виконати, щоб досягти своєї мети. Приклад: якщо мета – здобути стипендію, то одним з завдань може бути написання доповіді або взяття участі в додаткових проєктах. При досягненні кожної маленької мети, учасники отримують мотивацію продовжувати далі.

На III етапі дослідження студентам запропоновано діагностичні завдання для виявлення рівня розвитку вольових якостей були запропоновані студентам наприкінці експерименту. З цих спостережень можна простежити, що студенти, які займалися за новою методикою, мають значно кращі досягнення як у навчанні, так і в особистому житті. Найвищий бал заробили 59 студентів (49%), середній бал був у 37 студентів (31%), а низький бал був у 24 студентів (20%).

Студенти, які самостійно займалися за новою методикою, мають більший інтерес до засвоєння знань, вони більш розкуті під час занять, сміливо ставлять питання, не бояться експериментувати.

**Висновки.** Підвищення рівня розвитку вольових якостей у студентів досягнуте за допомогою відповідної методики та систематичного тренування. Проведення тренінгових занять з розвитку вольових якостей та практикування студентами у вільний допомогло студентам збільшити самоконтроль, зосередженість та цілеспрямованість, що сприяє покращенню їхніх успіхів у навчанні та житті загалом. Важливо також заохочувати студентів до регулярного виконання вправ на розвиток вольових якостей і навчати їх використовувати ці навички у практичному житті. Залежно від індивідуальних потреб та цілей студентів, можуть бути використані різні методики та вправи для досягнення максимального ефекту в розвитку вольових якостей.

#### Література

1. Бойко Ю. В. Психологічні механізми формування вольових якостей студентів. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Педагогіка.* 2016. Вип. 2 (33). С. 21-25.
2. Ковальова Л. М. Виховання вольових якостей студентів в умовах вищого навчального закладу. *Педагогіка формування творчої особистості.* 2015. № 45. С. 123-127.
3. Міщенко С. В. Відношення до навчання та вольова регуляція якостей особистості студентів в умовах вищого навчального закладу. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки.* 2018. Вип. 29. С. 33-41.
4. Харченко В. С. Вольова регуляція як чинник успішного навчання. *Педагогіка вищої школи.* 2016. Вип. 1 (18). С. 112-120.
5. Чмихало Л. В. Психологічні аспекти формування вольової регуляції поведінки особистості. *Наукові записки Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.* 2018. Т. 1 (47). С. 143-150.

**Секція II.**  
**ОСОБИСТІТЬ**  
**В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ**

**СТАН ТА ТЕНДЕНЦІЇ ПІЗНАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КРИЗИ**

**Атаханов Б.К., Чебикін О. Я.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність пізнання психологічної кризи зумовлена тим, що в сучасному житті вони проникають в усі сфери людини й можуть негативно впливати на її діяльність.

Зростання наукового та соціального інтересу вимагає системного уточнення психологічного змісту кризи.

Узагальнення досліджень (Саннікова, 2015; Чайкіна, 2017; Поліщук, 2012 та ін.) свідчать про неоднозначні підходи до визначення її змісту, що ускладнює процес пізнання даного явища.

У своїй роботі ми поставили мету уточнити підходи до розуміння змісту психологічних криз та видів що їх характеризують.

Для досягнення цієї мети ставилися наступні завдання: по перше узагальнити зміст розуміння кризи в психології та її ознак; по друге дослідити основні їх види що можуть характеризувати такі стани особистості.

Що торкається розуміння психологічного змісту кризи то на жаль в сучасній літературі маються різні тлумачення цього явища. Узагальнюючи досліджень (Помилуйко, 2016; Гайденко, 2021; Пергаменщик, 2004 та ін.) дали підставу виділити підход до характеристики психологічної кризи.

Найбільш поширений підхід (Карпинский, 2010; Кондрицька, 2015; Ракицкая, 2018; Солдатова, 2007 та ін.) названий нами як опосередковий, оскільки в ньому криза розглядається як певний психологічний, психофізіологічний, соціально-психологічний стан особистості, що не рідко ототожнюється з конкретними емоційними особливостями. Наприклад стресом, емоційною напругою, тривогою, конфліктом та іншими.

Більш об'ємним в цьому підході є визначення, що дає Юрков (2010), характеризуючи кризи як внутрішній стан людини, з її точки зору, ситуації. Де що по іншому кризу описують, як емоційну реакцію на ситуацію, що загрожує особистості (І. В. Бринза, 2016).

Спираючись на такі дані безумовно складно говорити про специфіку даного стану. З іншого боку неможливо і суперечити що перелічення її особистісних особливостей можуть характеризувати перш за все свою специфіку відповідно назви.

В цьому напрямку слід теж віднести визначення кризи, запропонованим Синявиним (2018), як крайній ступінь виразності психологічної напруги, що призводить до втрати контролю над ситуацією та управління своїм внутрішнім станом.

Титаренко (2003) розглядає її як тривалий стан, пов'язаний з внутрішнім конфліктом, якій може супроводжуватися напруженістю, тривогою або депресивними станами та іншими.

Як ми бачимо що із наведених підходів ключовим виступають в її змісті виникнення напруги, різке зниження функціонування психіки, та відносно тривале збереження даного стану.

Спираючись на зазначені підходи у своїй роботі ми будемо розглядати кризу як суто психологічний феномен, що характеризує надмірний відносно тривалий стан психоемоційного напруження, що може призвести до суттєвого погіршення психічної діяльності в тому числі до хвороби, в наслідок не визначеності шляхів подолання життєвих перешкод.

Вирішуючи друге завдання зазначимо, що важливим в пізнанні психологічних криз які виникають у людини є уточнення вірогідних їх видів, в залежності від умов життєдіяльності.

Узагальнюючи ці та інші дослідження (Моргун, 2016; Зеер 1997; Желдунова, 2010 та ін.) можна виділити два підходи до систематизації ознак криз. Перший підхід, може торкатися одного якогось фактора, наприклад стресу, чи конкретного захворювання, конфлікту з урахуванням умов діяльності та інших. В цьому випадку слід відмітити, що стрес, може бути як ознакою, так і фактором що обумовлює кризою.

Другий шлях є більш узагальненим по визначенні як би основних сфер діяльності особистості з якими пов'язана психологічна криза. В останньому випадку більше акцентується увага на видах криз виходячи з їх ознак.

Узагальнюючи різні дослідження відносно видів криз (Катан, Сэдок 1994; Головка, 2013; Доценко, 2011 та ін.), ці та інші фахівці пропанують систематизувати кризи виходячи с факторів які їх породжують у людини, а саме економічні, екологічні, епідемічні, військові, побутові, навчальні, харчові та інші. Даний підхід на першому етапі пізнання психологічних криз є важливим, оскільки дозволяє визначити як умови їх виникнення, тобто фактори що детермінують це явище, та тривалість, а також частоту що їх характеризує.

Подальший аналіз засвідчив що для пізнання психологічних криз мається обміль прямих методик і водночас опосередкованих навпаки. В останньому випадку мова іде переважно про дослідження однієї з ознак кризи як то тривоги, депресії, напруги та інших.

Враховуючи таку ситуацію ми зосередили свої зусилля подальші на побудові прямої методики яка б дозволяла виявити та оцінювати різні види криз з урахуванням їх інтенсивності перебіги та тривалості. В наслідок попереднього проведеного дослідження був розроблений опитувальник «Види криз та особливості їх прояву в життєдіяльності». Даний опитувальник дозволяє виявити та кількісно оцінити те, наскільки людина відчувала у своєму житті різні види кризи пов'язані з погіршенням стану здоров'я, економіки, екології, епідеміями, умовами проживання, харчування, побуту, навчання, роботи, сімейними обставинами, військовими подіями з враховуючи їх частоту виникнення, тривалість дії, ступінь емоційної напруги та впливу на діяльність.

В остаточному варіанті опитувальник налічував 44 питань. Всі прояви оцінювалися за трьох бальною шкалою вираженості. Якщо криза виникала часто, то це оцінювалося 3 бали, рідко 2 бали й не виникало 1 бал. Тривалість до 10 днів 1 бал, від 11 до 30 днів 2 бали, від 30 днів і більш як 3 бали.

Таким чином, дана методика дозволяла в узагальненому вигляді отримати 11 показників видів прояву криз з урахуванням діяльності, та відповідними характеристиками їх оцінки.

У здійсненні апробації методики було охоплено майже 39 молодих людей віком від 18 до 25 років. Результати досліджень показали, що домінуючими психологічними кризами у цьому віковому періоді виявилися ті, що пов'язані з воєнним станом 43%. Другу позицію зайняли економічні та сімейні кризи 13%. На третій позиції криза, пов'язана з роботою 8%. На четвертій позиції кризи, пов'язані з харчуванням, побутом, проживанням, навчанням та епідемією з показниками по 4%. На п'ятій позиції криза пов'язана зі здоров'ям та екологією.

Що стосується специфіки вираженості зазначених криз, пов'язані з воєнним станом, то з 39 обстежуваних, 25% мають високі значення. З них за високою частотою виникнення у 64% обстежуваних. За тривалістю від 30 днів та більше у 36% обстежуваних. За характером високої емоційної напруги у 51% обстежуваних. За негативним впливом на діяльність у 41% обстежуваних.

Для того, щоб підтвердити наскільки, ці відмінності в прояві криз, за діагностованими ознаками є суттєвими, був проведений статистичний аналіз на достовірність відмінностей даних параметрів, між групами випробуваних у яких за загальним показником рівень кризи був високим, та групою у яких був низький.

Як свідчать отримані результати (дивись таблицю 1) між визначеними групами за всіма видами криз: (П1 – здоров'я, П2 – екологія, П3 – економія, П4 – проживання, П5 – харчування, П6 – побут, П7 – навчання, П8 – робота, П9 – сім'я, П10 – воєнний стан, П11 – епідемія), виявили статистично достовірні відмінності, на рівні  $P \leq 0,05$ .

Таблиця 1.

### Статистично достовірні відмінності між показниками що характеризують особливості прояву різних криз в обстежених

СП	Кризи та їх прояв																					
	П1		П2		П3		П4		П5		П6		П7		П8		П9		П10		П11	
	а	б	а	б	а	б	а	б	а	б	а	б	а	б	а	б	а	б	а	б	а	б
$\chi^2$	2,3	1,5	2,3	1,1	2,5	1,5	2,3	1,2	2,3	1,2	2,5	1,1	2,3	1,3	2,5	1,1	2,5	1,2	2,6	1,5	2,4	1,2
t	7,7		9,1		8,5		6,9		6,7		8,1		7,8		8,1		9,2		8,8		8,5	
P	2,02		2,02		2,02		2,02		2,02		2,02		2,02		2,02		2,02		2,02		2,02	

Примітка: 1) показники криз, П1 – здоров'я, П2 – екологія, П3 – економія, П4 – проживання, П5 – харчування, П6 – побут, П7 – навчання, П8 – робота, П9 – сім'я, П10 – війна, П11 – епідемія, а – високий, б – низький; 2) СП - Статистичні показники:  $\chi^2$  – середньоарифметична по рівнях, P – рівень статистичної значущості, t - значення критерію Ст'юдента.

В такому випадку ми можемо говорити що дійсно між виділеними умовно групами з високим та низьким рівнем прояву криз маєтся суттєва різниця.

Остання дає підставу говорити що запропонована методика дає можливість в певній мірі диференціювати різні види криз з урахуванням рівнів їх прояву.

Подальший кореляційний аналіз на загальні виборці відносно взаємозв'язку діагностованих показників видів криз (дивись таблицю 2), засвідчив що в структурі, провідною плеядою зв'язків виявилася економічна криза, яка тісно корелюють з побутовою, робочою, сімейною на рівні ( $P \leq 0,01$ ), та воєнною, а також епідеміологічною на рівні ( $P \leq 0,05$ ).

Таблиця 2.

**Кореляційні взаємозв'язки між частинами шкал прояву різних криз в обстежених**

Показники	П1	П2	П3	П4	П5	П6	П7	П8	П9	П10	П11
П1		0,37*	0,50**								
П2				0,36*							
П3						0,45**		0,43**	0,53**	0,40*	0,38*
П4						0,34*		0,40*	0,51**		0,38*
П5											
П6								0,56**	0,32*		0,38*
П7											
П8									0,41*		0,42**
П9											0,40*
П10											0,45**
П11											

Примітка: 1) показники криз: П1 – здоров'я, П2 – екологія, П3 – економія, П4 – проживання, П5 – харчування, П6 – побут, П7 – навчання, П8 – робота, П9 – сім'я, П10 – війна, П11 – епідемія, 2) рівні статистичної значущості: \* -  $\rho \leq 0,05$ ; \*\* -  $\rho \leq 0,01$ .

На другу позицію виходить кризи пов'язані з проживанням, які тісно корелюють з сім'єю на рівні ( $P \leq 0,01$ ), та побутом, роботою, епідемією на рівні ( $P \leq 0,05$ ).

На третю позицію виходить побут якій пов'язуються з роботою, сім'єю на рівні ( $P \leq 0,01$ ), та епідемією ( $P \leq 0,05$ ).

На четверту позицію виходить кризи пов'язані зі здоров'ям, які корелюють з економією на рівні ( $P \leq 0,01$ ), та екологією на рівні ( $P \leq 0,01$ ), а також робота, вона корелюють з епідемією на рівні ( $P \leq 0,01$ ), та сім'єю на рівні ( $P \leq 0,05$ ).

Інші види криз пов'язані між собою мають по одному зв'язку.

Ці дані певною мірою можуть вказувати що найбільший взаємовплив на прояв кризи мають ті що проявляються в економії та умовах проживанні.

Узагальнюючи отримані результати, слід зазначити, що попередня апробація запропонованої методики дозволяє певною мірою диференціювати випробуваних за проявом криз які виникають в життєдіяльності. На основі кореляційного аналізу показано що кризи досить тісно пов'язані між собою й очевидно можуть впливати одна на іншу. Було показано найбільше пов'язані кризи що виникають в побуті, роботі, сімейних обставинах, воєнним та епідеміологічним станом.

Проведене дослідження дозволило зробити попередні висновки:

1. Показано що, кризу можна розглядати як суто психологічний феномен, якій характеризує надмірний відносно тривалий стан психоемоційного напруження, котрий може призвести до суттєвого погіршення психічної діяльності в тому числі до хвороби, в наслідок не визначеності шляхів подолання життєвих перешкод.

2. Побудовано методики в виді опитувальника яка дозволяє діагностувати найбільш такі поширені кризи що пов'язані з побутом, роботою, сімейними обставинами, воєнним та епідеміологічним станом.

3. Проведена попередня апробація методики засвідчила можливість і використання для оцінки характеру прояву криз в залежності від інтенсивності, дії виразності та тривалості. Також встановити що кризи можуть бути пов'язані одна з іншою та відповідно впливати на перебіг їх протікання.

На подальше перспективним є продовження досліджень в розширені виборці випробуваних для підтвердження валідності та надійності запропонованої методики з залученням показників інших методик для діагностики особистісних особливостей як вірогідних детермінант психологічних криз у людини.

#### Література

1. Бринза І. В., Ліщина Н. В. Апробація тесту-опитувальника схильності до переживання ролівої кризи. *Наука і освіта*. № 11. 2016. С. 11–15.

2. Гайдаєнко Павло. Проблема антропологічної кризи через призму екзистенційної філософії. Матеріали VI науково-методичного міжнародного Круглого столу «Світова самоізоляція, як можливість переосмислення», Одеса (Україна) - Бенгбу (Китай). 8 червня 2021 р. С. 91-96.

3. Головка Ю. В. Кризис ответственности как проявление глобального кризиса. Издательство: МАМИ. №4 (18), т.2. 2013. С. 41-45.

4. Доценко В. В. Теоретичні підходи щодо вивчення кризових станів особистості. *Вісник Харківського національного університету*: Серія «Психологія». Харків, 2011. № 937. С. 73–76.

5. Желдунова Л. Г. Психология личностного кризиса. Автореферат. Издательство: Ярославский государственный педагогический университет. 2010. 79 с.

6. Кондрицька Г. О., Данилов Д. В. Криза та її взаємозв'язок з віковими особливостями особистості. Видавництво: *Наука і освіта*. №10. 2015. С. 68–73.

7. Моргун В.Ф. Типологія життєвих криз та ініціальних тенденцій трансформації людини на основі багатовимірної теорії особистості. *Психологія і особистість*. №2. 2016. С. 29–44.

8. Поліщук В. М. Криза входження у дорослість як перехідний період від юнацького віку до вступу у дорослість. *Практична психологія та соціальна робота*. № 9. 2012.

9. Помилуйко В. Ю. Вікові кризи в дорослому віці. Актуальні проблеми практичної психології: зб. наук. праць матеріалів III Всеукраїнської наук.-практ. конф., (Глухів, 10-12 лист. 2016 р.). Глухів: Вид-во Глухівського нац. пед. ун-та імені Олександра Довженка. С. 129–133.

10. Ракицкая Анна Викторовна. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя. Матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції. Видавництво: Сумського державного педагогічного університету. 2018. С. 82-85.

11. Саннікова. О. П. Переживання кризи: диференціально-психологічний аналіз. *Наука і освіта*. №10. 2015. С. 16–22.

12. Титаренко Т. М. Життєва криза очима психолога. Психологія життєвої кризи. К.: Агропромвидав України, 1998. С. 8–68.

17. Чайкіна Н.О. Специфічність кризи ідентичності особистості. *Видавництво: Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка. Сборник научных докладов: Общества знаний. 2017. С. 88-90.*

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗДАТНОСТІ ЗАСВОЮВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ ПІД ЧАС ВІЙНИ У ПІДЛІТКОВОМУ ТА ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ**

**Розіна І., Борщевська О.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Підлітковий та юнацький вік є одним із тих періодів, коли особистість має багато приводів пережити стрес, адже у цей період відбувається професійний вибір, зміна та адаптація до нових соціальних умов і контактів, насичений навчальний процес і багато іншого. Наразі великим випробуванням для нервової системи юнаків є війна, оскільки вона є тим стресовим фактором, який виник несподівано, триває досить довго, торкається не лише однієї особи, а носить масовий характер. Тобто повинно оцінювати стан підлітків та юнаків не тільки одноособово, а й у сукупності осіб, які знаходяться в такому стані й можуть впливати один на одного з позитивного так і з негативного боку.

Також, слід відзначити, що саме в підлітковому та юнацькому віці ми бачимо великі розбіжності в станах, в яких перебувають особи: юнаки і дівчата, які залишилися в Україні чи виїхали закордон; мають осіб, яких вони опікують (діти чи родичи) тощо.

Слід зауважити, що такий фактор як стрес досі не досліджувався саме через призму воєнних дій в Україні, оскільки відомо, що менталітет має національні особливості, які формуються на генетичному рівні та надають в більшому ступеню особливості сприйняття тих чи інших ситуацій. Тому при визначенні шляхів дослідження в першу чергу необхідно досліджувати етапи сприйняття особою подій, які відбуваються під час війни. За можливості дослідити анамнез її попереднього сприйняття подій в житті взагалі, в тому числі й стресових ситуацій, які траплялися в житті до війни. Таким чином можна буде спрогнозувати чи може особа через рефлексію досягти вирівнювання свого психологічного стану чи потрібна їй буде психологічна допомога у групі чи індивідуально тощо.

Наразі майже всі освітні заклади України переведені на онлайн навчання, що зумовлено об'єктивними причинами воєнного часу. Але майже не проведено досліджень та не надано рекомендацій щодо діагностики підлітків та осіб юнацького віку відносно можливості до сприймання, вивчання та засвоювання інформації, з урахуванням нормального розумового розвитку та психоемоційного стану та аномальних станів розвитку дитини.

Розробкою проблем вивчення здатності засвоювання інформації в стресових станах міститься в працях вітчизняних та зарубіжних психологів: К. О. Абульханової-Славської, Б. Г. Ананьєва, Г. М. Андрєєвої, Е. Берна,



Р. Бернса, Г. Блумера, А. А. Бодальова, Л. С. Виготського, Л.О. Герасименко, Е. Л. Доценко, Р.І. Ісакова, Я. Л. Коломинського, В. Н. Куніцина, О. М. Леонтєва, А. О. Леонтєва, М. І. Лісіної, Б. Ф. Ломова, В.Н. Мясичева, М. М. Обозова, В.І. Розов, А.М. Скрипніков та ін.

В роботах вчених сформувалися підходи до визначення стресових станів як сукупності захисних психічних і фізіологічних реакцій організму у відповідь на вплив різних чинників, особливо нових, несподіваних. За Сельє, існує два види стресу: еустресс і дистрес. Еустресс активізує, мобілізує внутрішні резерви людини, поліпшує протікання психічних і фізіологічних функцій. Він є короткочасним, супроводжується бурхливим витрачанням «поверхневих» адаптуючих резервів і початком мобілізації «глибоких» та може давати відчуття піднесення внутрішніх сил. Дистрес – руйнівний процес, дезорганізуючий поведінку людини, погіршує протікання психофізіологічних функцій [1, с.27-40]. Саме негативний бік стресу проявляється у осіб з низькою компенсаторною функцією психіки, що і обумовлює його надмірну інтенсивність.

Якщо говорити про реакції на стрес за МКХ 10, то виділяють загалом в розділі психічні розлади та розлади психіки пункт F43 «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації», яка характеризується виникненням як відстроченої або тривалої відповіді на стресову подію (коротку чи тривалу) виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, яка може викликати глибокий стрес майже у кожного. Сприятливі фактори, такі як особистісні особливості (компульсивність, астенічність) або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або посилити його перебіг, але вони ніколи не є необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмуючої події в нав'язливих спогадах ("кадрах"), думках або кошмарах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, невідповідності на навколишнє і уникнення дій і уникнення дій. Зазвичай мають місце перебудження та виражена наднастороженість, підвищена реакція на переляк та безсоння. З вищезгаданими симптомами часто пов'язані тривожність та депресія, і не рідкістю є ідеї самогубства. Появі симптомів розладу передують латентний період після травми, що коливається від кількох тижнів до кількох місяців. Перебіг розладу по-різному, але в більшості випадків очікується одужання. У деяких випадках стан може прийняти хронічний перебіг на багато років з можливим переходом у стійку зміну особистості (F62.0). В рамках тематики роботи такий стан є некоректним для дослідження, оскільки в такому стресовому розладі зазвичай знижуються майже всі когнітивні функції організму – пам'ять, сприйняття, мислення, увага.

Валідним для дослідження за тематикою роботи є стан «Розлад пристосувальних реакцій» (F43.2), який є станом суб'єктивного дистресу та емоційного розладу, що створює труднощі для суспільної діяльності та вчинків, що виникає в період адаптації до значної зміни в житті чи стресової події. Стресова подія може порушити цілісність соціальних зав'язків індивіда (важка втрата, розлука) або широку систему соціальної підтримки та цінностей

(міграція, статус біженця) або представляти широкий діапазон змін і переломів у житті (надходження до школи, набуття статусу батьків, невдача у досягненні заповітної особистої цілі, відхід у відставку). Індивідуальна схильність чи вразливість відіграють важливу роль у ризику виникнення та формі прояву розладів пристосувальних реакцій, проте не допускається можливість виникнення таких розладів без травмуючого фактору. Прояви дуже варіабельні і включають пригніченість настрою, настороженість або занепокоєння (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь або вирішити залишатися в цій ситуації, а також включає певний рівень зниження здатності діяти в повсякденному житті. Одночасно можуть приєднуватися розлади поведінки, особливо у юнацькому віці. Характерною рисою може бути коротка чи тривала депресивна реакція чи порушення інших емоцій та поведінки. (культурний шок, реакція горя госпіталізм у дітей) [2].

Саме в таких станах травмованої психіки вчені відмічають порушення пам'яті, сприйняття, мислення та уваги як когнітивних функцій, за допомогою яких підлітки та особи юнацького віку здатні засвоювати інформацію, але при належній психологічній корекції та реабілітації можливі досить позитивні результати.

Проблемам порушення пам'яті та інших когнітивних функцій психіки у підлітків та юнаків присвячено багато статей як медичного, психологічного так і педагогічного спрямування. Вчені розглядають цю проблематику у ракурсі норми та патології.

Цікавими з цього приводу є праці таких вчених як Н. Доброштан та О. Куліш, які оглядово розглядають вікові особливості у дослідженнях видів і процесів пам'яті [3, с. 37–44]. Це надає можливість більш детально зануритися у етапи розвитку пам'яті на різних стадіях вікових категорій і стає фундаментальною сходинкою для розгляду проблемних питань з точки зору нормального та аномального розвитку дитини.

Корисною з цього приводу є фундаментальна робота Н.М. Токаревої, яка поєднує педагогічний та психологічний аспекти вивчення пам'яті підлітків та надає ряд цікавих наукових ідей, які мають практичний напрямок реалізації саме в психолого-педагогічному напрямку [4].

Також актуальними на сьогодні є питання дослідження мнемоністичних особливостей підлітків та осіб юнацького віку під час війни в Україні. В цьому сенсі є доцільним звернутися до дослідження О.Ф. Яцини щодо впливу війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків [5, с. 554-567], в якому вона серед інших попереджає про негативні наслідки війни для психіки підлітків, як посттравматичний синдром та окреслює подальші шляхи психокорекції дітей.

Таким чином, може бути сформований план дослідження практичного спрямування, яке буде охоплювати дослідження як педагогічного характеру так і психологічного генезу щодо пам'яті підлітків у станах спокою і стресу та шляхи необхідної корекції.

Виходячи з того, що пам'ять – це психічна властивість людини, яка відкриває їй можливості для нагромадження досвіду. Завдяки цій психічній властивості ми здобуємо різноманітну інформацію, засвоюємо знання про світ, розвиваємо наші вміння та вправність. Н. Доброштан та О. Куліш з'ясували, що у найширшому розумінні цього слова пам'ять – це властивість, яка створює умови для впливу попередніх подій і переживань на сьогодення. У вузькому розумінні пам'ять – це здатність пригадувати окремі переживання з минулого, усвідомлюючи не лише саме переживання, але і його миттєвість в історії нашого життя зі свідомим розміщенням у часі і просторі [4, с. 37].

Починаючи з 2020 року через спочатку пандемію та потім запровадження воєнного стану підлітки та особи юнацького віку стикнулися з питаннями проведення освітнього процесу за допомогою дистанційних мультимедійних платформ.

До того часу мультимедійні платформи застосовувалися в школах як додаток до освіти у класі з педагогом. Це давало позитивний ефект засвоювання матеріалу. Але дослідження переведення освіти повністю на онлайн дистанцію почало не надає поки що ефективного зворотного зв'язку.

Такий результат дослідження треба вивчати більш розлого за напрямками:

- Ефективність та якість надання матеріалу
- Вміння викладача користуватися діджитал-інструментарієм
- Наявність сучасних гаджетів у учнів/студентів та викладача
- Здатність засвоювати матеріал без наочного спілкування

Саме крайня позиція є предметом дослідження психології. А якщо визначити задачі дещо вужче, акцентуючи увагу на дослідження цих процесів в інклюзивній освіті, то дослідження проблематики переходить до рамок клінічної психології.

Тут потрібно визначити групи осіб (умовно – діти, підлітки, особи юнацького віку), які можуть бути поділені на категорії за критерієм здатності до навчання розумовим та психо-емоційним станом:

- Особи, які здатні до навчання (особи, які знаходяться в нормі та особи, які мають легку розумову відсталість та здатні засвоювати початкову навчальну програму)
- Особи, які не здатні до навчання. Це підлітки та юнаки, які мають середню та тяжку розумову відсталість.

Остання група цієї класифікації не може бути піддана психологічному дослідженню, оскільки навіть за нормальних умов враховуючи офлайн освіту вони об'єктивно не можуть засвоювати матеріал.

Що стосується першої групи вона в свою чергу може поділятися за критерієм можливості сприймання наочного(візуального) та вербального контакту.

- Особи здатні сприймати, вивчати та засвоювати інформацію без візуального контакту «з очима вчителя»
- Особи, які можуть сприймати, вивчати та засвоювати матеріал як в контакті так й поза контакту з «очима вчителя»

- Особи, які не можуть сприймати, вивчати та засвоювати інформацію «поза контакту з очами вчителя».

Окремої уваги дослідників тут потрібно приділити саме підліткам та юнакам з порушенням аутистичного спектру, оскільки саме їм, можливо, більш комфортно не зустрічатися кожен раз з очами вчителя, бути в тіні, не привертаючи уваги, а з іншого боку – таким чином, таку особу взагалі можна не помічати, оскільки вона не буде себе виявляти. Багато досліджень виявляють, що саме діти з порушенням аутистичного спектру комунікації менше піддаються стресу. Тому тут можна очікувати незмінний вектор здатності дитини сприймати, вивчати та засвоювати інформацію під час війни чи за допомогою онлайн навчання чи навчання в аудиторії. Слід зазначити, що аутистичний спектр також має градації щодо ступеню можливості комунікувати з зовнішнім світом. Звісно, якщо особа (підліток чи особа юнацького віку) знаходиться в контактній чи партнерській стадії, то навчання буде давати свої плоди. Тому для валідності дослідження серед підлітків та осіб юнацького віку з порушенням аутистичного спектру слід обирати саме осіб, які взагалі можуть та хочуть піти на контакт, якщо це стосується навчання.

Необхідно підкреслити, що взагалі окрема робота щодо навчання під час війни дітей повинна бути проведена психологом і з викладачем для того щоб спрямувати його увагу на дитину, яка повинна бути в зоні його педагогічної уваги.

Іншим типом підлітків та юнаків є такі, що не можуть концентрувати свою увагу довгий час на одному матеріалі, вони відволікаються за значно коротший час, ніж це передбачено уроком. Це не говорить про їх стан «не норми» це може бути обумовлено їх типом темпераменту, який не залежить від зовнішніх чинників.

Ще однією категорією підлітків та юнаків становлять такі, що є умовними відмінниками при офлайн навчанні, при усних відповідях й не можуть скласти іспити за допомогою діджитал-технологій. Причини цього потребують більш детального дослідження за допомогою хронометрування та інших видів психологічної діагностики.

Більш того, значну негативну роль як вплив на психіку дитини та юнаків наразі дійсно відіграла війна. Стрес надає про себе знати. Навіть в регіонах, де не ведуться активні бойові дії діти також зазнають стресових ситуацій – відімкнення світла, повітряні тривоги, розмови навкруги про події. Навіть якщо такі особи суб'єктивно не відчувають себе в стресі, окремі показники оцінки психологічного стану свідчать про зворотнє.

З цього боку цікавими, з огляду на тематику роботи, виявляються дослідження, які би стосувалися здатності особи реагувати на стрес та визначення порогу стресостійкості (ступеню розвинутості компенсаторних механізмів), можливості запам'ятовувати інформацію при навчанні в залежності від багатьох факторів, наприклад таких як, стать, поріг розумової активності, темперамент, місця знаходження (в Україні чи поза її межами), сімейного стану,

ступеню впливу (фізичного чи морального) військових подій на кожну особу, віддаленість в часі від стресової події чи тривалість її досі тощо.

Зазвичай при короткочасних стресових розладах, які тривають до декількох тижнів у підлітків та осіб юнацького віку потрібно бути досить лояльними. Не повинно загострювати їх увагу на розумінні того, що вони перебувають у стресовому стані. При навчанні, для виведення їх із зони хворобливої абстракції рекомендується застосовувати якомога більше наочного матеріалу. Такий наочний матеріал може бути доволі статичним, але сама картинка буде заземлювати психіку особи, не надаючи спроби свідомості знов перенестися на травмуючі події. Більш того, картинка буде у нагоді тим особам, які по своєму типу є візуалами, а таких переважна більшість, аудіали зможуть сприймати інформацію на послух і тому будь-яка навчальна інформація має бути доволі систематизованою та зрозумілою для травмованої психіки підлітків та осіб юнацького віку.

Отже, підсумовуючи здатність підлітків та осіб юнацького віку засвоювати інформацію під час стресових ситуацій за допомогою онлайн технологій чи при офлайн навчанні слід спочатку оцінити розумовий, психоемоційний стан такої особи, зважити на зовнішні оточуючі фактори та надати рекомендації до більш доцільної та ефективної форми навчання в певновизначених умовах.

#### **Література**

1. Даниляк О., Марінець С-А., Заячківська О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень. *Праці НТШ Мед. науки* 2016. Т. XLV. С. 27–40. <http://file:///D:/Documents/Downloads/121-Article%20Text-206-1-10-20190706.pdf>
2. МХБ 10. <http://kod.poltavalk.com.ua/mkxh-10-am/66-klas-5-rozlady-psykhiky-ta-povedinky-f00-f99/549-f40-f48-nevrotichni-pov-yazani-zi-stresom-ta-somatofornni-rozladi>
3. Доброштан Н., Куліш О. Вікові особливості у дослідженнях видів і процесів пам'яті. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020. Випуск 7. С. 37–44 *Visnyk of the Lviv University. Series Psychological science. Issue 7. P. 37–44*
4. Токарева Н.М., Шамне А.В., Макаренко Н.М. Сучасний підліток у системі психолого-педагогічного супроводу: монографія. Кривий Ріг: Інтерсервіс, 2014. 312 с.
5. Яцина О.Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. *Наукові перспективи*. 2022. № 7(25). С. 554-567.

## **ДІАГНОСТИКА ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПАМ'ЯТІ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ТА НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ**

**Варфоломєєва Д.А., Мельничук І.В., Павлова І.Г.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Проблема дослідження пам'яті та її психокорекція у дітей молодшого шкільного віку в екстремальних та надзвичайних умовах є актуальною як в теоретичному так і практичному аспектах. Вивченням даної теми займалося чимало людей, найвідоміші з яких: П.П. Болонський, С.П. Бочарова, Л.С. Виготський, Д.Б. Ельконін, П.І. Зінченко, С.Л. Рубінштейн, А.О. Смірнов, П.М. Якобсон та багато інших. На перший погляд процес сприйняття інформації та подальше її закріплення здається дуже простим, але перш ніж це відбудеться

інформація проходить величезний шлях від сприйняття до запам'ятовування. В процесі пізнання навколишнього середовища відбувається формування певного образу світу, який забарвлюється в пам'яті, в основі всього живого. Тому в найбільш сприятливі періоди для формування гарної пам'яті у дитини необхідно приділяти максимально багато часу та зусиль для відмінного результату, аби поліпшувати процеси запам'ятовування та пам'ять в цілому. В період молодшого шкільного віку змінюється провідна психічна саморегуляція, відбувається перехід від мимовільної до свідомо-вольової. Цей період є важким в адаптації для дитини, оскільки одночасно на дитину звалюється велика кількість вимог та правил, які потребують певного рівня відповідальності. Взагалі процес розвитку та встановлення, як окремої особистості, молодшого школяра проходить певний шлях, який розпочинається з адаптації до нових умов перебування та оточення, після чого відбувається індивідуалізація, тобто розуміння власних можливостей та подальша інтеграція, яка проявляється в поступовому вливанні дитини в групу ровесників.

Проаналізувавши теоретичну літературу можна виокремити декілька методик, які найкраще дозволять визначити та проаналізувати всі аспекти даної проблеми, а саме діагностика та психокорекція пам'яті дітей молодшого шкільного віку в екстремальних та надзвичайних умовах.

Узагальнюючи наукову літературу (О. Винославська, М. Лемак, З. Огороднійчук, В. Шапарь) можна відмітити, що існує безліч методик для дослідження рівня пам'яті у дітей молодшого шкільного віку.

Враховуючи мету та завдання нашого дослідження, а також вікові особливості, нами були відібрані наступні методики: «Запам'ятовування образів», «Запам'ятовування десяти слів» (О. Лурія) та «Піктограми».

Вибірку склали 20 дітей, віком 8-9 років. За результатами емпіричного дослідження ми здобули такі дані.

В результаті проведеного експерименту за методикою «Запам'ятовування образів», було визначено загальний рівень розвитку пам'яті та обсяг образної пам'яті.

*Таблиця 1*

**Загальний рівень розвитку пам'яті та обсяг образної пам'яті**

Параметр оцінки	Рівень		
	Високий	Середній	Низький
Загальний рівень пам'яті та обсяг образної пам'яті	30%	60%	10%

За результатами отриманих даних, встановлено загальний рівень пам'яті та обсяг образної пам'яті, через що видно, що 30 % досліджуваних мають високі показники розвитку пам'яті, більшість досліджуваних, а точніше кажучи – 60 % мають середні показники розвитку образної пам'яті. Та 10 % досліджуваних показали низькі показники розвитку пам'яті, що пов'язане з недостатнім приділенням уваги щодо навчання з цими дітям зі сторони дорослих. Дослідження базувалося на дослідженні зорової образної пам'яті.

Отже, за результатами даного експерименту було зафіксовано, що більшість досліджуваних (60%) мають середні показники пам'яті. Вони характеризуються достатнім рівнем вміння зосереджування, мислення, уваги та запам'ятовування. При наявності більш сприятливих умов для життя, відсутності шкідливих стресогенних факторів, що згубно можуть впливати на психіку, систематичним займанням розвитку зі сторони дорослих (вчителів та батьків), діти мають вищі та кращі показники розвитку пам'яті і таких досліджуваних – 30%. Але при відсутності всіх вище перелічених позитивних факторів, що впливають на когнітивну сферу дітей та психіку в цілому показники стають дещо гіршими, і таких досліджуваних у даному експерименті – 10%.



Рис. 1. Середній показник до загального рівня пам'яті та образної пам'яті.

При аналізі результатів дослідження, отриманих за методикою «Запам'ятовування десяти слів» (О. Лурія), яка направлена на визначення загального рівня пам'яті, можливостей до запам'ятовування, збереження, відтворення інформації короткочасної та довготривалої пам'яті, було встановлено, що з усіх 100 % досліджуваних, 25 % досліджуваних мають високий рівень розвитку короткочасної та відстроченої пам'яті, 40 % досліджуваних мають добрий рівень розвитку пам'яті, 25 % досліджуваних мають середній рівень розвитку пам'яті, та 10 % досліджуваних мають низький рівень розвитку пам'яті.

Таблиця 2

**Оцінка короткочасної та довготривалої пам'яті**

Параметр оцінки	Рівень			
	Високий рівень	Добрий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Суб'єктивна оцінка короткочасної та довготривалої пам'яті	25%	40%	25%	10%

## Оцінка короткочасної та довготривалої пам'яті



Рис. 2. Середній показник до оцінки короткочасної та довготривалої пам'яті.

В ході дослідження для досягнення поставленої мети було використано ще одну методику, яка направлена на дослідження загальних процесів пам'яті, інтелектуальних процесів та мислення дитини, яка носить назву «Піктограми».

Для отримання результатів дослідження було встановлено основні критерії оцінювання: критерій адекватності, критерій відтворення, критерій конкретності чи абстрактності, критерій стандартності чи оригінальності. Після тривалої, уважної обробки та інтерпретації результатів було отримано такі показники: 85 % досліджуваних мають гарні показники пам'яті та добре розвинутий інтелект, при цьому 15 % досліджуваних мають дещо занижені показники пам'яті та потребують психокорекції.

## Загальна оцінка пам'яті та інтелектуальних процесів за методикою "Піктограми"



Рис. 3. Середній показник до загальної оцінки пам'яті та інтелектуальних процесів за методикою «Піктограми».

За результатами експериментальної частини дослідження була проведена психокорекційна робота з поставленої теми, направлена на корекцію пам'яті дітей молодшого шкільного в екстремальних та надзвичайних умовах. Вся психокорекційна програма представляє собою 10 занять, які направлені на: загальний розвиток пам'яті, розвиток довільності психічних процесів, розвиток зорової та слухової пам'яті, вміння зосереджуватися, розвиток короткочасної та зорової пам'яті, розвиток мислення, розвиток запам'ятовування, розвиток смислової пам'яті, розвиток логічної пам'яті, оперативної пам'яті, уваги.

Підводячи підсумки з усього вище написаного можна зробити висновки, що за рахунок теоретичних аспектів формування пам'яті виникає змога краще розуміти механізми формування та збереження пам'яті у дитини молодшого



шкільного віку в екстремальних та надзвичайних умовах, що в свою чергу допомагає розробляти ефективні методи та підходи діагностики та психокорекції пам'яті.

В ході емпіричного дослідження було узагальнено методики, які використовуються для дослідження пам'яті дітей молодшого шкільного віку в екстремальних та надзвичайних умовах. Згідно до цього було використано такі методики: «Запам'ятовування образів», «Запам'ятовування десяти слів» (О. Лурія) та «Піктограми».

Виявлено, що за методикою «Запам'ятовування образів» 30 % досліджуваних мають високий рівень розвитку пам'яті, 60 % досліджуваних мають середній рівень розвитку пам'яті та 10 % досліджуваних мають низький рівень розвитку пам'яті.

За результатами дослідження методики «Запам'ятовування десяти слів» (О. Лурія) 25 % досліджуваних мають високий рівень розвитку короткочасної та відстроченої пам'яті, 40 % досліджуваних мають добрий рівень розвитку пам'яті, 25 % досліджуваних мають середній рівень розвитку пам'яті та 10 % досліджуваних мають низький рівень розвитку пам'яті.

Розглядаючи результати дослідження за методикою «Піктограми», було виявлено, що 85 % досліджуваних мають високий показник пам'яті та добре розвинутий інтелект, а 15 % досліджуваних мають дещо занижені показники пам'яті та потребують психокорекції.

Дані методики направлені на дослідження загальної оцінки стану пам'яті, можливостей запам'ятовування, збереження та подальшого відтворення інформації. В ході проведення психіагностичного обстеження я впевнилась в тому, що пам'ять можна та навіть необхідно вдосконалювати за допомогою різноманітних методик.

За результатами дослідження було виявлено, що декілька дітей мають дещо занижені показники пам'яті та потребують певної психокорекційної програми. Тож для найбільш продуктивного формування в дитини пам'яті необхідно враховувати індивідуальні особливості кожної дитини, брати в урахування вік дитини, умови перебування та навчання. Необхідно також пам'ятати, що на формування пам'яті молодшого школяра можуть негативно впливати несприятливі умови, такі, як втома, стрес, недостатнє харчування та графік роботи - відпочинку. Саме за рахунок дослідження теоретичних аспектів формування пам'яті молодшого школяра можлива ефективна розробка психокорекційної програми. Таким чином, можна зробити висновок, що поставлену на початку роботи мету досягнуто та актуальність даної теми, щодо важливості діагностики та психокорекції пам'яті дітей молодшого шкільного віку доведено.

#### Література

1. Богайчук Р.В. Практична ейдетика в початковій школі : навч. книг. Тернопіль : Богдан, 2013. 46 с.
2. Данилова Н.Н. Психофизиология. М.: Аспект Пресс, 2002. 373 с.
3. Вікова психологія / за ред.. Г.С. Костюка. Київ, 1976. 272 с.

4. Загальна психологія : Підручник / О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук. Київ : Либідь, 2005. 464 с.
5. Крутецький В.А. Психологія. Київ : Вища школа, 1978. 282 с.
6. Психология для всех и каждого / сост. В.Б. Шапарь. Харьков : Форсинг, 2002. 448 с.
7. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / уклад.: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище. 2-ге видавництво. Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.
8. Савчин М.В., Василенко Л.П. Вікова психологія : навчальний посібник. Київ : Академвидав, 2006. 360 с.
9. Сердюк Л.З. Психологія : Навч. посібник. Київ : Університет «Україна», 2005. 256 с.
10. Терлецька Л. Основи Психодіагностики. Київ : Главник, 2006. 143 с.

## **БУЧАНСЬКА РІЗНЯ: ПЕРЕДУМОВИ НАРОДЖЕННЯ НЕЛЮДІВ**

**Дорошенко О., Оверчук В. А.**

*Донецький національний університет імені Василя Стуса  
(м. Вінниця, Україна)*

З самого початку повномасштабного наступу на Україну, ми отримуємо повідомлення про безліч звірств, які вчиняють російські війська. Серед них авіаудари по мирній інфраструктурі міст і селищ, масові вбивства цивільного населення, згвалтування, катування цивільних та полонених, волонтерів, журналістів, представників місцевих органів самоврядування, а також застосування невивіркованої зброї.

Воєнні злочини – це серйозні порушення міжнародного гуманітарного права (порушення законів і звичаїв війни), за скоєння яких передбачено кримінальну відповідальність фізичних осіб на національному та міжнародному рівнях.

Воєнні злочини є одним з видів основних злочинів проти міжнародного права поряд зі злочином агресії, злочинами проти людяності та геноцидом. Воєнними злочинами є серйозні порушення заборон, що містяться як у договірному, так і у звичаєвому міжнародному гуманітарному праві [3].

Перелік воєнних злочинів, що становлять серйозні порушення Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 року, охоплює:

- 1) умисне вбивство;
- 2) катування і нелюдське поводження, зокрема біологічні експерименти, умисне заподіяння тяжких страждань чи серйозного каліцтва, завдання шкоди здоров'ю;
- 3) незаконне, невмотивоване і широкомасштабне руйнування і привласнення майна, не спричинене військовою необхідністю, скоєне щодо осіб та майна, які перебувають під захистом конвенцій;
- 4) примус цивільної особи чи військовополоненого служити в збройних силах ворожої держави;
- 5) позбавлення особи права на неупереджене і нормальне судочинство; незаконна депортація, переміщення цивільної особи;
- 6) незаконний арешт цивільної особи;
- 7) взяття заручників (ст. 50 ЖКІ, ст. 51 ЖКІІ, ст. 130 ЖКІІІ, ст. 147 ЖКІV).

Додатковий протокол I 1977 року розширює перелік серйозних порушень Женевських конвенцій, додаючи до нього такі діяння:

- 1) перетворення цивільного населення чи окремих цивільних осіб або місцевостей, що не обороняються, і демілітаризованих зон на об'єкти нападу;
- 2) вчинення нападу невідбиркового характеру, що зачіпає цивільне населення чи цивільні об'єкти, коли відомо, що такий напад стане причиною великої кількості смертей, поранень серед цивільних осіб;
- 3) вчинення нападу на установки або споруди, що містять небезпечні сили, коли відомо, що такий напад стане причиною надмірних смертей, поранень серед цивільного населення або завдасть шкоди цивільним об'єктам;
- 4) вчинення нападу на особу, коли відомо, що вона припинила брати участь у воєнних діях;
- 5) віроломне використання емблеми Червоного Хреста, Червоного Півмісяця;
- 6) переміщення державою-окупантом частини її власного цивільного населення на окуповану нею територію або депортація чи переміщення всього чи частини населення окупованої території в межах цієї території чи за її межі;
- 7) невинуватене затримання репатріації військовополонених чи цивільних осіб;
- 8) застосування практики апартеїду, інших негуманних і таких, що принижують, дій, заснованих на расовій дискримінації, які зневажають гідність особи;
- 9) вчинення нападу на ясно розпізані історичні пам'ятки, твори мистецтва або місця відправлення культу, які є культурною або духовною спадщиною народів і яким спеціальною угодою, укладеною, наприклад, у межах компетентної організації, надається особливий захист, внаслідок чого вони зазнають великих руйнувань;
- 10) позбавлення захищених осіб права на неупереджене і нормальне судочинство (ст. 85 ДП I).

Зазначені норми про серйозні порушення міжнародного гуманітарного права застосовуються лише до міжнародних збройних конфліктів і тільки до дій, вчинених під час бойових дій проти «захищених осіб»: поранених чи хворих комбатантів, що воювали на суші й на морі, військовополонених і цивільних осіб, зокрема й тих, які опинилися під владою держави, громадянами якої вони не є [1].

За даними Костіна, за час окупації російська армія скоїла у Бучанському районі Київської області понад 9 тис. військових злочинів, понад 1 700 цивільних осіб загинули, з них близько 700 у Бучі. Він уточнив, що зараз ідентифіковано 91 військовий росії, причетний до цих злочинів. Триває робота із притягнення до відповідальності всіх причетних.

З історії, мотиви катування були такі: покарання за злочин; публічна демонстрація з метою залякування глядачів; примушування зізнатися у вчиненні злочину або відкрити якусь таємницю; насолода від завданих мук.

У таємних товариствах і сектах складовою частиною обрядів були ритуальні катування. Але найчастіше катування застосовували для отримання зізнання, інформації про скоєний злочин чи осіб, які їх вчинили [4].

Для чого ж катували росіяни? Ресентимент – це почуття ворожості до того, що суб'єкт вважає причиною своїх невдач («ворога»), безсила заздрість, «тяжке усвідомлення марності спроб підвищити свій статус в житті або в суспільстві».

Російський народ породив більшовизм. Більшовицький червоний терор 100 років тому знищив цілі класи, культури, частини цивілізаційних надбань, він є в чистому вигляді повстанням рабського ресентименту. Суб'єкт ресентименту створює образ «ворога», щоб позбутися почуття провини за власні невдачі.

Ідеологія і пропаганда путіна таким ворогом зробили Захід і Україну. Ресентимент є складнішим поняттям, ніж заздрість або ворожість. Почуття неповноцінності тут перетворюється в особливу систему моралі. Людині з українським мисленням неможливо зрозуміти російського ресентимента. Росіяни з іншої планети, з антиутопії. Яку за 20 років створила російська ідеологія і пропаганда. На основі більш старих комплексів та образ.

Ресентимент, як основа політики Росії. Вигаданий і утверджений міф про український фашизм і образ зовнішнього ворога дали вихід для подавленої ресинтементарної енергії росіян. Путін перевів вигадану образу на Захід у протистояння «добра і зла».

Війна Росії в Україні, це в чистому вигляді антиполітика заснована на почутті неповноцінності. Путін і вся російська еліта не змогли довести свою значимість перед Заходом засобом «м'якої сили» і економічного росту. Взятися доводити її війною.

Іронія історії у тому, що вигадані ресинтементарні образи стають реальністю. Розвиток ненависті до України привів до того, що раніше лояльна держава і народ тепер на 96% вважають Росію ворожою.

Страшилки про розширення НАТО стали реальністю. Путін так старанно і довго ображався на Захід, що той відповів йому взаємністю і офіційно визнав Росію загрозою для всего цивілізованого світу. Ресентимент і образи породжують вороже оточення. Міфи про ненависть і протистояння стають реальністю [2].

Отже, Бучанська різанина – безглузда жорстокість, яка не має жодного людського пояснення. Місяць російські окупанти грабували, вбивали, гвалтували мирне населення. Ще багато міст і сіл окуповані агресором. Він і далі продовжує вчиняти злочини проти людяності, визначені Статутом Міжнародного військового трибуналу та Римським статутом Міжнародного кримінального суду, нехтуючи усіма вимогами Женевської конвенції про захист цивільного населення під час війни, порушуючи норми та правила війни, скоюючи воєнні злочини.

### Література

1. Додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 року, що стосується захисту жертв міжнародних збройних кон-фліктів (Протокол I) від 08.06.1977 р. URL: [http://zakon.rada.gov.ua/go/995\\_911](http://zakon.rada.gov.ua/go/995_911); Конвенція про закони і звичаї суходільної війни (IV Гаазька конвенція) від 18.10.1907 р. URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_222](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_222)

2. Masliuk, A., Yevchenko, I. (2022). Psychology of resentment of Ukrainians. *Psychological journal*. 8 (4). 38-50.

3. Медведєва, О. В. Психологічний зміст воєнних злочинів в Україні. *Злочинність і протидія їй в умовах війни: глобальний, регіональний та національний виміри*: зб. Доп. Наук.-практ. Конф. (м. Вінниця, 12 квіт. 2023 р.) / МВС України, Харків. Нац. Ун-т внутр. Справ; Кримінол. Асоц. України, Наук. Парк «Наука та безпека». Харків: ХНУВС, 2023. С. 155-157.

4. Якобсон Л., Весті П. Люди, які пережили катування – нова група пацієнтів; Асоціація психіатрів України. К., 1994. 80 с.

## ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДІАПРОСТОРУ ТА ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ ОСОБИСТОСТІ У ПЕРІОД ВІЙНИ

**Павлінова О. В., Мельничук І. В.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність дослідження медіапростору та ціннісних орієнтацій у період війни є предметом як теоретичного так і практичного аспектів (О. Ярошенко; Н. Стеценко; О. Болотова; Н. Кравченко). У період війни, загострення політичної та економічної ситуації, пропаганди в Україні та світі загалом, стає різке питання розуміння, який вплив на життя чинить інформаційний простір. Проблема впливу інформації на свідомість широко представлена у психологічній літературі в працях українських та зарубіжних дослідників. Найпотужнішим шляхом передачі інформації є ЗМІ та інші медіаресурси. Тому є актуальна потреба в розумінні цих явищ задля покращення критичного мислення населення в питаннях сили впливу інформації на зміну ціннісної орієнтації особистості.

Треба зазначити, що медіа мають значний вплив на ціннісні орієнтації людини в Україні, так само як і в інших країнах світу. Це пов'язано з тим, що медіа є важливим джерелом інформації для громадськості й можуть впливати на уявлення людей про світ, суспільство, політику, культуру, мораль та інше. Наприклад, масмедіа можуть впливати на формування й зміну стереотипів та уявлень про певні соціальні групи, які можуть бути пов'язані з цінностями. Також медіа можуть відображати певні цінності та ідеї в шоу, новинах та рекламі, що може вплинути на погляди глядачів, на формування і зміну ціннісних орієнтацій громадян, зокрема щодо політики, релігії та міжетнічних відносин.

У світі подій в Україні, зокрема Революції гідності та повномасштабного вторгнення, медіа стали важливим інструментом зміни ціннісних орієнтацій українського суспільства. Це пов'язано з тим, що медіа допомагали збирати та поширювати інформацію про події, а також створювали та поширювали певні ідеї, які стали основою Революції гідності.

З метою визначення впливу медіапростору на ціннісні орієнтації особистості нами було використано такий блок методів: методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча [6] та анкета авторської розробки, яка визначає вплив медіа.

Для обробки результатів відповіді досліджених було підсумовано за кожним питанням. Це дало змогу бачити яка думка респондентів переважає.

Дослідження проводилося на базі Університету Ушинського м. Одеси. В експерименті приймали участь здобувачі бакалаврського та магістерського ступеня навчання соціально-гуманітарного факультету. Вибірка становить 35 осіб. Опитування відбувалось в індивідуальній онлайн-формі.

*Таблиця 1*

**Результати дослідження загальних показників термінальних цінностей за методикою М.Рокіча**

№	Цінність	Середнє арифметичне
1	Здоров'я (фізичне і психічне)	2.14
2	Матеріально забезпечене життя	2.6
3	Любов	3.6
4	Щасливе сімейне життя	3.68
5	Розвиток	5.9
6	Продуктивне життя	6.3
7	Цікава робота	6.6
8	Наявність хороших друзів свобода	8.6
9	Свобода	8.9
10	Пізнання	11.05
11	Впевненість у собі	11,24
12	Активне діяльне життя	11,25
13	Життєва мудрість	11.85
14	Суспільне покликання творчість	13.7
15	Розваги	15
16	Творчість	15.08
17	Щастя інших	15.1
18	Краса природи та мистецтва	15.37

Як видно з таблиці 1, найбільш важливою термінальною цінністю респондентів (35 досліджуваних) є здоров'я (фізичне і психічне), яке за середнім арифметичним отримало 2.14 бали за важливістю, другою цінністю за значенням

є матеріально забезпечене життя -2.6 балів. Любов - 3.6 балів займає третє місце в загальній вибірці, також значущими цінностями, які належать до четвертого та п'ятого місця в дослідженні є щасливе сімейне життя- 3.68 балів та розвиток - 5.9 балів. Ці дані було занесено в діаграму (рис. 1)

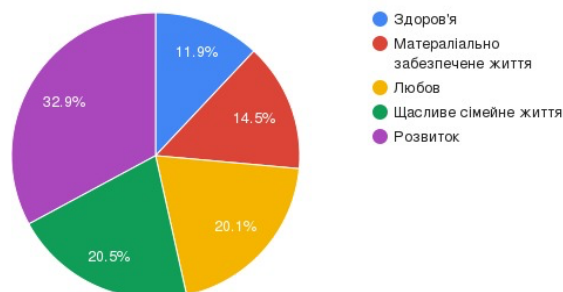


Рис. 1. Найбільш значущі термінальні цінності студентів.

Таким чином ми змогли проаналізувати, які цінності мають найважливіше значення для досліджуваних, а якими вони можуть ігнорувати.

В ході другого етапу дослідження було проведення анкетування за авторською розробкою зі здобувачами бакалаврського та магістерського ступеня навчання соціально-гуманітарного факультету (див. табл. 2).

Таблиця 2

**Результати реалізації анкетування авторської розробки на основі загальних відповідей студентів**

№	Питання	Відповіді	Кількість відповідей	Виразеність у %
1	Скільки часу ви переглядаєте медіа на день (соц мережі, телебачення, фільми, ігри, новини, тощо)?	а) біля 1 години б) біля 3х годин в) 4-5 години г) більше бти годин	а) 2 б) 6 в) 15 г) 12	а) 6% б) 17% в) 43% г) 34%
2	Чи впливають зображення, які ви бачите в соціальних мережах та на телевізійних передачах, на вашу думку про світ навколо?	а) так, значно впливають б) іноді впливають в) рідко впливають г) зовсім не впливають	а) 12 б) 10 в) 8 г) 5	а) 34% б) 29% в) 23% г) 14%

3	Як часто ви відчуваєте тривогу через те, що читаєте або бачите в мережі?	а) часто б) іноді в) рідко г) зовсім не переживаю	а) 15 б) 9 в) 7 г) 4	а) 43% б) 26% в) 20% г) 11%
4	Чи відчуваєте ви себе незручно в висловлюванні думки, якщо вона піддається критиці в медіа?	а) так б) ні	а) 22 б) 13	а) 63% б) 37%
5	Чи змінювали ви вашу думку щодо певної ситуації після висвітлення цієї події в медіа?	а) так б) ні	а) 23 б) 12	а) 66% б) 34%
6	При вирішенні важливих життєвих питань чи шукаєте ви відповідь на них в Інтернеті?	а) так б) інколи в) ні	а) 12 б) 16 в) 7	а) 34% б) 46% в) 20%
7	Чи відчуваєте ви, що в мережі вас часто переконують у тому, що вам треба купувати, робити, читати або думати?	а) так, дуже часто б) так, іноді в) рідко г) зовсім не відчуваю	а) 18 б) 10 в) 5 г) 2	а) 51% б) 29% в) 14% г) 6%
8	Чи вважаєте ви, що медіа впливають на життя та дії вашої родини та близьких?	а) так, значно впливають б) іноді впливають в) зовсім не впливають	а) 23 б) 7 в) 5	а) 65% б) 20% в) 15%
9	Чи вважаєте ви, що медіа впливають на вашу поведінку або рішення, які ви приймаєте у повсякденному житті?	а) так, значно впливають б) іноді впливають в) зовсім не впливають	а) 23 б) 8 в) 4	а) 65% б) 23% в) 12%
10	Як ви обираєте контент для перегляду з пропонованої стрічки медіа?	а) обираю перше, що пропонується б) в мене немає особливих	а) 6 б) 10 в) 14 г) 5	а) 17% б) 29% в) 40% г) 14%



		<p>уподобань до контенту, який я переглядаю</p> <p>в) обираю контент який мені порекомендували друзі чи знайомі</p> <p>г) довго обираю серед контенту той, який належить до сфери моїх інтересів</p>		
--	--	--	--	--

Отже, аналіз отриманих експериментальних даних дозволяє зробити висновок про те, що респонденти найбільш орієнтуються на такі цінності, як здоров'я, матеріально забезпечене життя, любов, щасливе сімейне життя та розвиток, при цьому зазначаючи, що на розваги вони орієнтуються менше середнього. У той же час було визначено, що 43% опитуваних проводять більше 4х годин в медіасередовищі та 65% вважають, що медіа значно впливає на поведінку та життя них самих та їх близьких. Хоча, 29% з них не мають уподобань щодо контенту який переглядають, а 17% опитуваних обирають перше, що їм пропонує медіа. Це дає змогу зрозуміти, що більшість досліджуваних відчувають вплив медіа у своєму житті, але деякі з них не надають факторам впливу значної уваги.

#### Література

1. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України, за ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки. 2004. С. 8–11.
2. Ануфрієва О. В. Психологічні чинники впливу ЗМІ на структурні елементи ціннісних орієнтацій студентської молоді. Житомир, 2009. С. 148–149.
3. Різун В. В. Теорія масової комунікації. Київ, 2008. 260 с.
4. Ровинський Т. Методи впливу ЗМІ на суспільну свідомість. Львів, 2008. С. 100-103.
5. M.Rokeach. Beliefs, attitudes, and values; a theory of organization and change. San Francisco, Jossey-Bass, 1968. С. 199-207.

## СТРАХ У СТРУКТУРІ ДЕТЕРМІНАНТ ТЕМПЕРЕМЕНТАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЯХ

**Косьянова О. Ю., Чжоу Тінь**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

**Постановка проблеми та аналіз публікацій з теми дослідження.** Великі надзвичайні ситуації у сфері безпеки життєдіяльності (війна в Україні з 2022 року) та громадського здоров'я (пандемія COVID–19) мають глибоко негативний вплив на здоров'я населення України та Китаю, що не лише серйозно загрожує безпеці життя населення, але й спричиняє величезний психологічний вплив на

населення. Пандемія COVID–19, що виникла на початку 2020 року за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я є «надзвичайною ситуацією у сфері охорони здоров'я в усьому світі». Міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко також наголошував, що події в Україні через повномасштабне вторгнення Росії матимуть критичні наслідки для психічного здоров'я не тільки українців. У результаті глобальна соціальна стабільність опиняється під значною загрозою.

Темперамент відображає конституційно засновані індивідуальні відмінності в емоційній і моторній реактивності, регуляції уваги та гальмівному контролі – останні два складають конструкт контролю зусиль (Ротбарт і Бейтс, 2006). Хоча спостерігався сплеск досліджень зв'язків проксимального середовища (наприклад, батьківства) з характеристиками темпераменту дітей (Кочанська, 2003; Легуа, 2006), небагато дослідників досліджували роль більш широкого соціокультурного контексту в прояві темпераменту та виявити стійкі емоційні переживання обстежуваних. Зокрема, небагато досліджень вивчали міжкультурні подібності та відмінності темпераменту та зв'язок із домінуючими емоційними проявами в умовах соціальної нестабільності. Використовуючи крос–культурну вибірку обстежуваних з материкового Китаю та України, у цьому дослідженні було розглянуто ці питання, вивчаючи вплив соціальної ситуації на зв'язок реактивності темпераменту (негативна і позитивна емоційність), а також домінування емоції страху.

Страх – це інстинктивна емоційна реакція людини на події, що загрожують життю. Під час небезпеки життєдіяльності страх є потенційно адаптивним або захисним для людини. Однак надмірно породжений страх може поставити під загрозу фізичні функції та викликати негативні поведінкові реакції, що матиме негативний вплив на психічне здоров'я людей, якість життя та соціальну стабільність. Поширення страху може призвести до порушення фізичного здоров'я. Аналіз літературних джерел підкреслює важливість страху під час епідемій та війн. Однак бракує досліджень із використанням великих вибірок темпераментальних особливостей особистості реакції населення на страх під час екстремальних ситуацій. Таке дослідження мало б велике значення для розробки цілеспрямованих психологічних втручань і забезпечення ефективного психологічного керівництва.

Аналіз літературних джерел показує, що серед небагатьох міжкультурних порівняльних досліджень характеристик, пов'язаних із темпераментом, в Китаї і США (Камрас та ін., 2006; Лу, 2006; Портер та ін., 2005; Ротбарт та ін., 2001), це перше дослідження взаємозв'язку емоційної сфери та темпераменту в екстремальних умовах значної загрози глобальної соціальної стабільності.

**Мета дослідження** полягає у визначенні міжкультурної особливості темпераментальних характеристик особистості в Україні та Китаї, виявлення стійких емоційних переживань (страху) респондентів та їх відмінності.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети дослідження нами використовувались теоретичні, статистичні й емпіричні методи дослідження. Серед теоретичних методів нами проведена систематизація наукових даних із досліджуваної проблеми на основі осмислення першоджерел; серед

статистичних і емпіричних – письмове опитування, кількісний (кореляційний) аналіз даних, що був виконаний за допомогою комп'ютерної програми SPSS 16.0 for Windows, і якісний аналіз отриманих результатів. Згідно з метою та послідовними завданнями було підібрано психодіагностичні методики: опитувальник «Страх, радість, гнів» (СРГ), авторам якого є В.П. Прядеїн, Чотиримодальний емоційний опитувальник (Л.А. Рабінович, модифікований варіант Є.П. Ільїна) та особистісний опитувальник Ганса Айзенка, або Eysenck Personality Inventory – EPI. Опитувальник СРГ дозволяє виявити домінування однієї чи двох домінуючих емоцій таких як страх, радість чи гнів. В той же час, обраний нами чотиримодальний емоційний опитувальник спрямований для виявлення переважаючих в людини емоцій. Стимульний матеріал цієї методики допомагає виявляти не власне емоції, а набуті, оптимізм чи песимізм, агресивність та інші характеристики особистості, що, власне, було зумовлено метою створення даного опитувальника: виявити стійкі емоційні переживання обстежуваних. Саме ця методика доповнює першу в сенсі розгляду не як виявлення в чистому вигляді емоцій, що переживаються (радість, гніву, страху і печалі), а як схильність суб'єкта до оптимістичності чи песимістичності, до позитивного або негативного емоційного фону. Третя методика щодо виявлення типу темпераменту – одна з найвідоміших типологій особистості. Про існування сангвініків, флегматиків, холериків та меланхоліків знають навіть ті, хто дуже далекий від психології. А обрана методика є однією із найвідоміших тестів на темперамент – особистісний опитувальник Ганса Айзенка, або Eysenck Personality Inventory – EPI. Відносно розуміння щодо емоції страху (на останньому етапі): було подано одне запитання «Скільки сильного страху ви відчуваєте сьогодні?» з п'ятьма варіантами відповідей (немає, легкий, помірний, сильний, надзвичайний чи нестерпний).

Оскільки нас цікавило питання порівняння щодо темпераментальних особливостей особистості в Україні і Китаї то вибірку дослідження становили респонденти першої групи – здобувачі вищої освіти Університету Ушинського (усього 28 осіб віком від 20 до 40 років) та досліджувані другої групи – здобувачі вищої освіти університетів м. Шандонг (Китай) (усього 32 особи віком від 23 до 40 років).

Результати. Перед тим як ми перейдемо до безпосереднього викладення результатів нашого дослідження, зауважимо, що отримання нами результатів ще продовжується (тобто дослідження ще не дійшло завершального етапу). В той же час можемо відмити, що певні отримані дані мають тенденції до збільшення, отож вже заслуговують на нашу увагу. Отримані нами дані в подальшому зіставляються з науковими результатами інших дослідників.

Оскільки темперамент відображає біологічно вкорінені, що проявляються на первинних етапах становлення особистості та відносно стабільні індивідуальні відмінності в реактивності та регуляції базових емоцій, таких як радість, страх і гнів (Ротбарт і Бейтс, 2006), які, як виявлено, існують у всіх культурах (П. Екман, 1994), в нашому дослідженні вже на первинні дані показують деякі крос-культурні універсальності в основній структурі

темпераменту. Дійсно, модель темпераменту, яка включає екстраверсію/інтроверсію та невротизм (а також шкала соціальної бажаності), може бути надійно відновлена в оцінках темпераменту у різних культурах (Україна, Китай), хоча деякі міжкультурні відмінності були виявлені в навантаженнях індивідуальних розмірів темпераменту. Аналіз літературних даних підтверджує, що у вибірках п'ятифакторна модель особистості була відтворена в більшості культур (Террачіано та ін., 2005).

Незважаючи на загальну універсальність темпераменту та особистості в різних культурах, кілька теорій припускають, що деякі міжкультурні відмінності можуть існувати у прояві темпераменту чи особистісних характеристик та їх зв'язку з емоційними проявами. Керр (2001) припустив, що культура може впливати на розвиток темпераменту двома способами. По-перше, культурні цінності можуть впливати на те, як люди сприймають і реагують з певними характеристиками темпераменту, що, у свою чергу, впливає на стабільність таких характеристик і їх значення для індивідуальної емоційної адаптації. По-друге, культурно обтяжені установи (наприклад, сім'я та школа) або звичаї можуть віддавати перевагу характеристикам темпераменту, які відповідають культурному захопленню емоційними проявами, і зводити до мінімуму ті, які несумісні з цими цінностями. Так само вчені теоретизували, що індивіди проявляють емоції щодо конкретних ситуаційних контекстів у межах культури, щоб виконувати культурно встановлені соціальні ролі, які можуть породжувати культурні відмінності в узгодженості та середніх рівнях диспозиційних рис (Мацумото, 2007). Більше того, відповідно до точки зору відповідності, оптимальні результати розвитку виникають, коли між темпераментом і середовищем соціалізації особистості добре збігаються. Оскільки культури відрізняються за своїми моделями соціалізації, подібні риси темпераменту можуть бути пов'язані з різними результатами розвитку в різних культурних контекстах.

Важливою метою міжкультурного дослідження темпераменту є виявлення подібностей і відмінностей як у нормах або середніх рівнях певних рис, так і в асоціаціях між рисами та іншими конструктами в різних культурах. Порівняння первинних даних показало, що китайські обстежувані були менш емоційно виразними, ніж українські.

У цьому дослідженні нами виявлялись подібності та відмінності у результатах психодіагностики темпераменту, позитивної чи негативної емоційності, а також проявами страху та їх наслідками. Аналіз літератури показав існування певної кількості міжкультурних досліджень темпераменту (Лу, 2006; Портер, 2005), особливо тих, що включають конкретні гіпотези щодо міжкультурної подібності та відмінностей були розроблені на основі ширшої літератури, включаючи як внутрішньокультурні, так і міжкультурні дослідження темпераменту та пов'язаних з ним характеристик (наприклад, експресивність емоцій і домінування позитивних чи негативних емоцій).

Первинні отримані дані показують, що в групі українських обстежуваних в більшості вибірки (більше 70%) спостерігається домінування емоції страху, що

може бути пояснено тим, що під час небезпеки життєдіяльності багато факторів можуть впливати на почуття особистого страху. Аналіз літератури показує, що сприйняття небезпеки стосується почуттів і розуміння людьми потенційних ризиків, які впливають на повсякденне життя, а також є індексом суспільної паніки (Сіткін, 1995). Особистості з вищим сприйняттям небезпеки мають більшу ймовірність розвитку ірраціональної напруги або паніки. Відносно розумне уявлення про небезпеку гарантувало адекватну поведінку, спрямовану на здоров'я (Лау та ін., 2005). Однак надмірне сприйняття небезпеки може призвести до поведінки втечі (Цзян та ін., 2009). Такі результати підтвердили вплив сприйняття небезпеки на особисті емоції.

Стратегії емоційної регуляції стосуються процесів, за допомогою яких люди впливають на виникнення, вираження та сприйняття емоцій. Це важливий стиль подолання негативних подій. Когнітивна переоцінка та експресивне придушення є двома механізмами емоційної регуляції, які безпосередньо впливають на індивідуальні емоції (Cieluvica та ін., 2019). Когнітивна переоцінка відбувається на початку процесу формування емоцій, а експресивне придушення відбувається на пізній стадії процесу формування емоцій (Гросс, 2007; Ченг, 2009). Дослідники зазначають, що когнітивна переоцінка дозволяє людині повторно пояснити подію та змінити її вплив на емоції. Гросс також зазначив, що емоційна експресивність є різновидом стратегії регулювання, протилежної придушенню експресивності, яка має унікальний вплив на емоції, пов'язані з негативними емоціями та проблемами психічного здоров'я (Гросс, 1995). В той же час, зазначено, що вплив придушення експресії на регуляцію індивідуальних емоцій був різним у різних культурних середовищах (Ліу, 2016). Наприклад, у західній культурі придушення експресивності зазвичай відіграло негативну роль. Тоді як у східній культурі придушення експресивності могло зіграти позитивну роль (Доу, 2013).

В нашому дослідженні в групі китайських студентів (згідно зворотнього зв'язку в процесі тестування та бесід) відмічається домінування емоції радості. В той же час, попередні дослідники на протязі 2020–2021 рр. зазвичай спостерігали домінування емоції страху (в процесі пандемії). В той же час (біля 30%) китайських респондентів зберегли домінуючу емоцію страху. Вони відм'ячають також, що моделі поведінки змінилися ще 2020 році. Дослідження колег показали, що емоція страху пов'язана зі збільшенням унікальної поведінки. Наприклад, під час епідемії деякі студенти подавали заяву про призупинення навчання та продемонстрували більше сприйняття небезпеки та сильніший страх (Чонг, 2004). Крім того, люди, які були в депресії під час пандемії, частіше вживали унікальних заходів (Лау, 2010). Ці результати свідчать про те, що негативні емоції можуть посилити унікальну поведінку.

Виявлено, що в обох групах переживання інтенсивного або тривалого стресу (під владою страху) порушало особисті фізичні функції, такі як втрата апетиту, труднощі з травленням і проблеми зі сном. Респонденти повідомляли, що психологічні реакції, зокрема, негативні емоції, включаючи страх і депресію, пов'язані за їх самоспостереженнями із порушенням сну. Крім того, на харчову

поведінку досліджуваних впливає емоційне збудження, включаючи страх і гнів. Такі отримані нами результати стикуються з літературними: страх може призвести до порушення дієти у молодих дорослих і підлітків (Андерсон, 2018), а також призвести до більшого порушення сну (Фідель та ін., 2018). Ці результати свідчать про те, що негативні психологічні реакції, особливо страх, тісно корелюють із фізичними порушеннями.

В екстремальних ситуаціях особистісні психологічні реакції взаємодіють одна з одною, і на це також можуть впливати такі демографічні змінні, як стать. В нашому дослідженні більшість респондентів жіночого полу, то ж складно описати результати таких залежностей. Багато досліджень показали значну кореляцію між статтю та страхом (Казанджіоглуе, 2015). Однак ці результати виявилися суперечливими, з доказами більш високого рівня страху у літніх пацієнтів (Беатріс та ін., 2015).

З точки зору сімейного стану, існують значні відмінності в оцінках страху серед одружених, неодружених, розлучених і овдовілих пацієнтів (Егбор і Акпата, 2014). У Китаї дослідження страху показало, що багато факторів, таких як вік, сімейний стан і рівень освіти, мають прямий і опосередкований вплив на страх (Менг, 2019). Ці результати підтверджують потенційне передбачення демографічних факторів, що стосуються страху під час епідемій. Проте, які фактори є захисними, а які ризиковими, залишається незрозумілим.

**Висновки.** Загалом, це дослідження мало на меті виявити за стан страху серед населення України та Китаю під час екстремальних ситуацій, що склались за останні роки в цих країнах. Тенденція з часом, предиктори з демографічних змінних (стать, вік, ступінь освіти, сімейний стан, тип особи та підтверджені випадки в місті чи регіоні) і психологічних змінних (сприйняття небезпеки та домінування емоцій), а також зв'язок із темпераментом були досліджені в рамках онлайн-дослідження. Слід зазначити, що наше дослідження продовжується, в той же час ми можемо зробити такі попередні висновки:

- нами виявлялись подібності та відмінності у результатах психодіагностики темпераменту, позитивної чи негативної емоційності, а також проявами страху та їх наслідками;
- порівняння первинних даних показало, що китайські обстежувані були менш емоційно виразними, ніж українські;
- в групі українських обстежуваних в більшості вибірки (більше 70%) спостерігається домінування емоції страху, що може бути пояснено тим, що під час небезпеки життєдіяльності багато факторів можуть впливати на почуття особистого страху;
- сприйняття небезпеки та негативна експресивність можуть посилити емоцію страху, тоді як експресивне придушення, позитивна експресивність і негативне гальмування можуть зменшити емоцію страху;
- в групі китайських студентів (згідно зворотнього зв'язку в процесі тестування та бесід) відмічається домінування емоції радості. В той же час, попередні дослідники на протязі 2020–2021 рр. зазвичай спостерігали домінування емоції страху (в процесі пандемії). В той же час (біля 30%)

китайських респондентів зберегли домінуючу емоцію страху. Вони відмічають також, що моделі поведінки змінилися ще в 2020 році.

#### Література

1. Кокурн О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Збірник психодіагностичних методик для професійно-психологічного відбору кандидатів на військову службу за контрактом у Збройних Силах України : метод. посіб. К.: Видавничий дім “Освіта України”, ФОП Маслаков Руслан Олексійович, 2021. 74 с.
2. Лемак М.В., Петрище Ю.В. Психологу для роботи: діагностичні методики (українська мова). Методичне видання. Збірник. Ужгород, Видавництво А. Гаркуші, 2012, 616 с.
3. Усамітнення та самотність в житті особистості / Збірник тези за матеріалами круглого столу (on-line, 24 квітня 2020 р.). Київ: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2020. 100 с. Chong M., Wang W., Hsieh W., Lee C., Chiu N., et al. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. Br. J. Psychiatr. 185 127–133. 10.1192/bjp.185.2.127
4. Dou K., Nie Y., Wang Y., Liu Y. (2013). Analysis on development characteristic of adolescent regulatory emotional self-efficacy. Chinese J. Health Educ. 29 207–210
5. Kochanska G, Knaack A. Effortful control as a personality characteristic of young children: Antecedents, correlates, and consequences. Journal of Personality. 2003;71:1087–1112.
6. Lengua LJ, West SG, Sandler IN. Temperament as a predictor of symptomatology in children: Addressing contamination of measures. Child Development. 1998;69:164–181.
7. Porter CL, Hart CH, Yang C, Robinson CC, Olsen SF, Zeng Q, Olsen JA. A comparative study of child temperament and parenting in Beijing, China and the western United States. International Journal of Behavioral Development. 2005;29:541–551.
8. Rothbart MK. Temperament and the development of inhibited approach. Child Development. 1988;59:1241–1250.

## РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

**Фесюк А. І.**

*Міжрегіональна академія управління персоналом  
(м. Одеса, Україна)*

Чисельні порушення військової дисципліни, породжуються погано контрольованим тривожним станом у військовослужбовців. Небезпека тривожності полягає і в тому, що вона створює передумови до суїцидів, перешкоджає оздоровленню психологічного клімату, зменшує ступінь довіри у взаєминах між керівниками та підлеглими. Вирішення цих завдань, потребує відповідного науково-психологічного забезпечення [1].

Метою обраною теми є вивчення та аналіз рівня особистісної та реактивної тривожності військовослужбовців в умовах бойових дій.

Аналізуючи чисельні дослідження, тривога – це емоційний стан, відчуття сильного хвилювання, неспокою нерідко без будь якого зовнішнього приводу. [2]. Розрізняють реактивну тривожність (РТ), яку ще називають ситуативною тривожністю (СТ), що пов’язана з певною ситуацією; а також особистісну тривожність (ОТ), яка є стабільною властивістю особистості. Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій станом тривоги. Дуже висока ОТ прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту; з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними

захворюваннями. Реактивна тривожність, навпаки, викликається певною ситуацією, тому може бути об'єктом терапевтичної дії. За ступенем виразу тривожність буває низькою, помірною (що є фізіологічною нормою, так звана «корисна тривожність») і високою (яка потребує особливої уваги). Низька тривожність потребує підвищення відчуття відповідальності. Але іноді дуже низька тривожність у показниках є результатом активного витіснення особистістю високої тривожності з метою показати себе з більш вигідного боку. [3].

Для проведення дослідження було використано наступну методику: «Шкала оцінки реактивної та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л.Ханіна. Обрана методика дозволяє інформативно та надійно оцінити рівень тривожності у наданий час. Тобто реактивна тривожність, як стан, особистісна тривожність, як стійка (постійна характеристика) людини. Нижче наведені результати дослідження військовослужбовців кількістю 182 осіб, які знаходились у зоні проведення активних бойових дій.

*Таблиця 1*

**Отримані результати за методикою Шкала оцінки рівня реактивної реактивної та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна**

Методика «Шкала оцінки рівня реактивної реактивної та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна	Особистісна тривожність (ОТ)		Реактивна (ситуативна) тривожність (РТ)	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Низька	16	8,8 %	4	2,2 %
Помірна	12	6,6 %	160	87,9 %
Висока	154	84,6 %	18	9,9 %

Отже, із всього вищезазначеного можна зробити висновок, що особистісна тривожність, показала досить високі показники у військовослужбовців, з 181 осіб, 84,6% висока, помірна у 6,6% та низька у 8,8%. Що торкається реактивної тривожності, 87,9 % показали помірний рівень тривоги, 9,9% високий та 2,2% низький рівень тривоги.

За даними проведеного емпіричного дослідження на виявлення схильності до стану тривоги у військовослужбовців, можна порекомендувати органам військового управління і виховання доцільно фіксувати різні такі прояви серед особового складу з подальшим їх аналізом і проведенням відповідних виховних, психокоригуючих впливів. У зв'язку з тим, що різні прояви захисних реакцій військовослужбовця фіксувати неспеціалісту важко рекомендується організувати проведення з командирами занять за програмою «Мій рівень тривоги» з метою навчання їх технології управління тривогою в підрозділах. У



зв'язку з тенденцією ускладнення навчання і виховання особового складу і необхідністю надання кваліфікованої допомоги військовослужбовцям доцільно ввести до складу підрозділів офіцера-вихователя. Для розвитку служби психологічного забезпечення, потрібно науково-методичне забезпечення, більш тісне і координоване взаємодія медичних, виховних, психологічних і освітніх центрів.

#### Література

1. Козира П. В. Феноменологія психологічної дезадаптації у співробітників МВС України-учасників в АТО. *American Scientific Journal*. 2016. № 8 (8). Р. 40-46.
2. Колов С. А. К вопросу о системной (биопсихосоциальной) модели психопатологических нарушений у ветеранов боевых действий. *Фундаментальные науки и практика*. 2016. Том 1. № 1. С. 80-86.
3. Матяш М. М. Особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції – український синдром. *Лікарська справа*. 2014. № 12. С. 105-112.

*Секція III.*  
**ТЕОРЕТИЧНІ І ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА  
ПІДТРИМАННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

**НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДІТЕЙ СТАРШОГО  
ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ  
ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ**

**Веремійчук О. М.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

У статті розглянута тема нейропсихологічна корекція дітей старшого дошкільного віку з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. Ця тема є досить актуальною, оскільки це один з найбільш поширених неврологічних розладів у дітей. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 5-10% дітей стикаються з цим розладом, який може суттєво впливати на їхній навчальний процес, соціальну взаємодію та розвиток моторики.

Також питання нейропсихологічної корекції сенсомоторної сфери є дуже актуальним та важливим для дітей старшого дошкільного віку з гіперактивністю в умовах війни на Україні. Вона може допомогти покращити їхній стан та забезпечити нормальний розвиток моторики та психічного здоров'я в умовах стресу та незвичайних життєвих умов. Актуальність такої роботи полягає в тому, що діти, які знаходяться в зоні конфлікту, можуть страждати від травматичного досвіду, стресу та тривожності, що може призвести до розвитку психологічних та фізичних проблем.

Метою написання статті є вивчення проблеми та характеристика напрямків нейропсихологічної корекції, які застосовуються в сучасній практиці та розробка технологій нейропсихологічної корекції сенсомоторної сфери дітей з СДУГ.

Виходячи з мети дослідження, нами були визначені наступні завдання:

1. Вивчення та аналіз клінічної та психолого-педагогічної літератури з проблеми дослідження;
2. Розробка та апробація програми нейропсихологічної корекції сенсомоторної сфери у дітей з СДУГ;
3. Проведення емпіричного дослідження нейропсихологічної корекції сенсомоторної сфери у дітей із синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю;
4. Підведення підсумків емпіричного дослідження програми нейропсихологічної корекції сенсомоторної сфери у дітей з СДУГ.

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) характеризується нездатністю дитини контролювати свою увагу, переходити від однієї дії до іншої, контролювати свої імпульси та дотримуватися правил поведінки, та характеризується станом, обумовленим мінімальними мозковими дисфункціями.

Згідно з Класифікацією хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я МКХ-10 [5] СДУГ відноситься до класу «поведінкових та емоційних розладів» (F9), що об'єднує гіперкінетичні розлади: «розлад активності та уваги» (F90.0),

«гіперкінетичний розлад поведінки» (F90.1), «інші гіперкінетичні розлади (F90.8).

Одним з ключових ознакових показників СДУГ є сталість прояву симптомів гіперактивності, імпульсивності та неухвності, що означає, що ці симптоми повинні проявлятися в різних ситуаціях безперервно протягом щонайменше 6 місяців.

На нашу думку, розробка програми нейропсихологічної корекції сенсомоторної сфери може базуватися на різних підходах та технологіях, але загальною метою є зміна певних процесів у мозку з метою покращення функціонування сенсомоторної сфери.

Ми вважаємо, що один з можливих підходів може полягати в застосуванні методів нейропластичності, які передбачають зміну структури та функцій нервової системи шляхом активної стимуляції певних ділянок мозку. Нейропластичність є важливою для навчання та розвитку дітей, а також для відновлення після травми чи захворювання нервової системи. Завдяки нейропластичності можна покращити когнітивні та моторні навички.

Нейропсихологічна діагностика є важливим етапом перед початком нейропсихологічної корекції, оскільки вона дозволяє виявити конкретні проблеми та визначити індивідуальний підхід до кожної дитини. Отримані результати дозволяють визначити, які саме психологічні функції потребують корекції, і визначити оптимальну програму корекції.

Під час нейропсихологічної діагностики використовуються різноманітні тести та інструменти для оцінки рівня розвитку вищих психологічних функцій, таких як увага, пам'ять, мовлення, сприйняття та інші.

Також проводяться нейрофізіологічні дослідження, такі як електроенцефалографія (ЕЕГ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ), які дозволяють виявити можливі порушення у функціонуванні мозку та його структури.

У дітей старшого дошкільного віку ефективним методом лікування СДУГ може бути нейропсихологічна корекція сенсомоторної сфери. Цей метод ґрунтується на стимулюванні роботи нервово-м'язової системи дитини за допомогою спеціальних вправ і ігор. Його основна мета полягає в поліпшенні сприйняття, обробки та інтеграції сенсорної інформації.

Існує кілька методик сенсомоторної корекції для дітей старшого дошкільного віку. Ось деякі з них:

1. Терапія з використанням рухових іграшок: Використання різноманітних іграшок, які вимагають рухів, сприяє розвитку сенсомоторних навичок у дітей.

2. Терапія за допомогою музики і ритму: Звукова стимуляція може покращити сприйняття ритму і координацію рухів у дітей.

3. Вправи на розвиток балансу та координації: Виконання спеціальних вправ сприяє покращенню балансу та здатності контролювати рухи.

4. Терапія з використанням різних текстурних матеріалів: Взаємодія з матеріалами різної текстури допомагає розвивати тактильні навички та сприйняття.

5. Вправи на розвиток просторового сприйняття: Заняття, спрямовані на розуміння просторових відношень, можуть допомогти покращити сприйняття простору дитиною. Також розвиток просторового сприйняття є важливою частиною когнітивного розвитку дитини. Зв'язок між руховим та когнітивним розвитком також підтверджується нейропсихологічними дослідженнями та дослідженнями нейровізуалізації (Diamond, 2000; Wassenberg et al., 2005).

6. Терапія з використанням балансових дошок і куль: Використання цих інструментів допомагає покращити баланс та координацію.

7. Вправи на розвиток моторних навичок: Спеціальні вправи, спрямовані на покращення моторних навичок, можуть допомогти удосконалити рухи дитини (Алексеева, І.В.).

Ці методики можуть застосовуватися як окремо, так і в поєднанні одна з одною залежно від потреб і характеристик кожної конкретної дитини. Важливо, щоб корекційна програма була індивідуалізованою та адаптованою до потреб і можливостей кожної дитини.

Використовуються методи, спрямовані на покращення довільного контролю уваги та покращення саморегуляції: окорухові та дихальні вправи; вправи зі зняттям тонічних порушень, підвищення працездатності; вправи на нормалізацію активаційних процесів; ігрові вправи у вигляді стоп-ігор, ігор із правилами, рольових ігор, а також вправи для розвитку динамічного праксису (Кузьменко, В.).

Висновок. Розробка програми нейропсихологічної корекції сенсомоторної сфери може базуватися на різних підходах та технологіях, але загальною метою є зміна певних процесів у мозку з метою покращення функціонування сенсомоторної сфери.

Таким чином, для досягнення максимального результату програма нейропсихологічної корекції сенсомоторної сфери дитини з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю повинна враховувати індивідуальний підхід до кожної дитини, оскільки кожна дитина має унікальні потреби та можливості, а також має включати в себе вправи та методи, які сприяють зосередженості та зменшенню гіперактивності та вправи, що сприяють розвитку та покращенню координації рухів та сприйняття.

#### Література

1. Алексеева, І.В. Гіперактивні діти: корекція поведінки. Київ : Шк.світ, 2011. 96 с.
2. Кузьменко, В. Корекційна робота з дитиною із синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. *Практичний психолог: дитячий садок*. 2013. № 8. С. 56-62.
3. Diamond A. Close Interrelation of Motor Development and Cognitive Development and of the Cerebellum and Prefrontal Cortex. *Child Development*. 2000. Vol. 71. P. 44-56.
4. Wassenberg R, Feron FJM, Kessels AGH, Hendriksen JGM, Kallf AC, Kroes M, Hurks P.P.M., Beeren M., Jolles J., Vles J.S.H.. Relation between cognitive and motor performance in 5 – to 6-year-old children: Results from a large-scale cross-sectional study. *Child Development*. 2005. Vol.76. P. 1092-1103.

5. МКХ-10: Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. URL:<https://www.surgery.org.ua/Documents/Details/aa535505-419d-4d67-a9e7-5c6d4b8f1ced?title=MizhnarodniiKodifikatorKhvorobMkhh10>

## **ПРОБЛЕМА ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ У СУЧАСНИХ УМОВАХ**

**Карпич І.А.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Проблема тривожних розладів, є однією з актуальних проблем у сучасному світі. Спочатку тривала пандемія, потім почалися воєнні дії в Україні. Міграція, втрата близьких людей, стабільної роботи і багато інших негативних вимушених змін у суспільстві, призвели до порушення психічного здоров'я, а саме до поширення тривожних розладів особистості. Аналіз літератури з військової психології підкреслює особливості впливу війни на психіку особистості. Спеціалісти відзначають, що стрес, може бути непомітним, але руйнівним. Через війну, українцям загрожують розлади психіки, такі як: депресія, тривожний розлад та посттравматичний стресовий синдром (ПТСР). Ці дані підтверджуються Міністерством охорони здоров'я, а також, прогнозується, що симптоми таких розладів психіки, можуть проявитись у понад 8 мільйонів людей [6, 4].

Щоб детально розібратися в понятті тривожні розлади (ТР), необхідно розглянути, що є тривога, і що є тривожність. Так, під «тривоною» розуміють – негативну забарвлену емоцію, але в водночас це – це нормальна природна реакцію на стресову ситуацію, вона стає проблемою лише тоді, коли ступінь тривоги стає більше ніж її причина, або коли не існує об'єктивної зовнішньої причини для стурбованості. Постійна напруга, страхи, як відзначають дослідники (М.Б. Коробіцина, В. Астапов, Ф. Березін, Г. Габдрєєва, Ю. Забродін, О. Захаров, К. Ізард, Н. Імедадзе, Л. Костіна, Н. Левітов, Д. Леонтєв, Р. Мей) паралізують думки й тіло особистості, і можуть свідчити про тривожний розлад, який знижує її життєвий тонус, та в підсумку призводить до низки тяжких наслідків [2, 6].

Тривожність – це одна з основних властивостей особистості, а фактор, що впливає на її розвиток, може свідчити про суб'єктивний прояв неблагополуччя особистості. Аналіз наукових досліджень з проблеми тривоги та тривожності (Г. Прихожан, І. Рантбут, Ф. Ріман, Г. Салліван, Ч. Спілбергер, Д. Тейлор, П. Тилліх, З. Фрейд, Е. Фромм, Ю. Ханін, К. Хорні), вказують на те, що тривожність – це переживання емоційного дискомфорту, пов'язане з передчуттям загрозової небезпеки. Дослідження тривожності у психології спрямовані на розрізнення: 1) тривожності ситуативної — пов'язаної з конкретною зовнішньою ситуацією; 2) тривожності особистісної — стабільної властивості особистості. Вона звичайно підвищена: а) при нервово-психічних і важких соматичних захворюваннях; б) у здорових людей, що переживають наслідки психічної травми; в) у багатьох груп людей з відхиленою поведінкою [7, 6].

З точки зору клініко-психологічного підходу, тривожний розлад – це психогенно-зумовлене захворювання невротичної групи. Переважаючими симптомами стану є неконтрольовані переживання, ірраціональний страх, стійке відчуття тривоги, довготривалий подавлений настрій, плаксивість. Тривожний розлад особистості, може викликати бажання відмежуватись від соціуму. На відміну від природних переживань через стрес, цей стан характеризується тривалістю. У тяжких випадках можна говорити про тривожно-фобічні розлади психіки, які вимагають медикаментозного лікування. Слід зазначити, що тривожні розлади тривають не менше ніж півроку та без відповідного втручання фахівців, можуть призвести до серйозних психічних захворювань. Дуже часто тривожний розлад супроводжується фізичними або психічними захворюваннями, які здатні приховувати або посилювати симптоми тривоги. Без використання належної медичної та психологічної, а іноді і психіатричної допомоги, спостерігаються такі наслідки тривожного розладу як патологічні залежності, психічні розлади, суїцидальні схильності, панічні атаки, неврози, параноя, депресія, анорексія та ін. [7, 4].

Більш детально, клінічні ознаки тривожного розладу представлені Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). До класифікації входять: Панічний розлад (F 41.0), що виявляється панічними атаками; Генералізований тривожний розлад (F 41.1), що характеризується постійно підвищеною тривожністю; Змішаний тривожно-депресивний розлад (F 41.2) – поєднання тривоги з депресією. Ознаки ТР поділяють на фізичні та психічні. Психічні симптоми тривожного розладу: труднощі з концентрацією; відчуття скутості та напруги; зниження працездатності; порушення сну, безсоння; дратівливість; різні фобії; підвищена стомлюваність і постійна втома; постійно або періодично виникає почуття тривоги. Фізичними симптоми ТР такі: озноб; нудота; тахікардія; сухість у роті; загальна слабкість; посилене потовиділення; слабкість сечового міхура; біль у животі, легка діарея; тремтіння або тремор кінцівок; утруднене дихання, задуха; головний біль і запаморочення. Слід зазначити, що ТР у особистості мають хронічну й астеничну форму, яка характеризується підвищеною втомлюваністю психіки та періодами біполярності, і може проходити різні стадії: від легких проявів до серйозних нападів із фізичними симптомами [3].

Спеціалісти виділяють такі причини тривожного розладу:

- захворювання: гіпертиреоз, порушення кровообігу, гормональні відхилення, хронічні
- серцеві патології, серцева недостатність, аритмія, астма, виснаження організму;
- прийом кортикостероїдів, наркотичних речовин;
- особливості темпераменту (схильність до переживань, недовірливість);
- надмірне вживання кофеїну, енергетиків.

Слід підкреслити, що причинами виникнення тривожних розладів особистості біологічні або психологічні фактори. Частіше тривожні стани

розвиваються саме з психологічних причин. Серед них: тривожний психотип особистості; психологічні травми; хронічні стреси; пережита депресія чи психічний розлад іншого типу; негативний психологічний досвід близьких людей. Біологічним фактором може бути спадковість, хронічні болі, перенесені раніше соматичні захворювання.

У вивченні тривожного розладу, С. Стоссел виділив чотири основних підходи до визначення причин ТР, так представники психоаналітичного підходу вважають, що до факторів впливу належать, свідомі й підсвідомі психологічні конфлікти, і що причина тривоги у внутрішніх конфліктах особистості. Із точки зору когнітивно-поведінкової моделі, вважається, що типова уникаюча поведінка є наслідком тривалого закріплення початковою одиничною реакцією страху, що виникає через негативний життєвий досвід; біомедичний підхід вивчає, які механізми та структури мозку, генетичні особливості психіки збільшують ризик розвитку тривожності, що допомагає краще розбиратися в тому, як визвано надмірне занепокоєння, а також шукати методи боротьби з ним. Емпіричний підхід, пов'язує тривогу з базовими екзистенційними проблемами, кризами, загальнолюдськими цінностями. Таким чином, на сьогоднішній день, ми не можемо чітко сказати, якій саме із підходів є найбільш ефективним в лікуванні тривожних розладів особистості [6, 4].

Психологічна діагностика тривожного розладу проводиться за наявності симптоматики, які спостерігаються у особистості протягом двох тижнів. Вона базується на знаннях феноменології, діагностичних критеріях типового захворювання. Типові прояви ТР зустрічаються рідко, тому, розпізнати проблему й призначити, відповідне лікування може тільки досвідчений психотерапевт. Виявлення симптомів можна прослідити, під час клінічного інтерв'ю з самим хворим і його рідними. Під час бесіди важливо з'ясувати, як симптоми тривожного розладу впливають на повсякденне життя хворого, наскільки змінилося коло спілкування, як змінилися його погляди на майбутнє. Для діагностики ТР, найчастіше використовують тести, такі як: опитувальник Бека; тест Цунга для самооцінки визначення тривоги і депресії; тест Спілбергера для визначення рівня реактивної та особистісної тривожності; тест для скринінгу тривожності (GAD-7). Також рекомендується використовувати психометричні тести, які допомагають визначити ступінь виразності розладу, шляхом вимірювання розумових можливостей та стилю поведінки, також зміну динаміки на тлі проведеної терапії. З метою виключення неврологічних порушень призначається консультація невролога.

Коли проведені всі необхідні діагностичні заходи, фахівець розробляє реабілітаційну програму, яка включає в себе: психологічну, психотерапевтичну, медикаментозну підтримку, завдяки чому лікування тривожного розладу буде ефективним та комфортним для пацієнтів і їхніх рідних. Зазначимо важливість регулярного відвідування психолога для обов'язкового обстеження і профілактики тривожності після одужання.

В сучасній психотерапії, клінічній психології, в медицині розроблені положення медико-психологічного супроводження особистості з тривожними

розладами. Його ціллю є усвідомлення проблеми особистістю і створення умов її подолання. Для досягнення мети ми пропонуємо наступні види роботи:

1. Медикаментозна підтримка (за потребою, назначає лікар).
2. Психодіагностика, психологічне консультування (проводить психолог).
3. Психотерапія (проводить психотерапевт) [2].

Враховуючи, що не всі пацієнти з тривожними розладами потребують медикаментозної підтримки, одним з провідних міст, впливу на ТР надається різним видам психотерапії. Ефективними, психологічними методами є: раціональна, тілесно-орієнтована, арт-терапія, гештальт-терапія, психодинамічна психотерапія. Слід зазначити, що в сучасній практиці найбільш використовують метод когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), даний підхід забезпечує запобігання рецидиву, відсутність симптомів побічної дії, і це підтверджується більшістю сучасних протоколів.

О. І Романчук, відмічає, що КПТ-модель тривожних розладів, насамперед, пояснює механізм переходу нормальної тривоги, яка носить лінійний характер, у тривожний розлад, при якому тривожна реакція «зациклюється», і відповідно, утворюється підтримуючий цикл, який веде не до зниження тривоги, а навпаки – до її підтримки. Когнітивний стиль багатьох пацієнтів з ТР характеризується типовими когнітивними спотвореннями, такими як «катастрофізація», які ведуть до створення «суб'єктивної реальності». Це пов'язано з тим, що когнітивні інтерпретації, які робить людина, набувають неадекватного характеру, тобто, більшість життєвих ситуацій інтерпретуються невідповідно небезпечними і людина починає постійно перебувати у стані тривоги. Роль підтримуючих циклів є центральним в КПТ, щодо розуміння механізму розвитку тривожних розладів та ефективних підходів до їх терапії [5].

Ще слід відзначити, що на наш погляд, ефективним є такий проєктивний метод, як Метафоричні асоціативні карти (МАК), в роботі з тривожними розладами особистості. Цей метод може бути використаний в когнітивно-поведінковій терапії, арт- терапії та інших видах психотерапевтичного процесу в ролі терапевтичного каталізатора в роботі з ТР. З їх допомогою можна здійснювати проєктивну діагностику, консультативну та корекційну роботу. Методика МАК, на практиці зарекомендувала себе як самостійний психологічний, діагностичний і терапевтичний інструмент. При використанні інструмента МАК ініціюється процес довіри між терапевтом та клієнтом в індивідуальних чи групових процесах. Найважливіше, що у хворого, в процесі взаємодії з метафоричними картками, спостерігається зняття тілесної та психічної напруги, «тут і зараз» відчуття безпеки між ним і його проблемами з соціумом. У ході роботи з МАК, пацієнт може по-іншому пережити, навіть травматичні події власного життя і це проживання є безпечним, оскільки взаємодія з метафоричними картками, захоплює хворого і дозволяє під час роботи, «вийти» з тривожного матеріалу, та надихає на створення більш позитивного внутрішнього стану. Асоціації, що виникають, у процесі допомагають перенести інформацію з підсвідомості до усвідомленого, і створити умови для складання більш ресурсного сценарію власного життя: внутрішнього



благополуччя, фізичного, соматичного та психічного здоров'я. Таким чином Метафоричні асоціативні карти знаходять широке застосування у професійній психології, психотерапії, і є досить гнучким, та значною мірою, універсальним інструментом [1].

Таким чином, аналіз спеціальної літератури, що до проблеми подолання тривожних розладів особистості показав, що найбільш ефективним в процесі реабілітації осіб з ТР, є мультимодальна система, яка включає в себе медикаментозний підхід, психотерапевтичний вплив, а також психологічний супровід.

#### Література:

1. Мартинова М. А. Метафоричні карти та можливості їх застосування в роботі практичного психолога. *Сучасна психологія*. 2017. С. 65-78. URL: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/254/12837/>

2. Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Чугунов В. В., Курило В. О., Андрух П. Г., Заседа Ю. І. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. 5-е вид., перероблене та доповнене / ред. Б. В. Михайлова. Х. : ХМАПО, 2014. 328 с.

3. Міжнародна класифікація хвороб МКХ-10. URL: <https://www.rosnecoweb.ru/standarts/RUSSCO/2018/2018-mkb10.pdf>

4. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

5. Романчук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності. *НейроNews*. 2012. No. 4 (39). С. 40 - 46. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/RomanchukAnxiety-disorders.pdf>

6. Чистовська Ю. Ю., Харченко Т. Г., Жураківський І. О. Особливості виникнення і перебігу тривожних розладів та їх психотерапія. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. No 6, Т. 1. С. 117-119. DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.6-1.24>.

7. Л. Шаттенбург, Я. Кульчинський Групова терапія тривожних розладів у психосоматичній клініці. *«Неврологія, Психіатрія, Психотерапія»*. 2018. № 1 (44). С.32-33.

## ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ КІБЕРАДИКЦІЇ ЯК ЧИННИКА РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ

**Колесниченко І. С.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Інтернет став важливою частиною життя сучасної людини. Новини, спілкування, навчання, шопінг це лише невелика частина того, що дає нам всесвітня мережа. Світ інтернету неосяжний, але і неосяжні проблеми з якими стикаються люди, які використовують цю платформу без обмежень. Цей негативний вплив призводить до появи нових видів залежності, таких як кіберадикція, тобто людина відчуває необхідність постійно перебувати в онлайні та споживати різні цифрові контенти. В свою чергу, кіберадикція погіршує психічне здоров'я людини та призводить до депресивного стану. Таким чином

проблема кіберадикції та її зв'язок із депресивним синдромом є актуальними дослідницькими напрямками в наш час.

Кіберадикція - це патологічна залежність від комп'ютерних технологій та інтернету, яка може виявлятися у вигляді патологічного використання онлайн-ігор, соціальних мереж, чатів, онлайн-шопінгу та інших інтернет-ресурсів. Це визначення дає Кімберлі Янг, яка є психологом та спеціаліст з інтернет-залежності. Інші автори, такі як Іван Голдберг, визначають кіберадикцію як "надмірне використання комп'ютерів, мереж та/або інтернет-технологій, що веде до пошкодження фізичного та психологічного здоров'я, соціального та професійного життя, а також до порушення громадського порядку та порушення норм та цінностей".

Історія кіберадикції пов'язана з появою Інтернету наприкінці 20 століття. У 1996 році доктор Іван Голдберг запропонував термін «інтернет-залежності» для опису стану, який він спостерігав у деяких своїх пацієнтів, які проводили надто багато часу в Інтернеті. Це один із перших термінів, що використовуються для опису проблеми кіберадикції. Розлад інтернет-залежності (IAD) характеризується примусовим використанням інтернету, що заважає повсякденній діяльності та призводить до негативних наслідків, таких як соціальна ізоляція, проблеми у стосунках, а також академічні чи професійні порушення. Симптоми IAD можуть включати:

1. Захопленість інтернетом, включаючи сильне бажання чи спонуку користуватися ним.
2. Збільшення часу використання інтернету задля отримання задоволення.
3. Симптоми абстиненції, коли відсутність інтернетом викликає дратівливість, неспокій або тривога.
4. Ігнорування родини, друзів або робочих обов'язків.
5. Немоżliвість контролювати або обмежувати використання інтернету.
6. Використання інтернету для втечі від негативних емоцій чи проблем у реальному житті.
7. Нехтування особистою гігієною, здоров'ям чи іншими важливими сферами життя через надмірне використання інтернету.

Важливо зазначити, що IAD офіційно не визнано клінічним розладом у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-5). Проте деякі фахівці з психічного здоров'я визнають інтернет-залежність потенційною клінічною проблемою та продовжують вивчати її причини, наслідки та методи лікування [1].

Однією з найпоширеніших проблем, пов'язаних із кіберадикцією, є депресивний синдром. Депресивний синдром – психопатологічний синдром, що характеризується тріадою симптомів: зниженим настроєм на типом гіпотимії, гальмуванням інтелектуальної діяльності (брадипсихія, брадифренія), рухової та вольової загальмованості (гіпобулія). Згідно з дослідженнями, люди, які

страждають від кіберадикції, мають більш високий ризик розвитку депресивного синдрому, ніж люди, які не страждають від кіберадикції.

Психологічним дослідженням взаємозв'язку кіберадикції і депресивного синдрому займались також: Ларс-Герхард Шульц, Юнхо Чой, Марк Гриффітс, Джон Гровер та Кріс Боуман, Стівен Хіггінс, Девід Філіпс, Майкл Хуен.

Нині є декілька теорій, які пояснюють цей взаємозв'язок. Одна з теорій – це теорія заміщення соціальних контактів. Дослідження Девіда Філіпса та його колег, опубліковане в журналі "Кіберпсихологія та поведінка", підтвердило зв'язок між кіберадикцією та ризиком депресії, а також роль реальних соціальних контактів у запобіганні цим проблемам.

Вчені дійшли висновку, що для запобігання та лікування кіберадикції необхідно допомогти людям встановити реальні соціальні зв'язки та контакти в реальному житті. Регулярні соціальні взаємодії з друзями та близькими можуть допомогти зменшити почуття самотності та ізоляції, які можуть виникати під час кіберадикції [2].

Інша теорія, запропонована вченим Кімберлі Янг, називається теорією виживання. Згідно з цією теорією, люди починають зловживати інтернетом, щоб втекти від своїх проблем та стресів. Вони знаходять втіху та задоволення у використанні інтернет-ресурсів, які можуть стати для них способом виживання в ситуації, коли вони не мають інших можливостей для розв'язання проблем. Однак, у міру того, як люди все більше і більше використовують інтернет для втіхи, вони починають відчувати проблеми зі здоров'ям та соціальними відносинами. Це може призвести до депресії, тривожності та інших проблем психічного здоров'я.

Теорія виживання пропонує ряд методів для лікування кіберадикції. Вона підкреслює, що важливо звернутися до професіоналів, які можуть допомогти керувати стресом та проблемами, спричиненими кіберадикцією. Також важливо розвивати соціальні та емоційні навички, щоб покращити стосунки з іншими людьми та навчитися справлятися з проблемами у реальному світі, не звертаючись до інтернету як способу втіхи та виживання [4].

Третя теорія, яка називається теорією негативного впливу настрою, стверджує, що кіберадикція може призвести до циклічних змін настрою, а зрештою до депресивного синдрому. Цю теорію підтримують такі вчені, як Джон Гровер та Кріс Боуман. Відповідно до цієї теорії, використання Інтернету може викликати як позитивні, і негативні емоції, залежно від контенту, який людина споживає. Наприклад, деякі види онлайн-контенту, такі як соціальні мережі, можуть викликати в людини позитивні емоції – радість, задоволення та прихильність. Однак, з іншого боку, існують онлайн-активності, такі як перегляд насильства або порнографії, які можуть спричинити негативні емоції – такі як гнів, страх, сором.

Теорія негативного впливу настрою передбачає, що постійне споживання контенту, що викликає негативні емоції, може призвести до розвитку циклічних змін настрою, які можуть бути подібними до симптомів депресії або біполярного розладу. Ці циклічні зміни можуть призводити до підвищення рівня тривожності,

погіршення якості сну, зменшення мотивації, погіршення самооцінки та інших негативних наслідків [3].

Остання теорія – це теорія розбіжності самооцінки, яка була запропонована в 1987 Стівеном Хіггінсом. Вона говорить, що негативні емоційні стани, такі як депресія, можуть виникати в результаті розбіжності між фактичним "Я" та "Ідеальним Я" або "Очікуваним Я". "Ідеальне Я" - це те, як людина хотіла б себе бачити, а "Очікуване Я" - це те, як вона думає, що має бути відповідно до норм і очікувань оточення [5].

Крім цього, існує також припущення, що кіберадикція може призводити до змін у структурі мозку. Одне з досліджень, проведене в Університеті Шанхаю у 2015 році, показало, що у людей з кіберадикцією спостерігається зниження щільності сірої та білої маси в деяких відділах мозку, що може спричинити психологічні порушення, включаючи депресію.

Однак, необхідно зазначити, що в цій галузі все ще існує нестача якісних досліджень, особливо щодо можливих механізмів взаємодії між кіберадикцією та депресивним синдромом. Більшість наявних досліджень базуються на невеликих вибірках і не завжди враховують усі можливі фактори, що впливають на розвиток депресії.

На закінчення, слід зазначити, що кіберадикція є серйозним психологічним розладом, який може мати негативний вплив на багато аспектів життя, включаючи психічне здоров'я. Хоча дослідження у цій галузі ще не є досить масштабними та неоднозначними, існуючі дані дозволяють дійти невтішного висновку у тому, що кіберадикція може бути однією з чинників ризику у розвиток депресивного синдрому. Подальші дослідження у цій галузі можуть допомогти визначити механізми взаємодії між цими явищами та розробити ефективніші методи лікування та профілактики.

#### **Література:**

1. Dr. Ivan Goldberg Internet Addiction Disorder. American Journal of Psychiatry. 1996. P. 5-9.
2. David Phillips Internet Addiction Disorder: Cause or Effect of the Relationship Problems between Adolescents and Their Parents?. CyberPsychology & Behavior. 2007. P. 10-11.
3. John M. Grohol Chris T. Baumann Internet Use and Psychological Well-being: A Meta-Analysis. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2014. P. 12-15.
4. Kimberly Young Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery. USA: John Wiley & Sons, 1998. 234-239 p.
5. Steven Higgins Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. Psychological Review, 1987. P. 3-4.

## **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ЯК ПРОЯВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УМОВАХ ВІЙНИ**

**Савенкова І.І., Лаговська Н.В.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

**Постановка проблеми.** Вагітність в житті жінки – це унікальний процес, який має позитивне значення, проте психіка вагітної піддається стійкому стресовому навантаженню, особливо у нашому не простому сьогоденні. Вплив збройного конфлікту має різноманітні наслідки як для військових, так і для мирного населення. Війна для вагітних є справжній психотравматичний чинник, який може призвести до посттравматичного стресового розладу, що загострить або розвине проблеми в психоемоційній сфері жінок. Пренатальний стрес збільшує ймовірність ускладнень під час вагітності, що призводить до загрози здоров'я жінки, здоров'я і розвитку дитини, це може бути додатковим ендogenousним стресовим чинником.

Все частіше вагітні потребують психологічної спеціалізованої допомоги в адаптації до нових змін у житті жінки. За даними іноземних авторів N. Jain, S. Prasad, Z.C. Czarth et al., значна частина (15-38%) майбутніх матерів потребує невідкладної допомоги через можливі ускладнення під час вагітності, пологів і безпосередньо після пологів. В умовах війни приблизно 21% операцій були кесаревим розтином. Згідно з рекомендаціями ВООЗ кількість кесаревих розтинів не повинна перевищувати 10% від загальної кількості пологів [10].

**Метою статі** є ознайомлення з теоретичними підходами до вивчення проблеми особливостей прояву емоційної сфери у вагітних жінок, які пов'язані з посттравматичним стресовим розладом в умовах війни.

**Виклад основного матеріалу.** Починаючи з ранніх етапів розвитку перинатології, фахівці намагалися пояснити як пов'язаний стан навороженої дитини з психоемоційною сферою матері, з особливостями перебігу вагітності та пологів. Вивченням психоемоційної сфери вагітних жінок, займалися такі вчені, як І. Харді, Т. Верні, С. Гроф, М. Оден, Г.Х. Грабер та інші. На даний час функціонує Міжнародне суспільство пренатальної та перинатальної психології та медицини (International Society of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine – ISPPM), метою якого є підвищення обізнаності серед громадськості та спеціалістів, щодо основних емоційних, психологічних та фізичних потреб вагітних жінок.

Г.Г. Філіппова розглядає емоційний стрес матері, як порушення природних процесів психологічної адаптації вагітної, який негативно впливає на гестаційний процес. Описуючи у своїх роботах вплив стресу протягом вагітності, Г.Г. Філіппова вказує на наявність у вагітних жінок високого рівня тривоги, підвищеної нервово-психологічної напруги, емоційної лабільності, бажання бути опікуваними та захищеними [5].

Вагітна готується стати матір'ю, зростає почуття відповідальності за майбутню дитину, розвиваються материнські інстинкти. При цьому спостерігається психічний розлад, переважно на рівні невротизації. І.В. Добряков зазначає, що «на початку вагітності важливими змінами функціонування центральної нервової системи жінки є зниження збудливості кори головного мозку та відносне підвищення збудливості підкіркових утворень» [2].

Клінічний інтерес представляють прикордонні психічні зміни та соматоформні психічні розлади, які часто виникають під час вагітності. І. Харді (1988) говорить про те, що у 90% вагітних жінок неврози проявляються так званим звичним блюванням, тобто підвищеною чутливістю до смаку і запахів, що ще більше посилює блювоту. При цьому наголошується, що блювота у вагітних може бути не тільки психогенною та може початися вже на 2-6 тижні вагітності, тривати 4-5 місяців, викликаючи зневоднення, втрату маси тіла, ураження печінки та навіть системне отруєння у важких ситуаціях.

Психічні та психосоматичні ускладнення під час вагітності, пов'язані з преморбідними особливостями особистості, з умовами життя, соціальними та сімейними, з переживаннями та враженнями. І. Харді робить важливий акцент на небажаній вагітності та важкій для жінки психологічній ситуації, при ворожому ставленні до самої вагітності та заперечення, щодо наявності очевидних фактів. Механізм психологічного захисту спрацьовує у випадку ігнорування пренатального періоду «приголомшлива наївність» [6].

А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко та Р.І. Ісаков розглядають особливості емоційної сфери вагітних, які пов'язані з порушеннями психічного здоров'я жінок, а саме при стані психозу, чи оглушення свідомості, ПТСП. Скарги вагітних жінок, стосовно емоційної сфери, автори описують як: надто легкий і прискорений перехід від позитивних до негативних емоцій; раптові напади дисфорії; відчуття смутку, туги, печалі; причина появи (без відомих причин, внаслідок певних травматичних ситуацій); тривалість (постійно чи посилюється у певний час доби); відсутність будь-яких емоційних реакцій навіть на життєво важливі події; відчуття генералізованої тривоги; напади розпачу, жаху, страху смерті з вираженими вегетативними проявами (панічні атаки); різноманітні страхи, у тому числі нав'язливі, що супроводжуються критичним ставленням до них [4].

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) посттравматичний стресовий розлад (F43.1) характеризується виникненням відстроченої або тривалої реакції на стресову подію надзвичайно загрозливу чи катастрофічну та може спричинити значний стрес будь-кому. Фактори схильності, такі як особистісні характеристики (компульсивність, слабкість) або анамнез неврологічних захворювань, можуть знизити поріг розвитку синдрому або загострити його перебіг. Типові симптоми включають повторне переживання травматичної події в нав'язливих спогадах («кадрах»), думках або кошмарах на тлі стійкого заціпеніння, емоційної пригніченості, відчуження від інших, порушення координації з оточенням та уникнення дій, які нагадують про травматичну ситуацію. Зазвичай спостерігаються підвищене збудження та виражена підвищена настороженість, підвищена реакція на страх і безсоння. Тривога та депресія часто пов'язані з вищевказаними симптомами, і суїцидальні думки не є рідкістю [3].

На сьогодні, ми знаходимось напередодні впровадження в практику Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), у якій вперше з'являється таке поняття, як комплексний ПТСП (6B41). КПТСП – це розлад,

який може розвинути після впливу події або серії подій надзвичайно загрозливого, або жахливого характеру, найчастіше тривалих чи повторюваних подій, уникнути яких важко чи неможливо [7].

А.В. Гайдабрус говорить про те, що при кПТСР симптоми людей відповідають критеріям ПТСР разом з іншими факторами, такими як постійні та поширені труднощі з регуляцією емоцій, негативні переконання щодо себе та міжособистісного функціонування.

КПТСР має додаткові симптоми, окрема основних ПТСР, які включають: почуття сорому або провини; хворому важко контролювати свої емоції; періоди втрати уваги та концентрації (дисоціації); фізичні симптоми, такі як головний біль, запаморочення, біль у грудях і у животі; відсторонення від друзів і сім'ї; труднощі міжособистісних відносин; деструктивна або ризикова поведінка; суїцидальні думки, дії.

Включення (кПТСР) до МКХ-11 відображає зростаючу кількість доказів того, що група людей з посттравматичним стресовим розладом також має дефіцит регуляції емоцій, навичок міжособистісного спілкування та самооцінки, що разом називають «порушеннями в самоорганізації» (ПСО). Хоча вважається, що кПТСР є наслідком складних травматичних подій, емоційне нехтування травматичними подіями може бути важливим фактором у розвитку захворювання [1].

Посттравматичний стресовий розлад має значний вплив на емоційне здоров'я вагітних жінок під час війни. Сучасні дослідження (Y.I. Nillni, D. R. Shayani, E. Finley, L.A. Copeland et al., 2020) показують, що симптоми ПТСР передбачають підвищений ризик переживання післяпологової депресії та тривоги, а також сприйняття важкої вагітності [8]. E. Van Ee, R.J. Kleber, T.T. Mooren (2012) у своїх дослідженнях показали, що вагітні жінки, які страждали на синдром ПТСР, були більш нечутливими, неструктурованими та вороже налаштованими стосовно своєї вагітності. Жінки, які зазнали військових умов під час вагітності, вважали себе пошкодженими, нездатними забезпечити безпеку немовляти та переповненими почуттям провини [9].

**Висновки.** Високе психоемоційне напруження у жінок призводить до порушення психологічної адаптації, а також до зміни репродуктивного здоров'я та порушення вегетативного балансу. Посттравматичний стресовий розлад охоплює сукупність психічних станів і розладів, які можуть розвинути після важкої психологічної травми. Важливо відзначити, що література про результати перинатального здоров'я серед вагітних жінок і вплив ПТСР на результати вагітності все ще знаходиться в зародковому стані. Однак очевидно, що ПТСР має значні наслідки для емоційного добробуту вагітних жінок під час війни.

**Перспективи подальших досліджень.** Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми особливостей прояву емоційної сфери у вагітних жінок, які пов'язані з посттравматичним стресовим розладом в умовах війни показали низку проблемних питань, що мають бути вирішеними у подальших дослідженнях. До них відноситься емпірична перевірка окресленої теоретичної

структури, яка вимагає не тільки правильно реалізованих процедур, але й вибору валідних і надійних психодіагностичних засобів. Психодіагностичний інструментарій має бути чутливим до адаптаційних властивостей вагітних жінок та емоційного компонента. Також необхідним є перевірка наявності кореляційного зв'язку між емоційною сферою вагітних та ПТСР в умовах війни. Нарешті, доцільно визначити наявність та важливість інших складових проявів ПТСР, що реалізуються в бойових умовах. Таким чином, викладена теоретична позиція, як і будь-яка інша, повинна бути ретельно перевірена на теоретичну та емпіричну частину, перш ніж можна буде адекватно розробити високоякісну психокорекційну програму для вагітних жінок з ПТСР та розладами в емоційній сфері.

#### Література:

1. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. № 11. С. 19-24. URL: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-11-02>
2. Добряков И. В. Перинатальная психология : навч. посіб. 2-ге вид. Санкт-Петербург : Питер, 2015. 352 с.
3. МКБ-10 : международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем : 10-й пересмотр. 2-ге вид. Женева : Медицина, 1995. 633 с.
4. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Перинатальна психологія : навч.-метод. посіб. Київ : Медкнига, 2017. 168 с.
5. Филиппова Г. Г. Психология материнства: навч. посіб. Москва : ИИП, 2002. 240 с.
6. Hardi I. Doctor, medicine, nurse, patient : monograph. Vilnius : Mosklos, 1988. 221 p.
7. ICD-11 reference guide. URL: <https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html#3.1.0Part3Annexdiff%20%20erence%20part-3-new-in-icd11|c3>. (date of access: 27.03.2023).
8. The impact of posttraumatic stress disorder and moral injury on women veterans' perinatal outcomes following separation from military service / Y. I. Nillni et al. *J trauma stress*. 2020. Vol. 33, No 3. P. 248-256. URL: <https://doi.org/10.1002/jts.22509>
9. Van Ee E., Kleber R. J., Mooren T. T. War trauma lingers on : associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant mental health journal*. 2012. Vol. 33, No 5. P. 459-468.
10. War psychiatry : identifying and managing the neuropsychiatric consequences of armed conflicts / N. Jain et al. *Journal of primary care & community health*. 2022. Vol. 13. P. 245-258. URL: <https://doi.org/10.1177/21501319221106625>

## ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ В ДИСТРЕСОВОМУ СТАНІ

Лазоренко Т.М., Полковська К.Є.

Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)

Сучасне життя в Україні в умовах війни насичене ситуаціями, які викликають у людини стрес. Однак не всі ситуації, які людина переживає як стресові, потребують психологічної допомоги. Гострий стресовий розлад є короткочасним, як і гострий стрес, але він є реакцією на набагато більш



травматичну подію та викликає набагато більш проблематичні та серйозні симптоми у відповідь на травму [3, с. 47].

Питання психотравми як відносно самостійного психічного і психологічного феномену вивчали такі дослідники, як Б. Колодзін, Д. Калшед, П. Левін, Дженей і Баррі Уайнхолд, Е. Фредерик, Л. Бурбо, Н. Пезешкіан, А. Єрмошин, Н. Тарабріна та ін. В Україні інтерес до цієї проблеми різко зріс після 2013 року: з'явилася низка зарубіжних публікацій [1], в яких систематизовано найновіший досвід подолання наслідків психотравми; зросла кількість робіт вітчизняних дослідників, серед яких публікації О. Романчука, З. Кісарчук, Т. Титаренко, В. Климчука, П. Горностая, А. Карачевського, Г. Лазос, Я. Омельченко, Л. Гребінь, Н. Журавльової, Л. Царенко, О. Вознесенської, М. Сидоркіної, В. Горбунової та ін..

У різних джерелах по-різному тлумачиться поняття «психотравма». Виділяють «психічну» і «психологічну» травми [5, с. 68]. За умови психічної травми спостерігаються помітні порушення нормального функціонування психіки. А якщо це травма психологічна, то таких порушень не буде, проте суттєво зміняться базові переконання і цінності людини. У випадку психічної травми події загрожують життю людини, а у випадку психологічної – події є загрозливими для особистості (чи такі, що інтерпретуються як загрозливі): втрата домівки, роботи, місця проживання, свободи (наприклад, у випадку ув'язнення); подружня зрада, приниження людської гідності (цькування в школі чи психологічне насильства в сім'ї) тощо. Такі події змінюють усталений спосіб життя та особистісну цілісність людини. Результатом пережитого може бути дистрес (виснаження), криза або важкий емоційний стрес. За цих умов зміни психічного стану суттєво відрізняються від змін у випадку психічної травми. Часто визначення терміна «психотравма» (як синонім у літературі вживається ще й термін «травмівний стрес») схожі на визначення стресу (подія [3], що несе додаткове навантаження на людину): а) психотравма [5] – незвичайна подія, яка здатна спричинити важкий психологічний стрес, що супроводжується почуттям жаху, страху та безпорадності; б) психотравма – це зовнішні подразники, що діють на індивіда болісно й патогенно, викликають переживання і страждання. Незважаючи на подібність визначень переживання стресу і психотравми відрізняються. Згідно з сучасними уявленнями про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стає порушення у психічній сфері людини аналогічне з порушеннями в соматичних процесах. Стресором у таких випадках стає травмуюча подія.

Люди, які страждають або відчувають потребу в чомусь, які зазнали екстремальних стресових факторів, потребують першої психологічної допомоги (ППД) [3, с.56].

У найзагальнішому вигляді перша (екстрена) психологічна допомога на першому рівні повинна включати такі дії:

1) в умовах, що склалися, забезпечити потерпілого, при необхідності надати необхідну першу допомогу, при цьому необхідно зробити припущення про подразник, який безпосередньо викликав реакцію, і постаратися усунути його з

поля зору потерпілого (слуху, тощо) (так би мовити, забезпечені об'єктивно і суб'єктивно);

2) оцінює психічний стан потерпілого, визначає його найважливіші ознаки, вид (агресивна поведінка, паніка, рухове та нервово збудження, істерика, ступор, жах, апатія, плач, гостра реакція горя, галюцинаторні переживання) і здійснює дії, що припиняють поява цього стану;

3) задовольнити первинні фізіологічні потреби (напоїти, зігріти, нагодувати, дати можливість поспати тощо) та потреби в інформації, пов'язані із забезпеченням особистої безпеки, відчуття захищеності;

4) надати емоційну та соціальну підтримку, вислухати (не перебивати, не поспішати, проявляти зацікавленість), по можливості зателефонувати близькому другу. При цьому не варто змушувати людей говорити про те, що сталося, якщо потерпілий цього не хоче, тобто не можна організувати «домашній психотерапевтичний сеанс», не можна оцінювати те, що людина зробила, або не зробив або його емоції; його не можна позбавити віри в свої сили і здатність доглядати за собою;

5) надати контроль над собою потерпілому; розширити поле свідомості, яке під впливом стресорів звужується до сприйняття психотравмуючих об'єктів (важливо спиратися на здатність довільних дій, що залишилася у потерпілого, щоб відновити контроль над собою). Якщо стан потерпілого дозволяє, не давати йому води чи їжі, а контролювати його – «Вставай, тобі треба йти, пити, їсти, умитися» або «Вставай, ходімо чистити зброю» тощо. Для розширення поля свідомості попросіть озирнутися навколо і оцінити навколишні предмети, виключивши ті предмети, які викликали стресову реакцію: «Що ти бачиш праворуч (ліворуч, в траншеї), як ти думаєш ...?» ).

Виконуючи ці дії, намагайтеся називати потерпілого по імені, так як це сприяє встановленню контакту з його свідомістю;

6) зберегти гідність потерпілого (у військовій частині неприпустимо поширювати особливості поведінки потерпілого у «хвилину слабкості»). Почуття сорому та провини, викликане поширенням такої інформації у жертви, може запустити механізм посттравматичних стресових реакцій. Крім того, така інформація негативно впливає на згуртованість колективу (призовник вважається «слабкою ланкою», йому не довіряють життя, намагаються уникнути співпраці з ним тощо);

7) організувати подальшу допомогу: спочатку однополчанин повинен повідомити безпосереднього начальника про негативний стан потерпілого. По-друге, в умовах близькості розташування психолога підрозділу, пункту психологічної допомоги, мобільного пункту психологічної допомоги забезпечити отримання потерпілим від них кваліфікованої допомоги. Якщо в пішохідній доступності немає спеціаліста-психолога і після надання першої медичної допомоги стан потерпілого суттєво не покращився, необхідно за розпорядженням начальника направити потерпілого до найближчого пункту психологічної чи медичної допомоги. одиниця [4, с. 12-14].

Не робіть жодних дій одразу. Визначте, яка допомога (крім психологічної) потрібна, хто найбільше потребує допомоги. Дізнайтеся імена людей, які потребують допомоги. Уявіть, хто ви і які функції виконуєте («Я – соціальний працівник», «Я – волонтер», «Я – лікар», «Я допомагаю постраждалим»). Сама ваша присутність може дати людині надію. Скажіть, чим ви можете допомогти, поясніть, що допомога скоро прийде, що ви подбали про неї. Важливо відновити процес життєдіяльності людини: попросити дихати в певному ритмі (наприклад: «Вдих, затримати дихання на деякий час, видих». «Вдих! — Вдих... видих». ... вдихни." ... видихни ." "Дихай зі мною") .

Встановлюйте зоровий контакт, слова (наприклад: «Ти мене чуєш?»), заспокоюйте простими словами (наприклад: «Я з тобою», «Давай спробуємо разом», «Тут спокійно»). Важливо відновити орієнтацію в поточній дійсності. Запитайте, що людина чує, бачить, де вона знаходиться. Якщо людина не зовсім орієнтується, повідомте (коротко, точно) про місце, час, ситуацію (наприклад, «Тут багато людей – це площа. Був вибух. Ти злякався» – твоя мова простий, недвозначний, спокійний). Потім відновіть ланцюжок пам'яті: запитайте, що він пам'ятає до і після події: «Як все почалося? Що ти зробив?».

Зробіть обережний фізичний контакт з потерпілим: візьміть його за руку або поплескайте по плечу. Не рекомендується торкатися до голови та інших частин тіла. Станьте на один рівень із жертвою. Не повертайтеся до потерпілого спиною. Дитину можна трохи обійняти. Ніколи не звинувачуйте людей. Уникайте слів, які можуть викликати почуття провини. Не давайте помилкових надій і брехливих обіцянок. Поговоріть про кроки, які людині потрібно зробити, щоб отримати допомогу у своїй справі. Нехай людина вірить у свою компетентність. Дайте йому завдання, з яким він зможе впоратися (наприклад, одягнути куртку, скласти речі в сумку). Використовуйте це, щоб змусити його повірити у свої сили, дати йому відчуття самоконтролю: «Тобі раніше доводилося долати труднощі, так? Нехай людина говорить. Слухайте її активно, будьте уважні до його почуттів і думок. Говоріть про позитив. Скажіть людині, що ви залишилися з нею. Якщо необхідно залишити його, знайдіть когось, хто б про нього піклувався і направляв його в подальшій діяльності. Запросіть інших людей допомогти. Направляйте їх і давайте їм прості завдання. Постарайтеся захистити людину від зайвої уваги та запитань. Зацікавлених людей можна обгородити парканом, давши їм завдання, наприклад: «Пройдіть, будь ласка, подивіться, чи є ті, кому потрібна допомога, підтримка. Допоможіть їм. У кризовій ситуації людина постійно перебуває в стані душевного хвилювання. Це нормально. Поведінка такої людини не повинна вас лякати, турбувати чи дивувати. Її стан, дії, емоції є нормальною реакцією на незвичні обставини. Не надавайте психологічну допомогу, якщо ви не готові, не хочете до цього (з неприємних чи інших причин) Знайдіть того, хто зможе це впоратися Дотримуйтеся принципу «Не нашкодь»! Обмежтеся співчуттям і зверніться за допомогою до фахівця (психотерапевт, психіатр, психолог) якнайшвидше [2].

Розуміючи ППД як сукупність заходів загальнолюдської підтримки та практичної психологічної допомоги людям, які постраждали від сильних

стресових факторів, експерти вважають її здійсненням гуманних, підтримуючих заходів реагування на страждання людини, яка потребує підтримки. Перша психологічна допомога:

- ППД має фіксовану структуру (складається з взаємопов'язаних елементів), реалізується послідовно;

- Необхідність ППД залежить від глибини впливу події на людину;

- у більшості ППД призначається у разі сильного впливу на особу психотравмуючої події (оцінка поведінки потерпілого є вирішальною при прийнятті рішення про його надання);

- не передбачає детального обговорення подій, що призвели до введення надзвичайного стану;

- не кожна особа, яка пережила кризову подію, потребує або хоче отримати ППДА;

- включає певні аспекти (створення відчуття безпеки, забезпечення доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; зміцнення віри в здатність допомогти собі та іншим) та інші. Існує багато протоколів надання першої психологічної допомоги, зокрема:

- Модель індивідуального кризового втручання Дж. С. Еверлі, протоколи Н. Агазаде, В. Рафаеля, О. Гершанової, І. Пінчука, протокол Яалома та ін.

Деякі фахівці [3; 5; 6] розрізняють чотири або п'ять кроків у наданні ППД, тоді як інші надають покрокові інструкції, вказуючи десять або дванадцять елементів протоколу. Аналізуючи ці протоколи, ми бачимо, що є певні спільні риси в складових і послідовності надання першої психологічної допомоги.

Вони включають такі основні дії фахівців:

- контакт і залучення;

- безпека та комфорт, стабілізація стану;

- збір інформації;

- практична допомога;

- спілкування з соціальною підтримкою;

- надання інформації про стратегії подолання гострого стресу;

- зв'язок із суміжними службами та перенаправлення.

Таким чином, перша психологічна допомога – це сукупність заходів психологічної підтримки та практичної допомоги. Її надання не передбачає значної професійної підготовки. Розроблені прості, але дуже дієві алгоритми надання ППД, які представлені в Методичних рекомендаціях щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту та наразі є внутрішньо переміщеними особами.

#### **Література:**

1. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с

2. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту. URL: <https://dszn-zoda.gov.ua/node/495>
3. Оніщенко Н. В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Харків : Право, 2014. 584 с.
4. Протоколи надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України в екстремальних умовах діяльності : посібник / О.С.Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько / ред. проф. І.І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2018. 40 с.
5. Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / В.І. Пасічник, І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова, І. І. Приходько та ін. Харків : Акад. ВВ МВС України, 2011. 250 с.
6. Хобфолл С. Е., Уотсон П., Белл С. С., Брайант Р. А., Браймер М. Дж., Фрідман М. Дж. та ін. П'ять основних елементів негайного і середньострокового втручання у разі масової травми: емпіричні дані. *Psychiatry*. 2007. С. 283-315.

## **НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ**

**Заграницна В. О.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

У статті розглянута тема психічного здоров'я дітей з розладами аутистичного спектру. Ця тема на сьогодні є досить актуальною, так як в останні роки значно зросла у зв'язку зі зростанням соматичних і нервово-психічних захворювань.

У сучасному суспільстві створення комплексної системи медико-психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом, залишається одним з провідних завдань оскільки аутизм та розлади аутистичного спектру (РАС) залишаються найпоширенішими порушеннями розвитку у дітей. На сьогоднішній день існує безліч поглядів на дитячий аутизм, що відображають реальну складність проблеми, що доводить необхідність диференційовано вивчати такі стани, етіологію та патогенез, розглядати проблеми первинних та вторинних порушень, більш чітко позначати діагностичні критерії для побудови їх системи лікування та реабілітації [2].

Вважається, що діти з розладом аутистичного спектру мають серйозні або стійкі дефіцити спілкування, ігор, стосунків з іншими та навчання. Дуже невелика частина людей з аутизмом (менше 5%) здатна діяти самостійно в дорослому віці, але навіть у цій невеликій групі більшість з них зберігає ознаки аутизму. Історія показує, що люди з аутизмом потребують тривалого лікування та підтримки протягом усього життя. Сьогодні основна позиція полягає в тому, що аутизм – це «важка форма довічної інвалідності».

Отже, постає необхідність дослідження особливостей різних методів обґрунтування розладу аутистичного спектру за такими терапіями як: є ТЕАССН-програма (Е. Шоплера) і поведінкова терапія – АВА (Б. Скінером).

Методологічною основою дослідження аутизму стали: К. Островська, Т. Скрипник, Тарасун В.В., Хворова Г.М. зокрема англійських і американських учених: Гілберг К., Н.Г. Манеліс, Robert M., Фон Шліппе А., Швайцер Й., Є. Блейлер та ін.

Метою написання статті є характеристика методів, які застосовуються для дітей з розладом аутистичного спектру; вивчення проблеми дитячого аутизму та розробці технологій нейропсихологічної корекції дітей з розладами аутистичного спектру.

Виходячи з мети дослідження, нами були поставлені наступні завдання:

1. Вивчення та аналіз клінічної та психолого-педагогічної літератури з проблеми дослідження;

2. Вивчення та застосування теоретико-практичних обґрунтувань стану дітей з РАС у процесі ігрової діяльності з метою визначення рівня розвитку їх емоційних проявів;

3. Розробка та апробація нейропсихологічної програми корекції, що сприяє розвитку емоційної сфери у дітей з РАС;

4. Проведення емпіричного дослідження нейропсихологічної корекції дітей з розладом аутистичного спектру;

5. Підведення підсумків емпіричного дослідження нейропсихологічної корекції дітей з розладом аутистичного спектру.

Визнаючи беззаперечно важливість застосування в аутологічній роботі психолого-педагогічного підходу, ми вважаємо, що програму корекції розвитку дитини з аутизмом доцільно визначати, базуючись на положеннях сучасних нейропсихологічних теорій. Їхнє використання на етапі аутологічної діагностики, на наше переконання, забезпечить не тільки визначення стану сформованості соціально-емоційної сфери дитини, але й виявлення можливих причин її розладів. Такий висновок базується на результатах відповідних наукових джерел – Ф. Арре, Baron-Gohen, Гілберг К., Питерс Т., Н.Г. Манеліс [1]. У цьому зв'язку, вважаємо, що особливості соціоемоційної сфери дитини з аутизмом можуть бути визначені за допомогою спеціального розробленого діагностико-розвивального комплексу завдань. Застосування такого комплексу дозволяє вивчити стан сформованості, трьох нейропсихологічних систем – програмування, зв'язності, репрезентативності. Саме ці системи, за результатами наукових досліджень забезпечують формування пізнавальної діяльності дитини.

Таке патопсихологічне явище як «аутизм» було запроваджено Є.Блейлером як «ігнорування дійсних відносин, відірваність асоціацій від даних досвіду».

З самого початку такий феномен як аутизм розглядався в рамках шизофренії або шизофренічного мислення. Наступні дослідження цього явища привели до таких висновків, що таке стан психіки, за окремим своїм проявам схожих з аутизмом можна побачити у низці інших різних психічних розладів та при таких станах як: олігофренії, неврозах, депресіях, психосоматичних та соматопсихічних розладах, затримки психічного розвитку та інших розладів.

На сьогоднішній день спірним залишається момент течії та початку аутизму. Деякі вчені стверджують, що аутизм закладається в перинатальному періоді, за іншими даними, виникає або відразу після народження або в кінці першого року життя, можливо, і пізніше. По-різному пояснюється патопсихологічна будова симптомів аутизму, представлено багато думок у нозологічному трактуванні аутизму.

На даний момент існує безліч спірних питань діагностики аутистичних станів, і вирішення цих питань зокрема залежить від позиції, яку займає психолог стосовно проблеми аутизму. У наступних позиціях може бути представлено теорії різних авторів, що досліджують аутизм:

1. Ця позиція відображає думку Л. Каннера, що ранній дитячий аутизм - особлива та самостійна форма аутизму, що характеризується специфічною клінічною картиною. Діти, які страждають на цю форму аутизму, вимагають особливих форм психотерапевтичної роботи та спеціального біологічного лікування. За всіма критеріями ранній дитячий аутизм відрізняється від шизофренії та інших видів аутизму, які є лише одним з проявів у клінічну картину якихось інших захворювань;

2. Ця позиція сформульована В. Е. Каган, який розглядаючи резидуальні дитячі енцефалопатії, формулює положення про те, що синдром дитячого аутизму резидуально органічного походження є збірним і може виявлятися у формі раннього інфантильного аутизму, аутичної психопатії та інших., тобто. це збірна група дизонтогенезу психіки у дітей.

3. Ця позиція зведена до положення про те, що ранній дитячий аутизм є лише одним із синдромів дитячого аутизму в ряді інших синдромів аутизму, тому дитячий аутизм за своїм походженням поліетиологічний, синдромів дитячого аутизму існує безліч. Ці синдроми розглядаються з позицій Е. Крепеліна. Аналізу піддається ушкоджуюча та провокуюча роль інфекцій (мікробних, вірусних, найпростіших мікроорганізмів). Обговорюється роль «мінімальної мозкової дисфункції» як необхідної ланки у ряді причин дитячого аутизму.

Таким чином, на даний момент, думки дослідників проблеми аутизму залишаються суперечливими, невизначеними, що у свою чергу ускладнює діагностичний процес.

На думку Л. Каннера, якщо об'єктом дефектологічних досліджень є дизонтогенез, зумовлений, як правило, вже завершеним хворобливим процесом, то дитяча психіатрія накопичила низку даних про формування аномалій розвитку в процесі поточного захворювання (шизофренія, епілепсія), динаміці дизонтогенетичних форм психічної конституції (різні форми психопатій) та аномальному розвитку особистості в результаті деформуючого впливу негативних умов виховання [3].

Також, слід виділити, що на сьогодні в аутології визнається, що перебіг дитячого аутизму та близьких до нього станів у кожної дитини може набувати індивідуального характеру – від регрідієнтного (поступового покращення стану дитини) до хвилеподібного (з періодичними повтореннями аутичного

загострення) і до прогрідиєнтного (несприятливого типу перебігу) (Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels Jet al.,2007 та ін.). Водночас, не залежно від форми аутичного розладу, за результатами досліджень цієї проблеми виділяють тріади поведінкових порушень і доводиться необхідність при психолого-педагогічному обстеженні дитини спрямовувати діагностичну діяльність на знаходження (перевірку, уточнення) саме цих відхилень в поведінці аутичної дитини [4].

Найчастіше, нагадаємо, в психолого-педагогічній теорії і практиці як основні діагностичні критерії аутизму на сьогодні виділяються:

- порушення в сфері соціальних відносин і соціального регулювання (труднощі у використанні різних форм невербальної поведінки – зорового контакту, міміки, пози і жесту);

- порушення в комунікативній сфері (стереотипність, відсутність або затримка експресивного мовлення і значні порушення імпресивного мовлення; не використання засобів невербального мовлення, відсутність потреби в колективній ігровій діяльності);

- обмеженість патернів поведінки, інтересів і видів занять (повторювальний репертуар поведінки – ритуальність, одноманітність, «зацикленість», обмеженість, постійність інтересу до певних предметів чи деталей).

Таким чином, зазначимо, що, наукові результати, отримані в численних нейропсихологічних дослідженнях, мають якомога повніше і ширше використовуватися при подальшому створенні методичних розробок корекції розвитку аутичних дітей. У цьому зв'язку розробку програми корекції розвитку дітей з аутичними розладами пропонуємо здійснювати базуючись переважно на зазначених нейропсихологічних теоріях.

#### **Література:**

1. Baron-Cohen, S. (1990). Autism: a specific cognitive disorder of 'mindblindness'. Аутизм: специфічний когнітивний розлад "mindblindness". 1990, 639 с.

2. Гілберг К., Аутизм: медичні та педагогічні аспекти. www.ksu.ru Н.Г. Манеліс. Нейропсихологічний аналіз розладів аутистичного спектру, 2008. 511 с.

3. Frith, U. & Happe. Міжнародний огляд психіатрії. International Review of Psychiatry, 2, 79-88. F. (1994). Autism: beyond 'theory of mind'. (Аутизм: поза «теорією розуму»). Cognition, 50, 115-132.

4. Happe, F.G.E. (1999). Autism: cognitive deficit or cognitive style? (Аутизм: когнітивний дефіцит чи когнітивний стиль?). Trends in Cognitive Sciences, 3, 216-222. (Тенденції в галузі когнітивних наук).

## **НЕЙРОПСИХОЛОГІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТАНІВ**

**Шевчук Г.М., Савенкова І.І.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»*

*(м. Одеса, Україна)*

Найактуальнішою на сьогодні, у часи воєнного стану, є проблема нейропсихологічних порушень посттравматичного стресового розладу у людей. Нажаль, ця проблема буде ще актуальною довгі роки. Так, як вона пов'язана з



загрозою для власного життя (або життя іншої людини) і обумовлює сильний страх, жах, тривогу та безпорадність.

На сьогодні очікується різке зростання кількості хворих з нейропсихологічними порушеннями посттравматичного стресового розладу. Кожин день з'являються нові групи осіб, які зазнають впливу стресогенних чинників, та у яких можливе виникнення нейропсихологічних порушень. Отже в даний час в Україні є групи населення, які перенесли ті або інші екстремальні ситуації і страждають різною мірою вираженим посттравматичним стресовим розладом. Повторення в країні тих або інших антропогенних або природних катастроф (пожежі в суспільних місцях, аварії, повені тощо), а також розвитку будь яких інших екстремальних ситуацій (авіакатастрофи, терористичні акції тощо), слід підкреслити проблему профілактики, діагностики та лікування нейропсихологічних порушень посттравматичних стресових розладів вельми актуальною для вітчизняної клінічної психіатрії.

Для суспільства сучасної України характерним є надзвичайно високий рівень психоемоційних навантажень, що впливає на істотне погіршення рівня психічного здоров'я в популяції.

Тому у зв'язку з цим мета цієї роботи, проаналізувати найбільш ефективні методи, які могли б допомогти при корекції нейропсихологічних порушень посттравматичного стресового розладу. Успішність нейропсихологічної корекційної роботи залежить від правильно підбраної нейропсихологічної діагностики посттравматичних стресових розладів та ефективних методів нейропсихологічної корекції.

Наукові дослідження останніх років підтверджують перспективність нейропсихологічного підходу до вивчення посттравматичних станів. Протягом багатьох років посттравматичні стани є предметом клінічних та нейропсихологічних спостережень. У зв'язку з накопиченням досвіду, в останні роки, з клініко-психологічної діагностики посттравматичних станів значно посилився інтерес до практичних можливостей нейропсихологічних методик для більш об'єктивного визначення стану пацієнтів з метою подальшої реабілітації хворих на посттравматичний стресовий розлад.

За статистичними даними 50-65% людей впродовж життя зазнають впливу як мінімум однієї травматичної події, а багато зазнають впливу двох і більше подій, таких як значні техногенні катастрофи, війни, фізичне або сексуальне насилля, тортури, дорожньо-транспортні пригоди, тощо.

За даними літератури, частота розвитку ПТСР становить 10-15% серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. Діти, підлітки, люди похилого віку більш вразливі до появи психопатологічних реакцій на стрес. У жінок частота ПТСР в середньому в 2 рази вища, ніж у чоловіків [4].

Перш за все давайте розглянемо, що таке посттравматичний стресовий розлад взагалі. Посттравматичний стресовий розлад - це психічний розлад, різновид неврозу, що виникає внаслідок переживання однієї чи кількох подій, котрі ушкоджують психіку. Це наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важкі фізичні нівечення, побутові або статеві

наси́льства, загро́за сме́рті та ставанн́я свідком або заподіювачем чи призвідником чужої сме́рті [5].

Навіть у психічно бездоганных і впевнених людей, може розвину́тися ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад не є наслідком підвищеної психічної неврівноваженості або проявом (психічного) захворювання.

Реакції ПТС викликані не порушенням (несправністю), а саме «здоров'ям», тобто це звичайна і доцільна відповідь організму, аби краще захистити людину від ризикованого небезпечного становища. ПТСР – це спроба організму пережити загрозову, інколи небезпечну для життя ситуацію. Неврологи з Університету Утрехта змогли показати, що пацієнти з посттравматичним стресовим розладом, майже не зважають на фізичний біль.

ПТСР проявляється як відкладена відповідь організму на стрес — на думку лікарів його дія спостерігається щонайменше через чотири тижні після травматичної події. Під час ПТСР спостерігають 4 кластери симптомів, як от уникнення, гіперзбудливість, перепроживання, проблеми із пам'яттю та емоційною сферою. З часом симптоми ПТСР мають властивість посилюватися. ПТСР діагностують, якщо сила симптомів наростає, заважає прийнятній діяльності людини, та коли їхня тривалість перевищує місяць від травматичної події.

Є дані про те, що схильність до посттравматичного стресу передається у спадок. Приблизно 30% відхилень у посттравматичному стресовому розладі, викликані лише генетикою. За попередніми даними, жінки з меншим гіпокампом можуть мати більшу ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу після руйнівної події. Останнім часом велика кількість досліджень присвячені нейропсихологічним аспектам депресії при ПТСР. У низці досліджень було доведено, що поруч із загальним зниженням якості життя і загального стану здоров'я у пацієнтів з депресією відзначаються локальні або дифузні зміни об'єму головного мозку, що згодом призводить до специфічних когнітивних порушень. У кількох дослідженнях нейровізуалізації депресії при ПТСР спостерігалися структурні зміни в конкретних зонах сірої речовини (наприклад, передньої частини поясної звивини, гіпокампа і мигдалеподібного тіла), а також зменшення обсягів кори головного мозку. Нещодавно зміни білої речовини при депресії стали мішенню для низки досліджень. Так, було висунуто припущення, що зміна міжпівкульної взаємодії білої речовини є патофізіологічним механізмом, що призводить до виникнення симптомів депресії при ПТСР і дефіциту пам'яті. У поточних дослідженнях вчені зосередили увагу на кількісних показниках, підкоркових і коркових обсягах звивин, нейропсихологічній оцінці, включаючи оцінки IQ (тест Векслера), а також клінічних даних. Вони спробували знайти конкретні докази впливу депресії при ПТСР на показники обсягу коркових структур. Отримані результати продемонстрували, що обсяг сірої речовини кори менше у пацієнтів з депресією при ПТСР в порівнянні з контрольною групою, особливо в лобній і потиличній частках, і є клінічно значущим. Це зменшення обсягу корелює з клінічними проявами. При нейропсихологічному обстеженні зазначалася наявність дефіциту

певних типів пам'яті (вербальної короткострокової і зорово-просторової) і здатності концентрувати увагу, зокрема при виконанні складних завдань, які вимагають навичок інтеграції різних функцій.

Отже, проаналізувавши дані проведених досліджень різних вчених, можливо зробити наступні висновки:

1. У пацієнтів, які страждають депресією при ПТСР, характеризується порушення адаптивно-переробних систем: знижується можливість когнітивної і емоційної переробки травматичного досвіду. Дослідження фМРТ, підтверджує що, це пов'язано зі змінами функціональних і навіть морфологічних структур головного мозку.

2. Специфічні когнітивні порушення при депресії обумовлені змінами обсягу головного мозку, зокрема, такі зміни відзначаються в білій і сірій речовині.

3. Використання методів нейропсихологічної корекції, що впливають на підкоркові структури, праву півкулю, на міжпівкульну взаємодію, на орбітофронтальну кору, дають можливість сформувати нові функціональні зв'язки і активують адаптивно-переробні стратегії, значно збільшуючи ефективність терапії депресії при ПТСР.

4. Необхідно підібрати ті активності, які відповідають за виконавчі функції, для активації префронтальних відділів, кори головного мозку.

5. Для активації адаптивного потенціалу правої півкулі, необхідно підібрати нейропсихологічні стратегії.

Для надання комплексної допомоги людям з боку нейропсихологічної парадигми включені нейропсихологічна діагностика і нейропсихологічна корекція. В якості поведінкової активації були включені наступні компоненти нейропсихологічної корекції:

- Аудіально-візуальний тренінг сприяє активізації орбітофронтальної зони кори головного мозку, яка благотворно впливає на виконавчі функції, когнітивні можливості і психо-емоційну переробку травматичного досвіду.

- Мозочкова стимуляція, як поведінкова активація, сприяє поліпшенню процесів когнітивної обробки інформації і покращує роботу адаптивно-переробних систем головного мозку. Також вона дозволяє активувати симпатичну нервову систему, що дуже важливо при церебрастенії при депресії.

- Полівагальний тренінг, розроблений на основі полівагальної теорії дозволяє здійснювати моніторинг власного стану, прийняти на себе відповідальність за свій стан, освоїти навик саморегуляції.

- Використання методів нейропсихологічної корекції, як поведінкової активації, підготувало сприятливий ґрунт для психотерапевтичної роботи за допомогою когнітивно-поведінкової терапії.

Надалі використовують підтримуючу нейропсихотерапію і енергійно заохочують пацієнта відновити нормальну діяльність, тобто проводяться заходи форсованої ресоціалізації.

#### **Література:**

1. Блінов О.А. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). *Психологічний часопис*: збірник наукових праць / за ред. С.Д. Максименка. № 1 (11).

Вип. 11. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2018. С. 26-37.

2. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. : ХМАПО, 2014. 223 с.

3. Полунина А.Г., Гудкова А.А., Гехт А.Б. Депрессия как особый режим функционирования мозга: данные нейровизуализационных исследований. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2013. № 1.

4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад / В. В. Кравченко, І. Я. Пінчук, І. А. Марценковський та ін. : Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України, 2016. 57 с.

5. Харченко В.Є., Шугай М.А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості: метод. посіб. Острог: Острозька академія, 2015. 160 с.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СТАНІВ НА СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

**Ніколаєва А.П., Мельничук І. В.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Проблема психосоматичного здоров'я становить значну частину «хвороб цивілізації» і протягом останнього століття були об'єктом інтенсивних досліджень у рамках так званої психосоматичної медицини, зважаючи на зростаючу роль їх у загальній захворюваності населення (Бочелюк В.Й).

Треба зазначити, що сучасні уявлення про сутність проблеми психосоматичного здоров'я передбачають облік усієї сукупності змін, що зачіпають як біологічний рівень порушень (соматичні симптоми та синдроми), так і соціальний рівень функціонування пацієнта зі зміною ролевих позицій, цінностей, інтересів, кола спілкування з переходом у принципово нову соціальну ситуацію. зі своїми специфічними заборонами, розпорядженнями та обмеженнями.

Разом з тим, в теперішніх умовах, у яких перебувають студенти, як ніколи, важливо оцінювати їх психосоматичний стан. В Україні чимало науковців виділяло проблему психосоматичних станів студентів під час навчання, де тривога і переживання в сесійний період підвищувалася. Проте, в умовах воєнного стану дана проблема лише загострюється. Здобувачі під час збройних конфліктів в країні позбавлені основних потреб що є психологічно сприятливого середовища, освітніх і професійних можливостей та інших ресурсів, які сприяють позитивному психосоціальному розвитку та психічному здоров'ю.

Окрім того, дослідження за даною проблематикою є актуальною на сьогодні, оскільки проблема недостатньо вивчена. В сучасних умовах важливо здійснити будь-які дослідження наслідків війни, оскільки вона ще триває. Саме тому, дане дослідження можна вважати актуальним.

Незважаючи на це, варто виділити науковців, які сприяють вивченню даної теми, а саме Бочелюк В.Й., Вічковська О.Я., Кулик Н.А., Марценюк М.О., Мозгова Г.П., Панов М.С., Перетятко Л.Г., Полівода А.О., Потьомкін О.О., Спицька Л.В., Тесленко М.М., Ханецька Т.І., Хомуленко Т.Б., Чешенко С.В., Шелег Л.С., Якимчук О.І. тощо. Саме завдяки зазначеним дослідженням закладено основу вивчення впливів психосоматичних станів студентів в умовах війни.

Варто зауважити, що перші дослідження психосоматичних розладів та узагальнення щодо їх перебігу та лікування зробив Ф. Александер. Треба зазначити що особливістю психосоматичних захворювань є те, що їх важко діагностувати.

Так, поняття «психосоматичний стан» аналізують як психологічний стан, що супроводжується появою фізичних симптомів, як правило, без медичного пояснення. Отже психосоматичні розлади (стани) за М. Блейзером, поділяють на: психосоматози, психологічні та ведінкові чинники, функціональні психосоматичні розлади. Крім того, нами також визначено основні характеристики внутрішнього стану людей, які страждають психосоматичними розладами.

Слід зазначити що, прояви психосоматичних станів та їх вплив на життя студентської молоді показало у різних дослідженнях, що прояви психосоматичних станів розкриваються у порушенні психомоторики, зміни стилю життя, професійних порушень та соціально-ролевих функцій. При цьому були проаналізовано перші прояви психосоматичного стану. Також, нами розглянуто короткочасні психосоматичні реакції, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях студентів, а саме конверсійні симптоми, психосоматичні функціональні синдроми, органічні психосоматичні хвороби та психосоматичні розлади.

З метою визначення впливу психосоматичних станів серед студентів в умовах війни, нами було використано комплекс досліджень, до складу якого увійшли як теоретичні (загально-наукові методи), так і методика збору емпіричної інформації (спеціальні методи) та методи обробки одержаних даних. До теоретичних можна віднести методи аналізу, синтезу, порівняння, узагальнення тощо; до методів збору емпіричної інформації можна також віднести наступні методи: опитування, анкетування, тестування, спостереження, а також методи обробки одержаних даних, такі як кількісні і якісні.

Були використані наступні методики: як «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілберга-Ханіна» 4.3. Шкала реактивної та особистісної тривожності (e-pidruchniki.com). «Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса та Р. Раге».

Вибірку склали 20 осіб студентів психологічного факультету 3 курсу Національного університету «Львівська політехніка» Інституту права, психології та інноваційної освіти.

Таблиця 1

**Студенти із психосоматичними проявами**

№	Випробуваний	Вік	Захворювання
1	Випробуваний 1	20	Біль у животі, нудота
2	Випробуваний 2	20	Порушення сну
3	Випробуваний 3	21	Порушення сну, нудота
4	Випробуваний 4	21	Біль у серці
5	Випробуваний 5	20	Виразка шлунку
6	Випробуваний 6	20	Головний біль
7	Випробуваний 7	19	Запаморочення
8	Випробуваний 8	20	Астма

Крім того, нами було виявлено спорідненість темпераментів стосовно певних хвороб. Так, сангвінікам, властиві розлади кровообігу, холерикам та меланхолікам – захворювання печінки, флегматикам – шлунково – кишкова патологія.

Далі ми досліджували першу і другу групу окремо. За шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна, були отримані наступні результати:

Таблиця 2

**Група 1 (здорові студенти)**

№	Випробуваний	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
1	Випробуваний 1	30	32
2	Випробуваний 2	34	21
3	Випробуваний 3	30	40
4	Випробуваний 4	45	45
5	Випробуваний 5	37	40
6	Випробуваний 6	35	33
7	Випробуваний 7	31	28
8	Випробуваний 8	30	32
9	Випробуваний 9	31	35
10	Випробуваний 10	28	30
11	Випробуваний 11	35	33
12	Випробуваний 12	34	36
Середній бал		30,8	33,75

Як ми бачимо з таблиці 2 у здорових студентів особистісна тривожність має середній бал високий, а реактивна тривожність показала середній бал більш низький.

Таблиця 3

**Група 2 (студенти з психосоматичними проявами)**

№	Випробуваний	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
---	--------------	-----------------------	-------------------------

1	Випробуваний 1	37	46
2	Випробуваний 2	43	46
3	Випробуваний 3	46	45
4	Випробуваний 4	48	35
5	Випробуваний 5	39	43
6	Випробуваний 6	49	47
7	Випробуваний 7	46	46
8	Випробуваний 8	48	42
Середній бал		44,5	43,75

Як ми бачимо з таблиці 2.3 у студентів з психосоматичними проявами особистісна тривожність має середній бал нижче, а реактивна тривожність більш високий середній бал.

На основі отриманих даних пропонуємо порівняти результати першої та другої груп на рис. 1.



Рис. 1. Порівняльна динаміка результатів групи 1 та групи 2 за шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна.

Відповідно до рис. 1 ми можемо порівняти рівень тривожності у двох групах. Середній бал у групі 1 нижче середнього, це говорить про те, що випробувані здатні контролювати свої емоційні переживання, вони спокійно діють у важких ситуаціях, намагаються адекватно вирішити проблему, середній бал у групі 2 свідчить про виражену психоемоційну напругу.

Особистісна тривожність, низький рівень знання про психічне самоврядування, а також невміння керувати своїм психічним станом є суттєвими факторами нестійкості психічного стану студентів в умовах війни.

За допомогою методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге були отримані наступні дані:

Таблиця 4

#### Група 1 (здорові студенти)

№	Випробуваний	Бали
1	Випробуваний 1	164
2	Випробуваний 2	185
3	Випробуваний 3	153
4	Випробуваний 4	163
5	Випробуваний 5	155
6	Випробуваний 6	166

7	Випробуваний 7	174
8	Випробуваний 8	157
9	Випробуваний 9	156
10	Випробуваний 10	155
11	Випробуваний 11	185
12	Випробуваний 12	190
Середній бал		167

За даними таблиці ми бачимо, що у студентів групи 1 спостерігається висока опірність стресу.

Таблиця 5

### Група 2 (студенти з психосоматичними проявами)

№	Випробуваний	Бали
1	Випробуваний 1	242
2	Випробуваний 2	230
3	Випробуваний 3	255
4	Випробуваний 4	231
5	Випробуваний 5	245
6	Випробуваний 6	268
7	Випробуваний 7	254
8	Випробуваний 8	268
Середній бал		249

Високий бал групи 2 свідчить про пороговий рівень стресостійкості. За отриманими даними ми можемо сказати, що у студентів, які мають психосоматичні прояви рівень стресостійкості нижчий, ніж у тих, хто не страждає на психосоматичні захворювання.

Тому, пропонуємо порівняти результати обох груп отриманих в результаті проведення методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге.



Рис. 2. Порівняльна динаміка результатів групи 1 та групи 2 за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге.

Отже за допомогою анкети були отримані такі дані: з 20 осіб 8 страждають на психосоматичні захворювання, які загострились в період війни. Завдяки анкетуванню нами було виявлено спорідненість темпераментів стосовно певних



хвороб. Так, сангвінікам властиві розлади кровообігу, холерикам та меланхолікам – захворювання печінки, флегматикам – шлунково – кишкова патологія.

За шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна визначили, що у групі 1 середній бал становить нижче середнього, що говорить про те, що випробувані здатні контролювати свої емоційні переживання, вони спокійно діють у важких ситуаціях, намагаються адекватно вирішити проблему, при цьому середній бал у групі 2 свідчить про виражену психоемоційну напругу.

За допомогою методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Раге у студентів з підвищеною тривожністю виконання діяльності в умовах воєнного стану викликає значну нервово-психічну напругу, обумовлену їхньою надмірною вимогливістю до себе.

Серце частіше уражається страхом, печінка – гнівом та люттям, шлунок – апатією та пригніченим станом.

### Література

1. Бочелюк В.Й., Панов М.С., Спицька Л.В. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Журнал «Перспективи та інновації науки». Серія «Педагогіка». Серія «Психологія», Серія «Медицина». № 7(12). 2022. С. 542-552. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7\(12\)-542-552](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7(12)-542-552)
2. Бочелюк В.Й., Панов М.С., Спицька Л.В. Теоретико-методологічні та методичні засади психосоматики. Наукові перспективи. Серія «Психологія». № 6(24) 2022. С. 545-558. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-6\(24\)-545-558](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-6(24)-545-558)
3. Вічковська О.Я. Завдання, зміст та особливості корекційної роботи із психосоматично акцентуєваними клієнтами. Кваліфікаційна робота: Західноукраїнський національний університет, спеціальність: 053 – Психологія. Тернопіль. 2020. 81 с.
4. Кулик Н.А., Чешенко С.В. Психосоматика: ознаки, причини, допомога. Соціально-психологічні аспекти розвитку суб'єктів освітнього процесу: матеріали II Всеукраїнського науково-практичного форуму «Соціально-психологічні аспекти розвитку особистісно-професійної компетентності педагога в умовах інноваційних змін» (07– 12 грудня 2020 року, м. Суми). [у 2-х ч.]. Ч. 2. Суми: НВВ КЗ СОППО. 2020. С. 112-116.
5. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій. К. : Міленіум, 2009. 120 с.

## ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ОСІБ ІЗ ПРОЯВОМ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Чернишева Ю., Лазоренко Т.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Війна в Україні докорінно порушила відчуття безпеки і призвела до стресу, психологічні наслідки якого небезпечні для здорового майбутнього людини. Пережита травмуюча ситуація може стати причиною розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тому дослідження наслідків війни є актуальним з різних аспектів: медичного, соціального і психологічного.

Вперше описав стан, схожий на посттравматичний стресовий розлад Erichsen J. (1876), який виділив наступні симптоми – розлади уваги та пам'яті, сновидіння із переживанням травмивної події, душевний дискомфорт. Доповнюючи дослідження Erichsen J., Oppenheim H. (1889) вводить поняття

«травматичний невроз» і звертає увагу на психологічний та емоційний складники психічної бойової травми. Вперше Ч. Майерс (1915) припустив, що порушення у військових були викликані дією високого тиску під час довгих артилерійських стрільб. Також існувала друга гіпотеза щодо виникнення психопатологічних синдромів у військових і складалася вона із двох поглядів. Перший полягав у тому, що прояви психопатологічних синдромів виникають лише при наявності схильності, тобто має особистісні дефекти. Другий погляд будується на безпосередньо психічній травматизації під час бойових дій, тобто ситуацій несподіваності і страху. А. Кардінер (1941) запропонував перший докладний опис симптоматики травматичного неврозу в результаті бойових дій, серед них збудливість, дратівливість, фіксованість на минулих травмуючих обставинах, схильність до агресії і нездатність нею керувати, ухиляння від реальності, гостра реакція на раптові подразники. P. Bourne (1970) виокремив один із частих симптомів – повторювані нав'язливі спогади (flashbacks), що зазвичай супроводжуються страхом, пригніченим станом, сомато-вегетативними розладами, страшними сновидіннями бойового характеру, почуттям провини, а також байдужістю та відчуженням до минулих інтересів. М. Horowitz (1974) запропонував об'єднати подібні розлади з однаковими симптомами в один синдром «посттравматичний стресовий розлад», який з 1980 р. було включено до офіційного американського діагностичного стандарту DSM-3, а пізніше доповнювалось і розглядалось DSM-IV. В останньому перегляді DSM-V ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder 309.81 (F43.10)) має чіткі діагностичні критерії [4]:

Критерій А. Фактична або загроза смерті, серйозні травми або сексуальне насильство в одному (або більше) шляхами:

1. Безпосереднє переживання травматичної події.
2. Особистий свідок тих подій, що сталися з іншими.
3. Дізнатися, що травматична подія (події) сталася з близьким членом родини або близькими другом. У випадках фактичної або загрози смерті члена сім'ї чи друга, подія (події) мала бути жорстоким або випадковим.
4. Переживання повторного або екстремального впливу аверсивних деталей травматичного події (наприклад, працівники першої служби реагування збирають людські останки, тощо).

Критерій В. Наявність одного (чи кількох) із наведених нижче симптомів вторгнення, пов'язаних із травматичною подією (подіями), що починається після травматичної події (подій):

1. Повторювані, мимовільні та настирливі тривожні спогади про травматичні події.
2. Повторювані тривожні сновидіння, в яких зміст і/або вплив сновидіння пов'язані з травматичною подією (подіями).
3. Дисоціативні реакції (наприклад, спогади), під час яких людина відчуває або діє так, ніби травматична подія (події) повторюється. (Такі реакції можуть виникати протягом тривалого періоду, причому найбільш екстремальним проявом є повна втрата усвідомлення поточного оточення.)

4. Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес під час впливу внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспект травматичної події (подій).

5. Виражені фізіологічні реакції на внутрішні або зовнішні сигнали, які символізують або нагадують аспект травматичної події (подій).

Критерій С. Наполегливе уникнення стимулів, пов'язаних із травматичною подією (подіями), починаючи після того, як сталася травматична подія (події), про що свідчить один або обидва з наступного:

1. Уникнення або намагання уникнути тривожних спогадів, думок або почуттів щодо або тісно пов'язаних з травматичною подією(ями).

2. Уникнення зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які пробуджують тривожні спогади, думки чи почуття щодо травматичної(-их) події(-й) або тісно пов'язані з нею, або намагання їх уникнути.

Критерій D. Негативні зміни в когнітивних здібностях і настрої, пов'язані з травматичною(-ими) подією(ями), починаються або погіршуються після травматичної(-их) події(-й), про що свідчать два (або більше) з наступного:

1. Нездатність запам'ятати важливий аспект травматичної події (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через інші фактори, такі як травма голови, алкоголь або наркотики).

2. Постійні та перебільшені негативні переконання чи очікування щодо себе, інших чи світу (наприклад, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ абсолютно небезпечний», «Вся моя нервова система остаточно зруйнована»).

3. Постійні, викривлені уявлення про причину або наслідки травматичної події(-й), які спонукають людину звинувачувати себе чи інших.

4. Постійний негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, провина або сором).

5. Помітно знижений інтерес або участь у важливих заходах.

6. Почуття відстороненості або відчуженості від інших.

7. Стійка нездатність переживати позитивні емоції (наприклад, нездатність переживати щастя, задоволення або почуття любові).

Критерій E. Помітні зміни збудження та реактивності, пов'язані з травматичною подією (подіями), починаються або погіршуються після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наступного:

1. Дратівлива поведінка та спалахи гніву (з незначною провокацією або без неї), як правило, виражаються у вербальній або фізичній агресії по відношенню до людей або предметів.

2. Безрозсудна або саморуйнівна поведінка.

3. Гіпернастороженість.

4. Перебільшена реакція переляку.

5. Проблеми з концентрацією.

6. Порушення сну (наприклад, труднощі з засипанням або збереженням сну або неспокійний сон).

Критерій F. Тривалість порушення (критерії B, C, D та E) більше 1 місяця.

Критерій G. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або погіршення соціальної, професійної діяльності соціальної чи інших важливих сфер функціонування.

Критерій H. Порушення не пов'язане з фізіологічним впливом речовини (наприклад, ліки, алкоголь) або інше захворювання.

За МКХ-11 ПТСР має чотири діагностичні критерії:

1) повторне переживання травматичної події в теперішньому часі у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, що супроводжуються страхом або жахом, флешбеками або нічними кошмарами;

2) уникання думок і спогадів про подію, або уникання діяльності чи ситуацій, що її нагадують;

3) суб'єктивне відчуття загрози у вигляді гіперпильності або посиленних реакцій страху;

4) симптоми повинні тривати не менше кількох тижнів і викликати значне погіршення функціонування.

Серед симптомів вчені відмічають психогенні чинники, що викликають порушення в емоційній сфері та провокують виникнення ПТСР і з часом можуть призводити до психічних розладів, що, як правило, несуть загрозу для життя і вирізняються непередбачуваністю та неконтрольованістю. Загалом вони визначаються як «травматичні події, що значно виходять за рамки звичайного життєвого досвіду» [2]. Симптоматика ПТСР, а саме інтрузивні симптоми, симптоми уникання, негативний настрій, симптоми підвищеної збудливості, має безпосередній вплив на емоційну сферу. Так інтрузивні симптоми, які включають в себе повторення дистресових образів, нічні кошмари та думки про травматичну подію, є неконтрольованими і сприяють надзвичайному напруженню психічної діяльності, появі проблем зі сном, постійній напрузі та настороженості, часом спалахи гніву, або аутодеструктивна поведінка призводять до виснаження та в подальшому можуть призвести до астенізації. Уникання думок, почуттів пов'язаних із травмою, призводить до обмеження життєвої та суспільної активності людини з ПТСР навіть у буденному житті. Негативний настрій, пов'язаний з почуттям провини, самозвинувачення, породжують впевненість, що весь світ становить загрозу для життя, що призводить до труднощів або неможливості переживання позитивних емоцій [6].

Вчені вказують, що середньостатистичний показник втрат через посттравматичні психогенії становить 10-25%, за актуальними даними серед українських військових вони сягають 80%, у тому числі 30-40% випадків переходу психологічних проблем у психічні [3].

Враховуючи такі високі показники, безперечно є необхідним вивчення наслідків впливу травматичного стресу на психіку людини та розробку програм медико-психологічної реабілітації, націлених на збереження та відновлення психічного здоров'я військовослужбовців [3]. Значна кількість досліджень присвячених психологічним та психічним наслідкам військового конфлікту та проблема розвитку ПТСР у військовослужбовців з урахуванням специфіки бойового стресу та інших чинників, що діють у військових умовах, наразі

потребує систематизації та додаткового системного вивчення. Невивченість багатьох клінічних питань, відсутність систематизованих досліджень у цій галузі ускладнює вирішення діагностичних і терапевтичних проблем при цій патології хворих. Сучасні події, що відбуваються в умовах війни Україні показують що для реабілітаційної роботи психолога з військовослужбовцями з ПТСР потребує по-перше, більш глибокого вивчення цього феномену, по-друге, використання нових психологічних діагностичних експрес-методик і психологічних засобів реабілітації, а також обов'язковим оволодіння психологами превентивними засобами, які б дали змогу військовослужбовцям оволодіти методами самопомочі для зниження ризику виникнення розвитку ПТСР, потрібні психотерапевтичні та психологічні методи реабілітації ПТСР (превентивні міри для підвищення психологічної стійкості особистості).

Слід зазначити, стан таких пацієнтів має вплив також на його оточення [2]. Їм важко підтримувати суспільні контакти, виконувати виробничі вимоги, страждають сімейні стосунки, наростає побутова і професійна дезадаптація. Фіксація безпомічності у кризовій ситуації, стає основою феномену набутої безпорадності. Постраждалі почувають себе суцільно некомпетентними, «зайвими», легко приймають роль інвалідів, пільговиків, споживачів соціальної допомоги, відмовляються від пропонуванних варіантів реабілітації та працевлаштування.

Метою реабілітації військових, що мають клінічну картину ПТСР, є подолання деструктивних способів подолання дистресу та набуття активної соціальної позиції із конструктивними формами поведінки та із подальшою інтеграцією у суспільство. Базуючись на аналізі літератури та на досвіді, який було отримано на базі клінічної практики, в реабілітаційну програму необхідно включити:

1. Діагностика, метою якої є виявлення домінуючих симптомів (індивідуальних для особистості).
2. Розробка індивідуальної психокорекції із урахуванням домінуючої симптоматики.
3. Терапевтичний супровід особи.
4. Сімейна психотерапія.
5. Навчання членів родини самопомочі та помочі члену родини із ПТСР у випадку рецидиву симптомів.

Таким чином запропонована модель психологічної реабілітації військовослужбовців з ПТСР буде сприяти усвідомленню основних причин і механізмів формування типів емоційного реагування, вироблення навичок опанування наслідків психотравми, формування більш адаптивних форм емоційного і поведінкового реагування на пережиті психологічні травми бойових умов служби і мирного часу, формування гармонійних сімейних відносин на основі взаєморозуміння і взаємної підтримки.

#### Література

1. Герасименко Л.О. Посттравматичний стресовий розлад. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 2021. № 8. С. 16-17.

2. Колк ван дер Б. Тіло веде лік. Як залишити психотравми в минулому / пер.з англ. А. Цвіри. Харків: Віват, 2022. 624 с.
3. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія / В.І. Цимбалюк, В.В. Стеблюк, О.В. Друзь, Н.О. Марута, Г.М. Кожина та ін. Київ: ВСВ «Медицина», 2021. 256 с.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5. 2013.
5. Catarina Inoue, Evan Shawler, Christopher H. Jordan, Christopher A. Jackson. Veteran and Military Mental Health Issues; Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572092/>
6. Pearlin L.I. The social contexts of stress. Handbook of stress. *Theoretical and clinical aspects*. Eds. Goldberger L., Brenznitz. N.Y.: The Free Press, 2012. P. 367-379.

## **ЩОДО ПИТАННЯ ПРО КОНЦЕПЦІЮ ДЕКОНЦЕНТРИРОВАНОЇ УВАГИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ ВИКОРИСТАННЯ В КЛІНІЧНІЙ ПСИХОЛОГІЇ**

**Орлов Д. А.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

На психологічному ринку не так багато психотехніки, психотехнології, методик усвідомленого управління свідомістю і процесами в людському організмі з опорою на себе, які б вибудовувалися на науково-дослідному фундаменті, витримували перевірку часом і дозволяли дослідникам конструктивно розширювати смислові поля предмета досліджень; у тому числі при зверненні до досвіду інших культур і практичної сторони інших шкіл.

Одна з такої психотехніки – метод деконцентрації уваги.

Аж до другої половини 80-х рр., для постекстремальної реабілітації операторського контингенту і навчання методам управління власним психічним станом, як правило використовувалися різноманітні психотехнічні прийоми, які ґрунтуються на зворотних зв'язках, модифікації аутогенного тренування і елементи дій сугестій.

Досвід показав, що жоден з використовуваних підходів не може бути застосований безпосередньо в процесі діяльності, особливо в екстремальних умовах, а використовувані психотехніки не дозволяють управляти станом оператора в процесі виконання професійних обов'язків. Гранично актуальним стало питання про необхідність нових методичних підходів, психотехніки, що вводить, в процес діяльності і що перетворюють психотехнічні прийоми на один з елементів роботи оператора. Його рішення прийшло через техніку деконцентрації уваги. Ідея дКВ зародилася у Бахтіярова О.Г., ще у кінці 70-х рр., в період дослідження можливостей забезпечення роботи фахівців в екстремальних умовах, в умовах тривалих інтенсивних навантажень. Але сама техніка була розроблена пізніше, у рамок програм підготовки операторів для діяльності в складних, невизначених і екстремальних умовах. Перші розробки методики дКВ здійснювалися в Інституті психології АПН України (Київ). Прийоми відпрацьовувалися на базі експериментальних груп за сприяння секції

біоелектроніки УкрНТО РЭС ім. Попова. Перша апробація методики і експериментальне вивчення породжуваних нею феноменів були проведені на базі ОКБ "Ритм". Подальша експериментальна перевірка проходила в дослідницьких лабораторіях таких міст як Вільнюс, Київ, та інших. Усі розробки носили прикладний характер і відбивалися у відповідних звітах. До видання монографій Бахтіярова О.Г.: "Постинформационные технологии: введение в психонетику" і "Деконцентрация", - публікації обмежувалися короткими тезами у збірках різних конференцій.

В середині 80-х рр., у рамках програми по підготовці операторів для роботи на нових зразках техніки (замовник - НВО "Блискавка") була зроблена розробка методів управління станом і збереження самоконтролю в екстремальних і невизначених умовах діяльності.

У 1987-1988 рр., у рамках проекту СКТБ інформаційних систем Інституту проблем матеріалознавства АН України, були розроблені методики дКВ для Центру підготовки операторів енергопідприємств. В 1987 –1989 рр., у рамках спецпроекта ТХО "Перспектива", була розроблена методика дКВ для стенда підготовки космонавтів.

У 1989-1996 рр. проводилися роботи по темах впровадження методики дКВ для забезпечення ефективності діяльності різних професійних контингентів. Зокрема, в Києві була створена перша невідкладна психіатрична допомога жертвам патогенних систем вірувань (поняття було введено Данченко В.; відомий по публікаціях під псевдонімом "N20").

С 1996 по 1997 рр., на базі Воєнно-гуманітарного інституту МО України, проводилася експериментальна робота по впровадженню методик інтенсивних семінарів присвячених дКВ, для підготовки спецконтингенту військовослужбовців; а також була розроблена тема "Психологічні аспекти поведінки військовослужбовців в умовах конфліктів низької інтенсивності".

З 1997 по 2000 рр. велася розробка методів інтенсивного навчання дКВ.

З 2002 по 2015 рр. Орловим Д.А. проводилося цільове вивчення ефективності застосування дКВ-підхода при розробці психотехнологічних методів психореабілітаційної і психотерапевтичної спрямованості.

Якщо тема концентрації уваги (КВ) так чи інакше була завжди вплетена в контекст сучасної дійсності, а психічні процеси КВ поставлені в положення широко досліджуваних і постійно затребуваною тренеровки, то відносно того, що є повною протилежністю КВ, дослідження довгий час практично не проводилися, оскільки сама матерія "цього" вислизала з поля сприйняття і по суті представлялася тим, що практично відсутній.

З технологічної точки зору, будь-який вид КВ - це утримання "точки уваги" на тому, що виділено із загального фону, як деяка визначеність/стимул - структура. Але для вирішення психотехнічних завдань підходить тільки довільна КВ, оскільки через неї є можливість свідомо звузити поле сприйняття до одного об'єкту і тим самим усі інші структурні елементи перевести в режим що не фіксуються свідомістю, - перетворивши на однорідний фон. Якщо ж увагу рівномірно розподілити по усьому полю сприйманих структур (стимулів тієї або

іншої сенсорної модальності або їх компеляції, у будь-якому з варіантів), то з'являється ефект повністю протилежний КВ, - в полі сприйняття залишається лише свідомо сприймана однорідність (СВО), тобто фон стає структурним одиницею поля сприйняття. Саме цей ефект і був названий дКВ.

У міру вивчення дКВ з'ясувалося, що воно м.б. мимовільним і довільним.

Мимовільне дКВ – це спонтанні феномени близькі до дКВ. У більшості випадків вони включаються в якості моменту або як складова частина інших феноменів. Наприклад, дКВ може відзначатися як спонтанний процес в прострації, процес супроводу певних фаз засипання, як особливості процесів уваги на периферії поля сприйняття. Близькі дКВ (якщо не загострювати увагу на чиннику короткочасності) суб'єктивні переживання когнітивного дисонансу.

У певних умовах стійкі деконцентративні стани виникають при дії хронічних екстремальних чинників і при деяких патологічних станах. Окремі фрагменти дКВ можуть бути спровоковані неможливістю механізмів уваги і сприйняття впоратися з поставленими завданнями. Для вирішення ж психотехнічних завдань інтерес представляє лише довільний процес СВО – дКВ. Але довільний перехід в дКВ має певну складність. Одна з причин цього – це перехід від предметного сприйняття до непередметного, що довгий час, дослідники вважали практично неможливим, або можливим при використанні апаратних методик в лабораторних умовах.

Для подолання "складності" і входження в стан свідомо сприйманої однорідності, довільного дКВ, були розроблені спеціальні прийоми, сукупність яких і стала називається технікою деконцентрації. А сам "перехід" став розглядається лише як частина "процесу", як перша фаза дКВ ("площинне дКВ").

Спершу техніка дКВ розглядалася як одна з багатьох психотехніки, але з часом до неї віднесли як до базової, такої, що породжує різні психотехнологічні лінії. Цьому сприяло і первинне уточнення її співвідношення з іншими психотехніками, і подальше виявлення аналогів в психотехнологіях, породжених іншими культурами. Такий підхід дозволив ряд методик, розроблених до появи техніки дКВ, віднести до категорії деконцентративних, а деякі деконцентративні психотехнології адаптувати під практичне використання в операторській роботі і в психотерапевтичних цілях.

Особливість дКВ, що зробила її базовою для подальшого методичного розвитку, в тому, що при входженні в дКВ відбуваються значні зміни у внутрішньому стані і в сприйнятті довкілля. На цій основі були виділені різні види дКВ. Кожен вид дКВ пов'язаний із специфічними нюансами формованих станів, породжує власну феноменологію і потенційно є родоначальником своєї психотехнічної лінії. У залежності від прийомів формування розрізняють площинне дКВ і об'ємне.

Площинне дКВ викликає ефект відчуженості від зовнішнього світу, зниження психофізіологічного тону, відкриває доступ до розгортки станів свідомості медитативного типу; може бути використано в реабілітаційній практиці, в якості заміни аутогенного занурення. Об'ємне ж дКВ ефективно для виходу із стану стомлення або монотонії в стан мобілізації; швидко підвищує



тонус, якість включеності в середу, орієнтацію в ній, а при переміщенні в просторі не руйнується. Дозволяє обробляти масив інформації, що перевищує за своїм обсягом початкових можливостей людини.

Важливо відмітити, дКВ може робитися як по будь-якому, (1) окремо взятій сенсорній модальності, так і (2) полімодально – у будь-якому варіанті їх поєднання, аж до (3) повної дКВ (здіянні поля сприйняття усіх сенсорних модальностей).

Повне дКВ може бути площинним, об'ємним і одночасно як площинним, так і об'ємним. Це одночасне поєднання створює тотальність уваги, виводячи за межі звичайних станів свідомості. Будь який вид дКВ тягне появу специфічного, складно описуваного стану свідомості яке значно відрізняється від звичайних станів свідомості, з характерною пригніченістю спонтанного потоку думок і образів. Цей стан може розглядатися як початкову ланку формування змінених станів свідомості (ЗСС).

У кожного виду дКВ свої ЗСС, у яких, незалежно від виду, однакова характерність (відрізняє від "традиційних" ЗСС) - процес протікання прив'язаний до того психотехнічного прийому, який нав'язує свідомості конфігурацію, що задається. Стабільні ЗСС можуть виникнути, тільки при тривалому застосуванні дКВ або при його поєднанні з іншими прийомами. Зокрема, засобом об'ємного соматичного дКВ можуть бути сформовані медитативні ЗСС: свідомість повністю завантажуючись сприйняттям зовнішньої і внутрішньої соматичної середовищ, створює парадоксальну зосередженість і на психічному фоні, і на тонкому розрізненні семантичних відокремленостей без опори на їх чуттєві еквіваленти.

Розгляд динаміки протікання психічних станів народжуваних дКВ, підводить дорозділення їх на дві групи. Першу утворює зміни свідомості (ЗСС), що виникає у рамок нормального стану. Другу – зміни ведуть до формування змінених станів свідомості. У рамок ЗСС, залежно від спрямованості створюваних зрушень, виділяють психотехніки: релаксаційні, мобілізаційні, катарсичні, сенсobilізуючі (до яких або діям) і інші види. У результаті таких зрушень можуть виникнути: стан свідомості підвищеної ясності, зняття напруженості, зміна функціональних станів за цільовою ознакою.

Що стосується другої групи, то тут класифікація виникаючих ЗСС має свої складнощі.

Функціонально дКВ може використовуватися для превентивних, оперативних і реабілітаційних потреб. Для вирішення превентивних завдань, при підготовці, площинне дКВ використовують шляхом його включення в технології розвитку навичок сприйняття підпорогових стимулів, а об'ємне дКВ, будучи схожим з алертним гіпнозом, може застосовуватися для підготовки до роботи в умовах, що вимагають підвищеної пильності і включеності в довкілля. ДКВ показало свою ефективність при рішенні оперативних завдань, оскільки при їх здійсненні не передбачає вихід з діяльності (на відміну від АТ або переважної більшості медитативних станів), а отже застосовано безпосередньо "на полі бою" або ж в процесі тактико-технологічної підготовки.

При допомозі ДКВ можна знімати напругу, виходити з деструктивних емоційних станів (страх, роздратування), різко розширювати можливості як сприйняття, так і переробки інформації. Близькість площинного дКВ до АТ визначає реабілітаційні можливості дКВ без існуючих в АТ обмежень, що не допускають її застосування при коливанні артеріального тиску і ряду соматичних розладів. А широкий діапазон модельованих функціональних станів дозволяє створювати високодиференційований сценарій психотерапевтичних алгоритмів.

### Література

1. Бахтияров О.Г. Постинформационные технологии: введение в психонетику. К.: Изд. Экспир. 1997.
2. Бахтияров О.Г. Деконцентрация. К.: Изд. Ника-Центр. 2002.
3. Калинаускас И. Н. Учебно методическое пособие по преподаванию методики дифференцированных функциональных состояний. Од. Изд.: Фонд Лики Культур. 2005.
4. Культура – как живое целое: культура и духовные традиции, культура и работа сознания. Тезисы докладов международной научно-практической конференции 11-13 сентября 1997. Одесса. Одесса, 1998.
7. Held R. Exposure-history as a factor in maintaining stability of perception and coordination. *J. Ntrv. And Mental Disease*. 1961. v.132. P. 26–32.

## ПРОЯВ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ЖІНОК З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ

Лазоренко Т. М., Ковшар Д. І.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

В сучасному світі все більше і більше уваги приділяється людській особистості та її сексуальності. Донедавна питання як сексуальних дисфункцій, так і розладів особистості, які довгий час звалися психопатіями, було табуовано не тільки в суспільстві, а і в наукових спілках.

Найбільший вклад у розуміння та діагностику розладів особистості зробили наступні вчені П. Б. Ганушкін, котрий описав критерії розладу особистості, О. В. Кербіков, який розділи психопатії на 3 типи (ядерні, краєві та органічні), Жаріков Н. М, відомий своїми працями у галузі епідеміології психічних захворювань, Гурьєва В. А., яка описала взаємозв'язок між психопатіями та алкоголізмом та інші.

Згідно з DSM-5: “Розлади особистості — стійкі ригідні патерни довгої тривалості, які викликають значний дистрес чи порушення і які не є наслідками вживання певних речовин чи іншого медичного стану” [3].

Дослідження в галузі клінічної психології в теперішній час показало безліч факторів, які можуть викликати психічні порушення. Ці фактори є ендогенними: біологічними, фізіологічними, спадковими, генетичними, тощо, та екзогенними: інфекційними, інтоксикаційними, травматичними тощо [1].

Діагностичні критерії розладу особистості розробив П. Б. Ганушкін, і вивів 3 основні:

1. Порушення адаптації внаслідок виражених патологічних властивостей.

2. Тотальність психопатичних особливостей.

3. Їхня відносна стабільність та мала оборотимість [1].

Спираючись на дослідження розладів особистості за DSM-5, можна розділити їх на 3 кластери:

А («дивні або ексцентричні розлади»);

В («театральні, емоційні»);

С («тривожні, панічні»).

Кожен кластер має свої спільні риси, кластер А: соціальна незграбність та ізоляція, викривлені моделі мислення, кластер В: проблеми з емоційною регуляцією та патологічна потреба до уваги, кластер С: високий рівень тривоги [3].

При діагностиці розладів особистості та сексуальних дисфункцій, як вказують Жаріков Н. М., Тюльпін Ю.Г., найскладнішим питанням є розуміння саме ведучих причин психічного порушення [1]. По перше, механізми розвитку психічних порушень ще не до кінця визначені та відомі, особливо, якщо говорити про розлади особистості. По друге, у деяких осіб може бути декілька патогенних факторів, і зрозуміти, що є першопричиною, а що є наслідком, складно, якщо взагалі можливо. На сам кінець, наявність патологічного фактора не завжди гарантує розвиток психічного порушення, так як кожна людина має різну стійкість психічної та нервових систем.

Одним із важливих аспектів гармонійної адаптації індивіда з розладом особистості є і гармонійна сексуальна адаптація. Протягом своєї історії люди розглядали питання сексуальних дисфункцій з різних точок зору та підходів, в східних культурах сексуальність розглядалась, як щось енергетичне та містичне, коли ж в західних культурах був прагматичний підхід, а дослідження цих різних підходів та думок допоможуть розібратися та поєднати кращі із них.

Проблема сексуальних труднощів з'явилась не в сучасному світі, а була описана з давніх часів, і такі культури, як грецька, римська і китайська, визнавали своє занепокоєння щодо сексуальних розладів. В Стародавній Греції вважалося, що сексуальні дисфункції були спричинені дисбалансом чорної жовчі чотирьох гуморів, що спричиняло безпліддя, а також еректильну дисфункцію. Серед медичних працівників Римської імперії також гостро стояло питання сексуальної недієздатності, вони намагалися лікувати її, використовуючи ряд розчинів, таких як суміш меду і перцю, що нібито посилювало лібідо. Якщо описувати погляди стародавньої китайської культури щодо причин сексуальної дисфункції, то китайці вважали, що саме недостатність енергії ян була першопричиною, яку нібито можна було виправити за допомогою акупунктури або застосування трав'яних засобів [8].

Очевидно, навіть за часів наших попередників набувало значення лікування проблем сексуальної активності, незважаючи на те, що доступність джерел, знань та досліджень була обмежена.

Якщо переходити до сучасної сексології, то першопроходцями в цій темі є В. Мастерс та В. Джонсон, вони почали досліджувати сексуальну функцію. Одна з їхніх робіт була саме про сексуальні взаємостосунки та здоров'я, як про

фізичний аспект так і психічний. Вони зробили сексуальну революцію у медичному та психологічному світах. Вони спростували багато упереджень щодо сексу людям з фізичними та психічними вадами. Наприклад, вони змогли довести, що розумово відсталі теж можуть займатись здоровим сексом, а раніше вважалось, що через їхню відсталість вони є або асексуалами (асексуал - людина, яка вроджено немає сексуального потягу) або нездатними контролювати свої сексуальні потяги. Дослідники пояснили, що насправді сексуальні дисфункції можуть мати не такі і глибокі корені, як вважається, вони можуть бути спричинені банальною неосвідченістю та нерозумінням здорових тілесних проявів [18].

Далі сексуальні дисфункції почала досліджувати Х. Каплан і створила сексуальну терапію подружніх пар. Вона розширила наше розуміння сексуальних дисфункцій та описала їх можливу етіологію. Хеллен вважала, що сексуальна дисфункція – це континуум різнорідних та послідовних факторів серед яких і ледве помітні негативні тривожні передчуття і глибокі сексуальні та психічні патології [19].

Якщо говорити про вітчизняних сексологів, які досліджували сексуальність та її патологію, то важливо виділити невропатолога Г. Васильченко та українських психіатрів-сексологів В. Кришталь, С. Григоряна, Г. Кочаряна. Саме вони поєднали психопатологію та її вплив на сексуальну дисфункцію. В. Кришталь визначав: “Дискретні сексуальні розлади можуть виникати незалежно від динаміки психопатії, супроводжувати її декомпенсацію або включатися до структури психопатії як вторинних симптомів і синдрому” [2]. Тобто ми можемо зробити висновок, що сексуальна дисфункція може бути пов’язана з розладом особистості, мати компенсаторний характер розладу або бути окремим симптомом, якій не залежить від розладу.

Сексуальні дисфункції є поширеним, за деякими дослідженнями сексуальна дисфункція в певний момент часу була присутня у 50% населення (Мастерс та Джонсон, 1970), а за дослідженням 2001 року до 95% населення страждали від сексуальних проблем [12]. Попри їхню поширеність сексуальні дисфункції є часто стигматизованими.

Хейман стверджує, що сексуальні дисфункції впливають на багато аспектів сексуальності, таких як сексуальне бажання або інтерес, досягнення та підтримання рівня збудження, оргазм або його наявність, а також біль, який відчувається під час статевого акту [9]. Було виділено чотири групи класифікації типів сексуальної дисфункції: розлади, пов’язані з сексуальним бажанням, які знижують кількість та якість статевого потягу; розлади фізіологічного збудження; оргазмічні розлади, які перешкоджають досягненню оргазму, та розлади, пов’язані із болісним статевим актом [9]. Спричинити ту чи іншу дисфункцію можуть як психологічні чинники, так і фізіологічні.

Поширеність статевих дисфункцій серед осіб з розладами особистості є часто забутою, але важливою проблемою. Вивчаючи кожну з цих тем, ми можемо отримати краще розуміння поширеності та наслідків сексуальних дисфункцій у осіб з розладами особистості.

При певних розладах особистості сексуальні дисфункції можуть бути як симптоми психопатології так і виникати поза розладом, можуть дискретними та континуальними.

Дискретні психопатологічні утворення складаються з певних і невизначених психотичних реакцій і фаз, які мають тимчасовий характер, не залежать від ситуації або компенсаторних можливостей. З часом їх можна звести нанівець. Вони виникають незалежно від динаміки розладу особистості, супроводжують його декомпенсацію або включаються в структуру як вторинні симптоми і синдроми [2]. Тимчасові ситуативні відхилення, коливання лібідо, сексуальної реактивності та оргазму можна вважати непомітними разом із явними сексуальними порушеннями та сексуальними розладами, викликаними факторами, не пов'язаними з психопатією. І саме тому часто ігноруються клініцистом.

Континуальні психопатологічні утворення стійкі в часі, тісно пов'язані з особистісною аномалією і можуть бути конституційно зумовленими чи виникати в процесі становлення сексуальності. Оформившись у певну структуру з мінімальною регradientністю, вони зберігають свою відносну незмінність, набуваючи характеру сталих сексологічних синдромів. Такими стійкими сексopatологічними синдромами можна вважати – психосексуальний інфантилізм, патологічну мастурбацію, справжні перверсії, явну патологічну унсолідацію.

Найбільш страждаючими від сексуальних дисфункцій є особи з гістеріонним, залежним та нарцистичним розладами особисті. Жінки з гістеріонним розладом особистості мають більше сексуальних аномалій порівняно з контрольною групою [13]. Зазвичай вони мають знижені статевий потяг [14], та сексуальну асертивність, але збільшені сексуальну тривогу та оргазмічну дисфункцію [15]. Жінки з нарцистичним розладом особистості так само часто мають гіпоактивне лібідо [16], наряду з розладом сексуального збудження [14]. У групи жінок з залежним розладом особистості, які ще мали фіброміалгію — стан, який характеризується хронічним болем і підвищеною болісною чутливістю [6], знайшли такі дисфункції як сексуальні відраза та уникнення сексу [17]. Інші розлади включали пригнічене сексуальне збудження та пригнічене сексуальне бажання [14].

Зазвичай саме на дискретні сексуальні дисфункції не звертають уваги психіатри та клінічні психологи через брак розуміння теми або важливості гармонійного сексуального життя у жінок з розладами особистості. Хоча деякі дослідження показують, що при меншій сексуальній фрустрації особи мають більшу адаптивність та асертивність. Клінічному психологу важливо розуміти як розлади особистості з сексуальними дисфункціями так і взаємозв'язок один на одного, щоб компенсувати особистість наскільки це можливо і навчити її як адаптивному соціальному життю, так і сексуальному. Для того, щоб розробити більш ефективні методи діагностики та реабілітації, потрібно подальше дослідження, яке буде включати більш детальний аналіз механізмів формування та розвитку сексуальних порушень.

Перспективи дослідження у цій галузі виглядає багатообіцяючими, особливо для розуміння взаємозв'язку між розладами особистості та сексуальними дисфункціями у жінок. За допомогою таких досліджень можна отримати висновки, які сприятимуть розробці більш ефективних методів діагностики та реабілітації таких клієнтів.

Загалом, дослідження впливу розладів особистості на сексуальні функції та взаємозв'язку між ними має ключове значення для покращення як фізичного, так і психологічного стану жінок із такими проблемами. Подальші дослідження в цій сфері допоможуть розширити знання про цю складну та значущу проблему та сприятимуть розробці більш ефективних та індивідуальних підходів до діагностики та лікування, що, у свою чергу, покращить як якість життя жінок з розладами особистості, так і їхній загальний психологічний стан.

#### Література

1. Жаріков Н. М., Тюльпін Ю. Г. Психіатрія: навч. посіб. 2-ге вид., переробл. та допов. Москва : МІА, 2012. 832 с.
2. Кришталь Є. В., Григорян С. Р. Сексологія : навч. посіб. Москва : МАС, 2021. 878 с.
3. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.978089042559>
4. Corona G. "Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. URL:"[https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/7/4\\_part\\_2/1598/6848854](https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/7/4_part_2/1598/6848854)
5. Bancroft J. The Medicalization of Female Sexual Dysfunction: The Need for Caution. *Arch Sex Behav* 31, 451–455 (2002). URL: <https://doi.org/10.1023/A:1019800426980>
6. "Post-prostatectomy erectile dysfunction: contemporary approaches from a US perspective. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/RRU.S39560>
7. ["fibromyalgia"](#) . Collins Dictionaries. [Archived](#) from the original on 4 October 2015. Retrieved 16 March 2016.
8. Downham Moore A. (2021). The Historicity of Sexuality: Knowledge of the Past in the Emergence of Modern Sexual Science. *Modern Intellectual History*, 18(2), 403-426. Doi:10.1017/S147924431900026X
9. Heiman Julia. (2002). Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *Journal of sex research*. 39. 73-8. 10.1080/00224490209552124.
10. Kinsey A., Pomeroy W., & Martin C. (1948) *Sexual behavior in the human male*. New York: Saunders
11. Kinsey A., Pomeroy W., & Martin C. (1953). *Sexual behavior in the human female*. New York: Saunders
12. Aschka C., Himmel W., Ittner E., Kochen M., 2001, Sexual problems of male patients. *Journal of Family practice*, 50, 773-778
13. Merskey H, Trimble M. Personality, sexual adjustment, and brain lesions in patients with conversion symptoms. *Am J Psychiatry*. 1979. 136(2):179-82. URL: <https://doi.org/10.1176/ajp.136.2.179>.
14. Fagan PJ, Schmidt CW Jr, Wise TN, Derogatis LR. Sexual dysfunction and dual psychiatric diagnoses. *Compr Psychiatry*. 1988;29(3):278-84.
15. Apt C, Hurlbert DF. The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *J Sex Marital Ther*. 1994;20(2):125-33. URL: <https://doi.org/10.1080/00926239408403423>.
16. Hartmann U, Heiser K, Ruffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol*.. 2002;20(2):79-88. URL: <https://doi.org/10.1007/s00345-002-0280-5>.

17. Kayhan F, Kucuk A, Satan Y, Ilgun E, Arslan S, Ilik F. Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:349-55. URL: <https://doi.org/10.2147/NDT.S99160>.
18. Masters, William H., et al. *Masters and Johnson on Sex and Human Loving*. Little, Brown, 1988
19. Kaplan, Helen Singer. *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. Routledge, 2015.

*Секція IV.*  
**ОСНОВИ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГА, УЧИТЕЛЯ І БАТЬКІВ  
В УМОВАХ ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОТОВНОСТІ СТУДЕНТІВ  
ДО СІМЕЙНОГО ЖИТТЯ**

**Панченко В., Вдовіченко О.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність теми дослідження «Психологічні особливості готовності студентів до сімейного життя» полягає в тому, що змінюються ціннісно-соціальні уявлення про роль сім'ї в суспільстві. В останні роки спостерігається зменшення кількості шлюбів і збільшення кількості розлучень, а також зміна соціальних ролей у сім'ї. У зв'язку з цим все більшого значення набуває вивчення психологічної готовності студентів до сімейного життя, адже це важливий етап у житті кожної людини [1].

Темою психологічної готовності до сімейного життя займалися багато вчених і психологів. Серед них можна виділити таких дослідників, як Джон Боулбі, Е. Еріксон, Р. Хавігер, В. Мітчелл, М. Біркетт, Л. Белик, А. Іванова та багато інших. Кожен із цих дослідників вніс свій вклад у вивчення даної теми, висвітливши різні аспекти психологічної готовності до сімейного життя та виявивши фактори, що впливають на формування такої готовності. Метою даної роботи є вивчення психологічної готовності студентів до сімейного життя. Зокрема, необхідно визначити рівень готовності студентів до створення сім'ї та батьківства, а також проаналізувати фактори, що впливають на формування готовності до сімейного життя.

У сучасній психологічній науці існує декілька теоретичних підходів до вивчення особливостей готовності студентів до сімейного життя. Однією з них є теорія психосоціального розвитку Е. Еріксона, яка стверджує, що учні перебувають у фазі розвитку, коли вони формують свою ідентичність і визначають свої цінності, що може вплинути на їхню готовність створити сім'ю. Іншим підходом є теорія взаємодії, яка фокусується на взаємодії між індивідом та його оточенням, зокрема з партнером по стосунках. Цей підхід вважає, що успішні відносини засновані на здатності взаємодіяти і розуміти один одного. Третій підхід – теорія соціальної психології, яка вивчає вплив соціального контексту на формування особистості. Цей підхід передбачає, що студенти формують свою готовність до сімейного життя під впливом соціального середовища, в якому вони знаходяться, наприклад сім'ї, друзів, культурних і соціальних норм [4, с. 6-22].

Існують і інші підходи, наприклад, теорія соціального конструювання реальності і теорія взаємодії людей і середовища. Кожен із цих підходів дозволяє розглянути готовність студентів до сімейного життя з різних сторін і зосередити увагу на різних аспектах цього процесу [2, с. 60-63].



Соціально-культурне середовище має великий вплив на готовність студентів до сімейного життя. Сім'я, друзі, релігійні та культурні традиції, а також соціальні норми та стереотипи можуть впливати на уявлення студентів про те, що таке сімейне життя, які ролі мають виконувати чоловік і жінка в сім'ї, які цінності мають бути пріоритетними тощо. Студентський вік є періодом інтенсивного розвитку, коли формується індивідуальність, самоідентифікація, утверджуються міжособистісні стосунки та особистісні цінності. Студенти є цільовою групою, яку вивчають у психологічних дослідженнях, оскільки вони стикаються з рядом особливих проблем і важливих змін у житті, які можуть вплинути на їхню готовність до сімейного життя [3].

На готовність до сімейного життя можуть впливати різні психологічні особливості учнів. Наприклад, студенти, які мають стабільну ідентичність і чітко визначені цінності, можуть бути більш готовими до створення сім'ї, оскільки вони мають чіткіше уявлення про те, чого хочуть від життя. З іншого боку, студенти, які шукають ідентичність і ще не визначилися зі своїми життєвими цілями, можуть бути менш готові до створення сім'ї.

Наявність стереотипів також може вплинути на готовність до сімейного життя. Наприклад, якщо у студента є уявлення про те, що чоловік має бути головним годувальником, а жінка має відповідати за догляд за дітьми та домашні справи, це може вплинути на його бажання створити сім'ю з кимось, хто не відповідає цим стереотипам.

Стрес і депресія також можуть вплинути на готовність до сімейного життя. Якщо учень переживає депресію або постійний стрес, йому може бути складніше зосередитися на створенні та підтримці здорових сімейних стосунків. Отже, можна сказати, що психологічні особливості студентів можуть впливати на їхню готовність до сімейного життя. Важливо розуміти, що кожна людина унікальна і має свої особливості, які можуть вплинути на її готовність створити сім'ю.

Крім того, важливо пам'ятати, що готовність до сімейного життя – поняття динамічне, яке може змінюватися з часом і в залежності від різних життєвих обставин. Тому для збереження готовності до сімейного життя учням також необхідно надати можливість розвивати самопізнання та саморозвиток, підтримувати їх у формуванні здорових стосунків, надавати можливості для отримання психологічної підтримки [3, с. 68-74].

Встановлено, що на готовність студентів до сімейного життя можуть впливати такі фактори, як особистісні характеристики, стиль спілкування з людьми, досвід взаємодії в родині та соціокультурному середовищі. Також виявлено, що студенти з високою готовністю до сімейного життя мають певні характеристики, такі як більша емоційна стійкість, вищий рівень соціальної компетентності, більша відповідальність, готовність до компромісу та співпраці.

Тому важливо врахувати психологічні аспекти готовності учнів до сімейного життя та забезпечити їхню підготовку до формування сімейних стосунків, що сприятиме створенню здорових і міцних сімей. Дослідження вказують на необхідність розробки програм, які сприятимуть формуванню соціально-емоційної компетентності студентів, їхньої готовності до співпраці та

компромісів, а також підвищенню рівня обізнаності щодо створення здорових і міцних сімей.

### Література

1. Гончарова Н. Стратегії сімейного виховання та їх вплив на готовність студентів до сімейного життя. Київ, 2019. 312 с.
2. Коваленко І. С. Психологічні особливості готовності до шлюбу та сімейного життя студентів з різним рівнем самооцінки. Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції «Інновації в сучасному педагогічно-психолого-освітньому просторі». Київ, 2019. С. 60-63.
3. Петрушко Ю. В. Сімейне виховання та готовність студентів до сімейного життя. *Педагогіка і психологія*. 2015. № 2. С. 68-74.
4. Эриксон Э. Г. Детство и общество. СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. 592 с.

## ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ БАТЬКІВ, ЯКІ МАЮТЬ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

**Жосул Ю. І.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Дитячий вік є предметом уваги дослідників у різних галузях науки як значний та відповідальний період у житті людини. Важливу роль розвитку дитини, формуванні її особистості грає сім'я, існуюча в ній система внутрішньосімейних та дитячо-батьківських відносин.

Проблема інтеграції в соціум та підвищення якості життя дітей з обмеженими можливостями здоров'я та їх сімей завжди була і залишається актуальною. З кожним роком у нашій країні збільшується кількість дітей з важкими захворюваннями, вродженими та набутими, що призводить до повної їх інвалідності.

Всесвітня організація охорони здоров'я відмічає, що в останні десятиріччя частота народжуваності хворих дітей становить 10,8%, тобто, кожна десята дитина з'являється на світ із фізичними або розумовими вадами. А саме в Україні налічується 135,4 тисяч осіб з інвалідністю, або 120 дітей на кожні 10 тисяч (Нікора Т. Л.).

Загальновідомо, що про моральне здоров'я суспільства можна судити з того, як воно ставиться до найменш захищеної його частини – людей похилого віку та людей з обмеженими можливостями здоров'я (ОМЗ). А коли йдеться про ставлення до дітей з ОМЗ, питання загальнолюдської моралі стає ще гострішим.

За період майже двох тисячоліть у світі поступово змінювався вектор відносин суспільства до дітей з ОМЗ: від повного неприйняття до інклюзії.

В різних напрямках ведеться дослідження в галузі інклюзивної освіти вченими країн Європи, питаннями побудови теоретичних основ інклюзії займалися Л. Бартон, Е. Дорис, Т. Лореман, У. Сейлор, Д. Харвей та ін.

З труднощами входження «незвичайних» дітей у звичайні умови звичайної школи стикаються і одеські сім'ї, які виховують дітей з ОМЗ. Ефективне

входження таких дітей у середу освітніх закладів нашого міста видається практично неможливим без спеціалізованого психолого-педагогічного супроводу не тільки інклюзивного процесу в цілому, а й його окремих структурних компонентів, насамперед психолого-педагогічної допомоги та підтримки батьків дітей з ОМЗ, зокрема і раннього віку.

Ця необхідність обумовлена тим загальноприйнятим фактом, що соціалізація та розвиток будь-якої дитини, в тому числі, яка має обмежені можливості здоров'я, не можуть бути досягнуті без залучення до цього процесу сім'ї.

Сім'я, в якій живе хвора дитина, виявляється особливою групою, якій відповідає притаманна тільки їй атмосфера міжособистісних стосунків. Ці стосунки проявляються по-різному і також в неоднаковому ступені впливають на розвиток дитини, протікання її хвороби, а разом з тим на загальний психічний стан самих батьків. Мікроклімат, створений батьками в сім'ї, відіграє основну роль у процесі розвитку дитини.

Ситуація народження і виховання дитини з особливими психофізичними потребами, в більшості випадків, деформує взаємини в родині, сім'ї розпадаються, на жінку накладається додатковий стресовий фактор – розставання з чоловіком та ускладнюються взаємини з найближчими родичами: її дорікають у народженні дитини з особливими потребами. Обтяженій важкими випробуваннями, їй інколи зовсім ніде отримати підтримку.

Що стосується чоловіків в сім'ях з дітьми-інвалідами, народження малюка з особливими потребами часто сприймається як обмеження його чоловічої гідності. Тому, чимало чоловіків переносять відповідальність за народження такої дитини на жінку і розлучаються з нею.

Однак існують чоловіки, в яких народження дитини з особливими потребами, навпроти, ініціює соціальну активність. Вони починають активно боротися за краще майбутнє своєї дитини і, таким чином, самореалізуються в соціумі.

Також є сім'ї, в яких поява дитини з особливими потребами зміцнила взаємини між подружжям. Такі сім'ї є опорою суспільства і держави, сімейним інститутом гармонійної соціалізації дитини з особливими потребами.

Дослідження останніх десяти років, що вивчають особливості сімейного виховання та батьківських відносин до дитини з порушеннями в психічному розвитку, виявили, що у батьків дітей з обмеженими можливостями здоров'я спостерігається емоційне відкидання чи амбівалентне ставлення до дитини. Спостерігається одностороння, щадна оцінка хворої дитини, її потенційних можливостей, тенденції до інфантилізації та обмеження контактів дитини поза сім'єю. Виникає необхідність психологічного супроводу в корекційній школі не тільки дитини з порушенням у розвитку, а й її батьків.

Основними завданнями психологічного супроводу батьків дітей із обмеженнями у розвитку є:

- формування адекватного батьківського ставлення до дитини;
- формування адекватних стилів сімейного виховання дитини;

- підтримка впевненості батьків у можливостях дитини;
- зниження емоційного дискомфорту у зв'язку з проблемами дитини;
- навчання батьків конструктивному вирішенню актуальних завдань, пов'язаних з психотравмуючими ситуаціями, з якими зіштовхується дитина у процесі засвоєння знань та спілкування в соціальному оточенні.

#### **Література**

1. Борова Л.П. Соціально-психологічна допомога сім'ям, які мають тяжко хворих дітей. *Соціально-педагогічна робота*. 1998. № 6. С. 59-63.
2. Горещька О. Психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами. *Освіта регіон*. 2013. № 2.
3. Пінюгіна К. Психологічна характеристика особистості батьків, які мають дітей з особливостями психофізичного розвитку. *Нова педагогічна думка*. 2015. № 1 (81).
4. Смірнова Є. Р. Толерантність як принцип ставлення до дітей з обмеженими можливостями. *Вісник психосоціальної та корекційно-реабілітаційної роботи*. 1997. № 2. С. 51-56.
5. Солнцева В. А. Психологічні особливості батьків дітей з обмеженими можливостями здоров'я  
URL:<http://%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5%D1%81%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5/psikhologicheskie-osobennosti-roditeley-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya/>

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ОБМАНУ У ДІТЕЙ З ВАДАМИ СЛУХУ**

**Косьянова О. Ю., Белінська В. А.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

### **Постановка проблеми та аналіз публікацій з теми дослідження.**

Питання правди та обману складні та неоднозначні. Часто ми говоримо неправду з ввічливості та тактовності – дякуємо за подарунки, які не подобаються, посміхаємося людям, які нам неприємні, хвалимо господиню за страви, які нам не до смаку, питаємо «як справи?» у людей, які нам зовсім нецікаві. Ми прощаємо дітям хитрощі та вигадки та охоче граємо з ними в ці ігри. Іноді брехня може стати єдиним способом захисту себе та іншої особи, конфіденційності та особистого життя. Мотивів у обману може бути безліч. Але чому брешуть діти?

У психічному розвитку дітей з порушеним слухом виділяють дві (за І. М. Соловйовим) характерні закономірності. Перша з них полягає в тому, що через порушення слуху обсяг зовнішніх впливів на глуху дитину обмежений, взаємодія із середовищем збіднена, спілкування з оточуючими людьми ускладнено, у той час як необхідною умовою успішного психічного розвитку всякої дитини є значне зростання кількості, різноманітності й складності зовнішніх впливів. Внаслідок цього обмеження психічна діяльність такої дитини спрощується, реакції на зовнішні впливи стають менш складними й різноманітними, система міжфункціональної взаємодії змінена. Спостерігається нерівномірність у розвитку наочно–образного й словесно–логічного мислення (переважає перше);

письмова мова в обох формах – імпресивній (читання) і експресивній (письмо) – здобуває більшу роль у порівнянні з усною.

Друга закономірність – це відмінності в темпі психічного розвитку в дітей з порушеннями слуху в порівнянні з дітьми, які нормально чують. Шлях психічного розвитку дитини з порушеним слухом проходить у такий спосіб: розходження в психічній діяльності між дитиною, яка чує й глухою дитиною, незначні на початкових етапах онтогенезу, потім зростають протягом наступного часу. Так відбувається до певного етапу коли внаслідок систематичного сурдопедагогічного впливу розходження перестають наростати й навіть зменшуються. Чим кращі умови, тим швидше й значніше зближається розвиток дитини з порушеним слухом з розвитком дитини, яка нормально чує [1].

Відчуваючи потребу в спілкуванні з оточуючими, глухі користуються міміко–жестикуляторною мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації. Як певна база для розвитку мислення й засіб спілкування, міміко–жестикуляторна мова не може повністю замінити словесну мову – могутній фактор розвитку психіки дитини. Функції її в спілкуванні з людьми досить обмежені, тому що розуміти міміко–жестикуляторну мову й використовувати її для передачі своїх думок може лише одна людина, яка володіє системою її знаків. У спілкуванні глухих зі спеціально підготовленими людьми, які чують, використання міміко–жестикуляторної мови вкрай обмежене. Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування в них словесної мови.

Отже, провідним обмеженням осіб з порушеннями слуху є обмеження здатності до повноцінного спілкування, тому становлення міжособистісних відносин для даної категорії осіб і суспільства в цілому набуває особливого значення. Як зазначає Т. Г. Богданова, для формування у них міжособистісних відносин необхідне створення спеціальних умов із сторони дорослих – батьків і педагогів, при цьому важливі два взаємопов'язаних процеса: з однієї сторони, необхідно, щоб діти засвоїли норми та правила поведінки, які необхідні при спілкуванні з іншими людьми, з другої сторони, слід навчити їх розпізнавати особистісні якості, виконання чи невиконання норм і правил в реальному процесі спілкування, надавати їм оцінку [1].

Проблеми соціально–психологічної адаптації глухих осіб до оточуючого середовища, можуть спричинити появу вторинних дефектів.

Так, це призводить до появи у них таких особистісних рис, як ригідність, егоцентризм. Для них характерна відсутність внутрішнього контролю, емоційна незрілість, імпульсивність, сугестивність, більш високий рівень агресивності в поведінці, менше, чим у здорових людей виражене прагнення до співпраці. При цьому у жінок з порушеннями слуху відмічається більша, ніж у чоловіків, емоційна стабільність, кмітливість, сумлінність, менша, чим у них, підозрілість, наполегливість, схильність до ризику.

Розглядаючи медико–психологічні аспекти людей з обмеженими можливостями, В. Д. Менделевич звертає увагу на те, що у пацієнтів з порушеннями слуху частіше зустрічаються вразливість, підвищена тривожність.

Вони стають підозрілими, сором'язливими, намагаються приховати свій дефект (посилання на В. Д. Менделевич).

Незважаючи на серйозний та різноплановий негативний вплив глухоти й туговухості на розвиток дитини, навіть при найтяжчих ураженнях слухової функції, але при збереженому інтелекті, можливості всебічного розвитку особистості дітей із порушеннями слуху необмежені. Під впливом соціальних факторів (головним чином спеціального навчання), виявляючи наполегливість у подоланні труднощів, викликаних дефектом, люди зі стійкими порушеннями слуху досягають значних успіхів у різних сферах виробничої і суспільної діяльності, в реалізації своїх творчих здібностей.

Таким чином, у формуванні повноцінної, всебічно розвиненої особистості з порушеннями слуху важливе значення набуває позитивний вплив соціальних факторів, особливо в дитячому віці [1].

**Мета роботи:** дослідити особливостей прояву різних видів обману у дітей, що мають вади слуху.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Для дослідження цього питання нами було вирішено провести проєктивну методику «Неіснуюча тварина» та відтворити констатуючий експеримент Пола Екмана в якому метою виступала перевірка чи будуть діти списувати на контрольній роботі.

Розглядаючи дослідження авторів, що займалися вивченням схильності до обману дітей, що мають різні психічні вади (В. Знаков, К. Соломон, Ж. Дюпре, П. Екман, О. Ліпманн, С. Саймон, К. Снайдер, Кан Лі та ін.) Ми вирішили спиратися на дослідження Пола Екмана.

Спираючись на книгу Пола Екмана «Чому брешуть діти» та на його дослідження представлені у ній, можна узагальнити, що діти брешуть у певних випадках:

1. Страх пониження та прагнення уникнути покарання, для отримання вигоди та захисту друзів.

2. Якщо дитина досить розумна, щоб вирішити завдання, не підглядаючи, він, швидше за все, не скористається готовим відповіддю. Дитина, досить кмітлива, щоб передбачити ризик викриття, теж, мабуть, обманювати не стане. Але якщо ризик невеликий або інтелект не потрібний для досягнення мети, хороші здібності не протидіють брехні.

3. Нечесність є частиною більш узагальненої особистісної особливості, характерною для дітей, схильних маніпулювати іншими людьми у своїх цілях. Така схильність до маніпулювання у деяких дітей виявляється приблизно 10 років.

4. Деякі діти, які страждають від нестачі батьківської уваги, обманюють частіше.

5. Вплив на дитину можуть зробити друзі, які брешуть і роблять непристойні вчинки, для приховування яких їм знову доводиться вводити в обману. Вплив однолітків найбільше у підлітковому віці. Цікаво, що при цьому грає ставлення хлопчика до свого батька. Ті підлітки, які шанують своїх батьків,

стійкіші до впливу товаришів. І обнадіює те, що в міру дорослішання більшість дітей вводять в оману дедалі менше.

Чи стане дитина брехати чи ні в якійсь конкретизації, залежить не тільки від перерахованих факторів, а й від особливостей самої ситуації. І тут грають роль як особливості дитини чи вплив сім'ї та друзів. Чи буде обманювати дитина, залежить також від того, що поставлено на карту [2, 3].

Наприклад Кан Лі більше двох десятиліть вивчав, як і чому діти обманюють, але він і його співавтори стверджують, що навчитися обманювати підвищує когнітивні навички у маленьких дітей.

Учений стверджує, що обман – це нормальна складова дорослішання, крім того, що раніше дитина навчиться обманювати, то краще та є велика різниця між дітьми, які починають обманювати раніше, і дітьми, які починають робити це пізніше.

«Перші схильні мати кращі когнітивні здібності», – переконаний соавтор дослідження, професор Інституту досліджень освіти Онтаріо Кан Лі [4].

У експерименті, яке провів Лі разом із колегами із Китаю, Сінгапуру та США, взяли участь 42 дитини дошкільного віку.

Спочатку усі ці діти спочатку не показати спроможності обманювати. Їх розділили на дві групи з однаковою кількістю хлопчиків і дівчаток, середній вік яких – півтора року. Через 4 дні вони грали в гру, під час якої мали заховати цукерку від дорослої людини в одній руці. А дорослий мав вибрати ту руку, на яку вказувала дитина. Якщо дитині вдавалося обманути дорослого, цукерка залишалася їй.

Одну групу дітей навчили, як обманювати, щоб перемагати, тоді як іншу – ні. Після цього всі діти пройшли стандартизовані тести для вимірювання самоконтролю та теорії мислення – здатність розуміти наміри та довіру інших людей.

Саме ті діти, яких навчили обманювати, у тестах перевершили іншу групу. "За кілька днів навчання маленькі діти швидко навчилися обманювати та одразу ж отримали від цього когнітивні навички", – йдеться у дослідженні.

Ці висновки доводять, що навіть зовні негативна соціальна поведінка людей може мати когнітивні переваги. Така поведінка вимагає досягнення цілей, вирішення проблем, відстеження психічного стану інших людей та перспектив.

За словами Лі, для того, щоб обманювати, потрібно володіти самоконтролем та теорією мислення. Саме ці когнітивні навички потрібні для того, щоб вижити у суспільстві.

Можна зробити висновок, що прояв брехні у дитячому віці має свої специфічні особливості які недостатньо усвідомлюються ними, а велика безпосередність у психічній поведінці не завжди дозволяє визначити її ознаки. У цьому аспекті ще більш складним її прояв у дітей з вадами слуху [4].

Спираючись на психологічну концепцію школи Л. Виготського, його учениця Р. Боскіс провела обстеження особливостей розвитку дітей з вадами слуху. Результати лягли в основу створеної нею педагогічної класифікації дітей з вадами слуху. Нею виділені дві основні категорії дітей з вадами слуху: глухі і

слабочуючі. До категорії глухих відносяться ті діти, для яких у результаті вродженої чи набутої у ранньому віці глухоти неможливе самостійне оволодіння мовою. До категорії слабочуючих відносяться діти, у яких понижений слух, але на його основі можливий самостійний розвиток мови.

Спостерігається пряма залежність розвитку мови від ступеня зниження слуху. Великий вплив на мовний розвиток має час зниження слухової функції, в залежності від чого знаходиться і рівень розвитку мови. Чим старшою дитина втратить слух, тим краще мовлення в неї зберігається.

Відомий вчений–дефектолог Р.М.Боскіс виділила серед слабочуючих дітей дві групи:

1) слабочуючі, що мають розвинене мовлення з невеликими недоліками (відхилення в граматичній побудові мови, помилки при письмі і вимові);

2) слабочуючі з глибоким недорозвитком мови (вживання окремих слів, коротких фраз з неправильною їх побудовою) [5].

Отже, до категорії слабочуючих відносяться діти, у яких обмежені можливості сприймання мови на слух. Ці обмеження можуть бути різними: від сприймання шепітної мови до різкого зниження слуху на сприймання мовлення.

Порушення слухової функції призводить до того, що в мовленнєвій діяльності дітей наявні специфічні особливості. Функціонування механізмів, які уможливають сприймання мовленнєвих звуків, ускладнене, з одного боку, розладом слухової функції, а з іншого боку, вторинним дефектом – недорозвитком мовлення дитини. Недосконалість слухової функції не тільки ускладнює сприйняття звукових сигналів з довкілля, а й негативно впливає на розрізнення звуків мовлення за їх фізичними та акустичними ознаками. Ускладнюється процес формування звукових образів слів, їх впізнання, а відтак погано засвоюється семантика слів.

Спостерігається неточність сформованих словесних значень, їх недостатня диференційованість, характерне розширення або звуження значень, їх змішування або заміна.

Виявлена кількісна обмеженість словникового запасу. Відмічається недостатнє розуміння зверненого до дитини усного мовлення, а також писемного, як на рівні окремих слів, так і словосполучень, речень, текстів.

Неточність сприймання початкової префіксальної, кінцевої суфіксальної частини слова та його закінчення, які у більшості випадків перебувають в ненаголошеній позиції, призводить до порушення граматичної сторони мовленнєвого розвитку і проявляється в аграматизмах на письмі та при усному мовленні. Відчувається специфічне неправильне ритміко–інтонаційне оформлення мовлення, що виявляється у недотриманні питальної, окличної інтонації, логічних та словесних наголосів, монотонному або скандованому промовлянні. Дитина зі зниженим слухом засвоює значення слів у триваліші строки, ніж їхні ровесники з нормальних слухом. Слабочуючі рідко використовують зіставлення та порівняння об'єктів як засіб запам'ятовування. Зусилля спрямовують на те, щоб закарбувати образ, а не усвідомити його своєрідність [5].



Навчаючи та виховуючи слабочуючих дітей, вчителі розуміють, що вони мусять стати “творцями” звуку в нічній тиші, допомогти дітям, позбавлених природою слуху, спілкуватися, стати повноцінними членами суспільства, комфортно себе почувати в середовищі чуючих, забезпечити відповідну освіченість дитини, її адаптацію та інтеграцію в суспільстві.

І глухі діти, і підлітки вже в середньому й особливо шкільному віці, усвідомлюючи важливість оволодіння словесною мовою для спілкування з іншими та кращого виконання своєї основної діяльності – навчання, виявляють велике бажання навчитися добре говорити й зчитувати з губ інших, щоб краще розуміти їх (дослідження Ж. І. Шиф). Це позитивно відбивається на загальному розвитку особистості глухих, зокрема з точки зору виховання спроможності до подолання труднощів [6].

У багатьох глухих дітей спостерігаються порушення функцій вестибулярного апарату, що найчастіше виникають при набутому ураженні слухової функції.

Глухота (первинний дефект), будучи пов’язаною причинним зв’язком із німотою (вторинне порушення розвитку), призводить до ряду інших відхилень у психічному розвитку. Так, серйозні порушення словесної мови, а тим більше її повна відсутність, негативно впливають на зорове сприймання, на розвиток не тільки словесно–логічного, а й наочного мислення, а також на інші пізнавальні процеси.

Оскільки обсяг інформації, яку людина дістає із зовнішнього світу, в свідомості глухої дитини помітно звужений через неможливість впливати на нього словесною мовою, її реакції на зовнішні впливи примітивніші та недостатньо різнобічні. Тому тут можна говорити про просту затримку розвитку. Справді, система органів чуття, завдяки яким глухий школяр відчуває зовнішній вплив – сукупну інформацію, змінена. Внаслідок цього середовище впливає на його психіку в зовсім інших співвідношеннях: деякі види впливу–майже в тому самому обсязі, що й у тих, хто чує, другі – в меншому, треті – як зовсім незначні. Отже, в глухих компоненти психіки розвиваються в інших, порівняно з людьми з нормальним слухом, пропорціях.

Глухі діти відчувають труднощі при заміщенні предметів. Навіть предмет, функціонально придатний на роль замітника, не завжди використовується глухою дитиною. Якщо дорослий назвав олівець ложкою або кубик праскою і дитина погодилася так називати цей предмет, це ще зовсім не означає, що вона почне “їсти” олівцем або “гладити” кубиком. Слово (нова назва) для глухої дитини ще не диктує способу дії з предметом. Формально приймаючи нову назву предмета, запропоновану дорослим, глухі діти в ряді випадків діють не у відповідності з цією новою назвою предмета, а погодившись з його особливостями.

Для глухих дітей характерно, що в процесі оволодіння ігровою діяльністю їх дії стають більш розгорнутими, повними, наповненими подробицями, деталями. Так, годуючи ляльку, дитина вже не обмежується тим, що підносить

ложку до її рота. Попередньо вона наливає їжу з каструлі в тарілку, помішує їжу, дме на неї, щоб не обпекти ляльку, наливає добавку з каструлі і знову годує і т.п.

Оскільки глуха дитина відстає в розвитку уяви, вона не може творчо увійти в роль. У молодшому шкільному віці у дітей формується навчальна діяльність. Особливості становлення навчальної діяльності у глухих молодших школярів представлені в роботах Є. Речицької. За її даними, у глухих дітей спостерігаються всі види мотивів навчальної діяльності. Особливо значимою для глухих школярів є мотивація, пов'язана з отриманням високих оцінок. Під впливом навчання відбувається зростання ролі навчально-пізнавальної мотивації у глухих молодших школярів, до III–IV класу вона займає друге рангове місце.

У зв'язку з особливостями розумового розвитку глухих дітей, зокрема з відставанням у розвитку мислення й мовлення, значні труднощі спостерігаються у формуванні всіх навчальних дій. Один з істотних недоліків навчальної діяльності глухих дітей полягає в тому, що вони часто виконують такі навчальні дії, які диктуються прагненням задовольнити вимоги вчителя. У зв'язку з відставанням у розвитку основних розумових операцій у глухих дітей повільніше формуються навчальні дії: недорозвинення аналізу і синтезу призводить до труднощів перетворення умов завдання, недорозвинення абстракції – до труднощів моделювання виділеного відношення. Навчальні дії формуються на звуженій, недостатньо узагальненій основі, тому глухі діти відчують труднощі при перенесенні навчальних дій у нові умови, на нові навчальні завдання [6].

Виконані, як примі так і осередкові дослідження у цьому плані, нажаль, не дають чіткого уявлення про механізми даного явища. Досліджуючи це питання мною був відзначений дефіцит матеріалу щодо досліджень прояву брехні у дітей з вадами слуху.

Виходячи з вищеописаних особливостей дітей з вадами слуху ми не могли застосовувати емпіричні методи дослідження, такі як тестові завдання. А також я погоджуюсь з висновками Річарда Лап'єра ( парадокс Лап'єра), що людина може відповідати на тести не зовсім чесно і «підтягувати» результат під бажаний [7].

Для дослідження цього питання нами було вирішено провести проєктивну методику «Неіснуюча тварина» та відтворити констатуючий експеримент Пола Екмана та перевірити чи будуть діти списувати на контрольній роботі.

Інструкція до методики «Неіснуюча тварина» була подана дітям в класичному варіанті. Учням було запропоновано намалювати неіснуючу тварину. Яку вони не бачили у житті, кіно або мультфільмах та відповісти на декілька запитано стосовно малюнка.

Запитання:

- 1) Яке ім'я у тварини?
- 2) Що тварина їсть?
- 3) Яка вона за характером (добра чи зла) ?
- 4) Де тварина мешкає?

5) Чи є у тварини друзі ? Вороги?

6) Що хоче тварина ? Чого хоче дитина, яка малювала?

За допомогою цієї методики можна досліджувати загальні особливості особистості дитини, агресивність, труднощі у спілкуванні. Методика може допомогти зрозуміти внутрішній світ дитини, те як вона сприймає оточуюче середовище [8].

Також задля досягнення поставлених задач нашого дослідження було вирішено провести відтворюючий експеримент. Подивитися чи будуть діти списувати на контрольній роботі, якщо вчитель заборонить і скаже, що якщо діти будуть списувати – це негативно вплине на їх оцінку у семестрі. Для проведення цього експерименту було залучено учнів спеціальної школи для дітей з вадами слуху.

Експеримент проходив у кожному класі на уроці математики. Вчитель роздав завдання сказав, що це схоже на ті завдання, які вони проходили раніше, але наголосив на тому, що учням потрібно зробити завдання самостійно для перевірки засвоєних знань, та якщо дитина буде списувати – вона автоматично поставе плоху оцінку і це вплине на оцінку в семестрі.

Коли діти почали писати, до класу заходив завуч та просив вчителя зайти до неї на декілька хвилин. Вчитель виходив, та ще раз наголошував на тому, що списувати неможна.

Узагальнюючи отримані дані за дослідженням «Чи будуть діти списувати на контрольній роботі», ми зробили детальну інтерпретацію та подальший аналіз отриманих результатів у Таблиці 1.

*Таблиця 1.*

**Зведена таблиця результатів констатуючого експерименту  
«Чи будуть діти списувати під час контрольної роботи»**

	Рівень інтелекту	Батьки дитини глухі\чують	Списував або писав сам
Учень 1	Високий	Глухі батьки	Не списував
Учень 2	Низький	Глухі батьки	Не списував
Учень 3	Високий	Глухі батьки	Не списував
Учень 4	Високий	Глухі батьки	Не списував
Учень 5	Середній	Батькичують	Не списував
Учень 6	Середній	Глухі батьки	Списував
Учень 7	Середній	Глухі батьки	Списував
Учень 8	Низький	Батькичують	Не списував
Учень 9	Низький	Батькичують	Не списував
Учень 10	Середній	Глухі батьки	Списував
Учень 11	Середній	Глухі батьки	Списував
Учень 12	Високий	Глухі батьки	Не списував
Учень 13	Високий	Батькичують	Не списував
Учень 14	Низький	Батькичують	Не списував

Учень 15	Середній	Глухі батьки	Списував
----------	----------	--------------	----------

Результати констатуючого експерименту «Чи будуть діти списувати під час контрольної роботи» підтвердили результати досліджень з книги Пола Екмана «Чому діти брешуть». Розумні діти не списували – так як не бачили в цьому сенсу, та списування могло вплинути на їх оцінку. Списували лише ті учні, які зазвичай вчиться не дуже добре, тобто можна зробити висновок, що їм нічого втрачати. Також не списували діти, які слабо вчиться і не знають звідки списати. Можна зробити висновок, що зазвичай списують діти, які вчиться середньо.

Чому одні діти брешуть частіше ніж інші? Треба звернути увагу на 3 критерії (як і у працях Пола Екмана) інтелект, проблеми з адаптацією до довкілля та особливості особистості.

Таблиця 2.

**Аналіз результатів констатуючого експерименту  
«Чи будуть діти списувати під час контрольної роботи?»**

Інтелект	Кількість учнів	Відсоток,%	Списало учнів	Відсоток списування відносно групи,%
Високий	5	33.33	0	0
Середній	6	40.00	5	83,33
Низький	4	26.67	0	0
Сума	15	100	5	

Діти з високим рівнем інтелекту не списували на контрольній роботі, так як вони були здатні вирішити завдання самостійно. Діти з низьким інтелектом не списували на контрольній роботі, так як не знали звідки списати, що підтверджує дослідження Кана Лі, у дитини яка починає брехати раніше кращі розумові здібності, по результатам нашого експерименту ми бачимо, що списали лише діти з середнім рівнем інтелекту.

Таблиця 3.

**Характеристика дітей, що обманули на контрольній роботі**

	Рівень інтелекту	Батьки дитини глухі\чують	Списував або писав сам
Учень 6	Середній	Глухі батьки	Списував
Учень 7	Середній	Глухі батьки	Списував
Учень 10	Середній	Глухі батьки	Списував
Учень 11	Середній	Глухі батьки	Списував
Учень 15	Середній	Глухі батьки	Списував

Чому одні діти обманюють частіше ніж інші? Треба звернути увагу на 3 критерії (як і у працях Пола Екмана) інтелект, проблеми з адаптацією до довкілля та особливості особистості.

Але був один цікавий факт, усі діти, які списали були з повністю глухих сімей. Тобто вони більш пристосовані до життя у світі тиші і почувають себе

спокійно. Діти, які народилися у чуючих родинях не списували тому, що вони не знали звідки, тобто можна сказати, що такі діти менш пристосовані до життя у глухому світі. Чому? Такі діти не так добре розуміють мову жестів і їм складніше засвоювати матеріал, тому що мовою жестів з ними спілкуються лише у школі (друзі та вчителя). У тих, хто не списав так як не знав де, батьки вдома погано знають мову жестів, або не спілкуються їй зовсім.

У дітей з якими вдома не розмовляють мовою жестів спостерігається затримка у розвитку. Таким дітям дуже складно засвоювати матеріал шкільної програми, а також спілкуватися з однолітками.

Учень 18 років не дуже добре розуміє мову жестів, та мав велику складність у наданні відповідей проєктивної методики «Неіснуюча тварина». Батьки цього учня встановили йому імплант, але реабілітація не пройшла вдало, у такому випадку дитина не чує і погано спілкується мовою жестів.

Ще один учень 18 років також має імплант, та із чуючої родини. Хлопець вдало пройшов реабілітацію, але також погано знає мову жестів. У класі цьому учню дуже складно так як однокласники не сприймають його за «свого».

Узагальнюючи поведінку всіх учнів під час проведення проєктивної методики «Неіснуюча тварина» можна сказати, що глухим дітям дуже складно біло придумати що малювати, хоча основним каналом сприйняття є візуальний і такі дітки мислять переважно образами.

Кожен з учнів потребував додаткового роз'яснення та прикладів як може виглядати тварина. Деякі учні не змогли придумати самостійно і починали змальовувати тварин з обкладинки зошита чи з інтернету. На запитання чому вони так роблять відповіли «Немає жодної ідеї, що можна намалювати, але хочу виконати завдання».

**Висновки.** Діти з вадами слуху обманюють з тих самих причин, що і чуючи, це підтвердив наш відтворений констатуючий експеримент.

На основі дослідження запропоновано певні психопрофілактичні рекомендації по її корегуванню. Найважливіше, що батьки можуть зробити у вихованні дитини, – побудувати стосунки на довірі. Якщо батьки часто обманюють дитину, часто змінюють свої рішення, не виконують обіцянки, то й від неї не варто чекати відвертості. До того ж надмірна жорстокість, часті суворі покарання, несправедливі звинувачення, підозри навчать тільки боятися, але не поважати. Виховання дитини, тем паче з вадами слуху – це дуже тяжка праця. Батькам слід спілкуватися з дитиною однією мовою, та віддавати на навчання у спеціальні установи, де працюють спеціалісти які зможуть допомогти дитині пристосуватися у світі тиші, а також поряд будуть такі ж самі діти, як і сама дитина, у цій ситуації дитина буде себе сприймати звичайною і їй буде просте побудувати довірливі стосунки з оточуючими.

#### **Література:**

1. Психологічні особливості пацієнтів з порушеннями слуху та зору. Pidru4niki. URL: [https://pidru4niki.com/88805/psihologiya/psihologichni\\_osoblivosti\\_patsiyentiv\\_porushennyami\\_sluhu\\_zoru](https://pidru4niki.com/88805/psihologiya/psihologichni_osoblivosti_patsiyentiv_porushennyami_sluhu_zoru) (дата звернення: 17.05.2023).
2. Пол Екман Чому діти брешуть. Київ: КМ–БУКС, 2018. 264 с.

3. Памела Мейер Як розпізнати брехню. Київ: КМ–БУКС, 2013. 318 с.
4. Українська правда Життя. Що раніше дитина починає обманювати, то краще – вчені. Українська правда Життя. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2018/09/5/233020/> (дата звернення: 15.05.2023).
5. Жукова В.В, Таранченко О.М., Литовченко С.В. Дитина з порушенням слуху. Київ: Літера ЛТД, 2019. 56 с.
6. Богданова Т.Г. Сурдопсихологія: Навч. посібник для студ. вищ. пед. навч. закладів. Академія, 2002. с. 203.
7. Парадокс Лап'єра.  
URL: [https://pidru4niki.com/16850303/psihologiya/paradoks\\_lapyera](https://pidru4niki.com/16850303/psihologiya/paradoks_lapyera)
8. Проективна методика «Неіснуюча тварина». Дитячий психолог.  
URL: <https://dytpsyholog.com/2015/02/14/проективна-методика-неіснуюча-твари/>

## **ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОТОВНОСТІ ДІТЕЙ ДО ВСТУПУ В ШКОЛУ**

**Жук А. М., Яцишина А. М.**

*Одеський національний економічний університет  
(м. Одеса, Україна)*

Проблема індивідуальних особливостей готовності дітей до вступу в школу полягає в тому, що кожна дитина має свої унікальні характеристики, які можуть вплинути на її готовність до навчання в школі. Ці особливості можуть бути пов'язані з рівнем розвитку мовлення, емоційної стабільності, пізнавальних здібностей, соціального середовища, звичок дитини та іншими чинниками. Недооцінка індивідуальних особливостей може призвести до того, що дитина буде відчувати стрес, незадоволення, несправедливість та інші проблеми, що можуть негативно вплинути на її успішність в майбутньому.

Метою теми є вивчення та аналіз індивідуальних різниць у готовності дітей до навчання в школі. Дослідження таких особливостей може допомогти виявити, які аспекти підготовки до школи є найбільш важливими для дитини, які вимоги можуть бути перебільшеними або недооціненими, і як підтримувати оптимальний розвиток дитини до моменту вступу до школи.

Індивідуальні особливості готовності дітей до вступу в школу є комплексним поняттям, яке включає в себе психологічний, фізичний та соціальний аспекти.

Психологічний аспект включає в себе розвиток когнітивних процесів, таких як мислення, пам'ять та увага, а також розвиток емоційної сфери дитини. За дослідженнями психологів, діти, які входять до школи з розвиненим когнітивним потенціалом, легше впораються з навчанням, а також мають більшу мотивацію до навчання та саморозвитку. До того ж, на думку багатьох дослідників, розвиток емоційної сфери дитини є одним з важливих факторів готовності до навчання в школі.

Фізичний аспект включає в себе загальний стан здоров'я дитини та її фізичну готовність до шкільного навчання. Згідно з дослідженнями, фізично здорові діти мають кращі результати в навчанні, а також мають більшу мотивацію до здорового способу життя та фізичних навичок.

Соціальний аспект включає в себе соціальні вміння та навички, такі як комунікація, взаємодія з оточуючими, уміння вирішувати конфлікти, співпрацювати та встановлювати взаємовідносини з однолітками та дорослими. За дослідженнями, діти, які мають розвинені соціальні навички, легше адаптуються до шкільного середовища та мають кращі результати в навчанні.

Для проведення дослідження до уваги було взято три методики:

- орієнтаційний тест шкільної зрілості» А. Керна-Я. Йірсека;
- методика «Графічний диктант» Д. Б. Ельконіна;
- методика «Готовність до шкільного навчання» М.Н. Костикової.

У результаті проведеної методики дослідження словесно-логічного мислення А. Керна – Я. Йірсека було виявлено, що у дошкільнят у трьох завданнях домінують такі рівні розвитку: за завданням «Намалювати чоловіка» у дошкільнят представлений високий рівень у 53,37% (24 особи), за завданням «Скопіювати зразок» у дошкільнят представлений вище за середній рівень у 62,16% (28 дітей), за завданням «Змалювати крапки зі зразка» у дошкільнят представлений середній рівень у 33,3% (15 осіб).

На другому етапі проводилося дослідження за допомогою методики «Графічний диктант» Д.Б. Ельконіна. Високий рівень переважаю у більшості дошкільнят – 57,82% (26 дітей), середній рівень мають 28,86% (13 дітей), низький – 13,32% (6 осіб). Дуже низький рівень не присутній ні у одного респондента.

І останній етап емпіричного дослідження проводився за методикою «Готовність до шкільного навчання» М. Н. Костикової. 51,06% (22 особи) дітей виконали завдання точно за інструкцією, даною експериментатором, показавши високий рівень розвитку, 33,4% (15 осіб) дітей припускалися помилок, збивалися з ритму, показавши середній рівень розвитку цього показника, 15,54% (7 осіб) дітей показали низький рівень розвитку.

За результатами трьох методик були отримані наступні результати, що з 50-ти вихованців центру підготовки до школи у м. Одеса 36 дитини емоційно та психологічно готові до навчання у школі, їх вольова сфера розвинена достатньо для освоєння провідного виду діяльності у школі навчального. 14 дітей, що залишилися, потребують корекції їх пізнавальних, мотиваційних і морально-вольових процесів, необхідних першокласнику для успішного освоєння шкільної програми та безболісної адаптації до школи, класного колективу та навчальної діяльності.

Згідно з дослідженнями, психологічна готовність дітей до вступу в школу залежить від багатьох індивідуальних факторів, таких як когнітивні можливості, емоційний стан, соціальний досвід тощо. Важливо забезпечити індивідуальний підхід до кожної дитини та враховувати її особливості при підготовці до школи. За допомогою відповідного підходу можна підвищити рівень психологічної готовності дітей до вступу в школу, що сприятиме їхньому успіху у навчанні та розвитку в майбутньому. Також важливо забезпечити взаємодію між батьками, вихователями та вчителями, щоб забезпечити оптимальні умови для підготовки дитини до школи та її успішного старту у навчанні.

## Література

1. Агафонова І.Н. Психологічна готовність до школи в контексті проблеми адаптації. Київ : Початкова школа. 1999. № 1. С. 61-63.
2. Большакова І. Проблеми психологічної готовності дитини до школи. Київ : Початкова школа. 2005. № 4. С. 4-7.
3. Корякіна І. В. Особистісна готовність дітей 6-го року життя до школи як актуальна проблема сьогодення. Бердянськ : БДПУ. 2010. № 3. С. 176–185.

## АДАПТАЦІЯ УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ У ШКОЛАХ ЗА КОРДОНОМ Дубровська Ю. О., Лазоренко Т. М.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність дослідження. Одним із складних періодів в житті людини є адаптація до нового середовища. Діти швидше за дорослих звикають до нових обставин, але переміщення в умовах війни є психологічною напругою і стресом, що робить процес адаптації більш тривалим. В сучасних реаліях України багато родин виїхали за кордон та вимушені пристосовуватись до нових умов життя.

Мета статті: теоретичний аналіз процесу адаптації школярів, вимушено опинившихся за кордоном в наслідок військових дій в Україні.

Методи. Для розв'язання поставлених задач та досягнення мети були використані наступні методи: теоретичні (аналіз літератури на задану тему) та емпіричні (метод спостереження, психологічне тестування та бесіда).

Виклад основного матеріалу. Практично всі основні психологічні школи внесли свій вклад в дослідження феномену адаптації. Умовно підходи психологів до проблеми адаптації можна поділити на три напрями: психоаналітичний (З. Фрейд, Е. Еріксон та ін.), гуманістичний (А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Олпорт) та когнітивний підходи (Ж. Піаже, Л. Фестінгер).

Для розуміння процесу адаптації школярів до навчання у школах за кордоном України розглянемо безпосередньо термін «адаптація». Адаптація (від лат. adaptatio — пристосування) – пристосування будови і функцій організму, його органів і клітин до умов середовища. Виділяють різні фази процесу адаптації до незвичайних екстремальних умов: фазу початкової декомпенсації і наступні фази часткової, а потім і повної компенсації. Зміни, що супроводжують адаптацію, відбуваються на всіх рівнях організму — під молекулярного до психологічної регуляції діяльності [5]. Іншими словами адаптація – це пристосування заради виживання. Критерієм успішної адаптації є продуктивність та психологічний комфорт. Людина досягає вершин еволюції саме завдяки адаптації до постійно змінених особливостей навколишнього середовища.

Є два шляхи адаптування до змін-активний та пасивний. При виборі пасивного шляху адаптування людина просто намагається звикнути до нових факторів життя без особливих рухів у напрямку змін. Активний шлях адаптації навпаки спонукає до дій задля досягнення бажаного рівня існування.

Для школярів, які покинули стіни рідних шкіл та переміщених за кордон України, виникає нова реальність: іншомовне оточення, незнайомі однокласники



та вчителя, нові правила поведінки та вимоги до навчання. На адаптацію цих дітей до навчання у школі будуть впливати багато факторів, таких як успішність інтегрування у новій країні, пережитий попередній досвід та емоційний стан у родині.

Після переміщення в іншу країну іноді людина відчуває стан “культурного шоку”. Це поняття було введено у наукову термінологію американським антропологом Калерво Обергом, який досліджував проблеми мігрантів. Як зазначає К. Оберг, потрапляючи в нові культурні умови, у людини виникають заплутані, невизначені, дезорганізуючі переживання, що викликають сильне нервово потрясіння. Це пов'язано з тим, що сенсорні, символічні, вербальні та невербальні системи, які забезпечували нормальне життя на батьківщині, раптом відмовляються адекватно працювати, зумовлюючи культурний шок. К. Оберг виділяє шість основних психологічних ознак культурного шоку:

1) напруга, що супроводжує зусилля, необхідні для психологічної адаптації;

2) почуття втрати або позбавлення (друзів, батьківщини, майна, професії, статусу);

3) почуття себе знехтуваним (неприйняття новою культурою) і почуття відкидання (неприйняття нової культури);

4) збій у рольовій структурі (ролях, очікуваннях), цінностях, почуттях, плутанина із самоідентифікацією;

5) почуття тривоги, засноване на різних емоціях (подив, відраза, обурення), що виникають у результаті усвідомлення культурних відмінностей;

6) почуття неповноцінності внаслідок нездатності впоратися з новою ситуацією [3, с. 32].

Тривалість міжкультурної адаптації визначається різними чинниками. На процес адаптації впливає вік, швидко і успішно адаптуються маленькі діти, вже для школярів цей процес часто виявляється складним, оскільки вони повинні бути схожими на своїх однолітків – зовнішнім виглядом, мовою, манерами тощо. Найбільш складно адаптуються люди похилого віку, на це зауважують психотерапевти і лікарі, вважаючи, що для них «немає необхідності обов'язково засвоювати чужу культуру і мову, якщо у них немає внутрішньої потреби у цьому». Освіта також впливає на успішність процесу адаптації: чим вона вища, тим у меншій мірі проявляються симптоми культурного шоку. В цілому, можна вважати доведеним, що успішніше адаптуються молоді, високоінтелектуальні і високоосвічені люди [1].

Різні рівні адаптації свідчать про внутрішній стан дітей у нових умовах проживання. Високий рівень адаптації – це позитивне ставлення до школи, однокласників та вчителів, творчій підхід до виконання завдань, легке засвоєння нових знань та правил, соціалізація в новий колектив. Середній рівень адаптації – це позитивне ставлення до школи в цілому, розуміння поставлених задач, творчій підхід, але є потреба у контролі з боку дорослих і більш сумлінне виконання задач, що є цікавими аніж типових. Низький рівень адаптації являє собою негативне або байдуже ставлення до школи, часті скарги на погане

самопочуття, труднощі під час виконання завдань, погана концентрація, небажання відвідувати заняття, конфлікти з однокласниками та вчителями.

Як зазначає А. Налчаджян, екстремальні ситуації призводять до значних об'єктивних і психологічних труднощів, вимагають повного напруження сил та оптимальної реалізації особистих можливостей з метою досягнення успіху й забезпечення безпеки, активізують комплекс адаптивної поведінки [4].

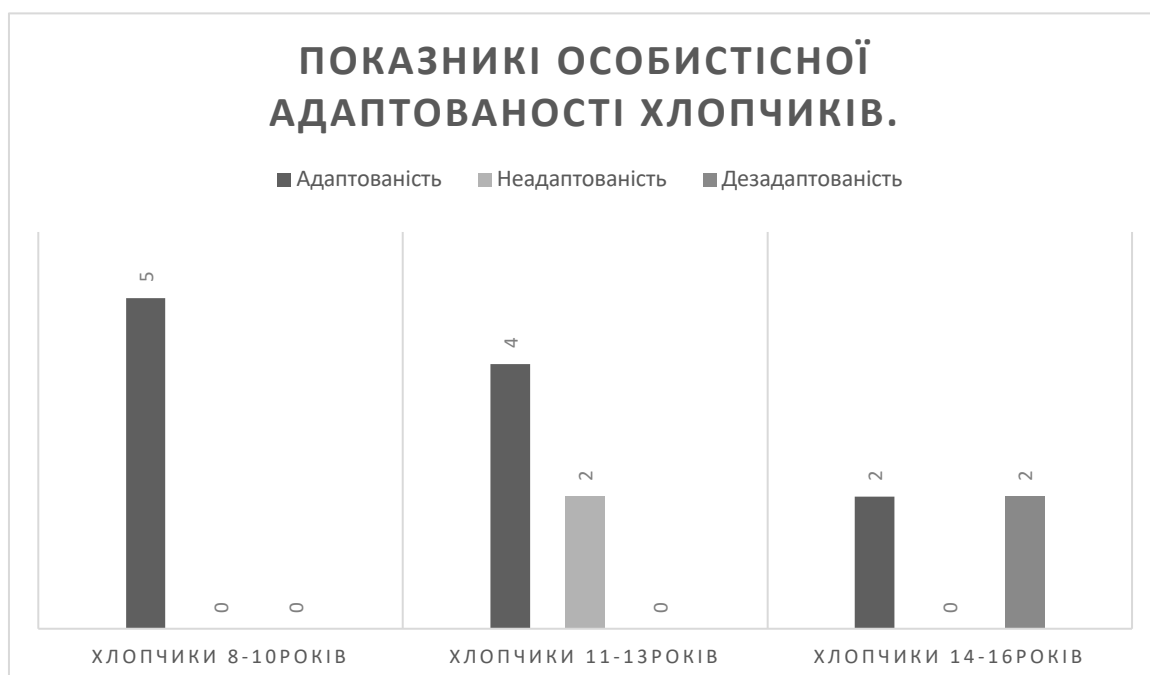
Також слід враховувати, що процес адаптації до певного соціального середовища є двостороннім. Тобто, адаптація є взаємозумовленим впливом переміщеної дитини та її соціального оточення, а отже, успішність адаптації залежить не лише від індивідуально-психологічних особливостей особистості дитини, але й від готовності нового соціального оточення до сприйняття такої дитини [2].

В даному дослідженні приймали участь 24 дитини (15 хлопців та 9 дівчат) віком від 8 до 16 років, що на даний час навчаються в школах Східного Йоркшира, Великобританія. Була використана методика визначення особистісної адаптованості школярів А.В.Фурмана та усні бесіди зі школярами та їх родинами. Бланк, що заповнюється кожною дитиною індивідуально, верхня частина – дані про дитину та коротка інструкція, нижня - висновок психолога, а середня – це таблиця, що складається з одного запитання, п'ятнадцяти складових зовнішнього і внутрішнього світу школяра та п'яти можливих варіантів відповідей у кожному випадку. При цьому все поле життєдіяльності школяра розділено на чотири сфери: школа, родина, вулиця, власне Я, і в кожній із цих сфер зафіксовані найголовніші компоненти, з якими він постійно вступає у взаємодію (однокласники, вчителі тощо). Отож шляхом самооцінки дитина визначає своє ставлення до навколишнього світу, оточуючих його людей і самої себе.

Результати дослідження:



Діаграма 1. Показники особистісної адаптованості школярів.



Діаграма 2. Показники особистісної адаптованості хлопчиків.



Діаграма 3. Показники особистісної адаптованості дівчаток.

З діаграм бачимо наступну картину: 79,17 % дітей добре адаптовані до життя і навчання в навчальних закладах за кордоном, мають певні гармонійні відносини з навколишнім середовищем. Найбільшу частку добре адаптованих дітей складають діти віком 8-10 років та дівчата 14-16 років.

12,5% дітей знаходяться в процесі адаптації. Такі учні позитивно ставляться до школи, їй відвідування не викликає негативних переживань. Це дівчатка віком 8-10 років та хлопці 11-13 років.

8,33% дітей дезадаптовані до навчання та життя, порушена гармонія дитини з навколишнім середовищем, при виконанні самостійних навчальних

завдань не виявляють зацікавленості, до уроків готуються нерегулярно, потребують постійного контролю, систематичного нагадування і спонукання з боку батьків, зберігають працездатність і увагу за умови тривалих пауз для відпочинку, у них відхилення у навчанні, конфліктна поведінка з однокласниками, неадекватна поведінка. Звідси впливає небажання відвідувати школу. Сюди відносяться хлопці 14-16 років, які важко переживають підлітковий вік, розлуку з друзями та звичним середовищем.

Висновок. Внаслідок даної роботи можна зробити висновок, що адаптація дітей, які опинилися за кордоном, залежить від віку дитини, емоційного стану в родині, рівня підтримки в приймаючих навчальних закладах, соціального комфорту, розуміння реалізації власних перспектив в майбутньому. Підтримка та висока кваліфікація вчителів в приймаючих школах допомагає дитині знизити рівень стресу та почуватись комфортно. Діти, що відчувають свою цінність, турботу, любов, увагу, адаптуються значно швидше та якісніше.

#### Література

1. Блинова О. Є. Соціально-психологічна адаптація вимушених мігрантів: підходи і проблеми вивчення феномена акультурації. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Психологічні науки. 2016. Вип. 3(1). С. 111-117.
2. Жданович Ю.М. Особливості адаптації дітей вимушених переселенців. м. Київ. [https://lib.iitta.gov.ua/708775/1/\\_21-1\\_\\_204-213\\_87.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/708775/1/_21-1__204-213_87.pdf)
3. Компоненты адаптационного процесса / под общ. ред. В. И. Медведева. Л. : Наука, 1984. 111 с.
4. Налчяджан А. А. Психологическая адаптация. Механизмы и стратегии. М. : Эксмо, 2010. 368 с.
5. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Х.: Пра пор, 2007. 640 с. URL: [https://library.udpu.edu.ua/library\\_files/427530.pdf](https://library.udpu.edu.ua/library_files/427530.pdf)

## ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Клішина Л. Г.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Проблеми емоцій полягає в тому, що емоції, які відчуває людина, мають прямий вплив на якість своєї діяльності – його робота, навчання, ігри. Основна причина «захворювань цивілізації» - це різні емоційні порушення, які трапляються внаслідок нервового перенапруження, тривалого впливу стресу. Вони здатні порушити не тільки психічну сферу людської діяльності, але й роботу її внутрішніх органів. Сучасний світ з його величезною індустрією розваг (телебачення, Інтернет, комп'ютерні ігри, спорт) став фабрикою тривоги та стресу.

Емоційна сфера є важливою складовою у розвитку дошкільнят, оскільки жодне спілкування, взаємодія з суспільством, в межах сім'ї не обходиться без оцінювання емоційного фону. Неможливо очікувати ефективне спілкування, якщо його учасники неспроможні, по-перше, «читати» емоційний стан іншого, а по-друге, керувати своїми емоціями. Розуміння своїх емоцій та почуттів також є важливим моментом у становленні особистості зростаючої людини.

Формування емоцій людини – найважливіша умова розвитку її як особистості. Надзвичайна різноманітність емоцій людини пояснюється складністю відносин між предметами її потреб, конкретними умовами виникнення та діяльністю, спрямованою на їх досягнення. До класу емоцій належать настрої, почуття, афекти, пристрасті, стреси. Це звані «чисті» емоції. Вони включені у всі психічні процеси та стани людини. Виховання емоційної зрілості особистості, її переживань і почуттів є не менш важливим педагогічним завданням, ніж розвиток інтелектуальної сфери дитини

У житті дитини неодмінно мають панувати позитивні емоції як першооснова для її нормального психічного розвитку. На цьому наголошує гуманна особистісно орієнтована педагогіка.

У нормальній ситуації людина орієнтує свою поведінку на сигнали високо ймовірних подій (тобто на те, що в минулому частіше траплялося). Завдяки цьому її поведінка здебільшого буває адекватною і зумовлює досягнення мети. В умовах повної визначеності мети можна досягти і без допомоги емоцій.

Однак у невизначених ситуаціях, коли людина не має точних відомостей для того, щоб організувати свою поведінку для задоволення потреби, потрібна інша тактика реагування на сигнали. Негативні емоції, як пише Симонов, і виникають у разі браку відомостей, необхідних для досягнення мети, що в житті трапляється найчастіше. Наприклад, емоція страху й тривога розвиваються, якщо бракує відомостей, необхідних для захисту, тобто при низькій ймовірності уникнення небажаного впливу, а фрустрація – при низькій ймовірності досягнення бажаної мети.

Емоції сприяють пошуку нової інформації за рахунок підвищення чутливості аналізаторів (органів відчуттів), а це, у свою чергу, зумовлює реагування на розширений діапазон зовнішніх сигналів і поліпшує видобування інформації з пам'яті. Внаслідок цього під час розв'язання завдання може бути використано мало ймовірні або випадкові асоціації, які в спокійному стані не розглядалися б. Отже, підвищуються шанси досягнення мети. Хоча реагування на розширене коло сигналів, корисність яких ще невідома, є надлишковим і незаконічним, воно запобігає пропуску дійсно важливого сигналу, ігнорування якого може коштувати життя.

Якщо під впливом негативної емоції людина або тварина прагнуть до якнайшвидшого задоволення потреби, яка зумовила цю емоцію, то з позитивною емоцією все набагато складніше. Оскільки ліквідація потреби неминуче призводить до зникнення позитивної емоції, «гедонічний принцип» («закон максимізації») спонукає людину і тварину перешкоджати відсутності потреби, шукати умови її підтримки й поновлення. Відзначаючи розбіжності між позитивними й негативними емоціями. П. Симонов зазначає, що поведінка живих істот спрямована до мінімізації впливів, здатних викликати негативні емоції, і до максимізації позитивних емоційних станів. Але мінімізація має межу у вигляді нуля, спокою, гомеостазу, а для максимізації, вважає він, такої межі немає, тому що теоретично вона становить собою нескінченність. Ця обставина,

вважає Симонов, відразу ж виключає позитивні емоції зі сфери застосування теорії «редукції драйву» [1].

Узагальнення існуючих методик показала наявність численної кількості різних методик. Такі як : шкала депресії (за Т. Балашовою, О. Єлісєєвим) (діагностування наявності і ступеня вираження депресії); опитувальник Бека (діагностування депресивних станів); тест кольорів Люшера (дослідження особливостей емоційного стану); метод малюнкової фрустрації Розенцвейга (дослідження реакцій на невдачу і способів виходу із ситуацій, які перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості); тест тривожності Ч.-Д. Спілбергера і Ю. Ханіна (самооцінювання рівня тривожності за певний час); САН (уточнення особливостей самопочуття, активності, настрою); колірний тест ставлень А. Еткінда, невербальний компактний діагностичний метод (відображення свідомого і часткового неусвідомлюваного рівнів ставлень людини). Методичною його основою є кольороасоціативний експеримент, у процесі якого досліджуваному пропонують за допомогою кольору виразити своє ставлення до партнера; методика "Диференціальні шкали емоцій" К. Ізарда, (виявлення домінуючих емоцій, що дають змогу якісно описати самопочуття обстежуваного); тест «Малюнок сім'ї»; тест «Неіснуюча тварина»; деякі шкали ММРІ; малюнок мандали. Ми відібрали з урахуванням мети завдання нашого дослідження наступні методики: графічну методику «Кактус» М.А. Панфілової тест проводиться з дітьми з 4-х років. Мета – виявлення стану емоційної сфери дитини, виявлення наявності агресії, її спрямованості і інтенсивності.

При проведенні даної методики досліджується емоційно-особистісна сфера дитини. З її допомогою можна визначити, чи схильна малюк агресії, наскільки вона інтенсивна і на що спрямована. Методика «Кактус» застосовується психологами в роботі з дітьми старше трьох років, тому що необхідно, щоб малюк вмів добре тримати в руках олівець і малювати.

Для її проведення необхідно підготувати на кожну дитину по одному аркушу паперу і олівця. В ідеалі дослідження проводиться наодинці з психологом, але при відсутності такої можливості заняття може бути і груповим.

Для проведення вищезазначених методик залучили 20 дітей. З них 18 хлопчиків та 12 дівчаток віком від 4 до 7 років. Робота проводилася з допомогою інтернет ресурсів. Усі діти, з якими проводили методики, перебували з батьками за межами України. Усі діти перебували з мамами у чужій країні.

Зустріч із дітьми проходила онлайн у кілька зустрічей. За першої зустрічі проходили методику «Кактус». З дітьми обговорювали умови і під час малювання дітей, ставила додаткові питання відповідно до того, як малює малюк або поводить себе.

Під час роботи з дитиною просила вийти батьків із Кімнати для чистоти роботи. Якщо дитина не довіряла, була напружена, то Мама залишалася в кімнаті, але за іншим столом.

При другій зустрічі з дитиною сама вже виходила з кімнати, оскільки був налагоджений контакт з дитиною. Дитина впевнено відповідала на запитання.

Усі діти з різних міст України, але зараз перебувають у одному місті чужої країни. Частина дітей було влаштовано до місцевих навчальних закладів, де є мовний бар'єр між дітьми.

Для пошуку дітей було опубліковано оголошення у соціальних мережах цього міста та вивішено оголошення на території допомоги біженцям з України.

Малюнкові методики чи не найпривабливіші для дошкільників. Їх використання допомагає зацікавити дитину й налаштувати її на спільну з дорослим діяльність.

Важливо враховувати зображувальні навички дітей, оскільки графічні вміння у дошкільному віці ще погано сформовані.

Після опрацювання матеріалів до методики «Кактус» можна зробити наступні висновки, що серед опитаних є двадцять учнів з середнім рівнем агресії, що складає 60 % від загальної кількості дітей. Підвищений рівень агресії склав 20 % ( вісім дітей), високий рівень тривожності дві дитини, що складає 5%. Про наявність агресивні вказує голки на кактусі. Високий ступінь агресії показує довгі голкіпер, що сильно стирчать в різні боки і розташовані близько один до іншого

При розгляді малюнків багато було переривчастих ліній, внутрішні штрихування. Це вказує що підвищена тривожність у дітей. 13 діточок використовували темні кольори і штрихову, що складає 65% дітей. Що вказує нам на тривожність дітей на момент проведення тесту.

Багато дітей малювали кактус у гілочку , що вказує на тягу до домашнього захисту. А саме 15 діточок (75%) намалювали кактус у квітковому горщику, як домашня рослина. І 5 діточок, що складає 15% намалювали кактус одинокій у полі. Це вказує що дитина почуває себе одинокою. На відповіді додаткових питань, цих дітей, можна зробити висновки що їм важко спілкуватися з іншими дітьми, бо є мовний бар'єр.

На основі одного малюнка можна зробити конкретні висновки про емоційний стан дитини дошкільного віку особливо під час війни.

Це нам показує, що у дітей є стрес що послаблює волю і наполегливість. Прагнення позбутися від ситуації, що надає надмірний тиск. Перенапруження від зусиль, спрямованих на подолання існуючих труднощів, сприймається як надмірне і марне. Розлад у сфері значущих міжособистісних контактів.

Стан стресу в зв'язку з блокуванням безпосередньої поведінки, неможливістю реалізувати потребу в радісному спілкуванні, безтурботному існуванні. Невпевненість, тривожна настороженість. Ці дуже заважає розвиватися дитини і буди повноцінним членом суспільства.

Всі ми хочемо бачити своїх дітей щасливими, усміхненими, здатними спілкуватися з оточуючими, але це не завжди виходить, особливо коли дорослі самі знаходяться у стресі в часи війни.

Мета дорослих – допомогти дитині розібратися з основними проблемами спілкування, більше уваги приділяти вмінню спілкуватися, розуміти почуття інших людей, співчувати їм, адекватно реагувати в складних ситуаціях, знайти вихід з конфлікту, тобто навчити дітей вмінню контролювати свою поведінку.

## Література

1. Трофаїла Н.Д. Емоційний розвиток дітей дошкільного віку. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В.О. Сухомлинського*. Серія : Педагогічні науки. 2014. Вип. 1.45. С. 156.

### ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕДАГОГІЧНО ЗАНЕДБАНИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Міхова Л.П., Мельничук І.В., Павлова І.Г.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність роботи полягає в тому, що педагогічна занедбаність є однією з найпоширеніших девіацій розвитку дітей та підлітків, пов'язаних з особливостями ситуації їх розвитку і обумовлених психологічними та педагогічними причинами [1]. Ця ситуація характеризується переважанням авторитаризму у виховно-освітньому середовищі, її суперечливістю, нестабільністю, малої динамічності по відношенню до дитини, а також слабкою активністю дитини у взаємодії з середовищем. Даний факт гальмує розвиток суб'єктних властивостей особистості дітей і підлітків. Одночасно він формує такі конкуруючі освіти як пасивність, інертність, безвідповідальність, зовнішній локус контролю і мотивації поведінки особистості. У цих умовах порушуються процеси ідентифікації та персоналізації особистості. З одного боку, дитина не може стати «таким, як усі». З іншого, всі його спроби проявити себе соціально не схвалюються. В статті наводяться результати емпіричного дослідження виявлення педагогічної занедбаності дітей молодшого шкільного віку КЗ «Старостинська гімназія Роздільнянської міської ради Одеської області». В експерименті приймали участь учні 2-го класу, віком від 7 до 8 років. Виборка становить 17 чоловік (9 хлопців, 8 дівчат).

Метою дослідження є виявлення психологічних особливостей педагогічно занедбаних дітей молодшого шкільного віку. Згідно метою було визначено такі завдання дослідження: 1) узагальнити наукову літературу з теми дослідження; 2) підібрати методи для проведення експериментальної частини роботи; 3) проаналізувати результати дослідження на основі одержаних експериментальних даних.

Дослідженням психологічних особливостей займалися такі вчені, як М.А.Алемаскіна, В.Г. Баженова, С.А. Белічева, П.П. Блонського, В.П.Кашченко, Е.Г. Костяшкіна, І.В. Козубовського, С.С. Моложавого, В.М.М'ясищева, О.А. Невського, Р.В. Овчарової та інші [2].

Треба зазначити що, педагогічна занедбаність в молодшому шкільному віці пов'язана з несформованістю мотивів навчання, низькою навчально-пізнавальною активністю, нерозвиненістю пізнавальних процесів і слабким володінням основними способами навчальних дій; порушеннями у сфері спілкування; неправильної самооцінкою, оцінкою свого положення в групі



однолітків; недоліками навчання в дитячому садку і школі; високим рівнем тривожності; порушенням внутрішньосімейних відносин.

Методи дослідження: аналіз літератури, систематизація та узагальнення наукових досліджень; Емпіричні: тестування (Кольорові прогресивні матриці Равена, проєктивні методики: «Малюнок неіснуючої тварини», «Малюнок сім'ї», «Школа звірів»), анкетування (анкета «Рівень шкільної мотивації» Н.Г. Лусканової).

В ході проведення дослідження ми використовували анкетування, яке було розроблено Н.Г. Лускановим (Анкети «Рівень шкільної мотивації» (Н.Г.Лусканова). За допомогою цієї методики ми змогли встановити, що:

У 35% учнів спостерігається високий рівень шкільної мотивації (6 опитаних), що вказує на те, що цих дітей є пізнавальний мотив, прагнення найбільш успішно виконувати всі пред'явлені школою вимоги.

Разом з тим 23% фіксується добра шкільна мотивація (4 досліджуваних), це вказує на те, що діти успішно справляються з навчальною діяльністю.

Слід зазначити, що у 18 % спостерігається середній рівень шкільної мотивації (3 випробуваних), це вказує на те, що такі діти досить благополучно відчують себе в школі, однак частіше ходять до школи, щоб спілкуватися з друзями, з учителем.

Слід зазначити що у 18% можна побачити низький рівень шкільної мотивації (3 учня), це вказує на те, що ці діти відвідують школу неохоче, вважають за краще пропускати заняття. На уроках часто займаються сторонніми справами, іграми.

Також слід зазначити що у 6% фіксується дуже низький рівень шкільної мотивації (1 опитаний), це вказує на те, що у цієї дитини негативне ставлення до школи, шкільна дезадаптація.

Для визначення рівня інтелектуальних здібностей досліджуваних ми провели тестування. В опитуванні участь приймало 17 учнів.

Первинні результати тесту Равена (Кольорові прогресивні матриці Равена). Як ми бачимо, у 23,5% учнів спостерігається високий рівень інтелектуальних здібностей (4 опитаних)

У 53% учнів середній рівень інтелектуальних здібностей (9 випробуваних). Також у 23,5 % низький рівень інтелектуальних здібностей (4 опитаних).

Наступна методика допомогла виявити, як учні взаємодіють з оточуючими членами сім'ї, та з ким найбільше тісні та /або напружені відносини. Для цього ми використали: Методику "Малюнок родини", "Неіснуюча тварина" та "Школа звірів".

За результатами цих проєктивних методик можна побачити що, тісні відносини зі своїми родинними спостерігаються у 47 % учнів, разом з тим тісні відносини з матір'ю, але напружені з батьком фіксуються 18% учнів порушення внутрішньосімейних сімейних контактів, та роз'єднаність членів родини у 18% учнів.

Отже, аналіз отриманих експериментальних даних дозволяє зробити висновок про те, що у більшості класу нормальні відносини зі своїми родинними,

та нормальні рівні розвитку інтелекту, та шкільної мотивації. Отримані узагальнені індивідуальні дані учнів дозволяють виділити групу ризику у складі якої 6 учнів.

В цілому, у дітей, що брали участь в дослідженні спостерігається низький рівень шкільної мотивації, низький рівень інтелекту, та важкі відносини у своїх родинах. Серед особистісних особливостей на перший план виступає завищена або занижена самооцінка, тривожність, легкість виникнення побоювань і захисна агресія. Внутрішньосімейні стосунки цих дітей характеризуються слабкими емоційними контактами між членами сім'ї та їх роз'єднаністю.

#### Література

1. Безсонова Т.І. Система психолого-педагогічного захисту соціально занедбаних дітей і підлітків: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.07. Севастополь. 2004. 150 с.
2. Куб'як Н.І. Запобігання педагогічної занедбаності дітей молодшого шкільного віку з дискантних сімей: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 13.00.07. Київ, 2010. С. 1-2.

### ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ З РОЗВИНЕНИМ ЕМОЦІЙНИМ ІНТЕЛЕКТОМ

Ситнік С.В., Шейкіна В.П.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Сучасна школа ставить перед молодим поколінням завдання, пов'язані не лише із здобуттям знань, а й з підготовкою до вибору професії (Кочубей, 2021). Розуміння власних особистісних особливостей, зокрема рівня розвитку емоційного інтелекту, може вплинути на процес професійного самовизначення старшокласників та забезпечити їм більш свідомий та вдалий вибір майбутньої професії (Федоренко, 2020). Дослідження такого взаємозв'язку може сприяти розробці ефективних програм профорієнтації для старшокласників та допомогти шкільним психологам та вчителям у підтримці учнів у процесі самовизначення.

Дослідження факторів, що впливають на вибір професії, є дуже розгалуженим напрямком, який охоплює соціальні, економічні, освітні, географічні, політичні, культурні та релігійні умови розвитку особистості. Окремо розглядаються особистісні фактори, такі як здібності, інтереси, потреби, цінності, стиль життя тощо (Биковська, 2019; Мартиненко, 2020 та ін.). Водночас, питання визначення й усвідомлення особистісних ресурсів вибору професії, зокрема емоційного інтелекту, вивчаються не часто.

Тому **метою** нашого дослідження стало вивчення особливостей вибору професії старшокласниками з розвиненим емоційним інтелектом.

Для перевірки гіпотези про те, що емоційний інтелект проявляється у схильності старшокласників до вибору певної майбутньої професії, було проведено емпіричне дослідження, в ході якого вирішувалися такі **завдання**: 1) емпірично вивчити особливості розвитку емоційного інтелекту старшокласників; 2) встановити характер взаємозв'язків між емоційним інтелектом учнів та їхніми професійними уподобаннями; 3) виявити професійного самовизначення осіб з високорозвиненим емоційним інтелектом.

**Матеріали та методи дослідження.** Для вивчення різних аспектів емоційного інтелекту використано «Опитувальник емоційного інтелекту «ЕмІн» Д.В.Люсіна. Дослідження особливостей професійного самовизначення старшокласників проводилося за методиками визначення професійного типу особистості Дж. Голланда, ДДО Є.А. Клімова та «Карти інтересів» А. Є. Голомштока. У дослідженні приймали участь 42 старшокласника шкіл м. Одеси.

**Результати** дослідження показали, що більшість досліджуваних мали дуже низький, низький або середній рівень емоційного інтелекту (табл.1).

Таблиця 1

**Розподіл старшокласників за рівнями розвитку емоційного інтелекту у відсотках**

Показники емоційного інтелекту	Рівні розвитку				
	Дуже низький	Низький	Середній	Високий	Дуже високий
Розуміння чужих емоцій	40	7	27	13	13
Управління чужими емоціями	27	27	7	32	7
Розуміння своїх емоцій	20	13	40	27	
Управління своїми емоціями	7	53	20	20	
Контроль експресії	13	53	20	7	7
Міжособистісний аспект ЕІ	34	13	20	20	13
Внутрішньоособистісний аспект ЕІ	13	40	33	7	7
Розуміння емоцій	47		27	13	13
Управління емоцій	13	48	13	13	13
Емоційний інтелект	33	27	20	13	7

Про це свідчить невисоке середнє значення відповідного показника у вибірці, яке дорівнює 79,9 балу з нормальною варіативністю індивідуальних оцінок ( $\sigma=17,23$ ;  $CV=22\%$ ). Щодо вираженості окремих шкал емоційного інтелекту, найнижчими є дані за показниками розуміння емоцій, особливо чужих, управління емоціями, контролю експресії, а також за міжособистісного аспекту емоційного інтелекту. А отже, вони характеризуються відсутністю мотивації досягнення успіху у діяльності, у взаємодії і спілкуванні через низьку здатність до розуміння власних почуттів та емоцій інших людей, невиражену потребу в пізнанні самого себе та оточуючих, неадекватне уявлення про сприйняття себе іншими людьми, через імпульсивність та нездатність керувати своїми емоціями, нетерпимість до інших поглядів та цінностей, способу життя, через відсутність установки на позитивне, оптимістичне сприйняття себе та інших.

Кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена дозволив виявити наявність статистично значущих зв'язків показника емоційного інтелекту з уподобаннями досліджуваних щодо певних професій, їхніми інтересами та сферами професійної діяльності. Так, прямі статистично достовірні зв'язки виявлено з показниками інтересу старшокласників до професій типів «людина-людина» ( $r=0,306$ ;  $p<0,05$ ), «людина-художній образ» ( $r=0,312$ ;  $p<0,05$ ), інтерес до навчальних предметів з літератури та мистецтва ( $r=0,332$ ;  $p<0,05$ ), схильність до праці в соціальному ( $r=0,354$ ;  $p<0,05$ ) та артистичному ( $r=0,381$ ;  $p<0,05$ ) професійному середовищі. Від'ємні статистично значущі зв'язки емоційного інтелекту визначено з показниками інтересу до техніки та електроніки ( $r=-0,397$ ;  $p<0,05$ ), з бажанням працювати у реалістичному професійному середовищі ( $r=-0,324$ ;  $p<0,05$ ).

Ці дані продемонстрували, що емоційний інтелект проявляється у старшокласників у схильності спиратися на розуміння себе та інших, управління власними та чужими емоціями, у налаштуванні на успіх у взаємодії, від чого їм легко спілкуватися із знайомими та незнайомими людьми у незвичайних обставинах, і, спираючись на високі комунікативні здібності, шукати свій професійних шлях у професіях, які передбачають необхідність контактувати з людьми.

Якісний аналіз особливостей професійного самовизначення у групах старшокласників з високим (8 осіб) та дуже низьким рівнем емоційного інтелекту (14 осіб), показав, що вони суттєво відрізняються за професійними уподобаннями.

Так, в групі досліджуваних з високим рівнем емоційного інтелекту середні значення за показниками, які характеризують вибір професій типу «людина-природа», «людина-людина», «людина-художній образ», були помітно вищими, ніж у осіб з низьким емоційним інтелектом. І, навпаки, уподобання щодо професії «людина-техніка» мало значнішу вираженість у групі старшокласників з низьким емоційним інтелектом. Вказані відмінності виявилися статистично достовірними при перевірці за допомогою t-критерія Стьюдента на п'ятивідсотковому рівні. Ці дані показали, що старшокласники з високим рівнями емоційного інтелекту проявляли більше інтересу до професій типів «людина-людина» та «людина-художній образ», «людина-природа», і менше цікавилися професіями типу «людина техніка», ніж особи з низьким емоційним інтелектом.

Порівнюючи інтереси до певних навчальних дисциплін, які виявлялися за картою інтересів, було визначено, що за середніми значеннями показників «радіотехніка-електроніка» та «механіка-конструювання» група досліджуваних з низьким емоційним інтелектом продемонструвала більш високі результати, в той час як середня вираженість показників «література-мистецтво» та «педагогіка-медицина», навпаки, була помітно вищою у старшокласників з високим емоційним інтелектом. Статистична перевірка підтвердила на рівні  $p<0,05$ , що старшокласники з високим емоційним інтелектом відрізняються більш розвиненими інтересами у сфері літератури та мистецтва, а також

педагогіки й медицини. Діти з низьким емоційним інтелектом більш зацікавлені радіотехнікою-електронікою та механікою-конструюванням.

Щодо типів професійного середовища, у якому планують працювати старшокласники, групи відрізняються за показниками соціального та артистичного професійного середовища, причому більш високими є оцінки у старшокласників з високим рівнем емоційного інтелекту. Перевірка за t-критерієм Стьюдента показала, що відмінності між групами за цими показниками є статистично достовірними на рівні  $p < 0,01$ . Ці дані свідчать про значнішу схильність до професій соціального та артистичного типів у старшокласників з високим емоційним інтелектом.

### **Висновки.**

1. Показано, що більшість сучасних старшокласників мали дуже низький (33%), низький (27%) або середній рівень емоційного інтелекту (20%). Вони характеризуються відсутністю мотивації досягнення успіху у діяльності, у взаємодії і спілкуванні через низьку здатність до розуміння власних почуттів та емоцій інших людей, невиражену потребу в пізнанні самого себе та оточуючих, неадекватне уявлення про сприйняття себе іншими людьми, через імпульсивність та нездатність керувати своїми емоціями, через відсутність установки на позитивне, оптимістичне сприйняття себе та інших.

2. Установлено у кореляційному дослідженні, що емоційний інтелект прямо пов'язаний з інтересом до професій типів «людина-людина», «людина-художній образ», до навчальних предметів з літератури та мистецтва, до праці в соціальному та артистичному професійному середовищі, а також від'ємно - з інтересом до техніки та електроніки, з відданням переваги професіям реалістичного типу.

3. Визначено при порівнянні груп осіб з різними рівнями емоційного інтелекту, що старшокласники з високим рівнем емоційного інтелекту мають інтерес до різних професій, які вимагають спілкування з людьми та емоційної взаємодії, вони здатні досягти успіху у таких професіях, як психолог, соціальний працівник, вчитель або тренер, фахівець зі зв'язків з громадськістю, менеджер з продажу або бізнес-аналітик, представник в сфері медіа або журналістики, медичний працівник, митець (актор, музикант або художник). Проте, варто зазначити, що високий рівень емоційного інтелекту може бути корисним для будь-якої професії, оскільки він допомагає встановлювати ефективну міжособистісну взаємодію та вирішувати конфліктні ситуації.

### **Література**

1. Биковська Д. С. Чинники професійного самовизначення сучасних школярів. *Матеріали наукової конференції професорсько-викладацького складу, наукових працівників і здобувачів наукового ступеня за підсумками науководослідної роботи за період 2017–2018 рр.* (16–17 травня 2019 р.): у 2-х томах. Том 1. Вінниця: Донецький національний університет імені Василя Стуса, 2019. С.169-170. URL: <https://jpv.s.donnu.edu.ua/article/view/7167> (дата звернення: 30.03.2023).

2. Кочубей Т. Д., Міщенко М. С. Психологічні особливості вибору професії старшокласниками з особливими освітніми потребами. *Психологічний журнал*. Умань : ВПЦ «Візаві», 2021. Вип. 7. С. 46–50. DOI: 10.31499/2617-2100.7.2021.237170.

3. Мартиненко О.О. Загальні особливості професійного самовизначення сучасних старшокласників. *Габітус*. 2020. Вип. 16. С. 151-155. DOI: 10.32843/2663- 5208.2020.16.24.
4. Федоренко Л.П. Психологічні особливості професійного самовизначення випускників сільських шкіл : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2020. 22 с.  
URL: [https://npu.edu.ua/images/file/vidil\\_aspirant/avtoref/%D0%94\\_26.053.10/Phedorenko.pdf](https://npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/avtoref/%D0%94_26.053.10/Phedorenko.pdf)  
(дата звернення: 29.03.2023).

*Секція V.*  
**ОСНОВНІ НАПРЯМКИ В РОБОТІ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА  
У СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ**  
**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПАНІЧНІ АТАКИ**

**Кайхер І. І., Асєєва Ю. О.**

*Одеський національний економічний університет  
(м. Одеса, Україна)*

Питання психологічного благополуччя із кожним роком стає все більш актуальнішим, лише за останнє десятиліття рівень тривоги серед дітей і молоді зріс у середньому на 10% [5, 10]. Дані статистики говорять про те, що панічні атаки зустрічається у 3%-6% людей, які приходять за первинною медичною допомогою. Найчастіший вік виникнення панічних атак – це 15-64 роки. Найбільше переважання зустрічається у центрі цієї групи: 25-44 року. Це означає, що до панічних атак схильні переважно люди у найбільш соціально і фізіологічно активному віці. За даними J. C. Ballenger, R. B. Lydiard, C. D. Brock, W. Brener та інших симптоматика у 50% людей, які страждають на ПА, повертається приблизно через півроку [6-10].

Виходячи з історії розвитку та формування наукової думки з цього питання, можна стверджувати, що первинною гіпотезою про утворення панічних атак був феноменологічний підхід, в рамках якого, З. Фрейд розглядав «синдром страху» та виділив окрему групу неврозів. Більш глибинні причини формування цього розладу, тим часом, були дуже туманними. З. Фрейд пропонував пов'язувати неврози тривожних станів з важкими переживаннями з дитинства сексуального характеру (можливе дитяче насильство тощо), які формують певну передумову в особистісній структурі людини на формування цієї групи неврозів вже у дорослому віці. Наступним витком розвитку цієї проблеми було перенесення «вини» за виникнення ПА зовнішні чинники, названі «стресом», що відбито у роботах Б. Д. Карвасарського, Ю. А. Олександрівського. Однак згодом О. Вітке трактував цей синдром як звичайну реакцію страху, яка з'являється у відповідь на зовнішні та внутрішні подразники.

Розглянувши різні підходи до визначення, можемо зазначити, що «панічна атака» (ПА) (вегетативний криз) являє собою раптовий для людини, незрозумілий з причин свого виникнення і болісний характер протікання напад інтенсивної тривоги в поєднанні зі страхом» [2, 3]. За підсумками чого, надалі, утворюються елементи вторинної симптоматики, які мають соматичний характер перебігу, що виявляється у вегетативних розладах різного характеру, але завжди психосоматичного генезу.

В даний час ПА описано в МКХ-10 і DSM-V, однак причини неефективності традиційних методів фармакологічного лікування не були достатньо досліджені. Це пов'язано з тим, що симптоматика ПА є вкрай нестабільною та плінною. Клінічні прояви ПА також є поліморфними, що ускладнює їх оцінку. Оскільки ПА формуються не тільки на основі тривожності, але й саме почуття несвідомої тривоги, безсумнівно, є однією зі складових психічного розладу.

У традиціях вітчизняної медицини та психології прийнято використовувати терміни «вегетативний криз», «симпатоадреналовий криз», «кардіоневроз», «ВСД (вегетосудинна дистонія) з кризовим перебігом», «НЦД» (нейроциркуляторна дистонія) – всі вони спрямовані на підкреслення ядра розладу, що за медичною традицією перебуває у розладі вегетативної нервової системи та визначається за провідним у комплексі симптомом. Однак у світовій практиці визнаними є терміни «панічна атака» та «панічне розлад».

Необхідно відзначити, що наявність ПА у клієнта зовсім не означає наявність «панічного розладу» та наявність соматичних відхилень у вегетативній нервовій системі. ПА також можуть бути симптомами у складі наступних захворювань: феохромоцитомі, соматоформних дисфункцій, фобій, депресивних розладів, захворювань серця, мітохондріальних захворювань.

Типова симптоматика. ПА включає у свою структуру сильне відчуття страху, тривоги, як правило, не має предметного змісту в об'єктивній дійсності [3, 9]. ПА визнається в тому випадку, якщо внутрішня напруга узгоджується з чотирма або більше симптомами, представленими в списку: «неритмічне серцебиття, прискорене серцебиття, підвищена пітливість, відчуття ознобу, внутрішнього тремтіння, нестачі повітря, поява задишки, посилення тремору, поява дихання, дискомфортні відчуття в області серця, нудота, запаморочення, дискомфорт в області живота, неузгодженість рухової координації, легкість у голові, переднепритомний стан, відчуття оніміння в кінцівках, безсоння, розлад стільця, порушення зору та слуху, відчуття грудки у горлі, судомі ніг та рук» [7, 8]. У сфері психіки характерні такі симптоми: дереалізація, деперсоналізація, страх необдуманого і неконтрольованого вчинку, страх збожеволіти, страх смерті, сплутаність думок [2, 5].

Інтенсивність страху може змінюватись у найширших межах і від конкретної ситуації: від неконтрольованої паніки до відчуття внутрішньої тривожної напруженості, очікування чогось поганого чи небезпечного. Всі ті розлади, які були названі у вітчизняній редакції МКХ-10, відрізняються збідненою психічною симптоматикою та вираженою соматичною. Про такі випадки прийнято говорити як про ПА без відчуття страху та паніки. Такі випадки характерні для неврологічної та психіатричної практики, але не для нормативних клієнтів, які страждають на панічні атаки. Характерною відмітною ознакою соматичних і психічних ПА являється зниження почуття страху при нападах, що повторюються, у разі соматичної природи захворювання [3].

ПА поділяються на три групи: «спонтанні ПА – не мають видимої причини виникнення та не прив'язані до конкретних об'єктів; ситуаційні ПА – мають своєю точкою відліку психотравматичну ситуацію і надалі наступають при очікуванні повторення даної ситуації або при появі окремих рис, що запам'яталися; умовно-ситуаційні ПА – виникають унаслідок хімічних чи біологічних стимулів, якими виступають алкоголь та інші психоактивні речовини; зміна внутрішнього гормонального фону тощо» [7, 9].

Також, ПА поділяють на типові та атипові – залежно від клінічної картини, проте складність подібного розмежування полягає у вкрай високій варіативності



як приватної симптоматики, так і її змін при кожному окремому нападі [7-10]. Типові варіанти ПА пов'язують із серцево-судинною симптоматикою, яка і є причиною звернення за медичною допомогою та виражається в тахікардії, дискомфорті в грудях та інших скаргах на серцеву діяльність, а вже після проведення медичної діагностики, за відсутності соматичних захворювань у того, хто звернувся, йому рекомендують звернутися до психолога, оскільки передбачувана причина відчуттів має психосоматичний характер. фАтиповим ПА властиві судоми у м'язах, розкоординація рухової активності, сенсорні порушення – насамперед слуху та зору – афазія, втрата свідомості, блювання відбуваються раптово. Це також є відмінністю від соматичних захворювань.

Тривалість та частота ПА є дуже мінливою. У середньому час нападу триває не довше півгодини, проте може тривати як кілька хвилин, так і кілька годин. Частота ПА також відрізняється високою варіабельністю: від кількох на день до одного на місяць. Іноді спонтанні та ситуативні ПА набувають змішаних форм, тоді ряд загрозливих ситуацій є вкрай широким. Найбільш типовими є ситуації перебування в натовпі, громадському транспорті, особливо в годину пік, коли простір дуже замкнутий.

Як правило, подібна симптоматика, перш за все, звертає людину до соматичної сторони проявів, і коли лікар не діагностує у неї жодних соматичних відхилень, здатних викликати цю симптоматику, то у людини виникає відчуття приреченості, оскільки її складно пов'язати дані відчуття із психічною проблематикою. Якщо ж і лікар не радить людині, яка звернулася за допомогою, проконсультуватися з психологом, то у такої людини дуже часто розвивається іпохондричне ставлення до власного здоров'я.

Усі ПА, які мають повторюваний характер, показують складну психологічну симптоматику наступних нападів, оскільки виникає відчуття «тривожного очікування», що приєднується до загального симптомокомплексу. Ситуативні ПА в даному плані мають найбільш виражену симптоматику, так як у клієнта формується так звана обмежена поведінка, яка виражатиметься у стійкому уникненні всіх ситуацій із попередніх нападів: великих скупчень народу, замкнутих, обмежених приміщень тощо. У деяких випадках, клієнти не здатні залишити свій будинок або перебувати на самоті, порушуються навіть навички самообслуговування, що стає тягарем для рідних та близьких.

Тривале збереження симптоматики викликає й інші вторинні, за своєю природою, психічні розлади: наприклад, реактивну депресію. ПА є однією з головних причин звернення до психологів і психотерапевтів, а також до багатьох лікарів, що спеціалізуються на кардіології, невропатології, ендокринології. Близько 10% викликів невідкладної допомоги посідає ПА. Виходячи з описаної вище картини виникнення та перебігу ПА можна сказати, що ПА не є діагнозом захворювання, але вказівкою на наявність психічних чи соматичних розладів, які у своєму симптомокомплексі мають виражений тривожний компонент.

Таким чином, етіологія ПА є невизначеною та поєднує в собі як елементи біологічних, так і психічних причин формування. Найбільш поширена точка зору на цю проблематику і на місце психологічного компонента в загальному

комплексі – це спроба організму, на основі негативного досвіду минулого, попередити організм про можливу небезпеку. Відповідно, тривожна реакція є наслідком спроби мобілізації організму, покликаною відповісти на зовнішню загрозу для цілісності власного «Я». Отже панічні атаки, як розповсюджене явище із невизначеною етіологією потребує подальшого дослідження та розробки програм лікування та психологічного супроводу, створення програм психотерапії та психокорекції цих станів з метою ресоціалізації особистості.

#### Література

1. Галієва О. М. Диференціація понять «тривога» та «тривожність» *Психологія та соціальна робота*. Київ, 2019. Т. 24. Вип.1 (49). С. 32-48. DOI: [https://doi.org/10.18524/2707-0409.2019.1\(49\).185763](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2019.1(49).185763)
2. Максименко С.Д. Патопсихологія. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів К. : ТОВ «КММ», 2010. 210 с
3. Міжнародний класифікатор хвороб 10 перегляду (МКХ-10) МОЗ України URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/register\\_icd10/](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/register_icd10/)
4. Сергєєнкова О.П., Столярчук О.А., Коханова О.П., Пасєка О.В. Вікова психологія. Навчальний посібник. К.: Лібидь, 2011. 376 с.
5. Циганчук Т. В. До проблеми дослідження психоемоційних стресових станів юнацтва в процесі навчання. *Проблеми загальної та педагогічної психології* : зб. наук. пр. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України ; за ред. Максименка С. Д. Київ, 2007. Т. IX, ч.4. С. 399-404.
6. Cosci F, Mansueto G. Biological and clinical markers in panic disorder. *Psychiatry Investig*. 2019. 27–36.
7. Freire, R. C., and Nardi, A. E. (2012). Panic disorder and the respiratory system: clinical subtype and challenge tests. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 34(Suppl. 1), S32–S41. doi: 10.1016/S1516-4446(12)70053-3
8. Meuret, A. E., Rosenfield, D., Wilhelm, F. H., Zhou, E., Conrad, A., Ritz, T., et al. (2011). Do unexpected panic attacks occur spontaneously? *Biol. Psychiatry* 70, 985–991. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.05.027
9. Pfaltz, M. C., Michael, T., Grossman, P., Margraf, J., and Wilhelm, F. H. (2010). Instability of physical anxiety symptoms in daily life of patients with panic disorder and patients with posttraumatic stress disorder. *J. Anxiety Disord*. 24, 792–798. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.001
10. Sartorius N., Ustun T.B., Lecrubier Y. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br. J. Psychiatry*. 2001. Vol.168. P. 38-43.

## ЕМОЦІЙНІ ПРОЯВИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ БАНКІВСЬКОГО СЕКТОРУ

Колеснікова А.П., Поспелова І.Д.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

**Актуальність теми дослідження.** Сучасні кризові фактори здатні вивести з душевної рівноваги навіть найстійкішу та психічно урівноважену людину і часто стають причиною так званого синдрому «професійного вигорання» [7]. Під професійним вигоранням розуміється стан фізичного, емоційного, мотиваційного і розумового виснаження, що розвивається на тлі хронічного стресу і веде до виснаження емоційно-вольових, мотиваційних, енергетичних, соціально-особистісних, професійних ресурсів працюючої людини [2].

**Аналіз досліджень та публікацій.** Проблема професійного вигорання знайшла своє відображення у працях таких зарубіжних вчених: К. Маслач, С. Джексон, Б. Перлман, Х. Фрейденбергер, Е. Хартман та ін. [5]. У вітчизняній науці питання професійного вигорання порушувалися В. Бойко, Н. Водоп'яною, Л. Карамушкою, Н. Лазаревим, О. Романовською, Т. Форманюк та ін. [1, 3].

**Мета дослідження** – виявити найбільш помітні емоційні прояви професійного вигорання у працівників банківського сектору.

**Завдання дослідження:** вивчити стан професійного вигорання у працівників банківського сектору; визначити відмінні риси емоційного стану осіб з високим рівнем професійного вигорання.

**Матеріали та методи дослідження.** Для вивчення особливостей професійного вигорання застосовано психодіагностичні методики В. В. Бойка [1], О.О. Рукавішнікова, Н. Є. Водоп'яної [3]. Визначення відмінних рис емоційного стану осіб з високим рівнем професійного вигорання здійснювалося за допомогою методу профілів. Статистичні критерії узгодженості – відмінності обчислювалися за допомогою комп'ютерного пакету статистичних програм IBM SPSS Statistics 21. До участі у дослідженні залучено 20 осіб віком від 30 до 40 років, переважно жінки, які мають стаж роботи у банківському секторі більше 7 років.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У табл. 1 наведено результати перевірки розподілу показників емоційного, психічного та професійного вигорання за критеріями Колмогорова-Смирнова та Шапіро-Уїлка [4].

Дані, наведені у таблиці, свідчать про те, що результати за показниками напруження, особистісного віддалення, емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень відповідають закону нормального розподілу.

Таблиця 1.

**Результати перевірки розподілу показників вигорання на нормальність (n=20)**

Статистичні показники	Показники емоційного вигорання за методикою В. В. Бойка			Показники психічного вигорання за методикою О. О. Рукавішнікова			Показники професійного вигорання за методикою Н. Е. Водоп'яної		
	Н	Р	В	ПВ	ОВ	ПМ	Евс	Дп	РОД
М	35,9	49,2	46,4	34,4	35,3	39,95	23,1	8,75	31,35
σ	18,44	19,4	26,78	11,89	11,98	7,13	7,39	4,51	7,1
λ <sub>α0</sub>	0,16	0,21	0,2	0,19	0,13	0,16	0,14	0,15	0,15
р	>0,2*	0,02	0,05	0,05	>0,2*	0,19	>0,2*	>0,2*	>0,2*
W	0,94	0,9	0,9	0,94	0,96	0,91	0,94	0,94	0,95
р	<b>0,22*</b>	0,05	0,04	<b>0,21*</b>	<b>0,59*</b>	0,05	<b>0,23*</b>	<b>0,26*</b>	<b>0,33*</b>

Примітки: 1. Тут і далі використано такі позначки показників: Н- напруження; Р – резистенція; В – виснаження; ПВ - психоемоційне виснаження; ОВ - особистісне віддалення; ПМ - професійна мотивація; ЕВс - емоційне виснаження; Дп – деперсоналізація; РОД-редукція особистих досягнень. 2. Тут і далі М – середнє арифметичне значення показника,  $\sigma$  – стандартне відхилення,  $\lambda_0$  - значення критерія Колмогорова-Смирнова з поправкою Лілієфорса, W - значення критерія Шапіро-Уїлка; p – рівень достовірності відмінностей розподілу від нормального; n – кількість досліджуваних. 3. \* - розподіл наближається до нормального.

Вивчення індивідуальних результатів досліджуваних за методикою Водоп'янової показало, що 35% з них мають високий рівень професійного вигорання, 50% демонструють помірний, та лише 15% - низький його рівень. При цьому, значний рівень професійної неефективності зареєстровано у 45% опитаних, високий рівень емоційного виснаження виявлено у 35% досліджуваних, в той час як суттєва деперсоналізація присутня у звітах лише 25% досліджуваних. Тобто, феноменологія професійного вигорання представлена передусім у вигляді зниження професійної компетентності, а потім вже як прояв емоційної втоми та негативного сприйняття людей, які виникають через професійну взаємодію.

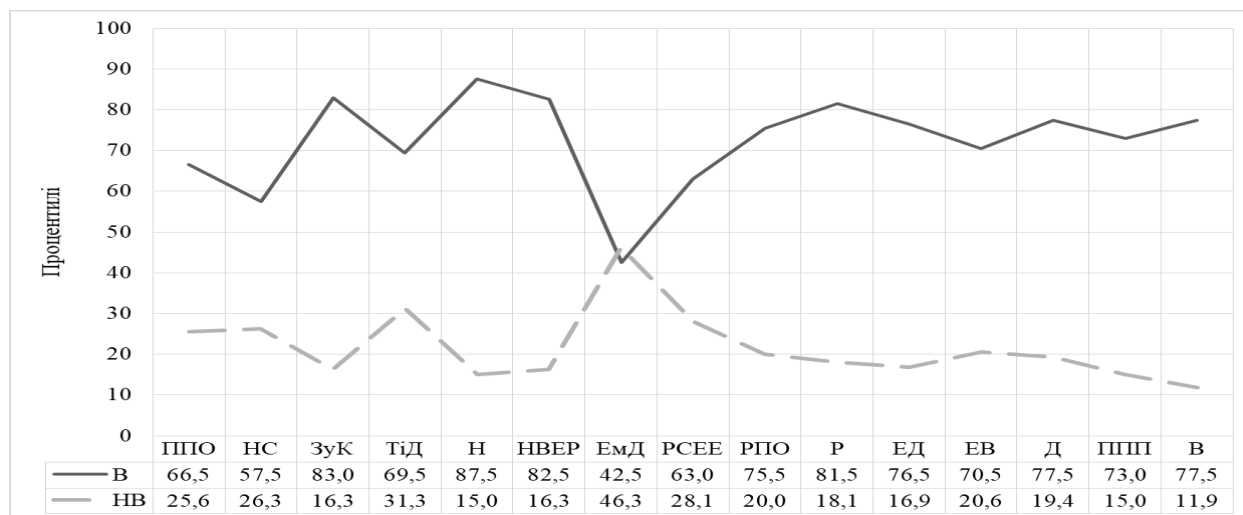
Також, звернемо увагу на те, що висока вираженість емоційного вигорання, діагностованого за методикою Бойка, забезпечується за рахунок компонентів резистенції та виснаження, за якими сформована фаза виявлена у 45% досліджуваних. Натомість високе напруження притаманне лише 10% вибірки. Тобто, серед симптомів вигорання найбільш помітними є надмірне емоційне виснаження, відстороненість, байдужість, спустошеність, небажання працювати, цинічне ставлення до партнерів по професійній взаємодії.

Щодо індивідуальних даних за методикою Рукавшнікова, лише у 10% досліджуваних вони свідчать про високий рівень психоемоційного вигорання, і в 15% осіб воно виражене на низькому рівні. Більшість учасників дослідження виявляли середній рівень вигорання. А якщо звертати увагу на складові цього стану, він зазвичай з'являється внаслідок особистісного віддалення (зменшення контактів з оточуючими, нетерпимість у спілкуванні, негативізм), прояв якого досить високий у 60% досліджуваних. Разом з цим, підвищене психоемоційне виснаження зафіксоване у 35% осіб, а професійна мотивація всіх учасників тестування вказує на наявність професійного ентузіазму, оптимізму та зацікавленості роботою.

Отже, аналіз індивідуальних даних показав, що більш ніж третина досліджуваних має високий рівень професійного вигорання, яке виявляється, передусім, у зниженні професійної компетентності, й лише у деякого в емоційній втомі та негативному сприйнятті людей. Серед симптомів вигорання найбільш помітними є надмірне емоційне виснаження, особистісне віддалення, відстороненість, байдужість, спустошеність, небажання працювати, цинічне ставлення до партнерів з професійній взаємодії.

Результати порівняння профілів емоційних станів напруження, резистенції та виснаження у осіб з високим (25%) та низьким (25%) рівнем професійного вигорання представлені на рисунку 1. Тут є очевидним, що значення всіх показників, крім емоційно-моральної дезорієнтації у групі осіб з високим рівнем професійного вигорання перевищують відповідні оцінки у групі досліджуваних з низьким його рівнем.

Рис. 1. Профілі симптомів напруження, резистенції та виснаження у осіб з високим (в) та низьким (нв) рівнем професійного вигорання.



Примітки: ППО – переживання психотравмуючих обставин; НС – незадоволеність собою; ЗуК – «загнаність в клітку»; ТіД – тривога і депресія; Н – напруження; НВЕР – неадекватне виборче емоційне реагування; ЕмД – емоційно-моральна дезорієнтація; РСЕЕ – розширення сфери економії емоцій; РПО – редукція професійних обов'язків; Р – резистенція; ЕД – емоційний дефіцит; ЕВ – емоційна відстороненість; Д – особистісна відстороненість (деперсоналізація); ППП – психосоматичні і психовегетативні порушення; В – виснаження.

Особливо це помітно при порівнянні показників загнаності у клітку, напруження, неадекватного виборчого емоційного реагування, резистенції, емоційного дефіциту та виснаження. Так, якщо у групі з слабким проявом професійного вигорання відсоток осіб, які менш за них відчувають безвихідність ситуації, бажання змінити роботу, у середньому складає близько 16%, то досліджувані з групи «в» більш, ніж 83% вибірки, знаходяться у стані безпорадності щодо своєї професійної діяльності. Статистична перевірка таких відмінностей за допомогою t-критерія Стьюдента показала, що різниця між групами досліджуваних з високим та невисоким рівнями професійного вигорання є статистично достовірною 1%-му рівні ( $t=5,17$ ). Так саме розподілені у порівнюваних групах оцінки за показником, який характеризує напруження. За ним в групі «в» оцінки у середньому відповідали 87-му перцентилю, а в групі «нв» – 15-му перцентилю ( $t=5,96$ ;  $p<0,01$ ). Тобто, люди які демонструють високий рівень професійного вигорання, більш втомлені й емоційно виснажені.

Схожий характер мають відмінності у оцінках за показником неадекватного виборчого емоційного реагування, за яким значення в групі «в» відповідали у середньому 82-му перцентилю, а в групі «нв» – 16-му перцентилю

( $t=4,98$ ;  $p<0,01$ ). А отже, вплив настрою на професійні стосунки цих досліджуваних є найменш контрольованим. А, відповідно, підвищує вираженість резистенції, показник якої в групі «в» в цілому знаходиться на місті 81-го перцентилля, в той час як в групі «нв» є помітно нижчим ( $t=5,59$ ;  $p<0,01$ ).

Щодо показника емоційного дефіциту, оцінки за ним в групі «в» відповідали у середньому 76-му перцентиллю, в той час як у групі «нв» – 17-му ( $t=3,80$ ;  $p<0,01$ ), а отже, цим досліджуваним більш властиві емоційна чуттєвість, спустошення при виконанні професійних обов'язків, ніж особам з низьким рівнем професійного вигорання. Як наслідок, в них підвищує вираженість показника виснаження, який в групі «в» відповідає 77-му, а в групі «нв» - 12-му перцентиллю ( $t=5,52$ ;  $p<0,01$ ).

**Висновки.** Показано, що більш ніж третина досліджуваних має високий рівень професійного вигорання, яке виявляється у зниженні професійної компетентності, рідше – у втомі та негативному сприйнятті людей. Також помітними проявами вигорання є надмірне емоційне виснаження, особистісне віддалення, байдужість, небажання працювати, цинічне ставлення до партнерів з професійної взаємодії. Визначено відмінні риси емоційного стану осіб з високим рівнем професійного вигорання, а саме: помітна емоційна чуттєвість, спустошеність, почуття безпорадності, бажання змінити роботу або професійну діяльність в цілому.

#### Література

1. Бойко В. В. Синдром емоційного вигорання в професійному спілкуванні. СПб. 1999. 216 с.
2. Винник В. 100 порад: як отримати задоволення від роботи і уникнути емоційного вигорання. К. 2010. 174 с.
3. Водопьянова Н. Е. Синдром «выгорания» в профессиях системы «человек–человек». *Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности* под ред. Г.С. Никифорова и др. 2001. 282 с.
4. Климчук В.О. Математичні методи у психології. *Навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей*. К. 2009. 288 с..
5. Мирончук Н.М. Професійне вигорання викладача вищої школи: чинники, ознаки, способи протидії. *Теоретичні і методичні засади розвитку і самовдосконалення особистості педагога-новатора в контексті модернізації нової української школи*: зб. наук.-метод. праць за ред. О.А. Дубасенюк. 2017. С. 62-67.
6. Науменко Г. М. Від професійного вигорання до залученості медичного персоналу. *НЕЙРОNEWS*. 2020. № 8(119). С. 30-36. Джерело: [www.neuronews.com.ua](http://www.neuronews.com.ua)
7. Поспелова І.Д., Колеснікова А.П. Психологічні особливості арт-терапевтичних технік для психопрофілактики професійного вигорання у особистості. *Наука, Освіта та суспільство в XXI столітті: наукові ідеї та механізми реалізації*. Зб. тез доповідей (19 листопада 2022 року м. Кропивницький). Ч. 2. С. 32-34

## ДІЛОВА ГРА ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ

**Коваль М. А.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Комунікація є специфічною формою взаємодії особистості з іншими людьми як членами суспільства, через комунікації реалізуються соціальні відносини людей. Важливою частиною повсякденної комунікації є ділова комунікація між людьми як в професійній сфері, так і поза нею. У зв'язку з цим все більше значення набуває сформованість у осіб на високому рівні комунікативних здібностей. Комунікативні здібності в сучасному суспільстві – це запорука успіху особистості. Особливо важливою є ця властивість особистості для людини в період вибору майбутньої професії, на початку кар'єри.

Ділову гру ми будемо розглядати як умову для оволодіння діяльнісно-комунікативними здібностями.

Мета роботи – розкрити особливості ділової гри, визначити що вона є засобом розвитку комунікативних здібностей на прикладі студентів.

Ділова гра спрямована на розвиток особистісних якостей учасників, а також підвищення рівня компетентності в певних сферах діяльності людини. Ділова гра включає в себе: ділові, рольові, рухові, комунікативні, імітаційні ігри та вправи, а також обговорення та аналіз реальних ситуацій. У результаті гри учасники отримують практичні рекомендації, алгоритми та способи вирішення поставлених завдань. Структура ділової гри включає в себе: концепцію теми, ділову гру, розбір та аналіз ділової гри в кінці (Ф. Шиллер, Г. Спенсер, В. Вундт).

Ділова гра є педагогічним засобом та активною формою навчання. Вона розвиває творче мислення, під час якого людина набуває здатність аналізувати. Спочатку ділові ігри були створені з метою допомогти керівникам приймати найбільш раціональні рішення на виробництві. На сьогоднішній день дана форма навчання служить для розвитку різноманітних здібностей у людини.

У нашій ситуації ми розглядаємо розвиток комунікативних здібностей, на які безумовно впливає та діяльність, де особистість проявляється. Комунікабельність – дуже важлива риса, без якої багато речей стають складними і багато професій вважаються недоступними. Людина завдяки спілкуванню, вербальному або невербальному, розвивається. За допомогою обміну інформацією ми дізнаємося про життя інших народів, про нашу історію, про новітні розробки в світі, завдяки цьому досягаємо своїх вершин. Саме тому розвивати свої комунікативні здібності просто необхідно. Екскурсії, походи в музеї, спілкування з іншими людьми, конференції, читання книг – все це допомагає нам у розвитку наших здібностей.

У роботі визначається такий вид діяльності, як ділова гра, яка не менш сприяє даному розвитку. Особистість в процесі ділової гри може імітувати ту ситуацію, з якою боїться зіткнутися в житті. Як і у будь-якій іншій грі, тут є свої правила, проводиться індивідуальна робота, ведеться обговорення всієї групи і, нарешті, присутні певні результати. Перед початком необхідно узгодити часові рамки та врахувати можливості учасників. Правила гри повинні бути простими, формулювання завдання – доступним, кожен присутній повинен бути активним учасником. Ділові ігри призводять до того, що людина не лише сама прагне до високого результату, а й підбадьорює до цього друзів.

Ділова гра дає свободу діяльності; перерву в повсякденності; вихід в інший стан душі; знімає напруження; дає порядок; створює гармонію, формує прагнення до вдосконалення; дає захоплення, активізує здібності людини; дає можливість згуртувати колектив; дає компенсацію, нейтралізацію недоліків дійсності; дає фізичне вдосконалення; дає можливість проявити або вдосконалити свої творчі навички, розвиток уяви; дає розвиток дотепності; дає радість спілкування; дає вміння орієнтуватися в реальних життєвих ситуаціях [2].

У процесі ділової гри формуються спроможність співпрацювати та взаємодіяти; психологічна сумісність як здатність адаптуватися до різних темпераментів і характерів; вміння працювати в складі малої групи; вміння користуватися різними засобами комунікації, комп'ютером; спроможність ефективно вирішувати конфлікти; спроможність встановлювати довгострокові горизонтальні та вертикальні зв'язки; вміння ефективно навчати у своїй професійній галузі та інше.

Ділову гру можна проводити перед лекційними заняттями, після прочитання циклу лекцій, або ж здійснювати організацію всього навчального процесу на основі цільної ділової гри.

Таким чином, ділові ігри – це моделювання реальних ситуацій за певних правил, за допомогою якого відпрацьовуються індивідуальні навички кожної людини. Основним елементом гри є механізм імітації, тобто моделювання ситуації, близької до реальності.

Ділові ігри широко поширилися в світі: в США, Німеччині, Франції, Італії, Нідерландах, Чехії, Угорщині, Румунії, Польщі та інших країнах, зокрема вони інтенсивно використовуються в США. Вони проникли в усі сфери народного господарства, в освіту та науку, культуру, психологію та інші галузі. Ділові ігри використовуються, як правило, в системі підготовки кадрів управління в вищих і середніх навчальних закладах, у старших класах школи та, звичайно, при підвищенні кваліфікації спеціалістів. В Україні ділові ігри поки що проникли далеко не в усі навчальні заклади, і використовуються не всіма кафедрами, лише в останні роки ділові ігри починають застосовуватися в навчанні технічних та гуманітарних дисциплін. Ігровий метод у середніх школах розвивається надзвичайно слабо.

З точки зору освіти або організації наукових досліджень, ділові ігри створюють таку ситуацію, в межах якої зміни у поведінці людей піддаються спостереженню.

Використовуються різні тематики для проведення ділових ігор:

- Ігри, які завершуються в порівняно короткий час, називаються експериментальними вправами. Зазвичай вони використовуються як ілюстрації під час читання лекцій або проведення різних досліджень.
- Ігри, в проведенні яких використовуються комп'ютери, називаються іграми з комп'ютерною підтримкою.
- Ігри, що моделюють ділові відносини з повною їх організацією та вибором стратегії, називаються підприємницькими.



Ділові ігри – це метод:

- Експериментування в галузі управління з можливим програванням багатьох варіантів проекту та виявленням оптимального.
- Розробки, випробування та вибору найкращих систем управління в промисловості, освіті, культурі та інших галузях.
- Навчання, що використовується в навчальному процесі.
- Атестації та вибору фахівців та керівників.
- Навчання комунікації, комунікабельності, співпраці.
- Перебудови на нове мислення, надання впливу на самосвідомість та розвиток особистості з вихованням моральних, правових, етичних та інших якостей людини.
- Пробудження та розвиток творчості [1].

Імітаційний метод процесу навчання та наукового дослідження максимально наближає керівників та фахівців до реальної практичної діяльності. Ділові ігри будь-якої тематики мають ряд особливостей, які роблять їх найбільш привабливим засобом інтелектуалізації багатьох аспектів виробничої, навчальної та дослідницької практики. В ігровому процесі досягається певний ступінь свободи маніпулювання простором та часом, який недоступний у реальних ситуаціях. Це, перш за все, управління часом та перенесення операційного простору.

У діловій грі час може бути стиснутий або розтягнутий, можливе моделювання теперішнього, близького та віддаленого майбутнього, включаючи багатолітній період [3].

Ділові ігри довели, що вони сприяють не тільки закріпленню знань та їх використанню у практичній діяльності, але й отриманню вмінь та навичок.

Ділові ігри сприяють:

- адаптації «новачка» до роботи в даному навчальному закладі;
- формуванню навичок розв'язання складних організаційно-економічних завдань;
- отриманню навичок роботи на комп'ютері з використанням «навчальних програм».

Застосування ділових ігор зараз перебуває на стрімкому підйомі. Можна очікувати, що в найближчі роки гральне моделювання управління отримає повсюдне поширення при викладанні економічних та інших дисциплін, а на виробництві – при впровадженні нововведень. Є підстави думати, що ділові ігри стануть невід'ємним методом навчання умінню керувати, використовуючи передові досягнення науки та техніки.

Ділові ігри використовуються в декількох областях:

- в наукових дослідженнях;
- при виборі раціональних варіантів для прийняття рішень в виробничих областях;
- при навчанні студентів та учнів.

Розвиток ділових ігор повністю пов'язаний з науковою роботою. Масштаб, глибина та складність наукової роботи в ділових іграх залежить від їх цільового

призначення та завдань. Створення нових ділових ігор - це велика творча науково-дослідницька робота в співтоваристві розробників, конструкторів, практиків, спеціалістів різних галузей, педагогів, психологів, соціологів, математиків тощо.

Ділова гра складається з семи нероздільних елементів: навчального або навчаючого, виробничого, науково-дослідницького, логічного, психологічного, соціального, інтегрального. Розроблена система прискореного пошуку потрібних ділових ігор, але до цього часу вона ще не реалізована [3].

На перший погляд, проведення ділових ігор дуже просто. Насправді від ігротехніки вимагається знання, вміння та мистецтво проведення гри. Нерідко невмілі ігротехніки «провалюють» гру, не отримують очікуваного ефекту, дискредитують цей метод. Ігрова форма навчання завоювала симпатію, виявилась заманливою для використання як у навчальному процесі, так і при розробці та впровадженні організаційно-економічних нововведень у життя. Масштаб впровадження нововведень по країні потребує численних підготовлених викладачів-ігротехніків. Для забезпечення руху застосування ділових ігор у різних напрямках необхідна підготовка великої кількості спеціалістів.

Так, у нашій роботі, виходячи з мети дослідження, визначимо ділові ігри, що є засобом розвитку комунікативних здібностей на прикладі студентів.

Ділова гра «Медіатор». Мета: діагностика компетентності учасників у вмінні вести переговори та вирішувати конфліктні ситуації, користуючись комунікативними навичками та спеціальною термінологією, що використовується в даній сфері.

Умови гри: учасники вислуховують правила гри, одержують свої ролі. Далі відбувається ситуація.

Ситуація 1. Конфлікт стався між мешканцями будинку, що знаходиться на вулиці Світла 2 «В» та будівельній фірмі «ГЕФЕСТ». Будівельна фірма отримала офіційний дозвіл будувати гаражі у дворі будинку, що знаходиться по вулиці Світла 2 «В». Мешканці проти цього нововведення влаштовують протести і не дають можливості працювати будівельникам. Медіатор - третя особа, яка не стає не на один бік, він контролює процес переговорів. Мета – вийти з конфліктної ситуації, вміло вибудувати діалог, знайти компромісне рішення для обох сторін.

Ситуація 2. У трикімнатній квартирі проживають: мати, дочка та син зі своєю родиною. Мати вирішує продавати квартиру, між членами сім'ї розгорається суперечка, йде поділ грошей, поділ квартири. Мета – дійти компромісу, побудувати діалог.

Ділова гра «Судове слухання». Мета: діагностика компетентності учасників у вмінні вести переговори та вирішувати конфліктні ситуації, користуючись комунікативними навичками та спеціальною термінологією, що використовується в даній сфері.

Умови гри: учасники вислуховують правила гри, одержують свої ролі. Далі відбувається ситуація.

Завдання

Позивач: Комісія у справах неповнолітніх та захист їх прав.

Відповідачі: Іваненко І. Л. – мати, Мурадян С. А. – батько.

Діти: Іваненко О.М., Мурадян Н. А., Мурадян А. С.

Комісія у справах неповнолітніх притягнула батьків до адміністративної відповідальності за невиконання обов'язків щодо утримання та виховання неповнолітніх дітей. Комісія дала можливість змінити своє ставлення до дітей та застосувала міру відповідальності у вигляді штрафу, але відповідачі не скористалися цією можливістю. Обидва батьки перебувають на обліку в наркологічному центрі – хронічний алкоголізм. Справу передано до суду для розгляду. Мета – показати навички у специфічній сфері діяльності, знання певної термінології, вмиле ведення діалогу.

У нашому дослідженні ділова гра використовувалась як засіб розвитку комунікативних здібностей. У процесі роботи ми відзначили ряд закономірностей, що забезпечують її ефективність для розвитку досліджуваного нами психічного явища:

- ділова гра передбачає власну активність учасників, їх мотивованість. Саме юнацький вік, що припадає на період студентства характерно для розвитку рефлексії студентів. Вони все більше прагнуть до розуміння своїх дій і поступок, важливим для них є кінцевий результат, та мета, яку собі поставили;

- забезпечення теоретичною інформацією, юнацький вік – період становлення наукового світогляду. Із цього приводу ми вважаємо, що необхідний інформаційний контекст, що забезпечує розуміння власної динаміки розвитку студентів, у даному випадку – розвитку комунікативних здібностей.

### Література

1. Волошина Н. В. До питання про структуру комунікативних здібностей особистості. Вісник Київського національного університету імені Т. Шевченка. К.: КНУ, 2012. № 12. С. 114-117.

2. Євдокимова В. В. Ділова гра як метод навчання. *Дидактика вищої школи*. URL: [https://vo.uu.edu.ua/pluginfile.php/251818/mod\\_resource/content/3/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%B0%202.2.%20%D0%94%D1%96%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%B3%D1%80%D0%B0%20%D1%8F%D0%BA%20%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%20%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F.pdf](https://vo.uu.edu.ua/pluginfile.php/251818/mod_resource/content/3/%D0%A2%D0%B5%D0%BC%D0%B0%202.2.%20%D0%94%D1%96%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20%D0%B3%D1%80%D0%B0%20%D1%8F%D0%BA%20%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%20%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F.pdf)

3. Корякіна І. В. Особистісна готовність дітей 6-го року життя до школи як актуальна проблема сьогодення. *Збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету*. Бердянськ: БДПУ, 2010. № 3. С. 176–185.

## РОЛЬ ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ У ПОВЕДІНЦІ В КОНФЛІКТНІЙ СИТУАЦІЇ

**Мартинюк І. Д.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

На поведінку особистості, у тому числі і в конфліктній ситуації, впливають її індивідуальні особливості. Виникає питання, як індивідуально-типологічні особливості особистості, такі як темперамент і характер впливають на поведінку особистості в конфліктній ситуації.

Вивчення цієї проблеми, на наш погляд, є дуже важливим, оскільки припускає розгляд взаємозв'язків різних рівнів в психологічній структурі особистості, її індивідуальності. Дослідження закономірних зв'язків між різнорівневими структурами, зокрема, між темпераментом, характером і поведінкою в конфліктній ситуації, є самостійним завданням, що має теоретичне і практичне значення.

Актуальність дослідження полягає в тому, що психологічний механізм поведінки особистості в конфліктній ситуації ще не до кінця вивчений. Спостерігаючи за поведінкою іншої людини, знаючи її темперамент, характер можна припустити як вона буде себе поводити у тій або іншій конфліктній ситуації. Це актуально в професійній, навчальній діяльності, у сімейному житті, тобто у будь-якій ситуації, де відбувається взаємодія однієї людини з іншою або із групою.

Практична значимість полягає в тому, що результати цього дослідження можуть бути застосовані, зокрема, на підприємствах. Як правило, конфлікти в робочому колективі приносять багато неприємностей організації, тому краще було б їх уникнути. Для того щоб уникнути конфліктів на підприємстві необхідно уміти правильно діагностувати особистісні особливості співробітників, розуміти, як різні типи характеру і темпераменту впливають на поведінку особи, у тому числі і в ситуації конфлікту з урахуванням цих знань здійснювати підбір і розстановку персоналу, вибрати стилі спілкування, розробляти основи корпоративної етики.

М. А. Роберт і Ф. Тільман визначають конфлікт як стан потрясіння, дезорганізації по відношенню до попереднього розвитку, як генератор нових структур. Остання фраза в цьому визначенні вказує на позитивний характер конфліктів і відображає сучасну точку зору, що в ефективних організаціях конфлікти не лише можливі, але і бажані [2].

Суть будь-якого конфлікту полягає в тому, що протиріччі сторони по-різному підходять до вирішення однієї проблеми. У цьому - основа їхнього протиріччя, що чревате конфліктом, але не обов'язково повинне до нього призвести. Усунення протиріччя можливо лише тоді, коли обидві сторони зацікавлені знайти взаємоприйнятне рішення. Якщо ж кожна сторона настроєна як остаточне рішення домогтися прийняття свого власного, то конфлікт неминучий [1].

Емпіричне дослідження впливу індивідуально-типологічних особливостей особистості на поведінку в конфліктній ситуації проводилося в Університеті Ушинського, у дослідженні взяли участь студенти-психологи у віці від 17 до 23 років. Вибірка складала 123 респонденти.

Поставлено наступні завдання:

- підібрати методики для дослідження;
- визначити тип темпераменту, його структуру;
- визначити тип характеру;
- дослідити вплив темпераменту і характеру на поведінку в конфліктній ситуації.

Для досягнення поставлених задач використовувався метод тестування, для якого були вибрані наступні методики:

- опитувальник структури темпераменту (ОСТ) В.М. Русалова;
- характерологічний опитувальник К. Леонгарда - Р. Шмішека;
- тест опису поведінки К. Томаса (адаптація Н.В. Грішиної).

Основною метою емпіричного дослідження є виявлення індивідуально-типологічних особливостей як чинників поведінки в конфліктній ситуації. Першою була проведено опитувальник структури темпераменту В.М. Русалова для діагностики властивостей «предметно-діяльностного» і «комунікативного» аспектів темпераменту. Серед досліджуваних параметрів такі, як ергічність, пластичність, темп і емоційність.

Вважається, що та або інша властивість темпераменту сильно розвинена у респондента, якщо він отримав по ній 9 і більше балів; слабо розвинена – якщо по ній отримано 3 і менше балів. При сумарній кількості балів від 5 до 8 властивість темпераменту вважається середньо розвинутою. Висновок відносно домінуючого типу темпераменту людини робиться на основі порівняння показників, отриманих за різними властивостями темпераменту.

Окремо для кожного випробуваного встановлюється два типи його темпераменту: один, який виявляється в роботі, і інший, який виявляється в спілкуванні з людьми. Показники за кожною шкалою були переведені в стени, де 1 – властивість слабо розвинена (низьке значення), 2 – властивість середньо розвинена (середнє значення) і 3 – властивість сильно розвинена (високе значення).

Графічне зображення виявлених рівнів вираженості властивостей темпераменту в респондентів представлено на рис 1.

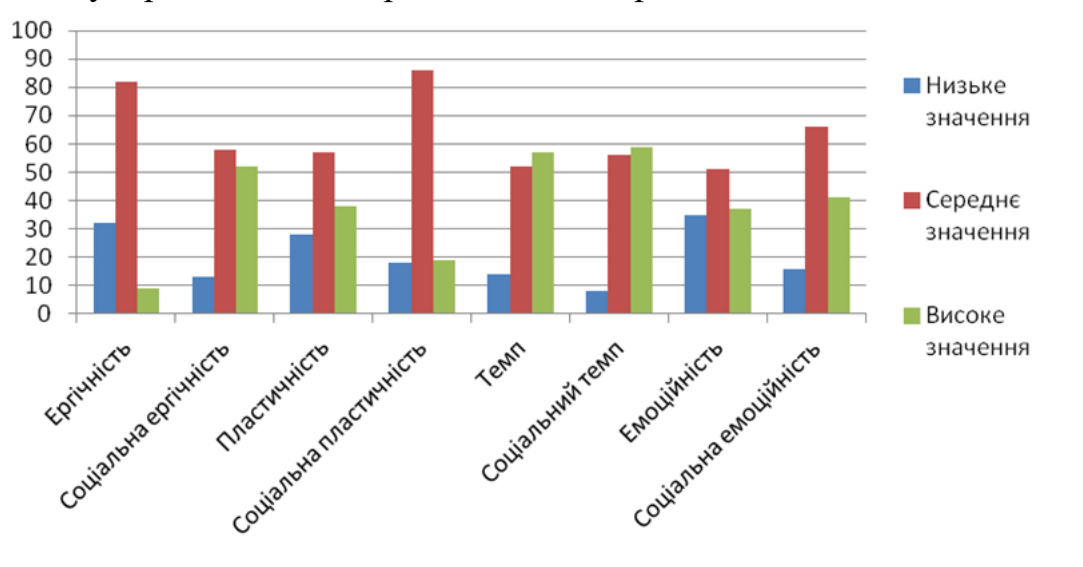


Рис. 1. Рівень прояву певних властивостей темпераменту.

Загалом, як ми бачимо домінують середні показники властивостей темпераменту. Серед них ергічність, соціальна ергічність, пластичність, соціальна пластичність, емоційність та соціальна емоційність. Однак, кількість

респондентів з середнім рівнем соціальної ергічності не на багато більша кількості респондентів з високим рівнем соціальної ергічності, так що можна сказати що для даної вибірки характерний як середній, так і високий рівень соціальної ергічності.

Наступною методикою був опитувальник К. Леонгарда - Г. Шмішека.

Було підраховано скільком респондентам характерна відсутність акцентуації, тенденція до акцентуації та вираженість акцентуації по кожному типу.

Отримані дані представлені на рис. 2. З рисунку видно, що загалом домінують низькі показники. Однак в гіпертимній акцентуації переважають високі показники, але з таблиці ми бачимо, що кількість людей з високими, середніми та низькими показниками майже однакові. А в таких акцентуаціях як екзальтованість, емотивність та циклотимність переважають середні показники.

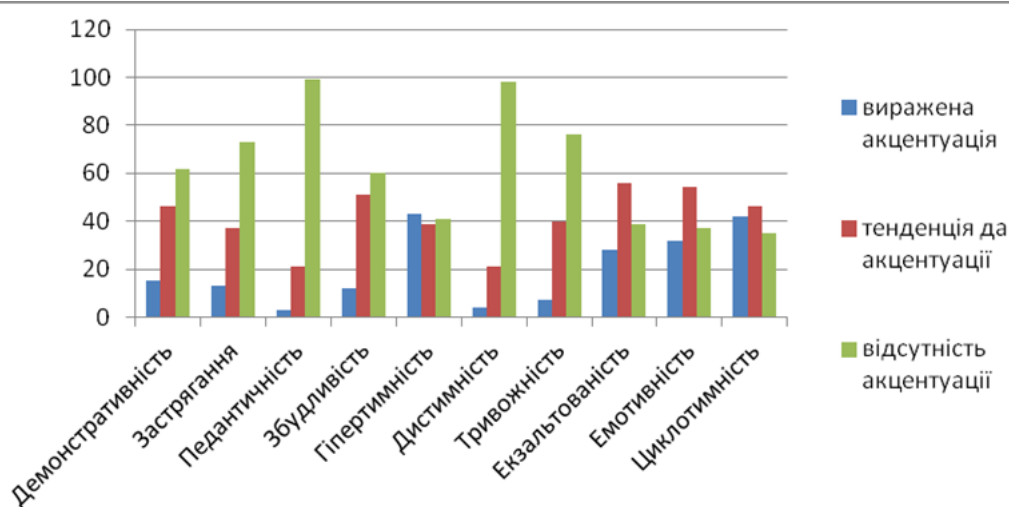


Рис. 2. Рівень прояву акцентуацій характеру

Також були виявлені переважаючі акцентуації для даної вибірки і пораховано відсоткове співвідношення акцентуацій. Результати демонструються в таблиці 1.

Таблиця 1

Представленість респондентів з різними типами акцентуацій

Назва акцентуації	Кількість респондентів з акцентуацією	Відсоткове співвідношення
Демонстративність	15	7,5%
Застрягання	13	6,5%
Педантичність	3	1,5%
Збудливість	12	6%
Гіпертимність	43	21,6%
Дистимність	4	2%
Тривожність	7	3,5%
Екзальтованість	28	14%

Емотивність	32	16%
Циклотимність	42	21,1%

Отримані дані дозволили відзначити переважання у більшості респондентів гіпертимну та циклотимну акцентуацію характеру (21,6% і 21,1%). Також великий відсоток належить емотивній та екзальтивній акцентуації. Найрідше зустрічається педантична акцентуація характеру. Вона характерна лише трьом респондентам (1,5%).

Третьою методикою був тест опису поведінки К. Томаса (адаптація Н.В.Грішиної). Данні представлені на рис. 3.

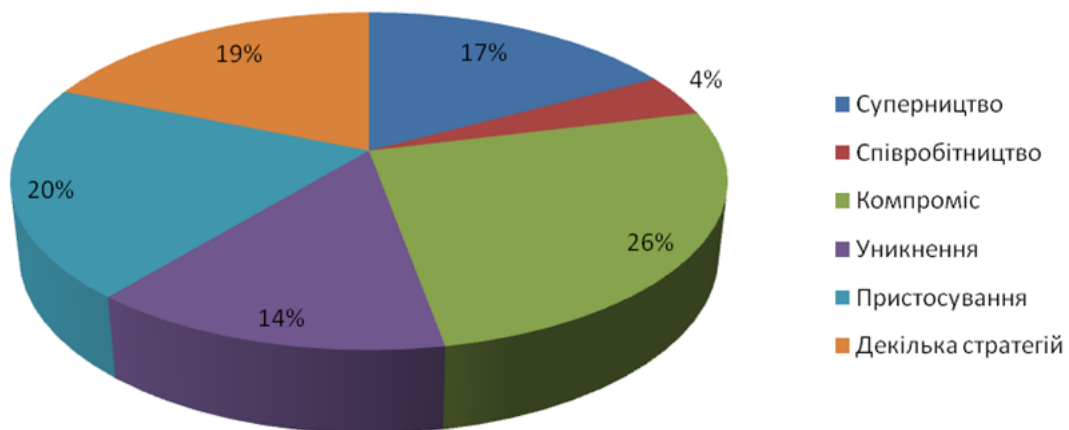


Рис. 3. Стратегії поведінки в конфліктній ситуації.

Для перевірки взаємозв'язку змінних між властивостями темпераменту та стратегіями поведінки в конфліктній ситуації ми обрали коефіцієнт Спірмена. На рівні 0,05 кореляція значима між такими властивостями темпераменту як пластичність, соціальна пластичність, темп і соціальна емоційність корелюють з такою стратегією поведінки в конфліктній ситуації як суперництво. Слід звернути увагу, що між пластичністю, соціальною пластичністю, темпом і суперництвом спостерігається позитивний кореляційний зв'язок, коли при зростанні значень однією змінною зростають значення іншої. А між соціальною емоційністю і суперництвом існує негативний кореляційний зв'язок, при якому збільшення значення однієї змінної пов'язане із зменшенням значення іншої.

Соціальна ергічність, пластичність і темп корелюють з такою стратегією поведінки в конфліктній ситуації як уникнення. Усі три кореляційні зв'язки є негативними.

На рівні 0,01 кореляція значима лише між властивостями темпераменту та стратегіями поведінки в конфліктній ситуації. В даному випадку така властивість темпераменту як темп корелює із стратегією суперництва.

При дослідженні взаємозв'язку акцентуації характеру і стратегій поведінки в конфліктній ситуації було встановлено, на рівні 0,05 значимість кореляції має такий тип акцентуації як демонстративність корелює із стратегією уникненням.

При цьому кореляційний зв'язок між ними негативний. Також був виявлений кореляційний зв'язок між акцентуацією застрягання і стратегією співробітництва. Виявлений кореляційний зв'язок між такою акцентуацією як збудливість і такою стратегією поведінки як компроміс. Акцентуація гіпертимність корелює із стратегією суперництва.

#### Література

1. Ложкин Г.В., Повякель Н.И. Практическая психология конфликта. Киев.: МАУП, 2002. 256 с.
2. Роберт М.-А., Тільман Ф. Психологія індивіда і групи. К.: Прогрес, 1988. 256 с.

## ВІДНОСИНИ ПАРТНЕРІВ У ШЛЮБІ ТА ЇХ ВПЛИВ НА РОЗВИТОК ДИТИНИ

**Єрмак К.С., Кондратьєва І.П.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Тема, що вивчається, є актуальною, оскільки сучасний світ стрімко змінюється, в тому числі і відносини між людьми. Зростає кількість розлучень і розривів шлюбу, і це пов'язано зі збільшенням кількості дітей, які стикаються з проблемами психологічного розвитку. Взаємовідносини між батьками є одним із головних факторів, що впливають на розвиток дитини, тому необхідно досліджувати цю проблему: чи часто батьки сваряться з дитиною, як вони поведуться один з одним, які слова і дії бачить дитина, як приклад у своїй сім'ї, як батьки ставляться до дитини, незалежно від того, чи сварилися вони, чи є у них натягнуті стосунки, чи є маніпуляції дитиною – як це відображається на дитині в цілому.

Розуміння того, як відносини між партнерами впливають на розвиток дитини, може допомогти розробити ефективні методи виховання та підтримки дітей, щоб вони могли вирости щасливими та психологічно здоровими дорослими. Крім того, дослідження можуть допомогти сім'ям підтримувати здорові стосунки, що може позитивно вплинути на розвиток дітей і знизити ризик психологічних проблем. Тому ця проблема має велике значення для практичної психології та розвитку людини в цілому. [1].

Виходячи з актуальності проблеми, ми поставили перед собою мету: дослідити вплив стосунків партнерів у шлюбі на розвиток дитини, проаналізувати фактори, що впливають на формування позитивних і негативних стосунків, а також визначити можливі наслідки негативних і позитивних стосунків для психологічного розвитку дитини.

У дослідженні також висвітлено питання визначення понять «шлюб», «стосунки між партнерами», «розвиток дитини» та їх взаємозв'язки. Дослідження спрямоване на визначення особливостей взаємодії батьків у шлюбі та її вплив на психологічний розвиток дитини, а також пошук практичних рекомендацій щодо збереження здорових стосунків між батьками та позитивного впливу на розвиток дитини.



Методи дослідження – для вирішення поставлених завдань використовувався комплексний підхід, який полягав у поєднанні теоретичного аналізу наукових джерел із застосуванням емпіричних досліджень, а також методи: спостереження, бесіда, стандартизовані анкети, складені нами за темою. опитувальних досліджень, для батьків і для дітей із сімей з різними типами поведінки.

Проаналізувавши великий список літератури з вивчення даної теми, було встановлено, що відносини між партнерами у шлюбі та їх вплив на розвиток дитини є важливою темою психології та сімейної терапії. Партнери подружжя мають великий вплив на розвиток дитини, тому що дитина росте і розвивається в контексті сімейного середовища, в якому батьки взаємодіють один з одним і з дитиною. Існують різні підходи і теорії, які допомагають зрозуміти взаємозв'язок між партнерськими відносинами і розвитком дитини [4].

Одним із аспектів впливу стосунків партнерів у шлюбі на розвиток дитини є їх емоційний розвиток. Дитина вчиться виражати і розуміти свої емоції, спілкуючись з батьками. Якщо відносини між партнерами в сім'ї відносно стабільні і позитивні, це може сприяти розвитку позитивних емоцій у дитини, таких як радість і задоволення. З іншого боку, конфлікти та негативні стосунки між батьками можуть викликати у дитини почуття страху, тривоги та невпевненості, що може негативно позначитися на її емоційному розвитку.

Стосунки між батьками можуть вплинути на соціальний розвиток дитини. Дитина вчиться соціальним навичкам і взаємодії з навколишнім середовищем, включаючи своїх батьків [2].

Якщо батьки демонструють позитивні соціальні навички, такі як співпраця, емпатія та повага, у дитини ймовірніше буде розвинути ці якості. Негативні стосунки та конфлікти між батьками можуть призвести до того, що дитина навчиться агресії, конфліктів та інших негативних соціальних навичок.

Вони також можуть впливати на когнітивний розвиток дитини. Якщо батьки демонструють позитивні когнітивні навички, такі як терпимість до інших точок зору та навички вирішення проблем, дитина може навчитися цим навичкам. І те саме може статися навпаки. [5]

Загалом стосунки між батьками можуть мати значний вплив на розвиток дитини, зокрема на її когнітивний, емоційний і соціальний розвиток. Якщо батьки мають здорові та позитивні стосунки, це може сприяти розвитку емоційної стабільності та позитивного світогляду дитини. Батьки також можуть стимулювати розвиток когнітивних і соціальних навичок дитини через розмови, навчання та соціальні взаємодії. На жаль, негативні відносини між батьками можуть мати негативний вплив на розвиток дитини, включаючи проблеми в емоційному та соціальному розвитку, а також проблеми в навчанні та інтелектуальному розвитку. Тому важливо, щоб батьки робили все можливе, щоб підтримувати здорові та позитивні стосунки зі своєю дитиною. [3]

### Література

1. Головченко О.О. Шлюб та родина як соціально-психологічне явище. Київ: КНЕУ, 2017.

2. Гнатійк Н.М. Шлюб і сім'я: психологічний аспект. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2015. С. 59-62.

3. Гименюк І.В. Сімейне життя: проблеми та перспективи. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2014. С. 34-37.

4. Клокова О.М. Партнерство в шлюбі: взаємодія та комунікація. Київ: Акадевидавництво, 2016. С. 42-44.

5. Посохова О.М. Взаємини у шлюбі та родині: психологічні особливості. Київ: Акадевидавництво, 2017. С. 54-60.

## **ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ**

**Сарницька А. О.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

У статті розглянуті методи діагностики проявів тривожних розладів, зокрема виділені ті, що будуть ефективними у діагностуванні підлітків, а також запропоновані шляхи корекції. Тема є актуальною, тому що підлітки є досі вразливими, цей життєвий період характеризується формуванням самосвідомості, оцінкою себе та своїх реальних бажань, а також ускладненням процесів емоційної сфери. Для підлітків може бути властивий негативізм, зниження продуктивності навчальної діяльності, глибокі переживання та занепокоєння. За Ж.Руссо цей час є «періодом пристрастей і буревіїв», тому він зазначав важливість виховувати у дітей добрі почуття, судження і волю.

Тривожні підлітки мають відмінності від тривожних дітей, адже діти мають тривогу з приводу конкретних предметів, наприклад, комахи, казкові монстри, чи з приводу переживань за батьків. Підлітки більш зосереджені вже на своїй особистості: на змінах у тілі, на своїх успіхах і як інші ставляться до нього.

За статистичними даними тривожні розлади є найбільш розповсюдженим типом психічних захворювань у Європі, який виникає у 14% осіб віком від 14 до 65 років. Перші ознаки тривожних розладів з'являються ще в дитячому та підлітковому віці, особливо це стосується специфічних і соціальних фобій. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) тривожно-фобічні розлади займають 6 місце у світі серед усіх психічних і соматичних захворювань, які стали причиною розвитку інвалідності; вони належать до хронічних захворювань, які мають найбільший вплив на життя пацієнтів.

На сьогоднішній день багато вчених та психологів практиків розробляють методики діагностики та корекції тривожних розладів, аналізують, які причини сприяють збільшенню кількості тривожних дітей та підлітків з кожним роком та які рекомендації можна надати щоб запобігти тривожних розладів. Методологічною основою дослідження стали: Д. Барлоу, А.Бек, О. Бондаренко, Л. Боярин, І. Ващенко, Е.Еріксон, К. Ізард, О. Кокун, К.Міллер, Я. Омельченко, Д. Пайнски, А. Прихожан, Ч.Спілбергер, Б. Філіпс, А. Фрімен, та ін.

Найвпливовішим представником у вивченні підліткового віку був американський психолог Ерік Еріксон. Як стверджував Е. Еріксон розвиток особистості складається із 3 компонентів: соматичний розвиток, розвиток

свідомого "Я" та соціальний розвиток. Він вважав, що найголовнішою задачею особистості є набуття позитивної самоідентичності, переходячи з одного життєвого етапу на інший. Також американський психолог називав тривожність «центральною проблемою сучасної цивілізації» [1]. У наукових дослідженнях Л. Боярин, І. Ващенко, О. Кокурн вони звертають увагу на особливу чутливість підлітків до впливу негативних соціально-психологічних чинників на детермінацію фізичного та психічного здоров'я та наголошують на тому, що в них не сформовані або слабо розвинені механізми психологічного самозахисту. Психологічний захист в психології тлумачать як систему механізмів, спрямованих на мінімізацію психікою людини негативних, травмуючих або неприйнятних емоційних переживань.

Велика увага приділяється конкретним видам тривожності у дітей: шкільній тривожності; тривожності очікувань в соціальному спілкуванні; а також дослідження «комп'ютерної тривожності».

Зазначимо, що тема саме тривожних розладів розглянута недостатньо, є ряд концепцій та теорій, які надають визначення проявам тривожних розладів і беруть свій початок від невротичної поведінки, що характеризується дезадаптацією, уникненням соціуму та ін. Фундаментом тривожних розладів більшість вчених вважають емоції та страхи, а також особливості темпераменту, але вони є досить абстрактними адже не має чітких кордонів, коли саме тривожність переходить у повноцінний тривожний розлад будь-якого типу. Згідно до Американської психологічної асоціації тривожний розлад – це недоречне і надмірне відчуття страху і горя у ситуаціях, пов'язаних із розлукою з будинком або об'єктом емоційного контакту. При цьому тривога вважається нетиповою для очікуваного рівня розвитку і віку пацієнта. Тривожний розлад може мати значний негативний вплив на повсякденне життя підлітка. Це може виявлятися у соціальній та емоційній сферах, сімейному житті, фізичному здоров'ї і в шкільному середовищі (наприклад, дитина може відмовитися ходити в школу) [4]. За О.М. Складенко тривожний розлад має у своїй основі і як у якості провідного, так і найбільш очевидного прояву нерéalістичний, ірраціональний страх чи тривогу такої інтенсивності, що вона робить людину недієздатною [2]. Небезпека тривожного розладу полягає у тому, що є вірогідність підвищення ризику виникнення інших психічних розладів, у тому числі і депресії, та хімічної залежності. За даними Мюнхенського дослідження, 50% пацієнтів, які страждають на тривожні розлади, мають проблеми, пов'язані з алкоголем, а ще 26% мають скарги на лікарську залежність від препаратів, що назначаються при тривожності.

Є два визнані підходи, які використовують у всьому світі для діагностування тривожних розладів: перший ґрунтується на Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10), яка відповідає критеріям ВООЗ, а другий є діагностичним та статистичним по психічним розладам, який використовується в США. Виділяють наступні основні типи тривожних розладів згідно з МКХ-10: фобічні тривожні розлади (агорафобія, соціальні фобії, специфічні «ізольовані»

фобії; панічний розлад; генералізований тривожний розлад; обсесивно-компульсивний розлад; змішаний тривожно-депресивний розлад;

Першим етапом до реабілітації є діагностика тривожних порушень і варто зазначити наступні індивідуально-вікові особливості виникнення тривожних розладів: особливості біологічного розвитку організму; культурно-історичне середовище; умови навчання і виховання; резерви індивідуального розвитку. Тривожно-фобічні симптоми супроводжуються наявністю скарг на порушення дихання, серцевої діяльності, різні неприємні відчуття, зокрема в животі, які супроводжують тривогу, страх. Їх відрізняє "кондиціональність" - виникнення у специфічній ситуації [3]. Також до фізіологічних симптомів тривожних розладів відносять: туман в очах, прилив крові до обличчя, біль і тяжкість у грудях, лихоманка, головкружіння, сухість у роті, дереалізація, деперсоналізація, комок у горлі, мязова напруга, парестезії, пітливість, тремтіння у голосі. До психологічних симптомів тривожних розладів належать негативні переконання про себе, упереджене ставлення ігнорування своїх похитивних якостей, негативні думки, розгубленість, безпорадність, компульсивні дії, безсилля перед труднощами, агресивність та асоціальність.

Для повноцінної діагностики тривожних розладів недостатньо скарг пацієнтів на психологічні або соматичні симптоми, що їх турбують, тому є ряд діагностичних критеріїв та шкал, які можуть глибше розкрити наявність тривожного стану і надалі визначити чи наявний розлад. Для визначення тривожних розладів у підлітків запропоновано наступні методики: 1) Методика багатомірної оцінки тривожності Е.Е. Малкової. За допомогою цієї методики визначається: «загальна тривожність», яка відображає загальний рівень тривожних переживань підлітка; тривожність у відносинах з однолітками; тривога, що пов'язана з оцінкою оточуючих; тривога у відносинах з вчителями; тривога з самовираження; зниження психічної активності, через тривожність та ін.; 2) Підліткова шкала депресії А.Бека – шкала виявляє 21 симптом депресії і вважається найбільш широко використовуваний психометричний тест для оцінки тяжкості депресії; 3) Шкала оцінки соціальної фобії SPIN. Зазначимо, що серед підлітків найбільш розповсюджений є тривожний розлад, що пов'язаний із соціальною фобією. Шкала складається з 17 питань, які стосуються виявлення у пацієнта соціально-фобічних схильностей; 4) Тест шкільної тривожності Фрімена допомагає визначити рівень тривожності в школі, а також переважний страх; 5) Торонтська шкала алекситимії є клінічним опитувальником, що призначений для особистісної характеристики, як алекситимія, що проявляється у відсутності до розпізнавання, диференціації та вираження емоційних переживань, оскільки тривожні розлади тісно пов'язані з емоціями Торонтська шкала може стати якісним індикатором відхилень; 6) Карта спостережень Д.Стотта в основі цієї методики лежить фіксація форм дезадаптованої поведінки; 7) Тест Спілбергера-Ханіна – це методика на визначення рівня ситуативної та реактивної тривожності; 8) Психологічні малюнкові тести А.Л. Венгера – тести Венгера є творчими та майже виключають ймовірність індексу брехні; 9) Атлас

Поліщука для експериментального дослідження відхилень у психічній діяльності людини.

Рекомендаціями щодо корекції проявів тривожних розладів у підлітків можуть стати такі вид терапії, як групова, арт-терапія, ігрова, майндфулнес підхід, піскова психотерапія. Широкого розповсюдження набула когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для лікування тривожних розладів. Існує численна кількість матеріалу, що містить інформацію про ефективність терапії на основі когнітивно-поведінкового підходу із застосуванням окремих методів для кожного конкретного тривожного розладу.

Тривожні розлади у підлітковому віці мають біологічну, соціальну і психологічну обумовленість і ведуть до поведінкової інгібіції, агресії та уникнення соціуму поєднуючись із соматичними порушеннями. Основна небезпека проявів тривожних розладів у підлітків полягає у їх вразливості, а також загрозою залежності від алкоголю та психотропних речовин, така модель поведінки сприяє тільки посиленню розладу. Нажаль підліткову тривожність не завжди можна розпізнати, адже підлітки з високим показником тривожності можуть і не усвідомлювати своєї проблеми ховаючись за поганою або, навпаки, вкрай слухняною поведінкою. У сукупності це характеризує захисні механізми та поведінкові шаблони, якими підлітки керуються, тому важливо приділити належну увагу зі сторони дорослих та кваліфікованих психотерапевтів щодо діагностики та корекції тривожних розладів.

#### Література:

1. Erikson E.H. The concept of ego identity. *Amer. Psychoanal. Assn.* 1956. № 4. P. 56–121.
2. Скляренко О.М. Теоретичні аспекти тривожних розладів. *Науковий Часопис Національного Педагогічного Університету імені М.П. Драгоманова.* 2016. Серія 12: Психологічні науки. Вип. 4(49). С. 69-75.
3. Михайлова Е.А. Соціодемографічні, психологічні та біологічні чинники предикції тривожних розладів у дітей. *Медична психологія.* 2018. № 1. С. 7-14.
4. Русіна С.М., Ткачук Н.В. Особливості діагностики тривожно-депресивних розладів у підлітків. *Буковинський державний медичний університет.* 2006. Випуск 5. С. 72-75.
5. Аврамчук О.С. Роль інтровесрії, поведінкової інгібіції та сором'язливості у патогенезі соціального тривожного розладу: огляд літератури. *Медична психологія.* 2022. Вип. 1. С. 84-93.

## ОСОБЛИВОСТІ ТА ВАЖЛИВІСТЬ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА ЕМПАТІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА

Болдирєва С.О.

*Одеський національний економічний університет  
(м. Одеса, Україна)*

Встановлено, що для того, щоб стати професійним психологом, людина повинна володіти низкою необхідних психологічних навичок, таких як комунікативна компетентність, що реалізується у володінні вербальними та невербальними засобами спілкування, здатність ініціювати та підтримувати контакт.

Динамічний розвиток різних сфер сучасного суспільства зумовлює якісну трансформацію вимог до професійної підготовки спеціалістів будь-якої сфери діяльності. Таким чином, більшість роботодавців наразі підвищує попит на таких фахівців, які не лише володіють високим рівнем професійних знань, умінь та навичок, що забезпечує виконання діяльності на необхідному професійному рівні, але й здатні активно розвиватися та вдосконалюватися як фахівець і як особистість. Слід зазначити, що це стає особливо актуальним у випадках, коли ресурсом професійної діяльності є особистість фахівця. Однією з таких сфер є професійна діяльність психолога, яка потребує не лише високого рівня професійної підготовки, а й значного особистісного розвитку. У зв'язку з цим особливої актуальності набувають питання, пов'язані з проблемами професійного становлення майбутніх психологів під час навчання у закладах вищої освіти, адже загальновідомо, що в цей період людина не лише опановує свою професію, а й визначає своє життя та світогляд, засвоює ефективні форми взаємодії та моделі поведінки.

Для успішної реалізації різноманітних форм професійно-психологічної діяльності студент повинен відповідати ряду вимог, які сприяють розвитку різноманітних особистісних якостей і здібностей. Серед останніх особливо важливим є формування комунікативної компетенції, яка передбачає оволодіння вербальними та невербальними засобами спілкування, вміння вступати та підтримувати вербальний контакт.

Загальновідомо, що спілкування – це складний багатогранний процес встановлення та розвитку мовних контактів між людьми, породжений потребою у спільній діяльності та включає обмін інформацією, формування спільної стратегії взаємодії, сприйняття та розуміння іншої людини [1, 6].

Слід зазначити, що поняття «комунікативна компетентність» не є новим у психології, однак однозначне його трактування на сьогодні відсутнє. Найчастіше комунікативну компетентність розглядають як здатність встановлювати та підтримувати необхідне вербальне спілкування з людьми; як сукупність певних знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективний перебіг комунікативного процесу [2, 3, 5].

Аналіз наукової літератури показав, що під комунікативною компетентністю здебільшого розуміють здатність до ефективної взаємодії з урахуванням особливостей комунікативної ситуації. Комунікативна компетентність особистості зазвичай проявляється через тлумачення найближчих до неї понять, зокрема комунікативних умінь або комунікативних знань і навичок. Такі вчені як О. О. Аршавська, М. М. Вятютнієв, Д. І. Ізаренков, Д. Крістел розглядають комунікативну компетенцію як здатність використовувати мову в тій чи іншій сфері спілкування. На думку М. М. Вятютнієва, комунікативна компетенція – це здатність особистості творчо, цілеспрямовано, нормативно використовувати мову у взаємодії зі співрозмовниками [1-6].

Розглядаючи прояв комунікативної компетентності, слід звернути увагу на її зв'язок із когнітивними процесами, зокрема сприйняттям і мисленням, про що

говорив і Ж. Піаже, який зазначав, що нездатність зрозуміти точку зору іншої людини зумовлена загостренням суб'єктивізму, невміння виділити себе з навколишнього середовища, суб'єктивної нереалістичності сприйняття дійсності, в тому числі комунікативної ситуації, що є реальною перешкодою для ефективного спілкування [1]. Сьогодні це питання набуло надзвичайної актуальності у зв'язку з активним розвитком нейронауки як міждисциплінарної галузі, що складається з багатьох напрямів, серед яких дослідження функціональної активності мозкової організації вищих психічних функцій, нейрофізіологічних механізмів психічних процесів і станів, соціальної поведінки, спілкування.

Варто зазначити, що низький рівень комунікативної компетентності може бути зумовлений тим, що партнери по спілкуванню володіють неефективними когнітивними процесами та когнітивними схемами інтерпретації картини світу, інших людей та власної особистості. Тому дослідження когнітивних процесів стає надзвичайно перспективним. Ці процеси є основою мовного спілкування та його нейроанатомічним субстратом. Поряд з когнітивними процесами перспективним є аналіз функціональної взаємодії між локальними та загальними когнітивними системами з формуванням відповідних когнітивних схем, а також дослідження загальних нейронних мереж, які підтримують ці процеси.

На думку таких дослідників, як Ю. Б. Альошина, Р. С. Абрамова, Р. Кочунас, комунікативна компетентність є «професійним ядром особистості психолога», оскільки спілкування з людьми є суттю цієї сфери професійної діяльності [1, 4, 5]. Слід підкреслити, що сформованість комунікативної компетентності дозволяє психологам успішно ініціювати різноманітні вербальні контакти для вирішення різноманітних комунікативних завдань, зокрема передачі інформації, встановлення та підтримки спілкування, організації та надання психологічної допомоги тощо.

Серед основних комунікативних знань і вмінь, що визначають комунікативну компетентність психолога як фахівця, можна виділити такі: 1) знання правил і норм різних видів спілкування (ділового, міжособистісного, побутового тощо); 2) високий рівень розвитку мовлення, що забезпечує можливість вільно передавати та сприймати інформацію під час спілкування; 3) розуміння невербальної мови; 4) уміння налагоджувати спілкування з людьми з урахуванням їх статевих, вікових, соціокультурних і статусних особливостей; 5) уміння гідно поводитися в будь-якій ситуації та використовувати її особливості для досягнення комунікативних цілей; 6) уміння вплинути на співрозмовника таким чином, щоб схилити його на свій бік, переконати у силі своїх аргументів; 7) уміння об'єктивно оцінювати співрозмовника чи партнера та обирати власну ефективну стратегію спілкування; 8) уміння викликати у партнера по спілкуванню позитивне сприйняття власної особистості [4, 5].

Виходячи з вищевикладеного, стає зрозумілим, що питання, пов'язані з вивченням комунікативної компетентності як важливої складової професійного становлення майбутніх психологів, мають особливе практичне значення,

оскільки від цього залежить подальший професійно-особистісний розвиток психолога.

### Література

1. Волкова Н. П. Професійно-педагогічна комунікація: навч. посіб. К.: Вид. центр «Академія», 2006. 256 с.
2. Головань М. Компетенція і компетентність: досвід теорії, теорія досвіду. *Вища освіта*. 2008. № 3. С. 23-30.
3. Гушлевська І. Поняття компетентності у вітчизняній та зарубіжній педагогіці. *Шлях освіти*. 2004. № 3. С. 22-24.
4. Кокун О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця : монографія. Київ. ДП «Інформ.-аналіт. агенство». 2012. 200 с.
5. Корніяк О. М. Комунікативна компетентність сучасного фахівця – педагога і психолога. *Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»*: науково-теоретичний збірник. Переяслав-Хмельницький: ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький педагогічний університет імені Григорія Сковороди», 2013. Вип. 30. С. 544-551.
6. Обозов М. М. Психологія міжособистісних відносин. Київ: Либідь, 1990. 191 с.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЗОВНІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Мельничук І. В., Негатурова А. В., Павлова І. Г.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

**Актуальність дослідження** психофізіологічних розладів у зовнішньо переміщених осіб є предметом чисельних досліджень (Караваяєва Т. А., Васильєва А. В., Умерова З. К.). В очікуванні на загрозу українці знаходяться вже майже рік у постійній готовності. З точки зору психології особистості мало хто був готовий до війни, до цього неможливо бути готовим, а тим більше до масивного обстрілу, облоги, тривалого перебування у сховищах.

Немало українців вирішили залишити свої місця проживання і переїхати до інших країн у пошуку спокою та безпеки.

До 9 квітня 2022 року, за даними ООН, 4,5 мільйона українських біженців залишили територію України та були змушені втекти в найближчі на захід від України країни, до Польщі втекло понад 2,6 мільйона українських біженців [9].

Ще у XVII столітті швейцарський лікар І. Хофер вивчав психологію людей, які змінили місце проживання і назвав їх почуття ностальгією [2]. Він помітив, що у солдатів, які служили далеко від батьківщини, виявлявся незвичайний психологічний феномен. Їхній психічний стан був тяжким, але після повернення на батьківщину вони моментально приходили в норму. Ми називаємо це почуття тугою по батьківщині, а англійці – home sickness.

Але комплекс переживань, які всі ми відчуваємо, переїхавши в іншу країну, набагато глибший і ширший, ніж просто туга за батьківщиною.

У XX столітті американський антрополог К. Оберг увів поняття «культурний шок» [2]. Він зауважив, що психологічні проблеми супроводжують адаптацію до нової культури – це почуття втрати оточення та статусу,



дискомфорт від усвідомлення різниці між культурами, соціальна та особистісна дезорієнтація.

Культурний шок – емоційна чи фізична фрустрація, дезорієнтація індивіда, спричинена його зануренням в інше культурне середовище, зіткненням з іншою культурою, незнайомим місцем.

Розвинув ідею культурного шоку американець Г. Тріандіс [10]. Він описав W-подібну криву процесу адаптації та виділив п'ять етапів цього процесу: добре, гірше, погано, краще, добре.

Культурним шоком називають розумову, фізичну та емоційну адаптацію до життя в чужій країні та новому середовищі. Класична структура культурного шоку: на початку людина вважає, що нова країна чудова. Потім, що нова країна – неприємна. В кінці періоду адаптації людина починає розуміти, що нова країна – просто інша. Типові реакції на культурний шок: ми вважаємо, що щось не так з ними, а не з нами. Ми переоцінюємо свою звичну культуру. Ми оцінюємо свою культуру як природну, раціональну, цивілізовану, ввічливу, а культуру іншої країни ми оцінюємо як нераціональну, нецивілізовану тощо.

**Виклад основного матеріалу.** Слід зазначити що, за своєю симптоматикою культурний шок схожий на синдром біженця. В обох випадках людина стикається з переїздом в інше культурне середовище. Чим же відрізняється культурний шок від синдрому біженця?

У людей з мирного життя інший психологічний стан в порівнянні зі станом в якому перебувають біженці. Ці люди втратили можливість бути на Батьківщині, втратили безпеку, будинок, рідних людей, роботу, статус. Люди втікали з-під обстрілів, смерті, бомб.

Більшість із них зіткнулися із синдромом біженця.

Синдром біженця — важкий психологічний емоційний стан, коли людина все своє життя переживає, що залишила свою домівку, батьківщину, сім'ю та близьких у такий тяжкий час [6, 7].

Це не діагностований синдром, він не визнаний у світовій класифікації хвороб. Це загальний термін для кластера симптомів.

Людині стає важко побудувати плани на майбутнє, вона відчуває тривогу та страх, у неї перепади настрою, депресивні епізоди. Найчастіше це скрашене політичними чи етнічними переслідуваннями, які посилюють і без цього нелегкий стан людини.

В умовах фізичної загрози для кожної людини абсолютно нормально відчувати страх, панікувати та постійно змінювати емоційний стан від збудження до тривоги.

Синдром біженця може почати розвиватися природно, якщо люди, які вимушено тікали в іншу країну від війни, досить тривало знаходяться в оточенні серед інших біженців.

Симптоми можуть бути такими: страх, почуття безпорадності; дратівливість; злість та агресія; пригнічений настрій; емоційна холодність; депресія; різка хвилеподібність почуттів до «приймаючої сторони»; відчуття

втрати; страх перед лікарнею, лікарями за кордоном; відчуття своєї непотрібності та покинутості (особливо у літньому віці) [7].

Узагальнюючи дані сучасної наукової літератури, треба зазначити що, наявність синдрому біженця залежить від психіки конкретної людини, він розвивається не у всіх, хто змінив місце проживання.

Симптоми сильно залежить від особливостей організації особистості й більшою мірою пов'язані ні з конкретною подією, і з особливою реакцією людини різні типи стресу. В цілому ж, загальні симптоми, характерні для біженців, входять до групи «Реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації» Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10 [3].

Біженець часто позбавлений можливості адекватно проживати ситуацію, що сталася, і до того ж переживає додаткові травмуючі події, пов'язані з проживанням межі життя і смерті.

Це призводить до дезадаптації та епізодів, які можуть мати серйозний травматичний вплив на психіку, може розвинутися цілий комплекс гострих або відстрочених симптомів, серед яких: підвищена тривожність та панічні атаки; дратівливість та необґрунтовані спалахи гніву; безсоння та нічні кошмари; порушення чутливості, ангедонія (виражене зниження інтересу до діяльності, яка раніше була приємною, або втрата здатності отримувати від неї задоволення); заперечення та уникнення думок та розмов про травмуючі події [3].

До депресії – більш серйозного психічного стану – може призвести стикання з агресією сторони, що приймає, і це не враховуючи стан тривожності та страху, який і без цього присутній у біженця.

Всі емігранти стикаються з агресією у суспільстві приймаючої країни, бо це є цілком природним. І біженець стає відокремленим від суспільства, яке гостро реагує на чужинців на своїй території.

Тривала агресія, агресія, що посилюється може перерости в людини в генералізований тривожний розлад, ПТСР, клінічну депресію.

Біженці потребують психологічної допомоги, інакше наслідки можуть бути трагічними. Чим більш пригнічені почуття біженця у відповідь на стресову подію і чим сильніше блокуються його природні фізіологічні реакції на стрес, тим більше шансів на подальший розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у біженця.

**Результати емпіричного дослідження.** Вибірку зіставили 30 осіб, які виїхали з України вік яких від 22 до 54 років.

За результатами емпіричного дослідження було запропоновано пройти дві методики: методика діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса – Даймонд та шкала тривоги Спілберґера-Ханіна.

На запитання «чи зіткнулися вони із симптомами синдрому біженця», такими як: почуття безпорадності; підвищена дратівливість; спалахи агресії; пригнічений настрій; емоційна відстороненість; депресія; ПТСР, тривога, відчуття втрати рідного дому; страх за себе та близьких; страх перед лікарнею,

23 особи відповіли ствердно, 4 особи відповіли негативно, 3 особи сумніваються у відповіді.

Тобто, 77% опитуваних вже зіткнулися із синдромом біженця і вони потребують психологічної підтримки та допомоги.

Згідно з результатом за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса – Даймонд, можна зазначити, що у 14 осіб (46% опитуваних) низький рівень адаптивності (нижче 40 балів), у 9 осіб середній рівень (нижче 60 балів), у 7 осіб високий рівень адаптивності.

Згідно з результатом за шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна, можна зазначити, що у 27 осіб із 30, тобто у 90% опитуваних, високий рівень ситуативної та особистісної тривоги (понад 44 бали).

**Висновки.** Проаналізовано що, культурний шок та синдром біженця мають спільні риси, але вони відрізняються за способом виникнення та за ступенем тяжкості. Культурний шок виникає внаслідок добровільного переїзду людини до іншої країни, тоді як синдром біженця – це наслідок вимушеного переїзду через війну.

Розкрито що, безпорадність, апатичність та пасивність можуть бути присутні в психологічному стані всіх біженців. Це реакція нервової системи на непросту ситуацію. Ці реакції допомагають знати з себе відповідальність за сьогоднішнє. Це як неусвідомлене прохання про підтримку, співчуття.

Узагальнено, що, згідно зі статистикою ООН, переважна більшість біженців (близько 80%) ніколи не повертаються на батьківщину [11]. Це трапляється, бо не скільки військова, як політична частина війни затягується на роки (виведення військ, повернення державі розданої на руки зброї тощо).

Встановлено, що в середині минулого століття, коли почалася глобалізація – всесвітній процес інтеграції між державами - і стало зрозуміло, що величезна кількість людей змінили місце проживання, вони покинули свої етнічні місця перебування. Саме тоді у перше стали говорити про поняття про травму емігранта, психологію еміграції, синдром біженця та психологічні особливості людей, які змінили місце проживання.

В еміграції людина почуває себе чужою та непотрібною, мігрантам була потрібна допомога, і не лише з інтеграцією в роботу, отриманням житла, а й зі сторони емоційного, фізіологічного та психічного стану — переборювати стресові ситуації, депресивні епізоди, апатію, усталість, агресію.

Встановлено, що згідно з проведеним емпіричним дослідженням можна дійти висновку про те, що більшість людей, які виїхали, мають високий рівень тривоги та недостатній рівень адаптивності. 90% опитуваних показали високий рівень тривоги, 46% показали низький рівень адаптивності на новому місці. Залежно від психіки людини, типовими характеристиками для цього стану може бути стан занепокоєння, перезбудження. Може посилитися або навпроти зменшитися апетит. Ймовірні апатія, сонливість, поступово розвивається та наростає напруга деяких великих або дрібних м'язів. З'являються скарги на головний біль, біль у спині, животі, підвищене серцебиття. Людина стає збудженою і дратівливою, не може надовго сконцентрувати увагу, починаються

проблеми з порушенням пам'яті, настає безсоння. Можливі тривожні сновидіння, кошмари. Ці люди потребують допомоги з адаптацією та зниженням рівня тривоги. Їм потрібна кваліфікована психологічна допомога.

#### Література

1. Караваева Т.А., Васильева А.В. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации в кн. «Тактика врача-психиатра: практическое руководство / под ред. Н.Г. Незнанова, Г.Э. Мазо. Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2022. С. 127-135.
2. Культурный шок: сущность и пути преодоления / З.К. Умерова // Культура народов Причерноморья. 2012. № 253. С. 148-150
3. МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра, Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, – Режим доступа: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4257>
4. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.
5. Психология. Иллюстрированный словарь. ОЛМА Медиа Групп. С. 238. 508 с.
6. Culture Shock Stages: Everything You Need to Know. – Режим доступа: <https://www.now-health.com/en/blog/culture-shock-stages/>
7. Forbes Life: между двух огней: синдром беженца и чем он опасен. Режим доступа: <https://www.forbes.ru/forbeslife/464441-mezdu-dvuh-ognej-cto-takoe-sindrom-bezenca-i-chem-on-opasen>
8. Oberg K. Practical Anthropology. New Mexico, 1960.
9. Refugees fleeing Ukraine (since 24 February 2022). UNHCR (2022). Режим доступа: <https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine> 28
10. Triandis, Harry S. Culture and Social Behavior, 1994
11. UNHCR updates Ukraine refugee data, reflecting recent movements. Режим доступа: <https://www.unhcr.org/news/press/2022/6/62a0c6d34/unhcr-updates-ukraine-refugee-data-reflecting-recent-movements.html>

## ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСІБ З РІЗНИМ СТАВЛЕННЯМ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

Клосс Г. С., Поспелова І. Д.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

**Актуальність теми дослідження.** Актуальність теми дослідження обумовлена сучасною ситуацією в світі та Україні. Для українців, що через війну потрапили в умови невизначеності та вимушені переселятися в небезпечні куточки світу, подолання соціально-психологічних бар'єрів адаптації в умовах невизначеності є не просто бажаним, а дуже важливою і значущою життєвою потребою. Соціальна гнучкість та психічна пластичність стають важливими й необхідними для забезпечення успішного функціонування людей в різних сферах життя, таких як освіта, робота, міжособистісні стосунки, кроскультурні відносини, подорожі, міграція тощо.

**Аналіз досліджень та публікацій.** Дослідження адаптації та її специфіки у соціально-психологічному аспекті проводились багатьма світовими та вітчизняними науковцями. Так, феномен адаптації вивчали зарубіжні вчені М.Вебер, Е. Еріксон, Ч. Кулі, Дж. Мід, Т. Парсонс, Ж. Піаже, Р. Робертсон, Б.Скінер, Г. Тард, Е. Торндайк, М. Уотерс, Д. Уотсон, Л. Філіпс та вітчизняні

науковці Г.О.Балл, І. Д. Бех, О. В. Кузнєцова, І. Д. Поспелова, О. П. Саннікова, О. Д. Стефанова. Багато наукових праць теоретичного спрямування з вивчення феномену соціально-психологічної адаптації належать Б. Г. Ананьєву, О. М. Леонтьєву, О.Ф.Лазурському, С. Л. Рубінштейну та ін. В той же час дослідження адаптації практичного характеру проводили також В. А. Енгельс, М. Г. Кджанян, Б.Д.Паригін, Л. Г. Почебут, В. А. Чикер та ін. [1, с. 233-234; 8, с. 133; 4, с. 316].

Питання особливостей особистості досліджували такі зарубіжні психологи як А. Адлер, Г. Айзенк, А. Бандура, Е. Берн, Р. Даймонд, В. Джемс, В. Дільтей, Е.Еріксон, Дж. Келлі, Р. Кеттел, К. Левін, А. Маслоу, Р. Мей, Г. Олпорт, Ж. Піаже, К. Роджерс, Дж. Роттер, В. Франкл, З. Фрейд, Е. Фромм, К. Хорні, Е. Шпрангер, К.Юнг.

Феномен толерантності, в тому числі й ставлення до невизначеності, досліджували такі світові вчені як С. Баднер, С. Кобейс, Д. Маклейн, Р. Раге, Т.Холмс та вітчизняні науковці – Н. А. Асташова, О. А. Бенькова, І. Д. Бех, С.К.Бондирєва, А. І. Гусєв, Д. В. Колесов, М. М. Мельничук, В. В. Москаленко, В.М. Павленко, А. В. Петровський, Г. У. Солдатова, Є. Г. Луковицька, П. В. Лушин, Л.І.Рюмшина, Н. В. Шалаєв [4, с. 316-317].

Дослідження феномену бар'єрів соціально-психологічної адаптації та її взаємозв'язки з особливостями рис особистості вивчали сучасні українські науковці А. В. Масанов, А. О. Саннікова та О. П. Саннікова.

**Мета статті:** презентувати та проаналізувати кореляційні зв'язки між рисами особистості людини та її адаптивністю в умовах невизначеності; представити роль ставлення осіб до невизначеності та рівня їх толерантності у подоланні соціально-психологічних бар'єрів адаптації; зробити висновки щодо подальшого використання отриманих результатів для підвищення адаптивності сучасних людей до змін та їх пристосування до нових незвичних умов.

Припускається, що показники вираженості психологічних бар'єрів пов'язані з показниками рис особистості, показниками особливостей адаптації та показниками толерантності. Причому особливості ставлення до невизначеності можуть провокувати прояви тих чи інших бар'єрів адаптації.

**Матеріали та методи дослідження.** Для обґрунтування особливостей адаптації, вивчення бар'єрів адаптації людей, які опинилися у нових незвичних умовах, було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів. З теоретичних методів даного дослідження було використано аналіз, синтез, порівняльний аналіз, ранжування, узагальнення, що дало змогу опрацювати психологічну, педагогічну та культурологічну літературу, яка розкриває зміст і специфіку адаптації людей у нових незвичних умовах. З емпіричних методів – опитування за різними методиками з прямого та непрямого визначення адаптивності і адаптації: Використано стандартизовані методики психодіагностики: тест-опитувальник для оцінки вираженості психологічних бар'єрів до дій в ситуації невизначеності (А. Массанов), багатофакторний особистісний опитувальник FPI, методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд, методика дослідження толерантності до

невизначеності (С. Баднер). Були застосовані також методи кількісного та якісного аналізу даних, контент-аналіз творів, що дозволило провести діагностику особистісних характеристик та за їхньою допомогою проранжувати адаптивність.

Емпіричне дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації проводилось на базі державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» та приватної групи психологічної підтримки дітей та молоді України на кросплатформеному месенджері Telegram. Вибірка дослідження становить 30 осіб різного віку та статі, які знаходяться в умовах різного ступеню невизначеності, – проживають вдома, за кордоном або мають статус ВПО (внутрішньо переміщених осіб).

**Результати емпіричного дослідження та їх обговорення.** Представлені у статті результати математично-статистичного аналізу виявляють кореляційні зв'язки між ставленням осіб до невизначеності та соціально-психологічною адаптивністю людини і її рисами особистості.

У таблиці 1 представлені значущі кореляційні зв'язки між показниками вираженості психологічних бар'єрів та показниками рис особистості. Зазначені у таблиці дані демонструють наявність позитивних статистичних зв'язків між більшістю показників. Також у таблиці бачимо невелику кількість від'ємних зв'язків між деякими показниками.

Таблиця 1

**Значущі коефіцієнти кореляцій між показниками вираженості психологічних бар'єрів та показниками рис особистості (n=30)**

		Показники рис особистості (FPI)								
		I	III	V	VI	VIII	IX	X	XI	XII
Показники вираженості бар'єрів	M1	496**	407*				371*			
	M2	453*	488**						362*	
	M3				-379*					-401*
	M4		367*			461*				
	M5							371*		
	M6	370*								
	M8					617**				
	M9					387*				
	M10									-407*
	M11		424*						383*	
	M12	445*	474**			459*			432*	
	M13	473**	455*		-379*	433*			532**	
	M14		465**			496**			446*	
	M15			531**				386*		
	M17	465**								
ЗагБ	477**	492**				412*		436*		

Примітка. Умовні позначення: 1) тут і далі нулі й коми опущені; 2) тут і далі позначка \*\* свідчить про коефіцієнт кореляції на рівні  $p \leq 0,01$ ; позначка \* –  $p \leq 0,05$ ; 3) показники вираженості психологічних бар'єрів: M1 – недостатня зацікавленість, лінощі; M2 – невизначеність власних інтересів; M3 – невпевненість у собі; M4 – розгубленість через незнання своїх можливостей; M5 – стан розпацу через брак інформації; M6 – сумнів в успіху

задуманого; М8 – острах критики й осміяння; М9 – острах піти проти думки оточення; М10 – острах поразки; М11 – побоювання можливих неприємностей, труднощів; М12 – страх відповідальності; М13 – острах самостійності; М14 – острах виявити ініціативу; М15 – страх припуститися помилки; М17 – страх перед невизначеністю ситуації; ЗагБ – загальний бал вираженості психологічних бар'єрів; 4) показники рис особистості (FPI): I – невротичність; III – депресивність; V – товариськість; VI – врівноваженість; VIII – сором'язливість; IX – відкритість; X – екставерсія-інтроверсія; XI – емоційна лабільність; XII – маскулінізм-фемінізм.

Найстійкіші позитивні зв'язки на рівні  $p \leq 0,01$  відслідковуються між такими показниками. Показники недостатньої зацікавленості й лінощів, остраху самостійності та страху перед невизначеністю ситуації пов'язані з показником невротичності особистості. Показники невизначеності власних інтересів, страху відповідальності та остраху виявити ініціативу корелюють з показником депресивності. Показник страху припуститися помилки має позитивний зв'язок з показником товариськості. Показники остраху критики й осміяння та остраху виявити ініціативу пов'язані з показником сором'язливості. Показник остраху самостійності корелює на даному рівні з показником емоційної лабільності. Показники загального балу вираженості психологічних бар'єрів позитивно корелюють з показником невротичності особистості та з показником депресивності також на рівні  $p \leq 0,01$ .

Між наступними показниками виявлено позитивні зв'язки на рівні  $p \leq 0,05$ . Показники невизначеності власних інтересів, сумніву в успіху задуманого та страху відповідальності корелюють з показниками невротичності. Показники недостатньої зацікавленості й лінощів, розгубленості через незнання своїх можливостей, побоювання можливих неприємностей і труднощів та остраху самостійності мають позитивні зв'язки з показником депресивності. З показником сором'язливості пов'язані показники розгубленості через незнання своїх можливостей, остраху піти проти думки оточення, страху відповідальності, та остраху самостійності. Показник недостатньої зацікавленості й лінощів також корелює з показником відкритості. Показники стану розпачу через брак інформації та страху припуститися помилки позитивно корелюють з показниками екставерсії-інтроверсії. Показники невизначеності власних інтересів, побоювання можливих неприємностей і труднощів, страху відповідальності та остраху виявити ініціативу мають кореляційні зв'язки з показником емоційної лабільності. На рівні  $p \leq 0,05$  показники загального балу вираженості психологічних бар'єрів позитивно корелюють з показником сором'язливості та з показником емоційної лабільності.

Від'ємні кореляційні зв'язки існують між показниками невпевненості у собі й остраху самостійності та показниками врівноваженості, а також між показниками невпевненості у собі й остраху поразки та показниками маскулінізму-фемінізму.

У таблиці 2 подані значущі коефіцієнти кореляцій між показниками вираженості психологічних бар'єрів та показниками особливостей адаптації. Тут також переважно прослідковуються позитивні статистичні зв'язки між показниками. Проте є досить багато й від'ємних зв'язків між показниками.

*Таблиця 2*

### **Значущі коефіцієнти кореляцій між показниками вираженості**

**психологічних бар'єрів та показниками особливостей адаптації (n=30)**

		Показники особливостей адаптації												
		Ад	Дез	Непр	ПС	НС	ПІ	НІ	ЕК	ЕД	ВК	ЗК	К	Е
Показники вираженості психологічних бар'єрів	M1	-417*							-382*		-380*			
	M2	-518**		-501**	-396*				-475**	374*		507**		
	M3	-387*	464**		-383*			557**	-506**	420*		446*		
	M4		663**			578**		416*		583**		444*	444*	571**
	M5										-369*			
	M6								-425*			391*		
	M7			-410*					-408*					
	M8		399*			463**							402*	
	M11	-489**					-386*	445*	-671**	388*		371*		
	M12		665**			486**		488**	-445*	601**		529**	433*	542**
	M13		549**							534**		576**	447*	528**
	M14	-410*	528**	-392*	-435*	427*		523**		468**		459*	417*	
	M16			-389*										
	ЗагБ	-384*	544**					438*	-536**	536**		516**		

Примітка. Умовні позначення: 1) показники вираженості психологічних бар'єрів: M1 – недостатня зацікавленість, лінощі; M2 – невизначеність власних інтересів; M3 – невпевненість у собі; M4 – розгубленість через незнання своїх можливостей; M5 – стан розпаду через брак інформації; M6 – сумнів в успіху задуманого; M7 – сумніви в правильності вибору; M8 – острах критики й осміяння; M11 – побоювання можливих неприємностей, труднощів; M12 – страх відповідальності; M13 – острах самостійності; M14 – острах виявити ініціативу; M16 – острах ризикувати; ЗагБ – загальний бал вираженості психологічних бар'єрів; 2) показники особливостей адаптації: Ад+ – адаптивність; Дез- – дезадаптивність; Непр- – неправдивість; ПС+ – прийняття себе; НС- – неприйняття себе; ПІ+ – прийняття інших; НІ- – неприйняття інших; ЕК+ – емоційний комфорт; ЕД- – емоційний дискомфорт; ВК+ – внутрішній контроль; ЗК- – зовнішній контроль; К – конформність; Е – ескапізм.

Так, на рівні  $p \leq 0,01$  бачимо наступні кореляційні зв'язки позитивного характеру. Показники невпевненості у собі, розгубленості через незнання своїх можливостей, страху відповідальності, а також остраху самостійності та остраху виявити ініціативу корелюють на даному рівні з показником дезадаптивності. Показники розгубленості через незнання своїх можливостей, остраху критики й осміяння та страху відповідальності мають позитивні зв'язки з показником неприйняття себе. Показники невпевненості у собі, страху відповідальності та остраху виявити ініціативу мають кореляцію з показником неприйняття інших. Показники розгубленості через незнання своїх можливостей, страху відповідальності, остраху самостійності та остраху виявити ініціативу позитивно корелюють з показником емоційного дискомфорту. Показники невизначеності власних інтересів, страху відповідальності та остраху самостійності корелюють



з показником зовнішнього контролю. З показником ескапізму на даному рівні позитивні кореляційні зв'язки мають показники розгубленості через незнання своїх можливостей, страху відповідальності та остраху самостійності. Показники загального балу вираженості психологічних бар'єрів корелюють на рівні  $p \leq 0,01$  з показниками дезадаптивності, емоційного дискомфорту та зовнішнього контролю.

Позитивні кореляційні зв'язки на рівні  $p \leq 0,05$  прослідковуємо між такими показниками вираженості психологічних бар'єрів та особливостей адаптації. Показник остраху критики й осміяння корелює з показником дезадаптивності. Показник остраху виявити ініціативу пов'язаний на даному рівні з показником неприйняття себе. Показники розгубленості через незнання своїх можливостей та побоювання можливих неприємностей і труднощів мають позитивну кореляцію з показником неприйняття інших. Показники невизначеності власних інтересів, невпевненості у собі та побоювання можливих неприємностей і труднощів корелюють з показником емоційного дискомфорту. З показником зовнішнього контролю пов'язані такі показники вираженості психологічних бар'єрів як невпевненість у собі, розгубленість через незнання своїх можливостей, сумнів в успіху задуманого, побоювання можливих неприємностей і труднощів та острах виявити ініціативу. Показники розгубленості через незнання своїх можливостей, остраху критики й осміяння, страху відповідальності, а також остраху самостійності та остраху виявити ініціативу мають позитивний кореляційний зв'язок з показником конформності. Показник загального балу вираженості психологічних бар'єрів на рівні  $p \leq 0,05$  має позитивний кореляційний зв'язок з показником неприйняття інших.

Далі розглянемо від'ємні кореляційні зв'язки та визначимо значущі коефіцієнти кореляцій між показниками вираженості психологічних бар'єрів та показниками особливостей адаптації на рівні  $p \leq 0,01$  та на рівні  $p \leq 0,05$ .

На рівні  $p \leq 0,01$  відстежуються наступні від'ємні зв'язки. Показники невизначеності власних інтересів та побоювання можливих неприємностей і труднощів від'ємно корелюють з показником адаптивності. Також показник невизначеності власних інтересів пов'язаний з показником неправдивості. Показники невизначеності власних інтересів, невпевненості у собі та побоювання можливих неприємностей і труднощів мають від'ємну кореляцію з показником емоційного комфорту. Від'ємний зв'язок на рівні  $p \leq 0,01$  існує між показником загального балу вираженості психологічних бар'єрів та показником емоційного комфорту.

Від'ємні кореляційні зв'язки на рівні  $p \leq 0,05$  відслідковуються між такими показниками. Показники недостатньої зацікавленості, невпевненості у собі та остраху виявити ініціативу мають від'ємні зв'язки з показником адаптивності. Показники сумнівів в правильності вибору, остраху виявити ініціативу та остраху ризикувати кореляційно пов'язані з показником неправдивості. Показники невизначеності власних інтересів, невпевненості у собі та остраху виявити ініціативу мають від'ємну кореляцію з показником прийняття себе. Від'ємний зв'язок на даному рівні є між показником побоювання можливих

неприємностей і труднощів та показником прийняття інших. Показники недостатньої зацікавленості й лінощів, сумніву в успіху задуманого, сумнівів у правильності вибору, а також страху відповідальності від'ємно корелюють з показником емоційного комфорту. Показники недостатньої зацікавленості й лінощів та стану розпачу через брак інформації на даному рівні також мають від'ємний зв'язок з показником внутрішнього контролю. Показник загального балу вираженості психологічних бар'єрів на рівні  $p \leq 0,05$  має від'ємний кореляційний зв'язок з показником адаптивності.

Значущі коефіцієнти кореляцій між показниками вираженості психологічних бар'єрів та показниками толерантності (при  $n=30$ ) мають лише один позитивний кореляційний зв'язок на рівні  $p \leq 0,05$  між показником недостатньої зацікавленості й лінощів та показником новизни проблеми.

**Висновки.** Отже, проведений статистичний аналіз підтвердив кореляційні зв'язки різних рівнів між рисами особистості та її адаптивністю в умовах невизначеності. Це свідчить про те, що певні риси особистості та особливості ставлення до нових незвичних умов й ситуацій можуть провокувати прояви тих чи інших бар'єрів адаптації.

Так, у цілому, риси особистості невротичність, депресивність, сором'язливість та емоційна лабільність грають найбільш значну негативну роль у прояві соціально-психологічних бар'єрів адаптації. Такі особливості адаптації як дезадаптивність, неприйняття себе та неприйняття інших, емоційний дискомфорт, зовнішній контроль, конформність та ескапізм також дозволяють проявлятися соціально-психологічним бар'єрам повною мірою. Таке ставлення осіб як несприйняття новизни проблем може спричинити недостатню зацікавленість й лінощі як бар'єр у соціально-психологічній адаптації.

Натомість, такі риси особистості як товариськість, врівноваженість та відкритість, а також адаптивність, прийняття себе й інших, емоційний комфорт та внутрішній контроль як особливості адаптації грають значну позитивну роль у подоланні соціально-психологічних бар'єрів за умов невизначеності. Це дозволяє говорити про можливість підвищення соціально-психологічної адаптивності людей у процесі життєвих змін.

**Перспективи подальшого дослідження.** Підтвердивши наші припущення та маючи на меті подальше використання отриманих результатів, планується зробити якісний аналіз результатів емпіричного дослідження та розробити рекомендації для осіб, які опинилися в ситуації невизначеності. Запланована до розробки тренінгова програма для корекції моделей мислення й оцінки себе та навколишньої ситуації, а також для розвитку навичок ефективної комунікації та співпраці, підвищення рівня толерантності до оточуючого середовища, спрямованості на досягнення результату та підвищення стресостійкості. Це повинно дозволити покращити адаптивність сучасних людей до різноманітних змін та їх пристосування до нових незвичних умов.

#### **Література:**

1. Блажівський М. І. Поняття адаптації у сучасній науковій літературі. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна.* 2014. Вип. 1. С. 233-242.

2. Веневцева Є. В. Толерантність, конформізм та колективізм як складові структури особистості. *Витоки педагогічної майстерності. Збірник наукових праць. Сер. : Педагогічні науки.* Полтава, 2011. Вип. 8 (2). С. 71-74.
3. Массанов А. В. Психологічні бар'єри в професійному самовизначенні особистості : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського. Одеса, 2010. 409 с.
4. Мельничук М. М. Емпіричне дослідження структури толерантності як системної характеристики особистості студента. *Актуальні проблеми психології.* 2015. Т. 10, Вип. 27. С. 315-323.
5. Поспелова І. Д., Печерова М. В. Психологічний супровід діяльності вчителя в період адаптації першокласників до навчання у школі. *Наука і освіта. Науково-практичний журнал.* 2008. № 3. С. 199-203.
6. Приходько Л. Соціально-психологічні детермінанти успішної адаптації особистості до умов невизначеності. *Вісник Національної академії керівних кадрів культури і мистецтв.* 2016. № 3 (50). С. 166-170.
7. Саннікова О. П., Саннікова А. О. Сценічні бар'єри: диференціально-психологічний підхід : монографія. Одеса : ВМВ, 2014. 238 с.
8. Сікора Я. Б. Адаптація як об'єкт наукового дослідження : психолого-педагогічний аналіз. *Науковий вісник Ужгородського університету. Сер. : Педагогіка. Соціальна робота.* 2022. Вип. 2 (51). С. 135-139.
9. Sannikova O., Kuznetsova O. Adaptivity as the integral phenomenon: empirical verification. *Psychology. Science and Education.* 2018. Issue 3. P. 27-35.

*Секція VI.*  
**ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ:**  
**ЄВРОПЕЙСЬКІ ПРАКТИКИ ТА ДОСВІД УКРАЇНИ**

**ТЕОРІТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ  
НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНИХ  
РОЗЛАДІВ У ВІЙСКОВИХ ТА ЦИВІЛЬНИХ В УМОВАХ ВІЙНИ**

**Байкова Д. А.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Психологічні наслідки військових дій важко переоцінити, бо сама війна – є масштабним та багато комплексним процесом, який характеризується як, цитую “соціально-політичне явище, крайня форма розв’язання соціально-політичних, ідеологічних, економічних, територіальних, етнонаціональних, релігійних чи інших суперечностей між державами, народами, націями, урядами, спільнотами або воєнізованими групами, що відбувається за допомогою організованої збройної боротьби” [1]. Важливо означити, що війна є дистресом хронічного характеру, тобто має довготривалий негативний ефект на психіку людину, що у купі з індивідуальними особливостями особисті стає підґрунтям для розвинення та загострення психічних розладів різного характеру та нейрокогнітивних порушень.

Нейропсихологічні порушення – це порушення психічної діяльності, пов’язані з ушкодженням структур та функцій нервової системи. Вони можуть проявлятися різними способами, наприклад, погіршенням когнітивних функцій (включаючи пам’ять, увагу, мовлення, мислення), порушенням емоційної регуляції та поведінки. Причини виникнення нейропсихологічних порушень можуть бути різноманітними. Однією з найпоширеніших причин є травматичні ушкодження головного мозку, які є досить розповсюдженими при прийманні участі у бойових діях серед військових, а також при потраплянні під наслідки ракетних ударів у цивільних. Нейропсихологічні порушення можуть бути пов’язані з неврологічними захворюваннями, такими як хвороба Альцгеймера, хвороба Паркінсона, інсульт та інші. Ще одним фактором виникнення нейрокогнітивних порушень — є тривалий вплив дистресу на особистість, який може виражатися у пригніченні когнітивних функцій. Також варто не забувати, що значний вплив на нервову систему має вживання алкоголю та наркотичних речовин [2].

Проблеми з когнітивною сферою ускладнюють, а в залежності від тяжкості, ще і унеможливають адаптацію, успішне розв’язання задач, вивчення нових навичок, комунікацію, що призводить до ізолюваності людини, відмови від можливостей, поглиблення у стану невдач, заниження самооцінки, втрати мотивації. В умовах війни це означає складнощі до повернення у нормальне життя, як для цивільних, так і для військових.

На фоні нейрокогнітивних порушень розвиваються афективні розлади психіки, які можуть бути як слідством самого порушення, так і супроводжуваним фактором нейрокогнітивного розладу, який виник у відповідь на той дискомфорт, який викликає у людини наслідки нейрокогнітивних порушень.

Афективні розлади стають найпоширенішими формами психічних порушень, які можуть виникати як у цивільних, так і у військових в умовах війни, де домінуючими афективними станами є пригніченість, втрата мотивації, знижений настрій, втрата інтересу до життя, відчуття апатичності та інші ознаки, що є описом саме депресивних розладів психіки. Значна кількість горя та невизначеності ставить людей у безпомічне положення, де нема контролю над ситуацією та впевненості у майбутньому. Переважання негативних новин, можливість бути свідком або учасником жорстоких подій, сильно впливають на емоційний фон людини, що може вже стати підґрунтям для виникнення депресивних розладів.

Основними ознаками депресивних розладів є зниження настрою, та втрата здатності переживання радості (ангедонія), порушення мислення (негативні судження та песимістична оцінка минулого) та майбутнього та рухова загальмованість [3]. Але в залежності від ступеня та типу депресивного розладу ці ознаки можуть мати різну вираженість (або бути відсутніми взагалі). Чому важливо вивчати особливості перебігу афективних розладів при нейрокогнітивних порушеннях саме зараз? Бо емоційна сфера людини, поряд з когнітивною, є основою світосприйняття, а також сприйняття себе, що є важливим фактором у стабілізації психіки в умовах війни.

Важливість нейрокогнітивного фактору у депресивних порушеннях складно переоцінити, бо це допомагає розібратися з причиною стану та допомагає зрозуміти первинність чи вторинність даного стану, даючи більшу можливість для психологів, психотерапевтів та лікарів у диференціації та подальшій реабілітаційній роботі.

#### Література

1. Денисов В. Н. Війна. *Велика українська енциклопедія*. URL: <https://vue.gov.ua/Війна>
2. Дзяк Л.А. Актуальні питання в проблемі нейрокогнітивних порушень. *Український медичний часопис*: електрон. версія газ 5(145) – IX/X 2021 URL: <https://www.umj.com.ua/article/217894/aktualni-pitannya-v-problemi-nejrokognitivnih-porushen>
3. Колеснік М. Тривога та депресія очима фахівців різних спеціалістів. *Наук. симпоз. Медичні аспекти боротьби з нейроінфекційними захворюваннями: підхід до оцінки інформованості населення, комплаєнсу до профілактики та лікування*: Харків 10 жовтня 2012 // *Український медичний часопис*: електрон.в ерсія газ 5(1) (133) – IX/X 2019 URL: <https://www.umj.com.ua/article/163496/trivoga-ta-depresiya-ochima-fahivtsiv-riznih-spetsialnostej>

## НЕЙРОПСИХОЛОГІЯ – НОВЕ РІШЕННЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Добряк Ю.І.

Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)

У сьогоднішній день, на жаль, кількісно дуже зросла частка психічних розладів та травм через дію стресу, а саме – посттравматичних стресових розладів. Пов'язано це зі збільшенням психотравмуючих подій, що стосуються цілих соціальних груп, а не одиничних випадків психотравм. Велика увага приділяється пошуку найефективніших рішень, щодо наявних наслідків дії стресових чинників, і з погляду нейропсихологічного напрямку. У статті приводяться критерії виявлення посттравматичних стресових розладів в умовах військових дій; розглядаються етіологічні фактори, з урахуванням їх динамічності і прямої залежності від стрес-причини; наводяться дані щодо дієвих методів роботи з посттравматичними стресовими розладами та розглядаються можливості нейропсихологічного підходу, як альтернативи або допоміжного інструменту до травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії і методу десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей.

Військові дії, техногенні та природні катастрофи, «масове» фізичне, сексуальне та психологічне насилля – це далеко не всі можливі події, що призводять до психічних розладів, включаючи посттравматичні стресові розлади (ПТСР). Враховуючи нестабільність усіх сфер безпечного соціального існування в Україні, через повномасштабне військове вторгнення, складно наразі навіть уявити статистичні дані, що дали б повноцінну картину розуміння наслідків «народної психологічної катастрофи». Аналізуючи літературу і результати досліджень, у країнах, що мали досвід довготривалих військових конфліктів (Ірак, Алжир, Камбоджа), виявляється наявність хоча б однієї психотравмуючої події за життя у близько 92% населення, але така статистика зовсім не свідчить про подальший розвиток ПТСР, або інших психічних розладів. Статистичні дані з цього питання, в Україні довоєнного часу, давали показники – 50-65% людей, які щонайменше один раз стикалися з подією, що загрожувала їх життю чи гідності, або життю іншої людини, з подією, що викликала сильний страх, безпорадність та жах[1, с. 29].

Відповідно до МКХ-10, ПТСР не супроводжує кожен психотравмуючу ситуацію, а розвивається за умов, що травмуючі події «виходять за межі нормального людського досвіду». Окрім першопричини, формування ПТСР дуже залежить від індивідуальних характеристик психічного реагування кожної людини: спадково-конституціональні чинники (типологічні особливості центральної нервової системи, особистісно-акцентуовані особливості та інші); психоемоційні, або психогенні чинники (когнітивна та емоційна суб'єктивна значущість чинників зовнішньої дії, опосередкованих через психічну сферу) та психоорганічні чинники.

Визначаючи предмет дослідження цієї статті, має сенс зазначити, що вивчення етіології ПТСР ще не досягло кінцевого пункту своєї причинності, тобто динамічність розвитку проявів ПТСР не має стабільності через варіації суб'єктивності сприймання стресу і, відповідно, його впливу на певну особистість. Але, якщо з точки зору психоорганіки розвиток ПТСР відбувається через токсичний вплив великої кількості адреналіну на гіпокампальні структури

лімбіко-ретикулярного комплексу, що не дає можливості гіпокампу виконати функцію переробки травматичного досвіду, то чи не має сенсу відновлювати цілісність психічної діяльності людини не лише змінюючи відношення до сенсового значення травматичної події, а й пропрацьовуючи кожен з психічних порочесів ланцюга, що порушилися внаслідок цієї події, структуруючи їх через призму протоколу нейропсихологічного дослідження та подальшої нейропсихологічної реабілітації. Отже, предмет дослідження даної статті – ПТСР у межах нейропсихологічного дослідження.

Навіть враховуючи наявність визнання, психологічною спільнотою фахових організацій охорони психічного здоров'я усього цивілізованого світу, ефективності протоколів методів травмофокусованої когнітивноповедінкової терапії (ТФ-КПТ) і методу десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR) у лікуванні ПТСР, немає сенсу стверджувати єдиновірність вирішення питання через ці підходи або сприймати їх як панацею, що допоможе усім і кожному. Тобто, завдання полягає у пошуку дієвих методик нейропсихологічного впливу для лікування ПТСР у випадках неефективності або неприйнятності загальноприйнятих методів, а ціллю є пошук вирішення питання переробки інформації щодо «руйнуючих» ситуацій з мінімальною ретравматизацією у комплексі з переключенням фокусу на відновлення та удосконалення супутніх психічних функцій і процесів, що були порушені у процесі прогресування ПТСР.

Варто відмітити, що ПТСР має вплив на усіх рівнях життєдіяльності людини, починаючи з когнітивних навичок і закінчуючи соціальною взаємодією. Маючи середні показники поширеності ПТСР в умовах війни від 15 до 50%, у порівнянні з показниками мирного часу від 0,5 до 1,2% розуміємо, що у воєнний час недостатність або відсутність заходів «профілактики» психічних розладів та відсутність необхідних реабілітаційних заходів, як у військових так і у цивільного населення, проявиться у клінічній картині масових реакцій: агресивності, підвищеної стомлюваності, тривожності, кошмарах та труднощах засинання, ослабленні пам'яті, підвищеній реактивності, антисоціальній поведінці, треморі, труднощах концентрації, а на вершині цього айсбергу наслідків спостерігається пристрасть до алкоголю і різні психосоматичні симптоми [3, с. 106]. Окремі прояви і ознаки ПТСР можуть проявлятися на протязі проміжку часу від декількох тижнів до 30 років і більше, і морбідність їх прямо залежить від інтенсивності пережитого стресу. Ці наслідки не найкращим чином вплинуть на якість соціального благополуччя усього народу, отже, потребують якісного і негайного втручання [5, с. 39].

Нині не існує єдиної точки зору, чи можливо остаточно і незворотновилікувати ПТСР: деякі вважають, ПТСР –виліковне, інші, що частина симптомокомплексу продовжить існувати. Але точно можна стверджувати, що психотерапія працює як підкріплення захисних факторів психіки, і якщо повернутись до першопричини виникнення ПТСР – подія, що виходить за межі людського розуміння, то цілями терапії можна визначити: інтегрування пережитого людиною неприроднього досвіду у кордони її самосприйняття та

контролювання емоційних реакцій через розуміння сенсовності та причинності ситуації, і самоаналіз. Кожен з терапевтичних підходів у роботі з ПТСР, не зважаючи на спільні кінцеві цілі і деякі загальні етапи і правила, має свій напрямок роботи і певну послідовність дій [4, с.183].

Як було наведено вище, сучасні дослідження (АРА, 2004, 2009) вказують на два методи психотерапії, що найкраще корелюють з лікуванням ПТСР – ТФ-КПТ та EMDR, вони обидва ґрунтуються на фундаментальних правилах терапії: обов'язкове врахування особливостей кожної особистості, приймання комфортного темпу роботи та саморозкриття клієнта та побудова індивідуального терапевтичного плану. Тривалість психотерапії може бути дуже різною. З огляду на широкий спектр можливих супутніх розладів та соціальних проблем може виникнути потреба залучення до терапії членів сім'ї, або навпаки – потреба у сепарації, при несприятливій атмосфері.

Врахувавши усі загальноприйняті правила терапії, розглянемо ТФ-КПТ, що базується на каузальній атрибуції або на сприйнятті аспектів травмуючої ситуації через суб'єктивну призму – приписування «іншій стороні взаємодії» можливих почуттів, причин чи мотивів поведінки. Цей вид терапії не ставить за мету розуміння клієнтом психологічних причин особистісного емоційно-фокусованого стилю подолання стресу та соціальних факторів реагування. Головна її ціль – формування і закріплення нових типів відреагування, адекватних ситуації та особистісно психологічно-нетоксичних, здобування нових навичок, що дозволять покращити самоконтроль. ТФ-КПТ складається з великої кількості методик для перебудови нелогічних та ієрархічно-неправильних психологічних конструкцій і когнітивних викривлень, що формують хворобливі думки клієнта, через його неправильне сприйняття себе і своєї ролі у суспільстві або відносно ситуації. У випадку причин виникнення ПТСР відчуття власної негідності, несправедливості, безпомічності – надто суб'єктивізовані, вони й формують стереотипні негативні установки, змінюючи які КПТ навчає інакше реагувати на ситуації, що викликають тривогу, панічні атаки, тремор чи ядуху [4, с.188].

Метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей або Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) за основу формування ПТСР приймає порушення процесів пам'яті, а саме відсутність переробки травматичних спогадів і інтеграції отриманої інформації у загальну картину пам'яті. Цей метод, запропонований Ф.Шапіро ще у 1987 році, не поступається ефективністю ТФ-КПТ, хоч деякі і вважають, що він працює лише у випадках одиничної травматизації, а сам Шапіро застерігає від очікування надто високої ефективності, практика багатьох років використання EMDR вказує, що результати цієї терапії не переоцінені.

Описуючи процес виникнення стресового розладу під впливом травматичного досвіду з позиції методу EMDR, необхідно хоч поверхнево розуміти, що кожна людина має механізм отримання інформації і її подальшої переробки. У нормі даний психофізіологічний механізм виконує і адаптивну функцію. Інформація, отримана усіма можливими системами сприйняття



(зоровими, слуховими, сенсорними та ін.), концентрується у гіпокампальних структурах для подальшого зберігання і консолідації пам'яті. Метод EMDR говорить про те, що гальмівний вплив гормону адреналіну, який при стресі виробляється у великій кількості, на гіпокамп як частину лімбіко-ретикулярного комплексу, перешкоджає коректному протіканню процесу інтеграції і переробки інформації, що стосується конкретно стрес-фактору. Негативна інформація «консервується» у недоторканому вигляді за рахунок нейронних мереж мозку, при цьому залишається доступ до спогадів через асоціативні мережі пам'яті. Через цей, свого роду захисний механізм, не реалізується головна мета отримання інформації будь-якого змісту: не відбувається нове навчання. Відповідно, будь-яка терапевтична допомога неможлива за відсутності зв'язку між загальним досвідом та «ізольованим» досвідом психотравми. EMDR надає цю можливість, «штучно» викликаючи запуск когнітивного процесу і процесів пам'яті через систематизоване і повторюване рухання очима, що фізіологічно ніби відтворює фазу сну зі швидкими рухами очима. На думку багатьох дослідників, саме у цей період сну відбувається адаптивна переробка інформації, у тому числі і пов'язана із травматичними подіями, що спричинили ПТСР [4, с.158]. Саме у цей проміжок часу, під час природного сну, хворі можуть прокидатись через жахливі сни, знов і знов перериваючи процес переробки дисфункційного матеріалу.

Вивчивши наукові і дослідницькі роботи, розглянувши обидва загальноприйнятих терапевтичних напрями лікування ПТСР, можна зробити висновок, що вони базуються саме на роботі зі змістом провокуючої ситуації та впровадженні травматичної інформації у загальну схему переробки пам'яті і отримання досвіду. Ці напрями мають протоколи та чітку поетапну структуру проведення терапії: по-перше, стабілізація стану клієнта та підготовка і роз'яснення сенсу терапії; по-друге, саме травмо-орієнтована терапія; по-третє, реінтеграція або відновлення зав'язків, чи то змістовних, чи то психофізіологічних.

Але чи не має змісту розглянути лікування ПТСР не зі сторони психотравми, а з боку наслідкових зав'язків, з боку нейропсихологічного підходу. Чи не варто зазирнути із середини кожного процесу, який виявився порушеним у результаті травматичного досвіду і скерувавши їх коректну роботу, вирішити вже залишкові елементи минулого розладу. Досвід психологів США, що працюють з військовими ветеранами, доводить ефективність цього напрямку у роботі з ПТСР, додатково дозволяючи уникнути ретравматизації, не фокусуючи увагу на травмопровокуючому змісті розладу.

Розглядаючи більш глибоко психофізіологічний вплив травматичного досвіду такої сили, що здатен викликати стресовий розлад, важливо повернутись до розгляду значення деяких компонентів лімбічної системи та їх впливу на загальну роботу центральної нервової системи. Слід розуміти, що поряд із полімодальністю реакцій гіпокампу на різні види стимулів процесів сприйняття, його нейрони мають ще одну функціональну особливість – здатність чітко реагувати на новизну обставинних стимулів, з подальшою організацією

орієнтаційного рефлексу, чим надалі вони контролюють процеси уваги. Тож, при некоректній роботі гіпокампу, під дією гормонів стресу, маємо не лише зупинку деяких інтеграційних процесів пам'яті, а й можливі порушення у процесі просторової орієнтації та процесах концентрації та переключення уваги. Також, не варто ігнорувати соматовегетативні та поведінкові реакції, спровоковані спливаючими травматичними спогадами (флеш-беки), як наслідок заблокованої діяльності адаптивних процесів, що можуть проявлятися у вигляді порушень сну, втрати апетиту, гіперзбудливості або гіперреактивності, негативних думок та настрою. Дисфункції великого обсягу психічних та фізіологічних процесів, при відсутності адекватної реабілітації, можуть викликати серйозні затримки або навіть регрес особистості у вигляді ранньої деменції. Такий розвиток подій вже свідчить не про часткове порушення діяльності психофізіологічних одиниць у діяльності центральної нервової системи, а про відмирання нейронних ланцюгів. Отже, список процесів, що потребують реабілітації, відновлення функціонування або реструктуризації, не закінчується лише на питанні безпосередньо стрес-фактору, його змісту та відношення до нього [6, с. 28].

Враховуючи незрілість населення України щодо питань психічного здоров'я, національного масштабу, стигматизацію та забобони, нейропсихологічний підхід через свою багатогранність та різноманітність можна вважати найменш «травматичним» варіантом у лікуванні ПТСР. Нейропсихологія лише починає свій функціональний розвиток і шлях на території нашої держави, але вже має неабиякі досягнення у досвіді роботи країн Європи та США. Комплексний процес нейропсихологічної діагностики та реабілітації має не менш зрозумілу структурну побудову, ніж інші терапевтичні підходи, але принципово не працює з етіологічним змістом ПТСР «атакуючи». У анамнезі та протоколі нейропсихологічної діагностики (НПД) використовуються методики, які дозволяють не лише виявити симптомокомплекс психічного розладу, а й зрозуміти рівень порушення кожного з психічних процесів, акцентуацію першопричинної дисфункції та одразу зрозуміти кореляцію між запитом клієнта та реальною проблемою/загрозою. Протокол НПД складається з детального поетапного дослідження кожного процесу: орієнтації клієнта у просторі, часі та власній особистості; латералізації; пам'яті; уваги; мови; мислення; усіх різновидів гнозису та праксису. Цей процес нагадує розкладання конструктора, виявивши у ньому деталі, які не дозволяють зібрати гармонійну конструкцію, маємо потребу їх удосконалити або реставрувати. Окрім методичного інструментарію нейропсихологічний підхід має додаткову можливість отримання даних з використанням ЕЕГ та МEG, і, хоч ця стаття не про апарати вони можуть відігравати вкрай важливу роль у процесі нейрореабілітації [2, с. 311].

Нейропсихологічна реабілітація являє собою лонгітюдний етап у відновленні виведених з ладу психічних функцій. Психіка кожної особистості дуже індивідуальна, про що свідчить наявність великої кількості супутніх розладів і дисфункцій на фоні лише одного стресового втручання, а нейропсихологічний підхід значно розширює можливості особистісного підходу

лікування і разом з цим збільшує кількість методик роботи з кожною деталлю. Виходячи з усього вищевказаного, справедливо зробити висновки: за нейропсихологією – сучасність і майбутнє; можливості і інструментарій цього підходу невичерпні, а якість результатів відновлення психічних функцій не постраждає навіть використовуючи будь-яку з нейрореабілітаційних методик як фрагмент у складі інших терапевтичних підходів чи як допоміжний функціонал.

#### Література

1. Блінов О.А. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). *Психологічний часопис: збірник наукових праць* / за ред. С.Д. Максименка. №1 (11). Вип. 11. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2018. С. 26-37.
2. Карвасарский Б.Д. и др. Клиническая психология: учебник. Питер, 2019. С. 287-378.
3. Корольчук О.Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. Вип.17. Київ, 2016. С. 104-111.
4. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях М.: Эксмо, 2005. С. 157-198.
5. Посттравматичні стресові розлади : навч. посібн. / Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н.; під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х.: ХМАПО, 2014. 223 с.
6. Герасименко Л.О. Посттравматичний стресовий розлад. *Полтавський державний медичний університет*. Полтава, 2021. № 8. С.27-32. URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/8%28129%29/pages-27-32/posttrav matichtniy-stresoviy-rozlad#gsc.tab=0](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/8%28129%29/pages-27-32/posttrav%20matichtniy-stresoviy-rozlad#gsc.tab=0). (дата звернення: 30.03.2023).

## ПСИХОСИМПТОМАТИКА ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ, ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ

**Жиленко А.О.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Актуальність даної теми підтверджується тим, що соматизація тривоги впливає на серцево-судинну систему, травну систему та сечостатеву систему. Медична психологія аналізує не тільки варіанти та відповідники соматичних захворювань, а й перш за все причини емоційних розладів. Найчастіше саме тривога є виснажливою, коли вона є реактивною, а не успадкованою, ендогенною. Реактивна тривога, виснажлива, призводить до депресії, яка найчастіше виражається хронічною больовою симптоматикою [2, с.124].

Такі невиправдані реакції тривоги спричиняють страждання та значне погіршення якості життя людей, які відчувають страх, та їхніх родин. Наприклад, панічний страх людини перед іспитами може стати перешкодою для навчання студента в навчальному закладі. Іншим прикладом може бути пацієнт із генералізованим тривожним розладом. Його родина страждає від надмірної тривожності хворого, тобто йому доводиться постійно стежити за всім за допомогою мобільного телефону – де в цей час близькі і чи все в них добре. Якщо член сім'ї не відповідає на дзвінок, пацієнт надсилає повідомлення з проханням швидко йому передзвонити [4].

Тривожні розлади разом з депресією є одними з найпоширеніших психічних розладів [5]. Більш детальну інформацію щодо захворюваності на тривожні розлади в Німеччині за нозологіями (панічний розлад, генералізований тривожний розлад тощо) можна знайти у звіті названого інституту. Роберта Коха про стан здоров'я дорослого населення Німеччини [4]. За невеликим винятком, тривожний розлад з'являється у 2-4-му десятилітті життя. Майже 60% усіх тривожних розладів вперше з'являються у віці до 21 року. Надзвичайно важливо звернути увагу на прихований хронічний потенціал цих розладів: згідно з результатами досліджень, від появи перших симптомів тривожного розладу до початку професійного психотерапевтичного лікування проходить у середньому 8 років. Дослідники страху, професор Ганс-Ульріх Віттхен (Інститут клінічної фізіології та психотерапії, Дрезден, Німеччина) вважають, що принаймні 20% людей відчували тривалий надмірний страх принаймні один раз у своєму житті [5]. Інші експерти повідомляють ще більші цифри і вважають, що близько 30 мільйонів німців тією чи іншою мірою страждають від надмірної тривоги. Також є чітка гендерна різниця: у жінок тривожні розлади діагностують майже вдвічі частіше, ніж у чоловіків. Поки що немає чіткого пояснення причини цього явища. Цілковито ймовірно, що моделі поведінки «чоловічі проти жіночих», засвоєні з дитинства, суттєво впливають на те, наскільки відкрито чоловіки та жінки говорять про свої страхи [5].

Як бачимо, поширеність тривожних розладів дуже висока, тому необхідність відповідного лікування очевидна. Ось чому була створена наша група лікування тривожних розладів під назвою «Група подолання страху» [4].

Причин тривожних розладів багато і включають психосоціальні, генетичні та біологічні фактори. В основі всіх тривожних розладів лежить наявність помилки в нормальному механізмі «страх-стрес», що проявляється як реакція «бийся або біжи». Ця модель доповнюється наступними поглядами когнітивно-поведінкової та психоаналітичної глибинної психологічної теорії.

- Причини тривожних розладів з точки зору когнітивно-поведінкової моделі Вважається, що типова унікаюча поведінка є результатом тривалої фіксації спочатку унікальної реакції страху, яка зазвичай виникає внаслідок негативного життєвого досвіду. Цей механізм відповідає як за розвиток легких тривожних розладів (спочатку), так і за їх подальшу трансформацію в важкі хронічні розлади.

- Причини з точки зору психоаналітично-глибинної моделі. Фактори, що сприяють, включають як свідомі, так і несвідомі психологічні конфлікти (вісь «конфлікти» операційно в рамках психодинамічної діагностики-ОПД), а також структурний і функціональний рівень пацієнта, який включає його здатність до саморегуляції та саморегулювання (вісь "структура" в ОПД) [4].

Пацієнти, які страждають на тривожні розлади, піддаються сильному впливу соціальних факторів, які також впливають на безпосередні причини розладу [3, с. 59]. Перед тим, як пацієнт проходить курс психотерапії - стаціонарний або амбулаторний, він щодня відвідує сайти певної тематики, дивиться одні й ті ж телепередачі, отримує інформацію з різних джерел,

включаючи видання і книги з соціології. Французький соціолог Ален Еренберг діагностує «виснаження індивіда», британський соціолог Роза відзначає «прискорення розвитку суспільства», соціолог Хайнц Буде, автор книги «Суспільство страху», звертає увагу на формування суспільства. передчуття найгіршого, що «ще попереду» [5].

Щоденне споживання інформації про виснаження, виснаження, прискорення розвитку суспільства та зникнення середнього класу, ймовірно, вплине на відчуття страху пацієнтами, незалежно від того, наскільки правдивими є ці думки.

Тривожні розлади тісно корелюють з іншими психічними розладами: депресією, obsесивно-компульсивним розладом, соматоформними розладами, розладами особистості тощо. Психоаналітик Свен Хоффман бачить у тривожному розладі центр психопатології емоційно нестабільного розладу особистості. Показаннями для участі в нашій груповій терапії є такі розлади: паніка, генералізована тривожність, соціальна та агорафобія, специфічні фобії, страх страху, страх невдачі та страх майбутнього при змішаному тривожно-депресивному розладі [1, с. 121].

Одним із видів тривожного розладу є панічна атака. Панічна атака проявляється безпричинним і неконтрольованим нападом паніки, що відноситься до розладів невротичного рівня. Як правило, супроводжується нездужанням, страхом та підвищеною тривогою, які досягають свого піку протягом кількох хвилин після початку.

Атака займає 10-20 хвилин та супроводжується різною вегетативно-поліорганною симптоматикою – тривалість залежить від широкого спектру факторів, у тому числі індивідуальних особливостей організму. У цей період людина практично не контролює своїх дій, що здатне призвести до різних негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я. Згідно з офіційною статистикою, в Україні під час війни понад 10% жителів великих міст зазнають періодичних панічних атак – це говорить про масштабність проблеми.

Ключовою причиною розвитку панічних атак є неврологічні порушення. Сьогодні справжні причини виникнення точно не визначені, але психотерапевтам відомо, що каталізатором стану може бути як один, так і комплекс факторів, у тому числі:

- ряд психічних захворювань;
- деякі фізіологічні проблеми, пов'язані з серцевими патологіями: пролапс мітрального клапана, ішемія після інсульту, а також інші хвороби: гіпоглікемія, гіпертиреоз;
- як реакція у відповідь організму на прийом деяких медичних препаратів і стимулюючих засобів, в період гормональної терапії і т.д.;
- депресивні стани, пов'язані з проблемами в особистому житті, втратою близьких людей, труднощами з роботою, а також іншими факторами, які щодня оточують людину;
- генетична схильність, вагітність, пологи, клімакс.

Варто розуміти, що напад панічної атаки може відбуватися раптово або під впливом конкретного подразника. У разі виявлення характерної симптоматики, не варто чекати, коли проблема вирішиться самостійно – це може лише посилити ситуацію та призвести до появи різних фобій. Необхідно звертатися до психотерапевтів за кваліфікованою допомогою, вони проведуть діагностику та розроблять оптимальну схему лікування [4].

Таким чином ми бачимо, що тривожні розлади входять до розділу F4 «Невротичні, стресові та соматоформні розлади» та включають діагнози F40-F41. До них відносяться панічний розлад, агорафобія, генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, специфічні фобії та змішані тривожно-депресивні розлади.

З усього спектру емоцій, які відчуває людина, тривога не найприємніша, але безсумнівно необхідна, оскільки дозволяє передбачити небезпечну ситуацію, підготуватися до неї і, можливо, одночасно прийняти рішення і окреслити його, спланувати свою майбутню діяльність. У здорової людини тривога – це тимчасове почуття. Тривога проявляється різними побоюваннями, відчуттям наближення проблем, загрозами, обережністю, незрозумілими хвилюваннями (про майбутні невдачі). Тривожність характеризується спрямованістю в майбутнє і переважанням безпредметності. На відміну від страху, тривога є нормальною реакцією на стресовий фактор і неодноразово відчувається кожним. При цьому слід розрізняти патологічні тривожні розлади, коли вираженість психоемоційної реакції викликає дискомфорт як у клієнта, так і в оточуючих, заважає повноцінно жити і працювати.

#### Література:

1. Грицюк І.М. Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію. *Наука і освіта: наук-практ. журн.* Одеса, 2016 Вип. №2-3. С. 121-123.

2. Пипа Л.В., Лисиця Ю.М., Свістільник Р.В. Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (частина I). *Современная педиатрия: наук-практ. журн.* Вінниця, 2015. Вип. 2(66). С.123-127.

3. Масік О.І. Клінічні особливості та лікування психічних розладів у підлітків з соматичними захворюваннями: дисертація. Вінниця, 2019. 290 с.

4. Психосоматичні захворювання

URL:[https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96\\_%D0%B7%D0%B0%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D1%8E%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96_%D0%B7%D0%B0%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D1%8E%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F)

5. Шевченко Х. Психосоматика: «чиказька сімка» класичних психосоматозів

URL: <https://tsn.ua/lady/zdorovye/aktualnaya-tema/psihosomatikachikazka-simka-klasichnihpsihosomatoziv-1541733.html>

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ В УМОВАХ ВІЙНИ

Лазоренко Т.М., Заболотна А.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»*

24 лютого 2022 року російсько-українська війна переросла у повномасштабне вторгнення на територію нашої держави. Війська супротивника в особі росії здійснили віроломний напад на об'єкти цивільної інфраструктури України, застосовуючи усі наявні засоби повітряного та наземного ураження.

Фактично цей день увійде у всесвітню історію й в історію нашої держави, як день розв'язання кровопролитної війни російським агресором на території суверенної, мирної держави Україна, держави, яка ціною багатьох тисяч життів відстоює своє право на свободу та ідентичність.

В умовах цієї війни, розпочатої росією, значних страждань зазнає цивільне населення, яке полягає у порушенні психічного здоров'я, але у військовослужбовців Об'єднаних сил до складу яких входять підрозділи: Збройних Сил України, Прикордонних військ, Національної поліції, органів СБУ та інших, які виконують або виконували завдання в умовах війни щодо забезпечення здійснення заходів обороноздатності та виконання завдань по захисту територіальної цілісності держави та українського народу проблема психічних розладів стоїть дуже гостро. Практично кожен військовослужбовець потребує допомоги, навіть, якщо зі сторони здається, що з людиною усе в порядку.

ПТСР, як і будь-яка хвороба чи психічний розлад, є завжди там, де існують насильство, смерть, війна. В Україні нині на початок 2022 року налічувалось більше 300 тис. учасників бойових дій на Сході України. При теперішньому перебігу боїв ця цифра може значно збільшитися. За нею стоять активні люди віком 20–40 років а також їх жінки приблизно такого ж віку та неповнолітні діти. Це ті, кого потрібно інтегрувати в мирне життя та проводити соціально-психологічну реабілітацію не тільки для ветеранів, але і членів їх сімей, зокрема дітей, як психологічно вразливої категорії населення [2].

Психологічна реабілітація - це система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціального статусу людей, що отримали психічну травму.

Психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги. Сутність її полягає у здійсненні різних впливів через психіку на військовослужбовця з урахуванням терапії, профілактики, гігієни та педагогіки.

Своєю чергою, психологічна реабілітація військовослужбовців – це комплекс заходів, який спрямований на покращення та відновлення психологічних функцій організму. При їх успішному та, головне, своєчасному проведенні людина зможе швидко адаптуватись до мирного життя та уникнути багатьох проблем, які часто супроводжують тих, хто має досвід бойових дій.

Розглядаючи сутність поняття психологічної реабілітації, і кажучи про процес реабілітації військовослужбовців, які отримали психічні травми необхідно розрізняти такі різновиди реабілітації, як: медична, військово-професійна та соціальна реабілітації.

Важливе положення, що визначає дієвість психологічної реабілітації, пов'язане з констатацією основних принципів її здійснення. Нами з'ясовано, що основними принципами проведення психологічної реабілітації є:

- оперативність;
- системність;
- гнучкість;
- багатоступеневість [3].

Перший з них означає доцільність надання психологічної допомоги найближчим часом після закінчення впливу психотравмуючих стресорів бойових дій, другий – використання методів, що дозволяють здійснювати комплексний і взаємопов'язаний вплив на психіку військовослужбовців, виходячи зі структури основних форм прояву негативних наслідків психотравмуючого бойового стресу; третій – своєчасну зміну форм і методів психологічного впливу в залежності від психічного стану військовослужбовців та умов проведення психологічної реабілітації; четвертий – оперативне використання пунктів і центрів психологічної реабілітації різних рівнів у залежності від складності розв'язуваних у процесі психологічної реабілітації завдань.

Медична реабілітація виникає у тих випадках, коли військовослужбовці отримують досить серйозні травми. Надання першої медичної допомоги у бойовій обстановці є ні що інше, як початок медичної реабілітації. Навіть короткочасне поліпшення стану здоров'я військовослужбовців полегшує контакт з ними, підвищує їх віру у поліпшення стану й одужання.

Важливість медичних заходів у відновленні психічної рівноваги полягає не тільки у застосуванні психотропних засобів, що нормалізує вплив на емоційну сферу військовослужбовця, але й створення умов для швидкого і конструктивного впливу на психологічні стани.

Істотну роль у профілактиці психічних розладів у військовослужбовців відіграють такі елементи медичної реабілітації, як повноцінне і раціональне харчування, турбота про стан здоров'я особового складу, дотримання елементарних гігієнічних норм.

При наданні кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям з травмованою психікою у лікувальних установах застосовуються медикаментозна терапія, фізіотерапія, бальнеотерапія, масаж.

Військово-професійна реабілітація, передбачає прийняття заходів з відновлення в найкоротші терміни після травмування психіки військовослужбовців їхніх професійних навичок, найважливіших функцій, що забезпечують виконання обов'язків за штатним призначенням. У разі неможливості професійної реабілітації військовослужбовців - здійснюється їх перенавчання, підготовка до виконання інших, більш доступних обов'язків (професійна переорієнтація).

Соціальна реабілітація. Людина - істота соціальна. Особливу значущість для нього мають події суспільного життя і найближче оточення - соціальний



фактор. Тому соціальна реабілітація є однією з найважливіших у системі загальної реабілітації.

Для військовослужбовця, що отримав психічну травму, важливо відчувати з боку оточуючих його людей увагу, співчуття, отримати необхідну допомогу. Покращує настрій і позитивно позначається на стані травмованого відволікання уваги військовослужбовця від зосередження на хворобливих відчуттях і уявленнях.

Такий психосоціальний вплив, його вагомість визначають участь у реабілітації не тільки медичних працівників, але перш за все, командирів і товаришів по службі військовослужбовця, який потребує допомоги.

Соціальна реабілітація військовослужбовців визначається характером взаємовідносин травмованого у колективі, наявністю передумов до суспільно корисної праці, особливостями поведінки у процесі службової діяльності, виразністю інтересів.

Відчутно позначається на соціальній реабілітації постійний контакт військовослужбовця з товаришами по службі, отримання листів через засоби різноманітних месенджерів мережі інтернет, газет, журналів, прослуховування радіопередач.

Психологічна реабілітація вирішує широке коло завдань психологічної допомоги учасникам бойових дій. Таких як:

- нормалізація психічного стану;
- відновлення порушених (втрачених) психічних функцій;
- гармонізація «Я-образу» ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісною ситуацією;
- надання допомоги у встановленні конструктивних відносин із референтними особистостями і групами та ін. [4].

В умовах сьогодення, з метою здійснення належної психологічної реабілітації військовослужбовців широко застосовуються заходи психологічної декомпресії, що являють собою комплекс психологічних та медико-психологічних заходів для подальшого відновлення психофізіологічного стану та реадптації військовослужбовців.

Метою проведення психологічної декомпресії є поступове переключення механізмів реагування в екстремальних (бойових) умовах до мирних умов життєдіяльності, стабілізації психоемоційного стану та профілактика розвитку психогенних розладів.

Завданнями проведення психологічної декомпресії вважаються:

- аналіз психологічного та фізичного стану особового складу;
- зняття внутрішнього напруження, психологічна та фізична розрядка;
- профілактика виникнення дистресових станів;
- опанування методами психологічної саморегуляції та заземлення;
- підготовка військовослужбовця до зустрічі з сім'єю та найближчим оточенням.

Водночас до основних елементів та особливостей проведення психологічної декомпресії відноситься:

- медичний огляд;
- психологічне діагностування (скринінг);
- психологічна едукація (просвіта);
- психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості;
- соціальна реадаптація.

Медичний огляд та психологічне діагностування (скринінг) проводяться з 100% особового складу військової частини (підрозділу). Медичний огляд військовослужбовців здійснюється медичним персоналом. За необхідності до його проведення можуть залучатися спеціалізовані медичні групи за рішенням Головного військово-медичного управління.

Психологічне діагностування (скринінг) – оцінка актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців проводиться з метою визначення потреби військовослужбовців у отриманні психологічної допомоги.

За наявності ознак розладу психіки та поведінки, скарг, негативних результатів психологічного вивчення військовослужбовці направляються на консультування лікаря-психіатра для вирішення питання щодо стаціонарного обстеження та лікування в лікувальних закладах психоневрологічного (наркологічного) профілю.

Психологічна едукація (просвіта) – інформування особового складу для формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки людей в екстремальних (бойових) умовах, різних моделей виходу з кризової ситуації.

Психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості – комплекс психологічних та психофізіологічних заходів, спрямованих на гармонізацію психоемоційного стану, зняття перевтоми, зняття негативних наслідків впливу психогенних факторів.

Для проведення заходів психоемоційного та психофізіологічного розвантаження використовуються вправи:

**Вправи для релаксації:** “Повітряна куля”; “Лимон”; “Поза кучера на возі”.

**М’язова релаксація:** вправи для розтяжки та зняття затиску; масажування активних точок; заземлення.

**Дихальні вправи:** “квадратне” дихання; черевне дихання; почергове дихання ніздрями; послідовне дихання.

Таким чином, за допомогою психологічних впливів стає можливим знизити рівень нервово-психічної напруженості військовослужбовців, швидше відновити витрачену нервову енергію і, тим самим, зробити істотний вплив на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму.

#### **Література:**

1. Пінчук І. Реабілітація атовців: Давайте дамо відповідь на п’ять основних питань. *Обозреватель* [Електронний ресурс]. Режим доступу:

<https://www.obozrevatel.com/society/reabilitatsiya-atovtsivdavajte-damo-vidpovid-na-5-osnovnih-pitan.htm>.

2. Іщенко А. Психологія війни: як допомогти ветеранам АТО повернутися до нормального життя. *Сьогодні*. 2018. № 4. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://ukr.segodnya.ua/regions/donetsk/psihologiya-voyny-kak-pomoch-veteranam-ato-vernutsya-k-normalnoy-zhizni-1117099.html>.

3. Класифікація психічних розладів МКХ-10. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://mkh10.com.ua>.

## **ОСОБЛИВОСТІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

**Лєман Н.Ю.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Проблема реабілітації осіб, що брали та продовжують брати участь у бойових діях, сьогодні залишається актуальною. Повертаючись у цивільне життя, майже кожен військовослужбовець потребує психологічної реабілітації. Відсутність своєчасної кваліфікованої психологічної допомоги може призвести до серйозних негативних наслідків, як для самого учасника бойових дій та його рідних, так і для суспільства в цілому. На мій погляд, дуже мало уваги приділяється психологічній реабілітації бійців. Алгоритми її застарілі і не враховують особливостей сьогодення. Особливо хочу звернути увагу на нейропсихологічну реабілітацію. Це дуже сучасний та дієвий напрямок, але він новий для нашої країни і потребує розвитку. Методи нейропсихологічної корекції здатні надавати якісну та швидку допомогу, за умови, досвідчених фахівців і мотивованих військовослужбовців. Тому наше завдання, не лише розробити новітні методи реабілітації, а також мотивувати наших військовослужбовців. Вони мають розуміти значення процесу реабілітації.

Значний внесок у нейропсихологію здійснив А. Р. Лурія. Він створив класифікацію афазичних розладів; вивчив і описав раніше невідомі порушення мови; досліджував роль лобних часток головного мозку в психічних процесах.

В нормальному стані мозок регулює сам себе, при порушенні психологічного рівноваги, виникненні проблем з психікою, вроджені програми регуляції дають збій, тому важлива своєчасна корекція.

Серед проблем, які стоять на перешкоді надання якісної своєчасної нейропсихологічної реабілітації, можна відмітити відсутність адаптованих алгоритмів надання допомоги бійцям із симптомами посттравматичного стресового розладу. Дуже важливо сьогодні переймати досвід інших країн. Особливо цікавий для України досвід Ізраїлю, адже ця країна веде бойові дії вже кілька десятиліть і тут чи не найкраща в світі організація психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам, і членам їхніх родин. Ще під час війни з Ліваном у 1982 році військові застосовували принципи надання допомоги постраждалим.

З огляду на те, що мотивація до служби в армії в Ізраїлі досить висока, вступити на військову службу можуть навіть призовники з інвалідністю, а також з психіатричним діагнозом. Для таких військовослужбовців розроблено спеціальні методики реабілітації та соціалізації в армійському середовищі. Втім, і це важливо розуміти, що армія – не клініка, і медичного супроводу такі військовослужбовці не отримують, але адаптуються вони іноді дуже успішно, і період ремісії в них помітно подовжується. У цьому випадку на армійських психологів і соціальних працівників покладається функція контролю, супроводу і розроблення програми адаптації і м'якої реабілітації таких військовослужбовців.

Ізраїльські військові психологи займаються і посткризовим тестуванням, яке проходять всі учасники бойових дій, і діагностикою бойової психічної травми та ПТСР. Підрозділ психологічної підтримки військовослужбовців займається поточною психологічною допомогою, яка спрямована і на розвиток стресостійкості особового складу, на формування його психологічної готовності до виконання службових і бойових завдань, і на надання психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їхніх сімей, що зазнали впливу екстремальних чинників службової діяльності.

На особливу увагу заслуговує ізраїльська реабілітаційна програма військовослужбовців після демобілізації, спрямована на те, щоб жоден борець не залишився наодинці навіть із незначною проблемою. Ця програма передбачає підготовку рідних та близьких демобілізованого до його повернення додому. Діяльність підрозділу з реабілітації та роботи з демобілізованими спрямована на розроблення реабілітаційних програм, створення та підтримку спеціальних центрів анонімної допомоги, супровід військовослужбовців з інвалідністю, супровід бійців із бойовою психічною травмою, надання соціальної допомоги.

Ізраїль має багаторічну вдосконалену систему допомоги цивільному населенню в умовах ведення бойових дій. У кожному мікрорайоні населених пунктів країни створено такі структури, як: добровільні штаби кризових ситуацій; пункти оповіщення населення; пункти термінової допомоги. За місцем проживання розміщено інформаційні банери, регулярно проводиться навчання, застосовується метод «хибних тривог», ведеться роз'яснювальна робота в школах і коледжах; для дітей молодшого віку розроблено спеціальні методики доведення інформації.

Потрібно поставили за мету зробити внесок у справу, яка стосується психічного здоров'я військовослужбовців, демобілізованих, членів їх сімей, а також членів сімей загиблих захисників України. Останнім часом багато говорять про недосконалість українського законодавства в галузі охорони здоров'я військовослужбовців. Ефективність і недоліки будь-яких законів виявляються тільки в практичному застосуванні, тому не дивно, що військові події в Україні постійно ставлять на порядок денний нові законодавчі виклики і проблеми. Тим не менш, наш уряд, міністерства та відомства, активно намагаються вирішити виникаючі проблеми, зокрема що стосуються питань психологічної реабілітації військовослужбовців.

**Література:**

1. Єна А. Маслюк В., Сергієнко А. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. №1(5). С.5-16.
2. Лурія А.Р. Основи нейропсихології. Москва: Видавничий центр Академія, 2013.
3. Хомская Е.Д. Нейропсихологія. М.: Видавництво Пітер, 2018.

## **ЕМОЦІЙНА СФЕРА ДІТЕЙ ІЗ СДУГ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ**

**Мельничук І. В., Павлова І.Г., Сичук О.О.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

**Вступ та сучасний стан досліджуваної проблеми.** Стан розвитку дітей з розладами гіперактивності з дефіцитом уваги в Україні варіюється в залежності від багатьох чинників, таких як доступність діагностики та лікування, рівень знань та досвіду фахівців з цієї проблеми, ставлення суспільства до дітей з особливими потребами та ін.

На цей час в країні відсутній державний статистичний облік дітей, які мають порушення психофізичного розвитку. Зокрема, неможливо визначити кількість дітей з таким синдромом. Однак фахівці (Гаменко., Саєнко, 2021; Шестопалова, 2015 та ін.) зазначають, що кількість дітей з подібними порушеннями зростає щороку, і їх позиція стосовно статистики змінюється, сягаючи у певних вікових групах 20%.

Узагальнення досліджень останніх років (Боряк, Одинченко, 2020; Компанець, 2020 та ін.) дозволяє визначити, що синдром дефіциту уваги та гіперактивності є складним нейробіологічним розладом розвитку функцій самоконтролю та саморегуляції, який виявляється низкою проблем з увагою, імпульсивністю та гіперактивністю. Він зазвичай діагностується у дитинстві, але може зберігатися і в дорослому житті. У поведінці дитини синдром проявляється різними ознаками, найбільш суттєвими з яких фахівці називають: неспроможність зосередитись на завданнях, які потребують уваги та витримки; часті переривання розмов, дій, виконання завдань, нездатність до їх завершення; неспокій, рухливість, труднощі зі заспокоєнням та відпочинком; неорганізованість, нездатність до планування та дотримання розкладу; імпульсивність, ризиковані дії; труднощі зі сприйняттям та запам'ятовуванням інформації; проблеми з однолітками, нездатність до розв'язання конфліктів.

Виходячи з вищенаведеного, стає зрозумілим що передусім психолого-педагогічні зусилля сконцентровано на розробці та апробації нових методів корекції СДУГ: розвитку пізнавальних процесів цієї категорії дітей (Годлевська, 2021), навчання доволно планувати виконання завдання, здійснювати оперативний та кінцевий самоконтроль (Компанець, 2020), підвищення ступеню ефективності дітей в процесі реалізації певних видів діяльності (Князєв, 2021), зокрема їхньої успішності у навчанні та взаємодії з оточуючими.

Водночас, зазначається (Давіденко, 2020; Князєв, 2021; Компанець, 2020 та ін.), що такі діти відчувають труднощі у соціальній адаптації через низку особливостей, пов'язаних з порушеннями саме в емоційній сфері, як то недостатня регуляція емоцій, проблеми зі сприйняттям інтерпретацією

емоційних сигналів, коливання настрою, часті прояви пригніченості, тривоги, агресії, низький рівень самооцінки, схильність до ризику та ін.

Саме тому **метою** дослідження стало визначення специфіки емоційної сфери дітей 7-8 років із СДУГ та шляхів їх реабілітації.

**Завдання.** 1. Виявити особливості емоційної сфери, які відрізняють дітей із СДУГ. 2. З'ясувати шляхи реабілітації цієї категорії дітей.

**Матеріали та методи дослідження.** Для вивчення емоційних якостей дітей та їх прояву у взаємодії з оточуючими застосовані психодіагностичні методики «Дім-Дерево-Людина» Дж. Бука та «Незакінчені речення» Дж. М. Сакса, С. Леві. Визначення особливостей емоційної сфери, які відрізняють дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю, відбувалося шляхом якісного аналізу із застосуванням t-критерію Стьюдента.

До участі у дослідженні залучено 20 дітей у віці 7-8 років, які відвідували заняття з логопедом у Сімейному центрі «РитмикУм». У 10 дітей був діагностований змішаний тип СДУГ (приблизно рівно виражені симптоми порушень довільної уваги, гіперактивності, імпульсивності), решта дітей – їхні однолітки з нормальним психічним розвитком.

### Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження за тестом ДДЛ показали, що діти, які мають розлади гіперактивності з дефіцитом уваги, в цілому відрізнялися від однолітків вищими проявами всіх досліджуваних показників (рис. 1).

Вони виявилися більш вразливими (на 0,72 балу), тривожними (на 0,76 балу), ворожими (на 0,54 балу), конфліктними (на 1,25 балу) та депресивними (на 1,16 балу). Разом з тим, показники, які характеризують риси дітей, які оптимістично вказують на наявність особистісного ресурсу успішної соціальної адаптації дітей, мають також більш високий прояв.

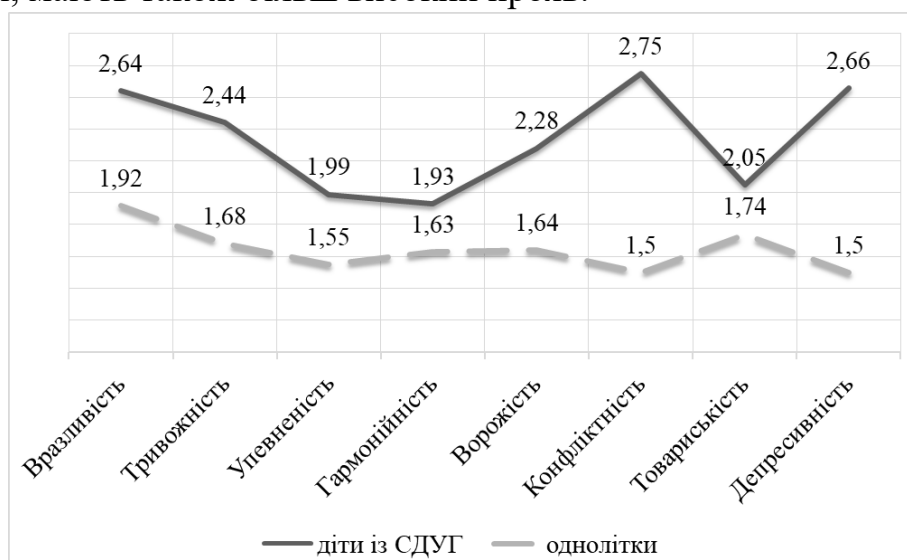


Рис.1. Середні значення показників тесту ДДЛ у дітей 7-8 років із СДУГ та їхніх однолітків.

Йдеться про показник впевненості, де різниця склала 0,44 балу, гармонійності (0,3 балу) та товариськості (0,31 балу).

Подальше статистична перевірка виявлених відмінностей показала, різниця у прояві упевненості, гармонійності та товариськості між групами є несуттєвою (табл.1).

Водночас, значення t-критерія Стьюдента перевищувало t-критичне для показника конфліктності на рівні  $p < 0,01$ , а також для показників вразливості, тривожності, ворожості, депресивності на рівні  $p < 0,05$ .

Ці дані засвідчують, що діти 7-8 років, які мають розлади гіперактивності з дефіцитом уваги, відрізняються від однолітків значнішою уразливістю й утомлюваністю. Їм частіше притаманні стани пригнічення, занепокоєння, тривоги, нестійкість настрою, підвищена збудливість. Вони більш схильні виявляти негативне, недружелюбне ставлення до оточуючих у вигляді певних висловлювань або іншим чином.

Порівняння результатів, отриманих за методикою «Незакінчені речення», демонструє, що середня вираженість всіх трьох показників за методикою у дітей із СДУГ є нижчою, ніж у однолітків (рис. 2).

Таблиця 1.

**Статистично достовірні відмінності за показниками тесту ДДЛ між групами дітей 7-8 років із СДУГ та їхніми однолітками**

Групи	Статистичні показники	Вразливість	Тривожність	Упевненість	Гармонійність	Ворожість	Конфліктність	Товариськість	Депресивність
Гр.1	х	2,64	2,44	1,99	1,93	2,28	2,75	2,05	2,66
	σ	1,68	0,98	1,36	1,65	1,78	1,51	1,57	1,07
Гр.2	х	1,92	1,68	1,55	1,63	1,64	1,5	1,74	1,5
	σ	1,52	1,24	1,17	1,16	1,51	1,42	1,13	1,32
t		2,46*	2,74*	-	-	2,24*	2,92**	-	2,70*

Примітка. Тут і далі використані такі умовні позначки: 1. Гр.1 – діти із СДУГ, Гр.2.- діти з нормальним розвитком. 2. х – середнє арифметичне значення показника, σ – стандартне відхилення, t – значення t-критерія Стьюдента. 3. \* - відмінності статистично достовірні на рівні  $p < 0,05$ ; \*\* - відмінності статистично достовірні на рівні  $p < 0,01$ .

Проілюстровані графіком дані показують, що така різниця складає у середньому 1,72 балу за показником ставлення до себе, 1,67 балу за ставленням до інших і 1,31 балу за відношенням до школи.

Якщо звернутися до відомостей про статистичну достовірність цих відмінностей (табл.2), вони підтверджують, що вказані різниці досягають 5%-рівня статистичної значущості.

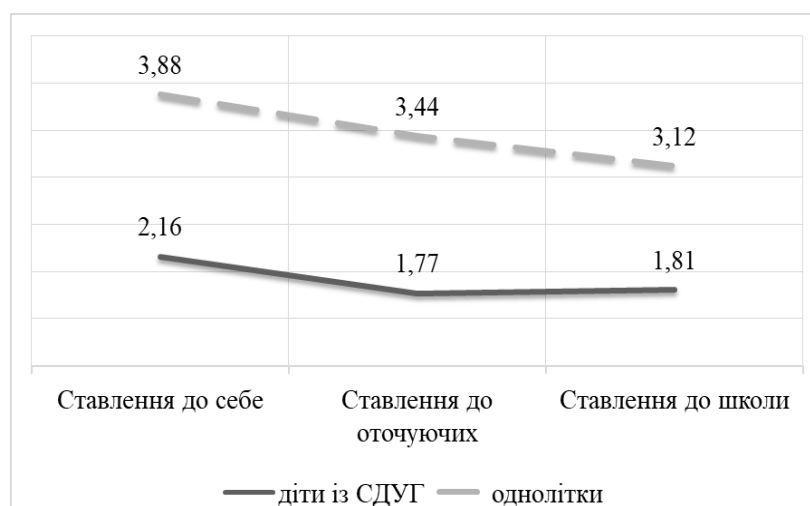


Рис.2. Середні значення показників тесту «Незакінчені речення» у дітей 7-8 років із СДУГ та їхніх однолітків.

Зважаючи на цей факт, схарактеризуємо дітей 7-8 років із СДУГ як таких, що мають нижчу самооцінку, відрізняються відчуженістю, схильністю приховувати свої почуття. Їм також властиві менш уважне ставлення до сім'ї, друзів, вчителя, певна байдужість до навчання.

Таблиця 2.

**Статистично достовірні відмінності за показниками тесту «Незакінчені речення» між групами дітей 7-8 років із СДУГ та їхніми однолітками**

Групи	Статистичні показники	Ставлення до себе	Ставлення до оточуючих	Ставлення до школи
Гр.1	х	2,16	1,77	1,81
	σ	1,35	0,86	0,76
Гр.2	х	3,88	3,44	3,12
	σ	1,23	1,03	1,19
t		2,46*	2,32*	2,18*

Отже, як показало проведене емпіричне дослідження, діти 7-8 років із СДУГ змішаного типу відрізняються від однолітків більшою вразливістю, тривожністю, пригніченістю та конфліктністю, нижчою самооцінкою, менш уважним ставленням до оточуючих та байдужістю до навчання.

Ці відмінності можна пояснити, якщо звернутися до досліджень (Шестопалова, 2015), в яких констатується, що адаптаційні труднощі дітей цієї категорії ускладнюються невмінням встановлювати контакти з людьми через недостатню емоційну виразність або, навпаки, надмірне емоційне реагування. Також серед перешкод називають проблеми зі сприйняттям та відтворенням соціальних норм, правил поведінки в школі. І, навіть, якщо це не так, імпульсивність, неконтрольовані емоції та поведінка перешкоджають нормальній соціальній взаємодії. Крім того, через неспроможність зосередитися та погану пристосовність до нових ситуацій, будь-які зміни в оточенні здатні спричинити стан напруженості, тривоги або пригнічення.



А отже, організована належним чином реабілітації таких дітей може допомогти їм впоратися з більшістю адаптаційних проблем та ефективніше використати особистісний адаптаційний ресурс.

Оскільки реабілітація розуміється (Дмітрієва, 2017) як комплексний підхід до відновлення фізичного, психічного та соціального функціонування людини, основною її метою є допомога людям порушеннями здоров'я підготуватися до повноцінного життя в суспільстві. Розуміючи порушення поведінки та емоцій дітей із СДУГ не як негативні риси дитини, а як певний стан, що потребує допомоги і корекції, заходи з реабілітації, передусім, мають спрямовуватися на поліпшення їхнього фізичного, психічного стану, покращення їх соціальної адаптації та якості життя.

Тому остаточно програма з реабілітації дітей із СДУГ має складатися з таких заходів: педагогічна корекція (індивідуальні заняття з викладачем з основних шкільних предметів з урахуванням індивідуальних особливостей усвідомлення та пам'яті); психологічна підтримка (індивідуальні консультації психолога для підтримки дитини та її рідних в складних життєвих ситуаціях та з питань розвитку соціальних навичок); фізична реабілітація (проведення комплексу вправ для покращення моторики та координації рухів); логопедична корекція (заняття з логопедом для корекції мовленнєвих порушень та розвитку комунікативних навичок); музикотерапія (сеанси для зниження рівня тривоги та підвищення настрою); релаксація (навчання дітей релаксаційним вправам для підвищення рівня самоконтролю та зменшення тривоги); арттерапія (малювання та ручної роботи для розвитку творчих здібностей та підвищення самооцінки); соціальна реабілітація (заняття зі спілкування з однолітками та розвитку соціальних навичок, таких як емпатія, співпраця та толерантність); рекреаційні заходи (спортивні та творчі конкурси, екскурсії та відвідування музеїв для підвищення настрою та розвитку інтересів дитини).

**Висновки.** 1. Визначено в результаті емпіричного дослідження, що діти 7-8 років, які мають розлади гіперактивності з дефіцитом уваги, відрізняються від однолітків значнішою уразливістю й утомлюваністю, нестійкістю настрою, підвищеною збудливістю. Вони частіше відчувають пригнічення, занепокоєння, тривогу, більш схильні виявляти негативне, неприязне ставлення до себе, до оточуючих та байдужість до навчання.

2. Теоретично обґрунтовано, що реабілітації цієї категорії дітей має спрямовуватися на поліпшення їхнього фізичного, психічного стану, покращення їх соціальної адаптації та якості життя. Показано, що реабілітаційний комплекс має складатися з заходів педагогічної корекції та логопедичної, психологічної підтримки, фізичної реабілітації, та містити заняття з музико- й арттерапії, розвитку соціальних навичок, релаксації, рекреаційних заходів та ін.

#### Література.

1. Боряк О., Одинченко Л. Молодші школярі з гіперактивним розладом із дефіцитом уваги в умовах сучасного інклюзивного простору. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2020. № 5–6. С.99–100. DOI: 10.24139/2312-5993/2020.05-06/012-023.
2. Гаменко В. Е., Саєнко Т. А. Теоретичний аналіз проблематики організації

корекційно-розвиткового супроводу дітей дошкільного віку з СДУГ. *Спеціальна освіта та соціальна інклюзія: виклики XXI століття : матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції* (25 листопада 2021 року, м. Запоріжжя). Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2021. С. 5-6. URL: [https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/39981/1/N\\_Kravchuk\\_O\\_Denysiuk\\_SOSI\\_IL\\_KSPSR.pdf](https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/39981/1/N_Kravchuk_O_Denysiuk_SOSI_IL_KSPSR.pdf) (дата звернення: 30.03.2023).

3. Годлевська В. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей молодшого шкільного віку: сутність, діагностика, корекція. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. Вип. 9. С. 73–78. DOI: 10.30970/PS.2021.9.10.

4. Давіденко М. В. Адаптація дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю до навчання у початковій школі. *Актуальні питання корекційної та інклюзивної освіти* / за ред. Ю.Д.Бойчука. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2020. С. 94-99. URL: <https://dspace.hnpu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/39d5a6f7-f427-428b-b472-362b28ad31b0/content> (дата звернення: 14.03.2023).

5. Дмитрієва О. І. Комплексний підхід до процесу реабілітації дітей з особливими освітніми потребами у сучасному навчальному закладі. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2017. Вип. 34. С. 10-15. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_019\\_2017\\_34\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2017_34_4) (дата звернення: 16.03.2023).

6. Князєв В. М. Особливості впровадження індивідуальної комплексної корекційної програми при психологічному супроводі дітей зі СДУГ молодшого шкільного віку. *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки*. 2021. № 2. С. 69-77. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2021-2-8.

7. Компанець Н. Особливості довільної поведінки у дітей із розладами гіперактивності з дефіцитом уваги. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2020. № 4. С. 7-16. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/727407/3/Kompanets%20Dovilna%20povedinka%20RGDU.pdf> (дата звернення: 29.03.2023).

8. Шестопалова Л. Ф., Бородавко О. О., Козявкіна Н. В., Гордієвич М. С. Особливості психічного розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, Вип. 4. С. 97-100. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2015\\_23\\_4\\_26](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_4_26) (дата звернення: 28.03.2023).

## **ВИНИКНЕННЯ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА ЇХ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ**

**Яворська А. С.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»*

*(м. Одеса, Україна)*

У науковій роботі розглядається як військові дії впливають на психічне здоров'я військовослужбовців. Ця тема є досить актуальною оскільки більшість українців захищають нашу державу та піддаються впливу стресових ситуацій.

Через 8-річні бойові військові дії в зоні ООС та повномасштабне вторгнення Російської Федерації населення щодня проживає стресові ситуації такі як втрата домівки та рідних, загроза життю та ін. Ці події негативно впливають на психічне здоров'я людей як на тих, хто знаходиться біля зони бойових дій, так і для тих, хто знаходиться в тилу. Найбільш вразливими для стресових подій є військовослужбовці. Участь у війні може носити в собі певні наслідки. У військовослужбовців виникають психічні розлади та порушення соціальної адаптації, що дисфункціонально впливають на сімейні відносини,

особливості поведінки у нормальному житті і можуть впливати на все подальше життя людини.

За даними Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України встановлено, що симптоми гострого стресового розладу виявляють у 60-80% військовослужбовців, які були безпосередньо у зоні активних бойових дій. Основні прояви алкоголізму та депресії виявляються у 30% військовослужбовців віком від 20-30 років. Симптоми посттравматичного стресового розладу виявляються у 12-25% військовослужбовців, які перенесли стресову ситуацію не звернувшись за психологічною допомогою через певні обставини. Такі розлади можуть розвинути інші життєві труднощі, наприклад, тривожні розлади, депресія, вживання психоактивних речовин і, в гіршому випадку, смерть внаслідок самогубства.

Методологічним піддрунтям для дослідження виступили роботи таких науковців як: Ващенко І.В., Герман. Д. Л., Гаврилець І.Г., Іванова О.С., Кокун О.М., Туриніна О. Л., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В.

**Мета дослідження** – дослідити процес виникнення гострого стресового розладу у військовослужбовців, виявити симптоматику та підібрати методи нейрореабілітації для адаптації до умов нормального життя.

Для дослідження теми використовувалися **такі методи**: аналіз, узагальнення, систематизація.

Термін «стрес» у фізіологію та психологію вперше ввів у 1932 році Вольтер Бредфорд Кеннон у своїх класичних роботах з універсальної реакції «боротись чи тікати». Наразі існує два найбільш поширених розуміння поняття “стресу”. Стрес як процес, що призводить до різних психічних порушень (реакцій). Ганс Сельє (автор теорії стресу) назвав цей процес як "загальний адаптаційний синдром". Стрес (процес стресу) - це глобальна відповідь організму на екстремальні впливи або на підвищене навантаження. В динаміці стресу виділяють три основні фази:

1. тривога, настороженість і первинне збудження у відповідь на стресор.
2. резистентність (приспосовання) - реакція адаптації організму до подразників.
3. виснаження - фаза неузгодженості в діяльності систем.

Після проживання стресу виникає таке поняття як «стресова ситуація» - це соціально-психологічна ситуація, яка містить підвищені вимоги до адаптаційних ресурсів людини, детермінує психічний стан і якість взаємодії системи «суб'єкт-ситуація». Компоненти стресової ситуації обумовлюють підвищення психічної напруженості та мобілізації адаптаційних ресурсів людини для подолання стресової ситуації.

Поняття «гострий стресовий розлад» використовується для позначення психічного розладу та неврозу, який виникає внаслідок однієї або декількох стресових подій. У військовослужбовців поштовхом для його виникнення є низка факторів: відчуття загрози для життя (страх смерті, болю), психоемоційний стрес - загибель побратимів, відсутність сну, харчування, постійні обстріли та руйнування. Під час стресової події військовий відчуває

страх та втрату самоконтролю. Особливістю виникнення такого розладу є часовий проміжок – 72 години з моменту переживання стресової події. Найбільший ризик такого розладу у тому, що тривале перебування в гострому стресовому стані сприяє розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який може проявлятися навіть через 5, 10, 15 років після психотравми.

Основні ознаки ГСР у військовослужбовців:

1. повторне переживання - нав'язливі спогади про травмуючу подію, нічні кошмари, психологічні страждання, соматичні реакції(пітливість, паніка, прискорене серцебиття при нагадування);

2. надмірне збудження - безсоння, дратівливість, проблеми з концентрацією уваги, надмірна настороженість;

3. емоційне заціпеніння - уникання місць, думок, почуттів, що пов'язані з цією подією, обмежені емоції, почуття відстороненості;

4. дисоціативні симптоми - відчуження, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія.

При підозрі на виникнення ГСР військовослужбовці мають бути забезпечені психотерапевтичним та психокорекційним втручанням фахівців. При діагностуванні ГСР важливу увагу приділяють на попередній діагноз, оцінку симптомів, ресурси особистості та визначенню мішеней для психотерапії/психокорекції. Психотерапевти рекомендують такі базові методи реабілітації військовослужбовців:

1. Психосвіта;

2. Травмофокусована КПТ (проводиться індивідуально тривалістю 5-10 сеансів);

3. ДПРО (активація адаптивної інформаційно-переробної системи людини);

4. Сімейна психотерапія (із залученням родини постраждалого).

Військові дії негативно впливають на психічне здоров'я військовослужбовців, провокують певні розлади психіки, що призводять до дезадаптації в суспільстві. За даними міністерства оборони України встановлено, що більше половини військовослужбовців страждають на ГСР (який з часом переростає у ПТСР), що погіршує рівень життя військовослужбовця, створює дисфункціональні стосунки в родині та ін. Проаналізувавши наукову літературу виявлено процес виникнення гострого стресового розладу, розглянуто симптоматику та методи психокорекції/психотерапії. Тому для психологів наразі важливо інтенсивно проводити з військовослужбовцями реабілітаційну, корекційну роботу для швидкого відновлення та адаптації до нормального життя.

#### Література:

1. Дженніфер Уайлд (2022). «Україна: ПТСР може бути великою проблемою після війни, але, на щастя, наука може допомогти» URL: <https://theconversation.com/ukraine-ptsd-may-be-a-huge-problem-after-the-war-but-thankfully-science-can-help-179691>

2. Джудіт Льюїс Герман. Психологічна травма та шлях до видужання (Trauma and recovery). К.: Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.

3. Іванова О.С. Особливості взаємозв'язку проявів стресів і психічних станів. Психологія особистості. К., 2021. С. 87-92.

4. Кириленко Т.С. Психологічні проблеми переживань травмуючих ситуацій. Матеріали конференції «Психологія життєвої кризи особистості». *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2000. Вип.4 (7).

5. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.

## **РЕАБІЛІТАЦІЯ СИНДРОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

**Білик Д.С., Мельничук І.В., Павлова І.Г.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Війна може мати серйозний вплив на людей, які живуть в зонах конфлікту. Синдром посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є одним з наслідків воєнного конфлікту, і він може впливати на студентів-першокурсників, які пережили воєнні дії.

Треба зазначити, що реабілітація студентів-першокурсників з ПТСР потребує інтегрованого підходу, щоб забезпечити повне і швидке відновлення фізичного та психологічного здоров'я. Цей підхід має включати фармакологічну, психологічну та соціальну підтримку [3].

Фармакологічна підтримка полягає у використанні лікарських засобів для зменшення симптомів ПТСР, таких як тривога, депресія та болі. Лікарі мають розуміти, що необхідно вибирати ліки з мінімальними побічними ефектами, оскільки студенти-першокурсники можуть бути більш чутливі до побічних ефектів ліків.

Психологічна підтримка є однією з ключових складових реабілітації студентів-першокурсників з ПТСР. Ця підтримка може включати індивідуальні консультації з психологом, психотерапію та підтримку групової терапії. Індивідуальні консультації з психологом можуть допомогти студентам розібратися зі своїми емоційними переживаннями та навчитися ефективно впоратися зі стресом. Психотерапія може допомогти у покращенні настрою та самопочуття студентів. Групова терапія може бути корисною для побудови спільності між студентами, які пережили подібні травматичні події, і допомогти їм відчувати підтримку одне від одного [3, 7].

Слід зазначити, що соціальна підтримка також є важливою складовою реабілітації студентів-першокурсників з ПТСР. Соціальна підтримка може включати підтримку родини, друзів, співробітників та вчителів. Крім того, існують спеціальні організації, які надають підтримку людям, які пережили травматичні події, такі як війни [2, 6].

Навчальні заклади повинні забезпечити психологічну підтримку для студентів-першокурсників, які пережили воєнні дії. Це може включати надання психологічних консультацій, організацію групової терапії та навчання психологічним стратегіям, які можуть допомогти студентам впоратися зі стресом і побудувати міцні відносини зі своїми однокурсниками [4, 5].

Узагалі, реабілітація студентів-першокурсників з ПТСР вимагає комплексного підходу та залучення фахівців з різних галузей. Цей підхід має

включати фармакологічну, психологічну та соціальну підтримку, щоб забезпечити повне і швидке відновлення фізичного та психологічного здоров'я студентів. Тільки за умови такого інтегрованого підходу студенти-першокурсники з ПТСР зможуть успішно повернутися до навчання та досягнути своїх академічних та особистісних цілей.

Поміж інших способів реабілітації студентів-першокурсників з ПТСР є використання технік релаксації, таких як медитація, йога та дихальні вправи. Ці техніки можуть допомогти студентам заспокоїтися і знизити рівень стресу. Крім того, фізична активність також може бути корисною, оскільки вона допомагає зменшити тривожність і депресію, покращує настрій і загальний стан здоров'я [9, 10].

Важливо зазначити, що реабілітація студентів-першокурсників з ПТСР повинна бути індивідуалізованою, тобто підходити до кожного студента з урахуванням його особливостей та потреб. Кожен студент може мати свої власні переживання, досвід травми та побажання щодо реабілітації. Тому важливо, щоб спеціалісти, які працюють зі студентами-першокурсниками з ПТСР, були готові до індивідуального підходу до кожного студента та розуміли, що що працює для одного студента, не обов'язково підійде для іншого [1, 12].

Узагалі, студенти-першокурсники, які пережили травматичні події, потребують підтримки та розуміння з боку своїх однокурсників, викладачів та адміністрації. Вони повинні мати можливість отримати якісну медичну та психологічну допомогу, яка допоможе їм відновитися та повернутися до нормального життя та навчання. Тільки за умови такого підходу студенти-першокурсники з ПТСР зможуть відчувати підтримку та знайти мотивацію для продовження навчання та досягнення своїх академічних цілей. Крім того, університети можуть забезпечити своїм студентам-першокурсникам з ПТСР додаткову підтримку, наприклад, створення груп підтримки, які дозволять студентам ділитися своїм досвідом та знайомитися з іншими людьми, які пережили схожі травматичні ситуації [4,8]

Усі ці заходи допоможуть студентам-першокурсникам з ПТСР відчувати, що їхні потреби та проблеми розуміються та їх підтримують. Відновлення після травми є довгим процесом, але з правильною підтримкою та розумінням цей процес може бути успішним.

Узагалі, важливо пам'ятати, що ПТСР може виникати у будь-якого з нас після травматичного досвіду, тому повинна бути доступна підтримка для всіх, хто її потребує. Навчальні заклади мають відігравати важливу роль у забезпеченні такої підтримки та допомозі студентам-першокурсникам з ПТСР відновитися та продовжувати навчання з повним потенціалом.

Крім того, окрім медичних та психологічних служб, університети можуть співпрацювати з місцевими організаціями та іншими установами, які займаються проблемами ветеранів, щоб забезпечити студентам з ПТСР доступ до додаткових ресурсів. Це може включати підтримку у пошуку роботи або участі в програмах соціальної адаптації [6, 10].

Нарешті, важливо зазначити, що необхідно зрозуміти, що не всі студенти з ПТСР будуть шукати допомогу, тому важливо, щоб університети були особливо уважними до знаків можливих проблем та приймали відповідні заходи для допомоги студентам.

Важливо, щоб навчальні заклади відігравали активну роль у забезпеченні студентів-першокурсників з ПТСР необхідною підтримкою та допомогою. ПТСР може бути важкою та складною проблемою, але з правильним підходом та підтримкою, студенти-першокурсники можуть продовжувати своє навчання та досягати своїх цілей.

Отже, реабілітація студентів-першокурсників з синдромом посттравматичного стресового розладу в умовах війни є важливим завданням, яке вимагає інтегрованого підходу та співпраці між медичними, психологічними та освітніми установами. Навчальні заклади можуть забезпечити необхідну підтримку та допомогу студентам, що стикаються з цією проблемою, через забезпечення доступу до психологічної підтримки, навчання стратегій регулювання емоцій та академічної підтримки. Знання та уважність до знаків можливих проблем також допоможуть забезпечити ранню діагностику та підтримку для студентів, що потребують допомоги. Забезпечення підтримки студентам з ПТСР може допомогти їм продовжувати своє навчання та досягати своїх цілей, незважаючи на складності, пов'язані зі станом [8].

Дослідження ПТСР мають важливе значення для розробки стратегій профілактики. Розуміючи фактори, які сприяють розвитку ПТСР, можна розробити стратегії профілактики, які допоможуть знизити рівень захворюваності на ПТСР.

Таким чином, важливість досліджень ПТСР полягає у його впливі на здоров'я та якість життя людей, необхідності ефективного лікування та профілактики ПТСР, а також у зростаючій потребі розвитку психологічної підтримки для людей з цим розладом [10].

Мета роботи полягає у дослідженні та реабілітації синдрому ПТСР у студентів в умовах війни. Об'єктом дослідження виділено синдром посттравматичного стресового розладу. Предметом дослідження є психологічні особливості реабілітації синдрому посттравматичного стресового розладу у студентів-першокурсників.

Головною задачею дослідження є вивчення поняття синдром посттравматичного стресового розладу та дослідження підходів до лікування та реабілітації синдрому посттравматичного стресового розладу.

#### **Література**

1. Johnson, A. L. (2018). The impact of trauma on college students: An integrative review of literature. *Journal of College Student Psychotherapy*, 191-206.
2. Li, X., Li, D., & Newman, E. (2019). Resilience and posttraumatic growth in college students with trauma exposure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 747-758.
3. Білоус О. Посттравматичний стресовий розлад: діагностика та лікування. Київ: НАН України, 2015. 152 с.
4. Бондарчук О. Діяльність шкільних психологів у формуванні духовної культури особистості: монографія. К.: Академвидав, 2016. 292 с.

5. Головка В.І. Організаційно-педагогічні умови розвитку соціальної відповідальності студентів технічних ВНЗ: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. К., 2017. 20 с.
6. Данилко Т. Особистісна готовність до професійної діяльності майбутніх соціальних працівників: монографія. Чернівці: Чернівецький національний університет імені Ю. Федьковича, 2018. 240 с.
7. Денисенко М. Реабілітація студентів з посттравматичним стресовим розладом: психологічний аспект. Київ: Видавничий дім "КМ-Букс", 2017. 192 с.
8. Кравченко О.І. Психологічні умови емоційного вигорання у практиці соціальної роботи зі сім'єю: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. К., 2019. 20 с.
9. Ліщук О. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: діагностика та лікування. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2018. 142 с.
10. Марущак М. Реабілітація студентів-волонтерів з посттравматичним стресовим розладом. *Вісник Чернівецького університету*. Серія: Педагогіка і психологія. 2019. № 1(84). С. 179-185.

## **ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ**

**Головашов Ю.С.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Тривожні розлади – це поширена група психічних розладів, що значно впливає на якість здоров'я та життя людини. Обставини пов'язані з військовим станом підвищили рівень загальної тривожності людей та загострили потребу в реабілітації тривожних розладів.

Згідно МКБ 10 тривожні розлади характеризують як соматичні, стресові та невротичні порушення різних типів – фобічні тривожні (F 40), панічні (F 41.0), генералізований тривожний розлад (F 41.1), obsесивно-компульсивні розлади (F 42), посттравматичний стресовий розлад - ПТСР (F 43.1) та інші [2].

Дослідженням тривожності займалися такі вітчизняні та зарубіжні вчені – З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, Е. Еріксон, Е. Фромм, Ч. Спілберг, Дж. Тейлор, Г.С. Салліван, Г. Джеффрі, Є. М. Калюжна, О.О. Халік, С. О. Ставицька, М. М. Козяр та ін.

Під час аналізу досліджень пов'язаних з реабілітацією та корекції тривожних розладів було виявлено низьку актуальних проблем: конкуренція психосоматичного та соматопсихічного – підходів у корекції; потреба в формуванні комплексного підходу реабілітації, яка буде включати психічний та фізіологічний аспект роботи; розширення психотерапевтичних підходів у реабілітації; відокремлювання тривоги як емоційного стану та тривоги як розладу.

Вирішення цих проблем ми вбачаємо у формуванні комплексної психофізіологічної програми реабілітації, яка буде включати в себе інтегровані підходи: психосоматичний, соматопсихічний, психотерапевтичний, фізичної терапії та інші. На разі, ці проблеми у світовій практиці розв'язуються завдяки залучення фахівців різних напрямків для роботи у команді: психотерапевти, психологи, лікарі – невролог, психіатр, фізичні терапевти та інші. Комплексна психофізична програма може застосовуватися одним фахівцем – наприклад,



психотерапевт чи декількома фахівцями – нейропсихолог, фізичний терапевт, лікар реабілітаційної медицини та інші.

Частина фахівців під час реабілітації впливають на психологічний стан – клінічний психолог, психотерапевт, а інша частина впливає на соматичний стан та фізичні процеси – фізичний терапевт або лікар. Застосування комплексної психофізичної програми дозволить інтегрувати і зв'язати у реабілітаційній програмі психосоматичний та соматопсихічний підходи.

Аналізуючи методи впливу на психосоматику та соматопсихіку, ми прийшли до висновку, що застосування методів йоги та йога-терапії у реабілітації можуть складати основу такої психофізіологічної програми.

Мета дослідження: дослідити можливість застосування технік йоги та йога-терапії у психофізіологічній реабілітації та психотерапії тривожних розладів.

Аналізуючи питання тривожності слід виокремити визначення тривоги, як емоційного стану та тривожності, як розладу.

Тривога – є життєво необхідним механізмом захисту людини у її повсякденному житті. Вона допомагає вижити та захиститись в разі потреби.

Ч. Спілберг визначає тривогу, як емоційний стан чи реакцію, що характеризується: різною інтенсивністю, мінливістю у часі, існуванням усвідомлюваних неприємних переживань – напруги, стурбованості, занепокоєння, побоювання, що супроводжуються вираженою активацією вегетативної нервової системи [3].

На відміну від тривоги – тривожний розлад характеризується не лише тимчасовим занепокоєнням. У людини з тривожним розладом – тривога має постійний, сталий характер та може посилюватись. Симптоми тривожного розладу мають значний вплив на різні сфери людського життя – роботу, стосунки, стан здоров'я тощо.

Із визначення генералізованого тривожного розладу ми бачимо, що це стан, який має хронічний характер і супроводжується, нерідко беззмістовним, почуттям внутрішньої напруги та вегетативними симптомами, інтенсивність яких менша, ніж за панічного розладу. Хворі відчувають внутрішню дрож, вони є полохливими, у всіх справах передбачають найгірший результат. Пацієнти є нетерплячими, дратівливими, суєтними [6, с. 259].

Тривожні розлади можуть супроводжуватися різноманітними вегетативними та соматичними проявами – тахікардія, нудота, підвищена пітливість, задуха, підвищення артеріального тиску, оніміння.

Сучасна концепція етіології тривожних розладів включає взаємодію психосоціальних чинників, негараздів у дитинстві, стресів, травм, генетичної схильності, що маніфестують у вигляді нейробіологічних та нейропсихологічних дисфункцій. Серед чинників, що є потенційними біомаркерами тривожних розладів, виділяють генетичні, нейровізуалізаційні, нейрохімічні, нейрофізіологічні, нейрокогнітивні [1].

Вірогідність розвитку тривожних розладів приблизно в два рази вище в жінок в порівнянні з чоловіками. Один із генів, що тісно пов'язаний із

симптомами тривоги у дослідженні GWAS 2020 – є рецептор естрогену ESR1 [1].

Під психофізіологічною реабілітацією варто розуміти систему медико-психологічних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення функціонального стану організму, нормалізацію емоційної, моральної і мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації і професійно важливих якостей потерпілих (реконвалесцентів), що забезпечують професійну працездатність [4].

Психофізіологічна реабілітація представляє поєднання методів фізіологічного та психологічного впливу з метою ефективного відновлення та компенсації порушених функцій організму.

Вона здійснюється на основі таких принципів: професійність – здійснюється компетентним фахівцями, *обґрунтованість* – набір оптимальних методів реабілітації, індивідуальність – формування індивідуального підходу під час формуванні програми, безперервність та оптимальна тривалість – передбачає те, що заходи реабілітації потрібно реалізовувати без перерв, а тривалість визначається ходом самого реабілітаційного процесу та досягненням цілей реабілітаційних заходів. Основними задачами психофізіологічної реабілітації є: оцінка психофізіологічного стану – здійснюється завдяки тестам, бесіді, опитувальникам, збору анамнезу, аналізу результатів діагностичних досліджень та висновків лікарів, фахівців з реабілітації, формування реабілітаційної програми яка повинна включати оптимальний набір заходів та методів, здійснення методів корекції за наступним аналізом.

Психосоматичний підхід в реабілітації тривожних розладів – це таким підхід, який враховує психологічні, психічні, емоційні, ментальні чинники в розвитку розладу.

Соматичний підхід в реабілітації – це підхід, який пов'язаний з тілом, тілесними процесами, тілесною терапією.

Йогатерапія – складає комплекс методів та технік саморегуляції, відновлення, оздоровлення, терапії, що здійснюється завдяки комплексному впливу на основні регулятивні системи організму в цілому – імунну, нервову, гуморальну.

Такими чином, йогатерапія може поєднувати в реабілітації – тілесну (соматичну) та психологічну, психотерапевтичну практику в єдиному комплексі психофізіологічної реабілітації.

Доведено, що техніки йоги знижують рівень стресу та кортизолу в організмі людини, впливають на вегетативні процеси, гуморальну систему, обмін речовин та інші процеси саморегуляції організму [5].

Комплексна програма реабілітації з застосуванням технік йогатерапії може включати наступні елементи: аналітична та інші види медитації (альтернатива чи доповнення когнітивної терапії), йога нидра, шавасана (практики релаксації), дихальні вправи – регуляція роботи симпатичної та парасимпатичної нервової системи, техніки на роботу з балансування міжпівкульової взаємодії, техніки на роботу з увагою, терапевтична бесіда.

На нашу думку реабілітації тривожних розладів повинна бути пов'язана з відновлення балансу роботи симпатичної та парасимпатичної нервової системи. Тривожні розлади відбуваються на фоні перенапруги симпатичного відділу нервової системи.

Завдяки технікам йогатерапії можна окремо впливати на симпатичний та парасимпатичний відділи нервової системи та здійснювати механізми запуску саморегуляції цих систем. Техніки та методи йоги можна адаптувати під індивідуальну та групову програму у вигляді тренінгів, бесід, сесій, сеансів.

Йогатерапевтичну програму можна базувати на таких засадах: індивідуальний підхід, системність, адаптації до здійснення відповідних задач.

Окремі елементи йогатерапії, такі як аналітична медитація можуть вирішувати питання психосоматичної корекції розладів, а елементи релаксації та дихання можуть впливати на вегетативні процеси нервової системи.

Висновки. Аналізуючи дані ми прийшли висновку, що тривожні розлади це такий вид розладів, що потребують комплексного психофізіологічного підходу та корекції. Йогатерапія, на нашу думку, може мати комплексний психофізіологічний вплив на організм людини та застосовуватися самостійно чи в комплексі з іншими програмами реабілітації одним чи декількома фахівцями.

Засади йогатерапії та психофізіологічної корекції тісно пов'язані між собою і можуть відображати головні цілі реабілітації під час здійснення корекційних програм. Йогатерапія може розглядатися як система саморегуляції медичного та немедичного характеру залежно від того які завдання ставляться під час реабілітації.

Під час загального розвитку системи реабілітації в Україні, ми вбачаємо актуальну потребу подальшого вивчення, дослідження та впровадження адаптованих технік, методів йоги, йогатерапії у комплексній програмі реабілітації.

#### Література

1. Копчак О.О. Сучасні уявлення про патогенез і лікування тривожних розладів. Міжнародний неврологічний журнал. № 2 (96). 2018. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/45907>
2. МКХ – 10. Клас V. URL: <https://medical-club.net/uk/information/mkb-10-klass-v-psihicheskie-rasstrojstva-i-rasstrojstva-povedeniya/>
3. Снілберг Ч.Д. Концептуальні та методологічні проблеми. СПб.: Пер Сз, 2008. URL: <https://www.studentlibrary.ru/ru/doc/ISBN9785929201677-SCN0008.html>
4. Філіппов М.М. Психофізіологія людини. К.: МАУП, 2003. 136 с.
5. Фролов. А. Йогатерапія. Хатха-йога як метод реабілітації. 2022. URL: <https://flibusta.su/book/17603-yogaterapiya-prakticheskoe-rukovodstvo/read>
6. Шкуренко. Д.А. Загальна та медична психологія. Феникс. 2002. 352 с.

## НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ

**Мельничук І.В., Павлова І.Г., Сидоренко К.В.**

*Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

**Актуальність.** Порушення пам'яті є однією з найбільш поширених неврологічних проблем серед населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, більше 35 мільйонів людей на світі страждають від різних форм порушень пам'яті, включаючи амнезію, когнітивну дисфункцію, деменцію та інші. Разом зі зростанням середнього віку населення, кількість випадків порушень пам'яті збільшується.

**Мета дослідження** полягала у розкритті нейропсихологічних особливостей порушень пам'яті та їх реабілітації. Основним завданням дослідження є вивчення впливу різних факторів на порушення пам'яті та розробка ефективних методів реабілітації.

Треба зазначити, що пам'ять це здатність засвоювати, зберігати та багаторазово відтворювати інформацію, отриману від органів чуття [1]. Слід зазначити, що пам'ять посідає суттєве місце у вивченні когнітивних функцій, таких, як сприйняття, праксис, мовлення, увагою, соціальним інтелектом та їх порушень та є невід'ємною від них. Тому при дослідженні порушень пам'яті слід звертати увагу й на інші когнітивні діяння психіки людини, для чіткого та контекстного визначення дисфункцій.

Для більш точного розуміння процесів та порушень пам'яті, слід визначити її видову класифікацію. Зазначимо, що пам'ять буває короткочасна та довготривала [5].

Короткочасна (оперативна, робоча) пам'ять являє собою обмежений за обсягом буфер пам'яті, в якому поміщена інформація, необхідна для поточної діяльності [5]. Зазвичай в оперативній пам'яті інформація зберігається від кількох секунд до кількох хвилин, але це може бути і більш тривалий час за умови уявного повторення цієї інформації.

Треба зазначити, що довготривалу пам'ять уподібнюють до бібліотечного каталогу або системи посилань, за якою потрібну для поточної діяльності інформацію можна знову витягти і повернути в короткочасний буфер пам'яті [6]. Довготривала пам'ять характеризується необмеженим обсягом і невизначено довгим терміном зберігання інформації. Довготривала пам'ять своєю чергою поділяється на кілька підвидів: епізодичну, семантичну та процедурну [10].

Разом з тим, епізодична (автобіографічна) довготривала пам'ять - пам'ять про події, які відбулися з індивідумом протягом його життя або свідком яких він став [5]. Наприклад, інформація про те, як минув учорашній день, включно з пам'яттю про те, що говорилося по телевізору або що чув від інших людей, становить індивідуальний зміст епізодичної пам'яті.

Семантична пам'ять - набір загальних уявлень і знань про світ, його явища та закономірності [7, 9]. Наприклад, інформація про те, що сонце встає на сході, а заходить на заході або людина вдихає кисень, а видихає вуглекислий газ, є вмістом семантичної підсистеми довготривалої пам'яті. пам'яті.

Процедурна пам'ять відповідає за засвоєння, збереження й автоматизацію моторних, перцептивних і когнітивних навичок діяльності.

Якщо звернутися до порушень пам'яті, то слід зазначити їх типологію.

1. Порушення за гіпокамповим типом, що спостерігаються при локальних ушкодженнях структур гіпокампового кола, рідше - за інших нейродегенеративних захворюваннях у разі зацікавленості гіпокампа або функціонально пов'язаних з ним церебральних структур [10].

2. Неспецифічна забудькуватість (недостатність відтворення, підкірково-лобний, нейродинамічно-регуляторний тип порушень пам'яті) супроводжує дуже широке коло захворювань головного мозку і вторинних церебральних дисфункцій.

3. Третім поширеним у клінічній практиці типом мнестичних порушень є минуці розлади запам'ятовування. У переважній більшості випадків вони пов'язані зі зниженням рівня неспання або зміною свідомості.

Зауважимо, що нейропсихологічні особливості цих порушень є складними і потребують більш детального вивчення. Важливо досліджувати механізми, які лежать в основі порушень пам'яті, та визначити найбільш ефективні методи їх діагностики та реабілітації. Серед механізмів пам'яті можна виділити:

- запам'ятовування (фіксація та закріплення нової інформації)
- збереження (утримання та зберігання інформації)
- відтворення (відбудова раніше закріпленої у мозку інформації)
- забування (покидання раніше отриманої інформації)

Зазначимо, що нейропсихологічна реабілітація є важливою галуззю досліджень у зв'язку зі зростанням кількості хворих на порушення пам'яті, які викликають серйозні проблеми у повсякденному житті людей. Вона має на меті відновлення когнітивної функції або її стимуляції задля попередження дементивних порушень та зниження пам'яті в цілому. Слід зазначити, що реабілітація може бути як лікарською так і когнітивно-стимуляційно. При зверненні до другого типу можна сказати, що вона полягає у відновленні функцій пам'яті та інших когнітивних функцій через спеціально розроблені тренування та інші методи (активні інтелектуальні навантаження, фізична активність та психотерапевтичні стимуляційні дії) [8, 10].

Можна зазначити такі підходи до збереження пам'яті. Перш за все це когнітивна стимуляція, така як розгадуванням кросвордів, вирішенням математичних задач, вивчення віршів та пісень тощо.

По-друге, це асоціативне запам'ятовування та відтворення інформації, наприклад, розгадування та зіставлення картинок за асоціаціями.

По-третє, це використання компенсаторних можливостей організму, наприклад використання записних інструкцій щодо повсякденних дій, задля більш легкого розуміння рутинних дій.

Потрібно наголосити, що реабілітаційні заходи важливі для запобігання подальшого розвитку когнітивних порушень в цілому. Особливо це стосується людей похилого віку, які найбільш вразливі до даних розладів. Через забування, похила людина може наразити себе на небезпечну подію.

До реабілітаційних заходів треба віднести фізичну активність, що має суттєвий вплив на стимуляцію когнітивних функцій організму. Так, людям 65 років і старше рекомендуються:

- фізична активність середньої інтенсивності не менше 150 хв на тиждень, або виконання
- вправ з аеробіки високої інтенсивності не менше 75 хв на тиждень, або еквівалентний обсяг фізичної активності середньої та високої інтенсивності;
- вправи з аеробіки серіями тривалістю не менше 10 хв [5].

Необхідно підкреслити, що не всі пацієнти, що мають розлади пам'яті, мають змогу використовувати фізичні навантаження для реабілітаційних заходів, через тяжкі соматичні патології. Для них реабілітація спрямовується іншим чином: базова вібраційна терапія, що має на меті активну м'язову стимуляцію, або електричну стимуляцію скелетних м'язів.

Виділимо, що при реабілітаційних заходах важливим фактором мотивації є підтримка близьких та рідних, лікарів, соціальних працівників тощо. При інтенсивній підтримці можливе покращення когнітивних функцій пацієнта.

Отже, дослідження нейропсихологічних особливостей порушень пам'яті та їх реабілітації є важливим для розвитку науки та практики нейропсихології, а також може мати практичну значимість у подальшому вивченні даної проблеми. Потрібно наголосити, що реабілітаційні заходи важливі для запобігання подальшого розвитку когнітивних порушень в цілому. Особливо це стосується людей похилого віку, які найбільш вразливі до даних розладів. Через забування, похила людина може наразити себе на небезпечну подію.

#### Література

1. Wilson, B. A., & Moffat, N. (2017). *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook*. Routledge.
2. Zakharov V.V. Memory types and clinical syndromes of amnesic disorders. *Behavioral Neurology*. 2022; (1): 18–26.
3. Журба М. В. Роль кортикальних гормонів у відновленні пам'яті при її порушеннях. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка*. Серія: Психологія. 2016. № 4 (55). С. 95-101.
4. Журба М. В., Гуль О. М. Особливості психічного стану та реабілітація пацієнтів з поєднаним ураженням мозку та опорно-рухового апарату. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка*. Серія: Психологія. 2017. Том 2 (67). С. 43-48.
5. Козак Л. Реабілітація хворих з пошкодженням мозку внаслідок черепно-мозкової травми та інсульту. *Медична реабілітація*. 2013. № 1. С. 46-50.
6. Костюк М. М., Паньків Ю. В., Джума О. П. Технології відновлення функцій мозку у пацієнтів з пошкодженням головного мозку. *Медична реабілітація*. 2013. № 3. С. 47-52.
7. Паньків Ю. В. Функціональна діагностика та корекція психічних розладів при травмах та захворюваннях головного мозку. *Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету*. Серія: Психологія, педагогіка, соціальна робота. 2013. Вип. 23. С. 49-53.
8. Загоруйко М.В. Нейропсихологічні особливості порушень пам'яті у пацієнтів з деменцією та їх корекція : автореф. дис., Київ, 2016. 22 с. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/amnu\\_2016\\_4\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/amnu_2016_4_4).
9. Євтух М.В., Малюга Н.О. Особливості прояву дефіциту робочої пам'яті при церебральному інсульті *НейроNews*. 2015. № 1. С. 34-37.
10. Коваленко М.В. Нейропластичність і реабілітація: взаємозв'язок і можливості застосування в медичній практиці *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2016. Т. 20. №1(1). С. 41-45.

# НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАСОБИ ЇХ УСУНЕННЯ

Ушакова І.О.

*Державний заклад «Південноукраїнський національний  
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»  
(м. Одеса, Україна)*

Мовлення являє собою дуже складну психічну діяльність, що поділяється на різні види і форми. У завдання нейропсихології входить дослідження різних форм патології мовлення, що виникають при локальних ураженнях мозку. Жодна форма психічної діяльності не формується і не реалізується без прямої або непрямої участі мовлення [2, с. 48].

Засновник нейропсихології та автор моделі трьох основних блоків мозку А.Р. Лурія розвивав уявлення про цілісний характер діяльності мозку при здійсненні психічних процесів.

Мозок ділиться на 3 функціональних блоки:

**1 блок** - енергетичний (стовбур мозку і підкірці), найбільш древній. Він формується ще внутрішньоутробно. Це акумулятор нашої поведінки. При недорозвиненні або пошкодженні цього блоку дитина слабка, швидко стомлюється.

**2 блок** - це наше зорове, слухове сприйняття, тактильні відчуття, просторове сприйняття. При відставанні цього блоку у дитини погано розвивається мова, предметне сприйняття ( гострота зору), просторове сприйняття.

**3 блок** - це увага, розуміння інструкції, утримання завдання, контроль за діяльністю, оцінка результатів. Цей блок дозріває дуже пізно до 18-21 року (у деяких він зовсім не дозріває!). Добре знайоме слово "виховання" як раз відноситься до цього блоку мозку [1, с. 203].

Комплекси вправ, які орієнтовані на оптимізацію 1-го функціонального блоку мозку, можуть включатись в організаційний момент заняття або підготовчу частину уроку. Мішень корекції – підкоркові і стовбурові утворення головного мозку. Для здійснення корекційного впливу мають використовуватися: дихальні вправи, масаж, самомасаж (волосистої частини голови, пальців рук і вухних раковин, носика) окорухові вправи.

Комплекси вправ, які орієнтовані на оптимізацію 2-го функціонального блоку мозку, можуть використовуватися протягом всього заняття. Вони впливають на аналізаторну систему, дозволяють розвивати соматогнозис, тактильний, зоровий та слуховий гнозис, просторові уявлення та мовлення.

Вправи та ігри:

- «Впізнай аромат»
- «Чарівний мішечок»
- «Впізнай звук»
- «Мелодія голосу»
- «Знайди скарб» (у крупі, піску...)
- «Обведи фігуру» (за крапками)

- «Домалюй деталі»
- «Поза».

**Нейропсихологічні вправи для активізації роботи 3 функціонального блоку мозку.** Всі завдання мають мати чіткі правила, алгоритм виконання та способи оцінювання. Формується у декілька етапів:

- сумісне виконання завдання («Роби як хочеш»);
- вербальний контроль, чіткі інструкції до виконання («Роби точно так»);
- вербальний контроль дитиною («Підкинь м'яч догори»);
- проговорювання про себе, автоматизація дій.

У наші дні нейропсихологія широко впроваджується в систему шкільної освіти. Це обумовлено низкою об'єктивних причин: збільшена кількість невстигаючих дітей, підвищені вимоги до готовності навчання дитини в школі, збільшується темп діяльності школяра, а також загальні для популяції зниження фізичного і психічного здоров'я дітей.

Дитина з нормальним слухом, зором і інтелектом може писати неграмотно через незрілість деяких відділів мозку, що відповідають за рухові функції рук, мовну увагу, зорово-просторову орієнтацію.

Сьогодні логопеди користуються двома основними класифікаціями мовленнєвих порушень у пацієнтів:

1. **Клініко-педагогічна класифікація.** Тут застосовується деталізація порушень. При цьому фахівець використовує перехід від загального до конкретного. В основі цієї класифікації знаходяться етіопатогенетичні критерії, поєднані із психолого-лінгвістичними. У клініко-педагогічній класифікації мовленнєвих порушень виділяють кілька різновидів патології. Сюди прийнято відносити порушення вимови чи письма.

2. **Психолого-педагогічна класифікація.** Тут, навпаки, порушення групуються від часткового до загального. При цьому враховується сукупність різних психологічних та лінгвістичних критеріїв. Ця класифікація виділяє прояви розладу у різних варіаціях неправильного розвитку. Відповідно до психолого-педагогічної класифікації, будь-які мовленнєві розлади поділяються на зміну засобів спілкування та порушення у використанні засобів комунікації.

Види порушення усного мовлення

1. **Дисфонія.** Це патологія, при якій мовлення повністю відсутнє або є сильно порушено через незворотні зміни у будові або функціонуванні голосового апарату. У цьому випадку голос може бути відсутнім або змінюється його тембр, сила та інші параметри. Порушення пов'язані з органічним чи функціональним ураженням голосового апарату. Вони можуть з'явитися у людини у віці.

2. **Брадилалія.** Це уповільнення вимови патологічного характеру. Розвивається воно у ситуації, коли процес гальмування більш виражений, ніж збудження. У пацієнта мовлення стає занадто сповільненим та нечітким, він розтягує слова при вимові.



3. **Тахілалія.** Дане порушення, навпаки, пов'язане із патологічним прискоренням мови. При цьому граматична, фонетична та лексична сторони залишаються незмінними. Якщо людина часто робить паузи чи затримки, патологію називають полтерном.

4. **Заїкання (логоневроз).** Це патологія, при якій відбувається порушення ритму і темпу мовлення через судомне скорочення м'язів мовного апарату. Заїкання також ділять на функціональне та органічне. Найчастіше його розвиток пов'язують із критичними періодами у розвитку дитини.

5. **Діслалія.** Дане порушення пов'язане з некоректною вимовою звуків на тлі нормального слуху та іннервації мовного апарату. Симптомом патології є спотворення звуків чи зміна їх послідовності. Причина розвитку – неправильне формування апарату артикуляції або порушення артикуляційних позицій внаслідок дефекту апарату артикуляції. Окрім цього, фахівці виділяють ще й психолінгвістичний аспект дислалії. Він пов'язаний із порушенням сприйняття звуків. Такий тип розладу може сформуватися у віці.

6. **Ринолалія.** Це патологія, що супроводжується зміною тембру голосу через анатомічне пошкодження мовного апарату. У результаті відбувається резонанс, а мовлення виходить гугнявим, стає невиразним та монотонним. До ринолалії також відносять вроджене розщеплення піднебіння, у якому також спостерігається це порушення.

7. **Дизартрія.** Пов'язана з мінімальною іннервацією мовного апарату чи ураженням центральної нервової системи. Дизартрія часто зустрічається у пацієнтів із ДЦП. У дорослому віці може виникнути при інфекційному ураженні мозку.

8. **Алалія.** Патологія пов'язана з недостатнім розвитком або повною відсутністю мовлення. Причиною стає органічне ураження певних зон у головному мозку. Розлад формується ще на етапі внутрішньоутробного розвитку або у дитинстві. Такий дефект відносять до найскладніших, тому що мовна система не формується зовсім.

9. **Афазія.** Порушення пов'язані з втратою можливості використовувати засоби мовлення. Причиною такого стану можуть стати інфекційне ураження нервової системи або перенесена ЧМТ [3, с. 98].

Залежно від першопричини, якою обумовлено розлад мовлення, виділяють такі його види:

Дислексія – порушення може статися внаслідок ураження ЦНС. У цьому дитина може розпізнавати букви, тому неправильно їх вимовляє чи змінює черговість складів у словах. Це призводить до викривлення прочитаної інформації. Крайньою формою патології називають алексію чи нездатність читати взагалі.

Дисфагія – часткове порушення процесу листа. Дитина може спотворювати, змішувати, пропускати або замінювати букви під час письма. Крайньою формою є аграфія, за якої дитина зовсім не здатна писати [3, с. 100].

Для організації мовленнєвого акту існують первинні, вторинні та третинні поля перекриття, які розміщені на межі аналізаторів, в основному скронева та тім'яна частки.

В організації мовлення беруть участь ліва та права півкулі, незалежно від їх домінування.

Вимовна частина мовлення також залежить від стану центральної та периферичної інервації органів мовлення (язика, голосових зв'язок, губ, піднебіння).

Нажаль зараз порушення мовлення у дітей дошкільного віку стає все частішою проблемою. Порушення існують від незначних порушень вимови деяких звуків до повного відсутності мовлення.

Ще загалом 10 років назад з дітьми з порушеннями мовлення працювали лише логопеди, а зараз підхід для вирішення цієї проблеми більш комплексний та провідний.

З дітьми працює невролог, психолог, нейропсихолог, психіатр, логопед, реабілітолог.

Сучасні дослідження в галузі психолінгвістики, нейропсихології, фізіології вищої нервової діяльності дають змогу інтерпретувати отримані дані з урахуванням складної структури мовленнєвої діяльності та її багаторівневої церебральної організації в межах медико-біологічних та психолого-педагогічних дисциплін. Це уможливорює більш чітке визначення структури дефекту, зокрема, виявлення первинного порушення, встановлення характеру вторинних відхилень, вивчення походження симптомів та їх правильну класифікацію з урахуванням провідних факторів.

Нейропсихологічна корекція спрямована на стимуляцію розвитку і формування злагодженої, скоординованої діяльності різних структур мозку. За допомогою спеціально розроблених рухових вправ і розвиваючих ігор стимулюється формування певних компонентів психічної діяльності: регуляція і контроль психічної діяльності, моторні навички, зорове, слухове, просторове сприйняття та багато інших.

З погляду нейропсихології, основна стратегія корекційно-розвивального навчання полягає в «вирощуванні» слабкої ланки при опорі на сильні ланки (використання різних аналізаторів з опорою на провідний аналізатор) у процесі спеціально організованої спільної діяльності учня і логопеда. Наприклад: використовуємо опору на зоровий і тактильний аналізатор і розвиваємо навички, пов'язані зі слуховим каналом сприйняття [4, с. 301].

#### **Література**

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. 384 с.
2. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: «Академия» 2002. 296 с.
3. Соловьева Л.Г. Логопедия. М.: Юрайт, 2020. 192 с.
4. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. М.: Издательство НПО «МОДЭК», 2004. 424 с.