

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

УДК 001+159.9 (063)
ББК 72+88.4
З-41

Друкується за рішенням Вченої ради соціально-гуманітарного факультету Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» (протокол № 11 від 30.06.2023 року).

Організаційний комітет:

О. В. Вдовіченко – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри теорії та методики практичної психології Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

І. П. Кондратьєва – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії медичної та спеціальної психології Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

Т. М. Лазоренко – кандидат психологічних наук, доцент кафедри теорії та методики практичної психології Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

Актуальні проблеми практичної психології : збірн. наук. праць Всеукр. наук.-практич. інтернет конф. (19 травня 2023 року, м. Одеса). Одеса, 2023. 218 с.

В збірник увійшли матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів, яка присвячена актуальним проблемам практичної психологічної науки. Тематика наукових праць присвячена переважно теоретичним та практичним аспектам сучасної психологічної науки.

Для здобувачів, аспірантів, молодих науковців психологічних та педагогічних вузів.

На фоні нейрокогнітивних порушень розвиваються афективні розлади психіки, які можуть бути як слідством самого порушення, так і супроводжуваним фактором нейрокогнітивного розладу, який виник у відповідь на той дискомфорт, який викликає у людини наслідки нейрокогнітивних порушень.

Афективні розлади стають найпоширенішими формами психічних порушень, які можуть виникати як у цивільних, так і у військових в умовах війни, де домінуючими афективними станами є пригніченість, втрата мотивації, знижений настрій, втрата інтересу до життя, відчуття апатичності та інші ознаки, що є описом саме депресивних розладів психіки. Значна кількість горя та невизначеності ставить людей у безпомічне положення, де нема контролю над ситуацією та впевненості у майбутньому. Переважання негативних новин, можливість бути свідком або учасником жорстоких подій, сильно впливають на емоційний фон людини, що може вже стати підґрунтям для виникнення депресивних розладів.

Основними ознаками депресивних розладів є зниження настрою, та втрата здатності переживання радості (ангедонія), порушення мислення (негативні судження та песимістична оцінка минулого) та майбутнього та рухова загальмованість [3]. Але в залежності від ступеня та типу депресивного розладу ці ознаки можуть мати різну вираженість (або бути відсутніми взагалі). Чому важливо вивчати особливості перебігу афективних розладів при нейрокогнітивних порушеннях саме зараз? Бо емоційна сфера людини, поряд з когнітивною, є основою світосприйняття, а також сприйняття себе, що є важливим фактором у стабілізації психіки в умовах війни.

Важливість нейрокогнітивного фактору у депресивних порушеннях складно переоцінити, бо це допомагає розібратися з причиною стану та допомагає зрозуміти первинність чи вторинність даного стану, даючи більшу можливість для психологів, психотерапевтів та лікарів у диференціації та подальшій реабілітаційній роботі.

Література

1. Денисов В. Н. Війна. *Велика українська енциклопедія*. URL: <https://vue.gov.ua/Війна>
2. Дзяк Л.А. Актуальні питання в проблемі нейрокогнітивних порушень. *Український медичний часопис*: електрон. версія газ 5(145) – IX/X 2021 URL: <https://www.umj.com.ua/article/217894/aktualni-pitannya-v-problemi-nejrokognitivnih-porushen>
3. Колеснік М. Тривога та депресія очима фахівців різних спеціалістів. *Наук. симпоз. Медичні аспекти боротьби з нейроінфекційними захворюваннями: підхід до оцінки інформованості населення, комплаєнсу до профілактики та лікування*: Харків 10 жовтня 2012 // *Український медичний часопис*: електрон. версія газ 5(1) (133) – IX/X 2019 URL: <https://www.umj.com.ua/article/163496/trivoga-ta-depresiya-ochima-fahivtsiv-riznih-spetsialnostej>

НЕЙРОПСИХОЛОГІЯ – НОВЕ РІШЕННЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Добряк Ю.І.

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

У сьогоднішній день, на жаль, кількісно дуже зросла частка психічних розладів та травм через дію стресу, а саме – посттравматичних стресових розладів. Пов'язано це зі збільшенням психотравмуючих подій, що стосуються цілих соціальних груп, а не одиничних випадків психотравм. Велика увага приділяється пошуку найефективніших рішень, щодо наявних наслідків дії стресових чинників, і з погляду нейропсихологічного напрямку. У статті приводяться критерії виявлення посттравматичних стресових розладів в умовах військових дій; розглядаються етіологічні фактори, з урахуванням їх динамічності і прямої залежності від стрес-причини; наводяться дані щодо дієвих методів роботи з посттравматичними стресовими розладами та розглядаються можливості нейропсихологічного підходу, як альтернативи або допоміжного інструменту до травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії і методу десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей.

Військові дії, техногенні та природні катастрофи, «масове» фізичне, сексуальне та психологічне насилля – це далеко не всі можливі події, що призводять до психічних розладів, включаючи посттравматичні стресові розлади (ПТСР). Враховуючи нестабільність усіх сфер безпечного соціального існування в Україні, через повномасштабне військове вторгнення, складно наразі навіть уявити статистичні дані, що дали б повноцінну картину розуміння наслідків «народної психологічної катастрофи». Аналізуючи літературу і результати досліджень, у країнах, що мали досвід довготривалих військових конфліктів (Ірак, Алжир, Камбоджа), виявляється наявність хоча б однієї психотравмуючої події за життя у близько 92% населення, але така статистика зовсім не свідчить про подальший розвиток ПТСР, або інших психічних розладів. Статистичні дані з цього питання, в Україні довоєнного часу, давали показники – 50-65% людей, які щонайменше один раз стикалися з подією, що загрожувала їх життю чи гідності, або життю іншої людини, з подією, що викликала сильний страх, безпорадність та жах[1, с. 29].

Відповідно до МКХ-10, ПТСР не супроводжує кожен психотравмуючу ситуацію, а розвивається за умов, що травмуючі події «виходять за межі нормального людського досвіду». Окрім першопричини, формування ПТСР дуже залежить від індивідуальних характеристик психічного реагування кожної людини: спадково-конституціональні чинники (типологічні особливості центральної нервової системи, особистісно-акцентуовані особливості та інші); психоемоційні, або психогенні чинники (когнітивна та емоційна суб'єктивна значущість чинників зовнішньої дії, опосередкованих через психічну сферу) та психоорганічні чинники.

Визначаючи предмет дослідження цієї статті, має сенс зазначити, що вивчення етіології ПТСР ще не досягло кінцевого пункту своєї причинності, тобто динамічність розвитку проявів ПТСР не має стабільності через варіації суб'єктивності сприймання стресу і, відповідно, його впливу на певну особистість. Але, якщо з точки зору психоорганіки розвиток ПТСР відбувається через токсичний вплив великої кількості адреналіну на гіпокампальні структури

лімбіко-ретикулярного комплексу, що не дає можливості гіпокампу виконати функцію переробки травматичного досвіду, то чи не має сенсу відновлювати цілісність психічної діяльності людини не лише змінюючи відношення до сенсового значення травматичної події, а й пропрацьовуючи кожен з психічних порочесів ланцюга, що порушилися внаслідок цієї події, структуруючи їх через призму протоколу нейропсихологічного дослідження та подальшої нейропсихологічної реабілітації. Отже, предмет дослідження даної статті – ПТСР у межах нейропсихологічного дослідження.

Навіть враховуючи наявність визнання, психологічною спільнотою фахових організацій охорони психічного здоров'я усього цивілізованого світу, ефективності протоколів методів травмофокусованої когнітивноповедінкової терапії (ТФ-КПТ) і методу десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR) у лікуванні ПТСР, немає сенсу стверджувати єдиновірність вирішення питання через ці підходи або сприймати їх як панацею, що допоможе усім і кожному. Тобто, завдання полягає у пошуку дієвих методик нейропсихологічного впливу для лікування ПТСР у випадках неефективності або неприйнятності загальноприйнятих методів, а ціллю є пошук вирішення питання переробки інформації щодо «руйнуючих» ситуацій з мінімальною ретравматизацією у комплексі з переключенням фокусу на відновлення та удосконалення супутніх психічних функцій і процесів, що були порушені у процесі прогресування ПТСР.

Варто відмітити, що ПТСР має вплив на усіх рівнях життєдіяльності людини, починаючи з когнітивних навичок і закінчуючи соціальною взаємодією. Маючи середні показники поширеності ПТСР в умовах війни від 15 до 50%, у порівнянні з показниками мирного часу від 0,5 до 1,2% розуміємо, що у воєнний час недостатність або відсутність заходів «профілактики» психічних розладів та відсутність необхідних реабілітаційних заходів, як у військових так і у цивільного населення, проявиться у клінічній картині масових реакцій: агресивності, підвищеної стомлюваності, тривожності, кошмарах та труднощах засинання, ослабленні пам'яті, підвищеній реактивності, антисоціальній поведінці, треморі, труднощах концентрації, а на вершині цього айсбергу наслідків спостерігається пристрасть до алкоголю і різні психосоматичні симптоми [3, с. 106]. Окремі прояви і ознаки ПТСР можуть проявлятися на протязі проміжку часу від декількох тижнів до 30 років і більше, і морбідність їх прямо залежить від інтенсивності пережитого стресу. Ці наслідки не найкращим чином вплинуть на якість соціального благополуччя усього народу, отже, потребують якісного і негайного втручання [5, с. 39].

Нині не існує єдиної точки зору, чи можливо остаточно і незворотновилікувати ПТСР: деякі вважають, ПТСР –виліковне, інші, що частина симптомокомплексу продовжить існувати. Але точно можна стверджувати, що психотерапія працює як підкріплення захисних факторів психіки, і якщо повернутись до першопричини виникнення ПТСР – подія, що виходить за межі людського розуміння, то цілями терапії можна визначити: інтегрування пережитого людиною неприродного досвіду у кордони її самосприйняття та

контролювання емоційних реакцій через розуміння сенсовності та причинності ситуації, і самоаналіз. Кожен з терапевтичних підходів у роботі з ПТСР, не зважаючи на спільні кінцеві цілі і деякі загальні етапи і правила, має свій напрямок роботи і певну послідовність дій [4, с.183].

Як було наведено вище, сучасні дослідження (АРА, 2004, 2009) вказують на два методи психотерапії, що найкраще корелюють з лікуванням ПТСР – ТФ-КПТ та EMDR, вони обидва ґрунтуються на фундаментальних правилах терапії: обов'язкове врахування особливостей кожної особистості, приймання комфортного темпу роботи та саморозкриття клієнта та побудова індивідуального терапевтичного плану. Тривалість психотерапії може бути дуже різною. З огляду на широкий спектр можливих супутніх розладів та соціальних проблем може виникнути потреба залучення до терапії членів сім'ї, або навпаки – потреба у сепарації, при несприятливій атмосфері.

Врахувавши усі загальноприйняті правила терапії, розглянемо ТФ-КПТ, що базується на каузальній атрибуції або на сприйнятті аспектів травмуючої ситуації через суб'єктивну призму – приписування «іншій стороні взаємодії» можливих почуттів, причин чи мотивів поведінки. Цей вид терапії не ставить за мету розуміння клієнтом психологічних причин особистісного емоційно-фокусованого стилю подолання стресу та соціальних факторів реагування. Головна її ціль – формування і закріплення нових типів відреагування, адекватних ситуації та особистісно психологічно-нетоксичних, здобування нових навичок, що дозволять покращити самоконтроль. ТФ-КПТ складається з великої кількості методик для перебудови нелогічних та ієрархічно-неправильних психологічних конструкцій і когнітивних викривлень, що формують хворобливі думки клієнта, через його неправильне сприйняття себе і своєї ролі у суспільстві або відносно ситуації. У випадку причин виникнення ПТСР відчуття власної негідності, несправедливості, безпомічності – надто суб'єктивізовані, вони й формують стереотипні негативні установки, змінюючи які КПТ навчає інакше реагувати на ситуації, що викликають тривогу, панічні атаки, тремор чи ядуху [4, с.188].

Метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей або Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) за основу формування ПТСР приймає порушення процесів пам'яті, а саме відсутність переробки травматичних спогадів і інтеграції отриманої інформації у загальну картину пам'яті. Цей метод, запропонований Ф.Шапіро ще у 1987 році, не поступається ефективністю ТФ-КПТ, хоч деякі і вважають, що він працює лише у випадках одиничної травматизації, а сам Шапіро застерігає від очікування надто високої ефективності, практика багатьох років використання EMDR вказує, що результати цієї терапії не переоцінені.

Описуючи процес виникнення стресового розладу під впливом травматичного досвіду з позиції методу EMDR, необхідно хоч поверхнево розуміти, що кожна людина має механізм отримання інформації і її подальшої переробки. У нормі даний психофізіологічний механізм виконує і адаптивну функцію. Інформація, отримана усіма можливими системами сприйняття

(зоровими, слуховими, сенсорними та ін.), концентрується у гіпокампальних структурах для подальшого зберігання і консолідації пам'яті. Метод EMDR говорить про те, що гальмівний вплив гормону адреналіну, який при стресі виробляється у великій кількості, на гіпокамп як частину лімбіко-ретикулярного комплексу, перешкоджає коректному протіканню процесу інтеграції і переробки інформації, що стосується конкретно стрес-фактору. Негативна інформація «консервується» у недоторканому вигляді за рахунок нейронних мереж мозку, при цьому залишається доступ до спогадів через асоціативні мережі пам'яті. Через цей, свого роду захисний механізм, не реалізується головна мета отримання інформації будь-якого змісту: не відбувається нове навчання. Відповідно, будь-яка терапевтична допомога неможлива за відсутності зв'язку між загальним досвідом та «ізолюваним» досвідом психотравми. EMDR надає цю можливість, «штучно» викликаючи запуск когнітивного процесу і процесів пам'яті через систематизоване і повторюване рухання очима, що фізіологічно ніби відтворює фазу сну зі швидкими рухами очима. На думку багатьох дослідників, саме у цей період сну відбувається адаптивна переробка інформації, у тому числі і пов'язана із травматичними подіями, що спричинили ПТСР [4, с.158]. Саме у цей проміжок часу, під час природного сну, хворі можуть прокидатись через жахливі сни, знов і знов перериваючи процес переробки дисфункційного матеріалу.

Вивчивши наукові і дослідницькі роботи, розглянувши обидва загальноприйнятих терапевтичних напрями лікування ПТСР, можна зробити висновок, що вони базуються саме на роботі зі змістом провокуючої ситуації та впровадженні травматичної інформації у загальну схему переробки пам'яті і отримання досвіду. Ці напрями мають протоколи та чітку поетапну структуру проведення терапії: по-перше, стабілізація стану клієнта та підготовка і роз'яснення сенсу терапії; по-друге, саме травмо-орієнтована терапія; по-третє, реінтеграція або відновлення зав'язків, чи то змістовних, чи то психофізіологічних.

Але чи не має змісту розглянути лікування ПТСР не зі сторони психотравми, а з боку наслідкових зав'язків, з боку нейропсихологічного підходу. Чи не варто зазирнути із середини кожного процесу, який виявився порушеним у результаті травматичного досвіду і скерувавши їх коректну роботу, вирішити вже залишкові елементи минулого розладу. Досвід психологів США, що працюють з військовими ветеранами, доводить ефективність цього напрямку у роботі з ПТСР, додатково дозволяючи уникнути ретравматизації, не фокусуючи увагу на травмопровокуючому змісті розладу.

Розглядаючи більш глибоко психофізіологічний вплив травматичного досвіду такої сили, що здатен викликати стресовий розлад, важливо повернутись до розгляду значення деяких компонентів лімбічної системи та їх впливу на загальну роботу центральної нервової системи. Слід розуміти, що поряд із полімодальністю реакцій гіпокампу на різні види стимулів процесів сприйняття, його нейрони мають ще одну функціональну особливість – здатність чітко реагувати на новизну обставинних стимулів, з подальшою організацією

орієнтаційного рефлексу, чим надалі вони контролюють процеси уваги. Тож, при некоректній роботі гіпокампу, під дією гормонів стресу, маємо не лише зупинку деяких інтеграційних процесів пам'яті, а й можливі порушення у процесі просторової орієнтації та процесах концентрації та переключення уваги. Також, не варто ігнорувати соматовегетативні та поведінкові реакції, спровоковані спливаючими травматичними спогадами (флеш-беки), як наслідок заблокованої діяльності адаптивних процесів, що можуть проявлятися у вигляді порушень сну, втрати апетиту, гіперзбудливості або гіперреактивності, негативних думок та настрою. Дисфункції великого обсягу психічних та фізіологічних процесів, при відсутності адекватної реабілітації, можуть викликати серйозні затримки або навіть регрес особистості у вигляді ранньої деменції. Такий розвиток подій вже свідчить не про часткове порушення діяльності психофізіологічних одиниць у діяльності центральної нервової системи, а про відмирання нейронних ланцюгів. Отже, список процесів, що потребують реабілітації, відновлення функціонування або реструктуризації, не закінчується лише на питанні безпосередньо стрес-фактору, його змісту та відношення до нього [6, с. 28].

Враховуючи незрілість населення України щодо питань психічного здоров'я, національного масштабу, стигматизацію та забобони, нейропсихологічний підхід через свою багатогранність та різноманітність можна вважати найменш «травматичним» варіантом у лікуванні ПТСР. Нейропсихологія лише починає свій функціональний розвиток і шлях на території нашої держави, але вже має неабиякі досягнення у досвіді роботи країн Європи та США. Комплексний процес нейропсихологічної діагностики та реабілітації має не менш зрозумілу структурну побудову, ніж інші терапевтичні підходи, але принципово не працює з етіологічним змістом ПТСР «атакуючи». У анамнезі та протоколі нейропсихологічної діагностики (НПД) використовуються методики, які дозволяють не лише виявити симптомокомплекс психічного розладу, а й зрозуміти рівень порушення кожного з психічних процесів, акцентуацію першопричинної дисфункції та одразу зрозуміти кореляцію між запитом клієнта та реальною проблемою/загрозою. Протокол НПД складається з детального поетапного дослідження кожного процесу: орієнтації клієнта у просторі, часі та власній особистості; латералізації; пам'яті; уваги; мови; мислення; усіх різновидів гнозису та праксису. Цей процес нагадує розкладання конструктора, виявивши у ньому деталі, які не дозволяють зібрати гармонійну конструкцію, маємо потребу їх удосконалити або реставрувати. Окрім методичного інструментарію нейропсихологічний підхід має додаткову можливість отримання даних з використанням ЕЕГ та МEG, і, хоч ця стаття не про апарати вони можуть відігравати вкрай важливу роль у процесі нейрореабілітації [2, с. 311].

Нейропсихологічна реабілітація являє собою лонгітюдний етап у відновленні виведених з ладу психічних функцій. Психіка кожної особистості дуже індивідуальна, про що свідчить наявність великої кількості супутніх розладів і дисфункцій на фоні лише одного стресового втручання, а нейропсихологічний підхід значно розширює можливості особистісного підходу

лікування і разом з цим збільшує кількість методик роботи з кожною деталлю. Виходячи з усього вищевказаного, справедливо зробити висновки: за нейропсихологією – сучасність і майбутнє; можливості і інструментарій цього підходу невичерпні, а якість результатів відновлення психічних функцій не постраждає навіть використовуючи будь-яку з нейрореабілітаційних методик як фрагмент у складі інших терапевтичних підходів чи як допоміжний функціонал.

Література

1. Блінов О.А. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). *Психологічний часопис: збірник наукових праць* / за ред. С.Д. Максименка. №1 (11). Вип. 11. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2018. С. 26-37.
2. Карвасарский Б.Д. и др. Клиническая психология: учебник. Питер, 2019. С. 287-378.
3. Корольчук О.Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. Вип.17. Київ, 2016. С. 104-111.
4. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях М.: Эксмо, 2005. С. 157-198.
5. Посттравматичні стресові розлади : навч. посібн. / Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н.; під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х.: ХМАПО, 2014. 223 с.
6. Герасименко Л.О. Посттравматичний стресовий розлад. *Полтавський державний медичний університет*. Полтава, 2021. № 8. С.27-32. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/8%28129%29/pages-27-32/posttravmatichniy-stresoviy-rozlad#gsc.tab=0>. (дата звернення: 30.03.2023).

ПСИХОСИМПТОМАТИКА ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ, ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ

Жиленко А.О.

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

Актуальність даної теми підтверджується тим, що соматизація тривоги впливає на серцево-судинну систему, травну систему та сечостатеву систему. Медична психологія аналізує не тільки варіанти та відповідники соматичних захворювань, а й перш за все причини емоційних розладів. Найчастіше саме тривога є виснажливою, коли вона є реактивною, а не успадкованою, ендогенною. Реактивна тривога, виснажлива, призводить до депресії, яка найчастіше виражається хронічною больовою симптоматикою [2, с.124].

Такі невиправдані реакції тривоги спричиняють страждання та значне погіршення якості життя людей, які відчувають страх, та їхніх родин. Наприклад, панічний страх людини перед іспитами може стати перешкодою для навчання студента в навчальному закладі. Іншим прикладом може бути пацієнт із генералізованим тривожним розладом. Його родина страждає від надмірної тривожності хворого, тобто йому доводиться постійно стежити за всім за допомогою мобільного телефону – де в цей час близькі і чи все в них добре. Якщо член сім'ї не відповідає на дзвінок, пацієнт надсилає повідомлення з проханням швидко йому передзвонити [4].