



**УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА ДРАГОМАНОВА
ФАКУЛЬТЕТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ТА ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА СПЕЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ**

**ГС «НАЦІОНАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ»
ДИВІЗІОН «ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я»**

МАТЕРІАЛИ

**І ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-
ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В
УМОВАХ СУЧАСНОЇ ПЕРМАКРИЗИ»**

23 квітня 2024 року, м. Київ

Київ – 2024

УДК 159.98(063)

Редакційна колегія: Маркусь І., к. пед. н., доцент
Палій В., к. психол. н.
Руденко Л., д.психол.н., професор
Найдьонова Г., к. психол. н., доцент
Афузова Г., к. психол. н., доцент

П 86 Психологічна допомога в умовах сучасної пермакризи:
матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції
(м. Київ, 23 квітня 2024 р.). Київ, 2024. 60 с.

Збірник містить тези та інші матеріали учасників I Всеукраїнської науково-практичної конференції «Психологічна допомога в умовах сучасної пермакризи» з питань сучасного стану психологічної допомоги в Україні різним категоріям вразливих верств населення та технологій психологічної допомоги особистості у складних життєвих ситуаціях.

Матеріали подаються в авторській редакції. Редакційна колегія не несе відповідальність за висвітлений матеріал (його точність, правдивість та оригінальність).

ЗМІСТ

Клименко І., Твердохліб Н. РОЛЬ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В СИСТЕМІ МОРАЛЬНО ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ЗСУ	5
Найдьонова Г. ВІРА ЯК АДАПТИВНИЙ РЕСУРС У ПЕРЕЖИВАНІ ПСИХОТРАВМУВАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ	9
Погорільська Н. ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЕКЗИСТЕНЦІЙНИХ ПРАКТИК ПІДТРИМКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ	13
Кротенко В. ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З САМОУШКОДЖУЮЧОЮ ПОВЕДІНКОЮ	17
Ковальов К. ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ ПРОТИ УКРАЇНИ	21
Мартиненко І., Афузова Г., Кротенко В. ШЛЯХИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ ПРИФРОНТОВИХ ОБЛАСТЕЙ (З ДОСВІДУ РОБОТИ ГО «УКРАЇНСЬКА ПОСМІШКА»)	23
Клименко І., Галадза М. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ	27
Іванченко В., Огороднійчук З. ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПІДЛІТКІВ З ЕМОЦІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	30
Дубовик О., Борсук С. ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ПРОСОЦІАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК СКЛАДОВА МОРАЛЬНОГО ВИХОВАННЯ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ	33
Скічко О., Лисенко А. АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ВІТЧИЗНЯНИХ ТА ЗАРУБІЖНИХ АВТОРІВ З ВИВЧЕННЯ КОПІНГ СТРАТЕГІЙ	37
Германчук М., Розвад А. НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ НЕСФОРМОВАНОСТІ ВИЩИХ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	41
Розвад А. САМОРЕГУЛЯЦІЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ В УМОВАХ КРИЗИ: ЯК ДОПОМАГАТИ БАТЬКАМ І ДІТЯМ У ПЕРІОД ВІЙНИ	45

Бакеренкова В., Лисенко Л. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	48
Мазурець Т., Осадча Т. АРТТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ	52
Кошелюк Г., Огороднійчук З. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЛЮДЕЙ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ	55
Федоренко М., Кузьмінський В. ОСОБЛИВОСТІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	58

Іван Клименко

кандидат психологічних наук
в.о. завідувача кафедри медичної психології
Інституту медичних та фармацевтичних наук,
ПрАТ «ВНЗ «МАУП»,
доцент кафедри психології
Зігмунд Фройд Університет Україна,
м. Київ, Україна

Наталія Твердохліб

аспірантка кафедри психології Навчально-наукового
інституту психології та соціальних наук, ПрАТ «ВНЗ «МАУП»,
м. Київ, Україна

РОЛЬ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В СИСТЕМІ МОРАЛЬНО ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ЗСУ

Зниження ефективності виконання військових завдань, збільшення не тільки бойових, а й небойових втрат, погіршення якості життя до умов виживання за будь-яку ціну стало причиною психологічної травматизації військовослужбовця. На сьогодні, під час впровадження воєнного стану, стрес слід розглядати не лише як зовнішній фактор, зумовлений екстремальністю ситуацій, а і як цілеспрямовану діяльність агресора на формування розвитку особистості військовослужбовця.

З метою опанування основи підрозділу науки про психіку людини, психологію малої групи та військового колективу, впровадженням методів морально-психологічного забезпечення особового складу ЗСУ, розробки концептуальної моделі з практичними рекомендаціями щодо підвищення рівня стресостійкості та психологічного супроводу військовиків та аналізом теоретико-методологічних підходів дослідження проблем стресостійкості військовослужбовців в умовах воєнного стану був розроблений курс для підвищення кваліфікації у сфері роботи медичних та клінічних психологів.

Особливе місце в психології займає галузь «Військова психологія». Ця галузь досліджує закономірності психічної діяльності людей і колективів в умовах військової діяльності та військової ситуації (служби, бойової, морально-психологічної підготовки до бою) і бою. Вона тісно пов'язана з більшістю інших галузей психологічної науки. У військовій психології виявляються свої розділи, до яких можна віднести військово-інженерну, військово-авіаційну тощо. Ці розділи досліджують закономірності

особового складу в конкретних, специфічних умовах. Практичне значення курсу “Військово-медична психологія” полягає у впровадженні методів психологічного супроводу військовослужбовців в умовах воєнного стану. Курс дозволить підвищити рівень розвитку стресостійкості військовослужбовців в умовах воєнного стану. Структура курсу складається з 12 модулів та змістовного їх опису, а саме:

1. Природничо-наукові основи психології.

Природа психіки. Психіка та організм людини. Структура психіки та її функції. Розвиток психіки у процесі онтогенезу і філогенезу. Співвідношення свідомості й несвідомого. Психіка, поведінка і діяльність. Визначення та значення основних психічних процесів.

2. Теоретико-методологічні основи сучасної військово-медичної психології.

Військово-медична психологія як галузь знань. Завдання військово-медичної психології. Методологічні основи військово-політичної психології. Методи військово-політичної психології. Психологічна модель бою. Бойові фактори: вид і спосіб бойових дій; психологічні особливості ведення бою; види зброї, інтенсивність бойових дій; об’єм фізичних втрат; інформаційно-психологічний вплив ворога; військова хитрість та маскування. Психофізіологічні фактори: фізіологічні (тривалість і якість сну, порушення біоритмів життєдіяльності, санітарно-гігієнічний стан побутових умов); психологічні фактори.

3. Психологічна структура особистості військовослужбовця.

Поняття особистості у психології. Біологічне і соціальне у структурі особистості. Особистість і міжособистісні відносини. Свобода волі. Особистісна відповідальність. Структура психіки особистості військовослужбовців. Загальне й індивідуальне у психіці людини. Психологічні властивості, процеси, стани, та їх вплив на військову діяльність.

4. Чинники бойової травми та їх вплив у бойовій діяльності на особистість військовослужбовця.

Види психічних станів особистості в бойовій обстановці. Психологія бойового стресу. Вплив бою на психічно-пізнавальні процеси військовослужбовців. Небезпека, страх, обов’язок. Мотивація і воля. Види фрустрації. Стрес-фактори бою. Види психотравм військовослужбовців. Методи діагностики психічних розладів військовослужбовців та визначення психологічних втрат.

5. Критерії визначення професійно-психологічного відбору.

Завдання та зміст психологічного професійного відбору військовослужбовців. Види психологічного професійного відбору

та вимоги до них. Психологічний та психофізіологічний зміст професійно-психологічного відбору військових фахівців. Принципи оцінки професійної придатності. Поняття про критерії, їх види, відбір та обґрунтування. Мета, зміст та напрямки військового професійного добору.

6. Психологія військового колективу. Соціально-психологічні характеристики військового колективу.

Сутність та основні елементи програми вивчення військового колективу, основні методи його дослідження. Соціально-психологічні явища військового колективу та особливості їх прояву. Характерні риси та особливості військового колективу. Міжособистісні відносини в малих військових групах та колективах. Психологічна структура та особливості спілкування у військовому колективі. Функції спілкування військовослужбовців та методи його оптимізації. Соціально-психологічні умови формування статутних взаємин у військовому колективі. Психологічні аспекти управління військовим колективом в бою.

7. Медико-психологічні наслідки участі в бойових діях військовослужбовців.

Бойова психічна травма. Вплив бойової обстановки на моральний дух військ. Клінічні типи непсихотичних реактивних станів: психологічні реакції (адаптивні психологічні реакції; дезадаптивні психологічні реакції); гострі афективні реакції; преневротичні реакції. Сутність і симптоматика гострої реакції на стрес (ГРС) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Діагностичні критерії ПТСР. Форми ПТСР.

8. Класифікація та форми девіантної поведінки військовослужбовців.

Значення та класифікація девіантної та адиктивної поведінки особистості в умовах воєнного стану. Систематизація видів відхиленої поведінки. Типологія деструктивної поведінки. Адиктивна й антисоціальна поведінка. Групи відхилень у поведінці. Класифікація відхилень поведінки військовослужбовців. Непатологічні форми девіантно-делінквентної поведінки. Девіантно-делінквентна поведінка з психічними розладами. Форми відхиленої (девіантної) поведінки у військовослужбовців. Пияцтво й алкоголізм. Наркоманія і токсикоманія. Суїцидальна поведінка.

9. Основи збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні військових дій та під час відновлення боєздатності військових частин.

Загальні засади системи збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Медико-психологічна допомога в системі

медичного захисту військовослужбовців. Медико-психологічне забезпечення діяльності військовиків в мирний час та в бойових умовах. Організація медичної допомоги постраждалим з психічними та поведінковими розладами. Терміни надання медико-психологічної допомоги. Аналіз стану медико-психологічної допомоги у військах.

10. Методи психологічного і психотерапевтичного впливу на особистість військовослужбовця.

Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності різних фахівців. Клінічні критерії вибору психотерапевтичної тактики. Загальна характеристика методів психотерапії та психокорекції. Методи психічної саморегуляції. Методи медико-психологічної реабілітації пацієнтів з порушеннями когнітивних функцій.

11. Медико-психологічна допомога при психотравмуючих ситуаціях.

Заходи щодо запобігання розвитку психосоматичних захворювань після виходу із зони воєнного конфлікту. Основні превентивні заходи щодо запобігання бойовому виснаженню. Основні заходи та рекомендації щодо запобігання суїцидам військовослужбовців. Перший рівень медико-психологічної допомоги. Бойові стресові стани. Організація проведення та принципи первинної профілактики та першої психологічної допомоги військовослужбовцям на догоспітальному етапі. Основні принципи та критерії діагностики посттравматичних стресових розладів і розладів адаптації. Немедикаментозне та медикаментозне лікування військовослужбовців з ПТСР. Другий рівень медико-психологічної допомоги. Третій рівень медико-психологічної допомоги.

12. Медико-психологічна реабілітація в рекреаційних та реабілітаційних закладах.

Принципи медико-психологічної реабілітації. Перелік узагальнених методик психодіагностики, психотерапії та психологічної корекції на етапах проведення медичної реабілітації. Психопрофілактична робота з військовослужбовцями зі складу групи посиленої психологічної уваги (ГППУ). Показання та протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців. Методи інтегральної оцінки реабілітаційного потенціалу та контролю ефективності відновлення функціонального стану людини. Дослідження адаптаційного резерву організму військовослужбовця за показниками варіабельності серцевого ритму. Дослідження статичної просторової стійкості (стабілографія). Дослідження електричної активності кори

головного мозку. Контроль ефективності відновлення функціонального стану в госпітальних умовах. Медико-психологічна діагностика пацієнтів з порушеннями когнітивних функцій. Критерії якості медико-психологічної (нейропсихологічної) діагностики.

Список використаних джерел

1. Основи військової психології : навч. посіб. / Г. В. Бон-дарев, П. П. Круть ; Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272 с. ISBN 978-966-610-054-5
2. Лісовський П. М., Лісовська Ю. П., Твердохліб Н. Г. Воєнно-медична ембріологія: стресостійкість сучасної Людини в Україні : навч. посіб. Київ : Видавництво Ліра-К, 2023. 170 с.
3. Стеблюк В. В. Та ін. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни : монографія / за загальною редакцією В. І. Цимбалюка. Київ, 2020. 307 с.
4. Білошицький В. І. та ін. Морально-психологічне забезпечення у збройних силах України : навчально-методичний посібник. Київ : КПП ім. Ігоря Сікорського, 2020. 138 с.
5. Осьодло В.І., Грилюк С.М., Тютюнник Л.Л.. Сучасний стан і перспективи психологічного забезпечення в Збройних Силах України. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2021. №1. С. 89-98.
6. Тютюнник Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. №2(55). С. 106-115.
7. Klymenko I., Karpenko Y., Mazur O., Bakuridze N., Zaitsev D. Problematic Aspects of Diagnosing Mental Disorders Among Military Personnel of the Armed Forces of Ukraine. *AD ALTA JOURNAL OF INTERDISCIPLINARY RESEARCH*. 2023. Vol. 13(2), Special Issue XXXVI. Pp. 44-51. URL: <https://doi.org/10.33543/130236>

Ганна Найдьонова,

кандидатка психологічних наук, доцентка,
доцентка кафедри психодіагностики та клінічної психології
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка,
м. Київ, Україна

ВІРА ЯК АДАПТИВНИЙ РЕСУРС У ПЕРЕЖИВАНІ ПСИХОТРАВМУВАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ

Війна в Україні, яка є надзвичайно потужною

психотравмувальною ситуацією, триває вже третій рік. Психологічною особливістю даного етапу переживання війни українцями є відчуття виснаженості, психологічної спустошеності. Саме тому важливим для підтримки психічного здоров'я та благополуччя є віднайдення внутрішніх ресурсів, які можуть допомогти адаптуватися до наявної життєвої ситуації.

У психології існують різні погляди на внутрішні ресурси особистості. Зокрема, С. Хобфол вважає, що особистісні ресурси допомагають людині адаптуватися до стресових ситуацій. До таких ресурсів він відносить зовнішні – соціальні та внутрішні – психологічні ресурси [6]. В позитивній психології під ресурсами розуміють сильні сторони характеру, що дають змогу реалізовувати чесноти [9]. Автори структурної моделі психологічного аналізу SCORE (Symptoms, Causes, Outcomes, Resources, Effects) (симптоми, причини, результати, ресурси, ефекти) Р. Ділтс із співавторами вважає, що ресурсом може бути все, що допомагає людині досягти відчуття щастя, впевненості, сили, які необхідні для розв'язання проблем [4].

Отже, ресурси – це все те, що людина використовує, щоб пристосуватися до умов середовища (фізичні, психологічні, соціальні ресурси тощо). О.С. Штепа вважає, що успішність подолання складних життєвих ситуацій безпосередньо залежить від розуміння власних ресурсів, вміння їх виявляти, від різноманітності, характеру і міри використання наявних і доступних ресурсів людини [3].

Перейдемо тепер до розгляду психологічної сутності феномену віри, що багатьма науковцями розглядається як адаптивний ресурс особистості до психотравмувальної ситуації. На думку О.Корнієнка, віра виступає умовою здійснення людського життя у всій можливій повноті, оскільки задає критерій людського існування, що виходить за межі окремої людини і всього людства. У якості такого критерію є поєднання в феномені віри раціональних і ірраціональних компонентів, релігійних та сциентичних основ [2].

Існує дуже багато підстав для виділення форм віри. Ми зупинимось лише на її двох формах: продуктивній та непродуктивній, які виділила Ю. Алексєєва [1]. *Продуктивна форма* формує позитивний погляд особистості на майбутнє і поточне життя, стимулює її тенденцію до самоактуалізації, сприяє активізації у неї внутрішніх ресурсів та особистісному зростанню. До продуктивної форми віри особистості дослідниця відносить такі види: 1) духовно-релігійна віра – в Бога, душу та її безсмертя, вічне життя, сенс існування, деструктивну дію смертних гріхів, карму, вищі сили, можливість існування сил Добра та Зла; 2)

інтерперсональна віра відображає систему цінностей, регулюючи міжособистісні взаємини; 3) аутоперсональна – віра в себе і власні можливості, зокрема в успішність, інтелектуальні здібності, вольові якості, фізичну привабливість, здоров'я, можливість без ечного існування, почуття власної гідності; 4) віра у соціальні цінності – майбутнє країни, принципи справедливості, соціальні ідеали, свободу слова і віросповідань, еталони мужності, патріотизму, краси, естетичні ідеали, демократичні права, факти історичних подій, моральні принципи організації суспільства, сім'ї та ін. *Непродуктивна форма* віри породжує ілюзорне сприйняття світу, що призводить до викривлення дійсності, блокуючи здатність особистості до розвитку та адаптації. Така форма пов'язана з тенденцією особистості до захисних стратегій у поведінці. До непродуктивної форми віри належать такі види: 1) містична віра – переконання особистості в присутності у реальному житті чаклунства, привороту, псування, пристріту, реінкарнації, пророцтв, існування духів, привидів, міфологічних істот, демонів, нечистої сили; 2) забобони – віра в потойбічні сили і прикмети, магічну дію талісманів, що викликано бажанням людини зазирнути в майбутнє, уникнути несприятливих ситуацій, втішити іншу людину; 3) ідолопоклонство – сліпе поклоніння хибним ав-торитетам, що породжує ілюзію їх надійності та володіння еталонними якостями, бачення їх джерелами відповідальності за своє життя і покладання на них усіх надій [1].

Отже, віра як психологічний феномен може носити як релігійний характер, так і не бути пов'язаною з релігійними переконаннями людини. Якщо говорити про релігійну віру, вона може носити характер або релігійної підтримки, або релігійного копінгу.

Дж. Бйорк виділив такі форми релігійного копінгу: позитивний копінг - працювати, щоб розв'язати проблему з Божою допомогою; покладатися на те, що людина вважає Божою волею; просити інших про молитву або молитись самому; збільшувати релігійну активність; позитивне переоцінювання (шукати шляхи, які Бог використовує, щоб повернути ситуацію на краще); негативний копінг - ставити під сумнів Божу любов чи силу; висловлювати злість по відношенню до Бога; відмовитись від релігійних друзів; негативне переоцінювання (розглядати негативні події як покарання за гріхи) [].

В. Фіала із співавторами віднесли релігійну підтримку до загальної підтримки, розрізняючи, що релігійна підтримка походить від концепції Бога, що є у людини (за наявності) та/або від тих, з ким людина розділяє цю віру. Вони встановили, що

релігійна підтримка пов'язана з позитивним психологічним функціонуванням навіть після контролювання соціальної підтримки. Вони показали, що релігійна підтримка походить не тільки від стосунків з іншими прихильниками даної релігії та релігійними лідерами, але й від суб'єктивних відносин із Богом [5].

Крім того, було виявлено, що релігійний копінг є часто помічним, але дезадаптивним як для дорослих, так і для підлітків (дає ілюзорний контроль над ситуацією). Емпіричні дані показали, що релігійна підтримка є унікальним ресурсом з більшими перевагами та наслідками загальної соціальної підтримки. Дослідники розглядає релігійну підтримку, яку відчуває людина, у якості адаптивного ресурсу (виходячи із доведеного факту, що соціальна підтримка спільноти виступає таким ресурсом для людини). Ними встановлено, що підтримка, яку людина відчуває від Бога, є визначальною для її психічного здоров'я та благополуччя [8].

Недарма у відомій моделі стресодолаання «BASIC Ph», розробленій М. Лахадом із колегами, яка дозволяє ідентифікувати, розвинути та навчитися ефективно використовувати власні ресурси нам може допомогти, одним із способів подолання кризових ситуацій є віра та цінності (Belief & values) [7]. Даний спосіб подолання кризи базується на вмінні вірити: це може бути віра в Бога, в людей чи в самого себе. Існування в житті людини сенсовної наповненості, системи життєвих цінностей, місії, віри є джерелом, з якого людина може почерпнути сили у складних ситуаціях.

Саме тому віра з її релігійними та психологічними компонентами, релігійна підтримка вимагають свого подальшого як теоретичного, так і емпіричного вивчення з метою застосування в процесі надання психологічної підтримки різним категоріям населення в умовах війни (цивільному населенню, діючим військовослужбовцям, ветеранам, особам, що зазнали фізичних ушкоджень та тортурів тощо).

Список використаних джерел

1. Алексеєва Ю. Класифікація форм і видів віри особистості. Проблеми сучасної психології. 2015. Вип. 28. С. 21-35.
2. Корнієнко О. М. Феномен віри у контексті світоглядних засад людини / Світогляд – Філософія - Релігія: зб. наук. пр. Суми: Сумський державний університет, 2018. Вип. 13. С. 117-123.
3. Штепа О.С. Особливості зв'язку психологічної та персональної ресурсності особистості. Проблеми сучасної психології. 2013. Вип. 21. С. 782-791.
4. Dilts R.B., Epstein T., Dilts R. W. Tools for Dreamers: Strategies

for Creativity and the Structure of Innovation. Dilts Strategy Group, 2017. 428 p.

5. Fiala, W. E., Bjorck, J. P., & Gorsuch, R. The Religious Support Scale: Construction, validation and cross-validation. *American Journal of Community Psychology*, 2002, 30(6), 761–786. <https://doi.org/10.1023/A:1020264718397>

6. Hobfoll, S. E., & Lilly, R. S. Resource conservation as a strategy for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 21(2), 1993. P. 128–148.

7. Lahad, M., & Leykin, D. (2013). The Integrative Model of Resiliency –The «BASIC Ph» Model, or What Do We Know about Survival? The «BASIC Ph» Model of Coping and Resiliency Theory, Research and Cross-Cultural. London, UK and Philadelphia, USA: Jessica Kingsley, 11-32

8. Maynard L., Gorsuch R., Bjorck J. Religious Coping Style, Concept of God, and Personal Religious Variables in Threat, Loss, and Challenge Situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 2002, 40(1): 65 – 74.

9. Peterson, C., & Seligman, M. Character strengths and virtues a handbook and classification. Oxford University Press, 2004.

Наталія Погорільська

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри загальної психології
факультету психології Київського національного
університету імені Тараса Шевченка,
м. Київ, Україна

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЕКЗИСТЕНЦІЙНИХ ПРАКТИК ПІДТРИМКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

Дослідження в межах наукової теми «Соціально-психологічні стратегії формування здорового способу життя особистості в умовах суспільної нестабільності» здійснювалось співробітниками відділу соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології. Під час дослідження розкривалась проявленість окремих аспектів реалізації стратегій промоції здорового способу життя. Конкретне повідомлення стосується вивчення екзистенційні практики підтримки психологічного здоров'я особистості в умовах війни і включала в себе духовність та саморозвиток.

За допомогою Google Forms здійснювався збір відповідей впродовж вересня 2023 р. січня 2024 р. Вибірка в цілому включає 6042 особи. Серед респондентів переважають чоловіки, складаючи 60% вибірки. Участь у дослідженні приймали особи чотирьох вікових груп: від 16 до 24 рр. – 494 особи (8,2 %), від 25 до 44 рр. – 4202 (69,5%), від 45 до 64 рр. – 1309 (21,7 %) і 37 осіб (0,6%), вік яких є більшим за 65 р. (до 77 років).

У гуглформі учасникам опитування було запропоновано наступний перелік духовних практик: читаю духовну літературу, комунікую зі своїм духовним наставником, переглядаю / слухаю програми про духовність, беру участь у житті духовних громад (напр., відвідую церкву), дотримуюсь духовних ритуалів, молюся, наставляю інших. До цього переліку досліджувани могли додати і свій варіант. Практики саморозвитку включали: будую плани, ставлю цілі, розширюю свої знання (напр., читаю спеціалізовану літературу), удосконалюю вміння / навички (напр., граю на музичному інструменті), веду щоденник особистого досвіду, займаюся тілесними практиками, застосовую вправи на візуалізацію, використовую дихальні практики, медитую, практикую майндфулнес. Як і з духовними практиками, досліджувани могли обрати декілька варіантів відповіді, а також могли вказати свій варіант.

За допомогою таблиць спряження та коефіцієнту χ^2 було встановлено, що є статистично значиме співвідношення у розподілі обрання духовних практик та практик саморозвитку у осіб різних вікових груп.

Таблиця 1

Вікові особливості духовних практик підтримки психологічного здоров'я

<i>Духовні практики</i>	<i>16-24 рр.</i>	<i>25-44 рр.</i>	<i>45-64рр.</i>	<i>65-77рр.</i>
Читання духовної літератури	23%	18%	15,4 %	13,5 %
Комунікую зі своїм наставником	9,1%	4,7%	5,3%	5,4%
Переглядаю/слухаю програми про духовне	17 %	12,7 %	17,4%	24,3%
Дотримуюсь духовних ритуалів	8,7%	13,3%	15,3%	8,1%
Молюсь	24,5%	37,4%	42,1%	35,1%
Нічого не роблю	9,3%	5,3%	4,6%	8,1%
Роблю щось інше	3%	1,2%	1,2%	0

Не вірю	3,8%	2%	1,5%	5,4%
Відсутня відповідь про питання духовності	4,3%	3%	1,8%	2,7%

Отже, для осіб 16-24 рр. найбільш особливостями застосування духовних практик є читання духовної літератури, комунікація зі своїм наставником, відсутність духовних практик як таких, застосування якихось інших духовних практик (а не тих, які були запропоновані в переліку). Представники цього вікового періоду загалом використовували декілька технік. Також саме представники цієї вікової категорії найчастіше відмовлялись відповідати на ці запитання.

Вікова група 25-44р. має лише одну особливість – саме представники цієї групи найменше в цілому спілкуються зі своїм наставником.

Особи вікового періоду 45-64 р. найбільше серед усіх представників різних вікових періодів дотримуються духовних ритуалів, звертаються до молитви. Саме представники цієї вікової групи найменше вказували, що вони нічого не роблять серед духовних практик і найменше відмовлялись відповідати на запитання щодо застосування тих чи інших духовних практик.

Віковий період 65-77 років характерний тим, що представники цієї вікової групи найчастіше передивляються чи прослуховують програми про духовне, найменше читають духовну літературу, дотримуються духовних ритуалів. Цікавим є той факт, що саме серед представників цієї вікової групи найбільше людей, які вказали, що вони не вірять: у Бога, духовність, тощо.

Не встановлено статистично значимої різниці у практиці «беру активну участь у житті громади» та «наставляння інших»: однаковий відсоток учасників групи різних вікових періодів відвідують церкви чи по іншому приймають активну участь вжитті громади (в середньому 14 %) і наставляють інших (в середньому 8% вибірки).

Таблиця 2

Вікові особливості практик саморозвитку підтримки психологічного здоров'я особистості в умовах війни

<i>Практики саморозвитку</i>	<i>16-24 рр.</i>	<i>25-44 рр.</i>	<i>45-64рр.</i>	<i>65-77рр.</i>
побудова планів, постановка цілей	81,8%	81,1%	75,7%	62,2%

розширення своїх знання (напр., читання спеціалізованої літератури)	42,7%	29,6%	35,1%	48,6%
удосконалення вмінь / навичок (напр., гра на музичному інструменті)	34%	13,2%	10,4%	8,1%
ведення щоденника особистого досвіду	7,1%	2,3%	1,8%	5,4%
зайняття тілесними практиками	10,7%	4,5%	6,7%	8,1%
застосування вправ на візуалізацію	11,9%	3,4%	4,1%	3,5%
використання дихальних практик	7,9%	4%	7,6%	13,5%
медитація	7,1%	4,3%	6,3%	10,8%
практикування майндфулнесу	2,2%	1,2%	2,4%	0

Вікова група осіб 16-24 рр. найчастіше за представників інших вікових груп будує плани, ставить для себе цілі, займається вдосконаленням своїх вмінь та навичок. Саме ця вікова група найчастіше використовують практику ведення щоденнику особистого досвіду, займаються тілесними практиками, використовують практики на візуалізацію та практикують майндфулнес.

Вікова група 25-44 рр. надає перевагу побудові планів та реалізації цілей. У порівнянні з іншими віковими групами найменше звертаються до розширення своїх знань, тілесних практик, вправ на візуалізацію, дихальних вправ, медитацій.

Вікова група 45-64 рр. вже менше, у порівнянні з молодшими групами, звертається до побудови планів та реалізації цілей, найменш за всіх звертається до ведення щоденників особистого досвіду.

Представники вікової групи 65-77 рр. найменш практикують побудову планів та реалізації цілей, застосовують вправи на візуалізацію та практикують майндфулнес та

вдосконалення своїх навичок. Найчастіше звертаються до практик розширення знань, дихальних практик та медитацій. Досить часто ведуть щоденники особистого досвіду застосовують тілесні практики.

Представники усіх вікових груп однаково (в середньому 1% представників кожної вікової групи) вказують, що нічого не застосовують в якості практик саморозвитку і також в середньому 0,2% кожної вікової групи вказали інші практики саморозвитку.

Встановлено, що молодші вікові групи застосовують (вказують про це) більшу кількість практик саморозвитку.

Отже, як бачимо, вік особистості має значення у застосуванні екзистенційних практик підтримки психологічного здоров'я особистості в умовах війни.

Валентина Кротенко,

кандидатка психологічних наук, доцентка,
доцентка кафедри спеціальної психології та медицини,
психологиня ГО «Українська посмішка»,
Український державний університет
імені Михайла Драгоманова,
м. Київ, Україна

ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З САМОУШКОДЖУЮЧОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Self-harm або самоушкоджуюча поведінка – це навмисне нанесення тілесних пошкоджень самому собі, причиною чого є внутрішні психологічні проблеми, які не несуть загрози самогубства.

Самоушкодження у підлітковому віці на сьогоднішній день є епідемією серед молоді. За статистикою, більше 10% підлітків і 4% дорослого населення ушкоджували себе у певний момент свого життя. Частина з них робила це декілька разів. Для інших – це поведінка, яку складно контролювати. При цьому самоушкоджуючу поведінку може практикувати будь-хто – немає певного типу людей, які завдають собі шкоду. Вік варіюється від 4 до 60+. Поширеність селфхарму серед чоловіків і жінок однакова, але різні методи самоушкодження. Хлопці частіше б'ють себе і обпалюють, а дівчата, як правило ріжуть і дряпають. 65% випадків починаються у віці до 17 років, середній вік 12-16 років. Доведено зв'язок самоушкоджуючої поведінки із «соціальним очікуванням», тобто, якщо один демонструє свої шрами у

соціальних мережах, то ця тема починає розкручуватись і романтизуватись і виникає велика ймовірність того, що незріла психіка підлітка прийме цей паттерн поведінки.

Але важливо зазначити, що самоушкоджуюча поведінка спостерігається не лише у підлітків. Самоушкодження характерні також для:

- ув'язнених, біженців і ветеранів військової служби;
- геїв, лесбіянок, бісексуалів та трансгендерів – це може бути наслідком стресу через упереджене ставлення та дискримінацію;
- компанії молодих людей, які завдають собі пошкоджень разом;
- наявність друга, який скоює селфхарм, також може підвищити ризик включення у цей процес;
- люди, яким мало приділяли уваги або ті, які зазнали фізичного, емоційного або сексуального насильства у дитинстві.

Самоушкодження на деякий час дає людині відчуття контролю і послаблює відчуття напруги та страждання. Людина, яка відчуває вину, користується селфхармом як способом покарати себе і у такий спосіб позбавляє себе негативних почуттів. Основна функція самоушкоджуючої поведінки полягає в тому, щоб: позбутися душевного болю і перевести його в тілесний (доведено, що при самоушкодженні виділяється ендорфін у головному мозку, який діє як знеболююче); вийти із стану емоційного оніміння (хоч щось відчувати); покарати себе; запобігти суїциду; зняти пік напруги, отримати приємний емоційний стан; висловити протест, відстояти свою автономію («моє тіло, що хочу, те і роблю»; належати групі, якщо така поведінка заохочується і романтизується. Небезпека криється в тому, що внаслідок регулярного систематичного самоушкодження може розвинутилась залежність від такої поведінки і перейти у спосіб отримання задоволення; формується звичка вирішувати проблеми через самоагресію; формується поведінкова модель способу вирішення проблем, яка впливатиме на усю життєдіяльність; самоушкодження стає способом реагування на будь-яку стресову ситуацію – легше нанести ушкодження самому собі, аніж знайти конструктивне рішення; ненавмисне самогубство.

Таку поведінку не можна ігнорувати, не слід панікувати, звинувачувати себе; критикувати; надмірно опікати; не знецінювати її почуття. Найважливіше і найдієвіше, що ми можемо зробити – це СЛУХАТИ людину без осуду та не висловлювати критичних суджень. Ефективним і дієвим способом подолання селхарму буде звернення до сімейного лікаря, який запропонує допомогу з урахуванням індивідуальних

проблем, уподобань і доступності певної допомоги у місті. Зазвичай це буде психологічна допомога – ймовірно, що досить ефективною є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), а також поєднання терапії методом розв'язання проблем із КПТ. У будь-якому випадку дієвими **інструментами надання психологічної допомоги** особам з саоушкоджуючою поведінкою будуть наступні:

Дослідити механізм свого селфхарму. Це допоможе дізнатися, як і коли народжується бажання заподіяти собі шкоду. Важливо навчитися розпізнавати тригери (це можуть бути люди, ситуації, відчуття й емоції) та усвідомити бажання заподіяти собі шкоду. Воно може виявлятися через фізичні відчуття, прискорене серцебиття, сильні емоції (наприклад, смуток чи злість), відчуття втрати зв'язку із собою, заціпеніння, повторювані думки, нездорові рішення (наприклад, піти з головою в роботу, щоб нічого не відчувати). Якщо будь-яка з цих ознак є тригером, відслідкуйте й запишіть її. Це допоможе в майбутньому впоратись із селфхармом.

Знайти те, на що можна відволіктися. Це основний прийом самопомоги при селфхармі. Люди відволікають себе по-різному і універсальних способів майже не існує. Причому відволікатися від гніву – не те саме, що відволікатися від страху, тому краще мати різні стратегії під різні ситуації. Це може бути, наприклад, позитивна книга або альбом для скрапбукінгу, в якому можна відмічати все, що робить людину щасливою.

Вести щоденник. Аби виявити закономірності самоушкоджувальної поведінки, корисно вести щоденник та записувати, що було до, під час і після кожного епізоду. Щоправда, ведення щоденника можуть супроводжувати важкі переживання. Якщо ви все ж готові спробувати цю техніку, обов'язково зробіть щось приємне після записів або зверніться за підтримкою до того, кому довіряєте.

Відкладати селфхарм. Іншою технікою супротиву селфхарму може бути відкладання – почекайте 5 хв. Це не завжди просто. І якщо бажання нашкодити собі залишається, то дозвольте цьому статися. Спробуйте збільшити час відстрочення і перерви між ними.

У довгостроковій перспективі варто дослідити причини селфхарму. Це може допомогти знайти іншу поведінку на заміну самоушкоджувальній. Для того, щоб допомогти собі позбавитись самоушкоджувальної поведінки важливо приймати свої емоції, працювати над самоприйняттям, дбати про своє здоров'я, спробувати зрозуміти свою поведінку, просити про допомогу.

Просити про допомогу буває складно, особливо якщо боїтеся засудження чи відмови. Нагадуйте собі, що всі іноді потребують підтримки і просити про допомогу – це нормально. Коли ви будете готові, виберіть того, кому довіряєте, і розкажіть йому про свої почуття. Це може бути друг, хтось із родини, психолог-консультант або лікар. Пам'ятайте, тільки ви вирішуєте, що розповідати, а про що промовчати. Буває корисно зробити список контактів людей, організацій чи сайтів, де ви можете знайти допомогу, коли буде тяжко. Це дасть упевненість, що ви не самі. На жаль, не існує магії чи швидкого способу позбутися селфхарму. Зміни потребують часу, а відкати майже неминучі. Нормально після прогресу на деякий час повернутися до старої поведінки. Якщо таке сталося із вами, нагадайте собі: це не невдача, а частина процесу позбавлення від самоушкоджувальних дій.

Список використаних джерел

1. Polk, Erin & Liss, Miriam. (2009). Exploring the motivations behind self-injury. *Counselling Psychology Quarterly*. 22. 233-241. [10.1080/09515070903216911](https://doi.org/10.1080/09515070903216911).
2. Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* (London, England), 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
3. Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet* (London, England), 383(9923), 1147–1154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62118-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2)
4. Bergman, B. P., Mackay, D. F., Smith, D. J., & Pell, J. P. (2019). Non-fatal self-harm in Scottish military veterans: a retrospective cohort study of 57,000 veterans and 173,000 matched non-veterans. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(1), 81–87. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1588-9>
5. Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of affective disorders*, 191, 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043>
6. Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(8), 740–750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)
7. Самоушкоджуюча поведінка. URL: <https://sutura.org.ua/unsorted/samoushkodzhuiucha-povedinka/>

Костянтин Ковальов,
старший науковий співробітник,
Український науково-дослідний інститут
спеціальної техніки та судових експертиз
Служби безпеки України,
м. Київ, Україна

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ ПРОТИ УКРАЇНИ

Третій рік українці змушені жити в реаліях повномасштабного вторгнення росії в Україну. Мільйони наших громадян постійно стикаються з такими проблемами, як: невщухаючі повітряні тривоги, вибухи від ракетних атак, загибель рідних людей, втрата майна, полон та каліцтва, розлука в парах та розрив сімейних стосунків, негативні новини із засобів масової інформації, втрата роботи або бізнесу, втрата надії та віри у майбутнє тощо. Також, нашим військовим на передовій доводиться часто в нелюдських умовах виконувати різноманітні бойові завдання із захисту нашої держави.

В таких умовах люди постійно переживають стресові ситуації, в наслідок чого знаходяться в напруженому психоемоційному стані.

Страшні події, які зараз відбуваються в нашій країні, викликають страх, тривогу, розпач, гнів та в цілому негативно впливають на загальний психологічний стан громадян.

За словами міністра охорони здоров'я Віктора Ляшка, російська агресія вплинула на психологічний стан близько 14 мільйонів українців.

"Війна має значний вплив на психоемоційний стан, і ми розцінюємо, що десь близько 14 мільйонів українців відчувають вплив війни на свій психоемоційний стан. Велика кількість з них потребуватиме психологічної підтримки. Й найперше, що ми хотіли б, аби люди робили, — це не шукали психологів, адже не завжди їх можна знайти в населеному пункті, де вони проживають, а мали доступ до психологічної підтримки", — зазначив Віктор Ляшко [1].

Прагнення громадян вижити в умовах воєнного стану змушує їх знаходити в собі сили для створення планів на майбутнє, кохання, народження дітей, надання допомоги іншим долати негаразди.

В той час ми розуміємо, що не можемо контролювати та впливати на деякі негативні події, які без сумніву впливають на наш психологічний та емоційний стан.

За дослідженням з оцінки психічного стану наших громадян, який нещодавно проводив офіс Першої леді (Олени Зеленської), отримано таку статистику: «50% українців перебувають у зоні ризику появи різноманітних психічних розладів, відповідно 40-50% осіб потребуватимуть психологічної чи психіатричної допомоги. Фактично, це кожна друга людина. Маємо сказати, що всі ці проблеми можуть бути дуже широкими. Як наслідки тривалих стресів, які позначаються на фізичному і психічному здоров'ї, або загострення наявних проблем. Це не означає, що в один прекрасний момент ми всі збожеволіємо. Це означає, що ми просто стаємо більш вразливими, і нам треба думати, як подбати про себе» [2].

Своєчасна психологічна підтримка людей під час повномасштабної війни допоможе розпізнати проблему та знайти варіанти її вирішення, подолати тривогу та негативний емоційний стан. Психологічної допомоги потребують не лише громадяни які пережили окупацію, полон, поранення, а й ті хто проживає на відносно мирній території.

Зазначимо, що єдиний психологічний підхід до роботи з постраждалими людьми відсутній, в кожному окремому випадку необхідно вирішувати проблему індивідуально.

В той же час, з метою покращення емоційного стану українців під час війни, запобігання загостренню психологічних проблем та недопущення їх переходу до хронічної стадії, психологи рекомендують: знаходити час на перегляд фільмів, займатися спортом, прослуховувати музику, частіше перебувати на свіжому повітрі та й взагалі займатися звичайними рутинними справами тощо.

Загальний спектр методів і підходів, спрямованих на підтримку психічного здоров'я та покращення емоційного благополуччя громадян, містить: емоційну підтримку, навчання способам подолання стресу і труднощів, використання різних психотерапевтичних методів, проведення групових занять, розробку та впровадження програм з попередження психологічних травм та підвищення рівня психологічної стійкості. Така комплексна психологічна допомога дозволить подолати емоційні труднощі, відновити психологічний стан та знайти внутрішні ресурси людини для подальшого життя.

Також, громадяни можуть отримати й дистанційну психологічну допомогу: групову чи індивідуальну онлайн-консультацію, за телефоном або за допомогою спеціального чат-бота.

Отже, психологічна допомога під час війни допомагає людям не лише справлятися з емоційними травмами, а й знаходити сенс і радість життя.

Список використаних джерел

1. Ляшко В. 14 млн українців потребують психологічної допомоги через війну. URL: <https://suspilne.media/357122-14-mln-ukrainciv-potrebuut-psihologicnoi-dopomogi-cerez-vijnu-viktor-lasko/> (дата звернення: 03.04.2024).

2. «Фактично, це кожна друга людина»: скільки українців потребують психологічної допомоги під час війни. URL: <https://ukr.radio/news.html?newsID=101074> (дата звернення: 03.04.2024).

Ірина Мартиненко, докторка психологічних наук,
доцентка, професорка кафедри логопедії та логопсихології
координаторка ГО «Українська посмішка»;

Ганна Афузова, кандидатка психологічних наук,
доцентка, доцентка кафедри спеціальної психології та
медицини

психологиня ГО «Українська посмішка»;

Валентина Кротенко, кандидатка психологічних наук,
доцентка, доцентка кафедри спеціальної психології та
медицини,

психологиня ГО «Українська посмішка»,

Український державний університет

імені Михайла Драгоманова,

м. Київ, Україна

ШЛЯХИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ ПРИФРОНТОВИХ ОБЛАСТЕЙ (З ДОСВІДУ РОБОТИ ГО «УКРАЇНСЬКА ПОСМІШКА»)

Загострення воєнної агресії з боку росії на території України є тим варіантом травмівної кризи, яка порушує психоемоційний стан усіх, хто прямо чи опосередковано залучений у цю складну життєву ситуацію. Найбільшою мірою від подібного психотравмівного впливу страждають діти, яким притаманні емоційна незрілість, соціальна і психологічна залежність від дорослих, невміння повно і критично оцінювати ситуацію, що склалася, та прогнозувати її можливі наслідки тощо, що, відповідно, обумовлює відсутність у дітей достатнього досвіду для самостійного формування конструктивних копінг-стратегій у суб'єктивно складних життєвих обставинах.

ГО «Українська посмішка» у тісній співпраці з БО «100% життя» та за підтримки Українського гуманітарного фонду з серпня 2023 року реалізує проєкт «Надання цифрових інструментів для подолання відставання у навчанні, соціально-емоційного розвитку та оцінки стану психічного здоров'я для найбільш вразливих 35000 дітей у сільській місцевості», який охоплює 400 закладів загальної середньої освіти Донецької, Запорізької, Миколаївської, Херсонської, Дніпропетровської та Харківської областей. Поряд з основним завданням проєкту – надолуження знань з рідної мови для учнів 1-4 класів з допомогою цифрового підручника eKidz.eu – перед освітньо-психологічною командою ГО «Українська посмішка» стало завдання забезпечити освітян потужним контентом з соціально-емоційного навчання та психосоціальної підтримки учнів молодшого шкільного віку в умовах ескалації воєнного конфлікту. Основний акцент уваги був зроблений на особі «безпечного» дорослого, якими для дитини виступають батьки та педагоги – значущі дорослі з її найближчого мікросоціального оточення.

У контексті підтримки ментального здоров'я молодших школярів в умовах освітнього середовища психосоціальна підтримка визначається як варіант «будь-якого типу локальної або зовнішньої підтримки, що спрямована на захист чи сприяння психосоціальному благополуччю та/або запобігання чи лікування психічних розладів» [1, с. 11]. При цьому важливо змістити фокус уваги з наявних розладів психосоціального функціонування особистості в умовах суб'єктивно складної життєвої ситуації на її власні ресурси, які здатні сприяти збереженню чи відновленню психічного здоров'я і психосоціального благополуччя.

Наслідки сучасної пермакризи (пандемія COVID-19, реалії воєнного стану в Україні, що зумовили дистанційну форму навчання або перебування на потенційно небезпечних для здоров'я та життя територіях) посилити розрив прямого контакту із фахівцем психологічного профілю, що підвищує ризик несвоєчасного виявлення потреб дитини у психологічній допомозі. Перед нашою командою постало завдання розробки легкого та зручного для учнів і педагогів психодіагностичного інструментарію для виявлення дітей групи ризику погіршення психічного здоров'я внаслідок перебування у суб'єктивно складній життєвій ситуації. Важливим аспектом цього завдання була вимога доступності у використанні цього скринінгового психодіагностичного інструменту фахівцями неклінічного профілю (педагогами, соціальними педагогами та психологами) у закладі загальної середньої освіти. Так з'явився опитувальник «Анкета дружби». Даний опитувальник не може розглядатися як

самостійний діагностичний інструмент, він допомагає у швидкий та екологічний спосіб серед учнів початкової школи виявити тих, хто демонструє підвищену схильність до психотравматичного стресового реагування, та залучити таку дитину у спеціально організовану систему психологічної допомоги – від поглибленого обстеження до спрямування її до вузькопрофільних фахівців. В основу «Анкети дружби» покладено симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), притаманні дітям вказаної вікової категорії відповідно до ознак ПТСР за DSM-V [3]. Перевагою цього опитувальника, на відміну від іноземних аналогів, є його простота для розуміння дітьми молодшого шкільного віку, а також «екологічність» – відсутність яскраво виражених ретравматизуючих вербальних конструкцій.

Задля забезпечення системності у здійсненні психосоціальної підтримки учнів початкової школи важливим компонентом є впровадження програми психологічної підтримки учнів на уроках, яка передбачає застосування відповідних технік і вправ – «Хвилинок психічного здоров'я» на різних етапах освітнього процесу. Мета програми передбачає збереження та відновлення психічного здоров'я учасників освітнього процесу у складних життєвих ситуаціях; розвиток компетентностей «безпечних» дорослих (педагогічних працівників, практичних психологів, соціальних педагогів, батьків) з надання психологічної підтримки дітям молодшого шкільного віку та створення середовища, що сприяє здоровому розвитку та благополуччю. Запропонована програма орієнтована на психоедукацію, змістом якої є засвоєння знань про можливості збереження та відновлення психічного здоров'я у складних життєвих ситуаціях. Провідними завданнями програми психологічної підтримки учнів початкової школи ми визначили: 1) сприяння усвідомленню особистої відповідальності за власне життя, здоров'я, емоції та дії; зміну внутрішніх установок щодо реагування на стресові ситуації; 2) промоцію психічного здоров'я та превенцію психічних розладів; 3) розвиток навичок резильєнтності, засвоєння навичок зниження психічної напруги та відновлення до ресурсного стану. При цьому цільовою аудиторією, на яку спрямована згадана вище програма, є не лише учні та учениці початкової школи, а й інші учасники освітнього процесу – педагогічні працівники, практичні психологи, соціальні педагоги, батьки. Під час реалізації програми психологічної підтримки дітей молодшого шкільного віку актуалізуються основні складові резильєнтності:

1. Базова позитивна життєва позиція.
2. Оптимістична налаштованість, життєстійкість, самоефективність.

3. Навички та якості, що допомагають розв'язанню проблем.
4. Соціальні зв'язки, стосунки з оточенням, здатність надавати та отримувати допомогу.
5. Автономія, самостійність, самоконтроль.
6. Наявність прагнень та орієнтація на майбутнє [2, с. 13].

Практичний інструментарій з розвитку навичок збереження та відновлення психічного здоров'я в учнів початкової школи у складних життєвих обставинах, поданий у програмі, передбачає рекомендації з організації повсякденної активності дитини (загальні рекомендації для самозбереження психічного здоров'я); залучення в освітній процес занять творчістю як універсального прийому самодопомоги; дихальні вправи, а також тілесні вправи (вправи на розслаблення; заземлення; емоційний інтелект). Запропоновані вправи покликані навчити дитину навичок резильєнтності – здатності людини «відновитися до «достресового» стану після стресових і травмивних ситуацій за допомогою особистісних ресурсів» [4, с. 13] – з метою збереження та відновлення їхнього психічного здоров'я. Також вони будуть корисні й дорослим учасникам освітнього процесу (педагогам, психологам, батькам) для опанування навичок зниження психічної напруги та відновлення до ресурсного стану

Список використаних джерел

1. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ: Університетське видавництво ПУЛЬСАРИ, 2017. 218 с.
2. Психосоціальна підтримка учасників освітнього процесу: навч.-метод. посіб. / Андрєєнкова В. А., Войцях Т. В., Гриців І. П., Мельничук В. О., Сабліна Н. О., Флярковська О. В., Харківська Т. А. Київ, 2023. 149 с.
3. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. 112 с.
4. Чиханцова О., Гуцол К. Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19 : практичний посібник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2022. 128 с.

Іван Клименко

кандидат психологічних наук
в.о. завідувача кафедри медичної психології Інституту
медичних та фармацевтичних наук,
ПрАТ «ВНЗ «МАУП»,
доцент кафедри психології
Зігмунд Фройд Університет Україна,
м. Київ, Україна

Марія Галадза

студентка кафедри медичної психології Інституту медичних
та фармацевтичних наук, ПрАТ «ВНЗ «МАУП»
м. Київ, Україна

МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ

За даними Міністерства охорони здоров'я, котрі були оприлюднені станом на червень 2022 року, внаслідок повномасштабної війни кваліфіковану психологічну допомогу потребуватимуть близько 15 мільйонів громадян України, серед них 3-4 мільйони матимуть необхідність в фармакологічній терапії пов'язаній з необхідністю нівелювання симптомів викликаних порушенням психічного здоров'я. Поява симптоматики загального виснаження людського організму під час воєнного стану в країні, напряму пов'язана з виникненням дистресу, який призводить до стійких морфологічних та функціональних змін систем органів на заключних стадіях. Основоположником теорії про стрес є канадський фізіолог Г. Сельє, який визначив стрес – як неспецифічну відповідь організму на будь-яку висунуту до нього вимогу, на подразник надсильної дії. Окремо, під поняттям травматичний стрес варто вважати форму загальної стресової реакції особистості, для якої характерна дія подразника, що спричиняє надмірне навантаження на організм людини, тобто таке, яке не відповідає адаптаційним можливостям людини. Серед основних характеристик травматичного стресу виділяють:

1. Усвідомлення людиною події, що відбулась та залежності від неї деструктивних змін власного психічного стану;
2. Наявність зовнішніх факторів, котрі впливають на психофізіологічний стан;
3. Ситуація, котра відбулась супроводжується переживанням жаху та стану безпорадності;
4. Вимушені зміни звичного способу життя, спровоковані впливом комплексу стресогенних факторів травматичної

ситуації. До подібних стресорів також відносять: стихійні лиха, бойові диверсії, терористичні акти, тортури, полон, насильство тощо [2].

Під час переживання травматичної події виникає гостра реакція на стрес, середня тривалість якої коливається в діапазоні 3-4 днів після припинення дії стресора що проявляється згасанням або ж повним зникненням симптоматики [1]. Гостра стресова реакція потребує чіткої диференціації зі стресовим розладом, котра полягає у визначенні часових меж тривалості стану та інших клінічних проявів. В окремих випадках гостра стресова реакція може переходити в посттравматичних стресовий розлад, проте не завжди [4]. Для гострого стресового розладу характерна наявність таких ознак: дисоціація, гіперзбудження, уникання, репереживання [1]. Встановлення діагнозу гострий стресовий розлад ґрунтується на таких клінічних критеріях:

1. Особа пережила травматичну ситуацію, котра супроводжувалась загрозою для здоров'я або ж життя для людини особисто або ж для близьких їй людей; повторюваність переживання події подібній до вищезазначеної травматичної ситуації.

2. Наявність мінімум дев'яти з перелічених симптомів: нав'язливі травматичні спогади; стійкість симптомів; постійне програвання спогадів та мрій пов'язаних з травмою; посилення симптомів психічних або ж фізичних розладів у відповідь на тригер пов'язаний з травмою; стійкість негативних емоційних переживань; неспроможність повноцінно переживати позитивні емоції; дисоціативні симптоми; дереалізація та деперсоналізація; прогалини в спогадах при спробі відтворити хронологію травматичної події; унікаюча поведінка; збудження, що проявляється в тому числі порушенням циклу сон-неспанья; агресія; розлади уваги.

3. Стан викликаний травмуючою подією має значний деструктивний вплив на соціальне життя індивіда;

5. Тривалість симптомів від 3 діб до одного місяця, від моменту травматичної події;

6. Симптоматичні прояви не пов'язані із вживанням психоактивних речовин, лікарських засобів або ж з іншими психічними розладами[3].

Перша психологічна допомога за ВООЗ – це комплекс заходів психологічної підтримки та практичної допомоги особам, котрі переживають страждання або ж мають потребу в чомусь, внаслідок впливу на них стресового фактору надмірної сили дії. Психологічні інтервенції об'єднали в чотирьохрівневу піраміду:

1. Перший рівень – комплекс заходів спрямованих на допомогу задоволення базових потреб, в тому числі потреба в їжі, безпеці, медична допомога;

2. Другий рівень – соціальна допомога та підтримка, спрямована на відновлення відчуття приналежності до групи, громади, культури.

3. Третій рівень – неспеціалізована сфокусована підтримка, метою якої є подолання наслідків деструктивного впливу стресора на психічний стан постраждалого. Для надання допомоги на цьому етапі рекомендована долучати спеціалістів та волонтерів з відповідними знаннями та навичками в сфері психології.

4. Четвертий рівень – спеціалізовані клінічні послуги. На цьому рівні допомогу надають кваліфіковані спеціалісти з необхідною освітою медичного або ж психотерапевтичного профілю [3].

Основне завдання з приводу поліпшення системи надання домедичної психологічної допомоги полягає в активній розробці системи освітніх послуг для фахівців спрямованих на отримання базових знань з надання психологічної допомоги при стресових розладах, та подальша загальна просвітницька діяльність серед населення; організація чіткої та прозорої системи інформування населення про чинники ризику, алгоритми дій в умовах війни; покращення доступності кваліфікованої медичної та психологічної допомоги постраждалим; організація курсів підвищення кваліфікації працівників психологічної служби, спрямованих на засвоєння короткострокових програм немедикаментозної терапії, технік експрес-допомоги постраждалих під час війни, формування психологічної підтримки шляхом служби «телефону довіри» тощо; впровадження психологічної реабілітації для військових котрі знаходяться на першій лінії фронту, в тому числі для військових медиків; формування реабілітаційних центрів основна мета яких поліпшення психічного та фізичного стану військового, попередження інвалідизації та виникнення психічних розладів асоційованих стресом [5].

Список використаних джерел

1. Періг І. Психологічна допомога при гострому переживанні травмуючих подій війни. *Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки*: збірник тез III Міжнародної наукової конференції, 20-21 квітня 2023 р./упоряд. Криськов А.А., Габрусєва Н.В. Тернопіль: ФОП Паляниця ВА, 2023. 168 с. С. 23-25.

2. Меланченко Н. М. Психологічні особливості гострого стресового розладу у дорослих : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник Ю. В. Железнякова. Запоріжжя : ЗНУ, 2022. 65 с.
3. Моргунов О. А. та ін. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практ. посіб. / за заг. ред. О. А. Моргунова. Харків: ХНУВС, 2022. 84 с.
4. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Турубарова А. В. Посттравматичний стресовий розлад: стан проблеми, психодіагностика та психологічна допомога. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2022. № 2(58). С. 51-63.
5. Олійник Ю. О., А. С. Романів, Параняк Н. М. Домедична психологічна допомога в умовах війни. *Габітус*. 2022. Вип. 37. С. 174–179.

Вероніка Іванченко

психологиня Софіївсько-Борщагівської гімназії,
м. Київ, Україна

Зоя Огороднійчук

кандидат психологічних наук, професор,
професор кафедри спеціальної психології та медицини,
Український державний університет
імені Михайла Драгоманова,
м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПІДЛІТКІВ З ЕМОЦІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Діагностика підлітків з емоційними порушеннями є важливою сферою психологічних досліджень, яка має величезне значення для розуміння та вирішення проблем їх психічного здоров'я. Емоційні порушення у підлітків можуть мати певні наслідки для їх загального благополуччя, включаючи академічну успішність, соціальні взаємодії. Тому пізнання диференційної діагностики емоційних порушень має важливе значення для розробки ефективних досліджень.

Підлітковий вік є періодом значного емоційного розвитку, і наявність емоційних порушень може серйозно вплинути на їх самопочуття. Найбільш повне визначення поняття емоцій дають Ю. Приходько та В. Юрченко «Емоції – це психічні стани і процеси у людини і тварини в яких реалізуються їх ситуативні переживання. Через емоції виявляється позитивне або негативне

ставлення індивіда до предметів та явищ оточуючого світу, до інших людей, до себе самого» [1].

Українські психологи виділяють дві групи умов виникнення емоційних порушень: зовнішні ситуаційні, внутрішні особистісно обумовлені. Внутрішні особистісно обумовлені умови пов'язані з особливостями психофізіологічних механізмів емоційності та особливостями сприйняття та когнітивної переробки інформації про зовнішні події.

Наступним діагностичним критерієм емоційних порушень, може стати їх класифікація:

1. Порушення інтенсивності емоцій;
2. Порушення реактивності емоцій;
3. Невідповідність емоційних реакцій стимулам.

Розглянемо першу класифікацію, порушення інтенсивності емоцій можуть визначатись патологічним посиленням як позитивних (гіпертермія) так і негативних (гіпотимія, дистимія) емоцій. Детальний опис гіпертимності та гіпотимії (дистимності), пропонує німецький науковець К. Леонгард.

Патологічне послаблення емоцій є другою характеристикою порушення інтенсивності емоцій. Гіпотимія являє собою хронічне зниження емоційності за всіма трьома компонентами (афект, когніція, експресія), що виявляється у пригніченні всіх психічних процесів, зниженні загальної активності людини та її байдужості до внутрішніх та зовнішніх стимулів. Основний емоційний стан при гіпотимії - пригніченість і туга (іноді злісно-сумний настрій - дисфорія). Емоційне збіднення (емоційна тупість) проявляється значним зниженням яскравості і жвавості емоційних реакцій, недостатністю або втратою афективного зворотного зв'язку, байдужістю [2].

Крайнім проявом гіпотимії є депресія — хронічно знижений настрій, що характеризується яскраво вираженим почуттям неадекватності, відчаю, песимізму. Одним з менш виражених проявів гіпотимії є дистимія — хронічно знижений, пригнічений настрій, коли все стає важким і ніщо не приносить задоволення (ангедонія). Дистимія характеризується наявністю похмурих роздумів, зниженою самооцінкою, почуттям безнадійності, поганим сном, людина втрачає інтерес до подій повсякденного життя, відчуває труднощі в концентрації уваги, часто втомлюється, але інших порушень психічної та соціальної діяльності немає. Вона часто виникає у людей, які зазнали тривалого стресу або раптової втрати. На відміну від депресії стан зазвичай погіршується до вечора. Дистимічні порушення часто сприймаються як невротична депресія. Проте однозначної відповіді, чи є дистимія лише розладом емоційної сфери, чи

пов'язана з особистісними (невротичними) змінами, поки немає [2].

Характеризуючими факторами порушення реактивності емоцій є: експлозивність, емоційна лабільність та ригідність. За частотою виникнення, інтенсивності та стійкості (тривалості) емоційні стани визнаються патологічними, коли вони не вписуються в прийняті культурою тимчасові рамки їх допустимого прояву та заважають виконанню різних соціальних функцій та обов'язків. Порушення зазвичай характеризуються надмірною частотою виникнення, надмірною інтенсивністю та значною тривалістю негативних емоцій при недостатності позитивних емоційних станів.

Третя класифікація емоційних порушень — невідповідність емоційних реакцій стимулам. Стосується як вищих соціальних емоцій, так і емоцій, пов'язаних з інстинктами. Іноді проявляється невідповідність емоційної реакції змісту переживань, думок індивіда в даний момент [2].

Підлітковий період – це час значного зростання та змін, як фізичних, так і емоційних. Це період переходу з дитинства в дорослість, саме в цей період вони стикаються з низкою складних емоцій і переживань, які можуть сформувати їх самосвідомість. Фізіологічні зміни, такі як статеве дозрівання, відіграють значну роль у формуванні емоційних переживань підлітків. Почуття дорослості як основне новоутворення підлітка призводить до внутрішнього конфлікту та емоційних напружень. Вплив соціальних норм і очікувань може створити додатковий тиск і виклики для підлітків. Цей внутрішній конфлікт може проявлятися у вигляді девіантної поведінки та хибного відчуття зрілості, оскільки підлітки намагаються встановити свою особисту ідентичність.

Емоційні порушення впливають на розвиток особистісного зростання підлітків. Такі прояви, як гіпертимія, гіпотимія, дистимія та циклотимія, можуть суттєво порушити емоційне благополуччя підлітків, впливаючи на їхній настрій, поведінку та загальне психічне здоров'я. Ці порушення можуть створювати значні перешкоди для здорового емоційного розвитку, створюючи проблеми для формування стабільної та витривалої особистості.

Цілісна та всебічна оцінка емоційних порушень підлітків є важливою для точної діагностики та ефективного втручання. Під час психодіагностичної практики ми використали методики дослідження акцентуацій особистості опитувальник К. Леонгарда-Г. Шмішека та шкалу реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, які дозволили поглянути на

проблему диференціаційних емоційних порушень у підлітковому віці. Багатогранна природа цих порушень вимагає значної корекції роботи з такими підлітками. На що і буде спрямоване надалі наше наукове дослідження.

Список використаних джерел

1. Приходько Ю. О., Юрченко В. І. Психологічний словник-довідник: навч. посіб. Київ: Каравела, 2012. 328 с.
2. Саржевський С. Н. Психологія та патологія емоцій, волі, уваги: навч.-метод. посібник для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія». Запоріжжя, 2017. 72 с.

Олена Дубовик,

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри спеціальної психології та медицини
факультету спеціальної та інклюзивної освіти,
Український державний університет
імені Михайла Драгоманова,
м. Київ, Україна

Світлана Борсук,

психологиня, конфліктолог, аттестований,
викладач «Тоддлер за методом Монтесорі»,
Дитячий садочок «Montessori»,
м. Київ, Україна

ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ПРОСОЦІАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК СКЛАДОВА МОРАЛЬНОГО ВИХОВАННЯ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

Сучасна система освіти має бути зорієнтована на формування в особистості життєво необхідних компетентностей та їх активну соціалізацію. Негативні соціальні фактори (стресова напруга, соціальні конфлікти, надзвичайна ситуація внаслідок пандемії та війна в Україні) призводять до знецінення моральних цінностей, до соціальної байдужості, зневіри у державі та суспільстві. Перед системою виховання постають гострі проблеми, вирішенню яких сприяє посилення орієнтації на моральні цінності та на формування у здобувачів освіти просоціальної поведінки. Дослідженням питання просоціальної поведінки, починаючи з дошкільного віку присвятили свої праці зарубіжні вчені Е. Аронсон, К. Бетсон, Г. Бірхофф, М. Греді, Г. Карло, С. Харді, Р. Чалдіні. Проблеми окремих механізмів просоціальної поведінки приділяли і приділяють увагу сучасні

вітчизняні дослідники О. Безкоровайна, І. Бех, О. Вознесенська, В. Кириченко, І. Лаптева, А. Тарабасова.

Просоціальна поведінка (prosocial behavior від лат. pro – прийменник, що вказує на дію в якихось/чиїхось інтересах й socialis – суспільний) у психологічному словнику визначається як поведінка індивіда, що орієнтується на благо соціальних груп, надання допомоги та є протилежною характеристикою до асоціальної поведінки. Об'єктом просоціальної поведінки мають бути не абстрактні люди/організації, а конкретні особи з конкретними проблемами (незаможні, голодуючі), при цьому просоціальна поведінка відповідає соціальним та культурним стандартам.

У вітчизняній психології просоціальна поведінка розглядається в рамках таких понять, як альтруїзм, гуманні відносини, відносини солідарності, взаємодопомоги, співучасті, гуманістичні цінності, формування й розвиток емпатії, відмінності просоціальної та асоціальної поведінки (І. Бех, Н. Басюк, Х. Джус, Я. Неверович та інші). Такі аспекти просоціальної поведінки, як альтруїзм/егоїзм, разова допомога/постійна допомога, особистісні змінні/ситуаційний контекст, походження емпатії є предметом досліджень D. Dovidio, L. Penner, J. Piliavin, J. Rushton. На думку зарубіжних дослідників, просоціальна поведінка являє собою дії на користь іншим людям, а також охоплює симпатію, співпрацю, допомогу, сприяння, альтруїзм, взаємодію.

Дослідники виділяють три види скрутних ситуацій, в яких може знадобитися акт просоціальної поведінки, тобто допомога:

1) потреба в простій інструментальній допомозі з боку, коли людина відчуває труднощі в завершенні цілеспрямованої поведінки;

2) незадоволене бажання, коли людина не має прямого доступу до конкретного бажаного ресурсу або предмету;

3) негативно забарвлений емоційний стан або дистрес, коли людина потребує розради і різного роду підтримки.

Кожному виду перерахованих ситуацій відповідають такі форми актів просоціальної поведінки: інструментальна допомога (наприклад, допомогти в досягненні кінцевої мети дії, альтруїстична поведінка (наприклад, віддати іншому бажаний предмет та емпатія (наприклад, надати вербальну або фізичну підтримку).

В. Кириченко визначає, що просоціальною поведінкою є будь-які дії з орієнтацією на надання допомоги іншим людям (з метою принести користь) та благо соціальних груп. Просоціальну поведінку дослідники (А. Калашникова) розглядають також як

систему певних моральних якостей, відносин, які визначаються специфічними почуттями, потребами, мотивами, навичками поведінки; особливу форму внутрішньої самоактивності, що дає людині змогу наслідувати моральні норми. Тому активна позиція педагога має передбачати фіксацію уваги дітей на просоціальних імперативах, декларуванні ціннісного ставлення до оточення і до себе, демонстрування бажаних поведінкових актів, стимулювання особистості до здійснення вчинків, корисних їй та оточенню. А також у гальмуванні її поведінкових тенденцій, що мають асоціальну спрямованість, об'єктивне та коректне оцінювання вчинків, здійснених особистістю або тільки запланованих [3, с. 237].

Реалізуючи названі дії, педагог створює умови особистісно орієнтованого виховання, яке ґрунтується на визнанні самоцінності особистості учнів, забезпеченні свободи їх самовираження і саморозвитку. Активна позиція учнів передбачає сприйняття виховних впливів, усвідомлення значення просоціальних імперативів, перетворення їх на внутрішні регулятори власної поведінки та втілення їх у реальні вчинки та дії [2, с. 256].

Формування просоціальної поведінки в умовах превентивного виховного середовища – це цілеспрямований виховний процес, що має забезпечити необхідні й достатні організаційно-педагогічні умови для свідомої інтеріоризації учнями соціально значущих норм і цінностей, розвиток відповідних рис, що ними має володіти просоціальна особистість, формування прагнення і вміння конструктивно вирішувати міжособистісні та групові суперечності, стимулювання участі дітей у соціально значущій діяльності та внутрішнього діалогу для прийняття самостійного, вільного особистісно значимого для учнів вибору моделей поведінки [3, с. 237].

Змістом морального виховання є формування таких моральних якостей дошкільника, як: повага до старших, дружні відносини з однолітками, уміння відповідно відгукуватися на горе і радість інших людей, домагатися дієвого прояву гуманних почуттів і відносин, їх суспільної спрямованості, виховання основ відповідальності. Однак методи реалізації цих завдань значно скромніші і неконкретні. Серед них можна виділити два напрямки: створення умов для практичного досвіду і формування моральних оцінок.

До методів, які забезпечують створення у дітей практичного досвіду суспільної поведінки, відносяться:

- виховання моральних звичок;
- приклад дорослого або інших дітей;

- цілеспрямовані спостереження за грою дітей та працею дорослих;
- організація спільної діяльності;
- спільна гра.

Моральне виховання дітей пропонується здійснювати в різних умовах: у побутовій та повсякденній діяльності, в грі і на спеціально організованих заняттях. До групи методів, спрямованих на формування моральних уявлень, суджень і оцінок, входять бесіда дорослого на етичні теми; читання художньої літератури; розглядання та обговорення картин; метод переконання, а також метод заохочень.

Щоб досягти мети в становленні морально спрямованої особистості, особливо слід звернути увагу на психологічні аспекти виховного процесу: Дитина лише тоді починає ставитися гуманно до інших людей, які поруч з ним, коли навчиться узагальнювати власний досвід регулювання поведінки і використовувати його в житті.

Список використаних джерел

1. Басюк Н. Моральне виховання дітей дошкільного і молодшого шкільного віку: погляди класиків і практика сьогодення. Інклюзія в умовах професійної (професійно-технічної) освіти. 2019. Житомир : ФОР «Левковець». С. 58–67
2. Бех І. Д. Особистість у просторі духовного розвитку : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2012. 256 с. (Серія «Альма-матер»).
3. Кириченко В. І. Теоретичні засади формування просоціальної поведінки учнів загальноосвітніх навчальних закладів. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2014. №7. С. 237–247.

Оксана Скічко,
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
факультету соціальних і поведінкових наук
Харківського національного педагогічного університету
імені Г.С. Сковороди,
м. Харків, Україна

Людмила Лисенко,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології,
Харківського національного педагогічного університету
імені Г.С. Сковороди,
м. Харків, Україна

АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ВІТЧИЗНЯНИХ ТА ЗАРУБІЖНИХ АВТОРІВ З ВИВЧЕННЯ КОПІНГ СТРАТЕГІЙ

В сучасному світі людство весь час перебуває в стресовому стані, за останні роки кожна людина намагається адаптуватися до значних коректив, які весь час подає життя: від великих змін техногенного прогресу, інформаційного перенасичення до постійних екологічних, політичних та соціальних змін. Все це призводить до зростання емоційного дискомфорту, внутрішньої напруги особистості. З огляду на це, зростає актуальність дослідження формування механізмів психологічного захисту, який би сприяв підтримці стабільного стану організму та емоційного прийняття людиною себе та свого оточення. Вивчення стратегії подолання у стресовій ситуації є важливою основою психологічної підтримки людини.

Термін «стрес» в наукову термінологію був введений У. Кенном, для позначення фізіологічних реакцій, які виникають в організмі при впливі загрозливого стимулу. На основі розробленої теорії гомеостаза, згідно з якою організм зберігає стає функціонування при змінах зовнішнього середовища, Кеннон стверджував, що при виникненні небезпеки, організм використовує дві стратегії: втечу або боротьбу та обидві стратегії ведуть до фізіологічних змін: збільшення артеріального тиску, зміни дихання та серцевих скорочень [4, с. 9].

Науковець Г. Сельє визначив стрес як сукупність стереотипних, філогенетично запрограмованих неспецифічних реакцій організму на підвищену вимогу до нього та розмежував поняття стрес на еустрес та дістрес. Де еустрес є корисним і призводить до адаптації організму, а дістрес – шкідливим і призводить до різноманітних психосоматичних захворювань та навіть смерті. У його теорії стрес розглядається з позиції

фізіологічної реакції на хімічні, фізичні та органічні чинники. Згідно якої, всі біологічні організми прагнуть до підтримки стану внутрішньої рівноваги функціонування, виконуючи одночасно захисну і адаптуючу функції. Адаптаційні можливості організму обмежені, їх нестача може призвести до смерті.

Г. Сельє стверджував, що в стрес в «малих дозах» потрібний і корисний як своєрідний поштовх для прояву активності людини [4, с. 7].

Стрес являється складовою копіngu, а копінг в свою чергу є одним із адаптаційних механізмів – відповідь людини на стрес і засіб його долаання. Вчений Р. Лазарус, вивчавши стрес з позиції фізіологічного, психологічного і поведінкового рівнів, прийшов до висновку, що фізіологічний стрес – це безпосередня реакція організму, що супроводжується «вираженими фізіологічними зрушеннями, на дію різних зовнішніх і внутрішніх стимулів фізико-хімічної природи». Значення індивідуальних відмінностей в реагуванні зменшується при надзвичайних, екстремальних умовах, але навіть в цих випадках гострий стрес виникає далеко не у всіх, що перенесли цю травматичну подію [4, с. 18].

Р. Лазарус і С. Фолкман вважають, що психологічний стрес – це значущі для благополуччя особистості відносини з середовищем, які піддають випробуванню наявні в розпорядженні ресурси організму і у ряді випадків можуть їх перевищувати.

У своїй концепції вони запропонували класифікацію копінг-стратегій, яка на сьогодні є найпопулярніша, вона орієнтована на два основних типи - проблемно-орієнтований копінг і емоційно-орієнтований копінг. Автори виділяють вісім основних типів копінг-стратегій: конфронтацію, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втечу-уникнення, планування розв'язання проблеми, позитивну переоцінку. Дана класифікація не вказує на те, що людина вдається виключно до одного типу копіngu. Кожна людина використовує комплекс прийомів і методів обох типів копінгів, щоб впоратися зі стресом. Таким чином, процес копінга є комплексною відповіддю на стрес [4, с. 30].

М. Селігман вважає, що найголовніший ресурс у протистоянні стресу – оптимізм: коли людина вірить в успіх, та в те, що ситуація небезнадійна то вона легше переживає труднощі, зазнає менше збитків. Часто представники «ресурсного» підходу, щоб пояснити, чому в напруженій ситуації індивід обирає ту чи іншу стратегію її подолання, використовують термін «життєстійкість», ідеться про загальну життєву (ціннісну) позицію, осмислення життя як екзистенційної буттійної цінності.

Життя сприймають як найважливішу цінність у кожному його вияві, кожна мить – сенсовна [6].

На думку Леонтьєва Д.А. саме відповідальність є однією з найважливіших здібностей подолання важкої ситуації. Саме відповідальність є усвідомлення людиною своєї здатності виступати причиною змін (або протидіяти змінам) у навколишньому світі і в особистісному житті, а також свідоме управління цією здатністю [1].

У результаті теоретичних і експериментальних досліджень авторами Корсун С.І., Ткачук Т.А. встановлено, що для подолання стресу кожна людина використовує власні стратегії (копінг-стратегії) на основі наявного у неї особистісного досвіду (особистісні ресурси або копінг-ресурси). Тому копінг-поведінку необхідно розглядати як результат взаємодії копінг-стратегій (способи управління стресовим фактором) та копінг-ресурсів (відносно стабільні характеристики людей і стресу, які сприяють розвитку способів подолання стресу) [3].

Родіна Н.В. ототожнює копінг-стратегії з «верхівкою айсберга» антикризової поведінки – стратегії усвідомлюються індивідом, тоді як психологічні захисні механізми (як вже зазначалося вище) відображають глибинну, несвідому лінію подолання складних ситуацій, при цьому вони являються первинними по відношенню до копінг-стратегій. Копінг розглядається як структурна «надбудова» особистості, що виникає в результаті соціалізації, внаслідок взаємодії кризових, скрутних ситуацій та несвідомих мотивів особистості [5].

Колчигіна А. В вивчаючи поведінку студентів перед екзаменаційним стресом зазначила, що емоційні переживання студентів, які спрямовані на «пошук соціальної підтримки» та «вирішення проблем», як під час занять, так і під час іспиту мають різnorідний характер, позитивний та негативний, охоплюючи такі базові емоції, як «радість», «печаль», «гнів», «страх». У структуру негативних емоційних патернів студентів з такими копінг - стратегіями як: «пошук соціальної підтримки», обов'язково входять емоції страху; «вирішення проблем» обов'язково входять емоції не тільки страху, а й гніву, що сприяють активному подоланню проблеми.

Отже, отримані автором дані свідчать про специфічну картину емоційних переживань студентів в умовах навчальної діяльності та про те, що різнопланові копінг – стратегії мають свої особливості для кожного [2].

Підводячі підсумок, слід додати, що рівень розвитку адаптаційних механізмів та успішні стратегії поведінки особистості, які позитивно впливають на збереження її

емоційного стану, дають можливість їй подолати стресові ситуації. Психологічна значимість копінгу значно зростає, у випадку коли людина здатна ефективно адаптуватися до складних ситуацій або значно знівелювати стресову дію події у власному житті. *Чим більше у людини копінгів, тим вона стає більш стресостійкою до кризових умов.*

Список використаних джерел

1. Карпенко Є. В. Трансформація захисних механізмів у копінг-стратегії в процесі професійної соціалізації особистості. *Проблеми загальної та педагогічної психології* : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. За ред. С. Д. Максименка. Т. XIV. Ч. 2. Київ. 2012. С. 140 – 151.
2. Колчигіна А. В. Прояв різних профілей копінг – стратегій в емоційних станах студентів в ситуаціях оцінювання знань. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2015. Вип. 51. С. 91–99.
3. Корсун С.І., Ткачук Т.А. Копінг-стратегії як складові копінгповедінки особистості. 2016. URL: <https://www.myslenedrevo.com.ua/uk/Sci/Philosophy/Psychology/Tax/2/3/1.html> (дата звернення 23.03.2024)
4. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
5. Родіна Н. В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра психол. наук : 19.00.01. Київ, 2012. 40 с.
6. Seligman M.E. *The Optimistic Child*. NSW. Australia: Random House Australia, 1995. 336 с.

Марія Германчук,
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
факультету спеціальної та інклюзивної освіти
Українського державного університету
імені Михайла Драгоманова
м. Київ, Україна

Анастасія Розвад,
викладач кафедри спеціальної психології та медицини
Українського державного університету
імені Михайла Драгоманова
м. Київ, Україна

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ НЕСФОРМОВАНОСТІ ВИЩИХ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Нейропсихологічна діагностика несформованості вищих психічних функцій у дітей дошкільного віку є актуальною проблемою в психології. Розвиток цих функцій у дітей є складним та довготривалим процесом, який може бути порушений різними факторами. Для визначення несформованості вищих психічних функцій у дітей дошкільного віку використовуються спеціальні нейропсихологічні методи, що дозволяють оцінити рівень розвитку таких функцій, як увага, пам'ять, мовлення та мислення.

Нейропсихологія дозволяє розглядати психічні явища з точки зору мозкової організації, виявляючи механізми функціонування та розвитку вищих психічних функцій. У своїй роботі нейропсихологи використовують методи та концепції загальної психології, що дозволяє досліджувати психічні процеси у дітей дошкільного віку з позицій нейронауки. Такий підхід дозволяє краще розуміти структуру та функції психіки, їх взаємозв'язки та вплив на поведінку та соціальну адаптацію [4].

Одним з ключових понять в нейропсихології є концепція вищих психічних функцій, запропонована Л. С. Виготським та розроблена О. Р. Лурією. Ці функції розглядаються як складні форми психічної діяльності, що виникають внаслідок взаємодії з іншими людьми та середовищем. Вони формуються під впливом соціальних чинників та опосередковані мовленням, що визначає їхню довільність та свідомість. Ці функції включають такі аспекти, як пам'ять, мислення, мовлення та сприйняття, а також увагу, волю, мотивацію, внутрішні почуття та соціальні емоції.

Розвиток вищих психічних функцій у дітей дошкільного віку відбувається в процесі взаємодії з іншими людьми та

опосередковується мовленням. Поступово ці функції стають автоматизованими. Однак, для розвитку довільних психічних функцій необхідні відповідні умови, серед яких важливе місце займає сприятлива соціальна та психологічна обстановка.

Для кожного етапу психічного розвитку дитини ключовою є готовність системи певних утворень мозку до підтримки цього процесу. Розвиток вищих психічних функцій у дітей є довготривалим процесом, в якому деякі психічні функції формуються раніше, а інші — пізніше. Відставання в розвитку конкретних функціональних одиниць може відобразитися як їхня часткова втрата в контексті загальної функціональної системи. У такому випадку первинне відставання може викликати вторинні зміни і компенсаційні коригування [3].

Саме тому, методи дослідження дитини для визначення особливостей її розвитку мають бути комплексними і охоплювати як клініко-фізіологічні, так і психолого-педагогічні методи. Проте практика показує, що нерівномірностям у розвитку вищих психічних функцій у дошкільному віці приділяється недостатньо уваги, і ця проблема часто залишається невирішеною до молодшого шкільного віку [5].

Досвід дитячої нейропсихології підтверджує, що найбільш важливим став нейропсихологічний підхід у виявленні різних видів затримок у психічному розвитку, порушень мовлення та аналізі навчальних проблем у молодших школярів. Розробка теоретичних підходів і діагностичного інструментарію в цьому напрямку відбувається поступово і стає можливою завдяки спільній роботі лікарів, психологів, методистів та педагогів-практиків [2].

Дослідження Л. С. Виготського та О. М. Леонтьєва підтверджують, що ВПФ не зберігають єдину структуру на всіх етапах свого розвитку, але виконують спільні завдання за допомогою різних систем зв'язку, які взаємодіють між собою.

Одне з ключових положень сучасної нейропсихології стверджує, що всі аспекти психічної діяльності включають багато компонентів та базуються на взаємодії різних ділянок мозку, кожна з яких відіграє свою унікальну роль. Це положення дозволяє проводити нейропсихологічну діагностику, аналізуючи навіть окремі психічні процеси, для яких механізми вже добре досліджені. У своїх роботах О. Р. Лурія наводить численні приклади такого аналізу. Накопичені факти щодо внутрішньої структури та організації мозкових процесів служать основою для розробки адаптованих методик нейропсихологічної діагностики.

Наукові праці відомих дослідників, таких як Т. В. Ахутіна, Т. Г. Візель, Ж. М. Глозман та інші, підтверджують ефективність

нейропсихологічного аналізу для корекції розвитку дітей дошкільного віку. Дослідження А. В. Семенович розкривають закономірності та принципи цього аналізу, дозволяючи оцінити психічний розвиток дитини через призму функціонування мозкових структур [2].

Для проведення нейропсихологічного обстеження дітей дошкільного віку потрібно обрати відповідний діагностичний матеріал, який відповідає таким критеріям, як доступність, знайомість, привабливість та наукова обґрунтованість. Цей матеріал повинен відображати реальний життєвий досвід дитини, оскільки кожна психічна функція виникає через зовнішні впливи. Наприклад, використання занадто складного матеріалу, як от сюжетні малюнки, для дітей 5-6 років може призвести до неправильних висновків про рівень їх наочно-образного мислення, навіть якщо вони вважаються готовими до шкільного навчання за результатами нейропсихологічного обстеження [5].

Крім того, недостовірність результатів тестування може бути зумовлена тим, що дитина не бере участі в діяльності з психологом через відсутність зацікавленості у запропонованому матеріалі або відсутність потреби в спілкуванні з дорослим. Практичний досвід показує, що інтерес до кольорового матеріалу вищий, ніж до чорно-білого, тому під час обстеження дошкільників рекомендується використовувати кольорові зображення, що більше відповідають їх віковому сприйняттю [5].

Основою нейропсихологічного дослідження є нейропсихологічні проби, завдання і вправи, створені О. Р. Лурією. Психологи адаптували тестові завдання для дітей, що допомагають виявити причини відставання у розвитку та демонструють ступінь зрілості та взаємодії різних відділів головного мозку. Результати діагностики розкривають проблеми у пізнавальній, емоційній, моторно-руховій сферах, що дозволяє розробляти ефективну корекційну програму. Нейропсихологічна діагностика дозволяє зрозуміти актуальний стан вищих психічних функцій, важливих для успішного навчання: зорового, слухового та тактильного сприйняття просторових уявлень, довільної регуляції самоконтролю [1].

Для дорослих, які дбають про розвиток дитини, причиною для нейродіагностики може стати схильність до гіперактивної поведінки, недостатнє сприйняття інформації на слух, не вміння одразу відповідати на запитання. Нейропсихологічне обстеження допомагає виявити порушення на різних рівнях функціонування мозкових структур. Лурієвський підхід до нейропсихологічної діагностики включає перехід від виняткового опису дефектів

психічного функціонування до аналізу їх причин та можливостей компенсації через діалоговий режим проведення тестування. Нейропсихологічне обстеження має виявити сильні сторони особистості та потенційні можливості розвитку, не створюючи негативного враження про дитину [1].

Нейропсихологічна діагностика в дитячому віці включає два головних напрямки: встановлення локального діагнозу, коли увага зосереджена на конкретних функціональних порушеннях, і функціональний діагноз, який визначається через аналіз проявів дизонтогенезу та виявлення нейропсихологічних та соціально-психологічних механізмів цих порушень. Функціональний діагноз піддається корекції в процесі спостереження за поведінкою та навчанням дитини, а також через бесіди з батьками [1].

Важливо проводити вчасну та правильну нейропсихологічну діагностику, щоб розробити програму нейропсихологічної корекції, спираючись на сучасні уявлення про розвиток та організацію вищих психічних процесів.

Результати діагностики допоможуть визначити проблеми пізнавальної, емоційної та моторно-рухової сфер дитини та належним чином організувати корекційну роботу.

Нейропсихологічна діагностика дозволяє чітко визначити актуальний розвиток вищих психічних функцій, важливих для успішного навчання, таких як слухове, зорове та тактильне сприйняття, просторові уявлення та самоконтроль, що є безумовно важливим для розвитку дитини.

Список використаних джерел

1. Блашкова О. М. Нейродіагностика як передумова повноцінного розвитку дитини. *Актуальні проблеми науки та освіти: збірник матеріалів XXV підсумкової науково-практичної конференції викладачів МДУ / За заг. ред. М.В. Трофименка. Київ: МДУ, 2023. 369 с. С. 223-226.*

2. Бастун Н.А. Нейропсихологічний підхід як чинник підвищення ефективності роботи шкільного психолога. *Наукові записки Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. академіка С.Д. Максименка. Київ: Ніка-Центр, 2010. Вип. 38. 392 с. С. 72-81.*

3. Мельничук М. М. Актуальність нейропсихологічного підходу психолога у проектуванні життєвого простору дошкільника. *Синергетичний підхід до проектування життєвого простору особистості : зб. наук. матеріалів II Міжнарод. наук.-практ. конф. (28-29 квітня 2022 р., м. Полтава). Полтава, 2022. С. 153-156.*

4. Сербова, О. В., Боднар, Л. С. Нейропсихологічні чинники розвитку психічних процесів у дітей дошкільного віку.

Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку: матеріали XXXVIII Міжнародної науково-практичної конференції.. Брно, 2023. С.198-204

5. Тубичко Ю. О. Нейропсихологічна діагностика основних компонентів мовленнєвого розвитку і перцептивно-когнітивних функцій у дітей старшого дошкільного віку. *Наука і освіта: науково-практичний журнал*. 2013. №1-2. С. 222-225.

Анастасія Розвад,

викладачка кафедри спеціальної психології та медицини
Українського державного університету
імені Михайла Драгоманова,
здобувачка третього рівня вищої освіти,
м. Київ, Україна

САМОРЕГУЛЯЦІЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ В УМОВАХ КРИЗИ: ЯК ДОПОМАГАТИ БАТЬКАМ І ДІТЯМ У ПЕРІОД ВІЙНИ

У періоди війни та конфліктів, емоційна напруга та стрес стають невід'ємною частиною життя багатьох людей, особливо батьків і дітей. Під час таких кризових ситуацій, як війна, люди стикаються зі страхом, тривогою, розчаруванням та іншими негативними емоціями, які можуть суттєво впливати на їхнє психічне та фізичне здоров'я.

Актуальною є проблема саморегуляції емоційного стану дітей та батьків в умовах кризи, особливо важлива через безпосередній вплив на благополуччя та ментальне здоров'я. У цьому контексті дослідження способів допомоги батькам та дітям у вивченні та використанні стратегій саморегуляції має велике значення для подолання емоційних труднощів та збереження психологічної стійкості.

У період війни, батьки і діти можуть демонструвати різні типи емоційних реакцій. Деякі з найбільш типових реакцій у батьків включають посилену тривогу, постійний стрес, почуття безпорадності та відчуття безпеки, періодичні приступи паніки або гніву. У дітей можливі також емоційні реакції, такі як страх, непокої, розчарування, невпевненість або навіть депресія. Ці емоційні реакції можуть відрізнятися залежно від віку, індивідуальних особливостей та попереднього досвіду кожної особи [2].

Слід зазначити, що діти сканують психічний стан дорослого та трансформують у поведінкові зовнішні реакції: капризи, неслухняність, агресія, тривожність, занепокоєння, не бажання

виконувати завдання та ін. Дуже важливим є вміння дорослих в умовах воєнного стану заспокоювати себе, у разі необхідності отримувати першу психологічну допомогу з метою опанування тривоги і налаштування життя в тих умовах, в яких ми опинились.

Перед батьками постають складні завдання у підтримці емоційного стану своїх дітей. Спілкування з дітьми про страхи та тривоги, забезпечення їхньої безпеки та захисту, надання підтримки та розуміння, допомога у вираженні емоцій і пошуку конструктивних шляхів виходу зі стресових ситуацій – усе це є важливими аспектами батьківської ролі в період кризи. Крім того, батьки також повинні забезпечувати собі самостійну підтримку і саморегуляцію, щоб мати можливість ефективно допомагати своїм дітям.

Саморегуляція емоційного стану – це здатність і навички контролювати свої емоції, реагувати на стресові ситуації з обізнаністю та ефективністю, зберігаючи при цьому психологічний комфорт і психічне здоров'я.

Дітям, які пережили психологічну травму, досить важко зрозуміти, що з ними сталося. Це пов'язано насамперед з їхніми віковими особливостями: їм не вистачає соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості. Дитина не в змозі повністю усвідомити зміст того, що відбувається – вона просто запам'ятовує ситуацію, свої переживання в цю мить. Її сприйняття дійсності стає хаотичним, безладним, відзначається плутаниною, руйнується «структура світу», у якому дитина живе [3].

Вчені виділяють ознаки психологічної травми у дітей, такі як:

- порушеннях сприйняття навколишнього середовища;
- різка зміна поведінки: діти не хочуть розлучатися з батьками навіть ненадовго, можуть у прямому сенсі слова чіплятися за батьків і потребують постійної їхньої присутності, фізичного контакту;
- регрес у поведінці: діти можуть повертатися до поведінки, властивої молодшому віку – втрачають навички охайності, смокчуть пальці або взагалі поводяться, як зовсім маленькі діти;
- посилення агресивності, гнівливості, впертості, поведінка травмованих дітей часто характеризується ворожістю й конфліктністю стосовно інших/

Діти, які пережили психологічну травму, через вікові особливості не можуть повністю усвідомити події, що сталися. Їхнє сприйняття світу стає хаотичним, а поведінка – непередбачуваною. Діти молодшого віку діти мають менш розвинені навички саморегуляції, ніж дорослі, їм потрібна

допомога батьків у розпізнаванні та регуляції своїх емоцій. Підлітки ж навпаки, прагнуть більшої автономії й самостійності в емоційній сфері.

Аналіз наукової літератури свідчить про те, що діти, які мають розвинені навички саморегуляції, краще справляються з негативними емоціями під час війни, відповідно, батьки, які вміють регулювати власний емоційний стан, здатні краще підтримувати своїх дітей [1].

Відтак, ми виокремили основні рекомендації щодо допомоги батькам та дітям у саморегуляції емоційного стану у період війни:

- створення безпечного середовища: батьки повинні створити атмосферу безпеки та захисту вдома, де діти можуть відчувати себе комфортно та захищено;

- відкрите спілкування: важливо відкрито говорити з дітьми про їхні почуття та емоції, батькам варто слухати їх, відповідати на запитання та надавати потрібну підтримку;

- навчання стратегій саморегуляції: батьки можуть вчити дітей різним стратегіям саморегуляції, таким як глибоке дихання, медитація, фізична активність, творчість або зосередженість на позитивних думках;

- створення ритуалів та режиму дня: регулярність та стабільність у розпорядку дня можуть допомогти дітям відчувати впевненість та контроль над ситуацією;

- підтримка від родини та спільноти: батьки можуть шукати підтримку від інших членів родини, друзів та спільноти, яка може забезпечити емоційну підтримку та допомогу;

- обмеження експозиції до стресогенних подій: важливо обмежити доступ дітей до новин та інформації про події воєнного конфлікту, щоб уникнути надмірного стресу та тривоги;

- пошук професійної допомоги: у разі потреби батьки можуть звернутися за допомогою до психолога чи психіатра для отримання професійної підтримки та консультацій;

- підтримка саморегуляції батьків: батьки також повинні дбати про своє власне емоційне благополуччя та здоров'я, знаходячи час для власної саморегуляції та відпочинку.

З огляду на вище зазначене, можемо зробити висновок, що підтримка саморегуляції емоційного стану у дітей та батьків у період війни вимагає розуміння потреб та індивідуальних особливостей кожної родини, а також надання ефективних стратегій та ресурсів для подолання стресу та тривоги.

Саморегуляція емоційного стану є важливою навичкою, яка допомагає людям впоратися зі стресом та зберегти психічне здоров'я в умовах кризи. Розвиток цієї навички є особливо

актуальним під час війни, коли діти та батьки стикаються з багатьма стресовими факторами. За допомогою індивідуальних та сімейних стратегій саморегуляції, а також за підтримки фахівців, діти та батьки можуть навчитися ефективно керувати своїми емоціями та зберегти своє психічне благополуччя.

Список використаних джерел

1. Calam, R. (2017). Public health implications and risks for children and families resettled after exposure to armed conflict and displacement. *Scand J Public Health*, 45(3), 209–211.

2. Jones T. L., Prinz R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341–363. doi:10.1016/j.cpr.2004.12.004

3. Кісарчук, З.Г., Омельченко, Я.М., Лазос, Г.П. (2020). Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. Київ: Видавничий Дім «Слово», 178 с.

Вероніка Бакеренкова,

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
факультету соціальних і поведінкових наук
Харківського національного педагогічного університету
імені Г.С. Сковороди,
м. Харків, Україна

Людмила Лисенко,

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології,
Харківського національного педагогічного університету
імені Г.С. Сковороди,
м. Харків, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

В сучасному світі, де відбувається поширення інформаційних технологій, міжкультурної взаємодії та глобалізації, толерантність є однією з ключових якостей для конструктивної комунікації та мирного співіснування. Юність – складний період становлення особистості та знаходження місця в житті. Це період зіткнення зі стресовими ситуаціями, емоційними, соціальними та економічними труднощами. Одним з ключів до подолання цих труднощів є формування певних психологічних засад, що допоможуть взаємодіяти із суспільством. Однією з таких засад є толерантність. Тому вкрай важливо

дослідити психологічні особливості формування толерантності у осіб юнацького віку.

Толерантність – це повага, визнання рівності, відмова від насильства, визнання різноманіття людських культур, відмова від уніфікації цього різноманіття [7, с. 148]. Толерантність – активні безконфліктні міжетнічні взаємини. Це про активну позицію людини, а не про пасивне ставлення до подій, що відбуваються [6, с. 89-90].

Філософський підхід розглядає толерантність як показник впевненості в собі, відкритості до всіх, відсутності боязні до порівняння та розумової конкуренції. Соціологічний підхід розглядає толерантність як соціальне явище, що проявляється у всіх елементах структури суспільства, включаючи потреби, інтереси та ідеї. Психологічний підхід визначає толерантність з точки зору індивідуально-психологічних особливостей особистості: через зниження чутливості до негативних впливів та затримку реакції на такі впливи [6, с. 91].

С. Ільїнська виділяє п'ять рівнів толерантності: цивілізаційний, міжнародний, етнічний, соціальний та індивідуальний, що описують толерантність на різних рівнях співіснування в суспільстві та між культурами [5, с. 80].

На психофізіологічному рівні толерантність проявляється як стійкість до зовнішніх впливів і здатність зберігати нервово-психічну рівновагу під впливом стресорів та фрустраційних чинників. Індивідуально-психологічний аспект характеризується психологічними особливостями, що сприяють розвитку конструктивних та позитивних стосунків з іншими та з собою, включаючи поблажливість. Соціально-психологічний рівень включає ціннісно-смислову систему визнання інакшості суб'єкта міжособистісної взаємодії, де центральне місце посідає повага до особистості, її світогляду та права на вибір [3, с. 47-48]. Сфери прояву толерантності особистості: толерантність як якість особистості, етнічна толерантність, соціальна толерантність [7, с. 148].

На формування толерантності особистості водночас впливає низка факторів: соціокультурні умови, суб'єкти соціалізації, засоби масової інформації, особистісні, ситуативні та групові чинники. Сім'я виступає як важливий соціальний осередок для формування толерантності, створюючи психологічні умови для її розвитку через приклади поваги до відмінностей. Саме у родині діти отримують свій перший життєвий досвід, як поводитися в різних ситуаціях та ставитися до інших [8, с. 137-138]. Втілення принципу толерантності на державному рівні вимагає правопорядку, справедливого законодавства, адміністрування та

подібних норм. Соціально-економічні можливості мають бути надані всім без дискримінації [1, с. 3].

Освіта має ґрунтуватися на загальнолюдських цінностях: гуманізмі, патріотизмі, демократії, мирі та дружбі між народами, злагоді між національними та релігійними товариствами, соціальній справедливості. Основними засобами формування толерантності в студентській спільноті є: вдосконалення обізнаності, вбудовування толерантності в особистісну систему цінностей, розвиток міжособистісних взаємин через лекції, ігри, дебати, тренінги [5, с. 81]. Роль викладачів у вищих навчальних закладах полягає у створенні відкритого та толерантного середовища, яке сприяє розвитку толерантної поведінки серед студентів [2, с. 132].

Упереджені та викривлені уявлення про дискриміновані меншини сприяють формуванню нетолерантності, яка базується на упередженнях, стереотипах та агресії до інших. Нетолерантність породжує засудження та відкидання осіб, які не відповідають стандартам, і позбавляє їхню індивідуальність та різноманітність в поведінці, що негативно впливає на їхній розвиток [4, с. 191]. Найефективнішим способом руйнування негативних установок щодо «інших» є живе спілкування з представниками різних груп, а також споживання контенту, що підтримує толерантність та розмаїття. Кіно, соціальні мережі та інтернет можуть слугувати засобами для передачі різноманітної інформації та сприяти формуванню толерантного ставлення [4, с. 191].

Друзі мають неабиякий вплив на формування толерантності через взаємодію з різними культурами, взаємоповагу, вплив спільних інтересів та вирішення конфліктів. Позитивні приклади та сприятливе середовище сприяють формуванню толерантності в юнацтві, тоді як негативні впливи можуть призвести до посилення стереотипів та ворожнечі.

Сьогодні толерантність має чимало різних пояснень. Це активна позиція людини, повага і визнання рівності, відмова від насильства, визнання різноманіття людських культур, норм, вірувань, відмова від уніфікації цього різноманіття або зведення його до переваги певного погляду. Сфери прояву толерантності: як якість особистості, етнічна та соціальна толерантності. На формування толерантності особистості в юнацькому віці впливає багато різних факторів одночасно: виховання в сім'ї, соціальне оточення, освітня програма, медіа, держава, її закони та культурні засади суспільства.

Список використаних джерел

1. Декларація принципів толерантності.
URL: <https://don.kyivcity.gov.ua/files/2014/2/10/Deklaracija-tolerantnosti.pdf>
2. Ляска Є. І. Роль педагога у формуванні толерантності в учнівської та студентської молоді. *Вісник Львівського університету. Серія педагогіка*. 2005. Вип. 19(1). URL: <http://publications.lnu.edu.ua/bulletins/index.php/pedagogics/article/download/6029/6040>
3. Мельничук М. М. Емпіричне дослідження толерантності студентів у факторній структурі особистісних характеристик. *Психологія і особистість: науковий журнал*. 2015. №1 (7). URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/4526/1/Melnicuk.pdf>
4. Мельничук М. М. Проблема формування толерантності учнівської молоді засобами кіномистецтва. *Психологія і особистість: науковий журнал*. 2016. №1 (9). URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/5549/1/Melnicuk.pdf>
5. Мілютіна К. А. Перспектива дослідження толерантності як передумови створення інклюзивних спільнот. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 2, Т. 1. URL: http://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2019/part_1/17.pdf
6. Моран І. В. Поняття толерантності та основні підходи до її визначення. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка»*. 2014. Вип. 26.
URL: https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/3084/1/Moran_NZ_Vyp_26.pdf
7. Праченко (Рябкіна) О. К. Психологічні особливості толерантності в юнацькому віці. *Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2012. Вип. 37(61). URL: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/26231/Prachenko%20%28Riabkina%29.pdf>
8. Скок А. Г. Проблема формування толерантності в сім'ї. *Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка. Серія: Психологічні науки*. 2009. Вип. 74. URL: https://ePub.chnpu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/4777/1/Проблема_формування_толерантності_в_сім'ї.pdf

Тетяна Мазурець,
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
факультету спеціальної та інклюзивної освіти
Українського державного університету
імені Михайла Драгоманова,
м. Київ, Україна

Тетяна Осадча,
кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри спеціальної психології та медицини
Українського державного університету
імені Михайла Драгоманова,
м. Київ, Україна

АРТТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

У сучасному розвитку практики психологічної корекції акцент робиться на використанні творчих інтервенцій для розв'язання проблем девіантної поведінки у підлітків. Арттерапія виявляється важливим і ефективним методом психологічної корекції, спрямованим на розвиток та стабілізацію емоційного стану підлітків з девіантною поведінкою. Цей підхід, базований на використанні різних мистецьких форм і технік, відкриває нові можливості для взаємодії з підлітками, допомагаючи їм виявити, розкрити та ефективно використовувати свої внутрішні ресурси. У цьому контексті арттерапія стає не лише інструментом корекції девіантної поведінки, але і можливістю для особистісного зростання, покращення міжособистісних відносин та збалансованого розвитку підлітка.

Відповідно, одним із найбільш дієвих для врегулювання конфліктності та агресивності поведінки підлітків є арттерапія. Художня зображувальна діяльність сприяє заспокоєнню, відпрацюванню поведінкових реакцій, допомагає усвідомити цінність гармонійного спілкування з оточуючими, формує внутрішню гармонію підлітків. Вчені приділяють значну увагу аналізу девіантної поведінки серед молоді та розробці новаторських підходів до її запобігання та корекції.

О. Сорока визначає арттерапію, як: «...одну з інноваційних гуманістичних систем, що розвиває новий напрям у дослідженнях – терапевтичний» [5, с. 141].

Ю. Лановенко констатує, що: «арттерапія є саме тією методологічною базою, що об'єднує досягнення наукової думки та навички мистецтва, інтелект людини та її почуття, рефлексію та діяльність. За допомогою арттерапії можливо здійснювати як

виховні, так і психокорекційні завдання, розвивати власне творче ставлення до дійсності – до навчання...» [3, с. 137].

В. Іванова, влучно запевняє, що: «Арттерапія є незамінним інструментом для дослідження і гармонізації тих сторін внутрішнього світу людини, для виразу яких слова мало придатні» [1, с. 45].

Корекційно-розвивальний ефект використання арттерапевтичних технік у площині психолого-педагогічного супроводу соціалізації особистості не викликає сумнівів.

Особливо доречним є використання технік арттерапії як засобу невербального спілкування у роботі із підлітками, які, в силу онтогенетичних особливостей періоду дорослішання, не завжди можуть осмислити і означити словом власні потреби, переживання, мрії. Арттерапевтична робота сприяє прориву комплексів у свідомість і переживанню супутніх їм негативних емоцій. Це є особливо актуальним у комплексі психолого-педагогічного супроводу підлітків із проявами девіантної поведінки, які не готові до відкритого проговорювання емоційних станів із дорослими.

Як зазначає К. Саранчук, використання технік арттерапії (малювання, плямотерапії та ін.) у системі психолого-педагогічного супроводу досить перспективною умовою організації навчально-виховного процесу на засадах паритетного діалогу [4, с. 309].

У дослідженні науковців зазначається, що сама культура терапевтичного малювання сприяє створенню особливих умов, які відрізняються від звичайного життя зростаючої особистості, в яких певним чином проявляється її індивідуальність. У ході цього процесу підліток отримує позитивний досвід соціальної взаємодії. Діти навчаються цінних умінь: слухати та розуміти інших, співчувати і співпереживати.

Велику роль відіграє арттерапія у корекції девіантної поведінки у важких підлітків. Основними цілями арттерапії у даному випадку виступають:

- через терапевтичний підхід сприяти виходу агресивності та інших негативних почуттів у підлітків;
- розрядження напруги через роботу з малюнками, картинами, скульптурами. Через зорові образи підліткам легше висловити неусвідомлювані внутрішні конфлікти та переживання, які часто важко окреслити в процесі вербальності. Для невербального спілкування притаманне уникнення «цензури» свідомості;
- отримання матеріалу, щоб інтерпретувати та робити діагностичні висновки. Тут акцент робиться не те, що твори

мистецтва є вічними і підліткам важко буде заперечити факт їх існування. Аналізуючи зміст та стиль художніх робіт можна отримати інформацію про реципієнта;

- опрацювання думки та пригнічених почуттів підлітка. Тому в цьому випадку невербальні засоби допомагають виразити та прояснити їхні сильні переживання та переконання;

- налагодження стосунків між психологом і підлітком. Коли в процесі художньої діяльності задіяна і дитина та психолог, то створюються умови для емпатії та взаємного прийняття;

- розвиток почуття внутрішнього контролю тощо [5, с. 145].

Сучасна арттерапія, що розглядається як засіб корекції девіантної поведінки, має кілька видів, серед яких варто виділити:

- музичну терапію, яка ґрунтується на лікувальних впливах музики на психологічний стан підлітка;

- драматерапію, коли підлітки мають можливість повторювати свої дії через театралізацію;

- образотворчу терапію, коли корекція відбувається через образотворчу діяльність;

- бібліотерапію, коли основну терапію відіграють книги та читання, які викликають позитивні емоції;

- пісочну терапію, яка дає особливу глибину і тактильність;;

- фототерапію, яка полягає в використанні фотоматеріалів та слайдів у роботі тощо [2, с. 93].

Відтак, основна ідея арттерапії полягає в тому, що вона використовує різноманітні види мистецтва, а різнобічні техніки в цьому випадку майже необмежені. Основний критерій не полягає у вправності виконання завдання, а в тому, які відчуття виникають у підлітка під час художньої діяльності і які нові емоції це викликає. Головне, щоб підліток відчував задоволення і радість від процесу, оскільки це визначає успішність його занять.

Отже, девіантний підліток, займаючись творчістю, рухається в напрямку власного розвитку, розкриваючи свої творчі потенції, які можуть виявитися корисними у вирішенні кризових ситуацій. Будьяка форма мистецтва та творчий процес можуть покращити адаптаційні здатності особистості, звільняючи її розум від негативних емоцій. Отриманий досвід впливає на психіку людини, роблячи її більш врівноваженою.

Список використаних джерел

1. Іванова В. Л. Арт-терапія: проблеми становлення і розвитку. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили. Серія: Педагогіка.* 2009. Т. 108. Вип. 95. С. 43-46.

2. Колпакчи О. Арт-терапія : курс лекцій. Київ : Центр учбової літератури, 2018. 288 с.

3. Лановенко Ю. Типологія адаптаційного подолання кризи підліткового віку. *Соціальна психологія*. 2004. № 6. С. 137-145.

4. Саранчук К. С. Корекція девіантної поведінки дітей засобами арт-терапії. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2022. № 6. С. 307-309.

5. Сорока О. В. Характеристика музикотерапії як допоміжної арттерапевтичної технології для роботи з молодшими школярами. *Наукові записки Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя*. Серія: Психолого-педагогічні науки. 2012. № 5. С. 141-146.

Ганна Кошелюк,

здобувачка другого рівня вищої освіти
кафедри спеціальної психології та медицини
Українського державного університету
імені Михайла Драгоманова,
м. Київ, Україна

Зоя Огороднійчук,

кандидат психологічних наук, професор,
професор кафедри спеціальної психології та медицини
Українського державного університету
імені Михайла Драгоманова,
м. Київ, Україна

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЛЮДЕЙ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ

У сучасному світі, де стрес та емоційні переживання стають неодмінною складовою життя, психосоматичні розлади набувають все більшої актуальності.

Вивчення психологічних аспектів психосоматичних розладів у людей дорослого віку дозволить не лише краще зрозуміти їх виникнення та розвиток, але й розробити більш ефективні методи їх профілактики та лікування. Зарубіжні дослідники, такі як Сигмунд Фройд, Вільгельм Райх, та Джон Сарно, внесли значний вклад у вивчення психосоматичних розладів та їх зв'язок з психічним станом. Роботи цих вчених стали основою для розуміння та теоретичного підґрунтя подальших досліджень у цій області.

Українські психологи також активно досліджують проблематику психосоматичних розладів у людей дорослого віку.

Серед сучасних українських досліджень слід відзначити роботи Бамбурак Н., Касьянової А., Кошової С., Максименко С., Мозгової Г., Перетятко Л., Прокопенко Ю., Ханецької Н., Харченко Д., Хомуленко Т., Шуст А. та інших, вони відображають унікальний підхід до аналізу та лікування психосоматичних захворювань з урахуванням специфіки української культури та ментальності. Їх внесок може доповнити міжнародний діалог та збагатити наше розуміння психосоматичних розладів, забезпечуючи наукову та практичну основу для подальших досліджень та розвитку ефективних методів лікування та попередження цих захворювань.

Вибір вивчення даної проблеми обумовлений не лише актуальністю, але й її глибоким соціальним впливом.

Психосоматичні розлади можуть значно погіршити якість життя та працездатність людини, що породжує великі економічні та соціальні витрати для суспільства в цілому. Тому розробка ефективних стратегій попередження та лікування цих розладів має велике значення для підвищення якості життя населення.

Д. Харченко досліджуючи психологічні та психофізіологічні особливості осіб із психосоматичними розладами виділив такі фактори впливу:

1) психосоціальні - соціально-психологічні стреси (люди, в яких за певний період накопичується багато стресогенних подій, мають схильність до соматичних скарг);

2) поведінкові – копінг-стратегії подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності;

3) індивідуально-типологічні – властивості темпераменту, рівень алекситимії, особистісні особливості та акцентуації;

4) нейродинамічні – розбалансованість процесів збудження й гальмування нервової системи (слабка або сильна неврівноважена нервова система)[3].

Психосоматичні розлади залежать від психосоціальних, поведінкових, індивідуально-типологічних та нейродинамічних факторів, що взаємодіють між собою [1].

Найвідчутнішими в житті дорослої людини 40-50 років є такі проблеми: актуалізуються всі базові екзистенційні проблеми (смерть, ізоляція, втрата сенсів життя) і виникає ряд специфічних соціально-психологічних проблем (соціальна самотність, дезадаптація, повна зміни цінностей, зміна соціального статусу).

Як зазначають в своєму навчальному посібнику українські психологи:

«Перехід від ранньої до середньої дорослості характеризується кризою, яка має назву кризи середини життя.

Вона полягає в остаточному переосмисленні планів життя, співставленні їх з реальністю і корегуванні особистісних рис.

Життя постійно вносить свої корективи у плани людини, час невпинно йде вперед і людині інколи здається, що все заплановане, задумане їй не вдасться здійснити, тому вона прагне перебудуватись.

Об'єктивні причини перебігу кризи середини життя і зумовляють перебудову особистості з урахуванням зміни статусу людини у житті» [2, с. 260].

У дорослому віці людина набуває життєвого досвіду, реалізовує життєві плани, формує нові аспекти її Я-концепції, стабілізуються основні інтереси й емоційна сфера.

Надалі наша наукова робота над даною проблемою буде спрямована на психодіагностику та психокорекцію психосоматичних розладів у людей дорослого віку.

Список використаних джерел

1. Психосоматика та психологія здоров'я: комплекс робочих навчальних програм (для підготовки студентів спеціальності 053 – Психологія) освітньої програми «Психосоматика та психологія здоров'я» освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр» та освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр») / За редакцією проф. Г.П.Мозгової / Авт. кол. кафедри психосоматики та психологічної реабілітації факультету психології / Вид. 2. Київ: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2020. 427 с.

2. Скрипченко О. В., Долинська Л. В., Огороднійчук З. В. та ін. Вікова та педагогічна психологія: навч. посібник/ 3-є вид., випр. й доп. Київ: Каравела, 2012. 399 с.

3. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень: навчальний посібник. Київ: Видавничий дім «Слово», 2015. 280 с.

Марина Федоренко,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри спеціальної психології та медицини,
факультет спеціальної та інклюзивної освіти
Українського державного університету
імені Михайла Драгоманова,
м. Київ, Україна

Віталій Кузьмінський,
здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти,
кафедра спеціальної психології та медицини,
факультет спеціальної та інклюзивної освіти
Українського державного університету
імені Михайла Драгоманова,
м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Виявлення дітей з розладом дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) є тривалим і ретельним процесом. Поведінка таких дітей зовні може бути схожою на поведінку дітей із підвищеною тривожністю, неврозами, шизофренією та іншими порушеннями в розвитку, тому для фахівців: психологів та педагогів, важливо знати основні відмінності у поведінці однієї категорії дітей від інших.

Згідно з науковими дослідженнями діти з РДУГ мають недостатньо розвинену лобну кору головного мозку та функціональні зміни у нейронних зв'язках, які відповідають за: планування; концентрацію уваги; прийняття рішень; відкладання задоволення; організацію; контроль поведінки та імпульсів. У гіперактивної дитини спостерігається порушення обміну нейромедіаторів (хімічних речовин, які передають сигнали між нейронами): допаміну, норепінефрину та серотоніну. Поки точно достеменно не відомо, які саме фактори призводять до РДУГ, проте результати експериментальних вказують, що значну роль у цьому відіграє генетичний фактор, а також порушення у пренатальний період та під час вагітності [2; 5; 6].

Клінічні прояви розладу дефіциту уваги з гіперактивністю різноманітні. Для його діагностики використовуються стандартні діагностичні критерії, розроблені Американською психіатричною асоціацією та опубліковані в «Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів» (DSM-V), а також в Міжнародному класифікаторі хвороб (МКХ-10, МКХ-11).

Відповідно до МКХ-10, в межах класифікації розладу дефіциту уваги з гіперактивністю, передбачено можливість визначення двох розладів: «порушення активності і уваги» (F 90.0) та «гіперкінетичний розлад поведінки» (F 90.1), які увійшли до діагностичної категорії F 90 «Гіперкінетичні розлади», що включені до розділу «Емоційні розлади та розлади поведінки, які зазвичай починаються в дитинстві або підлітковому віці». У МКХ-11, що планували впровадити у клінічну практику в Україні ще у 2021 році, рубрику «Гіперкінетичні розлади» перейменували на «Розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю» (РДУГ). Дане формулювання вже використовується в діагностичному та статистичному керівництві Американської психіатричної DSM-V. За МКХ-11, розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (код 6A05), класифікується на такі підтипи: 6A05.0: Представлена переважно неухважність. 6A05.1: Представлена переважно гіперактивність-імпульсивність. 6A05.2: Змішаний тип. 6A05.Y: Інший уточнений тип. 6A05.Z: Не уточнений тип. Україна поки що затримує впровадження МКХ-11, тому ще продовжено використання МКХ-10 [1; 3].

Для того, щоб визначити у дитини РДУГ, необхідно враховувати критерії діагностичних керівництв, про які йшлося вище, а саме:

1. Вік дитини. Симптоми розладу дефіциту уваги з гіперактивністю проявляються до 12 років, найчастіше у віці 3–6 років. Більш пізній період виникнення подібних симптомів виключає РДУГ.

2. Тривалість симптомів. Для встановлення діагнозу симптоми мають спостерігатися не менше ніж 6 місяців.

3. Ознаки однаково проявляються в різних сферах життя. При РДУГ дитина має труднощі з поведінкою не лише вдома з родиною чи у звичному оточенні, а також і в школі, дитячому садку, під час прогулянки, походу в магазин. Спостереження симптомів лише в одній сфері життя дитини виключає РДУГ.

4. Симптоми, які об'єктивно знижують якість життя. Про діагноз РДУГ можна говорити, коли симптоми яскраво виражені, погіршують якість життя, перешкоджають нормальному розвитку дитини, призводять до дезадаптації. Наприклад, неухважність перешкоджає вивчити матеріал або виконати завдання, імпульсивність впливає на уміння дружити та підтримувати стабільні відносини, а гіперактивність може стати причиною роздратування інших та заважати концентрації на одній справі [1;4].

За класифікаціями МКХ-11 та DSM-V виділяють наступні підтипи РДУГ: 1) комбінований – з наявністю виражених

симптомів гіперактивності, імпульсивності та неувважності; 2) з домінуючою гіперактивністю/імпульсивністю – коли виражені симптоми цього спектру та мінімальні або відсутні – симптоми порушення уваги; 3) з домінуючим порушенням уваги – коли значно виражені лише симптоми дефіциту уваги [1; 4; 5].

Для діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю використовуються різні підходи: психологічний, нейропсихологічний, клінічний. Обов'язково необхідно враховувати вікові особливості клієнтів. Для дітей це можуть бути спеціальні опитувальники та тести, наприклад, шкали оцінки поведінки. У випадку дорослих, діагностика часто включає більш глибоке психологічне обстеження, включаючи інтерв'ю та самооцінку симптомів.

Додатково до клінічного інтерв'ю у дітей та підлітків рекомендовано використовувати опитувальник Вандербільта, Ахенбаха, рейтингові шкали Conners Parent-Teacher Rating Scale тощо. Для дорослих в доповнення до інтерв'ю застосовується шкала діагностики РДУГ у дорослих (ASRS). Необхідно підкреслити, що окремо взяті дані опитувальників та шкал не можуть замінити повноцінну діагностику, але є допоміжними інструментами на шляху виявлення РДУГ.

Надзвичайно важливим при постановці діагнозу – розлад дефіциту уваги з гіперактивністю, є використання нейропсихологічних проб, спрямованих на дослідження пізнавальних процесів, зокрема особливостей уваги (таблиці Шульте, Таблиці Шульте-Горбова, Коректурні проби, Віднімання за Крепеліним, Методика П'єрона-Рузена, Тест Тулуз-П'єрона), та емоційної сфери. Методики мають бути орієнтовані на вік клієнта та враховувати принципи нейропсихологічного дослідження.

Для дітей з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю відомо не так багато нейропсихологічних методик. Ефективними в даному напрямку будуть: Вісконсінський тест сортування карток, Кольоровий тест Струпа, Тест рухів руками, Копіювання складного малюнка, Тест відслідковування, також Проба на реципрокну координацію рук Озерецького, нейропсихологічна методика, спрямована на дослідження просторового праксису Проба Хеда. Можна також використовувати зоровий тест TOVA (Test of Variables of Attention), тести рухового гальмування типу GO/NO-GO, тощо.

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю – комплексне порушення, що визначає неможливість його діагностувати лише однією пробєю, тобто не існує універсального методу, який би напевно продемонстрував або спростував наявність РДУГ. Тому фахівець має бути обізнаний у різних підходах та методах

виявлення симптомокомплексу та працювати у тандемі психолог-психіатр.

Список використаних джерел

1. Боряк О., Ладинченко Л. Молодші школярі з гіперактивним розладом із дефіцитом уваги в умовах сучасного інклюзивного простору. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2020. № 5-6. С. 12-23.

2. Князєв В. М. Теоретична та операціональна модель дослідження впливу комплексу чинників на патологічні прояви за умови різних форм РДУГ. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. Вип. 2. С. 21-26.

3. Марценковська І. І. Дитина з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в українській школі: коротко про головне. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2020. № 4(115). С. 17-19.

4. Федоренко М. В. Психологічна корекція синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю у дітей з розумовою відсталістю методами арттерапії. *Психолого-педагогічна допомога особистості засобами арттерапії: монографія*. Переяслав (Київ. обл.): Домбровська Я. М., 2020. С. 346-364.

5. Федоренко М. В., Руденко Л. М. Мультимодальна програма корекції поведінкових порушень у розумово відсталих дітей. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2016. Вип. VII. В 2-х т. (Т. 2). С. 282-293.

6. ADHD & the Brain. URL: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/ADHD_and_the_Brain.aspx