МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

«КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я»

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції

23 квітня 2026 року

Харків – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

«КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я»

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції

23 квітня 2026 року

Харків
ХНМУ
2026

УДК 159.9:616.89

Редакційна колегія:

М'ясоєдов В. В. – голова, ректор Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професор, заслужений діяч науки і техніки України;

Савєльєва Н. М. – перший проректор з науково-педагогічної роботи Харківського національного медичного університету, д. мед. н., професор;

Кривошапка О. В. – проректор з науково-педагогічної роботи Харківського національного медичного університету, к.мед.н., доцент;

Наконечна О. А. – проректор з наукової роботи Харківського національного медичного університету, д. мед. наук, професор;

Кадикова О. І. – декан І медичного факультету Харківського національного медичного університету, д. мед. наук, професор;

Абасалієва О. М. – в.о.зав кафедри загальної та клінічної психології Харківського національного медичного університету, к. психол. н.;

Соколова І. М. – професор кафедри загальної та клінічної психології Харківського національного медичного університету, д. психол. н.;

Забєліна О. С. – викладач кафедри загальної та клінічної психології Харківського національного медичного університету.

Клінічна психологія та психічне здоров'я: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (Харків, 23 квітня 2026 р.). Харків : Харківський національний медичний університет, 2026. 116 с.

У збірнику представлено матеріали науковців, практичних психологів, викладачів, здобувачів вищої освіти та фахівців у сфері психічного здоров'я з різних регіонів України. Доповіді присвячено актуальним проблемам клінічної психології, психічного здоров'я, психотерапії, психологічної реабілітації, кризової та травмофокусованої допомоги, психосоціальної підтримки в умовах війни, а також сучасним підходам до професійної підготовки фахівців психологічного профілю.

Наукове видання рекомендовано науково-педагогічним працівникам, психологам-практикам, психотерапевтам, докторантам, аспірантам, магістрантам, здобувачам вищої освіти та всім, хто цікавиться сучасними проблемами клінічної психології та збереження психічного здоров'я.

Автори публікацій несуть відповідальність за дотримання авторського права, точність цитування, достовірність наведених фактологічних даних, а також за граматичні й стилістичні помилки.

УДК 159.9:616.89

ЗМІСТ

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВЕТЕРАНАМ І ЇХНІМ СІМ'ЯМ У КЛІНІЧНОМУ ТА СОЦІАЛЬНОМУ ВИМІРАХ *Абасалієва О. М.*	9
ОСТЕОПАТИЧНІ ТЕХНІКИ ЯК СКЛАДОВА РОЗВИТКОВОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З РАС *Абасалієва О.М., Кузьменко Т.А.*	11
КОГНІТИВНА РИГІДНІСТЬ ЯК ФАКТОР ВРАЗЛИВОСТІ ТА РЕСУРС РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ОСОБИСТОСТІ *Абасалієва О.М., Панасюк К.К.*	12
ТІЛЕСНО ОРІЄНТОВАНІ ПІДХОДИ У РОБОТІ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ *Абасалієва О. М., Соколова І. М.*	13
РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СУЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ І МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ДОПОМОГА *Абасалієва О. М., Чернова В. К., Забєліна О. С.*	14
ІНТЕГРАЦІЯ АРТ-ТЕРАПІЇ У ВИРІШЕННЯ АКТУАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ПСИХОЛОГІЇ: ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МОЛОДІ *Бєляєва Н.Є., Агаєва С.М.*	16
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТРИВОЖНОСТІ ТА НЕВИЗНАЧЕНОСТІ, ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ АСПЕКТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ *Бєляєва Н.Є., Шопіна О.А.*	17
СОЦІАЛЬНІ СТЕРЕОТИПИ ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ МОЛОДІ *Бєляєва Н.Є., Андерс В.М.*	18
ЛІДЕРСЬКІ ЯКОСТІ СТУДЕНТІВ КРІЗЬ ПРИЗМУ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ *Бєляєва Н.Є., Величко Т.П.*	19
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОЦІНКИ ПЕРСОНАЛУ ЯК КЛЮЧОВА АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ *Бєляєва Н.Є., Козак О.В.*	20
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАДІЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ГОРЯ ТА АДАПТАЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ ОСОБИСТОСТІ *Бєляєва Н.Є., Курдюмова Д.Р.*	21
ПЕРВИННІ ПРОЯВИ ТА ДИНАМІКА РОЗВИТКУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ *Богдан Ж.Б., Лебеденко Д.Н.*	22
СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ У КОНТЕКСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВАЛОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ *Борейко Ю.Г., Власюк А.В.*	23
ОБМЕЖЕННЯ ВЕРБАЛІЗАЦІЇ ЯК ФАКТОР УСКЛАДНЕННЯ ПСИХІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ *Бровченко А. К.*	24
ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДІ *Бублієнко К.Ю., Маннапова К.Р.*	25
ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ ЯК ФАКТОР АДАПТАЦІЇ ОСІБ З МІГРАЦІЙНИМ ДОСВІДОМ *Булавіна С. І., Красіна Г.В.*	26
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ У ОСІБ ІЗ НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ *Бурч С. Д., Ломакін Г. І.*	28

інтерпретацій та схильності до фіксації на усталених способах осмислення досвіду. У межах когнітивно-поведінкового підходу вона пов'язується з функціонуванням дисфункційних когнітивних схем, автоматичних думок та ірраціональних переконань, які визначають спосіб сприйняття реальності (Beck, 1976; Ellis, 1994). Такі утворення характеризуються стійкістю до змін і тенденцією до самопідтвердження, що ускладнює адекватну оцінку нових або невизначених ситуацій. У цьому контексті ригідні когнітивні схеми можуть розглядатися як відносно стабільні структури, що формуються в процесі індивідуального досвіду та впливають на емоційні реакції і поведінку особистості (Young et al., 2003).

У структурі психоемоційного функціонування когнітивна ригідність виступає фактором вразливості. Згідно з положеннями теорії когнітивної оцінки, емоційне реагування визначається інтерпретацією подій, а не їх об'єктивними характеристиками (Lazarus, 1991). Обмеженість у зміні когнітивних оцінок зумовлює фіксацію на негативно забарвлених інтерпретаціях, що підвищує інтенсивність і тривалість негативних емоційних станів.

Емпіричні дослідження показують, що когнітивна ригідність пов'язана з домінуванням дезадаптивних стратегій емоційної регуляції, зокрема румінації, уникання та емоційного пригнічення (Aldao et al., 2010; Gross, 2015). Зокрема, румінація як повторюване зосередження на негативному досвіді сприяє підтриманню депресивних і тривожних станів (Nolen-Hoeksema, 1991). У результаті формується замкнене коло: дисфункційні когніції посилюють негативні емоції, а емоційні переживання, у свою чергу, підтверджують вихідні переконання (Beck, 1976). Це дозволяє розглядати когнітивну ригідність як один із психологічних чинників ризику розвитку психоемоційних розладів.

Водночас сучасні підходи до проблеми психічного здоров'я акцентують увагу не лише на факторах ризику, але й на ресурсах особистості. У цьому контексті особливого значення набуває поняття резильєнтності як здатності ефективно адаптуватися до складних життєвих обставин і зберігати психологічну стійкість. Однією з ключових складових резильєнтності є когнітивна гнучкість, що забезпечує можливість переоцінки ситуації, пошуку альтернативних рішень і використання адаптивних стратегій регуляції емоцій (Kashdan, Rottenberg, 2010).

З огляду на це, когнітивна ригідність може розглядатися не лише як фактор вразливості, але і як потенційна точка психологічного впливу в межах профілактики психоемоційних розладів. Її усвідомлення та цілеспрямована корекція сприяють розвитку когнітивної гнучкості, що підвищує адаптаційні можливості особистості та рівень її психологічної стійкості.

Практична реалізація цього напрямку пов'язана із застосуванням когнітивно-поведінкових підходів, спрямованих на виявлення та модифікацію дисфункційних переконань, розвиток навичок когнітивної переоцінки та формування більш гнучких способів мислення (Leahy, 2017). Важливим компонентом є також розвиток метакогнітивної обізнаності, що дозволяє особистості усвідомлювати власні когнітивні патерни та більш ефективно регулювати емоційні реакції.

Таким чином, когнітивна ригідність має подвійний психологічний статус. З одного боку, вона виступає фактором вразливості, що підвищує ризик розвитку психоемоційних порушень. З іншого - її усвідомлення та трансформація створюють підґрунтя для розвитку когнітивної гнучкості як ресурсу резильєнтності.

Такий підхід дозволяє розглядати роботу з когнітивною ригідністю як перспективний напрям профілактики психоемоційних розладів і підвищення психологічного благополуччя особистості.

ТІЛЕСНО ОРІЄНТОВАНІ ПІДХОДИ У РОБОТІ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

Абасалієва О. М., Соколова І. М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

У сучасній клінічній психології та психотерапії зростає інтерес до тілесно орієнтованих підходів як ефективного інструменту роботи з травматичним досвідом. Це

зумовлено усвідомленням того, що травма має не лише психологічний, але й соматичний вимір, проявляючись у вигляді хронічного напруження, порушень регуляції нервової системи та тілесних симптомів. Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах воєнних подій, що супроводжуються високим рівнем травматизації населення.

Тілесно орієнтована терапія базується на уявленні про єдність психічного і тілесного, де тіло виступає носієм емоційного досвіду. Травматичні події можуть призводити до порушення регуляції автономної нервової системи, що проявляється у вигляді гіперактивації або, навпаки, станів пригнічення та відчуження. Як зазначає С. Порджес (С. Порджес, 2011), реакції організму на стрес визначаються функціонуванням вегетативної нервової системи, зокрема взаємодією симпатичного та парасимпатичного відділів.

Одним із ключових принципів тілесно орієнтованих підходів є поступовість і безпечність роботи з травматичним досвідом. На початковому етапі важливим є формування відчуття стабільності, розвиток навичок саморегуляції та відновлення контакту з тілесними відчуттями. Це включає використання технік заземлення, усвідомлення дихання, орієнтації у просторі та відновлення відчуття опори.

Подальша робота передбачає обережне залучення до тілесного переживання травматичного досвіду з метою його інтеграції. Як підкреслює П. Левін (П. Левін, 2010), важливою є здатність клієнта поступово проживати і завершувати незавершені реакції «бий або тікай», що були заблоковані під час травматичної події.

Тілесно орієнтовані підходи також сприяють розвитку інтероцептивної обізнаності, тобто здатності усвідомлювати внутрішні тілесні сигнали. Це дозволяє клієнту краще розпізнавати свої емоції, регулювати стан і запобігати надмірному стресу. Як зазначає П. Огден (П. Огден, 2006), інтеграція тілесних відчуттів у процес психотерапії сприяє більш глибокому опрацюванню травматичного досвіду.

Сучасні тілесно орієнтовані підходи включають соматичне переживання, сенсомоторну психотерапію, біоенергетичний аналіз та інші методи, які можуть застосовуватися як самостійно, так і у поєднанні з іншими психотерапевтичними підходами. Їх інтеграція з когнітивно-поведінковою терапією, арттерапією та травмофокусованими методами дозволяє забезпечити комплексний вплив на різні рівні функціонування особистості.

Отже, тілесно орієнтовані підходи є ефективним інструментом у роботі з травматичним досвідом, оскільки враховують взаємозв’язок між психічними та фізіологічними процесами. Встановлено, що травма проявляється не лише у психологічній, але й у тілесній сфері, що зумовлює необхідність використання відповідних методів психотерапії.

Ефективна робота з травмою передбачає поетапний підхід, що включає стабілізацію, розвиток навичок саморегуляції та поступове опрацювання травматичного досвіду. Тілесно орієнтовані методи сприяють відновленню контакту з тілом, зниженню рівня напруження та інтеграції пережитого досвіду.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності різних тілесно орієнтованих технік, а також у розробці інтегративних моделей психотерапії, що поєднують тілесні та когнітивні підходи у роботі з травматичними станами.

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СУЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ І МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ДОПОМОГА

Абасалієва О. М., Чернова В. К., Забєліна О. С.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Розлади харчової поведінки є однією з найбільш складних і багатофакторних проблем сучасної клінічної психології та психіатрії, що поєднує порушення соматичного, психологічного та соціального функціонування особистості. До найпоширеніших форм належать нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання, які