

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

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 СОІППО. 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