

**АКТУАЛЬНІ  
ПРОБЛЕМИ  
ПРАКТИЧНОЇ  
ПСИХОЛОГІЇ**

**Збірник наукових праць**

*Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції*

16 травня 2025 р., м. Одеса

**MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE  
STATE INSTITUTION "SOUTH UKRAINIAN NATIONAL PEDAGOGICAL  
UNIVERSITY NAMED AFTER K.D. USHYNsky"  
MOLDOVA STATE UNIVERSITY  
UNIVERSITY OF THE NATIONAL EDUCATION COMMISSION, KRAKOW  
VILNIUS UNIVERSITY  
JOHNS HOPKINS UNIVERSITY  
ODESA NATIONAL ECONOMIC UNIVERSITY  
KHARKIV NATIONAL PEDAGOGICAL  
UNIVERSITY NAMED AFTER H. S. SKOVORODA  
CLASSICAL PRIVATE UNIVERSITY  
VASYL' STUS DONETSK NATIONAL UNIVERSITY**

**ACTUAL PROBLEMS  
OF PRACTICAL PSYCHOLOGY**

**Collection of scientific works**  
*International Scientific and Practical Internet Conference*

**May 16, 2025**

Odesa – 2025

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ К. Д. УШИНСЬКОГО»  
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОЛДОВИ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ КОМІСІЇ НАРОДНОЇ ОСВІТИ В КРАКОВІ  
ВІЛЬНЮСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
УНІВЕРСИТЕТ ДЖОНСА ГОПКІНСА  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ  
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА**

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ  
ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

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

16 травня 2025 року

Одеса – 2025

UDK 001+159.9 (063)  
BBK 72+88.4

|                                                                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>П'ЯТИЕТАПНИЙ ІНТЕГРАТИВНИЙ МЕТОД<br/>НЕЙРОКОГНІТИВНОЇ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ</b>                                               |     |
| Сєвцов С.В., Савенкова І. І. ....                                                                                                         | 442 |
| <b>ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ НАСЛІДКІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО<br/>СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ ТА ЇХ<br/>НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ</b>        |     |
| Сисоєва О.Г., Мельничук І. В.....                                                                                                         | 446 |
| <b>ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ<br/>ОРГАНІЧНОЇ ПРИРОДИ: СУЧАСНИЙ НАУКОВИЙ ОГЛЯД</b>                                          |     |
| Варчук А.І., Мельничук І. В.....                                                                                                          | 450 |
| <b>ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СПЕЦИФІЧНИХ<br/>РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА<br/>ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ</b> |     |
| Вінтерголлер О.В., Савенкова І.І. ....                                                                                                    | 452 |
| <b>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В<br/>ЕКСТРИМАЛЬНИХ УМОВАХ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ</b>                                     |     |
| Гіда А.С., Мельничук І.В. ....                                                                                                            | 454 |
| <b>ПОЗИТУМ-ПІДХІД ЯК ДІЄВА ТЕХНІКА ПОЗИТИВНОЇ<br/>ПСИХОТЕРАПІЇ</b>                                                                        |     |
| Дедух Л.Г.,Савенкова І. І. ....                                                                                                           | 457 |
| <b>ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ БАЗОВИХ КОГНІТИВНИХ<br/>ФУНКЦІЙ ВНАСЛІДОК ІНСУЛЬТУ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ</b>                                         |     |
| Комарова А.І., Савенкова І.І. ....                                                                                                        | 460 |
| <b>ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА<br/>СПОСОБИ ЇХ ПОДОЛАННЯ</b>                                                             |     |
| Коротушенко Б.М., Книш А. Є. ....                                                                                                         | 463 |
| <b>РОЗЛАДИ СНУ НЕОРГАНІЧНОЇ ПРИРОДИ ТА ШЛЯХИ ЇХ<br/>РЕАБІЛІТАЦІЇ</b>                                                                      |     |
| Шварцман Я.В. ....                                                                                                                        | 464 |
| <b>ІНСОМНІЯ ЯК ПСИХОСОМАТИЧНЕ ЯВИЩЕ: СУЧАСНІ<br/>ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ</b>                                                |     |
| Сульдїна Л. М. Фрунзе О. В. ....                                                                                                          | 467 |
| <b>ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ<br/>ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В<br/>РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРАХ УКРАЇНИ</b>   |     |
| Табунчик О.Д., Шевченко Р. П. ....                                                                                                        | 470 |
| <b>СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ<br/>ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ</b>                                                       |     |
| Гільман А. Ю., Кулеша Н. П.....                                                                                                           | 474 |
| <b>ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ<br/>ОСОБИСТОСТІ ЗАСОБАМИ АНАЛІТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ К. Г. ЮНГА</b>                            |     |
| Овчаренко С. Ю., Савенкова І. І.....                                                                                                      | 477 |
| <b>СУЧАСНІ ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ</b>                                                                                   |     |
| Спиридонова Т.В., Савенкова І.І.....                                                                                                      | 481 |

4. Доповнююче малювання – учасники по черзі доповнюють загальний малюнок власними елементами, що сприяє розвитку креативності, гнучкості мислення та прийняття різних поглядів [4].

Глибинне опрацювання таких образів можливе за допомогою аналітичної психології Карла Густава Юнга. Саме її духовна складова, зокрема концепція колективного несвідомого та архетипів, дає змогу спрямувати пошук символічного сенсу у потрібному напрямку. Юнгіанський підхід в арт-терапії відкриває простір для трансформації – від усвідомлення до зцілення.

#### **Література:**

1. Савенкова І.І. Навчально-методичний посібник «Патопсихологія». Миколаїв, 2017. 160 с.
2. Савенкова І.І. Психологічні особливості професійного стресу у вчителів. І.І. Савенкова, В.Г. Косенчук. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського. Психологічні науки*. 2020. № 1. С. 48-53.
3. Юнг К. Г. Архетипи і колективне несвідоме. Київ «Аста». 2021. 230 с.
4. Яценко Т.С. Арт-терапевтичні технології в роботі психолога / серія «Психологічний інструментарій». Київ: Марич, 2019. 68 с.

### **СУЧАСНІ ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ**

**Спиридонова Т.В., Савенкова І.І.,**

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

Війна стала надзвичайно потужним зовнішнім стресогенним чинником, що глибоко вплинув на психологічний стан людей, спричинивши крайні емоційні реакції: страх, який набував форм неконтрольованого жаху та паніки; гнів, що переростав у всепоглинаючу агресію; а також відчуття безпорадності, яке нерідко трансформувалося у стан депресії.

Також наявний фактор індивідуальних емоційних реакцій на війну. У кожної людини вони різні. Є люди, які впадають у депресію чи важкі панічні стани, хтось активно агресує, хтось, навпаки, емоційно завмирає. У когось реакція паніки та надмірної активності, а хтось реагує ступором. На деякий час особистість втрачає розуміння тих цінностей, які були до воєнного часу, змінюється соціальний статус та соціальні ролі, збільшується рівень тривоги, депресії тощо. Кожна особистість проходить певні стадії адаптації до тих подій, що вплинули на звичайний процес життя. Відбувається нове усвідомлення себе, часу, інформації, сенсу, людської дійсності тощо. Людина потрапляє до нового середовища. Тому депресія є нормальною реакцією на ненормальні умови.

Депресія є психічним розладом, що характеризується безліччю симптомів, які зачіпають когнітивну, емоційну, фізіологічну та поведінкову сфери. Цей стан не обмежується тільки почуттям смутку або пригніченості, а являє собою складний комплекс переживань, що ускладнює повсякденне функціонування. Люди, які страждають на депресію, часто відчують глибоке почуття безнадійності та відчаю, що робить їх нездатними відчувати радість або задоволення, навіть від тих занять, які раніше приносили задоволення. У їхній свідомості переважає негативний погляд на себе, навколишній світ і майбутнє,

що формує так звану депресивну тріаду, запропоновану Аароном Беком [4]. Це проявляється в самозвинуваченні, відчутті власної нікчемності та нездатності впоратися з будь-якими життєвими труднощами. Песимістичні думки можуть переростати в ідеї самозвинувачення, а потім трансформуватися в суїцидальні роздуми, що робить депресію смертельно небезпечним захворюванням.

Емоційні симптоми депресії включають відчуття пригніченості, туги, тривоги і внутрішньої порожнечі. Іноді хворі описують цей стан як відсутність будь-яких почуттів, немов вони емоційно спустошені.

У своїй статті «Печаль і меланхолія» Зигмунд Фрейд проводить тонкий психологічний аналіз двох станів, які зовні здаються схожими, але в основі мають кардинальні відмінності. Печаль і меланхолія – це своєрідні складники депресивного синдрому. Фрейд пояснює, що печаль (переживання горя) – це нормальний і природний процес, що супроводжує втрату, тоді як меланхолія – це більш складний стан, що включає несвідомий конфлікт, нарцисичне страждання і саморуйнівну агресію. З. Фрейд показує, що печаль і меланхолія – це не просто «сум» різної інтенсивності, а два принципово різних процесу. Він пояснює меланхолію через психоаналітичну концепцію: нарцисична ідентифікація з об'єктом, перенаправлення агресії всередину та боротьбу частин психіки. Цей стан включає елементи як нормальної печалі, і патологічних процесів, що пов'язані з регресією лібідо [3].

У навчально-методичному посібнику «Патопсихологія» І. Савенкова зазначає, що депресивні розлади (F 32) представляють собою групу клінічних станів, що проявляються у порушенні настрою, втраті здатності контролювати свої емоції та суб'єктивному переживанні значних страждань. Виокремлюються три ступені депресивних розладів: легкий (F 32.0), помірний (F 32.1) і важкий (F 32.2 і F 32.3) депресивний епізод, які застосовуються у випадку першого депресивного епізоду. Повторні депресивні епізоди класифікуються в межах рекурентного депресивного розладу. Легкий (F 32.0), помірний (F 32.1) та важкий (F 32.2 і F 32.3) депресивний епізоди характеризуються тривалим пригніченим настроєм, втратою інтересу до навколишнього світу та відсутністю задоволення від звичних діяльностей. Важливо, щоб ці симптоми не були спричинені прийомом медикаментів, наркотичних засобів, соматичними хворобами чи реакціями на втрати. Вони повинні супроводжуватися суттєвими змінами в стані хворого та викликати різного ступеня суб'єктивні переживання і соціальну дезадаптацію [1, с. 22].

В умовах війни та невизначеності особливо тривожними є випадки, коли матері, що переживають ознаки депресії, припиняють свою активність і наче «завмирають». Спостереження за такими родинами протягом останніх трьох років показують, що такі ситуації є надзвичайно небезпечними і потребують тривалої реабілітації. Діти таких матерів, в залежності від віку, виявляють підвищену фрустрацію, емоційну напругу, схильність до депресії, а також проблеми з емоційним регулюванням. Вони часто мають поганий апетит, можуть гризти нігті, ставати агресивними або, навпаки, замкнутими, і в деяких випадках виникають енурез чи логоневроз. Такі діти також мають високий рівень базової тривоги. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш науково

обґрунтованих і ефективних методів лікування депресії. Вона відрізняється від інших психотерапевтичних підходів своєю структурованістю, орієнтацією на теперішнє та акцентом на конкретних навичках, які допомагають людині змінити своє життя [2, с. 10].

План КПТ при депресії базується на поетапному опрацюванні ключових механізмів, що підтримують депресивний стан. Він не просто допомагає пацієнту тимчасово відчувати себе краще, а дає йому інструменти для тривалого відновлення та профілактики рецидивів.

### *1. Оцінка стану та формування терапевтичних цілей*

Перший етап терапії – це не просто знайомство пацієнта з терапевтом, а глибокий аналіз того, як депресія проявляється в конкретному випадку. Люди з депресією часто мають відчуття хаосу, втрачають здатність критично оцінювати свій стан і не усвідомлюють, які саме механізми підтримують їхній розлад.

На цьому етапі терапевт допомагає пацієнту чітко сформулювати проблему, виявити основні тригери та оцінити ступінь тяжкості депресії. Оцінка включає:

Когнітивні фактори (наприклад, переконання «Я нікчемний», «Життя не має сенсу»).

1. Поведінкові особливості (ізоляція, уникнення активності).
2. Фізичний стан (втома, порушення сну, зміни в апетиті).

Головним завданням є визначення реалістичних і вимірюваних цілей. Важливо, щоб пацієнт не просто хотів «бути щасливим», а розумів конкретні зміни, які можуть покращити його стан.

### *2. Навчання пацієнта розумінню депресії та механізмів її підтримки*

Людина, яка перебуває у депресії, часто вважає, що цей стан є незмінною частиною її особистості або результатом зовнішніх обставин, на які вона не має впливу. КПТ допомагає розірвати цю віру, показуючи, що депресія – це динамічний процес, а не фіксований стан.

Терапевт знайомить пацієнта з моделлю «Думки – Емоції – Поведінка», пояснюючи, як негативне мислення провокує почуття безнадії, а це, своєю чергою, призводить до бездіяльності, яка лише посилює депресивний стан.

Це усвідомлення стає першим кроком до змін, оскільки пацієнт починає розуміти, що впливає на його стан, а отже, він може його змінити [2].

### *3. Робота з негативними думками (когнітивна реструктуризація)*

Центральним компонентом КПТ є навчання пацієнта аналізувати свої думки та знаходити більш реалістичні інтерпретації подій. Люди з депресією схильні до когнітивних викривлень, таких як: чорно-біле мислення, надмірна узагальненість, фільтрація позитивного.

Пацієнт веде щоденник думок, у якому фіксує негативні думки, аналізує їхню правдивість і шукає альтернативні інтерпретації. Це допомагає поступово змінити внутрішній діалог і зменшити вплив деструктивного мислення.

### *4. Поведінкова активація: повернення до активності*

Однією з найбільших проблем при депресії є втрата інтересу до життя. Поведінкова активація допомагає розірвати цей цикл, навчаючи пацієнта поступово повертатися до дій, які приносять задоволення.

Пацієнт складає список активностей, які колись приносили йому радість, навіть якщо зараз вони здаються безглуздими. Наприклад:

1. Поїздка до сусіднього міста.
2. Спілкування з домашнім улюбленцем.
3. Написання віршів.
4. Рухливі танці.

Ці дії починають виконуватися поступово, щоб не перевантажити людину, яка ще не має енергії для великих змін [2, с. 43].

#### *5. Робота з фізичними аспектами депресії*

Депресія впливає на тіло: людина відчуває хронічну втому, проблеми зі сном, зміну апетиту. КПТ працює з цими аспектами через:

1. Нормалізацію сну (режим засинання, обмеження гаджетів перед сном).
2. Фізичну активність (навіть короткі прогулянки підвищують рівень енергії).
3. Дихальні та релаксаційні техніки для зниження стресу.

#### *6. Соціальна реінтеграція та розвиток комунікативних навичок*

Депресія змушує людей ізолюватися, що лише посилює проблему. Тому частиною терапії є поступове повернення до соціального життя.

Пацієнт навчається:

1. Як просити про підтримку.
2. Як встановлювати здорові межі у спілкуванні.
3. Як долати страх соціальних контактів.

Цей етап допомагає людині відчути зв'язок зі світом і повернути віру в себе.

#### *7. Профілактика рецидиву та закріплення навичок*

Останній етап терапії спрямований на формування стратегії самопідтримки. Пацієнт вчиться розпізнавати перші ознаки повернення депресії та розробляє власний «план дій» на випадок загострення. Він продовжує використовувати техніки КПТ, щоб не допустити повернення до старих моделей мислення і поведінки [2, с. 48].

План терапії КПТ побудований таким чином, щоб поступово змінювати депресивний стан, розбиваючи його на окремі складові й працюючи з кожною з них. Головне в КПТ – активна участь пацієнта, оскільки саме він стає ключовою фігурою у своєму одужанні. Отже, методика КПТ не тільки допомагає подолати депресію, а й дає людині навички, які можуть зберегти її психологічну стійкість надалі.

#### **Література:**

1. Савенкова І. І. Навчально-методичний посібник «Патопсихологія». Миколаїв, 2017. 160 с.
2. Тарасова Т. В. Когнітивно-поведінкова терапія тривожності: принципи і техніки. Київ, 2021. 192 с.
3. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Вид-во «Навчальна книга Богдан». 2024. 590 с.
4. Beck A. Beck Anxiety Inventory. Manual. New-York, 1988. 380 p.