

Список використаних джерел

1. Зливкова О. Ю. Ідентичність особистості в умовах соціальних змін : монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2015. 198 с.
2. Карамушка Л. М., & Замрій В. В. Психологічні аспекти соціальної адаптації особистості в умовах воєнного стану: теоретичний огляд. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*, 2023. (55), 32–40.
3. Климчук В. О. Мотиваційний дискурс особистості: на шляху до соціальної психології мотивації: монографія. Житомир: ЖДУ ім. І. Франка, 2015. 290 с.
4. Кокур О. М. Психологічна стійкість особистості в екстремальних умовах діяльності : монографія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2016. 232 с.
5. Литвиненко Л. В. Психологічні детермінанти посттравматичного зростання особистості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія» . Серія «Психологія і педагогіка»*, 2021. (2), 118–124.
6. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості: монографія. Київ: Видавництво ТОВ «КММ», 2006. 240 с.
7. Найдьонова Л. А. Соціально-психологічні ресурси подолання кризових ситуацій: монографія. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2013. 284 с.
8. Петренко Т. С. Резилієнтність особистості як чинник психічного здоров'я. *Проблеми сучасної психології*, 2019. (4), 58–63.
9. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та психологічні ресурси: монографія. Київ: Марич, 2009. 216 с.
10. Чепелева Н. В. Особистість у кризових умовах: проблеми смислотворення: монографія. Київ: Педагогічна думка, 2012. 312 с.

Вікторія Литвин,

т.в.о завідувача відділення поліграфологів
Національної академії внутрішніх справ,
кандидат юридичних наук

АНАЛІЗ СИМПТОМІВ ПТСР ЗГІДНО З МІЖНАРОДНОЮ СТАТИСТИЧНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ ХВОРОБ І СПОРІДНЕНИХ ПРОБЛЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Реформування системи охорони здоров'я України на сучасному етапі передбачає комплексну трансформацію її організаційних, клінічних та управлінських засад з урахуванням міжнародних стандартів та кращих світових практик. Одним із ключових напрямів зазначених змін є адаптація нормативно-правової актів до оновлених підходів у сфері медичної класифікації та діагностики захворювань. У цьому контексті особливого значення набуває

гармонізація національного законодавства з переглядами Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (далі-МКХ), що забезпечує уніфікацію медичних критеріїв, підвищення точності діагностики та ефективності медичної та психологічної допомоги.

На сьогодні, в Україні діє Національний класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я України (далі-НК 025:2021) який систематизовано згідно МКХ-10. Відповідний класифікатор створений для уніфікації кодування хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я в первинній медичній документації та даних Електронної системи охорони здоров'я [1]. У 2018 році Всесвітня організація охорони здоров'я представила МКХ одинадцятого перегляду, яка вважається найбільш повною та систематизованою сукупністю відомих та визнаних доказовою медициною хвороб та станів. У зв'язку з цим, актуальним на сьогодні є проведення аналізу змін в частині, що стосується посттравматичного стресового розладу (далі-ПТСР).

Відповідно до МКХ-10, ПТСР кодифікується як *F43.1* та може мати латентний період до 6 місяців. Він є тривалою реакцією на стресову подію або ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, яка може спричинити поширений дистрес майже у будь-кого.

Основними детермінантами виникнення в людини ПТСР є:

- стихійне лихо або техногенна катастрофа;
- бойовий травма;
- автокатастрофа;
- катування;
- тримання в заручниках;
- терористичний акт;
- зґвалтування;
- свідоцтво насильницької смерті інших.

У МКХ 11 *поведінковими* ознаками ПТСР описують:

- уникання можливих загроз, або стрес-факторів;
- ігнорування буденної діяльності;
- підозрілість та пильність;
- безсоння;
- алкоголізм, або вживання наркотичних засобів;
- намагання вчинити суїцид;
- невиправдана агресія до оточуючих.

Емоційними ознаками ПТСР є:

- нав'язливі спогади та марення;
- тривожні сновидіння, які нагадують пережиту стресову ситуацію;
- емоційне притуплення;
- депресивні стани;
- гіперзбудження;
- нав'язливі спогади та ін [3].

Оновлення МКХ, зокрема перехід до нових редакцій, відображає сучасні наукові уявлення про етіологію, патогенез та клінічні прояви захворювань, що,

своєю чергою, вимагає своєчасного внесення змін до чинних нормативно-правових актів. Така модифікація сприяє не лише підвищенню якості медичних послуг, але й забезпечує узгодженість статистичної звітності, наукових досліджень і практичної діяльності в галузі охорони здоров'я.

Згідно оновленого одинадцятого перегляду МКХ, ПТСР кодифікується як *6B40*. При наявності в особи ПТСР спостерігають 4 кластери симптомів:

1. уникнення ситуацій, які можуть нагадати про отриману травму;
2. гіперзбудження, яке супроводжується проблемами зі сном, агресією, псевдоневразливістю;
3. нав'язливі репрезентації травматичної події;
4. соціальна ізоляція та відстороненість [4].

Відповідно до МКХ 11 в науковому колі також відбулась диференціація симптоматики *ПТСР* від *комплексного ПТСР (6B41)*. Основна відмінність полягає у тому, що *класичний ПТСР* містить три групи симптомів: повторне переживання травматичної події, уникання думок чи спогадів про цю подію та постійне відчуття загрози, яке супроводжується надмірною пильністю та перебільшеною реакцією переляку. Окрім цього, *класичному ПТСР* притаманні й додаткові клінічні ознаки, що свідчать про «порушення в самоорганізації». Серед таких ознак виділяють розлади емоційної регуляції, негативну я-концепцію та проблеми у міжособистісних стосунках. Таке розширене симптомокомплекс обумовлюється тривалим або повторюваним впливом травматичних подій, що призводить до виснаження емоційних, психологічних та соціальних ресурсів індивіда [2].

Отже, аналіз сучасних підходів до реформування системи охорони здоров'я України свідчить, що ключовим елементом її трансформації є гармонізація національного нормативно-правового забезпечення з оновленими міжнародними стандартами, зокрема МКХ-11. Оновлення підходів до класифікації посттравматичного стресового розладу, включаючи уточнення його симптоматики, кодування та диференціацію з комплексним ПТСР, відображає поглиблення наукового розуміння цього феномену та створює передумови для підвищення точності діагностики і ефективності медико-психологічної допомоги. Водночас імплементація цих змін у національну практику потребує системного перегляду чинних класифікаторів, удосконалення медичної документації та підготовки фахівців, що в сукупності сприятиме підвищенню якості надання послуг і адаптації системи охорони здоров'я України до сучасних викликів.

Список використаних джерел

1. Про внесення змін до Таблиці співставлення медичних послуг з кодами національного класифікатора НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони та/або національного класифікатора НК 026:2021 "Класифікатор медичних інтервенцій» Наказ МОЗ України від 11.12.2023 № 2099

2. Балашов Е.М., Лозюк С.А. Психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу: ключові теорії та сучасні концепції.

Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 22–27.

3. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>

4. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th revision (ICD-11) URL: <https://www.icd.who.int/browse/latest-release/mms/en>

Вадим Лобасюк,

здобувач ступеня вищої освіти бакалавра
Національна академія внутрішніх справ

Науковий керівник:

Тетяна Сняткова,

доцент кафедри юридичної психології
Національної академії внутрішніх справ,
доктор філософії

РОЛЬ ДЕЗІНФОРМАЦІЇ У ФОРМУВАННІ КОЛЕКТИВНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА

Сучасне інформаційне суспільство характеризується високою швидкістю поширення інформації, значною кількістю джерел та доступністю цифрових медіа. Соціальні мережі, онлайн-платформи та інтернет-видання стали основними каналами комунікації, через які формується громадська думка та соціальні установки. Водночас, поряд із достовірною інформацією у медіапросторі активно поширюється дезінформація, яка здатна впливати на сприйняття реальності та поведінку людей [4].

У сучасному інформаційному середовищі дезінформація розглядається як навмисне поширення неправдивої або маніпулятивної інформації з метою введення аудиторії в оману та впливу на її погляди чи поведінку. Вона може набувати різних форм: фальсифікації фактів, перекручування подій, поширення фейкових новин або маніпулятивного трактування інформації [2].

У цифровому середовищі процес поширення дезінформації значно спрощується через відсутність ефективних механізмів перевірки достовірності інформації. Науковці з різних галузей, а саме: В. Ліпкан, Г. Почепцов, О. Баришполець, Є. Магда, С. Wardle, W. Lance Bennett, W. Quattrociocchi та інші, досліджуючи феномен дезінформації зазначають, що алгоритми соціальних мереж часто сприяють швидкому розповсюдженню сенсаційного або емоційно забарвленого контенту, що підвищує ризик поширення неправдивих повідомлень.

Дезінформація здатна посилювати негативні психологічні переживання у суспільстві. Поширення суперечливих або неправдивих повідомлень створює атмосферу невизначеності та нестабільності, що сприяє зростанню тривожності серед населення. Люди можуть втрачати довіру до офіційних джерел