

**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

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, убезпечити 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).