

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

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

*(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

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 відносно 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, ПТСР. 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 ПТСР (6В41). КПТСР – 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 (дисоціфції); 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