

**АКТУАЛЬНІ
ПРОБЛЕМИ
ПРАКТИЧНОЇ
ПСИХОЛОГІЇ**

Збірник наукових праць

Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції

17 травня 2024 р., м. Одеса

**MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
STATE INSTITUTION "SOUTH UKRAINIAN NATIONAL PEDAGOGICAL UNIVERSITY
NAMED AFTER K.D. USHYNsky"**

*(Department of General and Differential Psychology,
Department of Psychiatry, Medical and Special Psychology,
Department of Theory and Methods of Practical Psychology)*

MOLDOVA STATE UNIVERSITY

(Department of Psychology)

UNIVERSITY OF THE NATIONAL EDUCATION COMMISSION, KRAKOW

(Institute of Psychology)

VILNIUS UNIVERSITY

(Institute of Psychology)

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY

(Department of Psychology & Brain Sciences)

ODESA NATIONAL ECONOMIC UNIVERSITY

(Department of Language and Psychological and Pedagogical Training)

KHARKIV NATIONAL PEDAGOGICAL

UNIVERSITY NAMED AFTER H. S. SKOVORODA

(Department of Psychology)

CLASSICAL PRIVATE UNIVERSITY

(Department of Practical Psychology)

VASYL' STUS DONETSK NATIONAL UNIVERSITY

(Department of Psychology)

ODESA ASSOCIATION OF PSYCHOLOGISTS

**ACTUAL PROBLEMS
OF PRACTICAL PSYCHOLOGY**

Collection of scientific works

International Scientific and Practical Internet Conference

May 17, 2024

Odessa – 2024

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ К. Д. УШИНСЬКОГО»**

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

ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОЛДОВИ

(кафедра психології)

УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ КОМІСІЇ НАРОДНОЇ ОСВІТИ В КРАКОВІ

(Інститут психології)

ВІЛЬНЮСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(Інститут психології)

УНІВЕРСИТЕТ ДЖОНСА ГОПКІНСА

(кафедра психології та досліджень про мозок)

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)

ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

(кафедра психології)

ОДЕСЬКЕ ТОВАРИСТВО ПСИХОЛОГІВ

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Збірник наукових праць

Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції

17 травня 2024 року

Одеса – 2024

АДАПТИВНІСТЬ ЯК РЕСУРС ПОДОЛАННЯ ЖИТТЄВОЇ КРИЗИ

Удовенко А.О., Ситнік С.В.159

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

Грідіна А.С., Ситнік С.В.163

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Сердіченко М.І., Ситнік С.В.167

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ВІЙСЬКОВИХ ДО ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВ ДІЯЛЬНОСТІ

Родзінська Ю. С., Чебікін О. Я.172

ДЕТЕРМІНАНТИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГА В УМОВАХ КРИЗИ

Іванов М.В., Головська І.Г.175

ПРОЯВИ ВІДМІННОСТЕЙ В ПОДОЛАННІ ПСИХОЛОГІЧНИХ КРИЗОВИХ СТАНІВ МІЖ УКРАЇНЦЯМИ ТА БРИТАНЦЯМИ

Почепинська Е. І., Чебікін О. Я.179

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТРЕСОСТІЙКОСТІ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ

Беляєвська Т. В., Саннікова О.П.182

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF STRESS MANAGEMENT AMONG YOUTH

Chen Y., Massanov A.187

Секція III.

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ ВЕКТОРИ ВИВЧЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ТРИВОЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Сурніна С. М., Карпич І. А.190

ВПЛИВ ПОСТКОМОЦІЙНОГО СИНДРОМУ НА КОГНІТИВНУ ТА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ОСОБИСТОСТІ ВНАСЛІДОК СТРУСУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Загоровська М.Г., Полунін О.В.192

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ КІНЕЗІОФОБІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ ТА ЇЇ ТЕРАПІЯ

Іванова Ю. О., Полунін О.В.195

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ЗОВНІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Князева Т.А., Таран О.П.196

ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ, СХИЛЬНИХ ДО НАРКОМАНІЇ ТА АЛКОГОЛІЗМУ

Корчмар К.О., Полунін О. В.200

2. Галієва О. М. Теоретичний аналіз поняття «тривожність». Теорія і практика сучасній психології. 2019. № 6, С. 107–110.
3. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. Психологічні науки. Львів, 2020. Вип. 6. С. 72–78.
4. Кожина Г. М. Тривожність під час війни: шляхи терапії. Неврологія. Психіатрія. Психотерапія. 2023. № 3 (66). С. 29.

ВПЛИВ ПОСТКОМОЦІЙНОГО СИНДРОМУ НА КОГНІТИВНУ ТА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ОСОБИСТОСТІ ВНАСЛІДОК СТРУСУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Загоровська М.Г., Полунін О.В.

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

Починаючи з 2014 року та з початком повномасштабної війни в Україні, зростає кількість пацієнтів із мінно-вибуховою травмою. Лише за період 2014-2016 років у зоні АТО контузії різного ступеня тяжкості виявлено близько у 80% військових. Як свідчать американські дослідження [5], внаслідок бойових дій у більшості випадків діагностували легку ЧМТ, тоді як 2,8% мали тяжкі ушкодження.

Саме поява великогабаритної осколково-фугасної артилерії, розробленої наприкінці 1900-х років і сумно відомої під час Першої світової війни, прояснила вплив вибуху на мозок і хребет, а також причину «контузійного шоку».

Одним із варіантів закритої ЧМТ у період бойових дій є травма, яка зумовлена вибуховою хвилею від снаряда або міни, що близько розірвалися. Вибухова травма - відкрита або закрыта травма, яка виникла внаслідок металної дії вибухового боєприпасу або пошкодження навколишніми предметами на відкритій місцевості або в закритому просторі. Також до більшості класичних класифікацій бойових травм, відноситься акубаротравма, «бойова травма черепа та головного мозку».

За визначенням Центру з контролю та профілактики захворювань [3], черепно-мозкова травма зумовлена зіткненням, ударом, струсом або проникним пораненням голови, які порушують нормальне функціонування головного мозку. У більшості наукових джерел поняття легкої ЧМТ є взаємозамінним із поняттям струсу головного мозку. Однією із головних причин легкої ЧМТ є участь у військових діях.

За класифікацією ЧМТ розрізняють :

- **струс головного мозку (травматичне ураження);**
- **забиття мозку (розм'якшення мозкової речовини);**
- **стискання мозку (кровотеча з внутрішньочерепних судин).**

Легка ЧМТ майже втричі збільшує ризик розвитку подальших психічних порушень. Черепно-мозкова травма є однією з основних загроз для життя та здоров'я військовослужбовців.

Враховуючи масштаби та наслідки війни, отримання ЧМТ зросла. Травму зазнають не тільки військовослужбовці, а й цивільне населення. Тільки на початку 21 століття почали вивчати механізм впливу вибухової травми на мозок.

Пошкодження головного мозку в різних областях і різного ступеня тяжкості обумовлює унікальність кожної окремої ЧМТ. Розглянемо як травматичне ураження різних ділянок мозку може впливати на когнітивну та емоційну сферу військовослужбовців.

Згідно з статистикою [4], ураження частин головного мозку розподіляється таким чином: потилична частка — 3,1 %, лобна частка — 33,3 %, скронева частка — 26,0 %, тім'яна частка — 6 %, мозочок — 5,2 %, інші — 26,4 %.) Відповідно до статистичних даних, більше ураження припадає на лобну та скроневі частки, що пояснює численні випадки тривалих когнітивних та емоційно-афективних наслідків травматичного ураження мозку.

Ураження лобної частки головного мозку проявляється великим спектром емоційно-афективних порушень та когнітивних розладів. Ця частина мозку контролює виконання таких функцій, як планування, організація життя, вирішення проблем, прийняття рішень, пам'ять, увага, контроль поведінки, емоції та імпульси. Проблеми, які можуть виникнути внаслідок пошкодження лобової частки, включають порушення здатності розпізнавати емоції та імпульсивні дії або керувати ними.

Ураження потиличної частки головного мозку може стати причиною виникнення:

- геміанопсії (випадіння частки полів зору з одного боку або на обидва ока;
- зорової агнозії;
- метаморфопсії (спотворення зорового сприйняття);
- зорових галюцинацій;
- абулії;
- апатії;
- конфабуляції (заповнення прогалин уявними або нереальними подіями, які не могли відбутися);
- гіпоманії;
- соціально-неприйнятною поведінки;
- зниження емпатії;
- емоційної нестриманості, емоційної притупленості, ейфорії.

При ураженні скроневої частки може виникати значна кількість когнітивних та емоційно-афективних порушень. Ця частина мозку розпізнає й обробляє звук, забезпечує розуміння та різні аспекти пам'яті та продукує мовлення. На пошкодження скроневої частки можуть вказувати втрата слуху, проблеми з мовою.

Ураження скроневої частки головного мозку може стати причиною виникнення:

- гіперактивації або “захоплення” мигдалини;
- порушення здатності до прийняття рішень;
- надмірної настороженості;
- тривожності, депресії;
- порушенню пам'яті пов'язане з дисфункцією гіпокампа як медіобазального відділу скроневої частки.

Тім'яна частка об'єднує сенсорну інформацію, що надходить із різних частин тіла. Вона контролює такі відчуття, як дотик, відчуття температури та біль. Ця частка визначає направлення вгору. Вона ж забезпечує, аби ми не натикалися на речі під час ходьби. **Забій тім'яної частки** супроводжується: розладами чутливості за моно-або гемітипом на протилежній половині тіла, астереогнозією, при ураженні домінуючої півкулі — апраксією, алексією (ураження ділянки кутової закрутки).

Потилична частка мозку отримує й обробляє візуальну інформацію і містить ділянки, які допомагають сприймати форму і колір. На пошкодження потиличної частки, зокрема, вказують проблеми із зором та спотворене сприйняття розміру, кольору та форми.

Мозочок дозволяє нам стояти прямо, зберігати рівновагу і рухатися. На пошкодження мозочка, зокрема, вказують некоординовані рухи, втрата м'язового тону та нестійка хода. Про роль мозочка в контролі когнітивних функцій свідчать результати великої кількості досліджень [5]. При тому на підставі аналізу результатів морфологічних, клінічних і функціональних нейровізуалізаційних досліджень припускають, що різні функції мозочка пов'язані з його різними відділами. Передня частина в основному бере участь у руховому контролі й при порушенні її зв'язків з церебральними і спінальними руховими системами розвиваються такі рухові симптоми, як дисметрія, дизартрія, атаксія. Задні відділи і їх зв'язки з асоціативними ділянками церебральної кори залучаються до регуляції когнітивних функцій і розвитку когнітивних порушень. Водночас афективні та психічні розлади можуть бути пов'язані з ураженням задніх відділів хрочачка і його зв'язків із лімбічною системою.

До розвитку посткомоційного синдрому може призвести ЧМТ внаслідок струсу мозку. **Посткомоційний синдром (F07.2)** — це стан після струсу головного мозку, при якому відзначається головний біль, запаморочення, стомлення, безсоння і суб'єктивне почуття зниження інтелекту. Симптоми посткомоційного синдрому діляться на три види. Вони можуть проявлятися, як соматичні: головний біль, запаморочення, безсоння, зниження зору, зниження слуху, шум у вухах, нудота, підвищення чутливість до звуків та світла. Також хворі, можуть скаржитися на емоційні наслідки після ЧМТ: дратівливість, тривога, депресія, самоізоляція, схильність до суїциду. До когнітивних розладів відносяться: порушення пам'яті, порушення уваги, порушення сприймання труднощі при розв'язанні проблемних ситуацій, ускладнення процесів мислення, порушення мовлення.

Посткомоційний синдром або “невидима” травма війни - є актуальною проблемою сьогодення і потребує комплексного підходу, своєчасного діагностування черепно-мозкової травми та нейрореабілітації когнітивної та емоційної сфер особистості.

Література

1. Clark, C. N., Edwards, M. J., Ong, B. E., Goodliffe, L., Ahmad, H., Dilley, M. D., Jenkins, P. O. (2022). Reframing postconcussional syndrome as an interface disorder of neurology, psychiatry and psychology. *Brain*, 145(6), 1906–1915.
2. Bryden, D. W., Tilghman, J. I., & Hinds, S. R. (2019) Blast-Related Traumatic Brain Injury: Current Concepts and Research Considerations. *Journal of Experimental Neuroscience*, 13, 1-11.
3. Є.Ю. Забенько, А.В. Атамас, Т.А. Півнева. Легка черепно-мозкова травма: загальна характеристика, нейродегенеративні наслідки та моделювання. *Фізіологічний журнал*. 2017. Т.63, №3. С 80-86.
4. Я.Г. Самінін, Л.І. Соколова. Когнітивні та емоційно-афективні розлади в учасників бойових дій із черепно-мозковою травмою (огляд літератури). *Український неврологічний журнал*. 2023. № 1-4. С. 28-44.
5. Третьякова А.І., Завалій Ю.В. Оцінка доплерографічних та електроенцефалографічних змін у пацієнтів з посткомоційним синдромом унаслідок легкої вибухової черепно-мозкової травми. *Ukrainian Neurosurgical Journal*. Vol. 28, N2, 2022. Р 31-36.
5. Медицина світу. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://msvitu.com/archive/2017/july/article-3.php>.

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ КІНЕЗІОФОБІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ ТА ЇЇ ТЕРАПІЯ

Іванова Ю. О., Полунін О.В.

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

Кінезіофобія — це патологічний страх перед рухом, який часто супроводжує хронічний біль, стаючи значним бар'єром на шляху до одужання. Цей страх не тільки погіршує фізичний стан пацієнтів, але й негативно впливає на їхнє психоемоційне благополуччя, обмежуючи їх здатність до повсякденної активності та соціалізації. Сучасний підхід до терапії кінезіофобії у таких осіб передбачає інтеграцію психотерапії, психоедукації та фізичної терапії.

Психотерапія є ключовим елементом в терапії кінезіофобії, оскільки вона допомагає пацієнтам краще розуміти свої страхи, навчитись керувати ними та знаходити мотивацію для подолання психологічних бар'єрів. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) ефективно змінює негативні думки та переконання щодо болю та руху, сприяючи поступовому збільшенню фізичної активності [1].

Психоедукація допомагає пацієнтам зрозуміти, як хронічний біль впливає на їх тіло та психіку, та навчає їх адаптивним стратегіям впорядкування з болем. Вона спрямована на зниження тривоги, пов'язаної з рухом, і підвищення рівня знань пацієнтів про те, як безпечно займатися фізичними вправами без ризику для здоров'я [2].

Фізична терапія ключає індивідуально підібрані програми вправ, спрямовані на зміцнення м'язів, підвищення гнучкості та покращення загальної фізичної форми. Це допомагає зменшити біль та поліпшити функціональний стан, сприяючи поверненню до нормального життя. Фізичні терапевти також