

Рівненський державний

гуманітарний університет

Студентський дайджест

Збірник наукових матеріалів здобувачів
вищої освіти

№ 3
2021

Рівненський державний гуманітарний університет
Психолого-природничий факультет

Студентський дайджест

збірник наукових матеріалів здобувачів вищої освіти

Випуск 3

Рівне, 2021

СТУДЕНТСЬКИЙ ДАЙДЖЕСТ: збірник наукових матеріалів здобувачів вищої освіти. – Випуск 3. – Рівне: РДГУ, 2021. – 150 с.

Головний редактор:

Павелків Роман Володимирович – доктор психологічних наук, професор, перший проректор, завідувач кафедри вікової та педагогічної психології Рівненського державного гуманітарного університету.

Виконавчий редактор:

Корчакова Наталія Вікторівна – доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри вікової та педагогічної психології Рівненського державного гуманітарного університету.

Члени редакційної колегії

Немеш Олена Миколаївна – доктор психологічних наук, професор, в.о.ректора Рівненського державного гуманітарного університету.

Павелків Віталій Романович – доктор психологічних наук, професор, декан психолого-природничого факультету Рівненського державного гуманітарного університету.

Безлюдна Валентина Іванівна – кандидат педагогічних наук, доцент, професор кафедри вікової та педагогічної психології Рівненського державного гуманітарного університету.

Юрчук Олексій Іванович – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки і психології (дошкільної та корекційної) імені проф. Поніманської Т. І Рівненського державного гуманітарного університету

*Друкується за рішенням Вченої Ради РДГУ
(протокол № 5 від 27 травня 2021 р.)*

За достовірність фактів, дат, назв тощо відповідальність несуть автори матеріалів.

4. Сизко Г. І., Психологічні бар'єри при взаємодії з людьми з особливими потребами: причини та шляхи їх подолання // [посилання на інтернет ресурс: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v14/i1/28.pdf>]

УДК 159.9

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Нечаєва Руслана, здобувач ОС «бакалавр»

Спеціальності 053 «Психологія», 4 курс, РДГУ

Керівник: Бабак К.В., канд. психол. наук, доцент

У сучасних умовах, коли локальні війни, техногенні катастрофи, протиправні дії невідступно супроводжують наше життя, проблема психічних розладів, викликаних екстремальними ситуаціями, стає першочерговою в психології та психіатрії. Об'єктом пильної уваги вчених є посттравматичні стресові розлади. Вітчизняні (А. Н. Краснянський, 1993; В. Я. Євтушенко з співавт. 1995; Н. І. Мягких, 1997; А. О. Бухановський, К. Ю. Галкін, 2001; Е. М. Волкова з співавт. 2003; Е. М. Єпанчінцева з співавт. 2003; Ц. П. Короленка з співавт. 2003; В. А. Рудницький, 2003) і зарубіжні (F. Armfield, 1994; С. Margalit et al., 1994; MSBaker, F. Armfield, 1996; JD Bremner et al., 1997; RA Bryant, 1997; EB Foa et al., 1997; SM Southwick et al., 1997; EB Blanchard et al., 1997; L. Katz et al., 1997) літературні джерела висвітлюють широке коло досліджень за поширеністю, етіологією, патогенезом, клініко-динамічними особливостями, терапією посттравматичних стресових розладів. Разом з тим, багато розділів цієї важливої проблеми сучасності далекі від вирішення.

Мета дослідження – проаналізувати психологічні особливості протікання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які пережили психотравмуючі фактори, провести дослідження психологічних особливостей колишніх військовослужбовців, учасників бойових дій, виявити у них рівень прояву посттравматичного стресового розладу.

Виклад основного матеріалу дослідження

Прояви постстресових переживань у осіб, які опинилися в екстремальних умовах, дуже специфічні. Війна, з точки зору екстремальних умов, сприяє виникненню психогенії, об'єднуючи по суті психотравмуючі фактори, властиві майже всім стихійним лихам і катастрофам [3, с. 31].

Журналістські терміни, які засоби масової інформації озвучують як «в'єтнамський», «афганський», «чеченський» синдром, в медичній науці отримали назву ПТСР (посттравматичний стресовий розлад).

У 1995 році це поняття було внесено в 10-у редакцію Міжнародного класифікатора хвороб (МКБ-10) [6, с. 112]. Саме ж медичне поняття сформувалося до 1980 року.

У тому ж році воно увійшло до DSM-III – американського класифікаційного психіатричного стандарту. DSM-I включала діагноз важкої реакції на стрес, який був виключений з DSM-II. Повернення діагнозу в DSM-III було результатом його наявності у ветеранів В'єтнамської війни [9, с. 47].

За визначенням МКБ-10, ПТСР називається «відставлена і / або затяжна реакція на стресову подію (короткочасну або затяжну) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка, в принципі, може викликати дистрес практично у будь-якої людини». Це означає, що сам по собі ПТСР – широка категорія, яка включила величезний масив даних, пов'язаних з психологічними наслідками стресу, викликаного:

- будь-якими екстремальними факторами: від стихійних лих, техногенних катастроф до найрізноманітніших форм насильства (від сексуального до психологічного);
- смертельними і невиліковними захворюваннями;
- ті, що з'явилися в результаті ув'язнення, конфлікту на національному рівні;

- бойовими діями.

ПТСР нерідко йде поруч з різноманітними психічними розладами: тривожними неврозами, депресіями, суїцидальними схильностями, алкогольними та наркозалежними, психопатичними розладами, психосоматичними захворюваннями (наприклад, серцево-судинними) [5, с. 103].

Основні симптоми ПТСР:

Симптоми повторного переживання:

- повторювані нав'язливі негативні спогади про подію;
- повторювані негативні сни, що нагадують про подію;
- раптові вчинки і відчуття через раптовий «провал» в психотравмуючу подію;
- значний психологічний стрес при події, що нагадує або символізує травму.

Симптоми уникнення:

- уникнення всього, що пов'язує із подією;
- неможливість пригадування деталей психотравмуючої ситуації;
- зниження інтересу до діяльності, що раніше викликала у людини великий інтерес;
- почуття відстороненості, відчуження від інших людей;

Симптоми підвищеної збудливості:

- труднощі засинання, безсоння;
- дратівливість;
- гіпернастороженість;
- вибухові реакції;
- труднощі при концентрації уваги;
- фізіологічні реакції на події, що символізують або нагадують травму.

Розлад розвивається протягом 1-6 міс. після травми. 30% хворих одужують, у 60% відзначають поліпшення, в 10% випадків стан не змінюється або погіршується [10, с. 132].

Дані сучасної науки дозволяють стверджувати: згідно із різними джерелами від 20 до 70% учасників бойових дій і військовослужбовців стають жертвами серйозних психічних порушень [7, с. 15]. Ці психічні порушення часто виникають як наслідок травми, але нерідко присутні спочатку, будучи основою для формування ПТСР.

Перші дослідження про переживання військового стресу з'явилися в США за часи Громадянської війни (1861 – 1865). В Україні (що на той час була у складі Радянського Союзу) цією проблемою фахівці стали займатися в Першу світову і Громадянську війни. У роки Першої світової війни цей синдром називали «шоком від снарядів», і було висловлено припущення про те, що він спостерігається в результаті травми, що наноситься вибухами снарядів. Багато авторів вводили свою термінологію щодо поняття військовий невроз. ПТСР називали: «солдатське серце», «тривожний невроз», «синдром Да Коста», «тривожне серце», «травматичний невроз» [2, с. 81].

До Першої світової війни вважалося, що такого роду симптоми є наслідками поганой дисципліни і низького рівня моральної загартованості, або ж фізіологічних порушень. Згодом перший варіант був відкинтий, на відміну від гіпотези про проблеми на фоні порушень головного мозку. Саме це питання розглядалося багатьма науковцями і досліджується і донині.

Після повернення солдатів, що воювали у В'єтнамі, американське суспільство зіткнулося з масою проблем в учасників в'єтнамської війни. Про це говорить статистика: число самогубств серед учасників в'єтнамської війни до 1975 року перевищило число загиблих в самій війні в три рази. Рівень розлучень серед них становить близько 90%. Третина всіх ув'язнених в американських тюрмах – ветерани В'єтнаму. Алкоголізм, наркоманія, професійні та соціальні конфлікти – всі форми дезадаптації спостерігалися серед тих, хто пройшов пекло війни. Близько у п'ятої частини військовослужбовців, які воювали у В'єтнамі, спостерігаються симптоми ПТСР [9, с. 32].

Ситуація, яка виникає по всьому світу, у тому числі і в Україні, дала порух для науковців зайнятися вивченням психологічних наслідків, які з'являються в результаті

знаходження людини в психотравмуючих ситуаціях [1, с. 7]. Додаткового стимулу науковцям для дослідження проблеми ПТСР у військовослужбовців надали такі катастрофи як: аварія на Чорнобильській АЕС, землетрус у Вірменії, АТО на Сході України [2, с. 73].

Уже в ранніх роботах зазначалося, що стрес, який отримують військовослужбовці, є хронічним і деструктивним у плинні часу. Це підтверджується даними сучасної науки. Науковці відзначають, що у частини осіб з наслідками військової травматизації симптоми ПТСР з віком збільшуються. Психотравмуючі впливи в умовах війни мають не тільки психічну, а й соматичну сторону впливу. Страх, викликаний бойовою обстановкою, пригнічується ціною великого нервового напруження. Досягнута рівновага порушується додатковим впливом, як правило, соматичного характеру [2, с. 68].

Психоемоційний стан військовослужбовців, які мають виражені ознаки ПТСР, несприятливий. Виявлено зниження автономності, зосередженість на власних проблемах, схильність до рефлексії, характерне порушення балансу особистісних рис, переважання тону парасимпатичної нервової системи. Знижено працездатність, самопочуття, активність і настрої, виражено наявність стресового стану.

Психоемоційний стан військовослужбовці, які не мають ознак ПТСР, сприятливий. Спостерігається ексцентричність, баланс особистісних властивостей і вегетативної нервової системи, мінімальні ознаки перенесеного стресу, сприятливе самопочуття, позитивний настрої, висока активність.

Порушення вегетативної нервової системи. Призначення вегетативної системи зручніше розділити на дві складові. Перша (понадтрадиційна) зводиться до підтримки сталості гомеостазу. Другим і, зазвичай, менш обговорюваним аспектом є забезпечення вегетативною нервовою системою різних форм психічної та фізичної діяльності.

У період напруженої діяльності відбувається суттєва мобілізація енергетичних ресурсів, кардіо, дихальної та інших систем. У стані стресу вегетативні реакції проявляються в зміні температури, потовиділенні, дихальній ритміці. Якщо емоція – сигнал до дії, то вегетативні зміни забезпечують цю дію енергетично. Будь-яке емоційне збудження обов'язково містить в собі неспецифічні (вегетативна реакція) і специфічні (інтерпретація індивідом вегетативних зрушень і ситуації, що склалася в цілому) компоненти. Отже, стрес – це природна відповідь організму. Людина не може уникнути зустрічі зі стрес-фактором. [4, с. 100].

Поява агресії внаслідок страху. Рівень агресії при ПТСР різко підвищується внаслідок паранояльних реакцій і параноїдальної поведінки, пов'язаної з постійною гіперпостережливістю і підозрілістю. Параноїдна поведінка в свою чергу виникає внаслідок перенесення способів поведінки, які були природні і адекватні в бойовій ситуації, в мирне життя. В результаті складається світовідчуття і, свого роду, світогляд, який задає постійний пошук ворогів і осмислює людей і світ як небезпечний і загрозливий. Тоді людина втрачає здатність гнучко реагувати на зміни навколишнього середовища [3, с. 28].

Перебування в стані постійної гіпернапруги провокує проблеми у навчанні, засвоєнні будь-якої нової інформації, освоєнні будь-яких нових навичок, і веде до втрати раніше придбаних професійних умінь. Причиною цього є потужні депресивні кореляти. Депресія – один з базових симптомів ПТСР. Алкоголізм виявляється спробою впоратися з депресією, однак він провокує втрату колишніх професійних навичок. В результаті депресії і алкоголізму пропадає не тільки інтерес до сфер, які раніше мали неабияке значення, але не виникає залученості і в повсякденне життя.

При афективних розладах настрою депресивні висловлювання, які свідчать про занижену самооцінку, похмуре бачення майбутнього, ідеї винуватості і приниження тісно пов'язані зі змістом подій перенесеного бойового стресу. Ускладнення проявів депресії відбувається в результаті приєднання до ідей феномена «реперезивань» – нав'язливих спогадів і уявлень найбільш важких епізодів бойових операцій, формування суїцидальних тенденцій, що випливають з переживань, фабульно пов'язаних з психотравмуючими обставинами.

«Репереживання» погіршують соціальну адаптацію в цілому. Людина, позбавлена справжнього, позбавляється і майбутнього. У військовослужбовців проявляється зникнення очікувань, а відповідно зникає і перспектива у кар'єрі та особистому житті. Зрештою, може виникнути небажання жити. Наслідком стає поступове звуження афекту, пригнічується емоційне життя. Військовослужбовці відчувають, що не можуть проявляти любов, глибокі переживання, не здатні до співчуття, з'являються складнощі у спілкуванні із близькими, друзями. І все це на тлі спалахів неконтрольованого гніву, дратівливості, накатів найсильнішого страху, гострого переживання безпорадності, нічних кошмарів, безсоння.

У разі, якщо до військовослужбовця не застосовано профілактичні заходи, можливі наслідки не тільки соціально-психологічного, а й психосоматичного плану. Загальний стан здоров'я при цьому часто супроводжується слабкістю, запамороченням, зниженням працездатності, головним болем, болями в області серця, сексуальними розладами, порушеннями сну, фобічними реакціями і т.д. [8, с. 14].

На підтвердження вище вказаного, нами було проведено дослідження психологічних особливостей колишніх військовослужбовців, учасників бойових дій на території Донецької області України в період з 2014 по 2016 рр.

Ми припускаємо, що психологічні особливості учасників бойових дій розрізняються залежно від ступеня активності їх в спецопераціях. При відсутності надання психосоціальної допомоги у колишніх військовослужбовців може розвиватися ПТСР, а з віком виявляються депресивні і агресивні, в тому числі аутоагресивні реакції.

Під час вивчення цієї проблеми було застосовано такі психодіагностичні методики: опитувальник «Міні-мульти» в адаптації Ф. Березіна і М. Мірошнікова; опитувальник травматичного стресу (автор І. Котенев), тест Шкала самооцінки, розроблена Ч. Спілбергом та адаптована Ю. Ханіним.

Вибіркову сукупність склали 32 військовослужбовці, що проходили службу «за контрактом» терміном 1,5-2 роки в Донецькій області, а саме брали участь в АТО, української національності (1 група) і військовослужбовці-строковики, які не служили в гарячих точках (2 група). Середній вік обстежених склав в 1 групі – 35,2 роки, у 2 групі – 34,6 роки.

Аналіз результатів дослідження за допомогою опитувальника «Міні-мульти» виявив такі особливості військовослужбовців. У обстежуваних обох груп відзначалося відносно підвищення за загальним профілем шкал «іпохондрії», «психастенії» і «шизоїдності», що вказувало на наявність скарг на соматичні дисфункції, підвищену тривожність і наявність страхів, побоювань, а також замкнутість і відгородженість від оточуючих.

У військовослужбовців - контрактників 1 групи була конфігурація «невротичної тріади» у вигляді «конверсії V», з урахуванням низьких значень за шкалою 2 і відносно високих за шкалами 1 і 3, що дозволяє припустити про можливу наявність у них конверсійних скарг, коли психологічні проблеми трансформуються в соматичні нездужання або посттравматичні стресові розлади (ПТСР). Обстежувані 1 групи в порівнянні з 2 мали більш високі шкали «іпохондрії», «істерії» і більш низькі показники за шкалою «депресії», що говорить про більшу фіксацію на тілесних відчуттях і кількості соматичних скарг у військовослужбовців - контрактників 1 групи.

Аналіз результатів тесту Міні-мульти виявив наявність серед військовослужбовців-контрактників двох кластерів. Кластер 1 (15,6%), характеризувався більш вираженою іпохондричністю, істероїдністю, паранояльністю, а також менш вираженою психастенією, тобто даних військовослужбовців можна охарактеризувати, як таких, що мають невиражені невротичні прояви. Для військовослужбовців, які включені в кластер 2 (84,4%), були властиві менші значення за шкалами невротичної тріади, однак підвищені за шкалою психастенії, тобто цих солдатів можна описати як схильних до тривоги і побоювань.

Виходячи з цього, можна сказати, що невротичні прояви в цілому були не дуже властиві військовослужбовцям-контрактникам, про що свідчить відсутність підвищення шкал вище 70 Т-балів, проте в загальному профілі більшості все ж присутнє підвищення за

шкалами іпохондрії і психастенії. Для респондентів 1 групи, до складу якої входить більша частина обстежуваних (76,9%), характерним є підвищення по шкалах іпохондрії, психастенії і шизоїдності, а 2 (23,2%) – більш низькі значення за шкалами іпохондрії, істерії, паранояльності, психастенії, шизоїдності і гіпоманії. Таким чином, більшості військовослужбовців характерна схильність до фіксації на тілесних відчуттях, підвищена тривожність і замкнутість, відгородженість.

У військовослужбовців 1 групи були кореляційні взаємозв'язки віку зі шкалами іпохондрії ($r > 0,7$), депресії ($r > 0,6$), психопатії і шизоїдності ($r > 0,7$), які говорять про те, що з віком у військовослужбовців - контрактників збільшувалася іпохондричність і шизоїдність, що пов'язано з об'єктивним погіршенням стану здоров'я і більшою відгородженістю, а також з тим, що для осіб молодого віку були більш властиві депресивні і агресивні реакції. Можна відзначити, що у військовослужбовців 1 групи була велика ймовірність формування ПТСР, психосоматичних порушень і тривожних розладів, а у респондентів 2 групи – депресивних і тривожних порушень. Одним з показників, який оцінює постстресові психічні стани, може служити тривожність. Показники ситуативної тривожності в 1 і 2 групах військовослужбовців перебували на середньому рівні значущості, котра говорить про помірну тривожність.

Проведений аналіз результатів по тесту «Опитувальник травматичного стресу» виявив наступне. За шкалою «А» (ПТСР), що вказує на переживання події психічної травми, у військовослужбовців 1 і 2 груп відсутні виражені травматичні переживання на момент обстеження. Це може пояснюватися тим фактом, що військовослужбовці - контрактники були психологічно підготовлені до роботи і мали життєвий досвід роботи. А військовослужбовці строкової служби не сприймали ситуації, пов'язані зі службою, як екстремальні. Порівняльний аналіз значень за шкалою «D» («симптоми гіперактивності») показав, що контрактники частіше, ніж прості військовослужбовці, проявляли дратівливість, запальність, а іноді і неадекватну вербальну і фізичну агресію; частіше ставали учасниками різних ексцесів.

За шкалою «F» («дистрес і дезадаптація») і «C» («симптоми уникнення») в обох групах спостерігався середній рівень вираженості показників.

Аналіз результатів по субшкалах «гострих стресових розладів» (ГСР) виявив деякі відмінності між учасниками бойових дій і військовослужбовців - строковиків. Так, за шкалою «а» («подія травми») спостерігалися низькі значення в обох групах. За шкалою «b» («дисоціативні симптоми») у респондентів групи 2 в порівнянні з групою 1 відзначалися більш високі значення, що дозволяє говорити про наявність окремих симптомів ГСР, пов'язаних з тим, що простим військовослужбовцям було властиво деяке «притуплення» емоційного реагування на екстраординарні стресові ситуації. По фактору «f» («дистрес і дезадаптація») у респондентів 1 групи спостерігалися дещо вищі показники, що дозволяє говорити про наявність окремих симптомів дезадаптації. При цьому контрактники вважали за краще «зняти напругу» споживанням алкогольних напоїв, що, швидше за все, було результатом виробленого раніше стереотипу поведінки.

Висновки. Таким чином, у військовослужбовців 1 групи є велика ймовірність формування ПТСР, психосоматичних порушень і тривожних розладів, а у респондентів 2 групи – депресивних і тривожних порушень. Окремі симптоми ПТСР спостерігалися у 2/5 контрактників, у простих військовослужбовців в дещо меншому числі випадків (1/4). Число обстежуваних 1 групи, які мають високий рівень особистісної тривожності, було вище, ніж серед 2 групи. У контрактників і простих військовослужбовців спостерігалася наявність внутрішньоособистісних переживань, в той же час у респондентів 2 групи спостерігався деякий соціальний песимізм, а в 1 групі – навпаки, оптимізм і підвищений афект. Виявлені особливості психосоціального здоров'я військовослужбовців підтверджують наявність у них ПТСР і необхідність їх комплексної психосоціальної реабілітації.

Список використаних джерел

1. Андерсен Б., Старк Ф. М., Гросс Я. Социальный стресс, личность и экотравмирующие переживания: эмпирическое исследование ближайших реакций на Чернобыльскую аварию в Гамбурге // Социальная и клиническая психиатрия, 1995. Т. 8, №2. – С. 6-14.
2. Аствацатуров М. И. Душевные болезни в связи с условиями военной службы. Статистические данные о душевных заболеваниях в различных армиях // Воен.-мед. журн., 1912. – С. 68-88.
3. Джишкариани М. Д. Травматический стресс у выживших на войне // Социальная и клиническая психиатрия, 2000. Т. 10, №4. – С. 28-31 .
4. Знаков В. В. Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении // Психол. журн., 1990. Т. 4. – С. 99-108.
5. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. – М. : «Шанс», 1997. – 146 с.
6. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) : Классификация психических и поведенческих расстройств / Под.ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб.: «АДИС», 1994. – 178 с.
7. Напреенко А. К., Логановский К. Н. Система психиатрической помощи при радиоэкологических катастрофах и локальных войнах // Журнал психиатрии и медицинской психологии, 2000. № 1. – С. 14-18.
8. Основные типы психической дезадаптации у бывших воинов-интернационалистов. Психологическая диагностика и психотерапия : методические рекомендации / Карвасарский Б. Д., Алексеева Д. А., Ташлыков В. А. и др. – Л., 1990. – 18 с.
9. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 3, revised. – Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.

УДК 159.922.73:[159.923:17.022.1]

ФОРМУВАННЯ ГУМАНІСТИЧНИХ ЦІННОСТЕЙ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В ОСВІТНЬО-ВИХОВНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Нікішина Дарина, здобувач ОС «бакалавр»

спеціальності 053 «Психологія. Практична психологія», II курс, РДГУ

Керівник: Кулаков Р.С., канд. психол. наук, доцент

Постановка проблеми. Процес становлення сучасного суспільства потребує розвитку національної системи виховання, в основу якої будуть покладені провідні принципи демократизації та гуманізму. Очевидно, що ініціативним суспільним об'єктом має бути людина з великим рівнем свідомості, творчої завзятості, надійності, яка керується у своїй діяльності і поведінці гуманістичними цінностями. Зміст початкової освіти складає основу всебічного розвитку учнів, формування в них мислення, пізнавальних інтересів, оволодіння навичками здобувати знання. В цей період у молодших школярів швидко формуються соціальні, моральні, інтелектуальні якості. В початковій школі учні опановують основними знаннями щодо правил поведінки у соціумі через викладання навчальних дисциплін. Саме у цей період закладається усвідомлення гуманістичних цінностей, що стануть підґрунтям їхньої вдалої соціалізації.

Мета повідомлення – здійснити теоретичний аналіз основних умов та шляхів формування гуманістичних цінностей у дітей молодшого шкільного віку в умовах освітнього процесу.

Виклад основного матеріалу. До проблеми виховання гуманістичних цінностей з позиції філософії, соціології звертаються В. Андрущенко, Л. Баєва, М. Горлач, Л. Панченко; з позиції психології – М. Боришевський, Л. Виготський, А. Здравомислов, І. Кон, О. Леонтєв, І. Маноха, М. Рокіч та інші, які розглядають процеси перетворення

З М І С Т

АПОСТОЛ М. ВЗАЄМОДІЯ ПСИХОЛОГА ЗАКЛАДУ ОСВІТИ З БАТЬКАМИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ.....	5
БАБАК А. ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ДИТИНИ ДО НАВЧАННЯ.....	8
БЕНДЮГ В. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ ПОДРУЖЖЯ В КОНФЛІКТІ.....	10
БЕНДЮГ В. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТУ НА ПОВЕДІНКУ ПОДРУЖЖЯ В КОНФЛІКТІ.....	13
БІЛЬ Ю. ЧИННИКИ АГРЕСИВНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ.....	15
БОРТНІК М. ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПРОЯВІВ ІНФАНТИЛІЗМУ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ.....	17
ВАЛАГА О. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ Я-ОБРАЗУ В РАНЬОМУ ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ.....	20
ГРЕБІНЕВИЧ М. ВПЛИВ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ НА ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ.....	21
ГУЗЕЙ А. ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ МОЛОДОГО ФАХІВЦЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ.....	24
ГУРИНЧУК А. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ЛІДЕРСТВА В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ.....	28
ДАНИЛЯК К. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФЕНОМЕНУ СТРАХУ У СУЧАСНІЙ НАУЦІ.....	30
ДВОРАК Д. ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА БУЛІНГУ У ШКІЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	32
ДЕМ'ЯНЮК В. ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ СИСТЕМИ ОСВІТИ ДО УМОВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	35
ДЕРЕЛО І. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОПРЕЗЕНТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-ЖІНОК.....	39
ДЖЕДЖЕРА О. ВПЛИВ СТРЕСУ НА ПЕРЕЖИВАННЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	41
ДЗЬОБА Ю. ПРИЧИНИ ТА ПРОЯВИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПІДЛІТКІВ.....	43
ЄФІМОВА М. МПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ З ПРОФІЛАКТИКИ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ.....	45
КИЛИМЧУК І. РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ У ФОРМУВАННІ В УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ.....	49
КОБЕЦЬ Д. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ.....	52
КОВАЛЕЦЬ А. УЯВЛЕННЯ ЮНАЦТВА ПРО МАЙБУТНЬОГО ШЛЮБНОГО ПАРТНЕРА.....	55
КОВАЛЬЧУК Х. ОСОБЛИВОСТІ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ СТУДЕНТІВ.....	57
КОЗЕНЮК М. ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТІСНОЇ ГОТОВНОСТІ СТАРШОКЛАСНИКІВ ДО ВИБОРУ ПРОФЕСІЇ.....	58
КОНОНЧУК А. ЗДАТНІСТЬ ДО ЕМПАТІЇ ЯК СКЛАДОВА ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ПСИХОЛОГА ЗАКЛАДУ ОСВІТИ.....	62
КОСТЮКОВИЧ І. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ САМООЦІНКИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	65
КУЛАКЕВИЧ П. БАТЬКІВСТВО ТА МАТЕРИНСТВО ЯК СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН.....	69
ЛАТА І. ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ «ВИГНАНЦЯ» В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	72

МАРТЮЧЕНКО К. ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ОСОБИСТОСТІ.....	74
МАРЧУК К. ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИЧИН БУЛІНГУ В НАВЧАЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	77
МЕЛЬНИК Т. ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ У ПІДЛІТКІВ.....	78
МИСЬКО Є. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ СТАРШОКЛАСНИКІВ.....	81
МИХАЙЛОВА Т. ШЛЯХИ ЗАПОБІГАННЯ ТА КОНСТРУКТИВНОГО РОЗВ'ЯЗАННЯ КОНФЛІКТІВ У ПІДЛІТКОВИХ КОЛЕКТИВАХ.....	83
МОВЧКО О. ПСИХОЛОГІЧНІ БАР'ЄРИ ПСИХОЛОГА ЗАКЛАДУ ОСВІТИ У ВЗАЄМОДІЇ ІЗ ПЕДАГОГІЧНИМ КОЛЕКТИВОМ.....	86
НЕЧАЄВА Р. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	89
НІКШИНА Д. ФОРМУВАННЯ ГУМАНІСТИЧНИХ ЦІННОСТЕЙ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В ОСВІТНЬО-ВИХОВНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ.....	94
ОЛЕКСІЙЧУК З. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ МУЗИКИ НА ЕМОЦІЙНІ СТАНИ ШКОЛЯРІВ.....	97
ОМЕЛЬЧУК О. ТРАНСФОРМАЦІЯ КОНЦЕПТУ Я-ПСИХОЛОГ У СТРУКТУРІ САМОСВІДОМОСТІ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	101
ПИЛИШОК Т. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МОТИВАЦІЇ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ.....	104
ПИСЬМЕННА В. ОСОБЛИВОСТІ САМОСТАВЛЕННЯ У НЕЗАДОВОЛЕНИХ ВЛАСНОЮ ЗОВНІШНІСТЮ ДІВЧАТ.....	105
ПОДЕЙКО Л. РОЗВИТОК ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ.....	109
РАБОВИЧ І. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПРОЯВІВ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ.....	111
РАБОВИЧ І. ПСИХОЛОГІЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ У КОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З ПІДЛІТКАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПРОЯВИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	113
РОМАНОВИЧ І. ПОПЕРЕДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ НАХИЛІВ СЕРЕД СТАРШОКЛАСНИКІВ.....	116
РОМАНЮК В. ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РОЗВИТКОМ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПІДЛІТКІВ І ЇХ СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ В ГРУПІ.....	120
СОСОНЮК О. РОБОТА ПСИХОЛОГА ЗАКЛАДУ ОСВІТИ ЩОДО РОЗВИТКУ ЕМПАТІЇ У ПІДЛІТКІВ.....	122
СТУПНИЦЬКА А., КОНОНЧУК А. ДОВІРА ЯК ОСНОВНА ФОНОВА ПЕРЕДУМОВА ВЗАЄМОДІЇ ВИКЛАДАЧА ТА СТУДЕНТІВ.....	125
СИРОТЮК А. ДЕПРЕСІЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	129
ТКАЧ О. ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯВИЩА СОЦІАЛЬНОГО ВИГНАННІ В НАВЧАЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	135
ЧЕРНИЖ Я. ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ПІДЛІТКІВ З ДЕВІАНТНОЮ ПОВЕДІНКОЮ.....	137
ЧИЧУК Ю. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ СТУДЕНТСЬКОМУ ВІЦІ.....	140
ЧОРНОУС Я. ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ НА НАВЧАЛЬНУ УСПІШНІСТЬ УЧНІВ....	142
ШЕПЕЛЬЧУК І. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ 6-7 РОКІВ ДО УМОВ НУШ.....	144