

**УКРАЇНСЬКА ІНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГІЧНА
АКАДЕМІЯ
Кафедра практичної психології**

**МАТЕРІАЛИ
Міжнародної міждисциплінарної науково-
практичної конференції**

**«Сучасні психологічні тенденції
підтримки та відновлення психічного
здоров'я особистості: теорія та практика»**



**Харків
2019**

УКРАЇНСЬКА ІНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГІЧНА АКАДЕМІЯ
Кафедра практичної психології
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
EUROPEAN FEDERATION OF PSYCHOLOGISTS' ASSOCIATIONS
НАЦІОНАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ
АСОЦІАЦІЯ ДИТЯЧИХ ТА СІМЕЙНИХ ПСИХОЛОГІВ
УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ РЕЖИСОВАНОЇ ФІЛЬМОТЕРАПІЇ І
ФІЛЬМОТРЕНІНГУ

**МІЖНАРОДНА МІЖДИСЦИПЛІНАРНА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ**

**Сучасні психологічні тенденції
підтримки та відновлення психічного
здоров'я особистості: теорія та практика»**

13-14 грудня 2019
Харків

УДК 159.923

Рецензенти:

Большакова Анастасія Миколаївна – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної психології, Харківська державна академія культури

Кузнецов Марат Амірович – доктор психологічних наук, професор, кафедра практичної психології, Харківський національний педагогічний університет ім.Г.С.Сковороди

Рекомендовано до друку Вченою радою Українською інженерно-педагогічної академії, протокол № 6 від 06.12.2019 року

Матеріали Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції: «Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика», м. Харків, 13-14 грудня 2019, УПА, Харків : ТОВ "Рейтинг" , 2019. - 120 с.

Автори несуть відповідальність за зміст матеріалів.

УДК 159.923

© УПА, 2019

© Колектив авторів, 2019

НАУКОВИЙ ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Коваленко О.Е. - д.пед.н., професор, ректор Української інженерно-педагогічної академії

Купріянов О.В. - д.тех.н., професор, проректор з наукової роботи Української інженерно-педагогічної академії;

Коваленко Д.В. - д.пед.н., професор, декан факультету міжнародних освітніх програм Української інженерно-педагогічної академії;

Соколова І.М. - д.психол.н., професор, завідувач кафедрою практичної психології Української інженерно-педагогічної академії;

Кожина Г.М. - д.мед.н., професор, академік Національної Академії наук Вищої освіти України, завідувач кафедрою психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету;

Заворотний В.І. - к.мед.н., Військово-медичний клінічний центр Північного регіону;

Колчигіна А.В. - к.психол.н., доцент кафедри практичної психології Української інженерно-педагогічної академії;

Білоцерківська Ю.О. - к.психол.н., доцент кафедри практичної психології Української інженерно-педагогічної академії.

Sissel Sollied Ph.D. - доцент кафедри освіти та педагогіки Норвезького арктичного університету (Норвегія, м. Тромсе).

Kurt Schley - Prof., Child and youth psychotherapist Trainer BT, Supervisor BT Educator in Focusing, conversational skills, Supervision (DFG), Leader of the academy for psychotherapy in Offenburg (OAP), Dr.h.c. (UIPA)

ВИКОНАВЧИЙ ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Баженов О.В. - завідувач лабораторії кафедри практичної психології Української інженерно-педагогічної академії;

Ломакін А.О. - к.тех.н., старший викладач кафедри практичної психології Української інженерно-педагогічної академії;

Красін С.А. - керівник ГО «Інститут режисованої фільмотерапії та фільмотренінгу»;

Трухан Г.В. - президент ICDP Ukraine, тренер ICDP, член EFPA, член Ради правління «Національної психологічної асоціації психологів України»

ЗМІСТ

Alina Kyselova

Using of cognitive-behavioral therapy for treatment of anxiety disorders..... 9

Andy Nesselhauf

Methoden in der beratung der klinischen psychologie: beratung eines patienten..... 11

Anita Jülch

Integration eines systemischen ansatzes in die verhaltenstherapie bei kindern und jugendlichen in scheidungs- und trennungssituationen..... 13

Anja Dietrich

Integrative behandlung von traumafolgestörungen im Kindes- und jugendalter..... 15

Батукова Людмила Анатоліївна

Шкільна медіація як сучасна модель підтримки психічного здоров'я учнів..... 18

Большакова Анастасія Миколаївна

Діагностика схема-режимів у схема-фокусованій терапії Дж. Янга 20

Висоцький Михайло Миколайович

Сучасні питання психосоціальної реабілітації осіб з наркотичною залежністю..... 22

Гук Галина Валеріївна

Немедикаментозна корекція безсоння у діючих військовослужбовців в госпітальних умовах..... 24

Заворотний В'ячеслав Іванович

Психолого-психіатричні порушення у військовослужбовців збройних сил внаслідок гібридної війни на сході України..... 26

Загорська Інна Олексіївна

Вектори психологічного здоров'я особистості 29

Зеленська Катерина Олексіївна, Красковська Тетяна Юріївна

Комплексна патогенетична терапія у вимушених переселенців з тривожними розладами..... 31

Злотніков Андрій Андрійович	
Вдосконалення підготовки кадетів інтернату з посиленою військово-фізичною підготовкою до діяльності в екстремальних умовах.....	33
Ісаєнко Світлана Володимирівна	
Психотерапія депресивних розладів у онкохворих.....	34
Карамушка Людмила Миколаївна	
Актуальні напрямки дослідження психологічного здоров'я освітнього персоналу.....	36
Карапетрова Олена Володимирівна	
Управління емоціями – шлях до підтримки та відновлення психологічного здоров'я особистості.....	37
Кислий Віталій Дмитрович, Приходько Дмитро Петрович	
Моніторинг виникнення у військовослужбовців негативних психічних станів	38
Кніккер Антон Леонідович	
Створення опитувальника для дослідження зв'язку диференціювання контенту у відеорекламі з особистою креативністю.....	41
Кожина Ганна Михайлівна, Стародубцева Юлія Андріївна	
Психотерапія, як один з основних компонентів комплексної терапії розладів адаптації пов'язаних з комп'ютерною залежністю.....	44
Кришталь Олександр Олексійович	
Арт-терапія, як компонент комплексного лікування хворих на шизофренію.....	46
Ликова Мар'яна Вячеславівна	
Фактор розвитку лідерського потенціалу.....	47
Лісовенко Галина Вікторівна	
Впровадження здоров'язберігаючих технологій у початковій школі.....	49
Литвиненко Василь Васильович	
Психоосвіта, як компонент комплексної реабілітації осіб з алкогольною залежністю.....	51
Лозовий Іван Вікторович	
Особистісні та ситуаційні фактори ставлення курсантів військового вузу до навчально-професійної діяльності.....	53

Львов Олександр Олегович, Жабко Наталія Володимирівна	54
Травма орієнтована музикотерапія.	
Мосейко Олексій Валентинович, Мосейко Вікторія Вадимівна	
Психосоціальна травма як фактор екзацерації шизофренії....	56
Новрузова Аліса Ейнуллаївна	
Особливості переживання стресу в залежності від психологічного сприйняття часу.....	57
Онопрієнко Маргарита Віталіївна	
Психологічні кореляти статевої ідентичності дітей з гомосексуальних сімей.....	59
Пелюстка Марина Іванівна	
Психоосвіта в діяльності психолога.....	61
Петухова Ірина Олексіївна	
Психологічний супровід дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку церебрально-органічного генезу: міждисциплінарний підхід.....	63
Погорелов Дмитро Андрійович	
Особливості впливу на особистість інтернет – залежності.....	65
Попова Марта Ігорівна	
Особливості копінг-стратегій матерів з особливими потребами у порівнянні з копінг-стратегіями матерів з типовим розвитком.....	68
Пришутова Анна Валентиновна	
Границы личности как элементарное средство сохранения ресурсного состояния.....	69
Проноза-Стеблюк Катерина Володимирівна, Соколова Ірина Михайлівна	
Нова авторська модель метафоричних асоціативних карт «КПС» для роботи з розладами афективного спектру.....	74
Савіна Юлія Іванівна	
Сприятливий морально-психологічний клімат колективу першокласників як умова збереження психічного здоров'я.....	75
Савчин Мирослав Васильович	
Психічне здоров'я у контексті оптимістичної концепції людини для ХХІ ст.....	77

Самоїлова Олена Вячеславівна	
Комплексна допомога дітям-переселенцям з розладами адаптації.....	79
Сапельнікова Тетяна Станіславівна, Чередник Аліна Олександрівна	
Дослідження стилів гумору як фактору стресостійкості студентів-психологів в учбовій діяльності.....	80
Сергєєва Ірина Сергіївна	
Конструктивне спілкування як засіб зниження стресу та збереження психічного здоров'я майбутніх педагогів.....	82
Скориніна-Погребна Ольга Володимирівна	
Тілесні відчуття як показник емоційного стану особистості.....	84
Соколова Марія Михайлівна	
Вплив комп'ютерної та телефонної залежності на стан нервової системи школярів та її профілактика.....	86
Соколова Софія Михайлівна	
Актуальні питання підтримки та супроводу людей з хімічною аддикцією.....	88
Стрельнікова Ірина Миколаївна	
Комплексна допомога хворим з органічними тривожно-депресивними розладами.....	91
Табачник Інна Григорівна, Денисова Юлія Володимирівна	
Психологічна профілактика адиктивної поведінки в студентський період	92
Терещенко Кіра Володимирівна	
Психологічне благополуччя як вияв психологічного здоров'я особистості.....	94
Товкач Світлана Павлівна, Лазаренко Юрій Миколайович, Заворотний В'ячеслав Іванович	
Сучасні підходи в роботі з тривожністю у військовослужбовців в умовах стаціонару.....	95
Топорова Тетяна Юріївна	
Робота з міжособистісними стосунками у танцювально-рухової терапії.....	99
Харцій Олена Миколаївна	
Вплив емпатії на психічний стан людини	101

Хоміцький Микола Євгенович	
Особистісні характеристики при ендогенних психозах в контексті постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій.....	103
Худавердова Анна Олександрівна, Кротюк Василь Андрійович	
Психологічний супровід військовослужбовців при підготовці до ведення бойових дій.....	104
Шалухан Володимір Павлович	
Використання тренінгу у формуванні професійної культури у майбутніх психологів.....	106
Шахова Елена Григорьевна	
Современная психологическая модель психического здоровья.....	107
Шилова Анна Геннадіївна	
Формування та підтримка здорового психологічного клімату в шкільному колективі.....	109
Ярошенко Любов Олександрівна	
Емоційна стабільність – ознака професіоналізму вчителя.....	111

USING OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR TREATMENT OF ANXIETY DISORDERS

Nowadays anxiety disorders are the most common psychological disorders among different generations. There are different factors which can influence people's feelings, and how and where they experience anxiety (e.g. social anxiety disorder is diagnosed when people feel fear of unfamiliar people or social scrutiny). There are two main ways which are used for treatment different types of anxiety disorders: psychological and medications. At present the most popular and useful therapy is cognitive-behavioral therapy (CBT).

CBT is used as a very effective tool for treatment in mental health disorders (e.g. post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorders, panic disorder, and so on). The basic idea of this therapy is focus on thoughts and behaviors, and how they influence feelings. Basically, the main aspect of this treatment targets the challenging process, or so-called cognitive restriction. During this process a patient focuses on the negative thinking which influences anxiety, and changes it on more positive and realistic one. There are three steps which are present on this stage:

- Identifying negative thoughts;
- Challenging negative thoughts;
- Replacing negative thoughts with realistic one

The next step is using exposure therapy which is focused of facing with the situation or objects which can lead patient to experience fear. This procedure is present repeatedly, and as a result the level of anxiety decreases, and at the same time the sense of control over the situation increases. There are two ways how this therapy can be done: either the therapist asks the patients to imagine undesirable situation, or the patients can deal with it in everyday life. Unfortunately, but there are some doubts concerning using exposure therapy, due to the fact that it can be very traumatic if the fear is very serious and big. And in this case, at the beginning

therapists usually suggest clients to try systematic desensitization, and only after that they can try exposure therapy.

Systematic desensitization is a specific procedure which helps patients gradually challenge their fears, and in that way they can improve skills for controlling panic. This part of CBT consists of three components:

- Learning relations skills;
- Creating a step-by-step list;
- Working together with a therapist through all steps.

And as a final step, apart from regular therapy, there are some recommendations which the client must understand and use them in everyday life:

- the client must understand his problem(-s), and try to learn how he can overcome it;
- the client must have strong social support from family and close friends;
- the healthy lifestyle must be present in all the time in client's life;
- the level of stress and negative emotions must be reduced.

In addition, another one strategy which is becoming more and more popular at present, is motivating willingness. It is a specific technique which is used in combination with CBT, and the main goal of it is to make client feel more confident in the process of how they can cope with anxiety when the therapy finishes.

In conclusion, I would like to say that anxiety disorders are a very big problem in our modern world. However, there is a big amount of tools, interventions, and therapies which can be applied to decrease the level of anxiety and minimize the probability of its occurrence in everyday life. And it is very important to mention that clients must understand that if they want to solve their problem(-s), it will take a lot of time and efforts, and they must practise all skills, which they are taught, every day and every moment.

Andy Nesselhauf

Meister

Ukrainische Akademie für Ingenieurwissenschaften und Pädagogik

Projektleiter Doktor der Psychologie, Professor I. M. Sokolowa

Leader of the academy for psychotherapy in Offenburg (OAP),

Dr. h.c. (UIPA), Germany, Professor Kurt Schley

METHODEN IN DER BERATUNG DER KLINISCHEN PSYCHOLOGIE: BERATUNG EINES PATIENTEN

Patientenbeschreibung: Die Patientin T. ist 16 Jahre alt. Zur Vorstellung kam gemeinsam mit den Eltern. Sie selbst vermochte zunächst kaum über ihre Problematik zu sprechen, weshalb ihre Eltern den größeren Redeanteil übernahmen. Diese berichteten, ihre Tochter leide seit ca. Pfingsten diesen Jahres unter einer Magersucht. Die Patientin habe ihre Nahrungszufuhr immer weiter eingeschränkt, habe auf immer mehr Lebensmittel (v.a. Süßes, Fett- und Kohlenhydrathaltiges) verzichtet und die Portionen zunehmend verkleinert, auch trinke sie kaum etwas (weniger als 0,75 l/Tag). Schließlich habe die tägliche Kalorienzufuhr bei ca 300 – 500 kcal gelegen. Sie könne sich überhaupt nichts mehr gönnen; wenn sie doch etwas esse, fühle sie sich schuldig und lasse die nachfolgende Mahlzeit als Ausgleich ausfallen oder mache heimlich Sportübungen. Zuhause habe es wegen des restriktiven Essverhaltens zunehmend Streit gegeben, da die Patientin auf Appelle seitens ihrer Eltern nicht mehr reagiert habe. Als Ausgangsgewicht gab die Patientin rund 48 kg an, die Eltern bestätigten, ihre Tochter sei schon immer sehr schlank gewesen. Zuletzt habe die Patientin nur noch 41,4 kg gewogen (BMI 14,5).

Als weiteren Problembereich schilderte die Patientin Panikattacken in der Schule. Erstmals seien diese im September 2017 aufgetreten, dann zunehmend häufiger und seit Februar in massiver Ausprägung. Seit den Pfingstferien habe die Patientin daher die Schule nicht mehr besucht, weshalb auch keine weiteren Angstzustände aufgetreten seien. Organische Ursachen für die Panikattacken seien im Vorfeld medizinisch ausgeschlossen worden.

Darüber hinaus wird die Stimmung der Patientin als häufig niedergedrückt und traurig beschrieben. Sie spreche kaum noch über

sich, sei sehr in sich gekehrt. Daneben sei die Patientin auch deutlich reizbarer als früher.

Beratung, Methoden, Interventionen: Die Patientin ließ sich gut auf die Beratung ein. Obwohl sie im Kontakt zunächst eher zurückhaltend und vorsichtig war, gelang es ihr bald sich in die therapeutischen Gespräche einzufinden. Stimmung und Antrieb wirkten auch im klinischen Eindruck zunächst als zum depressiven Pol hin verschoben, aufgrund der vorrangig beschriebenen anorektischen und phobischen Symptomatik sah ich aber von der Vergabe einer entsprechenden Diagnose ab. Diese Einschätzung zeigte sich im Verlauf als passend (s.u.). Mit zunehmender Öffnung äußerte die Patientin vermehrt auch Verzweiflung und Hilflosigkeit. In diesem Zusammenhang wurden stark rigide und verzerrte Kognitionen („Ich bin nichts wert“, „Es ist alles sinnlos“) immer deutlicher, auch eröffnete die Patientin, dass sie sich bereits seit einiger Zeit in Überforderungszuständen durch Schneiden oder Kratzen selbst verletzt hatte. In einigen Situationen steigerte sich die Anspannung der Patientin derart, dass sie starke Ängste bis hin zu Panikattacken, einhergehend mit vegetativen Symptomen wie Herzrasen, Hyperventilation, Schwäche, Schwitzen, etc., erlebte. In derartigen Überforderungssituationen gelang es der Patientin anfangs selbstständig noch nicht, sich bei den Eltern zu melden. Die Ziele der Behandlung waren:

Förderung der Therapiemotivation hinsichtlich der Aufgabe des restriktiven Essverhaltens, u.a. auch ausführliche Psychoedukation.

Die Entwicklung eines multifaktoriellen Störungsmodells von anorektischer und phobischer Symptomatik.

Die Normalisierung des Körpergewichtes und des Essverhaltens sowie des Sportverhaltens. Das eigenständige Einteilen der Mahlzeiten. Die Bearbeitung der Körperschemastörung.

Stabilisierung der Stimmung, Vermittlung funktionaler Strategien im Umgang mit negativen Affekten.

Bearbeitung der phobischen Symptomatik, u.a. durch Vermittlung von Techniken zum Angstmanagement und gestufte Exposition.

Die Identifikation und Veränderung dysfunktionaler

kognitiver Schemata und Affekte, die zur Aufrechterhaltung der Essstörung beitragen.

Besonderes Merkmal in den Gesprächen mit der Patientin legte ich auf:

Emphatisches, verständnisvolles Zuhören um die Gründe für Ihr Gefühl der Wertlosigkeit verstehen zu können.

Die Eigenverantwortlichkeit herausheben und stärken. Die Patientin soll verstehen, dass sie sich bewusst in diese Lage gebracht hat und auch nur sie die Möglichkeit besitzt an der Lage etwas zu verändern. Dies sollte auch dahingehend wirken, als dass die Patientin mich nicht als Ihren Gegner ansieht.

Die Familie und Freunde gut einzubinden. Um einmal den sozialen Rückhalt zu stärken und andererseits eine Instanz zur Kontrolle aufbauen zu können.

Anita Jülch

Meister

Ukrainische Akademie für Ingenieurwissenschaften und Pädagogik

Projektleiter Doktor der Psychologie, Professor I. M. Sokolowa

Leader of the academy for psychotherapy in Offenburg (OAP),

Dr. h.c. (UIPA), Germany, Professor Kurt Schley

INTEGRATION EINES SYSTEMISCHEN ANSATZES IN DIE VERHALTENSTHERAPIE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN IN SCHEIDUNGS- UND TRENNSITUATIONEN

Im Jahr 2018 gab es laut dem Internetportal Statista in Deutschland 121.300 minderjähriger Scheidungskinder. (Minderjährige Scheidungskinder in Deutschland 2018 | Statista) Auch wenn die Zahlen seit 2008 rückläufig sind, ist das noch immer eine hohe Zahl von Kindern, die neben destruktiven Paarkonflikten über den bedeutendsten Prädiktor für psychische Störungen verfügen. Die Tatsache, dass bei jeder zweiten geschiedenen Ehe auch minderjährige Kinder betroffen sind, zeigt wie dringlich eine Auseinandersetzung damit ist, wie den Kindern geholfen werden kann. Betroffen sind von diesen Risikofaktoren nicht nur die Kinder und Jugendlichen, sondern auch die Eltern.

Meist durchlaufen die Kinder, in Abhängigkeit von ihrem Alter mehrere Phasen innerhalb des Trennungsprozesses. Oft gehen die Kinder anfänglich davon aus, dass ihre Eltern wieder zusammenfinden und es sich lediglich um eine Trennung auf Zeit handelt. Ist die Erkenntnis vorhanden, dass dem nicht so ist, sehen sich die Eltern oft mit einer Wut konfrontiert, die auch beinhalten kann, dass die Eltern sich nicht genug bemüht hätten, das Familienkonstrukt aufrechtzuerhalten. Nachdem die Schuld zunächst bei den Erziehungsberechtigten gesucht wird, verfallen die Kinder in der nächsten Phase darauf, sich selbst als verantwortlich für das Scheitern der Ehe zu empfinden, was im Weiteren zu einer tiefen Traurigkeit führen kann. Amatho und Keith (Amato und Keith 1991) haben in ihrer Metaanalyse 1991 signifikante Beeinträchtigungen der Scheidungskinder in Bereichen wie auffälliges Sozialverhalten, niedrige soziale Integration, Schulschwierigkeiten, emotionale Probleme mit internalisierenden Symptomen wie Ängste oder Depressionen gefunden. Nicht selten, sind die Kinder lediglich die Symptomträger und es fällt nach wie vor den meisten Müttern und Vätern leichter, ihre Kinder zu einem Therapeuten zu bringen, als für sich selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen. Nichtsdestotrotz steht der Therapeut auf verlorenem Posten, wenn er sich darum bemüht den Kindern im Rahmen einer Verhaltenstherapie bei der Lösung ihrer individuellen Probleme zu helfen, wenn die Eltern nicht ebenfalls in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden.

Hierfür eignet sich besonders ein systemischer Ansatz, der die Eltern bei der Klärung ihrer Trennungssituation unterstützen kann. Die Partner mögen auf der Partnerebene nicht mehr miteinander funktioniert haben und diese Rollen können aufgegeben bzw. modifiziert werden. Auf der Elternebene müssen hier oftmals neue Rollen erst erlernt werden. Denn letztlich ist es oftmals nicht die Trennung an sich, die auf Dauer belastend für die Kinder ist, sondern die destruktive Interaktion der Eltern nach der Trennung. Scheidungsfolgen für Kinder hängen wesentlich von der Art und Häufigkeit der Paarkonflikte vor der Scheidung und das Persistieren der Konflikte danach ab. (Buchanan und Heiges 2001).

Gleichzeitig können mit den Kindern im Rahmen der Verhaltenstherapie Strategien entwickelt werden, die auf ihre speziellen Probleme eingehen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit können einen Mehrwert für Beratungsstellen und Kinder- und Jugendlichenpraxen darstellen, um betroffenen Familien Programme anzubieten, die auf die individuellen Bedürfnisse aller Beteiligten eingehen.

Anja Dietrich

Meister

Ukrainische Akademie für Ingenieurwissenschaften und Pädagogik

Projektleiter Doktor der Psychologie, Professor I. M. Sokolowa

Leader of the academy for psychotherapy in Offenburg (OAP),

Dr. h.c. (UIPA), Germany, Professor Kurt Schley

INTEGRATIVE BEHANDLUNG VON TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

Einer im Jahre 2010 in Deutschland durchgeführten repräsentativen Studie zufolge berichteten 2,8% in ihrer Kindheit schwer körperlich missbraucht worden zu sein, 6,6% gaben eine schwere emotionale Vernachlässigung an und 10,8% berichteten in der Kindheit eine schwere körperliche Vernachlässigung erfahren zu haben. In Deutschland liegt die Lebenszeitprävalenz der Allgemeinbevölkerung zwischen 1,5 bis 2%. Man geht davon aus, dass 50% der Opfer einer Vergewaltigung eine PTBS entwickeln. Im Jahr 2015 begann in Deutschland die sogenannte „Flüchtlingskrise“, bei der im Jahr 2015 ein Zuwanderungssaldo von 1,14 Millionen ausländischer Staatsangehöriger nach Deutschland erfolgte. Viele Familien mit Kindern, aber auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sind traumatischen Umständen entkommen oder haben auf der Überfahrt viele Schrecknisse erlebt. Einer Untersuchung von Ruf, Schauer und Elbert von der Universität Konstanz (2010) zufolge litten 19% der Kinder von Asylbewerbern unter einer PTBS und lediglich 4,8% der Kinder befanden sich in psychotherapeutischer Behandlung. Das Thema der einfachen als auch der komplexen Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen mit verschiedensten

Hintergründen, stellt sich dem praktizierenden Kinder- und Jugendpsychotherapeuten immer wieder und somit sollte das Spektrum an wissenschaftlich fundierten Behandlungsformen möglichst breit gefächert sein.

Der Gedanke, verschiedene Therapie-Schulen und Methoden integrativ in die Behandlung einzelner Klienten einfließen zu lassen ist nicht neu. Bereits in den 1960er Jahren begründete der deutsche Psychologe Hilarion Petzold gemeinsam mit Johanna Sieper und Mitarbeitern die integrative Therapie, welche u.a. Elemente der Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Neuropsychologie und Körpertherapie vereinte. Der international bekannte deutsche Psychotherapie-Forscher Klaus Grawe trieb mit der Erforschung der methodenübergreifenden Wirkfaktoren der Psychotherapie die Entstehung einer integrativen Psychotherapie voran. Seine Forschungsergebnisse zeigten, dass nicht autonome Therapieverfahren die Basis des Behandlungserfolges darstellten, sondern spezifische methodenübergreifende Wirkfaktoren. Mittlerweile gibt es in Deutschland, Österreich und in der Schweiz immer mehr schulen- und methodenübergreifende Ausbildungen im Bereich der Psychotherapie. Ein methodisch breit gefächertes Behandlungsspielraum kann die individuellen Bedürfnisse einzelner Patienten meist optimaler abdecken als ein Ansatz, der nicht methodenübergreifend ist.

Eine methodenübergreifende Behandlung von Traumafolgestörungen lässt sich individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abstimmen. Die klassische kognitiv-behaviorale Traumatherapie ist zwar der Goldstandard für die Integration traumatischer Gedächtnisinhalte, sie lässt sich jedoch vor allem bei komplex- und frühtraumatisierten Kindern nicht anwenden. Grund dafür ist, dass sich diese Patienten nur marginal oder gar nicht bewusst an ihre traumatischen Erlebnisse erinnern können, da sie sich in frühesten Kindheit zugetragen haben. Für frühtraumatisierte Patienten eignen sich spieltherapeutische Ansätze, Telearbeit oder Kunsttherapie besser, da diese Interventionen auch unbewusste Gedächtnisinhalte einbeziehen, welche bei der strikt kognitiven Vorgehensweise keine Berücksichtigung finden.

Klassifikation, klinische Symptomatik, und Diagnostik der Traumafolgestörungen. Der Symptomkomplex der

Traumafolgestörungen ist im ICD 10 unter der Rubrik „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ subsumiert. Dort findet sich die „Akute Belastungsstörung“ (F43.0), die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) und die „Anpassungsstörung“ (F43.2). In der vorliegenden Arbeit werden die beiden letzteren Störungsbilder behandelt. Klinische Symptomatik: PTBS: ICD-10 Kriterien. Anpassungsstörung: ICD 10 Kriterien Diagnostik: CROPS/PROPS; DISYPS III; DIKJ.

AWMF Leitlinien zur Behandlung von Traumafolgestörungen:

- Herstellen einer sicheren Umgebung (Schutz vor weiterer Trauma Einwirkung) vor Beginn der Traumabehandlung unbedingt erforderlich!

- Abklärung des individuellen Stabilisierungsbedarfs;
- Abklärung Suizidalität/Affektkontrolle;
- Integration „adjuvanter Verfahren“ wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie können im Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden;

- Traumabehandlung: dosierte Konfrontation und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen;

Ergebnisse der Anwendung integrativer Methoden in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen. Angewandte Techniken und Methoden:

- Spieltherapeutische Techniken/ z.B. Traumabasierte Spieltherapie nach D. Weinberg

- Kognitiv-behaviorale Techniken
- Lösungsfokussierte Techniken (Steve de Shazer)
- Achtsamkeitsbasierte Techniken
- Teilarbeit (Ego States)
- Kunsttherapeutische Techniken

Praktische Anwendung. Die Behandlung traumatisierter Kinder stellt den Psychotherapeuten immer wieder vor eine große Herausforderung. Die meisten verfügbaren Behandlungsmanuale beinhalten die rein kognitiv-verhaltenstherapeutische Bearbeitung des kindlichen Traumas. Dieses Vorgehen setzt voraus, dass ein oder mehrere bewusst erinnerbare traumatische Situationen von den Gedächtnisinhalten des Kindes abrufbar sind. Da jedoch vor allem frühkindliche und komplexe Traumata häufig nicht bewusst vom

Kind abrufbar und erinnerbar sind, ist eine Integration dieser Anteile mit kognitiv-behavioralen Methoden nicht möglich. Deshalb ist für diese Kinder eine andere Behandlungsform notwendig. Die vorliegende Arbeit zur integrativen Traumatherapie versucht diese Lücke zu schließen. Praktisch tätige Kinder- und Jugendpsychotherapeuten könnten vor allem im Bereich der Komplex- und Frühtraumatisierung neue Einsichten gewinnen und diese in ihre praktische Arbeit integrieren.

Батукова Людмила Анатоліївна

Харківська гімназія № 6 «Маріїнська гімназія»

м. Харків

ШКІЛЬНА МЕДІАЦІЯ ЯК СУЧАСНА МОДЕЛЬ ПІДТРИМКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ

Сучасний етап процесу трансформації суспільних відносин в Україні супроводжується підвищенням напруги в суспільстві і стає базою для загострення конфліктних ситуацій різного рівня. Ці складні соціально-політичні події, що відбуваються в Україні, певним чином позначаються на життєдіяльності кожної особистості та її стосунках з оточуючими, що, в свою чергу, призводить до підвищення рівня конфліктності та порушення психічного здоров'я дітей та підлітків. Отже, все це вимагає від педагогічних працівників, зокрема фахівців психологічної служби, негайних дій щодо налагодження процесу комунікації в учнівському середовищі та підтримки психічного здоров'я учнів.

З-поміж нових форм роботи психологів системи освіти доцільно використовувати досвід упровадження Шкільної служби порозуміння як осередку медіації серед молоді. Програма занять Шкільної служби порозуміння «Формування навичок спілкування та врегулювання конфліктів» розроблена практичним психологом гімназії в межах створення осередків медіації в закладах освіти. Ця програма занять запроваджується як шкільна медіація з метою навчання підлітків навичкам спілкування та врегулювання конфліктів для їхньої успішної соціалізації та підтримки психічного здоров'я учнів.

Програма занять Шкільної служби порозуміння розрахована на старшокласників. Чисельність групи 15-20 чоловік, які включаються в заняття виходячи винятково з вільного вибору. Заняття мають наступні важливі *особливості*, що допомагають школярам у незвичайній для них діяльності: завдання припускають адаптацію до особистісних особливостей учасників; вправи носять практичний характер; завдання дозволяють учням перевірити отримані знання на практиці; завдання стимулюють обговорення і дискусію; вправи поєднують розважальність і пізнавальність; усі завдання відповідають віковим особливостям старшокласників. *Мета* таких занять: навчитися критично аналізувати свої можливості і перспективи в різних сферах; навчитися конструктивних способів спілкування; усвідомити значимість такого спілкування, як порозуміння, яке дозволяє «погасити» конфлікт; опанувати корисними навичками регулювання конфліктів; навчитися запроваджувати медіацію як спосіб досягнення порозуміння серед молоді у різних конфліктних ситуаціях.

Загальна *структура* Програми включає шість розділів та побудована таким чином, що кожна вправа служить підставою для наступної. Тому, на перших етапах роботи вправи пов'язані з пізнанням себе, своїх цінностей і переконань (Розділ 1 «Я»). Потім йдуть завдання для виявлення індивідуальних особливостей людей і унікальності кожної людини (Розділ 2 «Ти». Розділ 3 «Я і Ти»). Далі представлені вправи, пов'язані з поняттям ефективних методів спілкування і можливістю розглянути корені і наслідки конфлікту (Розділ 4 «Я чи Ти»). Заключний блок занять спрямований на поступове освоєння стратегії регулювання конфліктів (Розділ 5 «Я з тобою». Розділ 6 «Ми»). Загальна кількість вправ у програмі складає 24 вправи.

Під час проведення занять використовують такі сучасні інтерактивні методи, як рольова гра, «мозковий штурм», аналіз історій і ситуацій, створення проєктів, робота в групах, опитування, робота в парах, самопрезентації, дебати, вербальні та невербальні вправи, обговорення, дискусії та інше. Нестандартні та цікаві вправи із застосуванням інтерактивних технологій, які використовує психолог на таких заняттях,

дозволяють підліткам оволодіти новими соціальними ролями і правилами, набути здатності самостійно створювати позитивні соціальні відносини. Саме це і є ознакою успішної соціалізації учнів та відновлення їхнього психічного здоров'я.

Большакова Анастасія Миколаївна
Харківська державна академія культури
м. Харків

ДІАГНОСТИКА СХЕМА-РЕЖИМІВ У СХЕМА-ФОКУСОВАНІЙ ТЕРАПІЇ ДЖ. ЯНГА

Одним нових психотерапевтичних напрямів, який, інтегруючи кращі надбання класичних підходів, впроваджує нові ефективні моделі психологічної допомоги людині є схема-фокусована когнітивно-поведінкова терапія («третя хвиля» КПП), розробку та впровадження якої розпочато Дж. Янгом наприкінці ХХ ст.

Основними конструкторами схема-терапії Дж. Янга та його послідовників є поняття базових емоційних потреб, ранніх дезадаптивних схем та схема-режимів (режимів прояву дезадаптивних схем) (Arntz A., van Genderen H., 2009.; Gitta J.A., Arnoud A., 2013; Young J.E., 2002, 2015).

Основні тези схема-терапії щодо цих феноменів можна представити таким чином:

1. За умов незадоволення у дитинстві базових емоційних потреб (у безпечній приналежності, прийнятті та турботі; в автономії, компетентності та відчутті самості; у збереженні реалістичних кордонів та самоконтролі; у вільному вираженні потреб та емоцій; у спонтанності та грі) у людини формуються та розвиваються «ранні дезадаптивні схеми».

2. Схеми є дисфункціональними когнітивними, емоційними та поведінковими установками, що формуються з раннього дитинства. Вони виявляються як стійкі паттерни, що детермінують думки, емоції, спогади та інтерпретації людини.

Схеми можуть проявлятися у різних станах – схема-режимах. Схема-режими диференційовано на 4 категорії:

дисфункціональні дитячі (вразливої дитини, розгніваної дитини, розлюченої дитини, імпульсивної дитини, недисциплінованої дитини); дисфункціональні батьківські (батьківської вимогливості, батьківського покарання); дисфункціональні копінгові (покірної капітуляції, звеличування самого себе, захисника, який нападає, відстороненого самозаспокоювання, відстороненого захисника) та здорові функціональні режими (щасливої дитини, здорового дорослого).

На сьогодні у схема-терапії розроблено дві основні психодіагностичні методики: Опитувальник Схем Янга (YSQ) та Опитувальник схема-режимів (SMI). YSQ переведено та адаптовано для використання на російськомовній вибірці (Касьяник П.М., 2013).

У наших дослідженнях було здійснено роботу з адаптації, модифікації та валідації опитувальника SMI - створено адаптований варіант Schema Modes Inventory (для дорослих) та Schema Modes Inventory-Teen age (підліткова форма) (Большакова А.М., 2019).

Адаптована доросла форма Опитувальника схема-режимів (SMI) містить сімдесят тверджень, об'єднаних у чотирнадцять шкал, що відповідає структурі оригінальної методики: вразливої дитини, розгніваної дитини, розлученої дитини, імпульсивної дитини, недисциплінованої дитини, батьківської вимогливості, батьківського покарання, покірної капітуляції, звеличування самого себе, захисника, який нападає, відстороненого самозаспокоювання, відстороненого захисника, щасливої дитини, здорового дорослого (Большакова А.М., 2019).

Опитувальник схема-режимів (SMI-T - Schema Modes Inventory-Teen age) містить п'ятдесят тверджень, об'єднаних у десять шкал (Большакова А.М., 2019): батьківської вимогливості / покарання, вразливої дитини, розгніваної / розлученої дитини, агресивного нападника, імпульсивної / недисциплінованої дитини, покірної капітуляції, здорового дорослого, відсторонення, звеличування самого себе, щасливої дитини. Зменшення шкал пояснюється тим, що обстежувані підліткового віку не диференціюють дисфункціональні дитячі схема-режими розгніваної та розлученої дитини, імпульсивної

та недисциплінованої дитини, дисфункціональні батьківські режими та дисфункціональні копінгові режими відстороненого самозаспокоювання та відстороненого захисника.

Висоцький Михайло Миколайович

аспірант, Українська інженерно-педагогічна академія

Науковий керівник: д. психол.н., проф. Соколова І.М.

м. Харків

СУЧАСНІ ПИТАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Актуальність дослідження. Відомо, що чисельність хворих на наркотичну залежність в світі неухильно зростає. В Україні також спостерігається тенденція до зростання залежності від психоактивних речовин серед населення (П.В.Волошин, Н.О. Марута, О.С. Чабан, І.К. Сосін, О.П. Чупріков, Ю.Ф. Чуєв, Г.М. Кожина). У літературі описаний ряд соціальних і медичних наслідків зловживання наркотиками. Відзначаються низька частка трудової зайнятості, високий відсоток криміналізації й судимостей, порушення сімейних зв'язків. Вказується на підвищений суїцидальний ризик і високу смертність серед наркозалежних хворих. Проблему вживання наркотиків варто розглядати як цілісну проблему особистості, що включає як фізіологічну, так і психологічну складову. Тому завдання психолога в роботі з наркозалежними людьми, повинне реалізовуватись з урахуванням не тільки фізіологічних, але і психологічних особливостей осіб з наркотичною та алкогольною залежністю. Проблеми реабілітації та ресоціалізації наркозалежних перебувають у полі зору багатьох галузей науки: зокрема, наркологія та психотерапія (І. Анохіна, В. Бітенський, С. Дворяк, В. Глушков, О. Єгоров, Н. Сирота, Б. Херсонський, П. Шабанов, Н. Александрова, І. Горькова, С. Ковальов, С. Кулаков, І. Лисенко, І. Марковська, Е. Ейдемільер, В. Юстіцкіс, С. Andersen, W. Cuskey, D. R. Miles, M. Stanton, I. Parker, M. White та ін.), соціальна робота (А. Браун, Є. Головаха,

А. Мартиненко, О. Стецков, В. Турський, М. W. Fraser, К. Е. Nelson та ін.), психологія (А. Варга, К. Вітакер, Ю. І. Чернецька, Т. Andersen, А. W. Schaefer та ін.), педагогіка (Я. В. Бобильова, В. Гущина, Н. Дьячков, Ю. Захаров, та ін.). Однак вивчення детермінант формування наркозалежності й детермінант реабілітації та ресоціалізації проводилося недостатньо глибоко. Це свідчить про загальнодержавну проблему вживання психоактивних речовин, що веде до численних негативних соціальних і медичних наслідків, фізичної і моральної деградації людини. Знання про причини вживання наркотиків стають все більш актуальними і загальнозначущими, зважаючи на недостатній рівень знань про психологічні особливості хворих на наркоманію. Залежність, будь-то наркоманія чи алкоголізм, часто називають "хворобою заморожених почуттів". У психології цей феномен позначається терміном "алекситимія". Під ним мається на увазі порушення контакту зі своїми почуттями, труднощі з диференціацією почуттів, тобто, з розумінням того, яке саме почуття зараз охопило.

Мета дослідження - провести теоретичний аналіз та систематизацію наукових даних щодо психосоціальної реабілітації осіб з наркотичною залежністю.

Результати теоретичного аналізу проблеми. Необхідність вивчення поєднаних форм соціальних розладів поведінки і залежності від ПАР зумовлена масштабами наркотизації суспільства. Недооцінка психологічних чинників і механізмів у виникненні і динаміці наркоманії знайшла своє відображення в позиції офіційної наркології, що сприймає наркоманію як групу захворювань, що викликаються систематичним вживанням наркотичних речовин і виявляються зміною реактивності психіки і фізичною залежністю, а також деякими іншими психологічними і соціальними явищами. Терапія та реабілітація психічних і поведінкових розладів у результаті наркозалежності набуває все більшої актуальності у вітчизняній наркології, особливо у світлі недавніх досліджень, які переконливо продемонстрували недостатню ефективність тільки детоксичних заходів та медикаментозної терапії в умовах лікувального закладу.

Висновки. Аналіз літератури показує, що різні

психологічні напрями мають відмінну точку зору на проблему наркоманії. Вивчення детермінант формування наркозалежності й детермінант психосоціальної реабілітації хворих з наркотичною залежністю проводилося недостатньо глибоко. Наведені дані зумовлюють необхідність розроблення комплексної системи детермінант порушень соціальної поведінки і залежності від психоактивних речовин.

Гук Галина Валеріївна
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ БЕЗСОННЯ У ДІЮЧИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ГОСПІТАЛЬНИХ УМОВАХ

Психічне здоров'я військовослужбовців (ВС) Збройних Сил України (ЗСУ) набуває особливого значення в умовах активних бойових дій на території країни. Нашу увагу привертає висока частота виявлення порушень сну в стаціонарних хворих Запорізького військового госпіталю, що виявляються у пацієнтів як у вигляді ізольованого диссомнічного синдрому (ДС), так і в структурі несприятливих психічних розладів субклінічного чи клінічного рівнів. Сучасний підхід до терапії порушень сну неорганічного генезу надає перевагу немедикаментозній корекції безсоння з огляду на обмеженість арсеналу, перспективи позалікарняного застосування, а також побічні ефекти гіпнотиків та психотропних засобів. Когнітивно-поведінкова терапія безсоння, метод десенсибілізації і переробки рухами очей, гіпносугестивна терапія тощо є ефективними методами корекції ДС, однак обмеження до їх застосування на госпітальному етапі пов'язані з відсутністю персоналу для фахового супроводу, потребою у повторних сеансах, відставленням у часі їх ефекту, що, зважаючи на обмежені терміни стаціонарного лікування, ускладнює адаптацію під пацієнта та контроль ефективності застосування.

Метою представленої дослідження є порівняльна оцінка

ефективності розробленої техніки швидкої аутогенної корекції ДС та медикаментозної корекції порушень сну, що являє собою модифікацію аутогенного тренування із тілесно-орієнтованим компонентом, вирішує проблемні сторони існуючих методів та створює альтернативу психофармакологічному лікуванню.

В рамках дисертаційного дослідження, схваленого комісією з питань біоетики Запорізького державного медичного університету, на базі Запорізького військового госпіталю за письмовою інформованою згодою нами було обстежено 34 діючих ВС ЗСУ, учасників АТО / ООС, що знаходились на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні. Контингент склали чоловіки віком від 19,4 до 58,1 років. Після огляду психіатра та виявлення ДС всіх учасників було обстежено із застосуванням клініко-психопатологічного, психодіагностичного методів та запропоновано на вибір медикаментозне та психотерапевтичне лікування. Немедикаментозній корекції сну надали перевагу 19 (55,88%) учасників, що були включені до першої групи дослідження (ГД-1). Під час очної консультації з лікарем-психіатром учасникам надавались рекомендації з гігієни сну та проводився інструктаж щодо аутогенної корекції ДС, після чого учасники щоденно практикували її самостійно упродовж всього терміну стаціонарного лікування. Психофармакотерапію ДС бензодіазепінами обрали 15 учасників (44,12%), склавши другу групу дослідження (ГД-2). Якість сну в обох групах дослідження оцінювалася за допомогою клінічного інтерв'ю, Шкали денної сонливості Епворта та Пітсбурзького опитувальника для визначення індексу якості сну двічі - до початку лікування та перед випискою зі стаціонару. Середня тривалість лікування склала $8,20 \pm 3,83$ доби.

Отримані середні показники тяжкості порушень сну та вираженості денної сонливості не мали суттєвих відмінностей у ГД-1 та ГД-2. За результатами проведеного лікування в обох групах дослідження відзначалось клінічно значуще кількісне та якісне покращення сну. Пітсбурзький індекс якості сну до лікування сягав $11,74 \pm 3,12$ та $11,79 \pm 3,23$ у ГД-1 та ГД-2 відповідно. За результатами проведеної корекції його показники знизились до рівня $6,12 \pm 3,42$ у ГД-1 та $6,04 \pm 3,12$ у ГД-2. В обох групах

знизилась тривалість засинання, частота нічних пробуджень та ранніх підйомів, при цьому в ГД-2 поліпшення сну наставало раніше. В той же час, у ГД-1 середнє значення показнику денної сонливості склав $7,37 \pm 4$ до початку лікування, та $5,18 \pm 3,80$ перед випискою, тоді як в ГД-2 рівень денної сонливості відзначався на рівні $7,29 \pm 4,25$ та $6,68 \pm 3,82$ до початку і по завершенні лікування відповідно, що також відзначалося у суб'єктивних відгуках учасників дослідження щодо стану бадьорості. Хворі звертали увагу на відчуття важкості у голові, пригнічення жвавості та уважності протягом дня, чого майже не зазначали учасники ГД-1.

Якщо розглядати ДС як фактор ризику порушення психічного здоров'я, що модифікується, необхідність профілактики, своєчасного виявлення та корекції вже існуючих порушень сну у діючих ВС є важливим завданням клінічної практики. Наявність альтернативного медикаментозному лікуванню аутогенного способу корекції диссомнічних порушень у діючих військовослужбовців на госпітальному етапі має суттєві переваги, як-то: ергономічність методики, відсутність необхідності звернення за спеціалізованою медичною допомогою, відсутність ризику небажаних фармакологічних взаємодій та пригнічення центральної нервової системи. З огляду на це, розширення масштабу дослідження та деталізоване вивчення структури і динаміки ДС при застосуванні техніки швидкої аутогенної корекції ДС у ВС дозволить вивчити доцільність та перспективи її клінічного застосування.

Заворотний В'ячеслав Іванович

Військово-медичний клінічний центр Північного регіону

ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІ ПОРУШЕННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ ВНАСЛІДОК ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ НА СХОДІ УКРАЇНИ.

Понад п'ять років триває антитерористична операція, наразі операція об'єднаних сил, в Донецькій та Луганській областях. Термін «операція» є офіційним визначенням збройного конфлікту на території даних областей. Фактично –

це гібридна війна. Її початок, стратегія, мета та тривалість відповідають всім міжнародним критеріям.

Отже, гібридна війна – вид ворожих дій, під час яких сторона, що нападає, не застосовує класичного воєнного вторгнення, а використовує проти свого опонента сполучення прихованих операцій, диверсій, кібервійни, а також здійснює підтримку «повстанцям», які діють на території супротивника. Стратегія гібридної війни цілеспрямована на виснаження країни-жертви шляхом: 1) використання незаконних військових та іррегулярних формувань; 2) проведення операцій з хаотизації економіки та сфери воєнної безпеки; 3) руйнування у сфері культури та світогляду населення країни - жертви; 4) застосування кібератак. Характерною особливістю гібридної війни є її тривалість. Так війна у В'єтнамі тривала 16 років, у Афганістані – 10 років, на Балканах (в Югославії) – 8 років, арабо-ізраїльський конфлікт триває і досі з 1967 року. Гібридна війна на Сході нашої країни з 2014 року до літа 2015 року носила активний маневровий характер, а з літа 2015 року (фактично з 2016 року) трансформувалась у тривалу позиційну війну.

Основну частину військовослужбовців у зоні проведення ООС складають бійці, які мають бойовий досвід 2014 – 2017 років. Аби вижити у бойовій обстановці їм необхідно було до неї адаптуватись. Для того, щоб адаптуватись, необхідно було спуститись вниз по щаблях цивілізації, а саме, змінити власне ставлення до соціальних норм поведінки та відношення до основних цінностей життя, стати агресивним та жорстоким, вичавити з себе емоційну уразливість та співчуття. В активній маневровій фазі гібридної війни, вищевказана особистісна трансформація дійсно допомогла вижити багатьом. У неактивній, позиційній, фазі умови бойової обстановки змінились, а особистісна трансформація залишилась. Це призвело до розвитку подій, які стали новими, як облігатними так і факультативними, психогенними чинниками в етіології психічних розладів у комбатантів даної війни. Насамперед, такими чинниками є: 1) погіршення міжособистісних стосунків; 2) нестатутні форми поведінки; 3) конфронтація з командуванням та ігнорування субординації 4) індивідуальні та групові правопорушення (самовільне залишення військової

частини, бійки, пограбування, крадіжки зброї та військового майна); 5) аддикції до алкоголю та наркотичних речовин; 5) агресія та аутоагресія вщент до вбивств та самовбивств; 6) безчинства по відношенню до місцевого населення. За даними з відкритих джерел інформації за роки гібридної війни безповоротні втрати, тобто загибель, склали 3784 особи, з них небойові втрати – 843. Серед небойових втрат основу складають самовбивства – 615 осіб.

Стосовно санітарних втрат психіатричного профілю, необхідно зазначити наступне. Протягом всього періоду війни у чотирьох військових клініках психіатрії на стаціонарному лікуванні перебувало біля 11000 військовослужбовців. З них, за психічними захворюваннями, отриманими під час АТО/ООС, звільнена 1/3 бійців. А це п'ять повноцінних батальйонів. Якщо у 2014 – 2015 роках основні нозологічні форми були представлені розладами невротичного регістру, пов'язаними з бойовою психічною травмою, в т.ч. і посттравматичний стресовий розлад, то протягом останніх двох років акцент психічних розладів зміщується в бік наркопатології та розладів адаптації, пов'язаних з небойовими психогенними факторами.

Поряд з вищезазначеним, слід звернути увагу на те, що звільнені за психічними захворюваннями, а також демобілізовані учасники бойових дій на Сході України, повернувшись у мирне життя, не знаходять належної соціальної та психологічної підтримки. Це підштовхує їх до асоціальної поведінки та правопорушень. Так, за останні чотири роки збуджено 40000 кримінальних проваджень за скоєння злочинів з застосуванням незареєстрованої вогнепальної зброї. Лівава частка зброї незаконно доставлена з зони проведення ООС/АТО, в т.ч. і комбатантами.

Таким чином, наслідки гібридної війни на Сході нашої держави носять виражені руйнівні тенденції, як для української армії та інших силових структур, так і для суспільства, в цілому. Дана, вкрай важлива обставина, вимагає від психологів, психіатрів, соціальних працівників, органів місцевого самоврядування і органів центральної влади максимальної мобілізації і концентрації зусиль по роботі з комбатантами з метою гармонізації нашого суспільства.

ВЕКТОРИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

Модернізація середовища, в тому числі і освітнього простору на засадах гуманізації, передбачає формування позитивного психологічного клімату як внутрішнього так і зовнішнього. Тому проблема психологічного здоров'я особистості на сучасному етапі розвитку суспільства є проблемою актуальною.

Щастя, здоров'я, благополуччя як особистісні реалії, що у масовій свідомості фактично ототожнюються, завжди фігурують серед найважливіших, вимірних і водночас майже недосяжних. До речі, ці жадані феномени сприймаються майже синонімічно не лише у побуті. У психології "благополуччя" зазвичай визначають як щасливий стан задоволеності власним життям, що передбачає охоплення фізичних, психічних та соціальних контекстів. А "здоров'я" - як повним фізичним, душевним і соціальним благополуччям.

Найбільш цікаві дослідження щастя належать Даніелю Канеману, засновнику гедоністичної психології і нобелівському лауреату. Протягом останніх двох десятиліть він вивчає швидке і повільне мислення, тобто емоційну, інтуїтивну і усвідомлену, раціональну сторони особистості, експериментально доводячи, що швидке мислення таємно впливає на величезну кількість наших життєвих виборів, і не тільки.

Наше "я, яке відчуває", перебуває у теперішньому, та "я, яке пам'ятає, згадує", перебуває у минулому, продукують абсолютно різні концепції щастя. "Я, що відчуває"(називатимемо його чуттєвим) відповідає на запитання "А тепер добре? Тепер боляче?", тоді як "Я, яке згадує" (називатимемо його рефлексивним), відповідає на запитання "Як все було в цілому?". Особистість переживає за цілісну повість власного життя і дуже хоче, щоб її історія вийшла хорошою. І тут виявляється, що оцінка як всього життя,

так і окремих епізодів, оцінка кульмінації подій та розв'язки, фіналу має пріоритетне значення порівняно з тривалістю й інтенсивністю реальних переживань (Канеман Д., 2017).

Виходить, що особистість – це, насамперед, наше рефлексивне Я, а не Я чуттєве, хоча саме Я чуттєве, власне, і проживає щоденно наше життя. Ми живемо під тиранією пам'ятливого рефлексивного Я і часто-густо щось робимо саме заради нього. Це Я вважає щастям задоволеність людини своїми думками про власне життя, а не переживаннями.

Здоров'я набагато тісніше корелює із щастям, ніж інші змінні. Очікування людей з приводу здоров'я мають безпосередній вплив на їхнє реальне здоров'я і пов'язане з ним щастя, воно не збільшується паралельно зростанню багатства з того моменту, як базові потреби людини починають задовольнятися. Люди, які вірять, що все в житті залежить від їхніх власних зусиль, більш задоволені життям і здоровіші, ніж ті, у кого є багато грошей (Graham.C., 2008).

Автор статті виділяє чотири основні вектори роботи над собою: це підвищення самоприйняття, комунікативної компетентності, самореалізованості і цілісності. Розглянемо їх більш детально.

1. Поліпшення самоприйняття – це, насамперед, розвиток власної рефлексивності, формування звички до самоспостереження, осмислення власного ставлення до змінюваних життєвих обставин, вчасна увага до внутрішніх суперечностей, які виникають.

2. Досягнення більш високого рівня комунікативної компетентності – це, перш за все, увага до формування загального доброзичливого ставлення до оточення, зростання толерантності до тих, хто поруч, здатності до компромісів заради взаєморозуміння.

3. Досягнення більш високого рівня реалізованості та самоефективності – це розгортання внутрішнього потенціалу, активізація уваги до власних зацікавлень, розвиток довготривалої мотивації, щоденна стимуляція креативності і віри у власні сили.

4. Досягнення більшої цілісності – це, передусім, розвиток почуття власної неперервності, розвиток здатності

поєднувати власне минуле, теперішнє і майбутнє, робота над життєстійкістю, здатністю сприймати випробування як стимул для зростання.

Отже, автор статті доводить, що ці вектори найповніше сприятимуть встановленню і укріпленню психологічного здоров'я особистості на сучасному етапі розвитку суспільства.

Зеленська Катерина Олексіївна

*Харківський національний медичний університет
м. Харків*

Красковська Тетяна Юріївна

*Харківський національний медичний університет
м. Харків*

КОМПЛЕКСНА ПАТОГЕНЕТИЧНА ТЕРАПІЯ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ

Актуальність. В Україні за даними деяких авторів 32% внутрішньо переміщених осіб мають симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), викликаного конфліктом на Сході. ПТСР – це один з видів тривожного розладу, який викликаний надзвичайно стресовими обставинами. Його симптомами можуть бути: кошмарні сни та спогади, почуття ізоляції, дратівливість та інші. Такі симптоми можуть призводити до зниження працездатності і здатності виконувати елементарні дії на кшталт ходіння. Самими першими та, найчастіше, дієвими втручанням що до таких станів стають вчасно проведені психотерапевтичні втручання. Тому розробка таких програм для цієї когорти населення на даний час є пріоритетним напрямком роботи.

Мета дослідження: розробити психотерапевтичну програму як один із компонентів комплексної терапії для вимушених переселенців з тривожними розладами.

Матеріали та методи: Матеріали та методи: дослідження проводилось на базі КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3». Нами було проведено комплексне обстеження 44 хворих на тривожні розлади, обох статей, у віці 20 - 55 років.

Основну групу склали 19 хворих вимушених переселенців, контрольну – 25 хворих, які постійно проживають в Харківській області. Нами були використані наступні психодіагностичні методики: госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983); шкали самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна (State - Trait Anxiety Inventory - STAI, 1985). Психотерапевтичний комплекс на початку втручань включав використання раціональної психотерапії (класичний варіант Дюбуа П., 1912), особистісно-орієнтованої психотерапії (Карвасарський-Б.-Д., Інсуріна Г. Л., Ташликов В. А., 1994).

Результати: Перед початком психотерапевтичних втручань за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) були отримані наступні показники: субклінічні прояви тривоги були у 5 (26,31%) переселенців та 9 (37,5%) місцевих жителів, субклінічні прояви депресії були у 7 (36,84%) та 13 (54,17%) відповідно; клінічні прояви тривоги були у 14 (73,69 %) та 15 (62,5%) відповідно, клінічні прояви депресії були у 12 (63,16%) та 11 (45,83%) відповідно. За шкалою самооцінки тривожності: низька тривожність спостерігалась у 3 (15,78%) переселенців та 5 (20,83%) місцевих жителів; помірна тривога у 5 (26,31%) та 12 (50%) відповідно; виражена тривожність – 11 (57,91%) та 8 (29,17%) відповідно. На прикінці 3 тижня психотерапевтичних втручань кількість хворих з вираженими та клінічними проявами тривоги та депресії зменшилися в обох групах.

Висновки. Отримані результати говорять про те, що проведення психотерапії є однією з ключових складових комплексної терапії хворих на тривожні розлади. Отримані дані дають змогу в подальшому розробити та впровадити більш раціональну та повну комплексну систему терапії вимушених переселенців хворих на тривожні розлади.

Злотніков Андрій Андрійович
*Заступник командира роти, психолог інтернату
з посиленою військово-фізичною підготовкою.
м.Харків*

ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ КАДЕТІВ ІНТЕРНАТУ З ПОСИЛЕНОЮ ВІЙСЬКОВО-ФІЗИЧНОЮ ПІДГОТОВКОЮ ДО ДІЯЛЬНОСТІ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

Аналіз програми допризовної військової підготовки в військових ліцях та інтернатах з посиленою військово-фізичною підготовкою, який проводиться в межах дисертаційного дослідження, виявив низьку важливих та проблемних питань. Перш за все це питання підготовки кадетів до психологічної готовності діяльності в екстремальних умовах, розвиток професійно-важливих якостей військовослужбовців різних спеціальностей. Також потребує вдосконалення питання профорієнтації кадетів до різних спеціальностей військовослужбовців.

Як показали результати вивчення програми допризовної підготовки основна увага приділяється загально-військовій підготовці сухопутних військ за тактичним рівнем командир відділення. Питання психологічної підготовки до діяльності в екстремальних умовах в загалі не входять в цю програму.

Виходячи з результатів теоретичного дослідження питання формування психологічної готовності ми прийшли висновку. Що є за потрібне включення в програму допризовної підготовки в військових ліцях та інтернатах з посиленою військово-психологічною підготовкою наступних елементів:

Вивчення психофізіологічних та індивідуально-психологічних особливостей фахівців різних видів військ та спец-підрозділів.

Створення відповідних психограм для різних спеціальностей військовослужбовців на базі курсантських підрозділів вищих військових закладів.

Адаптація психограм під кадетів військових ліцеїв, та інтернатів з посиленою військово-фізичною підготовкою.

Створення різних елементів психологічної полоси

перешкод з урахуванням особливостей різних видів військ.

Вдосконалити питання створення оптимального рівня фізичного навантаження в процесі навчання кадетів.

Розробити та впровадити в процес навчання питань оптимізації рівня психічного напруження кадетів з основним напрямком їх підготовки до діяльності в кризових та екстремальних умовах виконання завдань за призначенням.

Основними елементами вправ на заняттях створити ідеомоторне тренування, моделювання різноманітних елементів екстремальних та кризових ситуацій, впровадження в процес навчання елементів саморегуляції, релаксації та самонавіювання.

Все вище вказане повинно сприяти посиленню підготовки кадетів до діяльності в екстремальних та кризових ситуаціях. Повинно впливати на рівень професійної спрямованості та допомагати кадетам при виборі виду родів військ, навчального закладу при вступі у ВВНЗ, та формувати психологічну готовність до діяльності в кризових та екстремальних ситуаціях.

Ісаєнко Світлана Володимирівна

*Харківський національний медичний університет
м. Харків*

ПСИХОТЕРАПІЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОНКОХВОРИХ

Актуальність: за даними багатьох досліджень депресивні розлади є один з важливих факторів погіршення прогнозу онкологічного захворювання і підвищення смертності хворих на рак на 25 %. Депресія, особливо тяжка, є важливим фактором, що сприяє бажанню пацієнта прискорити смерть, включаючи і відмову від протипухлинної терапії. Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження. Досить вагомим елементом терапії таких хворих є психотерапія, тому наше дослідження і має на меті дослідити цей елемент впливу.

Мета дослідження: розробка системи психотерапевтичної

підтримки хворих з онкологічними захворюваннями коморбідними з депресивними розладами.

Матеріали та методи: було проведено комплексне обстеження 154 хворих обох статей (78 жінок та 76 чоловіків), у віці 25–55 років з онкологічною патологією I та II стадії поза мозкової локалізації у яких було діагностовано депресивні розлади: розлади адаптації, у вигляді депресивної реакції (F43.21, F43.22) (48,4 %); помірного та важкого депресивного епізоду (F32.1, F32.2) (38,2 %), органічного депресивного розладу (F06.32) (13,4 %).

Психодіагностичний метод включав використання госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaitth R. P., 1983); клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелєєва, 1988) (HDRS); шкали Монтгомері-Айсберга (Montgomery SA, Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 (Guelfi GD, 1993).

Результати: На основі даних клініко-психопатологічного дослідження в залежності від кількості присутніх у клінічній картині психопатологічних симптомів і ступеня їхньої виразності, з урахуванням додаткового аналізу ступеня ваги депресивної і тривожної симптоматики по шкалах Гамільтона, Монтгомері-Айсберга і лікарняній шкалі тривоги і депресії було виділено наступні варіанти психопатологічної симптоматики: тривожний у 44,2% випадків, астено-тривожний (38,9%), астеничний (9,7%), і тривожно-гужливий у 7,3% випадків. Психотерапевтичні програми передбачали поетапне введення психотерапевтичних методик у залежності від індивідуальних особливостей хворих і змістовної частини психотерапії. При цьому задачі змістовної частини психотерапії включали принцип взаємного потенціювання, незалежно від застосування методів психотерапії.

Висновки: Як показали результати динамічного спостереження, на фоні застосування запропонованої системи психотерапевтичного втручання в основній групі відзначена стійка позитивна динаміка психологічного стану, редукція депресивної симптоматики, стабілізація фону настрою, зниження тривоги. Тому ми вважаємо за доцільне включення цього методу терапії як дієвого.

АКТУАЛЬНІ НАПРЯМКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСВІТНЬОГО ПЕРСОНАЛУ

Актуальність дослідження. Проблема психологічного здоров'я освітнього персоналу організацій є однією із актуальних тем сьогодення, в силу інтенсифікації професійної діяльності персоналу, посилення рівня конкуренції, підвищених вимог до персоналу з боку керівництва, незадоволення матеріальних та інших очікувань персоналу тощо. Осмислення цієї проблеми передбачає означення актуальних напрямків її дослідження, що не достатньо відображено в літературі.

Мета дослідження: визначити актуальні напрямки дослідження психологічного здоров'я освітнього персоналу

Результати теоретичного аналізу проблеми. Нами виділено такі актуальні напрямки дослідження психологічного здоров'я освітнього персоналу

Перший напрямок стосується розкриття сутності психологічного здоров'я освітнього персоналу та його ролі в діяльності освітніх організацій (зміст психологічне здоров'я та його відмінність від психічного здоров'я; співвідношення психологічного та професійного здоров'я; вплив психологічного здоров'я на ефективність діяльності освітніх організацій; зміст психологічного здоров'я організації; організаційно-психологічні детермінанти забезпечення психологічного здоров'я освітнього персоналу та ін.).

Другий напрямок передбачає визначення методик для дослідження психологічного здоров'я освітнього персоналу. Ці методики, на наш погляд, можуть бути підрозділені на три групи. Першу групу складають методики, які дають можливість дослідити психологічні вияви різних аспектів власне здоров'я (наприклад, індекс ставлення до здоров'я, локус контролю, який відноситься до здоров'я тощо). До другої групи варто віднести методики, спрямовані на аналіз психологічного здоров'я (наприклад, вираженість позитивного психологічного здоров'я,

вияви суб'єктивного, соціального та психологічного благополуччя особистості як вияву психологічного здоров'я тощо). І ще одна група методик передбачає вивчення організаційно-психологічних детермінант забезпечення психологічного здоров'я освітнього персоналу (тип організаційної культури, інноваційність організаційного потенціалу, стиль керівництва тощо).

Третій напрямок стосується аналізу організаційно-психологічних умов забезпечення психологічного здоров'я освітнього персоналу (розроблення відповідної стратегії діяльності освітньої організації, використання інтернет-ресурсів, впровадження спеціальних тренінгових програм, оволодіння персоналом індивідуальними медитативними техніками тощо).

Висновки. Визначені напрямки дослідження психологічного здоров'я освітнього персоналу можуть бути використані організаційними психологами у процесі організації наукової та практичної діяльності з означеної проблеми.

Карапєтрова Олена Володимирівна
Українська інженерно-педагогічної академії
м. Харків

УПРАВЛІННЯ ЕМОЦІЯМИ - ШЛЯХ ДО ПІДТРИМКИ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

Емоції людини – одна з найважливіших сторін психічних процесів, яка характеризує переживання людиною об'єктивної дійсності, її ставлення до довкілля і самої себе; це одна з форм відображення об'єктивної дійсності, в якій домінує активний суб'єктивний характер психічного процесу.

У науковій літературі існує багато досліджень, що до психологічної сутності виникнення емоцій, а також управління ними у різних ситуаціях (Ф. Бородкін, Г. Бреслав, Ф. Василюк, Н. Грішина, О. Єршов, А. Ішмуратов, Л. Карамушка, Н. Коломінський, Г. Ложкін, Л. Петровська, М. Пірен, Н. Пов'якель, А. Ребер, А. Сухарєв, О. Щотка, О. Чебикін,

О. Яковлева та інші.) Автори розмежують поняття емоції та емоційні стани:

Емоції – це короточасні переживання людиною того, що вона пізнає, що робить. Як що людина застрягає у стані тієї або іншої емоції, то емоція перетворюється у емоційний стан і заважає особистості адекватно реагувати на реальність.

Розуміння емоцій передбачає здатність дати вербальну характеристику самій емоції і розуміння зв'язків між емоцією і чинниками, що викликали її, з одного боку, і дій, до яких вона призводить з іншого.

У психологічній літературі виділяють три основні центри управління емоціями це: інтелектуальний центр (ум інтелект, мислення); емоційний цент (емоції, настрої, серце); фізичний центр (тіло, рухи). Інтелектуальний і фізичний центри безпосередньо знаходиться під впливом вольових дій. Емоційний не підлягає і не залежить від волі людини. Це миттєва реакція на ситуацію на яку ми не впливаємо. Отже виникнення реакції на той або інший подразник пояснив І.В. Павлов, а вже пізніше практикуючи психологи які працюють з емоціями представили у вигляді формули $S \rightarrow K \rightarrow R = C$

S – це ситуація, або активуюча ситуація на яку ми з вами не впливаємо;

C – це наслідки які можуть бути як зі знаком «+»та і зі знаком «-». Від позитивності або негативності наслідків залежить з чим ми входимо у наступну ситуацію, позитивними або негативними очікуваннями.

R – Реакція яка може бути емоційна, поведінкова, фізична і залежить прояв реакції від швидкої, блискавичної думки яка виникає між ситуацією та реакцією (незграба, лузер, так завжди, ура, добре. та інші).

K – швидка, блискавична думка. Від цієї думки залежить які емоції ми запускаємо.

В.М. Бехтерев розглядав емоції як складні рефлексі, що виникають на основі природних інстинктів. Емоційні реакції відтворюється за типом умовних рефлексів, у яких подразливий процес поширюється з кори мозку на підкіркові вегетативні центри і передається різним органам тіла.

Аналіз психолого-педагогічних джерел дозволяє зробити

висновок про те, що, незважаючи на значну кількість теоретичних досліджень з означеної проблеми, окремої уваги потребує розробка діагностико – корекційних програм які б сприяли вдосконаленню умінь особистості управляти своїми емоціями, що призведе до підтримки та відновлення психологічного здоров'я особистості. Мистецтво управління емоціями полягає в умінні направляти їх у потрібне джерело, що забезпечує адекватну реакцію людини в складних ситуаціях.

Кислий Віталій Дмитрович

*Харківський національний університет
Повітряних Сил ім. І. Кожедуба
м. Харків*

Приходько Дмитро Петрович

*Харківський національний університет
Повітряних Сил ім. І. Кожедуба
м. Харків*

МОНІТОРИНГ ВИНИКНЕННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ

Умови й психологічні особливості професійної діяльності військовослужбовців у районі проведення Операції об'єднаних сил (ООС) визначаються високою відповідальністю за виконання поставлених завдань, тривалим перебуванням у стані психічної напруги, своєрідністю інформації, яка має істотний вплив на виконання поставлених завдань.

Професійна діяльність у районі ООС розглядається як складна і напружена аналітико-синтетична робота головного мозку, що потребує від військовослужбовців високої стійкості уваги, напруги функцій аналізаторів. Поряд з цими показниками у військовослужбовців, особливо під час виконання бойових завдань, відбуваються різнобічні зміни функцій організму, відмічаються зміни сили нервових процесів, їх рухомості, точності реагування на подразники, величини порогових сприймань, а також пам'яті, уваги і мислення.

За даними більшості психологічних досліджень, вплив

екстремальних умов діяльності на військовослужбовців приводить до виникнення в останніх двох видів реакції: адекватної і тривожної. Внаслідок адекватного реагування специфічні реакції організму спрямовуються на усунення та подолання впливу екстремальних факторів або на підтримку необхідних видів діяльності. Особливістю відповідних поведінкових форм є їх усвідомлений, цілеспрямований характер. Під цим розуміється формування у військовослужбовця відповідного плану дій, ґрунтованого на аналізі якісних, а інколи й кількісних характеристик екстремальних умов. Тривожна форма реагування характеризується відносно слабким зв'язком із специфічністю екстремальних умов. Перш за все вона спрямована на забезпечення ефективного функціонування організму й значно менше – на збереження структури діяльності. Свідомий контроль за поведінковими реакціями досить слабкий. Подеколи в крайніх випадках спостерігаються несвідомі поведінкові реакції, паніка.

Встановлено, що зростання впливу негативних стрес-факторів породжує у військовослужбовців зі слабким типом нервової системи серйозні психічні розлади, що вимагають медичної допомоги і, через це, повну втрату боєздатності на певний час. В аналогічних умовах військовослужбовці з середнім типом нервової системи знижують активність бойових дій лише на короткий час. Військовослужбовці з сильним типом нервової системи не піддаються помітному психотравмуючому впливу складної обстановки.

Необхідно відзначити, що лише у частини військовослужбовців розвиток психопатологічних станів пов'язаний з психічною травматизацією в процесі виконання завдань за призначенням в районі ООС. Більшість, негативних психічних станів розвиваються у військовослужбовців після повернення з району ООС, в період реадаптації до звичайних умов служби. Порушення можуть проявлятися на поведінковому рівні у вигляді зниженого настрою, тривожності, агресивності, депресій, зловживань спиртними напоями тощо.

Своєчасна діагностика негативних психічних станів та визначення групи посиленої психологічної уваги серед

особового складу дозволяє на ранніх етапах виявити військовослужбовців з низьким адаптаційним потенціалом і високим ризиком виникнення нервово-психічних розладів та постстресових станів, а також дозволяє створити індивідуальну тактику і способи профілактики та відновлення кожного обстеженого військовослужбовця.

Моніторинг виникнення у військовослужбовців негативних психічних станів можна розуміти як постійне, тривале відстеження динаміки показників різних психічних станів військовослужбовців з метою фіксації чи прогнозування моментів критичних відхилень від оптимальних характеристик станів з метою негайного застосування коригувальних заходів.

Кніккер Антон Леонідович

студент 4-го курсу,

Українська інженерно-педагогічна академія, м. Харків

Науковий керівник: ас. Баженов О.В.

СТВОРЕННЯ ОПИТУВАЛЬНИКА ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ КОНТЕНТУ У ВІДЕОРЕКЛАМІ З ОСОБИСТОЇ КРЕАТИВНІСТЮ

Актуальність дослідження. У різних країнах люди по-різному сприймають інформацію й по-різному її відтворюють.. На часі наукове визначення, як люди роблять свій вибір, що на нього впливає, чим керуються у виборі люди у тих чи інших країнах. Відрізняється сприйняття реклами представниками різних груп. Особливий інтерес для іміджмейкерів представляє молоде покоління, особливості сприйняття реклами старшокласниками, що опановую. Проте методів дослідження зв'язку психологічних особливостей юнацтва та впливу на них реклами бракує.

Теоретична значущість. Дослідження може бути використано для дослідження місця особистої креативності при оцінці сучасної рекламної відеопродукції.

Практична значущість: Проведене дослідження може бути використано для профорієнтаційної роботи серед старшокласників з ціллю формування власного ставлення до креативності та може бути впроваджено у курс «Психологія іміджу».

Мета роботи. Створити закритий диференційований опитувальник», націлений на налаштування оголошень відеореклами за принципами порівняльної оцінки переваг того чи іншого кліпу за критеріями, що задані чотирма шкалами: Актори, Відеоряд, Сюжет, Загальна атмосфера. Опитувальник не має чіткого спрямування на вік випробуваних, тому може бути використаний для будь-якої аудиторії. Особливості його конструкції полягає в тому, що перед випробуваними висувалась процедура попарного порівняння при перегляді відеокліпів. Популярні кліпи тематично ділилися на 3 групи по 2 кліпу (реклами крабових паличок; радіаторів опалення, і реклама парфумів), усього 6 кліпів. Кожен відеокліп мав тривалість від 0.15 до 3.38 хвилин і міг бути відомий заздалегідь випробуваним. Тестуванню передував відбір кліпів 5 експертами. Після перегляду кожного з відеокліпів пропонувався бланк оцінки, що складається з наступних 3 пунктів питань і 10-бальної оцінки по кожному пункту: пропонувалося оцінити, що саме з кліпу: «сподобалося» (об'єктивний, поведінковий аспект оцінки), «чому було цікаво дивитися» (когнітивний аспект оцінки), що було «симпатичне» (суб'єктивний, емоційний аспект оцінки). По кожному з питань передбачалося 4 варіанти відповіді: «сюжет», «відеоряд», «актори», «загальна атмосфера)», які, в свою чергу і пропонувалося оцінити за 10-бальною шкалою. Для проведення процедури стандартизація опитувальника у якості еталонного тесту був вибрана методика особистісної креативності О.Тунік (яка є стандартизацією тесту емоційної дивергентності Ф.Уільямса з комплексу методик, що досліджують креативність). Критеріями за методикою О.Тунік є такі конструкти, як, «Уява», «Схильність до ризику», «Допитливість», «Схильність до ускладнення». Особливу увагу при стандартизації опитувальника ми приділили конструкту «Уява», виходячи з

положення Л.С.Виготського о значної ролі уяви у формування особистості при переході від підліткового до юнацького віку.

Емпірична база дослідження. У рамках даного дослідження було залучені старшокласники ХЗОШ І-ІІ №72 ст. в кількості 50 чоловік. У ньому взяли участь старшокласники віком від 15 до 17 років, з яких: 28 учнів 10-го класу; 22 учня 11-го класу. Було зафіксовано параметричний розподіл даних за шкалами опитувальника та асиметричний зсув у розподілі даних у бік завищення для «креативних» кліпів. Для оцінки рівня значущості різниці між оцінками пар відокліпів 10 та 11-класниками, було застосовано статистичний t-критерій Стьюдента (шкала «Сюжет», $t = 2,770$ $p \leq 0,01$, шкала «Відеоряд», $t = 2,326$ $p \leq 0,05$). Було знайдено завищення учнями самооцінки за усіма шкалами тесту, що зворотнім чином корелює з оцінками при порівнянні кліпів за шкалою «Сюжет». При стандартизації опитувальника було знайдено кореляції переважності оцінювання креативних кліпів з показниками еталонного тесту Тунік у зворотному напрямку (шкала «Уява» з оцінювання креативних кліпів дорівнює $r_{xy} = -0,358$), та кореляція посилюється у учнів 11 класу в порівнянні з учнями 10 класу. Тому, що розподіл результатів за тестом Тунік виявився непараметричним, то розрахована різниця між оцінками некреативних та креативних кліпів з урахування внеску шкали «Уява» за U-критерієм Мана-Уїтні сягає $Z = 2,41$, $p \leq 0,05$.

Обговорення результатів. При перегляді кліпів учень порівнює креативні та некреативні кліпи за критеріями опитувальника, то емоційно забарвлене дивергентне мислення (креативність) умикає диференціювання за наданими шкалами. Але якщо оцінка старшокласниками 10 класу стосується шкали «загальна атмосфера», то при порівнянні кліпів 11-класниками за критерієм «Сюжет», «вмикається» усі чотири афективних фактору дивергентного мислення учнів, особливо «Уява». Увімкнення «уяви» можна очікувати при наступних умовах: кліп є дійсно креативним, у кліпі є наявним «сюжет», а також ми маємо очікувати адекватний рівень самооцінки креативності. Натомість впевнено можна стверджувати дещо зворотне: завищена оцінка власної уяви може стати на заваді диференційної оцінці відеокліпу як креативного, тобто

переоцінка власної уяви може стати причиною недооцінки креативності кліпу, якщо увага буде спрямована на «загальну атмосферу», а не «сюжет» відеокліпу.

Висновки. Можна зробити висновок, що застосування розробленого опитувальника може стати зручним засобом психодіагностики та дослідження рівня розвинення творчих здібностей.

Кожина Ганна Михайлівна

*Харківський національний медичний університет
м. Харків*

Стародубцева Юлія Андріївна

*Харківський національний медичний університет
м. Харків*

ПСИХОТЕРАПІЯ, ЯК ОДИН З ОСНОВНИХ КОМПОНЕНТІВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ПОВ'ЯЗАНИХ З КОМП'ЮТЕРНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Актуальність. В Україні в останні роки складається ситуація, що характеризується безперервно зростаючими вимогами та психологічним навантаженням на населення через дію різноманітних масових психогенних чинників, що призводить до дезадаптації людини в умовах соціальної кризи та поширенню девіантної поведінки, насамперед, хвороб залежності. В наш час відбувається різке збільшення нехімічних аддикцій, насамперед комп'ютерної залежності, що набуває в молодіжному середовищі характеру національного лиха.

Мета: розробка та оцінка ефективності психотерапевтичного лікування як одиниці з основних компонентів комплексної терапії розладів адаптації пов'язаних з комп'ютерною залежністю.

Матеріали та методи: Нами було проведено комплексне обстеження 117 хворих з ознаками комп'ютерної залежності за результатами AUDIT-подібних тестів та розладами адаптації. В основну групу увійшли 66 хворих, обох статей (32 жінки, 34 чоловіка), у середньому віці $27,0 \pm 3,0$ років (психотерапія разом зі

стандартами МОЗ України); в контрольну групу - 51 хворий, обох статей (23 жінки, 28 чоловіків), у середньому віці $27,1 \pm 3,0$ років (згідно стандартів МОЗ України). У роботі було використано наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний; клініко-психопатологічний з використанням психометричних методик: системи AUDIT-подібних тестів для комплексної оцінки адиктивного статусу (Лінский І.В., Мінко О.І., Артемчук А.П. з співавт., 2009). Психотерапевтичний комплекс включав використання раціональної психотерапії (П. Дюбуа, (1912), особистісно-орієнтованої психотерапії (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994), екзистенційної психотерапії (С. Rogers, 2002; Т. Karasu, 2006), арт-терапії (малюнкові техніки).

Результати дослідження Серед клінічних проявів розладів адаптації відзначалося переважання депресивного ($72,9 \pm 2,1$ % обстежених), тривожного ($69,4 \pm 1,9$ %) та астеничного ($84,7 \pm 2,2$ %) симптомокомплексів, гіперсетезії з нестриманістю афекту ($52,7 \pm 1,8$ %), станів розгубленості ($55,3 \pm 1,8$ %).

Згідно з отриманими в ході роботи даними на тлі проводимої терапії у $78,2 \pm 1,7$ % хворих основної та $48,6 \pm 1,3$ % контрольної груп відмічалось редукція психопатологічної симптоматики та нормалізація емоціонального стану.

Висновки: Комплексна система терапії розладів адаптації пов'язаних з комп'ютерною залежністю повинна включати поєднання фармакотерапії та психотерапії. Психотерапевтична робота повинна бути спрямована на визначення ресурсних можливостей пацієнта в подоланні комп'ютерної залежності та її виникнення. Використання у комплексному лікуванні психотерапевтичних то психоосвітніх програм сприяє редукції комп'ютерної залежності.

АРТ-ТЕРАПІЯ, ЯК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Актуальність. Однією з найскладніших проблем сучасної психіатрії є лікування хворих на ендогенні захворювання, зокрема, шизофренію. Такий стан обумовлен, насамперед, важкістю наслідків хвороби, котра призводить до стійкої соціальної дезадаптації, втрати працездатності. Шизофренія посідає одне з провідних місць серед причин, які обумовлюють інвалідність: більше 60 % пацієнтів з шизофренією працездатного віку стають інвалідами. Сучасна стратегія розвитку вітчизняної психіатрії наголошує на необхідності розвитку форм допомоги, основу яких складають психотерапевтичні та психосоціальні втручання.

Мета дослідження: Вивчення динаміки якості життя хворих на шизофренію під впливом арт-терапії в системі терапії та реабілітації.

Матеріал та методи: було проведено комплексне обстеження 125 хворих, обох статей (70 жінок та 55 чоловіків), у віці 20–45 років (середній вік $35,0 \pm 2,0$ років) з встановленим діагнозом шизофренія у період стабілізації стану. Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на шизофренію МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу (пацієнти якої приймали участь у арт-терапії) склали 95 осіб (54 жінки та 41 чоловік), середній вік обстежених $35,0 \pm 2,0$ років. В контрольну групу увійшли 30 хворих (16 жінок та 14 чоловіків), які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні, середній вік обстежених $35,0 \pm 2,0$ років. Опитування здійснювалось із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10 та «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS).

Результати дослідження: Відповідно до отриманих у ході роботи даних, на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням арт-терапії, відмічалися швидка редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоціонального стану, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності хворих, що підтверджувалося даними динамічного аналізу клініко-психопатологічних порушень за шкалою PANSS. Рівень виразності позитивних симптомів в основній групі знизився на 71,3 %, в контрольній – на 50,9 %; негативних симптомів на 67,1 % та 51,8 %, відповідно; загальнопсихопатологічних симптомів – в основній групі знизився на 65,8 %, у контрольній – на 42,7 %; загального балу за шкалою PANSS – на 67,1 %, та 46,9 % відповідно.

Висновки. Під впливом арт-терапії у комплексному лікуванні шизофренії відмічається швидка редукція психопатологічної симптоматики, підвищення тривалості та якості ремісії. Катамнестичне дослідження, яке здійснювалося протягом 1,5 років, свідчило про стійкість досягнутого ефекту у пацієнтів, які продовжили участь в арт-терапії на амбулаторному етапі лікування.

Ликова Мар'яна Вячеславівна
Українська інженерно-педагогічна академія
м. Харків

ФАКТОР РОЗВИТКУ ЛІДЕРСЬКОГО ПОТЕНЦІАЛУ

Внутрішньособистісні конфлікти пов'язані не тільки з внутрішніми протиріччями, які в подальшому призводять до емоційного виснаження та дезадаптують особистість, але і можуть впливати на розвиток лідерського потенціалу особистості. Наявність протиріч свідчить про прагнення до саморозвитку. Бути лідером, бути успішним та впливовим – це постійне вдосконалення своєї особистості. Студентство є сензитивним періодом для розвитку особистості, тому вивчення внутрішньособистісних конфліктів, як фактор розвитку

лідерського потенціалу необхідно для подальшого вдосконалення учбового процесу. Деякі вчені бачать позитивний момент в наявності невеликого рівня внутрішньособистісних конфліктів і вважають їх фактором розвитку лідерського потенціалу (Селезньова О.В., Лобан Н.А.). Вивченням особливостей прояву внутрішньособистісних конфліктів займаються такі вчені, як Азаматов Д.М., Валеєва А.С., Храмова К.В., Хасанова Г.М., але вивчення внутрішньособистісних конфліктів, як одного з факторів розвитку лідерського потенціалу, дуже мало.

Дослідження проводилося на базисі Української інженерно-педагогічної академії. Кількість респондентів 272, з них 136 студентів гуманітарного напрямку навчання 1-4 курсу та 136 – технічного напрямку навчання 1-4 курсу. Визначення рівня внутрішньособистісних конфліктів проводилося за тестом внутрішньоособистісних конфліктів (Лаутербаха). Визначення рівня лідерства проводилося за діагностикою лідерських здібностей (Е.Жариков, Е.Крушельницький). Отримані результати були прокорельовані за показником Пірсона.

Були отримані такі результати дослідження. На 1 курсі гуманітарного напрямку навчання $r = -0,184$ (збільшення значення показника внутрішньособистісних конфліктів призводить до зменшення значення показника лідерських якостей), кореляційний зв'язок слабкий, але потребує уваги, на інженерному напрямку навчання $r = -0,327$ (збільшення значення показника внутрішньособистісних конфліктів призводить до зменшення значення показника лідерських якостей). На 2 курсі гуманітарного напрямку навчання кореляційного зв'язку між рівнем внутрішньособистісних конфліктів та рівнем лідерських якостей не має, на інженерному напрямку навчання $r = 0,23$ (збільшення значення показника внутрішньособистісних конфліктів призводить до збільшення значення показника лідерських якостей). На 3 курсі гуманітарного напрямку навчання $r = 0,186$ (збільшення значення показника внутрішньособистісних конфліктів призводить до збільшення значення показника лідерських якостей), кореляційний зв'язок слабкий, але потребує уваги, на інженерному напрямку навчання $r = 0,23$ (збільшення значення показника внутрішньособистісних

конфліктів призводить до збільшення значення показника лідерських якостей). На 4 курсі гуманітарного напрямку навчання $r = -0,298$ (збільшення значення показника внутрішньособистісних конфліктів призводить до зменшення значення показника лідерських якостей), на інженерному напрямі навчання кореляційного зв'язку між рівнем внутрішньособистісних конфліктів та рівнем лідерських якостей не має.

Таким чином, внутрішньособисті конфлікти є фактором розвитку лідерського потенціалу у студентів гуманітарного та інженерного напрямів навчання та потребують створення розвивальних та корекційних методів для контролю рівню внутрішньособистісних конфліктів. Контроль їх рівнів допоможе уникнути дезадаптації та емоційного напруження, щоб студент в подальшому міг активізувати свою увагу тільки на досягнення успіху та виконання поставлених цілей.

Лісовенко Галина Вікторівна

*КЗ "Харківська гімназія №6 "Маріїнська гімназія"
м. Харків*

ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ

Конституція України визначає життя і здоров'я людини одним із найвищих соціальних цінностей. На сьогоднішній день проблема збереження і зміцнення здоров'я населення, а особливо дітей, залишається значущою та потребує зміни підходів до її вирішення.

Серед головних причин погіршення здоров'я дітей молодшого шкільного віку виступають стресова тактика навчання, інтенсифікація навчального процесу, невідповідність методик і технологій виховання віковим і функціональним можливостям дітей, нераціональна організація навчальної діяльності, функціональна некомпетентність педагога щодо питань охорони та зміцнення здоров'я, відсутність системи роботи з формування цінності здорового способу життя, тобто

педагогічні чинники. Тому проблема впровадження здоров'язберігаючих технологій на уроках, зокрема у початковій школі, є актуальною.

Здоровий спосіб життя потрібно розглядати як індивідуальну систему поведінки людини, що спрямована на раціональне задоволення біологічних та соціальних потреб, позитивні емоції, профілактику хвороб та нещасних випадків для отримання повного фізичного, психологічного та соціального благополуччя. У свою чергу, культура здоров'я – невід'ємна частина загальної культури людини, яка являє собою певний обсяг знань, умінь та навичок з питань формування, застосування, зміцнення здоров'я та визначається високим рівнем культури поведінки відносно власного здоров'я та здоров'я оточуючих. Тому, здоров'язберігаючі компетентності слід розглядати як цілісне індивідуальне психологічне утворення особистості, які спрямовані на збереження фізичного, психологічного та духовного здоров'я як власного так і оточуючих та передбачає наявність у учасників навчально-виховного процесу спеціальних навичок, у тому числі до пропаганди здорового способу життя.

Особливо важлива роль в організації збереження й зміцнення здоров'я дітей належить вчителю початкової школи, що зумовлено віковими особливостями молодших школярів. Дитина цього віку інтенсивно розвивається, організм, який формується, занадто чутливий до будь-яких несприятливих зовнішніх факторів.

Учитель початкових класів, як основний організатор навчально-виховного процесу може систематично і найбільш ефективно впливати на фізичний та морально-духовний розвиток своїх вихованців. Через те, що більшу частину доби дитина проводить у школі, основним завданням процесу навчання й виховання є не тільки навчити, сформувати певні вміння та навички, розвинути творчий потенціал, а й максимально зберегти здоров'я учнів шляхом формування культури здорового способу життя.

Слід розглядати здоров'язбережувальні технології як такі, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці учнів у школі та ті, що вирішують завдання раціональної

організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних вимог), відповідності навчального та фізичного навантаження можливостям дитини. У доповіді визначаються основні напрями та форми впровадження здоров'язберігаючих технологій у початковій школі.

Таким чином, впровадження здоров'язберігаючих технологій у початковій школі повинно здійснюватися з урахуванням запропонованих методолого-теоретичних основ та бути спрямованим як на збереження здоров'я учнів, так і на формування у вчителя необхідності постійного їх використання у навчально-виховному процесі.

Литвиненко Василь Васильович
Харківський національний медичний університет
м. Харків

ПСИХООСВІТА, ЯК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Актуальність. Згідно із даними ВООЗ за 2015 рік, в середньому в Україні річний вжиток алкоголю становить близько 13,9 літрів чистого етанолу на рік на душу населення, включаючи всіх осіб від 15 років і старших. В останні роки серед населення України відзначається значне підвищення споживання спиртних напоїв і як наслідок цього – збільшення кількості хворих на алкогольну залежність. Незважаючи на великий арсенал сучасних методів терапії алкоголізму, його поширеність в світі зростає. Від 60 % до 75 % пацієнтів із алкогольною залежністю впродовж року мають рецидив захворювання

Мета дослідження: розробити та оцінити ефективність психоосвітніх програм у системі психосоціальної реабілітації хворих з алкогольною залежністю.

Матеріал та методи: на базі Харківської обласної клінічної наркологічної лікарні № 9 та у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону було проведено

комплексне обстеження 150 пацієнтів чоловічої статі від 20 до 55 років, в яких згідно діагностичних критеріїв МКХ-10 встановлено синдром залежності від алкоголю. Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу (пацієнти якої приймали участь у психоосвітній програмі, розробленої за результатами власних досліджень) склали 105 осіб, контрольну групу 45 осіб, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні. Психодіагностичне дослідження включало вивчення особливостей стрес-долаючої поведінки «Способи копінг» (в адаптації Т.А.Крюкової, 2002).

Результати дослідження: основною метою психоосвіти є формування у алкозалежних адекватного уявлення про наркологічний розлад і залучення до адекватної участі в реабілітаційних заходах. Так у 77,6 % обстежених основної групи сформувалося сприйняття власного залежного стану й розуміння необхідності терапевтичної роботи. Після проведенних реабілітаційних заходів у 45,1 % обстежених основної та 32,6 % контрольної груп відмічалися копінг - стратегії спрямовані на вирішення завдань, у 31,4 % та 22,4 % відповідно - копінг - стратегії спрямовані на емоції, у 15,9 % обстежених основної та 32,6 % контрольної груп копінг - стратегії були спрямовані на уникнення, у 6,7 % та 12,4 % на відволікання.

Висновки. Таким чином, у ході роботи сформульовані засади та принципи психоосвіти системі комплексної реабілітації чоловіків з алкогольною залежністю, основною метою якої є розвиток у пацієнта здатності самостійно вирішувати власні проблеми алкогольного генезу та доведена їх ефективність.

Лозовий Іван Вікторович
*Харківський національний педагогічний
університет імені Г.С. Сковороди
м.Харків*

ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАЦІЙНІ ФАКТОРИ СТАВЛЕННЯ КУРСАНТІВ ВІЙСЬКОВОГО ВУЗУ ДО НАВЧАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

В умовах сучасного соціально-економічного, культурно-історичного, військово-політичного та інформаційного розвитку України, особливої актуальності набуває проблема удосконалення процесу підготовки майбутніх офіцерів ЗСУ. Актуальність дослідження обумовлена тим, що ЗСУ на сучасному етапі розвитку особливо гостро потребують стійких, відповідальних, самостійно мислячих, професійно підготовлених і готових до захисту територіальної цілісності та незалежності нашої Батьківщини офіцерів.

Основи професійних знань, умінь і навичок, а також значущі особистісні якості майбутніх офіцерів формуються під час навчання у військових ЗВО. Важливою психологічною змінною, від якої залежить успіх навчально-виховного процесу у військовому ЗВО є ставлення курсантів до навчально-професійної діяльності.

Для курсантів як представників юнацького віку навчально-професійна діяльність є провідною. Вона визначає якісне наповнення соціальної ситуації розвитку в ці роки (Л.С.Виготський), специфіку завдань розвитку (Е. Еріксон), а також основні психологічні новоутворення особистості (В.В. Давидов; Д.Б. Ельконін). Одним з таких новоутворень є ставлення курсантів до навчально-професійної діяльності. Формуючись під впливом навчально-професійної діяльності, вона з певного моменту починає активно впливати на процес прийняття навчальних завдань, постановку навчальних цілей, асортимент і якість навчальних дій курсанта, ефективність саморегуляції вчення, переробку інформації, яка циркулює по каналах прямого і зворотного зв'язку.

Сформоване у курсанта ставлення до навчання закріплюється в структурі його особистості у формі системи якостей, яка проявляється як ставлення до виконання професійних та військових обов'язків. На жаль, у вітчизняній військовій, вікової та педагогічної психології, психології особистості, ставлення курсантів до навчання у військовому ЗВО вивчено недостатньо. Невідомими залишаються структура, психологічна природа і механізми цього явища, закономірності його динаміки від молодших курсів до старших. В даний час не представляється можливим скласти повний перелік психологічних предикторів ставлення курсантів до навчання. Дискусійним є питання про психологічні умови позитивного і негативного ставлення курсантів до навчання у військових вузах.

Висновок: Актуальним завданням є обчислення регресійних рівнянь, які дозволяти б прогнозувати позитивне і негативне ставлення курсантів до навчання. Арсенал методів психологічної служби у військовому ЗВО необхідно поповнити коригувально-розвиваючої програмою, яка спрямована на оптимізацію ставлення курсантів до навчально-професійної діяльності.

Львов Олександр Олегович

*Відділення кризових станів лікувально-реабілітаційне № 31, НДП
ЛОР "Львівська обласна клінічна
психіатрична лікарня".
м. Львів*

Жабко Наталія Володимирівна

*Відділення кризових станів лікувально-реабілітаційне № 31, НДП
ЛОР "Львівська обласна клінічна
психіатрична лікарня".
м. Львів*

ТРАВМА ОРІЄНТОВАНА МУЗИКОТЕРАПІЯ

Сучасна суспільно-політична, економічна ситуація в Україні, пов'язана з кризовою ситуацією на Сході України, появою великої кількості переміщених осіб, зниження якості

життя населення. Це стало потужним психологічним і соціальним тиском на населення України. Тому у сучасній психології, психіатрії проблемі психічної травми та розладів, спричинених нею, приділяється дуже велика увага. Психічна травма суттєво впливає на фізичне, психічне і соціальне здоров'я особистості та є функціональною моделлю розладів психіки і поведінки, у т.ч. афективних розладів, психогенних (невротичних) розладів, психосоматичних розладів.

Музика має здатність виражати увесь спектр людських почуттів і настроїв, вона є віддзеркаленням стану тіла та душі. Музична імпровізація – це звукове пізнання себе та стосунків, а співзвуччя – резонанс душі. Тілесна та духовна здатність до резонансу дозволяє нам сприймати відчуття та стани людини, яка імпровізує, включно із її несвідомими та підсвідомими меседжами. Активне вираження шляхом музичної імпровізації дає можливість учасникам вступити в контакт і відкриває простір для переживання та свідомого конструювання стосунків.

На майстер класі пропонується:

демонстрація етапу стабілізації психотравми методом музикотерапії.

„Чим комплексніший розлад, тим більш структурованими повинні бути методи гри на музичних інструментах “ (Wölfl; Sonntag & Jüchter).

- Тримати, підтримувати, жити (Timmermann)

- Властивості музики як базові прийоми (Storz):

Тиша і спокій - знижує травматичне перезбудження

Простота і однозначність – підтримує потребу у контролі

Надійність і тривалість - захищений простір гри

Довіра і прямота - музична підтримка та супровід

Толерантність щодо музичного вираження: повторне

уповноваження

Автентичність - співпадіння вербального і невербального вираження

Стабілізація і активація ресурсів

- Психоедукація - пацієнти вчаться дбати про себе самі:

- Музичні можливості контролю: правило “стоп”,

дозування, модулювання, приглушення

- Ресурсні інструменти vs. стресуючі інструменти (перелік тригерів)
 - Музична біографія як біографія щастя: яка музика до травми може зараз бути корисною / підбадьорюючою
 - Щоденник музичного задоволення
 - Розслаблення за допомогою музики (музика, яку приніс для прослуховування пацієнт, рецептивні методи)
- Базові музикотерапевтичні техніки, психічна стабілізація та активація ресурсів:
 - Налаштування
 - Ритмічна імпровізація (“баді-перкашн”, вправа із стопами)
 - Дихання & голос (вправи на дихання та вокал, імпровізація за допомогою голосу, спів)
 - Гра терапевта для пацієнта
 - Гра в парі (різні модифікації).

Мосейко Олексій Валентинович

*Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя*

Мосейко Вікторія Вадимівна

*Київський національний університет ім. Тараса Шевченка
м. Київ*

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ТРАВМА ЯК ФАКТОР ЕКЗАЦЕРБАЦІЇ ШИЗОФРЕНІЇ

Частота та характер рецидивів шизофренії патогенетично залежить від пропорції факторів клініко-генетичного та психосоціального порядку. Таким чином психосоціальна травма може виступати як фактор екзацерації ендогенного процесу. При впровадженні мультидисциплінарного підходу у наданні допомоги хворим на шизофренію, що перенесли психосоціальну травму, можна виділити три основних вектора превенції: психофармакологічна протекція ремісій; розвиток соціальних навичок щодо планування життя "після"; попередження подальшої психотравматизації за допомогою дефензивних заходів та підвищенню стресостійкості та

фрустраційної толерантності шляхом навчання пацієнтів копінг-стратегіям.

Основними цілями надання психотерапевтичної допомоги при психосоціальній травмі у рамках мультидисциплінарної бригади є: раціоналізація та корекція хворобливих хвилювань; навчання нових копінг-стратегіям, що формують більшу стійкість до тригерних взаємодій та зменшують соціальну ізоляцію; формування дефензивних антистресових бар'єрів; редукція патологічної інтерорецепції та зрештою формування усвідомлення факту наявності захворювання.

Таким чином, той факт, що екзацербачії при шизофренії обумовлені не тільки ендогенним процесом, але й характером загальної направленості преморбідної особистості, соціальних установок та мікросоціальних взаємовідносин пацієнта, дозволяє розширити спектр інтервенцій при наданні допомоги пацієнтам, що перенесли психосоціальну травму.

Новрузова Аліса Ейнуллаївна

студент 4-го курсу,

Українська інженерно-педагогічна академія, м. Харків

Науковий керівник: доцент кафедри ПП, к.психол.н.

Білоцерківська Ю.О.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОЛОГІЧНОГО СПРИЙНЯТТЯ ЧАСУ

В сучасних умовах на перше місце виступає проблема соціальної цінності людини, при цьому здоров'я є одним з важливих об'єктивних умов життєдіяльності.

Серед безлічі факторів, що визначають працездатність та інші характеристики здоров'я, велику роль відіграє психічна стійкість до стресових ситуацій. Важливо не тільки як довго людина відчуває стрес і наскільки він інтенсивний, але і яка реакція на нього. Високий рівень психічної стійкості до стресів є запорукою збереження, розвитку та зміцнення здоров'я й професійного довголіття особистості.

Стрес називають хворобою 21-го століття, а психологічний час людини пронизує всі сфери її життєдіяльності, як зовнішні, так і внутрішні, та є сполучною ланкою між усіма структурами реальності. Тому дослідження особливостей переживання стресу в залежності від сприйняття часу має важливе значення для сучасного життя.

В науковій літературі термін «стрес» використовується з 1936 року видатним канадським фізіологом Гансом Сельє, та визначається як неспецифічна відповідь організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу. Г. Сельє відзначав: «Стрес – це обов'язковий компонент життя» (Сельє Г., 1982). Стрес може не тільки знизити, але й підвищити стійкість організму до негативних факторів. Жіночий організм інакше реагує на стрес, ніж чоловічий. Він викидає в кров більше гормонів стресу та насилу припиняє їх виробництво, коли причина стресу вже усунена. У чоловіків більш високий больовий поріг, існує захисна психологічна реакція заперечення та неприйняття болю.

Досліджено психологічні особливості переживання стресу в залежності від психологічного сприйняття часу жінками та чоловіками. Більшість жінок з нормативним рівнем самоконтролю в стресі мають орієнтацію на майбутнє. Чоловіки з нормативним рівнем самоконтролю в стресі мають майже однакове відношення до сьогодення, минулого та майбутнього. Жінки з ситуативним рівнем самоконтролю в стресі більш орієнтовані на сьогодення, а чоловіки з ситуативним рівнем самоконтролю в стресі більш орієнтовані на минуле.

На підставі отриманих результатів дослідження було розроблено тренінг «Керуй своїм стресом», який направлений на визначення своєї ролі під час стресової ситуації, активізацію грамотної поведінки та саморегуляції в стресових ситуаціях, усвідомлення індивідуальних особливостей мислення в стресових ситуаціях, визначення сильних сторін і резервів для подолання стресу.

Онопрієнко Маргарита Віталіївна

студентка 4-го курсу,

Українська інженерно-педагогічна академія, м. Харків

Науковий керівник: д. психол.н., проф. Соколова І.М.

ПСИХОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯТИ СТАТЕВОРОЛЬОВОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ ДІТЕЙ З ГОМОСЕСУАЛЬНИХ СІМЕЙ

Дослідження батьківства та виховання дітей одностатевими сім'ями є актуальною проблемою сучасної психологічної науки. Адже дуже важливо об'єктивно розібратися з психологічної точки зору, що це означає для дитини - зростати з двома люблячими один одного дорослими однієї статі. При цьому гомосексуальна орієнтація для психології залишається науковою проблемою в її філософському сенсі як цілісного комплексу питань, які об'єктивно виникають в ході розвитку пізнання і вирішення яких має суттєве практичне або теоретичне значення. Розуміння і пояснення гомосексуальної орієнтації пройшло тривалий шлях, однак і сьогодні ще не можна стверджувати, що він кінцевий, оскільки наукове ставлення до неї залишається неоднозначним.

Мета дослідження - вивчення психологічних корелятивів та статевої ідентичності дітей з гетеро та гомо сімей. Для дослідження були використанні наступні методики: опитувальник афіліації А. Мехрабіана; дослідження тривожності Ч. Д. Спілбергера; Статевої ідентичності опитувальник Бема; Копінг-тест Лазаруса; Тест міжособистісних відносин Лірі; Анкета для батьків.

Проведений теоретико-методологічний аналіз на тему виховання дітей з одностатевих та гетеросексуальних сімей дозволив виявити різницю між результатами дослідження. Проведене дослідження може бути використано психологами з ціллю виховання толерантності у соціума до одностатевих батьків. Загальна вибірка склала 14 сімей - з них 8 - гомо та 8 гетеро. В дослідженні прийняли участь 24 батьків - з них - 13 гетеро та 11 гомо. Вибірка дітей склала 16 осіб віком від 12 до 28 років. Дослідження було проведене на базі спільнот у

соціальних мережах.

На Рис. 1 можна побачити відповіді батьків гетеро сексуальної орієнтації на одне з питань анкети.

Проаналізувавши дані, які ми отримали, можна відзначити, що гомосексуальні батьки лояльніше ставляться до вибору у стосунках своєї дитини ніж гетеросексуальні. Це може бути обумовлено тим, що гомо батьки більш толерантні та для них немає значення, якої статі буде партнер їх дитини. Гетеро батьки у кількості 9 людей теж дали позитивні відповіді на запитання. З цього може зробити висновок, що відношення батьків до вибору своєї дитини залежить не тільки від їх орієнтації, а ще по більшій мірі від їх рівня толерантності, гуманності та відсутності забобонів стосовно представників ЛГБТ спільноти.

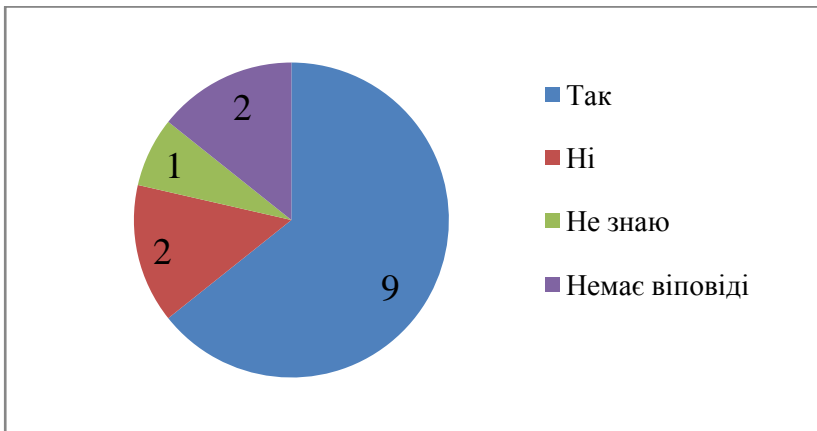


Рис. 1 Чи приймете ви вибір гомо відносин своєї дитини? (батьки гетеро орієнтації)

Проведене емпіричне дослідження не виявило достовірних значущих відмінностей психологічних особливостей дітей, батьки яких гетеросексуальної орієнтації та дітей, батьки яких гомосексуальної орієнтації. Таким чином, буде розроблено психоосвітня програма, мета якої - передати наукові та соціально значущі відомості і підвищити рівень освіченості населення. На жаль, багато людей перебувають в інформаційному вакуумі щодо питань статевої ролі

ідентичності. Або ж отримують безліч недостовірних і суперечливих даних з мас медіа.

Психоосвітня програма буде в себе включати наступні заходи: 1. Кінопоказ (документальні фільми, інтерв'ю представників ЛГБТ, їх батьків і т.д.); 2. Поширення літератури (це може бути як художня література, так і наукова на тему сексуальних орієнтацій); 3. Семінари (вони включають в себе інформування і подальше обговорення різних подій, явищ і фактів з життя ЛГБТ-спільноти, розвіювання міфів та забобонів); 4. Круглі столи (висловлювання своєї думки, обговорення питань, що стосуються ЛГБТ-представників).

Пелюстка Марина Іванівна

ФО-П. Психолог

м. Харків

ПСИХООСВІТА В ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА

На сьогодні стало зрозумілим, що ефективність психологічної допомоги пацієнтам залежить не лише від знань та навичок психологів, але й від їхньої компетенції. Специфіка праці психолога з одного боку вимагає відповідальної поведінки особистості, з іншого боку, передбачає наявність певних якостей в особистості

Актуальність даної проблеми мотивована тим, що на сучасному етапі психологія потребує координальних змін і введення інноваційних технологій, а саме застосування психоосвіти в діяльності психолога.

Психоосвіта - це навчальний тип лікування і реабілітації. Заняття проводяться за формою тематичних семінарів, в які включають окремі значущі етапи соціально-поведінкового тренінгу. За час проведення занять з психоосвіти пацієнтам надається інформація з різних конкретних питань перебігу хвороби, медикаментозної терапії та ін.

Найбільш широке поширення психоосвітні терапевтичні програми отримали в клініці психосоматичних захворювань (бронхіальна астма, діабет, серцево-судинні захворювання і т.п.) і

різного роду залежностей, а також в процесі навчання лікарів, медичних психологів, середнього і молодшого медичного персоналу, які працюють в клініці внутрішніх хвороб. Лише в останні роки «Психоосвіта» стало розвиватися в сучасній психіатрії.

У зарубіжній літературі є вказівки на перевагу раннього включення цього виду -вмешательства в комплекс лікувально-реабілітаційних заходів вже на етапі становлення терапевтичної ремісії, в тому числі - і в разі його рецидивування (Zhang M. et al., 1994; Hinrichsen G,A, et al., 1999; Tennakoon L. et al., 2000). Але у той же час у вітчизняній літературі є лише поодинокі роботи, присвячені цього розділу реабілітації психічно хворих (Зайцев В.В., Ісаєва О.Р., 1996; Семенова Н.Д., Сальникова Л.І., 1998; Сальникова Л. І., Сторожакова Я. А., Архипова Є. Л., Худавердієв В.В., 2002; Гурович І.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2004) й, хоча в наявності висока практична потреба у використанні медичними закладами добре розроблених і апробованих психоосвітніх програм.

Психоосвітній підхід відноситься до так званого навчаючого типу, при якому заняття будуються за принципом тематичних груп з елементами соціально-поведінкового тренінгу. Учасникам надається інформація з конкретних питань (наприклад, інформація в області перебігу хвороби, навчання вмінню пізнавати перші ознаки загострення захворювання, інформація щодо медикаментозної терапії).

Групова робота дає можливість обговорити отриману інформацію з іншими учасниками групи, співвіднести її з власним досвідом. Заняття допомагають краще розуміти характер і особливості психічного захворювання і то, як воно впливає на якість життя. Психоосвіта сприяє стимуляції активної позиції пацієнта в подоланні психічного захворювання і його наслідків. Заняття допомагають у формуванні відповідальності за свою соціальну поведінку, у виробленні адекватної стратегії подолання з хворобою, і сприяють відновленню порушених через психічного захворювання соціальних контактів.

У підсумку зазначимо, що психоосвіта -це вид психотехнології, психологічної допомоги, метою якої є донесення до здорових людей або осіб з психічними розладами основних

знань про протікання, стадіях, особливості та профілактичні заходи будь-якого психічного розладу. Це дуже важлива психотехнологія, так як будь-яка людина з психічним захворюванням або без постійно безпосередньо або побічно шукає інформацію і задовольняє свої пізнавальні потреби про психічні захворювання, якими вони хворіють або можуть захворіти, або психологічних феномени взагалі. Цілеспрямована психоосвіта дозволяє заповнити пізнавальний дефіцит і захистити цікавляться осіб від спотвореної інформації.

Петухова Ірина Олексіївна

*Університет державної фіскальної служби України
м. Ірпінь*

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД

Затримка психічного розвитку церебрально-органічного генезу відрізняється від інших різновидів затримок порівняною глибиною за рахунок недорозвитку відповідних відділів кори головного мозку / підкорки та складністю її подолання. У зв'язку з цим, рання діагностика, медикаментозне втручання та соціально-психологічний супровід є передумовами для порівняно «вдалого» розв'язання цієї складної медико-психологічної проблеми. Перш за все, варто розуміти, що процес розвитку у дітей означеної категорії є, по-перше, досить *тривалим*, оскільки мова іде про розвиток та дозрівання окремих відділів кори головного мозку, що відповідають за когнітивні функції; *складним*, так як поряд із когнітивними функціями ми маємо справу з емоційними (тривога, низька самооцінка, замкненість) та поведінковими (невміння чекати, адекватно реагувати на норми і правила, особливо у незвичних ситуаціях) особливостями особистості дошкільника. У зв'язку з цим, актуальності набуває міждисциплінарний підхід у роботі із досліджуваною категорією дошкільників, представимо і стисло

охарактеризуємо основні компоненти, які було застосовано нами. *Рухові програми*: кінезітерапія, програми Г.Домана, ЛФК, хореографія, гімнастика, мозочкові стимуляція, балансіри тощо. Оскільки передумовою розвитку інтелектуальної сфери, зокрема розвитку середнього мозку є здатність дитини виконувати певний перелік рухових дій (повзання, стрибки, робота з м'ячем тощо), рухові програми є первинними, тонізуючими, емоційними, формуючими умови для довірливої уваги, наслідування, здатними налаштувати дитину на подальшу роботу. Сенсорна інтеграція (У.Кіслінг), на наш погляд, займає проміжну позицію і виконує об'єднуючу функцію між руховими і інтелектуальними програмами, оскільки різноманітними засобами, у тому числі і через виконання певних вправ, здійснює вплив на відповідні відділи головного мозку. *Когнітивні програми*: нейропсихологія, розвиток пізнавальної сфери, «Біт інтелекту». Нейропсихологія для дітей із затримкою психічного розвитку церебрально-органічного генезу займає особливе місце, оскільки йдеться про стійкий недорозвиток відповідних відділів кори головного мозку, а відповідні технології за рахунок пластичності мозку (Дойдж, Лурія), міжпівкульної взаємодії здатні розширити карти мозку і сприяти тому, аби функції ураженої частини «тимчасово взяли на себе здорові, неушкоджені» ділянки. Технологічно це стає можливим через систематичне виконання нейропсихологічних вправ (А. Семенович). Працюючи над розвитком пізнавальної сфери, варто пам'ятати, що передумовою формування усіх пізнавальних процесів є відчуття і сприймання, тож саме із них є сенс розпочинати розвивальну роботу. Розвиток відчуттів (чарівний мішечок, з'єднай тіні), сприймання (зачумлені малюнки, чого не вистачає, розрізані картинки), мислення (сортування, кубики Нікітіна, знайди зайве), уваги (таблиці Шульте, коректурна проба, лабіринти, гра «Добло», хто зник), пам'яті (хто зник, розучування коротких віршів) є необхідною передумовою для подолання затримки і підготовки дитини до школи. Гарним продовженням розвитку пізнавальної сфери є інтелектуальні програми Г.Домана, зокрема «Біт інтелекту», що розширюють світогляд дошкільника і насичують його енциклопедичними знаннями, що, для

дошкільника є особливо важливим, оскільки йому притаманна певна фіксація та звужене коло пізнавальних інтересів. Арттерапія, музична терапія, кінетичний пісок є додатковими, проте не менш дієвими засобами впливу на емоційну сферу дошкільника і його загальний розвиток.

До перспектив подальших наукових розвідок відносимо детальний аналіз кожного представленого компоненту та ефективних соціально-комунікативних програм.

Погорєлов Дмитро Андрійович

студент 3-го курсу,

Українська інженерно-педагогічна академія, м. Харків

Науковий керівник: д. психол.н., проф. Соколова І.М.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ НА ОСОБИСТІСТЬ ІНТЕРНЕТ - ЗАЛЕЖНОСТІ

Незважаючи на всі переваги масової комп'ютеризації населення, даний процес має серйозні соціальні наслідки, включаючи проблему інтернет – залежності, що стала світовим феноменом. На сьогоднішній день рівень інтернет – залежності знаходиться в помірно небезпечних кордонах, однак на карті світу є країни, в яких частка сильно залежних і абсолютно залежних користувачів стає статистично зафіксованим. Дані, отримані авторами за результатами опитування молоді мегаполісів світу, дозволили визначити, що поки в світі домінують користувачі із середнім ступенем інтернет – залежності. Можна говорити про тенденцію до посилення в економічно розвинених країнах з високим рівнем ВВП на душу населення інтернет – залежності. Тому це є актуальною проблемою в сучасній психології.

Мета дослідження – особливості впливу інтернет – залежності на формування особистості студентів 1-го і 3-го курсу. Для дослідження були використанні наступні методики: методика на виявлення інтернет – залежності Л.Н.Юр'євой, Т.Ю.Большот, діагностика міжособових відносин А.А.Рукавішнікова, тест агресивності Л.Г.Почебут.

Завдання: 1) Провести теоретико-методологічний аналіз літератури з обраної теми; 2) Визначити феномен інтернет – залежності; 3) Визначити види та причини інтернет – залежності; 4) Встановити рівень залежності у студентів 1 – го та 3 – го курсу. Загальна вибірка склала 60 студентів – з них 40 – 1 курсу та 20 – 3 курсу. Дослідження було проведене на базі Української інженерно – педагогічної академії.

Проаналізувавши дані, які ми отримали, можна відзначити, що на 1 – му курсі переважає середній рівень інтернет – залежності та середній рівень агресивності – табл. 1. На 3 – му курсі також домінує середній рівень інтернет – залежності та агресивності. З цього можна зробити висновок, що просліджується тенденція, яка в подальшому може призвести до серйозних проблем з навчанням та міжособовими відносинами

Таблиця 1.

Співвідношення рівня залежності і агресивності

Високий рівень Інтернет – залежності	Середній рівень Інтернет – залежності	Низький рівень Інтернет – залежності
40%	47,5%	12,5%
Високий рівень Агресивності	Середній рівень Агресивності	Низький рівень Агресивності
20%	62,5%	17,5%

Проведене емпіричне дослідження за критерієм Спірмена виявило сильний позитивний взаємозв'язок між рівнем інтернет – залежності та рівнем агресії як на 1 – му, так і на 3 – му курсі – табл.2.

З цього можна зробити висновок про те, що чим більше людина залежить від інтернету, тим більше збільшується рівень її агресії. Це призводить до порушення емоційної сфери. Зменшується стресостійкість, людина починає агресивно реагувати на будь – які подразники. Зужується круг спілкування. Порушується мотиваційна сфера, те що раніше цікавило, відходить на другий план. Також, в подальшому, це може призвести до розвинення делінквентної поведінки та інших форм аддикцій.

Таблиця 2.

Взаємозвязок між рівнем інтернет – залежності та рівнем агресії

Шкала	Середнє значення досліджуваних курсів		Коефіцієнт кореляції Спірмена		Рівень статистичної значущості (p)
	1 курс	3 курс	1 курс	3 курс	
Інтернет-залежність	21,15	22,55	0,53	0,68	0,01
Агресія	18,62	17,45			

Практичні рекомендації по зниженню інтернет – залежності:

1) Скласти розпорядок дня і дотримуватися його, контролюючи реалізацію намічених цілей.

2) Не варто починати і закінчувати день, сидячи за комп'ютером або в телефоні. Варто як мінімум годину після пробудження і ще один, перед сном, присвячувати собі або домашній роботі.

3) Раз в 15 хвилин рекомендуємо влаштовувати відпочинок для очей, прикриваючи і розслабляючи їх. Раз в сорок п'ять хвилин слід порухатися всім тілом, особливу увагу приділяючи хребту.

4) Необхідно переводити свої віртуальні знайомства в реальний світ. Якщо вас приваблює людина на сайті знайомств, онлайн грі, соціальній мережі, просто запросіть її, набагато цікавіше перебувати поруч з живою людиною.

5) Рекомендується знайти собі хобі. Так ви не будете проводити свій вільний час за комп'ютером або в телефоні.

Попова Марта Ігорівна
доцент кафедри клінічної психології
Українського католицького університету
м. Львів

ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ МАТЕРІВ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ У ПОРІВНЯННІ З КОПІНГ- СТРАТЕГІЯМИ МАТЕРІВ З ТИПОВИМ РОЗВИТКОМ

З метою виявлення статистично значущих відмінностей копінг-стратегій між середніми для нормально розподілених груп матерів дітей з особливими потребами та матерів дітей з типовим розвитком використано метод Т-критерія Стьюдента. Статистичне порівняння проводилося за шкалами методик «Подолання важких життєвих ситуацій» В. Янке, Г. Ердмана та «Індикатор копінг-стратегій» Дж. Амірхана.

Статистично вищими є показники у матерів дітей з особливими потребами за такими шкалами: «самовиправдання» ($M_1=16,40$; $M_2=14,60$; $F=1,40$; $p=0,02$), «контроль над ситуацією» ($M=19,83$; $M_2=18,16$; $F=1,00$; $p=0,04$) та «самозвинувачення» ($M=17,60$; $M_2=15,06$; $F=2,08$; $p=0,02$) (за методикою В. Янке та Г. Ердмана). А також за шкалами «вирішення проблем» ($M=26,06$; $M_2=24,36$; $F=1,05$; $p=0,03$) та «уникання» ($M=19,33$; $M_2=16,93$; $F=1,19$; $p=0,01$) (за методикою Дж. Амірхана).

Аналізуючи результати зазначимо, що копінг-стратегії «самовиправдання» та «контроль над ситуацією» В. Янке та Г. Ердман відносять до «позитивних стратегій», оскільки ці стратегії стосуються дій, які направлені на зменшення стресу. Однак, самозвинувачення є «негативною стратегією», згідно якої стресова ситуація пояснюється власною помилкою. Таким чином, матері дітей з особливими потребами хоч і заперечують власну відповідальність, схильні привласнювати стресову ситуацію своїм помилковим діям.

Порівнюючи стратегії «вирішення проблем» та «уникання» серед матерів дітей з типовим розвитком та матерів дітей з особливими потребами нам вдалося дослідити, що загалом матері дітей з особливими потребами частіше застосовують ефективні способи вирішення життєвих проблем

та складних життєвих ситуацій однак уникають контакту з оточуючою дійсністю під час вирішення життєвих проблем.

Відтак, з одного боку матері дітей з особливими потребами частіше використовують такі менш ефективні копінг-стратегії як: самозвинувачення та уникання, а з іншого - більш ефективні: самовиправдання, контроль над ситуацією та вирішення проблем. Такі результати узгоджуються з дослідженнями Г. Кукурузи, А. Моавада, М. Дана та інших про те, що матері дітей з особливими потребами частіше ніж матері дітей з типовим розвитком використовують ефективні копінг-стратегії орієнтовані на вирішення проблеми (Кукуруза Г. В., 2013), позитивне переосмислення ситуації (Моавад Г., 2012), кращий контроль, зокрема у вигляді планування вирішення ситуації (Dunn M., & Burbine T., Bowers C., Tantleff-Dunn S., 2001). Однак, вони частіше послуговуються менш ефективними, переважно емоційно-орієнтованими копінгамі, які не вирішують ситуації, хоча дозволяють тимчасово знизити емоційну напругу. Насамперед мова йде про самозвинувачення та уникання. Загалом, отримані результати порівняльного аналізу дозволяють погодитися з думкою Дж. Моавада про те, що використання цілого репертуару як більш так і менш ефективних копінг-стратегій імовірно краще допомагає батькам справлятися з вихованням дитини з особливими потребами.

Прищупова Анна Валентиновна

Врач психіатр, психотерапевт

Директор Консалтингової компанії Пситрон

м. Запорозьке

ГРАНИЦЫ ЛИЧНОСТИ КАК ЭЛЕМЕНТАРНОЕ СРЕДСТВО СОХРАНЕНИЯ РЕСУРСНОГО СОСТОЯНИЯ

Границы — это наше все, это основа всего в геометрическом и психологическом смысле слова. Границы — это то, благодаря чему человек понимает «где я, где уже не я». В любом случае, граница — это линия раздела, черта, дающая возможность осознать кем и чем я являюсь и что мне

принадлежит.

В психологии традиционно выделяют три варианта границ (в соответствии с типологией У.Джеймса): физические, социальные и духовные. Физические границы — это собственно границы тела и границы персонального пространства. Социальными границами фактически являются нормы функционирования той социальной группы, к которой принадлежит индивидуум. Эти правила помогают понять уровень и масштаб ответственности личной и групповой. Духовные границы — это комплекс ценностей, принципов убеждений, этических норм человека, которые определяют степень духовной свободы человека.

По мнению К.Левина с помощью границ человек решает одновременно две задачи: выделение из среды, обособление и адаптация к среде, некая включенность как часть целого. Каждый из нас сформирован под действием двух разнонаправленных сил: давлением на личность со стороны среды и попыткой определить свои позиции и проявиться со стороны личности. При этом с возрастом границы меняются. Например становятся более явными и жесткими у взрослого, в сравнении с ребенком. Введенное Ф.Перлзом понятие «граница-контакт» однозначно утвердило, что граница — это именно то место, где Я взаимодействует с Другим или со средой. На этом рубеже происходит много важного, значимого и трагичного. И именно на этом рубеже может происходить психотерапевтическая трансформация. Я предлагаю поговорить только об одном очень узком аспекте практического применения феномена границ личности.

Повторюсь, на самом деле, всё, что мы чувствуем, ощущаем, что нам удастся сделать — происходит благодаря тому, что есть границы. Не вопреки - благодаря! Это легко объяснить.

Вы когда-нибудь пробовали достать что-нибудь? Помните, вы кричите, а вас не слышат (ваш голос не достигает границы слышимости вашего знакомого), вы протягиваете руку и не достаете до чашки в шкафу (ваша рука короче расстояния до стенки чашки). Если граница моего мира не соприкасается с границей вашего — я с вами не контактирую.

Абсолютно тот же процесс происходит, когда мы говорим о контакте душевном или ментальном. Только намного больше разнообразия. Мы можем быть рядом, соприкоснуться физически, видеть друг друга и быть в разных мирах; или человек будет внутри вашего мира, а вы даже не сможете объяснить себе, как это произошло. Потому что у вас не только нет системы оповещения прохождения границ вашего мира, возможно, вы вообще никогда не задумывались всерьёз об этих самых границах.

Они должны сформироваться самостоятельно и в детстве (всё банально до тоскливости). Но если их нет, все можно исправить. Главное заметить эту свою особенность.

Как это можно заметить? Например, вы часто чувствуете давление со стороны окружающих или невнимание к вам. Или вы часто выполняете чьи-то просьбы и потом сами с собой несогласны, подозреваете, что сделали что-то в ущерб себе. Или вы часто делаете что либо, следуя чьим-то советам, даже если намеревались сделать иначе. Когда вам много или мало заботы, внимания, общения, когда вам хочется всех расстрелять и побыть одному на планете, когда вы очень устали и уже очень давно... У вас что-то с настройками границ не то, мягко говоря.

Первым рубежом, который появляется у человека, являются физические границы. В младенчестве мы не выделяем себя из окружающего мира. Да, совсем не понимаем, что имеем границы. Да и понятия «Я» для самого младенца еще не существует.

Впервые ощущение границы (как думают взрослые ученые после наблюдения за маленькими людьми) появляются в первые месяцы жизни, когда человек может достать игрушку рукой. Он понимает, что есть, существует вполне им самим управляемая рука, и игрушка, существующая совершенно отдельно.

Постепенно, по мере развития двигательных навыков, человек осваивает мир и за дверью комнаты. И освоил бы его весь, но родители стремятся структурировать деятельность, придать ей направление. А человек хочет завладеть пространством. Жадность это проявление неуверенности в том, что мне этот кусочек мира будет принадлежать всегда, как

первообладателю. Надо поддерживать в ребенке уверенность в праве владения. Тогда он будет спокойнее относиться к «аренде своего имущества» - легко поделиться ресурсом может только тот, кто уверен, что его личная часть точно есть. Человек должен иметь свое пространство дома и свои вещи. Только в этом случае человек будет уважать границы и собственность других, не входить без стука в вашу дверь, например.

То же самое касается и физических телесных границ. Показывая ребенку, что другие люди принадлежат сами себе (их нельзя без последствий кусать, толкать, щипать и даже лежать на них всегда и сколько хочется не получится), мы даем ему уверенность, что и он тоже, прежде всего, принадлежит себе. Человек с устойчивыми физическими границами будет надежным и теплым одновременно.

И тогда единственный выход восстановить их или отстроить границы впервые. К счастью, по мнению того же Ф.Перлза, границы представляют собой не статичное образование – их можно передвигать, укреплять или увеличивать их пластичность, открывать или закрывать – по сути делать все то, что можно делать с обычными границами. Это позволяет восстанавливать ощущение целостности личности, устранять явления астенизации и истощения, уменьшать проявления тревоги и фобий. А вслед за этим, ожидаемо, улучшается адаптивность индивидуума в социуме.

В рамках любого направления психотерапии разработан не один вариант подхода и концепции работы с границами. Я опишу вариант, подходящий для применения даже без участия психотерапевта.

Сперва анализ ситуации. Ответьте прямо сейчас на несколько вопросов максимально конкретно.

1. Я осознаю, как чувствует себя мое тело? Я могу сразу сказать, не проверяя глазами, что делают мои руки, ноги, в каком положении спина, удобно ли мне? Если я не знаю, что там с моим телом, которое более-менее константно в размерах и определяемо тактильно, что говорить об эфемерной и неуловимой душе! Но даже если вы сейчас впервые обратили внимание на то, что у вас есть руки, ноги, шея, уши, нос... не печальтесь, вы это всё нашли, оно все ваше, значит, не всё

потеряно. Попробуйте вообразить себе, как бы вы хотели свое тело ощущать, или вспомните, как хорошо вы себя чувствовали, когда в последний раз плавали в море (лежали на пляже, занимались спортом, были на массаже,..). Идем дальше.

2. На той территории, где я живу и/или где я часто бываю (например, на работе) есть мое место? Буквально. Территория, принадлежащая только мне. Какого она размера, что она в себя включает, что я там делаю, достаточно ли мне этого? Если мое место — это коробочка с нижним бельем в одном из ящиков в шкафу, уже что-то. Бывает, что единственным моим местом оказывается моя сумка, или часть подоконника, который надо делить с кошкой. А теперь постарайтесь представить себе свое место, удобное и достаточно для вас, комфортное и красивое, при этом не выходя за рамки реальности (если вы не станете завтра владельцем замка, пока подумаем о доме или квартире, которые уже есть).

3. То что вы делали сегодня (просыпалась, одевалась, завтракала, работала, училась, ухаживала за детьми и родственниками, общалась с друзьями, ходила за покупками, готовила еду, разговаривала по телефону,..) соответствует вашим планам, целям, желаниям? Или это продиктовано необходимостью? И кто решил, что именно эти дела необходимо сделать? Получили ли вы удовлетворение после всего, что сделали? А что, на самом деле, вы хотели бы сегодня делать? Попробуйте определить, что вам мешает делать то, что хочется, и можно ли это изменить?

И начните с простого: постарайтесь каждый раз занимать оптимальное место в пространстве, располагать свое тело в максимально удобной позе, выбирать комфортные для вас вещи, действовать в темпе, созвучном вашему внутреннему ритму.

Я очень реалист. Поэтому для меня границы — это обязательная характеристика существования в нашем мире, это территория и объект для проявления личности, это инструмент для создания себя и своего мира, доступный каждому из нас.

Проноза-Стеблюк Катерина Володимирівна

*Українська інженерно-педагогічна академія
м. Харків*

Соколова Ірина Михайлівна

*Українська інженерно-педагогічна академія
м. Харків*

НОВА АВТОРСЬКА МОДЕЛЬ МЕТАФОРИЧНИХ АСОЦІАТИВНИХ КАРТУ «КПС» ДЛЯ РОБОТИ З РОЗЛАДАМИ АФЕКТИВНОГО СПЕКТРУ

Метафоричні асоціативні карти відносять до проєктивних методик, що підіймають з глибини підсвідомості несвідомі враження, які визначають реакцію особи на ті чи інші життєві ситуації.

Метафоричні асоціативні карти можуть сприяти взаєморозумінню між терапевтом та клієнтом, особливо у випадках, коли важко обговорити певну проблему, допомагають висловити думки, формулювати їх і конкретизувати повідомлення. Метафоричні асоціативні карти – це інструмент професійної психології, психотерапевта та коуча, застосовується в діагностиці, корекції та розвитку можливостей.

Нами було поставлено завдання створити колоду (набір) метафоричних асоціативних карт, що будуть застосовуватись як допоміжний метод для встановленні первинного контакту, зміцненні терапевтичного поля на будь-якому етапі, бути допоміжним методом для первинного скринінгу та при застосуванні інших психодіагностичних методик, розвивати мотиваційний компонент у клієнта, відображати наочно проблематику, що мало зрозуміла під час психоедукації клієнту з унікаючою поведінкою (структурою особистості), з органічними захворюваннями, що можуть проявлятись у помірно вираженому когнітивному дефіциті, де допускається застосування проєктивних методик, у випадках, коли є порушення пізнавальних процесів, при цьому будуть позбавлені недоліків аналогів та прототипів.

За принципом аналогів створено колоду (набір) метафоричних асоціативних карт, які являють собою набір з 74 карт, що є фотографічними зображеннями, які оброблені за

допомогою комп'ютерних графічних редакторів, і розподілені за кластерами та за асоціативними рядами, що відображають 8 елементарних емоцій та 4 базових емоцій; внутрішню картину хвороби (прийняття людиною власного захворювання) при психосоматичних хворобах; стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях; базові потреби самозбереження; базові потреби емоційного спектру взаємодії.

Технічним результатом, що досягається запропонованим рішенням, є підвищення ефективності первинного скринінгу до тестових методик, можливість пацієнта самостійно скомпелювати в ході роботи наочний кінцевий результат психологічної роботи, і як наслідок - підвищення ефективності психотерапевтичної допомоги при розладах поведінкового здоров'я.

Савіна Юлія Іванівна

КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти»

м.Вінниця

СПРИЯТЛИВИЙ МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ КЛІМАТ КОЛЕКТИВУ ПЕРШОКЛАСНИКІВ ЯК УМОВА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Однією з найактуальніших проблем сьогодення є збереження психічного здоров'я першокласників. Особлива роль у вирішенні цієї проблеми належить батькам, вчителям, вихователям групи продовженого дня, практичним психологам, соціальним педагогам, медичним працівникам закладів освіти – всім, хто супроводжує дітей під час їх навчання.

Важливе значення для збереження здоров'я, в тому числі і психічного, має формування сприятливого морально-психологічного клімату (МПК) в колективі учнів першого класу. Тому метою даного дослідження було теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості процесу формування МПК в колективі першокласників та його вплив на розвиток особистості в умовах нової української школи (НУШ).

На основі аналізу та узагальнення визначень поняття «морально-психологічний клімат» іншими авторами, ми під

даним терміном будемо розуміти переважний, відносно стійкий психічний стан (настрій) колективу, що відображає особливості його життєдіяльності і моральні норми (доброту, чесність, порядність, справедливість, відповідальність, совість, вміння співпереживати, піклуватися про інших тощо), які лежать в основі ставлень його членів один до одного й до справи.

В результаті теоретичного дослідження було створено модель МПК колективу першокласників, виокремлено його показники, а також чинники мікро- та макросередовища, які впливають на формування одного з 3 видів МПК: сприятливого (здорового), нейтрального або несприятливого (нездорового).

В процесі емпіричного дослідження був проведений констатувальний експеримент. У ньому взяли участь учні двох перших класів ХЗОШ I-III ст. №57 Харківської міської ради, їх батьки, а також вчителі початкової школи. Вибірка учнів склала 60 осіб 6-7 років, вибірка батьків – 60 осіб.

Для констатувального експерименту було відібрано такі методи й методики: спостереження, опитування («Опитувальник для вчителя» Л.М. Ковальнової, Н.Н. Тарасенко), бесіда, анкетування, тестування (тест шкільної зрілості Керна-Йіресека, діагностика рівня емоційного вигорання В.В.Бойка), проєктивні методики («Школа звірів» Н.І. Вьюнової та К.М. Гайдар, «Тест кольорових виборів» Л.М. Собчик, «Настрій школярів у кольорі» А.М. Лутошкіна).

За результатами констатувального експерименту зроблено такі висновки:

1. Найважливішими чинниками формування МПК колективу першокласників є особистість вчителя, стиль його взаємодії з класом та рівень психологічної культури.
2. Рівень готовності дітей до навчання у школі суттєво не впливає на формування МПК колективу першокласників за умови своєчасної розвивально-корекційної роботи вчителя та практичного психолога з учнями, що мали середній або низький рівень готовності до навчання.

3. В період адаптації дітей до навчання у школі МПК класу може мати як позитивні, так і негативні риси, що виявляється в таких показниках: адекватна або неадекватна самооцінка учнів, прояви фізичної або вербальної агресії,

тривожності, напруженості, легкості виникнення страхів, труднощі у встановленні контактів з однокласниками та вчителем, інтерес до навчальної чи позанавчальної діяльності.

4. Важливим показником формування здорового МПК колективу першокласників є радісний або спокійний настрій учнів, що сприяє збереженню психічного здоров'я учнів, налаштовує їх на співпрацю між собою і з вчителем, створює ситуацію досягнення успіху.

Результати дослідження покладено в основу рекомендацій педагогам щодо створення сприятливого МПК колективу першокласників в умовах НУШ.

Савчин Мирослав Васильович
*Дрогобицького державного педагогічного
університету імені Івана Франка,
м. Дрогобич*

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я У КОНТЕКСТІ ОПТИМІСТИЧНОЇ КОНЦЕПЦІЇ ЛЮДИНИ ДЛЯ ХХІ СТ.

Живе психологічне знання має об'єктивне значення, цінність, особистісний сенс, його можна технолізувати, а його застосування дає позитивний результат, воно ефективне. На основі теоретико-методологічного аналізу нами сформульована оптимістична концепція людини ХХІ ст., згідно якої сутність людини виражається у таких твердженнях: 1) людина – єдність трьох складових: духу, душі і тіла, які знаходяться у постійній синергетичній взаємодії; 2) внутрішній світ людини складається з трансцендентного за походженням духовного я і психіки (особистості) як прижиттєво набутого утворення. Між цими складовими може бути різне співвідношення: синергія, суперечності, конфронтація, витіснення, взаємне поборення, навіть виникнення антидуховності; 3) у внутрішньому світі людини найвизначальніше є її духовне Я, яке фундаментально впливає на психіку та особистість в напрямі їх гармонізації, подолання хаосу (ентропійних тенденцій), посилення, оздоровлення та гармонізації Я, зміцнення духовного, морального, соціального, психологічного, психічного та

соматичного здоров'я; 4) в ідеалі, людина повноцінно живе у трьох вимірах: а) внутрішньому вимірі – стосунках сама з собою; б) горизонтальному – життя в соціумі – світ людей та матеріальному світі – світі речей; в) вертикальному – стосунки з Богом (духовна сфера); 5) потенційно особистість здатна посправжньому вірити, творити любов, добро і боротися зі злом, творити свободу і відповідальність, оптимістично надіятися, бути смиренною і каятися; 6) автентичними сенсами життя людини є її постійне самовдосконалення, активність в покращенні оточуючого світу та підготовка до зустрічі з трансцендентною часовістю (вічністю); 7) здорова індивідуальність особистості поєднана із неминучим володінням автентичними людськими здатностями, зокрема, володінням духовними та прогресивними загальнолюдськими цінностями; 8) для своєї здорової та результативної активності та самоактивності особистість черпає сили в духовній сфері; 9) особистість, орієнтуючись на духовне Я, може жити без «нормативних» вікових криз, звичайно, переживаючи ситуативно виникаючі життєві кризи, зумовлені недосконалістю світу, конкретними суперечливими обставинами життя; 10) внутрішній світ людини може бути без хронічних суперечностей та постійних криз; 11) у структурі психіки свідомість людини визначальніша за несвідоме, а надсвідоме визначальніше свідомого; 12) особистість може бути самоопанованою, самовладною, здатною подолати своє еґо, свою гординю, реалізуючи автентичні цілі та сенси життя; 13) людина виражає та розвиває себе у цілісній життєдіяльності, а тому, щоб знати людину, слід знати її життя у цілісності, в т.ч. приховані її переживання, задоволення, що переживається як внутрішнє та зовнішнє благополуччя, щастя та стан осмисленості життя.

Отже, методологам психології необхідно проаналізувати нові теоретичні підходи в дослідженні психічного здоров'я особистості та запропонувати сучасне уявлення про цей феномен. У цьому плані психічне здоров'я необхідно розглядати у взаємозв'язку з духовним, моральним, соціальним, психологічним і тілесним. Доцільно чітко диференціювати психічне та психологічне здоров'я як складових загального здоров'я людини. Конструктивне розв'язання методологічних

проблем психічного здоров'я призведе до ефективного розв'язання психологічною наукою теоретичних, прикладних і практичних завдань, що буде її значущим внеском у вдосконалення суспільного життя в Україні, оздоровлення людських стосунків та внутрішнього світу особистості, буде вкладом у світову психологічну науку та психологічну практику, тобто йдеться про персонологію з людським обличчям.

Самойлова Олена Вячеславівна

*Харківський національний медичний університет
м. Харків*

КОМПЛЕКСНА ДОПОМОГА ДІТЯМ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ

Актуальність: Поширеність розладів адаптації (РА) серед загальної популяції сягає від 1,0% до 21,0%, а поширеність посттравматичних стресових розладів (ПТСР) в усій популяції варіює від 1,0% – 14,0%, в окремих групах ризику сягаючи 60,0% та вище. Надто вразливою групою для дії психотравмуючих чинників є діти. Несформованість їх психіки, низький рівень контролю емоційних реакцій викликають у них більш тяжку відповідь на дію психотравмуючої ситуації.

Мета дослідження: визначити діагностичні критерії та мішені психотерапії при розладах адаптації у дітей з родин вимушених переселенців.

Матеріали та методи: Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології було обстежено 66 дітей 7–18 основної групи (ОГ) з ознаками РА із родин вимушених переселенців (РВП). Серед контингенту хворих дітей із РВП було 32 дитини, які мали діагноз пролонгованої депресивної реакції, що обумовлена РА (F43.21) та 34 дитини з діагнозом змішаної тривожної та депресивної реакції (F43.22). Контрольну групу (КГ) склали 29 осіб які перебували в звичайних сім'ях та мешкали на території м. Харкова та Харківської області й мали

ознаки РА (15 осіб з діагнозом пролонгованої депресивної реакції, що обумовлена РА (F43.21) та 14 дітей – з діагнозом змішаної тривожної та депресивної реакції (F43.22)). У дослідженні була використана наступна психометрична та психодіагностична методика: «Індекс шкали синдрому ПТСР» (С.А. Хусейн, В.Р. Холкомб, 1997).

Результати: Дослідженням встановлено наявність у дітей з РА із родин вимушених переселенців середнього ступеню тяжкості розладу адаптації (індекс шкали ПТСР $10,32 \pm 0,09$) з перевагою проявів захворювання у хлопчиків ($10,39 \pm 0,13$); осіб 7–10 років ($10,55 \pm 0,16$) та мешканців міста ($10,42 \pm 0,13$). Констатовано, що більшість обстежених дітей з РА із родин вимушених переселенців мала середній (48,48% осіб) та тяжкий (21,22%) ступінь розладу адаптації (відповідно індекс шкали ПТСР $10,47 \pm 0,04$ і $12,58 \pm 0,09$). На фоні проведенного психотерапевтичного втручання показники за методикою «Індекс шкали синдрому ПТСР» знизився вдвічі.

Висновки: Проведене дослідження дозволило розробити комплексну систему психотерапевтичної корекції розладів адаптації у дітей з РА із родин вимушених переселенців. Данні заходи дозволили суттєво підвищити ефективність призначеної фармакотерапії, соціальної та сімейної реабілітації хворих.

Сапельнікова Тетяна Станіславівна
Українська інженерно-педагогічна академія
м. Харків

Чередник Аліна Олександрівна
Українська інженерно-педагогічна академія
м. Харків

ДОСЛІДЖЕННЯ СТИЛІВ ГУМОРУ ЯК ФАКТОРУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ В УЧБОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Постановка проблеми. На сучасному етапі розвитку нашої країни, коли стресові ситуації практично постійно супроводжують життя людини, гумор є одним з елементів, які допомагають справлятися зі стресом. Саме тому дослідження

гумору постає як актуальне питання в рамках стресостійкості особистості. Вивченням почуття гумору як фактору стресостійкості займалися такі вчені: Н.Кьюпер, Р.Мартін, Ш.А.Амонашвілі, А.С.Макаренко, В.А.Сухомлинський, М. Аргайл, Т. В. Артем'єва, А. Алтер, А.Н. Лук та ін.

Метою нашого дослідження було визначення особливостей прояву стилів гумору та їх вплив на рівень стресостійкості у студентів-психологів.

Вибірку склали 35 студентів 3 та 5 курсів спеціальності «Психологія» на базі Української інженерно-педагогічної академії. Віком від 19 до 24 років.

Методи дослідження. Для дослідження було використано такі методики як: «Шкала психологічного стресу PSM-25» Лемура-Гесьє-Філліона; «Індикатор копінг- стратегій» Д. Амірхана; «Стилі гумору» Р. Мартіна.

В результаті аналізу результатів було виявлено позитивні взаємозв'язки між такими показниками як: стресостійкість та аффіліативний стиль гумору; позитивний взаємозв'язок між шкалою копінг-стратегії «Вирішення проблем» та стилями гумору аффіліативний та агресивний; позитивну кореляцію було встановлено між шкалою «Пошук соціальної підтримки» і стилями гумору аффіліативний, самопідтримуючий і саморуйнівний. Незначний кореляційний зв'язок було отримано: за шкалою «Агресивний» стиль гумору та стресостійкість; за копінг-стратегією «Уникнення проблеми» та усіма стилями гумору.

Висновки: на основі отриманих емпіричних даних можна зробити наступні висновки:

- у майбутніх психологів превалює високий рівень стресостійкості;

- найбільшу вираженість у студентів-психологів має самопідтримуючий і аффіліативний стиль гумору та копінг-стратегії поведінки такі як пошук соціальної підтримки та вирішення проблем;

- існує позитивний взаємозв'язок між стресостійкістю студентів та усіма стилями гумору.

За результатами дослідження можна рекомендувати викладачам вузів впроваджувати в роботу зі студентами

розвиваючи та психокорекційні технології з метою розвитку почуття гумору як професійно важливої якості майбутніх фахівців.

Сергєєва Ірина Сергіївна

*КЗ Харківська гуманітарно-педагогічна академія ХОР
м. Харків*

КОНСТРУКТИВНЕ СПІЛКУВАННЯ ЯК ЗАСІБ ЗНИЖЕННЯ СТРЕСУ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ

Збереження психічного здоров'я представників підтримуючих професій – медиків, педагогів, соціальних працівників, психологів, – є актуальною проблемою, що постає починаючи з періоду підготовки майбутніх спеціалістів.

Під час професійного навчання студенти піддаються стресам та суттєвим навантаженням, входять у професійне коло. В силу вікових та фізіологічних особливостей – незрілості мозку, його хрупкості та пластичності, їх можна розглядати як одну з найуразливіших категорій професіоналів.

Неконструктивні стилі спілкування в академічному та колегіальному середовищі – один з суттєвих «токсичних» факторів впливу на особистість. Вони включають у себе не лише загрози, приниження, надто жорстку ієрархію, а й постановку незрозумілих цілей та задач, відсутність якісного зворотного зв'язку, які не дозволяють студенту або фахівцеві впевнено почуватись та орієнтуватись у навчальному чи професійному оточенні.

Досвід останніх років показує, що, стикаючись з неконструктивним спілкуванням з боку викладачів, товаришів та старших колег, майбутні та молоді спеціалісти страждають через зниження працездатності та мотивації, розладів концентрації та уваги, і через це, все частіше відмовляються від професії.

У випадку фахівців педагогічних спеціальностей, ті, хто залишаються у викладанні, несуть засвоєні у ВНЗ

неконструктивні стилі у власну педагогічну діяльність, відновлюючи таким чином коло насильства або неефективних навчальних практик.

Конструктивні альтернативи токсичним стратегіям спілкування наразі активно популяризуються. Вони можуть інтегруватися до спеціалізованих освітніх програм та до повсякденних учбових занять учнями, студентами, колегами.

Саме тому період навчання важливо використати для передачі студентам навичок відстежувати власний ресурс та дбати про нього, помічати та нейтралізувати стресові фактори. Приділити особливу увагу конструктивним стратегіям спілкування, які мають бути ґрунтовно засвоєні майбутніми та діючими фахівцями.

До найефективніших інструментів комунікації, що безпосередньо сприяють збереженню стресостійкості та психічного здоров'я викладачів та учнів, відносяться ненасильницьке спілкування Маршала Розенберга, Я-повідомлення Томаса Гордона, позитивне обрамлення Дуга Лемова та позитивне виховання Мартіна Селігмана. Серед тих, що забезпечують психічний добробут особистості за рахунок створення умов для успішного досягнення учбових та професійних цілей, слід зазначити формулювання цілей за SMART, точну похвалу Дуга Лемова, принципи емоційного, посередницького та регулятивного діалогів програми ICDP, які успішно адаптуються до освітньої сфери. Саме їх доцільно увести до в програми (пере)підготовки та підвищення кваліфікації для майбутніх та діючих педагогічних кадрів усіх рівнів, активно застосовувати викладачам-предметникам в роботі зі студентами.

Надання фахівцям підтримуючих професій, передусім викладачам та студентам педагогічних закладів освіти, дієвих інструментів конструктивної комунікації, є рішенням низки освітніх проблем включно зі збереженням психічного здоров'я всіх учасників процесу освіти.

Ключові слова: конструктивна комунікація, педагогічна освіта, підтримуючі професії.

Скориніна-Погребна Ольга Володимирівна
*доктор соціологічних наук,
професор кафедри психології діяльності
в особливих умовах Національного університету
цивільного захисту України, м. Харків*

ТІЛЕСНІ ВІДЧУТТЯ ЯК ПОКАЗНИК ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСОБИСТОСТІ

Сучасна соціально-політична ситуація в Україні сформувала тенденції порушень в психоемоційному стані громадян. Найбільш складними є такі, які пов'язані з незадоволеною потребою в безпеці, що стрімко розвиває симптоматику тривожних порушень. Основними факторами, які це провокують є спостереження серйозної агресії, погрози життя близькій людині, погроза власному життю. Зміни в психіці людини є стійкими та ведуть до розвитку симптоматичної тріади: повторення нав'язливих спогадів та думок щодо травмуючи подій, нейровегетативної гіперактивності та уникання особистісних контактів. Це породжує негативні фізичні стани, які викликають емоційні напруження та загальну незадоволеність життям.

На когнітивно-поведінковому рівні спостерігається відмова сприйняття реальності, підвищена агресивність та ритуальність мислення. Як наслідок складеної ситуації виявляються психосоматичні порушення, пов'язані із шлунково-кишковими, неврозоологічними, вегетативними та серцево-судинними розладами, порушення сна та режиму життя.

Метою даної роботи є висвітлення психокорекційних методів подолання негативних тілесних відчуттів, пов'язаних з напруженими емоційними станами.

Психокорекційну роботу можна поділити на складові частини:

1. Підготовча, для створення позитивного психологічного клімату та готовності особистості до співпраці із психологом.
2. Діагностична, яка спрямована на виявлення ознак у відчуттях при емоційному напруженні.

3. Власне корекційна складова, яка є найбільш тривалою та спрямована на нормалізацію психічного стану та нейтралізацію м'язового затиску.

4. Контрольна складова, результати якої дають можливість зробити висновки щодо психічного стану після проведеної терапії.

Одним із першочергових методів на етапі власне корекційної складової є психотерапевтична бесіда із спеціалістами в області психології щодо локалізації відчуттів у тілі та їх зв'язок з емоціями.

Одним із домінуючих технік роботи є тілесно-орієнтовна психотерапія для зняття негативної симптоматики. Основна цінність тілесно орієнтованих технік зумовлена їх наочністю та об'єктивністю. Тіло - те, що можна відчувати, до чого можна торкнутися і притиснутися, воно відразу дає зрозуміти - добре йому чи погано. Тіло може зіщулитись, стати жорстким і напруженим, може розслабитися, стати м'яким і пластичним. Воно ніколи не обманює людину у своїх реакціях.

Наступними важливим напрямком виступає символдрама, котра базується на глибинних методах психотерапії для покращення психоемоційного стану, формування ресурсних позицій, підкріплення емоційно-вольової сфери.

Вправи арт-терапії допомагають побороти агресію і негатив, навчитися виражати свої погляди і почуття, підняти самооцінку, вирішити наявні конфлікти і проблеми, а також привести свої думки і почуття до гармонії. Висловлюючи свої почуття через художню роботу та символи, людина покращує психічний стан і аналізує свої почуття на власному досвіді.

Емоційно-образна терапія допомагає систематизувати уявлення про емоційні стани, тілесні відчуття та пов'язані із ними почуття, сприяє формуванню навичок корекції тіла та емоційної сфери за допомогою образів.

Соколова Марія Михайлівна

КЗ «Пісочинський ліцей»

Керівник: учитель біології вищої категорії Мельникова Є.Ю.

Українська інженерно-педагогічна академія, м. Харків

Науковий керівник: к. психол. н., доц. Колчигіна А. В.

ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТА ТЕЛЕФОННОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ НА СТАН НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ШКОЛЯРІВ ТА ЇЇ ПРОФІЛАКТИКА

Практично весь свій час сучасні підлітки проводять за екранами гаджетів. Тотальне захоплення дітей новими технологіями призводить до появи залежностей, які накладають певний відбиток на їх психіку, розвиток та активність мозку. Коли людина весь свій час проводить за комп'ютером або гаджетами, одні навички покращуються, а інші навпаки послаблюються. Актуальність роботи полягає у дослідженні рівня комп'ютерної та телефонної залежності серед учнів середньої школи, впливу ЗМІ та віртуальних розваг на стан нервової системи, а також пошуку можливостей збереження їх фізичного та психічного здоров'я. Так, наприклад, через те, що спілкування в мережі відбувається переважно за допомогою листування, підлітки стали втрачати навички емоційного інтелекту і здатності розпізнавати невербальні знаки, які становлять основну частину живого спілкування.

Комп'ютерна та телефонна залежність серед молоді є найбільш поширеною проблемою сьогодення. Особливе занепокоєння викликає даний вид залежної поведінки у підлітків через їх стан нервової системи, зумовлений негативним впливом електромагнітного опромінення від телефонів на функціонування головного мозку.

У зв'язку з усім вищесказаним я вважаю, що ця тема в даний час дійсно є актуальною.

Метою дослідження є вивчення особливостей впливу комп'ютерної та телефонної залежності на стан нервової системи в учнів 7 та 9 класів КЗ «Пісочинський ліцей» і на цій основі розроблення практичних рекомендацій її профілактики. Всього в дослідженні взяли участь 40 учнів Пісочинського ліцею.

Залежність була виявлена у 95% учнів (Рис.1.).

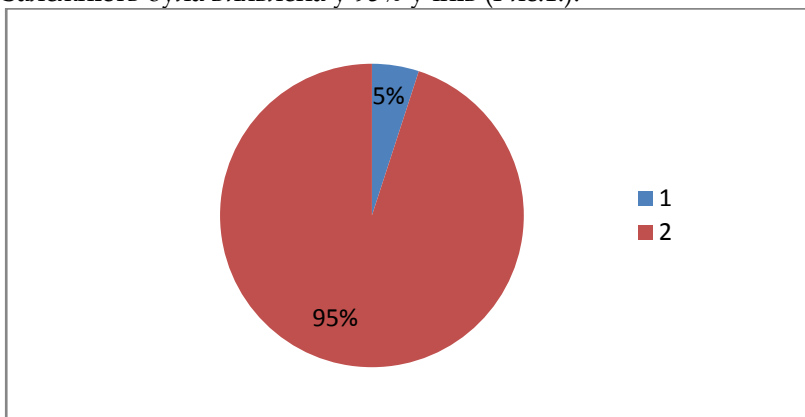


Рис.1. Співвідношення залежності учнів (Примітка:1 - незалежні; 2 - залежні)

Учні, у яких була виявлена залежність, утворили дослідну групу, інші - контрольну групу (5%). У роботі ми використовували тести для діагностики комп'ютерної та телефонної залежності. Одним із завдань дослідження було встановити, рівень телефонної та комп'ютерної залежності учнів, тому вони були розбиті на дві групи. До першої групи увійшли учні 7 класів. У другу - учні 9 класів. Вік обстежуваних від 12 до 15 років. За результатами проведених методик з'ясовано, що у учнів 9-х класів визначаються найбільш високі показники комп'ютерної та телефонної залежності, проте, враховуючи вік даної категорії, вони є відповідно високими та середніми.

Також, за результатами досліджень, встановлено, що у переважної кількості залежних учнів простежується взаємозв'язок між залежністю та роботою нервової системи. Зростання рівня залежності призводить до зростання рівня тривожності, агресії. З'являються проблем зі сном, настроєм, виникають напади панічного жаху, тривоги, нічні жахи, поведінка, яка не відповідає соціальній ситуації, порушення режиму дня, тощо.

Таким чином, учні з комп'ютерною та телефонною залежністю потребують належної своєчасної допомоги, аби

позбавити їх від шкідливого впливу залежності на функціонування нервової системи, а саме: на поведінку, на емоційну сферу.

На основі отриманих даних були зроблені рекомендації для учнів та батьків щодо зниження залежностей :

1. Вимикайте або залишайте на безпечній відстані мобільний телефон у нічний час, щоб звести до мінімуму його вплив.

2. Не бажано спілкування по мобільному телефону під час руху в автомобілі за рахунок того, що під час руху телефон переходить на максимальну потужність, щоб з'єднатися з базовими станціями зв'язку.

3. Небезпечним є утримування мобільного телефону прямо біля голови, тому під час розмови користуйтеся функцією гучного зв'язку чи гарнітурою (навушниками). Результати незалежних досліджень показали, що це допоможе знизити вплив небезпечного випромінювання на 90 відсотків.

4. Для збереження здоров'я важливе значення має і режим харчування, тому намагайтеся споживати більше зелені овочів, фруктів. Хороший нічний сон допоможе у зміцненні природних механізмів відновлення молекули ДНК, яка може бути пошкоджена під впливом безпроводного телефону.

Соколова Софія Михайлівна

магістр

Українська інженерно-педагогічна академія, м. Харків

Науковий керівник: к. психол. н., доц. Харцій О.М.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДТРИМКИ ТА СУПРОВОДУ ЛЮДЕЙ З ХІМІЧНОЮ АДДИКЦІЄЮ

Актуальність цього дослідження полягає в тому, що довгий час проблему наркоманії в нашій країні розглядали виключно з медичної точки зору, де на перший план ставилося вивчення впливу наркотичної речовини на фізіологічні процеси і загальний стан здоров'я людини. Тому підхід до лікування наркозалежних людей зводився в першу чергу до медикаментозних процедур та психотерапії (І. Анохіна, В.

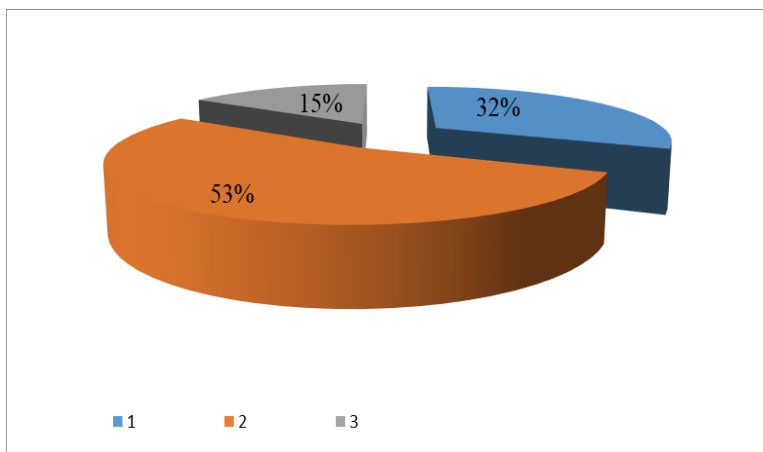
Бітенський, С. Дворяк, В. Глушков, О. Єгоров, Н. Сирота, Б. Херсонський, П. Шабанов, Н. Александрова, С. Ковальов, С. Кулаков, І. Лисенко, І. Марковська, Е. Ейдемільер, С. Andersen, W. Cuskey, D. R. Miles, M. Stanton, I. Parker, M. White та ін.), соціальна робота (А. Браун, Є. Головаха, А. Мартиненко, О. Стецков, В. Турський, М. W. Fraser, К. E. Nelson та ін.), психологія (А. Варга, К. Вітaker, Ю. І. Чернецька, Т. Andersen, А. W. Schaeff та ін.). Завдяки сумній статистиці, ми можемо побачити, що кинути вживання ПАР для людини можливо, але досягти стійкої ремісії дуже складно. Тому варто розглядати хімічну залежність як цілісну проблему особистості, що включає як фізіологічну, так і психологічну складову. Тому завдання психолога в роботі з наркозалежними людьми, повинні будуватися з урахуванням не тільки фізіологічних, але психологічних особливостей наркозалежних. В цьому випадку реабілітаційна робота набуває нового змісту, а значить, і нових можливостей. Практика показує, що це ускладнює процедуру роботи з наркозалежними людьми, але, зате, істотно підвищує кінцевий результат.

В дослідженні прийняли участь 39 особи чоловічої та жіночої статі, віком від 19 до 43 років, залежні від вживання психоактивних речовин, що проходять курс психо-соціального відновлення в умовах реабілітаційного центру. Всі особи мали залежність від вживання психоактивних речовин. Для оцінки спроможності наркозалежних людей до визначення своїх почуттів та їх розуміння було використано опитувач Торонтської шкали алекситимії (TAS - 26). На малюнку 1 представлено частоту розподілу групи випробуваних по алекситимії.

Серед усіх випробуваних найбільшу групу зіставили чоловіки з ризиком розвинення алекситимії - 17 осіб (53%). Алекситимічний тип особистості було виявлено у п'яти чоловіків, що склало 15% досліджуваної групи. 10 (32%) осіб не мало порушень емоційної сфери за Торонтською шкалою, у них був визначений неалекситимічний тип особистості.

Тобто під час випробування було виявлено, що рівень алекситиміків серед наркозалежних, що проходять реабілітацію в умовах реабілітаційного центру залишається в межах норми

для суспільства – 15% при нормальному рівні 5-23%. Але звертає на себе увагу різке перевищення кількості осіб в групі ризику в порівнянні з даними літератури для звичайної популяції – 53% проти 10-20% для суспільства.



Мал. 1. Розподіл досліджуваної групи по типам особистостей.

Це може бути пояснено змінами звичного для наркозалежного-реабілітанта образу життя, розвиненням вторинної алекситимії під час вживання ПАР чи навпаки покращенням в сприйнятті своїх емоцій, що може бути результатом роботи психологів центру. Ця група ризику залишається цільовою для подальшої роботи спеціалістів центру.

Реабілітація, нажаль, не надає гарантій, що пацієнт залишиться в ремісії тому що, як ми вже відзначали, хімічна залежність є хронічним прогресивним захворюванням. Людина з хімічною аддикцією потребує підтримки та супроводу, навіть, після проходження лікування.

Таким чином, отримані результати можуть бути використаними під час розробки та реалізації програми підтримки та супроводу людей з хімічною аддикцією.

КОМПЛЕКСНА ДОПОМОГА ХВОРИМ З ОРГАНІЧНИМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Актуальність: Епідеміологічні дослідження стверджують, що в продовж життя афективні порушення зустрічаються у чверті популяції, їх розповсюдженість в населенні коливається від 6 до 13,6%. Зараз етапі розвитку психіатрії в Україні, все більша увага приділяється соціально-реабілітаційним заходам, психотерапевтичній допомозі та обізнаності населення у проявах психічних порушень. Серед хворих, що звертаються до лікарів загально медичної практики, у 30-40% реєструються симптоми патологічної тривоги та депресивні прояви.

Мета дослідження: виявлення та вивчення тривожно-депресивних розладів у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію, психотерапевтична корекція та психоосвіта.

Матеріали та методи: Проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 76 хворих обох статей у віці 51-74 років, що проходили лікування у неврологічних відділеннях м. Харкова. Використовувались анамнестичний метод, Шкала тривоги та депресії Гамільтона, Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R), Шкала самооцінки тривожності Цунга.

Результати: отримані дані свідчать, що 71,62% хворих (n=53) мали тривожно-депресивні розлади різного ступеня важкості. Хворі скаржились на занепокоєння станом власного здоров'я, відчуття безвиході, пригніченість, знижений настрій, порушення сну, зниження апетиту, прискорене серцебиття, схильність до закріпів, внутрішній неспокій. Переважали помірні прояви тривоги та депресії у 69,81% (n=37), легкі тривожно-депресивні розлади зафіксовані у 16,98% (n=9) і важкі у 13,21% (n=7).

Висновки: Проведене дослідження дозволило розробити комплексну систему психотерапевтичної корекції тривожно-депресивних розладів у поєднанні з психоосвітою. Данні заходи

дозволили суттєво підвищити ефективність призначеної фармакотерапії, соціальної та сімейної реабілітації хворих.

Табачник Інна Григорівна

Комунальний заклад

«Харківська гуманітарно-педагогічна академія»

Харківської обласної ради, м. Харків, Україна

Денисова Юлія Володимирівна

Комунальний заклад охорони здоров'я

«Красноградський медичний коледж», м. Красноград, Харківська

область, Україна

ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В СТУДЕНТСЬКИЙ ПЕРІОД

Ставлення до власного здоров'я є одним з основних елементів поведінки самозбереження людини. Важливим аспектом становлення майбутнього фахівця, без сумніву, є його ставлення до власного здоров'я. Разом із тим, незважаючи на значну профілактичну, санітарно-освітню роботу, яка проводиться у суспільстві, частина студентської молоді легковажно ставиться до власного здоров'я, що знаходить свої прояви у зловживанні алкоголем і тютюном (Меднікова Г.І., 2016).

Особливо важливим є ставлення до свого здоров'я молоді в студентський період. Саме цей вік сенситивний для утворення провідних ставлень, як стійких якостей особистості, що сприяє становленню світогляду юнаків і дівчат, їхньому ставленню до свого здоров'я (Пономарьова Г.Ф., 2017).

У сучасних умовах, коли зниження духовного потенціалу та здоров'я молоді, особливо підлітків, стає відчутною реальністю, необхідність орієнтованості на формування духовних потреб, здорових звичок, фізичного загартування, в цілому здорового способу життя є одним із пріоритетних напрямів у розробці концепції виховання молоді в умовах закладу вищої освіти. На сучасному етапі відсутні дослідження де в комплексі вивчаються проблеми ставлення студентів з

узалежненою поведінкою, а саме, з тютюнозалежною і алкозалежною.

Реальність така, що прагнення до психологічного і фізичного комфорт, у молоді, не завжди можливо реалізувати. Природні адаптаційні можливості адикта порушені на психологічному рівні. Першою ознакою цих порушень є відчуття психологічного дискомфорту.

Привабливість адикції для людини в тому, що вона є шляхом найменшого опору. Складається суб'єктивне враження, що таким чином, звертаючись до фіксації на якихось предметах чи діях, можливо не думати про свої проблеми, забути про тривогу, відійти від важких ситуацій тощо. Форми такої поведінки різноманітні і відокремлюються одна від одної засобами адикції, а також наслідками для життя людини (біологічними, особистісними і соціальними). Це може бути епізодичне чи регулярне вживання будь-яких речовин (алкоголю, тютюну, наркотиків, продуктів побутової хімії, медикаментів, солодошів), комп'ютерні і азартні ігри, заняття екстремальними видами спорту, трюдоголізм тощо.

Важливою психолого-педагогічною умовою психологічної профілактики адиктивної поведінки студентів є здійснення профілактичного моніторингу, тобто відстеження показників можливих умов та факторів тютюногенного, алкогенного ризику, що передбачає створення відповідного наукового підґрунтя.

Актуальним в профілактичній роботі з студентами, на етапі корекції поведінки, є використання тренінгового методу, який дозволяє отримати досвід, з одного боку, у максимально сконцентрованому вигляді, а з іншого - в психологічно безпечних умовах, що полегшують його осмислення.

Отже, здійснення психологічної профілактики за допомогою профілактичного моніторингу та психологічного тренінгу надає можливість учасникам накопичувати адекватний їх змісту досвід емоційних переживань, отримувати необхідні знання і навички, формувати адекватне відношення до стану свого здоров'я.

ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ЯК ВИЯВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

У сучасних умовах соціально-політичної та соціально-економічної нестабільності усе більше уваги приділяється питанням забезпечення психологічного здоров'я та благополуччя особистості.

Мета цього дослідження полягає в аналізі співвідношення понять «психологічне здоров'я» та «психологічне благополуччя» особистості.

В наукових дослідженнях психологічне здоров'я розглядають в термінах гармонії, балансу, рівноваги. Зокрема, І.В. Дубровіна розуміє психологічне здоров'я як динамічну сукупність психічних властивостей, що забезпечують гармонію між різними сторонами особистості людини, а також між людиною та суспільством, можливість повноцінного функціонування людини в процесі життєдіяльності (Дубровіна І.В., 1991). Зміст та структуру психологічного та психічного здоров'я аналізували у своїх працях Б.С. Братусь (1989), Г.В. Ложкін (2012), Г.С. Никифоров (2006), Т.М. Титаренко (2018), Н.Ю. Ярема (2015) та ін.

На думку багатьох вчених, психологічне здоров'я особистості передбачає не тільки відсутність хвороб, але й позитивне ставлення до життя в цілому. Отже, на перший план виходить психологічне благополуччя, що, згідно з поглядами Т.М. Титаренко, є виявом психологічного здоров'я особистості (Титаренко Т.М., 2018). Дійсно, у той же час інша вітчизняна дослідниця Л.М. Коробка вважає, що психологічне здоров'я втілює соціальне, емоційне та духовне благополуччя (як ресурс та стан), оскільки є потенційною передумовою забезпечення життєвих потреб щодо активного способу життя, досягнення власних цілей, адекватної та оптимальної взаємодії з людьми (Коробка Л.М., 2011).

Психологічне благополуччя слід розглядати як цілісний

психологічний феномен, в основу якого закладено принцип активності та гнучкості мислення, прагнення до стійкої позитивної (психічної) рівноваги, а також сукупність суб'єктивних переживань особистості з приводу оцінки навколишнього світу та свого місця в ньому (Павленко Г.В., 2019).

Слід зазначити, що в західних дослідженнях психологічне благополуччя аналізується в рамках гедоністичного підходу як відчуття щастя й задоволеності, а також в рамках евдемонічного підходу – як повнота самореалізації. Багатомірна модель психологічного благополуччя, створена західною дослідницею К. Ріфф, поєднує в собі обидва підходи (Ріфф К., 1989). Зокрема, авторка моделі виокремлює шість основних складових психологічного благополуччя: автономія, управління середовищем, особистісне зростання, позитивні стосунки з іншими, самоприйняття, наявність життєвих цілей.

Висновки. Психологічне благополуччя є комплексним психологічним явищем, яке обумовлено впливом багатьох особистісних чинників. Відображаючи особистісну цілісність та позитивне ставлення до життя, психологічне благополуччя розглядається як вияв психологічного здоров'я особистості.

Товкач Світлана Павлівна

*Військово-медичний клінічний центр Північного регіону
м. Харків*

Лазаренко Юрій Миколайович

*Військово-медичний клінічний центр Північного регіону
м. Харків*

Заворотний В'ячеслав Іванович

*Військово-медичний клінічний центр Північного регіону
м. Харків*

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В РОБОТІ З ТРИВОЖНІСТЮ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Протягом останніх п'яти років наше суспільство знаходиться в складних соціально-політичних та економічних

умовах, які є причиною великої кількості стресових подій. Тому питання високої тривожності на фоні стресу, стає все більш актуальним. Кожна людина, що зазнала ситуації небезпеки для життя, змінюється, як на фізіологічному, так і на психологічному рівні. Вплив психогенних факторів на стан людини не викликає сумнівів. В цьому сенсі, особливої уваги заслуговують військовослужбовці. Серед сфер психічної діяльності у них, важлива роль в питаннях професійної придатності та продуктивності виконання службових обов'язків, особливо в бойових умовах, належить емоційній сфері.

Природними відчуттями для кожної людини, що перебуває в умовах небезпеки для життя є тривога і страх. Емоції тривоги і страху мають велике значення для біологічного виживання індивіда і звичайно найбільш впливають на психіку військовослужбовця. Емоція страху виникає як відреагування на реальну небезпеку, а тривога - як передчуття потенційної небезпеки. На фоні емоцій страху і тривоги формується підвищена тривожність, особливо при тривалому негативному впливі стресових факторів, та викликає стан фізичної та емоційної перевтоми, веде до порушень продуктивної діяльності бійця. Так, можуть з'являтися паніка або заціпеніння, порушення мотивації ведення бою, бажання вийти за всяку ціну, втрата орієнтації, дереалізація, порушення дисципліни, міжособистісних взаємин, виникнення аддиктивної поведінки, надмірна тривожність або навпаки безстрашність, дестабілізація всіх психічних процесів, у тому числі на рівні соматичних проявів, різкого загострення або виникнення соматичних захворювань. (Стасюк, 2013).

Бойовий стрес підвищеної інтенсивності часто призводить до бойової психічної травми. Вона, перш за все, виражається в розладах невротичного регістру - неврастенія, нав'язливі стани, дисоціативно-конверсійні розлади, а також посттравматичний стресовий розлад, що виникає в період від четвертого дня до шести місяців після впливу травматичної події і проявляється виникненням нав'язливих спогадів, флеш-беків, порушення сну, жахливих сновидінь, нездатності відновити в пам'яті повну картину психотравматичної події (Тарабріна, 2001). Рідше, але небезпечніше, виникають психотичні розлади, а саме, ступор,

сутінкові потьмарення свідомості, реакції втечі, що особливо небезпечно в бойовій обстановці.

Тому, психологічна діагностика та корекція рівня тривожності є важливим кроком на шляху до відновлення психічного здоров'я та продуктивності військовослужбовців. Особливо важливими є показники рівня тривожності під час знаходження в бойових діях, через те, що вони характеризують можливі поведінкові реакції на стресові ситуації, небезпечні для життя. (Балашова, 2015).

Нами було проведене експериментально-психологічне дослідження 40 військовослужбовців, які знаходились в умовах бойового стресу високої інтенсивності та отримали бойову психічну травму. Під час дослідження важливу увагу приділяли опитуванню суб'єктивних скарг пацієнтів. Серед суб'єктивних скарг можна відмітити такі, як головний біль, порушення пам'яті, уваги, відчуття роздратування, знижений настрій, порушення сну, кошмарні сновидіння, але основною скаргою був стан високої тривожності (в 95 % випадків).

Для психологічної діагностики рівня тривожності ми використовували методику «Шкала оцінки рівня ситуаційної та особистісної тривожності Ч.Спілбергера-Ханіна», за результатами якої отримано наявність високого рівня ситуаційної тривожності у 53% випадках, особистісної тривожності в 47 % випадках.

Особливістю психотерапевтичної роботи в умовах стаціонару є короткий термін перебування військовослужбовців (від 14 днів до 1 місяця) через майже щоденне надходження військовослужбовців із зони ООС, обмеженість штатних ліжок, що особливо потребує індивідуального підходу до кожного пацієнта.

Основним контингентом, що потребує корекції рівня тривожності є:

- військовослужбовці з емоційними та поведінковими порушеннями невротичного та психотичного регістрів внаслідок дистресу, психічної травми як бойового, так і небойового походження (гостра реакція на стрес, розлад

адаптації, неврастенія, істерія, посттравматичний стресовий розлад, суїцидальна поведінка, реактивний психоз);

- військовослужбовці з емоційними порушеннями внаслідок органічного ураження головного мозку (наслідки мінно-вибухових черепно-мозкових травм, акубаротравм).

В роботі з психологічної корекції рівня тривожності військовослужбовців нами був обраний мультимодальний підхід, в основі якого лежить триступенева модель травмафокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії, в поєднанні з прийомами арт-терапії, сімейної системної психотерапії, клієнт-центрованої психотерапії, позитивної психотерапії, використанням метафоричних асоціативних карт.

Психотерапевтична робота зі стабілізації емоційної сфери, корекції рівня тривожності проводиться в основному індивідуально, або в малих групах (за бажанням) із застосуванням таких прийомів та технік:

- емпатичне слухання, побудування безпечного психотерапевтичного простору, довірливих відносин з пацієнтом (індивідуально);

- психоедукація та рекомендації по відновленню психоемоційного та психофізіологічного станів пацієнта (індивідуально, в малій групі, за допомогою міні-лекцій, інформаційних листів);

- навчання технікам саморегуляції психоемоційного та психофізіологічного станів, корекції панічних атак, відчуття страху – тапінг, техніки спрямованої уваги, дихальні техніки, техніки релаксації, візуалізації, заземлення (індивідуально);

- психологічна корекція високої тривожності, нав'язливих спогадів, кошмарних сновидінь, конфліктних ситуацій, набуття ресурсів, інтеграція психотравмуючого досвіду за допомогою технік піскової арт-терапії, ізотерапії (розстановки в пісочниці, кінетичний пісок, пластилін, анти-стрес розмальовки), роботи з метафоричними асоціативними картами.

- творчі та мотиваційні заняття методами піскової арт-терапії, ізотерапії, музичної терапії, плетіння, складання оригамі, пазлів.

Таким чином, робота з тривожністю у військовослужбовців в умовах стаціонару базується на

мультимодальному підході, оцінка ефективності якої здійснюється як за допомогою психодіагностичних методик, так і за суб'єктивною оцінкою показників рівня тривожності, настрою, самооцінки, якості сну, вираженості вегетативних порушень, загального соматичного стану, особистісних ресурсів та мотивації.

Топорова Тетяна Юріївна
танцювально-руховий психотерапевт
м. Харків

РОБОТА З МІЖСОБИСТІСНИМИ СТОСУНКАМИ У ТАНЦЮВАЛЬНО-РУХОВОЇ ТЕРАПІЇ

Призначення людини, як відомо, створювати і розвивати свою індивідуальність. Але це можливо лише в оточенні інших людей і з їх допомогою. Наші основоположні цінності та установки, що стосуються головних питань життя, виникають і змінюються під впливом інших людей, разом з якими ми належимо до тієї чи іншої групи. У своїй поведінці ми враховуємо їх думку. Вплив груп на наше життя, оцінку навколишнього світу і себе випробував кожен з нас.

Танцювально-рухова терапія (ТРТ) може впливати на несвідомі області, не доступні для терапії, орієнтованої лише вербально. На відміну від інших психотерапевтичних напрямків та підходів до роботи з відносинами, ТРТ використовує рух, танець, сні, образи або символи в роботі з тілом. Це єдиний вид терапії, де використовується дуже багато вільного простору. Танцювальний терапевт працює постійно з власним тілом, використовуючи його як інструмент, за допомогою якого він знайомиться з невербальним світом клієнта.

У ТРТ частіше використовується групова форма роботи, оскільки в межах групи танцюрист "переживає" своє тіло, виражаючи себе в танці, здійснює контакт як з самим собою, так і з групою, що має величезний творчий, інтеграційний і зцілюючий ефект не лише для самого танцюриста, але і для групи. Спостереження за вираженням почуттів в тілі інших

може викликати нове пізнавання (визнання і усвідомлення) своїх власних почуттів. Мікрокосм світу, представлений в групі, дає учасникам групи можливість отримувати і давати зворотний зв'язок і розширити поведінковий репертуар соціально-психологічних ролей. Особливу роль тут грає вербалізація переживань і досвіду усіма учасниками процесу. Тут є не лише досвід зустрічі з глибинними почуттями довербального періоду, але і першими спробами їх вираження та проживання як тілесно, так і за допомогою мови.

Сфера міжособистісних стосунків в умовах ТРТ розглядається через систему соціальної комунікації, а саме – через її емоційне наповнення. Дослідження показують, що ТРТ допомагає встановити або відновити наново міжособистісну комунікацію на тілесному рівні. Наприклад, дослідження по синхронності руху ґрунтуються на тій передумові, що існує деякий нейрофізіологічний зв'язок організації мови і рухів тіла в людській комунікації. Люди, що мають порушення в соціальних комунікаціях, можуть навчитися необхідній поведінці (ритмічній координації з іншими), яка потім може бути переведена в інше соціальне оточення.

Також ТРТ може допомогти розвитку кінестетичної емпатії (базисного рівня комунікації), яка в основному є несвідомою, але відіграє свою роль у вербальному і невербальному спілкуванні між людьми, оскільки вона безпосередньо використовує ритм і кінестетичні патерни.

До результатів танцювально-рухової терапії, що найчастіше зустрічаються, можна віднести:

1. Зростання довіри до членів групи і упевненості в собі в групі.
2. Збільшення контактності. більшість клієнтів переживають глибший і багатіший рівень спілкування, виражаючи почуття через рухи тіла.
3. Розширення доступу до несвідомих почуттів на невербальному рівні як передвісник вербальної комунікації.
4. Спрощення доступу до власних фантазій в площині рухів в захищеному просторі групи.

5. Інтеграцію частин тіла, що сприймалися раніше окремими, поглиблення контакту зі своїм тілом, більш виразніші та різноманітні рухи.

Таким чином, за допомогою ТРТ пацієнт може використати рух для повнішого вираження себе і для збереження своєї автентичності у контакті з іншими.

Харцій Олена Миколаївна

*Українська інженерно-педагогічна академія
м. Харків*

ВПЛИВ ЕМПАТІЇ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ

Визначення здатності до емпатії у особистості, дедалі частіше стає предметом наукового вивчення в галузі психології. Пов'язано це з тим, що емпатія займає провідну роль у розвитку різних когнітивних процесів, емоційно-вольової сфери, є важливою складовою при взаєминах між людьми, дає можливість передбачити дії інших, припустити їх думки, висловлювання, зрозуміти причини вчинків інших людей. Так само наявність емпатії допомагає людині бути соціально розвинутою і активною.

У сучасному світі здатність до емпатії досліджується у людей які працюють в різних сферах професійної діяльності, так як емпатія є основою для комунікативних взаємин, що в свою чергу підвищує рівень якісного виконання професійних завдань. Найбільш часто дослідження проводяться серед психологів, педагогів, лікарів, так як в їх професійній діяльності необхідно мати високий рівень емпатійних здібностей для поліпшення адаптації дітей до дорослого життя, поліпшення якості лікувальної терапії і т.д.

Нами було досліджено емпатію як психічний процес. На основі результатів отриманих під час проведення методик «Опитувальник для діагностики здатності до емпатії» А. Мехрабіана та Н.Епштейна та «Діагностика рівня емпатії» І. М. Юсупова було досліджено рівень емпатії студентів. Дослідження було проведене на базі УПА в групі ДМП-ПС 17-1 студентів 2

курсу.

Під час роботи було проведено теоретичний аналіз емпатійних здібностей у зарубіжній і вітчизняній літературі, проведено емпіричне дослідження розвитку емпатії у студентів, проаналізовано отримані результати. А також використовувалась статистична обробка та аналіз отриманих даних. Наведемо результати дослідження у Табл. 1.

Таблиця 1
Результати діагностики шкали емоційного відгуку

Рівень емпатії	Розвиток емпатії у відсотковому співвідношенні
Низький	10%
Середній	60%
Високий	30%

Також, була проведена методика «Діагностика рівня емпатії» І. М. Юсупова. Результати емпіричного дослідження наступні: низький рівень емпатійних здібностей проявляється до літніх людей, малознайомих та незнайомих людей. Високий рівень по відношенню до батьків, героїв художніх фільмів. Для порівняння отриманих результатів було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

В результаті емпіричного дослідження було виявлено, що студенти здатні до співпереживання, емоційного відгуку, товариськості, дружелюбності. Всі ці риси є важливо необхідними для студентів у їх майбутньої професії. В такому колективі знаходиться приємно та комфортно. Недостатній рівень емпативної тенденції призводить до розколу в групі, непорозумінь, конфліктів.

За результатами проведених методик були надані рекомендації щодо розвитку рівня емпатійних здібностей.

Висновки: потрібно використовувати методики, які сприяють розширенню і усвідомленню емоційно-чуттєвого досвіду людини. До них відносяться ігри та вправи, що стимулюють розвиток механізму емпатії.

**ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ
ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗАХ В КОНТЕКСТІ
ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ
ТРАНСФОРМАЦІЙ**

Вирішення задач диференційної діагностики, лікування та соціальної реабілітації пацієнтів, які страждають на ендogenous психози, є однією з найскладніших і актуальних проблем клінічної психіатрії, що обумовлено поліморфізмом та мінливістю симптоматики, зниженням або втратою критичності ставлення до хвороби, явищами істинного та терапевтичного патоморфозу, важкими соціальними та економічними наслідками (Волошин П. В., Марута Н. О., 2015). Подальшої розробки вимагають питання диференційної діагностики, а саме питання використання прогностичних критеріїв, центральним елементом серед яких можна вважати патоперсоналогічний критерій, чітко визначений у випадку шизофренії, але неоднозначний при інших ендogenous психозах з епізодичним перебігом (Santelmann H., Franklin J., Bußhoff J., Baethge C., 2015).

Метою дослідження було встановлення ознак та нозоспецифічні відмінності постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій у пацієнтів з шизофренією, шизоафективним розладом та афективними розладами (біполярний афективний розлад та рекурентний депресивний розлад) в станах ремісії/інтермісії за допомогою стандартизованого методу дослідження особистості (Собчик Л. Н., 2000).

В дослідженні вивчено особистісні характеристики при ендogenous психозах з епізодичним перебігом в станах ремісії/інтермісії, та встановлено ознаки та нозоспецифічні відмінності постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій у пацієнтів з шизофренією, шизоафективному розладі та афективних розладах. Патоперсоналогічні трансформації характеризуються ознаками різноспрямованих

тенденцій компенсаторного напруження особистісних ресурсів, що підтверджується наявністю декількох помірно підвищених (65–75 Т-балів) показників окремих шкал та одночасним підвищення показників шкал як гіпостенічного (2-а та 7-а шкали) так і гіперстенічного (4-а та 9-а шкали) реєстрів. При шизоафективному розладі такими шкалами є 2-а (65,36±12,28 Т-бали), 4-а (73,23±11,83 Т-бали), 8-а (68,40±12,33 Т-бали) та 9-а (66,05±12,02 Т-бали); при афективних розладах – це 2-а, 4-а та 8-а шкали (67,72±13,96, 67,08±9,53 та 65,90±10,08 Т-балів відповідно); при шизофренії такими шкали є 2-а (72,37±16,80 Т-бали), 4-а (69,47±12,48 Т-бали), 7-а (66,59±15,69 Т-бали) та 8-а (71,73±19,95 Т-бали). Отримані дані можуть бути використані у якості складової системи диференційної діагностики та персоналізованого психотерапевтичного супроводу.

Худавердова Анна Олександрівна
Українська інженерно-педагогічна академія
м. Харків

Кротюк Василь Андрійович
Харківський національний університет
Повітряних Сил імені Івана Кожедуба
м. Харків

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ

Як кажуть в народі “...все нове, це давно забуте старе...”. Але це не зменшує важливості питань вдосконалення, модернізації та інноваційності. Модернізація та вдосконалення питань психологічного супроводу військовослужбовців при веденні бойових дій є актуальним завданням на сучасному етапі підготовки військ. Так, наприклад, важливість оцінки індивідуальної стійкості до стресу відображена в існуванні цілого ряду діагностичних методик, спрямованих на вимірювання ступеня даної властивості або родинних (із змістовної точки зору) конструктів. Крім традиційних методів, спрямованих на оцінку індивідуально-типологічних характеристик як предикторів психологічної

надійності, емоційної стійкості та схильності до розвитку стресу, в останні десятиріччя розроблялися власне психологічні тести для вимірювання цих індивідуальних особливостей. Основою цих методик є аналіз статистичних зв'язків між різноманітними характеристиками військовослужбовця та відповідного середовища його професійної діяльності, а також оптимальними (не оптимальними) результатами його пристосовування.

У зв'язку з вищесказаним, на основі аналізу існуючих способів, методів і прийомів оптимізації рівня психічної стійкості співробітниками кафедри психології та педагогіки, наукової лабораторії "Морально-психологічного забезпечення" Харківського національного університету Повітряних Сил, на замовлення Генерального штабу ЗСУ розроблено спеціальну методику, яка містить у собі:

- методи гетерорегуляції - ідеомоторні тренування (поведінка), моделювання стрес-чинників і відпрацьовування стратегії дій у емоціогенних ситуаціях, переконання (раціональне, непряме), метод відволікання;

- методи авторегуляції - модифікації аутогенного тренування (психорегулююче тренування), нервово-м'язові релаксації, дихальну гімнастику, самоконтроль, індивідуальні формули самонавіювання, спеціальні прийоми логіки (самопереконання, самооцінки).

Мета методики полягає у формуванні оптимального рівня психічної стійкості й подальшому її удосконаленні у військовослужбовців в процесі навчання.

Формуючий вплив на військовослужбовців здійснюється через детермінанти психічної стійкості, що дозволяє домогтися певних змін у її рівні. Для цього формуючий вплив проводиться за такими двома основними напрямками: 1) спрямованим на рівневу структуру з метою підвищення способу регуляції військовослужбовцями свого стану; 2) спрямованим на окремі модальності цієї властивості з метою впливу на компонентну структуру психічної стійкості військовослужбовців.

До завдань методики входить: стабілізація рівня психічної стійкості військовослужбовців на основі розвитку в них необхідних психічних здібностей, умінь і навичок довільної психічної саморегуляції, навчання самостійному творчому

пошукові найбільш ефективних методів корекції і реабілітації емоційних станів.

Дана методика постійно вдосконалюється. Розроблений комплексний автоматизований пункт для роботи психолога, за обладнаною комп'ютерною технікою, та розроблений польовий автоматизований пункт психолога. Дані розробки поступово впроваджуються в процес підготовки військ до ведення бойових дій в зоні ООС.

Шалухан Володимір Павлович

*магістр, Національний фармацевтичний університет
м. Харків*

ВИКОРИСТАННЯ ТРЕНІНГУ У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ У МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ

Професійна культура психолога є однією з найважливіших частин його професійного становлення. Психологія та психологічне консультування стає дедалі популярнішим, тому постійно збільшується кількість людей, котрі мають бажання познайомитися й опанувати це мистецтво. Саме у цьому контексті можна говорити про формування професійної культури у студентів психологів. О.В. Пузікова виявляє такі компоненти професійної культури, як когнітивний, афективний і мотиваційний. Найбільш вдалим методом для формування і підвищення рівня професійної культури у майбутніх психологів є метод психологічного тренінгу.

Саме за допомогою психологічно тренінгу студент психолог максимально оволодіває новими знаннями, отримує нові навички, переглядає власні цінності та пріоритети, коригує, удосконалює й розвиває певні якості та властивості особистості, та допомагає обрати для себе такі форми та методи поведінки, що відповідають саме її світогляду та індивідуальності, що в свою чергу також входить в структуру компоненті професійної культури психолога.

Тренінг складається з трьох обов'язкових етапів:

Вступна частина - знайомство (та/або шерінг), виявлення очікувань, повторення правил;

Основна частина - теоретичний блок, практичний блок та допоміжні вправи;

Заключна частина - підбиття підсумків, зворотній зв'язок за тематикою поточного тренінгу, релаксація, процедура завершення тренінгу.

Підбиваючи підсумки, можна сказати про те, що метод психологічного тренінгу може ефективно бути використаний не тільки для формування і підвищення рівня професійної культури у майбутніх психологів, а також для підвищення професійної культури у практикуючих психологів, психотерапевтів, психологічних консультантів, корекційних педагогів, педагогів, дитячих психологів та коуч-тренерів.

Шахова Елена Григорьевна

*Харьковский национальный университет внутренних дел
г. Харьков*

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Модель психического здоровья, которую использует в своей профессиональной деятельности психолог, является важным ориентиром для оценки психологического состояния клиента и определения стратегии психологической помощи. Традиционный медицинский подход рассматривает психическое здоровье с позиций отсутствия психических нарушений, препятствующих адаптации к социуму (Карвасарский Б.Д., 2002), поэтому его можно назвать «негативным» – определение здоровья с точки зрения отсутствия болезни. Медицинский подход к психическому здоровью не соответствует запросам психологической практики, что делает актуальной разработку концепции «позитивного психического здоровья» в рамках психологического подхода. В основе этой концепции, предложенной психологами в 60-е годы XX века (Г. Олпортом, К. Роджерсом, А. Маслоу и др.), лежит

подход к психическому здоровью не с точки зрения отсутствия нарушений, а с точки зрения наличия критериев здорового функционирования личности, возможности не только адаптироваться к обществу, но и, развиваясь, содействовать его развитию.

В современных психологических концепциях психическое здоровье рассматривают как целостное, системно-структурное образование, имеющее сложное, поуровневое строение. (Б.С. Братусь, 2000, И.В. Дубровина, 2000, В.И. Слободчиков, 2012, О.В. Хухлаева, 2001 и др.). В 1990-е годы в профессиональный лексикон психологов Дубровиной И.В. введено понятие «психологическое здоровье». С точки зрения Дубровиной И.В., основу психического здоровья составляет полноценное развитие высших психических функций, психических процессов и механизмов, а основу психологического здоровья – развитие личностной индивидуальности (Дубровина И.В., 2009, с.19). Психологическое здоровье рассматривается многими авторами как, с одной стороны, важнейшее условие, составляющая, а с другой стороны, наивысший уровень психического здоровья.

Хухлаевой О.В. была предложена структура психологического здоровья, включающая аксиологический, инструментальный и потребностно-мотивационный компоненты (Хухлаева О.В, 2001). *Аксиологический* компонент представлен ценностями собственного «Я» человека и ценностями «Я» других людей. *Инструментальный* компонент предполагает владение рефлексией как средством самопознания.

Потребностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии и умения принимать ответственность за свою жизнь. О.В. Хухлаева также выделила 3 уровня психологического здоровья: креативный, адаптивный и дезадаптивный. К высшему уровню психологического здоровья – креативному – можно отнести людей с устойчивой адаптацией к среде, наличием резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности. Такие люди не нуждаются в психологической помощи. Средний уровень психологического здоровья (адаптивный), характерен для людей, в целом адаптированных к социуму, однако имеющих несколько

повышенную тревожность. Такие люди не имеют запаса прочности психологического здоровья и могут быть включены в групповую работу профилактически-развивающей направленности. Низший уровень психологического здоровья – дезадаптивный – характерен для людей, использующих неконструктивные ригидные поведенческие стереотипы (ассимилятивные или аккомодативные), что является показанием для обращения за психологической помощью.

Выделение компонентов и уровней психологического здоровья в каждом индивидуальном случае позволяет определить следующие возможные задачи психологической помощи: развитие положительного самоотношения и принятия других; развитие рефлексивных умений; формирование потребности в саморазвитии.

Таким образом, представленная выше структурная многоуровневая модель психологического здоровья может служить хорошим ориентиром для практического психолога при и разработке стратегий и содержания психологической помощи.

Шилова Анна Геннадіївна

Комунальний заклад «Харківська гімназія №6 «Маріїнська гімназія»

*Харківської міської ради Харківської області»
м. Харків*

ФОРМУВАННЯ ТА ПІДТРИМКА ЗДОРОВОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО КЛІМАТУ В ШКІЛЬНОМУ КОЛЕКТИВІ

У роботі розглянута проблема психологічного клімату в колективі в умовах Нової української школи та найбільш ефективні способи формування вчителем сприятливого психологічного клімату в початкових класах, які дозволяють покращити і відновити стосунки між учнями. Учніський колектив – могутній засіб формування особистості, але лише тоді, коли клімат в ньому позитивний, безконфліктний. Ось чому вивчення психологічного клімату є дуже важливим, а

вибрана тема *актуальною*. Адже клімат впливає на виховання, гармонійний розвиток особистості учнів, значною мірою зумовлює риси характеру окремих учнів та стосунки в колективі.

Об'єктом вивчення виступає психологічний клімат в колективі.

Оскільки психологічний клімат колективу складається з внутрішніх психічних станів кожного члена колективу, то важливо не пропустити, вчасно помітити зміни цього стану в окремих учнів. Тому *предметом* вивчення виступають особистості учнів та їх взаємовідносини

В статті проводиться аналіз психологічного клімату, та зазначається, що метою виховання є гармонійний розвиток особистості в умовах стабільного психологічного клімату. В основі настрою, як відносно тривалого психологічного стану, лежить позитивна чи негативна емоція.

Отже, автор зазначає, що для створення сприятливого психологічного клімату необхідно шукати ефективні стимули роботи в групах.

Тренінгове заняття: «Будуємо міцну дружбу».

Вправи: «Долоньки», «Вчимося дружити», «Людину можна назвати другом, якщо вона...», «Квітка дружби» і тощо.

Тренінгове заняття: «Дружній клас».

Вправи: «Вчимося діяти разом», «Робота в команді», «Гойдалка на двох», «Разом ми успішні» і тощо.

Тренінгове заняття: «Країна Здоров'я».

Вправи: «Віночок побажань», «Берег сподівань та завершень», «Хочеш бути здоровим – рухайся».

Вивчення наукових джерел і власна практика з дослідження проблеми свідчать про доцільність того, що створення позитивного психоемоційного клімату молодших школярів в умовах Нової української школи здійснюється шляхом гуманно-особистісної моделі освіти дітей молодшого шкільного віку та її упровадження в навчальних закладах.

Отже, колектив стає засобом формування особистості тільки тоді, коли в ньому є позитивний психологічний клімат, адже сприятливий психологічний клімат є запорукою успіху в формуванні гуманних взаємин. Здоровий психологічний клімат,

відсутність конфліктів у колективі – показник його зрілості, результат великої кропіткої роботи класного керівника. Від психологічного клімату залежить навіть більше, ніж кожен з нас уявляє. А психологічний клімат творимо ми всі разом, і кожен зокрема.

Ярошенко Любов Олександрівна

*Комунальний заклад «Богодухівська загальноосвітня
школа і-iii ступенів № 2»
Богодухівської районної ради харківської області
М. Богодухів*

ЕМОЦІЙНА СТАБІЛЬНІСТЬ – ОЗНАКА ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ ВЧИТЕЛЯ

Завдання вчителя – допомогти дітям максимально реалізувати свої здібності й таланти. Саме вчитель має сумлінно виконувати благородну і історичну місію – вчити й виховувати нові покоління громадян України – генофонд української нації. А для цього треба бути здоровими, тобто щоденно піклуватися про здоров'я, наполегливо працювати над собою. Доведено, що навчити дитину може той фахівець, який перебуває у стабільному психічному стані.

Для більш результативної та продуктивної роботи вчитель повинен володіти рядом компетентностей. Одна з них – **психологічна**, здатність особистості до самопізнання, самоконтролю, до ефективного спілкування і взаємодії з іншими людьми, саморозвитку та самореалізації, що допомагає зберегти та відновити власні ресурси.

Існує думка науковців, що близько третини вчителів мають низький рівень професійної компетентності, більше половини – середній і лише 10-15% - високий. Саме ця категорія педагогів здатна до інновацій в освітній галузі. Які ж фактори заважають решті педагогів бути більш компетентними, більш впевненими в своїх можливостях, вірити в свій потенціал?!

Актуальним залишається протиріччя між активним становленням таких понять як соціальна та професійна успішність, креативність мислення і діяльності, адаптивність

поведінки з одного боку, з іншого - тяжіння більшості педагогів до настанов.

Вчитель залишається предметом психологічної науки і педагогічної практики. Завдання, які стоять перед учителем, вимагають адекватного поєднання його психологічних, психофізіологічних та соціально-психологічних якостей, тобто, відповідної психологічної культури.

Є багато прикладів, коли відсутність психологічної культури стає причиною багатьох конфліктів, труднощів в соціальній взаємодії людей. Більшість шкільних проблем обумовлені саме низьким рівнем психологічної культури. Тому одне з головних завдань практичного психолога школи - підвищення психологічної компетентності вчителя.

Суттєвою особливістю педагогічної роботи є те, що вона від початку й до кінця є процесом взаємодії людей.

Специфічним є і результат педагогічної діяльності - людина, що оволоділа певною частиною суспільної культури, здатна до подальшого саморозвитку й виконання певних соціальних ролей у суспільстві.

Враховуючи ці особливості педагогічної діяльності, були розроблені тренінгові заняття, мета яких допомогти педагогам удосконалити риси та вміння, необхідні для їхньої ефективної діяльності, знайти й розкрити свої внутрішні ресурси.

Завдання занять:

- згуртування педагогічного колективу;
- розвиток емоційного інтелекту та комунікативних здібностей;
- розвиток упевненості в собі та в своїх силах;
- запобігання емоційному вигоранню.

Дане тренінгове заняття розроблене для педагогів з метою збереження психічного здоров'я та попередження несприятливого емоційного стану.

Тривалість заняття 1- 1,5 год.

Матеріали: кольорові олівці, папір, запис спокійної музики.

Початок заняття: учасники розповідають про свій внутрішній стан, настрій, діляться своїми очікуваннями стосовно майбутнього заняття.

Вправа "Усмішка по колу".

Час - 5-7 хв.

Мета: створення позитивного настрою.

Учасники, взявшись за руки, усміхаються по черзі один одному.

Вправа "Спілкування в парі"

Час - 10-15 хв.

Мета: дати змогу поспілкуватися з учасниками групи вербальним й невербальними способами спілкування.

Інструкція. Виберіть собі партнера. Виконайте з ним перше з описаних нижче дій. Хвилину через п'ять знайдіть собі нового партнера і виконайте другу дію. Треба зробити мінімум дві вправи.

Вправа "Спина до спини". Сядьте на стілець спиною до спини. Спробуйте поговорити. Через кілька хвилин розверніться обличчям один до одного й поділіться враженнями.

Вправа "Сидячи і стоячи". Один із партнерів стоїть, а інший сидить. Спробуйте поговорити в такому положенні. Через кілька хвилин поміняйтеся місцями, щоб кожен зміг дивитися на іншого і знизу вгору і зверху вниз. Через кілька хвилин поділіться своїми враженнями.

Вправа "Очі в очі". Дивіться в очі вашому партнеру й спілкуйтеся лише поглядом. Через кілька хвилин обговоріть свої враження.

Вправа "Дослідження особистості". Знайшовши чергового партнера, не розмовляйте з ним, а сядьте навпроти й торкніться його обличчя руками. Потім дайте йому зробити те саме. Обміняйтеся своїми враженнями.

Вправа "Малюємо разом"

Час - 15 хв.

Мета: залучити до роботи всю групу. Допомогти дослідити рольові взаємини в групі і вплив членів групи на індивідуальний досвід.

Інструкція. Всі учасники сідають у коло. Перед кожним - кольорові олівці, аркуш паперу.

Починають малювати власний портрет. За сигналом тренера передають свій лист учаснику, що сидить зліва і

отримують розпочатий малюнок від учасника справа. Продовжують так до тих пір, поки не повернуться той малюнок, який розпочали. По закінченні - усвідомити почуття, що виникають при вигляді того, що інші зобразили на "рідному" аркуші. Дається можливість змінити в малюнку все, що хочеться. Можна поділитись своїми враженнями з групою.

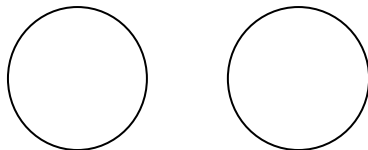
Вправа «Баланс бажаний і реальний»

Мета: визначити, яке місце в житті займає професійна й особиста складова.

Час -10 хв.

Хід вправи

Пропонується намалювати два однакові кола.



Орієнтуючись на внутрішні відчуття, розділити перше коло на сектори, які б відповідали кількості часу, який зараз реально відводиться в житті людини:

- на роботу;
- на сім'ю, хатню роботу;
- лише на себе (відпочинок захоплення).

В іншому колі потрібно відобразите ідеальне співвідношення вказаних секторів для людини.

Обговорення

- Чи є відмінності?
- У чому вони полягають?
- Чому так сталося?
- Що можна зробити, аби наблизити кола одне до одного?
- За рахунок чого?
- Від кого або від чого це залежить?

Вправа "Гірська вершина"

Час -15 хв.

Мета: розслаблення, отримання позитивних емоцій.

Обладнання: повільна музика.

Інструкція.

Очі заплющені, тіло розслаблене, уявіть, що ви стоїте біля підніжжя величезної гори. З усіх боків вас оточують кам'яні титани. Десь у височині, гублячись у хмарах, пливають крижані вершини гір. Як чудово там, на горі! Вам хотілося б опинитися там. І не потрібно діставатися вершини, лізти по небезпечному схилу, тому що ви ... умієте літати. Подивіться вгору: і замість неба чітко видно темний рухомий хрестик. Це орел, що ширяє над скелями... Мить - і ви самі стаєте орлом. Розправивши свої крила, ви легко ловите потоки повітря та вільно шпивете в них... Ви відчуваєте прохолоду й ніжну пружність повітря, що тримає вас у височині. Яке чудесне відчуття вільного польоту, незалежності й сили! Насолоджуйтеся ним...

Крім вершин, подивіться на те, що залишилося там, біля підніжжя гір... Яким дрібним і незначним здається звідси те, що хвилювало! Оцініть, чи варте воно ваших зусиль і переживань? Звідси, з висоти, вам легко побачити шляхи розв'язання питань, що вас мучили... Ви чітко усвідомлюєте потрібні кроки правильних рішень... Тепер погляньте вгору, ще вище, ви бачите небо, всіяне мільярдами зірок...

Світлові потоки висвітлюють простір великого Космосу... Яка краса і велич... Ваші думки розчиняються у цій космічній веселці, ви самі стаєте світлом... Є відчуття, що весь Космос усередині нас, що в ньому - яскраві зірки. Тепер направимо світло нашої думки назад, до Землі... Відчуйте, як кришталево чистий водоспад проходить через тіло, змінюючи його, очищаючи думки та емоції. Тепер нехай усе зміниться в житті, нехай кожна мить стане радісною і щасливою, а навколишній світ стане від цього світлішим і добрішим, тому що ви - частинка його.

Підбиття підсумків заняття

Висловлювання учасників стосовно відчуттів і вражень.

Прощання

Оплески один одному та самим собі.

Можна рекомендувати вправи - налаштування.

Вправа «Ранкові й вечірні налаштування»

Уранці, перед тим як підвестися з ліжка, заведіть правило прочитувати дві формули самонавіювання. Ви можете повторити їх у ліжку перед сном.

«Я людина смілива й упевнена в собі. Я все смію, усе можу й нічого не боюсь» (останню фразу можна повторити кілька разів).

Вправа «Налаштування на роботу»

«Я радісно йду на роботу. Я люблю свою роботу. Вона є для мене вищим змістом мого життя». «Я люблю своїх учнів. Я завжди радію зустрічам з ними. Я завжди відкрита (-тий) до діалогу з моїми учнями».

Педагогіка - це майстерня, а психологія - це інструмент, яким там працюють. Від володіння інструментом залежить наше життя і майбутнє наших вихованців. І від взаємодії психолога та педагогів залежить рівень компетенції кожного спеціаліста.

Наукове видання

**«Сучасні психологічні тенденції підтримки та
відновлення психічного здоров'я особистості:
теорія та практика»**

**Матеріали Міжнародної міждисциплінарної науково-
практичної конференції**

13-14 грудня 2019

Друкується в авторській редакції з оригінал-макетів наданих авторами публікацій з правками редколегії. Відповідальність за зміст матеріалів та достовірність викладених фактів несуть автори публікацій

Відповідальний за випуск – І.М. Соколова
Комп'ютерна верстка – Ю.О. Білоцерківська, А.В. Колчигіна

Підписано до друку 10.12.2019. Формат 64x90/16. Папір офсетний. Друк різнограф. Гарнітура Book Antiqua. Умов. друк. арк. 3,5. Наклад 100 прим. Замовлення № 370. Українська інженерно-педагогічна академія вул. Університетська, 16, Харків, 61003

Надруковано у центрі оперативної поліграфії ТОВ «Рейтинг». Свідоцтво про держ. реєстрацію ю.о. А00 № 507350. 61003, м. Харків, пров. Соляниківський, 4. Тел. (057) 771-00-92, 771-00-96