

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Педагогічний Університет ім. Комісії Національної Освіти в Кракові
Інституту нейропсихотерапії (Відень, Австрія)
Трансільванський університет Брашова (Румунія)
Центр системно-орієнтованого консультування, лікування та психотерапії ZSB (Австрія)
Центр психічного здоров'я Тоом Паргі (Таллін, Естонія)
Коледж Санта-Фе (США)
Вільний університет Брюсселю (Бельгія)
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Національний технічний університет «Дніпровська політехніка»
Криворізький державний педагогічний університет
Регіональне представництво Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини
в Полтавській області
Головне управління Національної поліції в Полтавській області
ГУ ДСНС України у Полтавській області
Управління патрульної поліції в Полтавській області
Центр психічного здоров'я КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги
Полтавської обласної ради»
Благодійна організація «Світло надії»
Гендерний центр Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»



ПРОЯВИ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ НА РІЗНИХ РІВНЯХ СИСТЕМИ: СІМ'Я, ОСВІТА, СУСПІЛЬСТВО ПІД ЧАС ВІЙНИ

**Збірник наукових матеріалів
II Міжнародної науково-практичної конференції**

23-24 травня 2024 року

Полтава – 2024

Синдром Дауна не є перешкодою для соціальної адаптації, але вимагає індивідуалізованого підходу та підтримки з боку родини, школи та суспільства. Ефективні методики соціальної реабілітації, такі як ігрова терапія, музикотерапія та робота з тваринами, сприяють покращенню якості життя дітей з синдромом Дауна та полегшують їх інтеграцію в оточуюче середовище. Важливо створювати умови для розвитку соціальних навичок та незалежності у дітей з синдромом Дауна, щоб забезпечити їм успішну адаптацію у суспільстві та підвищити їхню якість життя.

Список використаних джерел:

1. Алексеенко Т. Ф. Соціалізація особистості: можливості й ризики. Київ, 2007. 153 с.
2. Волкова С. С., Готалевич Є. В. Фізична реабілітація дітей 3-6 років з синдромом Дауна. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. Харків, 2009. №6. С. 2–5.
3. Колосова О. В., Гурал-Пулроле Й. Соціальна адаптація дітей з синдромом Дауна. *Молодий вчений*. 2018. № 5.2 (57.2). С. 49–53.
4. Кононко О. Л. Шкільна адаптація та психологічний вік. *Початкова школа*. 2002. № 1. С. 5–10.
5. Соколова Г. Б. Психологічний супровід школярів із синдромом Дауна : монографія. Чернівці : Букрек, 2018. С. 344.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ У КЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Путій Олександра

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Науковий керівник: доктор філософії, доцент **Хоменко Є. Г.**

Зважаючи на військові події, які є буденними для нашої держави протягом двох років, нажалі, серед основних негативних наслідків є велика кількість поранених військовослужбовців, які перебувають на медичній реабілітації. Первинна медико-хірургічна допомога має дуже важливе значення для відновлення пораненого. За розповідями пацієнтів і членів їхніх родин, лікування в медичному закладі часто сприймалося ними як суттєвий постійний стрес-чинник. У більш складних випадках тривале перебування в лікарні додатково травмує пацієнта. В цьому ракурсі, ми звертаємо увагу на особливості роботи психолога у клінічних закладах, який повинен нормалізувати емоційний стан пацієнта та відновити його психологічне благополуччя. Клінічний психолог повинен враховувати не лише наслідки травматичної події, а й можливі стрес-чинники, які виникають через медичне та хірургічне втручання. Це потрібно для того, щоб запобігти чи звести до мінімуму негативні для психіки пацієнта наслідки та оптимізувати клінічний результат [1, с. 375].

Травматичні ушкодження можуть призвести до короточасних або довготривалих емоційних травм, переважно до гострої реакції на стрес і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Результати досліджень, проведених у WRAMC, показали, що ступінь тяжкості фізичної травми може бути взаємопов'язаний з розвитком депресії і посттравматичного стресового розладу після травмування. Також було документально підтверджено, що в цивільних медичних закладах травматичні ушкодження часто призводять до стресових розладів. Показники виникнення ПТСР після травматичного ушкодження варіюються від 12% до 30%, тим часом як у WRAMC серед поранених військовослужбовців поширеність ПТСР складала 4% за місяць і 12% за 7 місяців опісля поранення. У травмованих пацієнтів можуть виникнути різні психологічні реакції, які протікають незалежно або одночасно із вказаними вище розладами. Крім цього, виявляються інші діагнози включно з афективними, тими, що викликають розлади психіки, тривожним станом або соматоформним розладом, а також ЧМТ. Серед деяких психологічних реакцій автори також спостерігали сепараційну тривогу (страх розлуки), відчуття суму, гніву, люті, страху, фрустрації (розчарування), жалю, сорому, відчаю, розщеплення особистості (дисоціації), амнезію, яка прогресувала, стан самозаперечення і порушення власної цілісності [1, с. 375-376].

Варто звернути увагу, що майже в усіх, хто пережив трагічні події, нетривалий час проявляються один або кілька симптомів, пов'язаних зі стресом. У багатьох випадках вони минають доволі швидко. Проте симптоми, які зберігаються протягом тривалого періоду після травматичної події, збільшують імовірність розвитку ПТСР або інших пов'язаних зі стресом психічних розладів. Корен дійшов висновку, що в поранених солдатів більш ніж у п'ять разів частіше розвивались психічні симптоми, ніж у травмованих пацієнтів. Первинна мета фахівців галузі психічного здоров'я полягає в тому, щоб сприяти лікуванню, вторинна – запобігти виникненню хронічних виснажливих психіатричних симптомів, або мінімізувати їх. Тому для пацієнтів, які потребували стаціонарного лікування чи хірургічного втручання після травми, у WRAMC запровадили нові методи лікування. Служба попередження психічних захворювань WRAMC розробила методику терапевтичної взаємодії, замінивши нею очікування консультацій психотерапевтів, які проводяться безпосередньо перед лікуванням. Вона була створена для того, щоб пацієнт зміг подолати своє упереджене ставлення до консультацій у психіатра. Подолання цієї перешкоди має дуже важливе значення. Адже, як правило, багато пацієнтів применшують свої страждання і не все розповідають про симптоми будь-яких розладів через страх отримати тавро пацієнта психіатрії. (Як було зазначено вище, РМР була створена для усунення упередженого ставлення до охорони психічного здоров'я і психіатрії) [1, с. 378].

Діагностика бойових стресових розладів ґрунтується на інтеграції феноменологічного рівневого підходів з метою своєчасного надання допомоги потерпілим із перед патологічними реакціями бойового стресу з метою

відновлення функціонального резерву й запобігання розвитку психічних порушень.

При локалізації реакцій бойового стресу використовується технічно прості психокорекційні методи відновлення боєздатності.

Психокорекція здійснюється в пунктах психологічної допомоги, які розгортаються поблизу передових рубежів бойових дій й спрямована на подолання емоційної напруги, психотравмуючих вражень, вербалізацію переживань. Потерпілим надається можливість відпочити, прийняти гарячу їжу, висушити обмундирування. Бензодіазепіни можуть застосовуватися в невеликих дозах для забезпечення декількох годин сну й лише в тих випадках, коли інші методи не допомагають [2, с. 61].

Лікування ПТСР передбачає психотерапію, медикаментозне лікування та поєднання цих двох методів. Психотерапія зазвичай дає хороші результати, сприяє подоланню ПТСР у більшості хворих. Деякі пацієнти остерігаються, що психотерапевт почне копирсатися в минулому житті. Насправді фахівець зосереджується лише на травматичному досвіді.

Психотерапією має займатися лише людина з відповідною підготовкою та акредитацією. Сеанси проходять 1-2 рази на тиждень з одним психотерапевтом. Лікування триває 2-3 міс.

Використовують два основних підходи:

1. Когнітивно-поведінкова терапія – це розмовна терапія, що допомагає змінити спосіб мислення, допомагає краще почуватися, змінює поведінку.

2. Метод десенсибілізації і переробки за допомогою рухів очей – така терапія допомагає мозку обробити травматичні спогади.

У тяжких випадках лікар призначає препарати, які зменшують вираженість тривоги, депресії, усувають нічні кошмари. Прийом медикаментів, як правило, поєднується з психотерапією.

На початку лікування багатьох пацієнтів навчають розслаблятися та контролювати відчуття тривоги за допомогою дихальних вправ. Цю методику ефективно використовують ізраїльські фахівці для профілактики та усунення ПТСР.

Основні техніки наступні:

1. Нервово-м'язова релаксація за Е. Джекобсоном.

2. Регуляція дихання за методом Г. Бенсона.

5. «Дихання животом» за системою «цигун».

4. Аутогенне тренування за методом В. Шульца [3].

Отже, робота психологів з військовими, які перебувають у медичних закладах після поранень чи інших уражень, спричинених бойовими діями, має свої специфічні особливості. Відновлення психоемоційного стану військових та пошук ресурсів для подолання душевних травм війни є пріоритетним завданням сучасних практичних психологів [3, с. 48].

Список використаних джерел:

1. Белякова С., Пеценюк О. Психологічні особливості емоційних станів у військових під час фізичної реабілітації. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*. 2023. №11 (41). С. 45–49.
2. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. №. 1. С. 5–16.
3. Науменко Л. Ю., Борисова І. С., Березовський В. М. Питання медико-соціальної реабілітації учасників АТО при посттравматичному стресовому розладі. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2017. №. 17, Вип. 4 (1). С. 239–244.