

**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)
ВБК 72+88.4

Секція III.
**МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ: ВЕКТОРИ
ДОСЛІДЖЕННЯ, ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ**

ПРОЯВИ РЕАКЦІЙ НА ВАЖКИЙ СТРЕС ТА ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ ДОРОСЛИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ	
Івченко Л. І., Мельничук І.В.	193
ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЙОГО ПОДОЛАННЯ	
Бернадзіковська Л.О., Фрунзе О.В.	196
ВИРАЗНІСТЬ ПСИХІЧНОЇ ВТОМИ У ХВОРИХ НА ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	
Другаль К.І., Савенкова І.І.	200
ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У КОНТЕКСТІ ВІЙНИ	
Жданова Г. В., Венгер Г. С.	202
МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ: СТОНС ЯК КЛЮЧ ДО РОЗУМІННЯ ПСИХОГЕННИХ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ	
Заморока А. А.	205
ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ У ПЕРЕБІГУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ	
Ігнатенко Е.В., Садова М.А.	207
ПРИКОРДОННИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ ТА ЙОГО ЕТИОЛОГІЯ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ	
Кандалова Д.В., Венгер Г. С.	210
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ ТА ГОРЮВАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
Крисак А.О., Онищенко О.О.	213
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ НАРКОЗАЛЕЖНИМИ ПАЦІЄНТАМИ	3
Лахута Л.П., Савенкова І.І.	216
ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС: АДАПТИВНІ ТА ДЕЗАДАПТИВНІ МЕХАНІЗМИ В УМОВАХ ВІЙНИ	
Богдан Ж.Б., Логвиненко Л.І.	219
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПРИХИЛЬНІСТЮ ТА РОЗЛАДАМИ КОНСТРУКТУ «ОБРАЗУ ТІЛА»	
Маринюк Г.О., Савенкова І.І.	223
РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ЗДОБУВАЧІВ МИСТЕЦЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ	
Новська О. Р.	226
ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ КОГНІТИВНИХ ЧИННИКІВ КОПІНГ- ПОВЕДІНКИ ВИМУШЕНИХ МІГРАНТІВ	
Сивоконь О.Ю.	229
ВІЙНА ЯК СТРЕСОВИЙ ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ПІДЛІТКОВУ МОТИВАЦІЮ ДО НАВЧАННЯ	
Цимбалюк І.В., Головська І.Г.	231

Обговорення. Згідно з сучасними підходами КПТ [2; 4], тілесно-орієнтованої та гуманістичної психотерапії [5], сексуальні дисфункції, викликані психогенними факторами, піддаються корекції через роботу з автоматичними думками, тілесним досвідом, психосексуальними сценаріями. Важливо поєднувати індивідуальну терапію з психоедукацією, нормалізацією досвіду жінки та відновленням контакту з тілом.

Висновки. В умовах війни сексуальні дисфункції у жінок мають виражене психогенне підґрунтя [3; 6]. Модель СТОСН дозволяє комплексно розглядати такі розлади та пропонувати дієві шляхи психокорекції.

Література:

1. Дерев'яно С.П. (2023). Когнітивно-поведінкова терапія: Навчально-методичні рекомендації до спецкурсу для студентів спеціальності «Психологія». Чернівці: НУЧК імені Т. Г. Шевченка.
2. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., Text Rev.).
3. World Health Organization. (2021). Classification of sexual health and related disorders. Geneva: WHO.
4. Баранова Н.С. (2021). Психотерапія психосексуальних розладів у жінок: сучасні підходи. Журнал практичної психології, 3(10), 42–49.
5. Нікіфорова С. В. (2021). Психологія сексуальності. Вид. 2-ге, допов. К.: Центр учбової літератури.
6. Юрченко Т.В. (2020). Сексуальність і травма: психологічна підтримка жінок. Вісник клінічної психології, 4(8), 64–70.

ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ У ПЕРЕБІГУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Ігнатенко Е.В., Садова М.А.

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

Проблема вивчення депресивного синдрому у перебігу посттравматичних стресових розладів є актуальною проблемою, як у теоретичному, так і у практичному аспектах. Досліджувана проблема є недостатньо розкрита у сучасній психологічній науці.

Актуальність теми обумовлена значною поширеністю і тяжкістю наслідків. Останнім часом спостерігається різке зростання кількості випадків депресивного розладу, що пов'язують переважно з посттравматичними стресовими розладами. Основними причинами вважаються військовий стан у країні, повітряна небезпека протягом дня та ночі, втрата близьких, зміна місця проживання, економічні труднощі, втрата роботи та житла, зниження соціальної активності, дефіцит спілкування та невпевненість у майбутньому. Посттравматичний стресовий розлад є тяжким психічним станом, який розвивається внаслідок пережиття або свідчення травматичної події. Особи, які страждають на ПТСР, зазвичай стикаються з підвищеною тривожністю, нав'язливими спогадами (флешбеками), нічними кошмарами та намагаються уникати обставин, що асоціюються з

пережитою травмою. На цьому фоні часто розвивається депресія — супутній, але не менш серйозний і виснажливий розлад.

Тому зазначене вище пояснює вибір теми нашого дослідження: "Депресивний синдром у перебігу посттравматичних стресових розладів".

Мета наших тез полягала у розкритті і узагальненні особливостей прояву депресивного синдрому у перебігу посттравматичних стресових розладів.

Об'єктом дослідження є депресивний синдром.

Предметом дослідження виступає депресивний синдром у перебігу посттравматичних стресових розладів.

Слід зазначити, що депресивний синдром розвивається у понад половини пацієнтів з ПТСР [4]. Коморбідне протікання цих двох розладів істотно ускладнює терапію, оскільки їхні симптоми можуть перетинатися та взаємно підсилюватися. У цьому контексті депресивний синдром виступає не просто як зниження емоційного фону, а як серйозне порушення психічної регуляції, яке може спричинити соціальну ізоляцію, втрату здатності до праці, а в окремих випадках — навіть призвести до суїциду [5].

Особи з посттравматичним стресовим розладом у поєднанні з депресивним розладом часто демонструють характерні клінічні прояви, серед яких переважають стійкий пригнічений настрій, втрата інтересу до раніше значущої діяльності, підвищена тривожність та порушення сну. У таких пацієнтів також спостерігаються хронічна втома, суб'єктивне відчуття емоційного виснаження, почуття провини, сорому, безнадії. У низці випадків можливе виникнення суїцидальних думок або поведінки, що потребує особливої уваги з боку фахівців [3].

Разом з тим механізми розвитку депресії при посттравматичному стресовому розладі є багатофакторними та складними за своєю природою. До них належать біохімічні порушення, зокрема дисбаланс нейромедіаторів, таких як серотонін, дофамін і норадреналін. Важливу роль відіграє й хронічне психоемоційне перенавантаження, обумовлене постійним переживанням травматичних подій. Крім того, значний вплив мають соціальні чинники — втрата соціальної підтримки, ізоляція, а також стигматизація психічних розладів. Окрему увагу привертають зміни у функціонуванні системи стрес-реакції, зокрема гіперактивація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (НРА) [2].

Як ми бачимо, депресивний синдром, що супроводжує посттравматичний стресовий розлад, розглядається як серйозне ускладнення, яке вимагає своєчасної діагностики та комплексного, міждисциплінарного підходу до лікування за участі мультидисциплінарної команди. Раннє втручання сприяє покращенню психоемоційного стану пацієнтів, зменшує ймовірність переходу розладу в хронічну форму та підвищує шанси на соціальну адаптацію й повернення до повноцінного життя.

Слід наголосити, що ефективне лікування пацієнтів із поєднаним перебігом ПТСР та депресивного розладу потребує комплексного підходу, який охоплює кілька ключових компонентів. Насамперед, фармакотерапія із застосуванням інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (SSRIs), спрямована на корекцію нейробіохімічних порушень. Важливу роль відіграє психотерапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та репроцесінг за допомогою рухів очей (EMDR), а також травмофокусовані підходи. Доповненням до клінічної терапії виступає психосоціальна підтримка, яка включає участь у групах підтримки, залучення родичів до процесу лікування та проведення психоедукаційних заходів [1, 4].

Варто підкреслити, що поряд із реабілітаційними заходами суттєве значення має також профілактика. Профілактичні заходи включають ті активності, які сприяють природному підвищенню рівня нейромедiatorів — дофаміну, серотоніну та норадреналіну. Зокрема, до них належать дотримання стабільного режиму дня, повноцінний сон, збалансоване харчування, регулярна фізична активність, якісний відпочинок, подорожі, захоплення, а також перебування на свіжому повітрі та під денним світлом. Важливу роль у процесі відновлення відіграє підтримуюче соціальне середовище, зокрема атмосфера в родині. Ефективне спілкування повинно ґрунтуватися на принципах активного слухання, поваги до переживань іншого, уникнення знецінення, критики чи насмішок. Важливо прагнути до емпатії, уважно ставитися до висловлених потреб та, за можливості, реагувати на них відповідними діями.

Виходячи з наведеного, треба відмітити, що депресивні прояви при посттравматичних стресових розладах є складним клінічним станом, що потребує ранньої діагностики та багаторівневої терапевтичної стратегії. Результативна терапія повинна ґрунтуватися на інтегрованому підході, що поєднує медикаментозне лікування, психотерапевтичні втручання та заходи психосоціальної підтримки. Разом із лікуванням доцільно акцентувати увагу на профілактичних заходах, які сприяють емоційній стабілізації пацієнтів та формуванню підтримувального соціального оточення, зокрема через активну участь родини у процесі відновлення. Застосування такого підходу сприяє не лише покращенню загального стану пацієнта, але й зменшує ризик переходу захворювання в хронічну форму, забезпечуючи умови для результативної реабілітації та відновлення активної участі в соціальному житті.

Література:

1. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. – Вид. 3-тє. – Луцьк : Вежа-Друк, 2017. – 420 с.
2. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник Миколаївського національного університету ім. В. О. Сухомлинського. Миколаїв: МДУ ім. В. О. Сухомлинського, 2016. № 1 (16) : Психологічні науки. С. 77-82.
3. Сахарук Л. Чинники, що впливають на лікування, реабілітацію та рецидив депресії у пацієнтів. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. 2022. № 12.
4. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD in Adults. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/>
5. NICE Guideline NG116: Post-traumatic stress disorder. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations>

ПРИКОРДОННИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ ТА ЙОГО ЕТІОЛОГІЯ В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ

Кандалова Д.В., Венгер Г. С.

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

Прикордонний розлад особистості (ПРО) це хронічний та первазивний психічний розлад, що відрізняється вираженою емоційною нестабільністю, порушеннями ідентичності, імпульсивною поведінкою та деструктивними міжособистісними відносинами. Згідно класифікації DSM-5, основними симптомами є інтенсивний страх відкидання, хронічне почуття внутрішньої порожнечі, емоційні стани, що швидко змінюються, а також схильність до саморуйнівної поведінки, включаючи самоушкодження і суїцидальні спроби. Пацієнти з ПРО демонструють високу чутливість до міжособистісних стресорів і виявляють крайні форми реакцій на реальні чи уявні загрози втрати прихильності.

Перебіг розладу нерідко супроводжується епізодами дисоціації, параноїдним мисленням та зниженою здатністю до менталізації. Незважаючи на виражену нестабільність симптоматики, при дотриманні терапевтичних заходів можлива часткова ремісія, особливо в умовах структурованої психотерапії, спрямованої на розвиток емоційного контролю, зміцнення ідентичності та реконструкцію моделей взаємодії з оточуючими.

З клінічної точки зору ПРО характеризується високою коморбідністю з афективними розладами, тривожними станами, розладами харчової поведінки та зловживанням психоактивними речовинами. Статистичні данні досліджень вченими Робертом Біскіном та Джоел Періс наведені у таблиці 1 [2].

Таблиця 1. Супутні (коморбідні) захворювання у пацієнтів із ПРО протягом життя

Тип розладу	Доля виявлених випадків
Будь-який розлад настрою	96%
Великий депресивний розлад	71% - 83%