

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
ТА ПСИХОТЕРАПІЯ**

Конспект лекцій
для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня
денної та заочної форм здобуття вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

Електронний ресурс

Рецензенти:

Н. С. Кучеренко – кандидат психологічних наук, доцент, в.о. завідувача кафедри практичної психології навчально-наукового інституту «Українська інженерно-педагогічна академія» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;
Е. І. Михлюк – кандидат психологічних наук, доцент, заступник начальника навчально-наукового інституту управління та безпеки населення Національного університету цивільного захисту України.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 9 від 24 квітня 2026 року)*

- Вікові** особливості клінічної психології та психотерапія : конспект лекцій для
В 43 здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня денної та заочної форм
здобуття освіти за спеціальністю 053 «Психологія» [Електронний ресурс] / уклад.
Л. А. Алексєєва. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026. – (PDF 60 с.)

У конспекті лекцій викладена систематизована інформація щодо сучасних знань з вікових особливостей клінічної психології та професійних вмінь психолого-психотерапевтичного супроводу щодо підтримки пренатальних і перинатальних станів, психотерапії психосоматичних розладів і вікових криз у пацієнтів і клієнтів у різних вікових групах. Розробка складається з 8 тем, у яких розкрито основні поняття вікових особливостей клінічної психології та психотерапевтичної допомоги клієнтам залежно від вікового періоду життя.

Видання призначене здобувачам-магістрам денної та заочної форм навчання напрямку підготовки 053 «Психологія».

УДК 159.9:615.851(075.8)

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2026
© Алексєєва Л. А., уклад., 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
Тема 1. Визначення соціальних та біологічних складових аномального розвитку людини.....	5
Тема 2. Психічні особливості та психосоматичні розлади в період новонародженості.....	18
Тема 3. Психічні особливості та психосоматичні розлади в період першого року життя.....	23
Тема 4. Психічні особливості та психосоматичні розлади в період раннього дитинства.....	27
Тема 5. Психічні особливості та психосоматичні розлади у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.....	32
Тема 6. Психічні особливості та психосоматичні розлади в підлітків.....	38
Тема 7. Психічні особливості та психосоматичні розлади ранньої юності.....	45
Тема 8. Психічні особливості та психосоматичні розлади в людей зрілого та похилого віку.....	50
РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ.....	56

ВСТУП

Сучасна клінічна психологія вивчає фундаментальні поняття виявів психічної патології, основні патологічні симптоми й синдроми психічних розладів, порушення психіки при соматичних захворюваннях, загальне уявлення про психосоматичну медицину, особливості психосоматичних пацієнтів та можливості психологічної допомоги в структурі комплексного лікування. Вікова клінічна психологія розглядає особливості психофізичного розвитку та прояви психосоматичних розладів у дітей і дорослих в різні періоди життя, а також використання моделей та методів психотерапії щодо їх подолання.

Мета викладання навчальної дисципліни: Головною метою навчальної дисципліни є набуття та поглиблення студентами сучасних знань з вікових особливостей клінічної психології та професійних вмінь психолого-психотерапевтичного супроводу щодо підтримки пренатальних і перинатальних станів, психотерапії психосоматичних розладів і вікових криз.

Основні завдання вивчення дисципліни:

1. формування у студентів ґрунтовних знань про особливості і закономірності перебігу психосоматичних розладів в різні періоди онто- та філогенезу.
2. формування навичок проведення клініко-психологічного дослідження, диференціації психологічних феноменів та психопатологічних реєстр-синдромів у різних вікових групах хворих;
3. розпізнавання у дітей і дорослих симптомів й синдромів психічних розладів, невротичних нашарувань в клініці соматичних захворювань;
4. формування навичок розробки програм індивідуального та сімейного психолого-психотерапевтичного супроводу хворих з урахуванням вікових особливостей психіки.

Навчальний курс «Вікові особливості клінічної психології та психотерапія» включає 8 тем, які передбачають проведення занять у лекційному та практичному форматі.

На лекціях студенти повинні знайомитися з основним теоретичним змістом навчальної дисципліни.

Тема 1. Визначення соціальних та біологічних складових аномального розвитку людини.

1. Вікові стадії розвитку та їх особливості. Вікові фактори як основа для класифікації та діагностики психічних розладів.

Індивідуальний розвиток організму (онтогенез) є неперервним єдиним процесом закономірних морфологічних, біохімічних і функціональних змін від народження до смерті. Він зумовлений спадковими факторами й визначається генетичною програмою, яка реалізується у певних умовах навколишнього середовища.

***Віковими особливостями** називаються характерні для певного періоду життя анатомо-фізіологічні і психічні якості.* Сутність вікових особливостей наочно розкривається на прикладі фізичного розвитку людини. Ріст, зростання ваги, поява молочних зубів, а потім зміна їх, статеве дозрівання та інші біологічні процеси здійснюються в певні вікові періоди з незначними відхиленнями. Оскільки біологічний і духовний розвиток людини взаємопов'язані між Собою, то з віком відповідні зміни відбуваються і в психічній сфері. Поступово здійснюється соціальне дозрівання, проявляється динаміка духовного розвитку особистості. Це й слугує природною основою для виділення послідовних етапів розвитку людини і складання вікової періодизації.

Найпоширенішою нині є періодизація, яка ґрунтується на виділенні вікових особливостей.

- а) певною соціальною ситуацією розвитку або конкретною формою відносин, в які вступає людина з іншими людьми в даний період;
- б) основним чи провідним видом діяльності;
- в) основними психічними новоутвореннями (від окремих психічних процесів до властивостей особистості).

Важливе теоретичне й практичне значення має періодизація життя й розвитку людини шкільного віку. *Заслуговує на увагу періодизація шкільного віку, запропонована академіком Б.Т.Лихачовим:*

1. Від народження до одного року – раннє немовля. Це період початкового пристосування, початкової адаптації.
2. Від 1 до 3 років - власне немовля. Один з найплідніших і найінтенсивніших періодів накопичення дитиною соціального досвіду, становлення фізичних функцій, психічних властивостей і процесів.
3. Від 3 до 6 років – раннє дитинство – період переходу до дитинства, інтенсивного накопичення соціально значимого досвіду в соціальному просторі, формування основних рис характеру і ставлення до навколишнього світу. Всі три

періоди — від народження до 6 років — називають ще перед-дошкільним або дошкільним. Систематичне навчання в дитячому садку і школі для багатьох дітей починається з 6 років. Воно здійснюється з урахуванням того, що психофізіологічна, морально-вольова готовність дітей - до систематичної навчальної праці, інтелектуальної, фізичної, емоційної напруги наступає до 7 років.

4. Від 6 до 8 років – власне дитинство. В цей період завершується початкове визрівання фізіологічних і психологічних структур головного мозку, здійснюється подальше накопичення фізичних, нервово-фізіологічних та інтелектуальних сил, які забезпечують готовність до повноцінної систематичної навчальної праці.

5. Від 8 до 11 років – перед-підлітковий період – час зрілого дитинства, накопичення фізичних і духовних сил для переходу до отрочтва. Разом з періодом дитинства цей період має ще й назву молодший шкільний вік.

6. Від 11 до 14 років – отрочтво, підлітковий вік – новий якісний етап у становленні людини. Найхарактернішими рисами його є: з точки зору фізіології - статеве дозрівання, психології – особистісна самосвідомість, свідомий вияв індивідуальності. Цей період називають ще середнім шкільним віком.

7. Від 14 до 18 років — юнацький вік – період завершення фізичного й психічного дозрівання, соціальної готовності до суспільно корисної продуктивної праці і громадянської відповідальності. Дівчата і юнаки — старші школярі – отримують певну підготовку в галузі психології та етики сімейного життя.

І.П.Підласий запропонував таку періодизацію.

Психологічна періодизація: 1. Пренатальний період. 2. Період народження (до 6 тижнів життя дитини). 3. Грудний період (до 1 р.). 4. Повзунковий період (1-3 рр.). 5. Дошкільний вік (3-6 рр.). 6. Шкільний вік (6-11 рр.). 1. Пубертатний період (11 - 15 рр.). 8. Юнацький вік (15-20 рр.).

Педагогічна періодизація: 1. Немовля (1-ий рік життя). 2. Перед-дошкільний вік (від 1 до 3 рр.). 3. Дошкільний вік (від 3 до 6 рр.): а) молодший дошкільний вік (3 - 4 рр.); б) середній дошкільний вік (4-5 рр.); в) старший дошкільний вік (5-6 рр.). 4. Молодший шкільний вік (6-10 рр.). 5. Середній шкільний вік (10 - 15 рр.). 6. Старший шкільний вік (15 - 18 рр.).

Характеризуючи кожний з відзначених вікових періодів розвитку дітей з точки зору їх духовно-морального становлення, академік Б.Т.Лихачов відзначив недостатність досвіду реальних суспільних стосунків у дошкільнят і молодших школярів. Цим він пояснює велике тяжіння до накопичення вражень, прагнення зорієнтуватися у житті, утвердити себе. Дошкільнята і молодші школярі здатні оцінити і цінують моральні якості іншої людини, особливо турботу, увагу, інтерес до себе. Вони оцінюють ці якості утилітарно-практично, а людську красу розрізняють за зовнішніми, привабливими ознаками.

Період дошкільного й молодшого шкільного дитинства є найважливішим для розвитку естетичного сприймання і формування морально-естетичного ставлення до життя. У цьому віці інтенсивно здійснюється формування властивостей і якостей особистості, які зберігаються у більш чи менш незмінному вигляді на все життя.

Найскладнішим є підлітковий період. Підлітки ще недалеко відійшли від молодших школярів, але вже перейшли бар'єр самосвідомості. Їх ще досить сильно приваблюють зовнішні форми життєвих явищ, але цікавлять вже й змістові їх аспекти. У сприйманні морально-естетичного образу іншої людини панує функціонально-романтичний підхід. Естетично підліток оцінює не лише зовнішній вигляд, але й окремі моральні якості — мужність, відвагу, активність, вірність, справедливість, рішучість. Однак, підліток може захопитися й асоціальним типом поведінки, псевдоромантичним образом життя людей, які здійснюють правопорушення. Тому підлітковий період вимагає особливої уваги з боку дорослих та індивідуального підходу.

Не менш складним є й юнацький вік, коли завершується фізичне дозрівання людини, виникають реальні умови для її психічної і морально-естетичної зрілості.

2. "Акселерація"— багатоплановий фактор динамічного розвитку в дитинстві.

Відзначаючи умовність і певну динамічність виділених періодів, необхідно звернути увагу на нове явище, яке сприяло перегляду меж між певними віковими групами. Мова йде про так звану акселерацію, що поширилась в усьому світі. Акселерація (від латинського "акселераціо" - прискорення) — це прискорений фізичний і частково психічний розвиток в дитячому й підлітковому віці. Біологи пов'язують акселерацію з фізіологічним визріванням організму, психологи - з розвитком психічних функцій, а педагоги — з духовним розвитком і соціалізацією особистості.

До появи акселерації в 50-60-х рр. XX ст. фізичний і духовний розвиток дітей і підлітків був збалансований. В результаті акселерації, що наступила в 70-х рр. фізіологічне дозрівання організму починає випереджати темпи розумового, психічного, соціального розвитку. Утворюється невідповідність, яку можна виразити так: тіло росте швидше, ніж визрівають психічні функції, які є основою інтелектуальних, соціальних, моральних якостей. До 13-ти — 15-ти років у дівчаток, а до 14-ти - 16-ти років у хлопчиків фізіологічний розвиток організму завершується і майже досягає рівня дорослої людини, чого не можна сказати про духовний розвиток.

Дорослий організм потребує задоволення "дорослих" фізіологічних потреб у тому числі й статевих, соціальний розвиток гальмується і вступає в конфлікт з

бурхливо прогресуючою фізіологією. Виникає напруга, яка обумовлює значні психологічні перевантаження, підліток шукає шляхи її усунення і вибирає такі, які підказує його ще не зміцнений розум. У цьому полягають найважливіші суперечності акселерації, яка створила чимало труднощів як для самих підлітків, котрим важко впоратися з наявними змінами, так і для дорослих - батьків, учителів, вихователів. І, якщо з суто технічними проблемами акселерації — забезпечення шкіл новими меблями, учнів відповідним одягом і т.д. — ще якось впоралися, то в галузі морально-етичних наслідків акселерації і, в першу чергу, тих, що виявилися в широкому розповсюдженні статевих контактів серед неповнолітніх з усіма негативними наслідками, проблеми залишилися.

Про *темпи акселерації* свідчать наступні дані: за три десятиліття зріст у підлітків збільшився в середньому на 13—15 сантиметрів, а вага - на 10-12 кілограмів у порівнянні з їхніми ровесниками 50-х років.

Серед *основних причин акселерації* називають: загальні темпи прискорення життя, поліпшення матеріальних умов, підвищення якості харчування й медичного обслуговування, покращення догляду за дітьми в ранньому віці, позбавлення багатьох тяжких дитячих хвороб. Відзначаються й *інші причини* - радіоактивне забруднення навколишнього середовища, що спочатку сприяло прискоренню росту, а з часом, як показують дослідження з рослинами і тваринами, ослабленню генофонду; зменшення кількості кисню в атмосфері, що сприяло розширенню грудної клітки, а за цим і зростання всього організму. Очевидно, акселерація обумовлена комплексом впливів багатьох факторів. З середини 80-х років акселерація у всьому світі загальмувалась, темпи фізіологічного зростання дещо знизилися.

3. Загальні особливості психофізичного розвитку.

Взагалі, дослідження в галузі людського розвитку виявили ряд важливих закономірностей, без урахування яких не можна спроектувати й організувати ефективну навчально-виховну діяльність. Практична психологія ґрунтується на таких *закономірностях фізичного розвитку*:

1. В юному віці фізичний розвиток людини здійснюється швидше й інтенсивніше; з часом темпи розвитку уповільнюються.

2. Фізіологічно дитина розвивається нерівномірно: в одні періоди - швидше, в інші - повільніше.

3. Кожен орган людського тіла розвивається у властивому лише йому темпі; в цілому частини тіла розвиваються нерівномірно і непропорційно.

З *фізичним нерозривно пов'язаний і духовний розвиток*, в динаміці якого також мають місце помітні коливання, обумовлені нерівномірністю визрівання нервової

системи і розвитку психічних функцій. Дослідження показують, що суттєві відмінності між людьми виражаються, в рівні інтелектуальної діяльності, структурі свідомості, потребах, інтересах, мотивах, поведінці, рівневі соціального розвитку.

Для духовного розвитку теж характерні певні закономірності:

1. Існує обернено пропорційна залежність між віком людини і темпами духовного розвитку; у меншому віці темпи духовного розвитку вищі; з віком темпи духовного розвитку уповільнюються.

2. Духовний розвиток людини здійснюється нерівномірно. В окремі періоди виникають більш сприятливі умови для розвитку окремих якостей, а деякі з цих умов є тимчасові, швидкоплинні.

3. Існують оптимальні терміни для формування й зміцнення окремих видів психічної діяльності і обумовленою ними розвитку духовних якостей. Вікові періоди, в яких умови для розвитку тих чи інших якостей є оптимальні, називаються сензитивними (Л.С. Виготський, О.М. Леонтьєв, В.О. Крутецький).

Причини сензитивності — нерівномірність визрівання мозку та нервової системи, а також та обставина, що деякі властивості особистості можуть формуватися лише на основі вже сформованих якостей. Велике значення має й набутий у процесі соціалізації життєвий досвід.

4. В процесі розвитку психіки людини і її духовні якості набувають стабільності, постійності, зберігають при цьому пластичність і можливість компенсації. У цьому виявляється надзвичайно складна діалектика людського розвитку: з одного боку, психічний розвиток є поступове переростання психічних станів у риси особистості, з другого — їх. завжди можна змінити на краще, а для цього потрібно створити потрібні умови й здійснити адекватні дії. На пластичності нервової системи засновано виховання.

4. Вплив біологічних, психологічних та соціальних змін на психічне здоров'я людини. Біологічні складові.

Становлення психіки дитини, її розвиток можливі при адекватному залученні до світу соціальних взаємин та навчанні запасам знань, накопичених попередніми поколіннями. Навчання, на думку Л. С. Виготського, завжди має йти попереду розвитку, створюючи у дитини ***“найближчу зону розвитку”***. ***“Найближча зона розвитку” — це різниця між тим, що дитина може робити сама і що — з допомогою дорослих.*** Розвиток та навчання неправильно розглядати як ізольовані процеси: вони єдині. Навчання, йдучи попереду, має враховувати закономірності психічного розвитку дитини та її можливості. Тому для лікаря та

клінічного психолога-практика вкрай важливим є розуміння закономірностей розвитку психіки дитини, тому що це не простий кількісний перехід від одного віку до іншого, а завжди певні якісні стрибки. Для діагностики психічного розвитку дитини особливо важлива **оцінка провідної діяльності**, яка характеризується:

- **формуванням усередині неї нових видів діяльності, характерних для наступного вікового періоду;**
- **дозріванням або перебудовою психічних процесів;**
- **основними психологічними змінами особистості.**

Однак провідний тип діяльності йте соціальне середовище, в якому росте та розвивається дитина, дуже швидко починають вступати в суперечність з новими потребами дитини і старими умовами їх задоволення. Саме ці суперечності виступають **рушійними силами** розвитку психіки. Тому **критеріями розвитку психіки є новоутворення, які пред ставляють собою ті психічні та соціальні зміни, які вперше виникають на цьому віковому рівні і визначають свідомість дитини, її відношення до середовища, внутрішнє та зовнішнє життя.** Самі новоутворення, своєю чергою, позначаються важливими виявами розвитку, коли стабільний період переривається **стрибкоподібними змінами в психіці дитини у вигляді вікових криз.** **Вікові психологічні кризи** — особливі, відносно нетривалі за часом (до року) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами.

Для них також характерні:

- 1) **розмитість між початком та кінцем;**
- 2) **різке загострення в середині вікового періоду;**
- 3) **відносна важкість виховання дітей порівняно з періодом стабільного розвитку;**
- 4) **негативний, руйнівний характер.**

Чим неповноцінніше первинний матеріал, чим гірше враховує соціум індивідуальні особливості розвитку дитини, чим більше виражені вікові кризи, тим гірше вони можуть відбитися на майбутній особистості. Тому для лікаря та клінічного психолога важлива роль періодів та основних закономірностей розвитку психіки кожного з них.

Нині більшістю психологів прийнята наступна вікова періодизація:

- період новонародженості — до 1 місяця;
- період дитинства — 1–12 місяців;
- період раннього дитинства — 1–4 роки;
- дошкільний період — 4–7 років;
- молодший шкільний — 7–12 років;
- підлітковий період — 12–16 років;

- рання юність — 16–19 років;
- пізня юність — 19–21 рік;
- молодість (рання зрілість) — 21–35 років;
- зрілість — 35–60 років;
- перша старість (похилий вік) — 60–75 років;
- старість (похилий вік) — 75–90 років;
- довгожителство — старше ніж 90 років.

Кожний з вікових періодів має свої специфічні параметри норми та аномалії, в кожному з них можлива ретардація або прискорення розвитку, поява рис, властивих іншим віковим періодам, а також типові характерологічні реакції та психосоматичні взаємовпливи.

5. Вплив пренатальних і перинатальних факторів на психічне здоров'я людини.

Питання впливу *раннього розвитку* на подальше життя людини є однією з центральних тем у сучасній медицині, психології та нейронауці. Якщо раніше основна увага приділялася *спадковості та впливу виховання*, то останні десятиліття наукові дослідження переконливо довели, що *критично важливий період для формування психічного та фізичного здоров'я – це внутрішньоутробний розвиток (пренатальний період) та процес народження (перинатальний період)*. Ці ранні етапи є "програмним забезпеченням" для майбутнього життя, і будь-які порушення в цей час можуть мати довгострокові, іноді незворотні, наслідки для психічного здоров'я.

Ця характеристика розглядає ключові аспекти цього питання, аналізуючи основні фактори, механізми впливу, їхні наслідки для психічного здоров'я, а також сучасні підходи до профілактики та втручання.

1. Основні терміни та їх визначення.

Пренатальний період: Проміжок часу від моменту зачаття до початку пологів. Це період внутрішньоутробного розвитку плода, який триває близько 40 тижнів.

Перинатальний період: Проміжок часу, що охоплює період від 22-го тижня вагітності до 7-го дня після народження. Цей термін може також розширюватися до 28 днів після народження.

Психічне здоров'я: Стан благополуччя, в якому людина реалізує свої здібності, може долати життєві стреси, продуктивно працювати та робити внесок у свою спільноту.

Фактори ризику: Будь-які біологічні, психологічні чи соціальні чинники, які підвищують імовірність розвитку психічних розладів.

2. Пренатальні фактори ризику та механізми їхнього впливу.

Пренатальний період є часом інтенсивного формування мозку. Усі впливи на організм матері прямо чи опосередковано впливають на плід.

1. Стрес матері та гормональний вплив. Одним із найпотужніших пренатальних факторів є **материнський стрес**. Хронічний стрес, депресія, тривожні розлади або травматичні події під час вагітності призводять до підвищеної секреції гормонів стресу, зокрема кортизолу. Цей гормон легко проникає через плаценту і впливає на розвиток мозку плода, особливо на структури, відповідальні за регуляцію емоцій та реакції на стрес (наприклад, гіпокамп та мигдалеподібне тіло).

Механізм: Високий рівень кортизолу може порушувати формування нейронних зв'язків, впливати на процес мієлінізації (формування захисної оболонки нервових волокон) та змінювати експресію генів (епігенетичний вплив), що робить нервову систему дитини більш вразливою до стресу в майбутньому.

Наслідки: Дослідження показують, що діти, чиї матері переживали сильний стрес під час вагітності, мають підвищений ризик розвитку синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ), тривожних розладів, депресії та шизофренії у дорослому віці.

2. Нездоровий спосіб життя матері. Вживання психоактивних речовин (алкоголь, нікотин, наркотики): Алкоголь є потужним тератогеном, що може спричинити фетальний алкогольний синдром (ФАС), який супроводжується інтелектуальними порушеннями та поведінковими проблемами. Нікотин і наркотики порушують кровообіг у плаценті, що призводить до гіпоксії (кисневого голодування) плода, що критично впливає на розвиток мозку.

Неправильне харчування та дефіцит поживних речовин: Нестача фолієвої кислоти (вітамін В9), вітаміну D, заліза, йоду та омега-3 жирних кислот під час вагітності може призвести до порушень у формуванні нервової трубки та мозку. Дефіцит заліза, наприклад, пов'язаний з порушеннями когнітивного розвитку, а дефіцит фолієвої кислоти – з ризиком розвитку дефектів нервової трубки.

Інфекційні захворювання: Інфекції, такі як краснуха, цитомегаловірус (ЦМВ) або токсоплазмоз, можуть спричинити запалення в мозку плода, пошкоджуючи нейрони та порушуючи їх міграцію.

Вплив токсинів з навколишнього середовища: Вплив важких металів (свинець, ртуть), пестицидів, промислових хімікатів може призвести до нейророзвивальних розладів, зокрема до аутизму та СДУГ.

3. Перинатальні фактори ризику та їхні наслідки.

Перинатальний період є також надзвичайно вразливим. Процес пологів – це стрес як для матері, так і для дитини.

1. Гіпоксія (киснєве голодування). Це один з найсерйозніших перинатальних факторів. Гіпоксія може виникнути через ускладнення під час пологів (наприклад, обвиття пуповини, відшарування плаценти) або затяжні пологи.

Механізм: Мозок є найбільш чутливим органом до нестачі кисню. Навіть короткочасна гіпоксія може спричинити загибель нейронів або порушити їхню функцію. Особливо вразливими є ділянки мозку, відповідальні за рух (моторна кора) та когнітивні функції.

Наслідки: Гіпоксія є одним із головних факторів ризику для розвитку дитячого церебрального паралічу (ДЦП), а також може призвести до когнітивних порушень, епілепсії та підвищеного ризику розвитку шизофренії.

2. Передчасні пологи та низька вага при народженні. Діти, народжені раніше терміну (особливо до 32 тижня), мають незрілі системи організму, включаючи мозок.

Механізм: Незрілі нейронні структури, ще не готові до функціонування в зовнішньому середовищі, є дуже вразливими до інфекцій, крововиливів у мозок та гіпоксії. Інтенсивна терапія, хоча й рятує життя, може також впливати на розвиток мозку.

Наслідки: Передчасні пологи є потужним фактором ризику для розвитку аутизму, затримки психомовного розвитку, когнітивних порушень, СДУГ та тривожних розладів.

3. Травми під час пологів. Краниоцефальні травми: Механічні травми голови під час пологів можуть призвести до крововиливів у мозок. *Інфекції:* Неонатальні інфекції, особливо сепсис, можуть викликати запальні процеси, що пошкоджують мозок.

4. Взаємодія факторів: біологічні та екологічні впливи. Важливо розуміти, що вплив пренатальних та перинатальних факторів не є ізольованим. Їхня дія часто посилюється або пом'якшується іншими факторами, що діють після народження. Ця взаємодія створює складну модель "ризiku та резильєнтності".

Модель "двох ударів": Ця гіпотеза припускає, що пренатальні та перинатальні фактори є "першим ударом", який робить мозок більш вразливим. "Другий удар" (наприклад, стрес у дитинстві, несприятливе соціальне середовище, травматичні події) може "спровокувати" розвиток психічного розладу.

Роль епігенетики: Вплив ранніх факторів може не змінювати саму ДНК, а лише "вмикати" або "вимикати" певні гени (епігенетичні зміни), що впливає на функціонування нервової системи в майбутньому.

5. Наслідки для психічного здоров'я: Специфічні розлади. Дослідження підтверджують зв'язок між пре/перинатальними факторами та підвищеним ризиком розвитку низки психічних розладів.

Шизофренія: Вплив пренатальних інфекцій (наприклад, грипу), гіпоксії та недоношеності є добре задокументованими факторами ризику шизофренії.

Розлади аутистичного спектра (РАС): Низка досліджень вказує на зв'язок між пренатальним впливом стресу, вірусних інфекцій, впливом певних ліків (наприклад, вальпроєвої кислоти) та недоношеністю з підвищеним ризиком РАС.

Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ): Вплив нікотину, алкоголю та недоношеність значно підвищують ризик розвитку СДУГ.

Депресія та тривожні розлади: Хронічний стрес у матері під час вагітності є потужним предиктором розвитку емоційних та поведінкових проблем у дитинстві та депресії у дорослому віці.

6. Профілактика та клінічні втручання. Розуміння впливу ранніх факторів відкриває нові можливості для профілактики та раннього втручання.

Первинна профілактика:

- Охорона здоров'я вагітних: Регулярні обстеження, правильне харчування, прийом вітамінів (фолієва кислота, вітамін D).
- Боротьба зі шкідливими звичками: Інформаційно-просвітницька робота щодо відмови від куріння, алкоголю та наркотиків.
- Психологічна підтримка: Забезпечення доступу до психологічної допомоги для вагітних, які переживають стрес або депресію.

Вторинна профілактика та раннє втручання:

- Скринінг новонароджених: Раннє виявлення гіпоксії, інфекцій та травм.
- Програми для недоношених дітей: Спеціалізована підтримка, стимуляція розвитку, фізична терапія та логопедична допомога.
- Рання діагностика та терапія: Важливо вчасно виявляти ознаки затримки розвитку та надавати комплексну допомогу (когнітивно-поведінкова терапія, логопедична робота, сенсорна інтеграція).

Питання впливу пренатальних і перинатальних факторів на психічне здоров'я людини є складною, багатогранною проблемою, що лежить на перетині генетики, нейробіології, психології та соціальної медицини. Дослідження довели, що цей період є критичним для "програмування" майбутнього здоров'я мозку. Хоча ми не можемо змінити генетичну схильність, ми можемо значно зменшити вплив несприятливих факторів середовища.

Розуміння цих механізмів є ключем до розробки ефективних стратегій профілактики. Інвестиції в охорону здоров'я вагітних, психологічну підтримку матерів, а також раннє виявлення та втручання для новонароджених – це не лише медичні, а й соціальні та економічні інвестиції у здорове майбутнє суспільства. Це питання залишається в центрі наукових досліджень, адже розкриття нових

механізмів впливу дозволить нам ще краще захищати найвразливіший період людського життя.

6. Сімейне виховання та соціальне середовище як фактори негативного впливу на формування психічного здоров'я людини.

Питання формування психічного здоров'я є складним і багатфакторним. Поряд із біологічними та генетичними передумовами, ключову роль у цьому процесі відіграє середовище, у якому людина розвивається, особливо в дитинстві та підлітковому віці. **Сімейне виховання і соціальне середовище** є основними детермінантами, що формують особистість, її цінності, самооцінку, навички соціальної взаємодії та емоційну регуляцію. Несприятливі впливи в цих сферах можуть стати потужними факторами ризику, що призводять до розвитку психічних розладів, поведінкових проблем та порушень у стосунках із соціумом.

Ця характеристика розглядає механізми негативного впливу сімейного виховання та соціального середовища, аналізує ключові фактори ризику, їхні наслідки та сучасні підходи до профілактики та корекції.

1. Сімейне виховання як основний фактор впливу.

Сім'я є першим і найважливішим соціальним інститутом, де дитина засвоює норми, правила та моделі поведінки. Стиль виховання, емоційна атмосфера та характер взаємин у сім'ї закладають основу для всього подальшого розвитку.

Негативні стилі виховання.

- **Авторитарний стиль:** Характеризується високим рівнем контролю, жорсткими правилами, покараннями та низьким рівнем емоційної підтримки. Діти позбавлені права на власну думку, їхні потреби та почуття ігноруються.

Механізм впливу: Постійний страх покарання, відсутність емоційної близькості та неможливість висловити свої почуття призводять до формування **низької самооцінки**, невпевненості в собі та високого рівня тривожності. Такі діти часто стають пасивними, інертними або, навпаки, агресивними.

Наслідки: Підвищений ризик розвитку **депресії, тривожних розладів, соціальних фобій** та порушень особистості.

- **Гіперопіка:** Надмірний контроль, захист від будь-яких труднощів та постійне втручання в життя дитини. Батьки не дають дитині можливості самостійно приймати рішення та долати виклики.

Механізм впливу: Дитина не набуває навичок самостійності, відповідальності та вирішення проблем. Вона стає залежною від батьківської думки, нездатною до адаптації та резильєнтності (психологічної стійкості).

Наслідки: Інфантилізм, залежні розлади особистості, висока тривожність, невпевненість у собі.

- **Нехтування потребами дитини (гіпоопіка):** Характеризується емоційною відстороненістю, відсутністю уваги та турботи, ігноруванням фізичних та емоційних потреб.

Механізм впливу: Дитина відчуває себе непотрібною, нецінною, що призводить до формування **прив'язаності ненадійного типу**. Відсутність емоційної близькості порушує формування базової довіри до світу.

Наслідки: Серйозні розлади прихильності, **антисоціальна поведінка**, схильність до девіантної поведінки, депресія.

Дисфункція сімейних стосунків.

- **Конфлікти та насильство:** Постійні сварки між батьками, психологічне або фізичне насильство, жорстоке поводження з дітьми.

Механізм впливу: Дитина стає свідком або жертвою насильства, що травмує її психіку. Вона засвоює деструктивні моделі розв'язання конфліктів, навчається, що агресія є нормою. Це призводить до розвитку **комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР)**.

Наслідки: **Агресивна поведінка, підвищена тривожність, депресія, дисоціативні розлади** та проблеми з формуванням інтимних стосунків у дорослому віці.

- **Алкоголізм або наркоманія батьків:** Хімічна залежність одного з батьків створює хаотичне, непередбачуване та небезпечне середовище.

Механізм впливу: Дитина змушена брати на себе роль "дорослого", піклуватися про батьків, жити в атмосфері постійної невизначеності та стресу. Це порушує її емоційний розвиток.

Наслідки: **Співзалежність, розлади харчової поведінки, депресія, залежна поведінка** та нездатність до побудови здорових стосунків.

Соціальне середовище як фактор негативного впливу. Поза родиною, соціальне середовище – школа, однолітки, ЗМІ, інтернет – відіграє вирішальну роль у формуванні особистості. Неприятливе соціальне середовище може посилити проблеми, що виникли в сім'ї, або стати самостійним фактором ризику.

Булінг та цькування.

- **Булінг (цькування)** у школі або в інтернеті є однією з найпоширеніших форм психологічного насильства.

Механізм впливу: Постійні приниження, глузування, соціальна ізоляція та агресія з боку однолітків завдають глибокої психологічної травми. Це руйнує самооцінку, призводить до відчуття безпорадності та страху.

Наслідки: **Депресія, суїцидальні думки, тривожні розлади, фобії**, особливо соціальні. Жертви булінгу часто уникають школи та соціальних контактів.

Вплив ЗМІ та соціальних мереж.

- ***Соціальні медіа:*** Створення ідеалізованих образів тіла, успіху та життя, постійне порівняння себе з іншими, кібербулінг.

Механізм впливу: Соціальні мережі створюють "тиск ідеалу", що може призвести до **дисморфофобії** (занепокоєння з приводу уявних вад власної зовнішності), низької самооцінки, заздрості. Кібербулінг стає причиною гострого стресу.

Наслідки: **Розлади харчової поведінки (анорексія, булімія), депресія, тривожні розлади, залежність від соціальних мереж.**

Вплив несприятливого соціального оточення.

- ***Бідність та соціальна ізоляція:*** Життя в бідності, відсутність доступу до якісної освіти, медичних послуг, безпечного середовища.

Механізм впливу: Хронічний стрес через матеріальні труднощі, стигматизація, відсутність можливостей для самореалізації.

Наслідки: Підвищений ризик розвитку депресії, тривожності, **розладів адаптації**, а також схильність до **кримінальної та девіантної поведінки**.

Взаємодія факторів: сімейне середовище та соціум. Вплив сімейних та соціальних факторів не є ізольованим. Вони взаємодіють, посилюючи або пом'якшуючи вплив один одного.

- ***Модель "ризiku та резильєнтності":*** Несприятливе сімейне виховання може зробити дитину більш вразливою до негативного впливу соціального середовища (наприклад, булінгу). І навпаки, міцна, підтримуюча сім'я може захистити дитину від негативного впливу соціуму.

- ***Трансгенераційна травма:*** Моделі виховання та поведінки часто передаються з покоління в покоління. Батьки, які самі пережили психологічні травми в дитинстві, можуть несвідомо відтворювати ті ж патерни у вихованні своїх дітей.

Наслідки для психічного здоров'я: Специфічні розлади. Негативний вплив сімейного та соціального середовища є ключовим фактором у розвитку багатьох психічних розладів.

- ***Розлади особистості:*** Особливо **межовий розлад особистості (МРЛ)**, який часто пов'язаний з дитячими травмами, насильством та нестабільними стосунками в сім'ї.

- ***Розлади поведінки та антисоціальна поведінка:*** Діти, які зазнали нехтування або насильства, мають підвищений ризик розвитку антисоціальної поведінки, схильності до жорстокості та правопорушень.

- ***Депресія та суїцидальна поведінка:*** Хронічний стрес, низька самооцінка, почуття безпорадності, що формуються в дитинстві, є потужними предикторами депресії та суїцидальної поведінки в підлітковому та дорослому віці.

- **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР):** Насильство та цькування (як у сім'ї, так і в соціумі) можуть призвести до розвитку ПТСР.

Профілактика та клінічні втручання. Розуміння цих факторів є ключем до ефективної профілактики.

- **Профілактика на рівні сім'ї:**

- *Психологічне консультування батьків:* Навчання батьків позитивним стилям виховання, ефективним методам спілкування та вирішення конфліктів.

- *Сімейна терапія:* Робота з усією сім'єю для відновлення здорових стосунків та розв'язання внутрішніх конфліктів.

- *Підтримка сімей у кризових ситуаціях:* Програми допомоги сім'ям, що зіткнулися з бідністю, насильством чи залежністю.

- **Профілактика на рівні соціального середовища:**

- *Програми боротьби з булінгом у школах:* Створення безпечного шкільного середовища, підвищення обізнаності учнів, вчителів та батьків про проблему булінгу.

- *Освітні програми для підлітків:* Навчання навичкам медіаграмотності, критичного мислення та безпечної поведінки в інтернеті.

- *Психологічна допомога:* Доступ до шкільних психологів та психотерапевтів для дітей та підлітків, що переживають труднощі.

Сімейне виховання та соціальне середовище є потужними "архітекторами" психічного здоров'я людини. Негативні впливи в цих сферах, такі як травматичний стиль виховання, сімейні конфлікти, насильство, булінг та соціальна ізоляція, можуть завдати глибокої шкоди, що проявляється у формі психічних розладів та поведінкових проблем.

Проте, на відміну від генетичних факторів, ці впливи є модифікованими. Інвестиції у психологічну просвіту батьків, сімейну терапію, створення безпечного шкільного середовища та надання психологічної допомоги дітям є життєво важливими для формування здорового суспільства. Зміцнення сімейних стосунків та створення підтримуючого соціального оточення — це не просто завдання психологів, а й стратегічна мета для системи освіти, охорони здоров'я та всього суспільства. Це питання залишається в центрі уваги дослідників, адже розуміння цих механізмів дозволяє нам розривати коло травм і будувати здорове майбутнє для наступних поколінь.

Тема 2. Психічні особливості та психосоматичні розлади в період новонародженості.

1. Психічні особливості в період новонародженості.

Народження дитини різко змінює звичне середовище перебування, характерне для ембріона. З перших хвилин вступають у дію *безумовні рефлекс*и, які контролюють роботу основних систем організму — дихання, кровообіг, травлення, що забезпечують основні біологічні потреби дитини. Однак цього набору рефлексів було б явно недостатньо для адаптації до навколишнього світу, якби поруч не було дорослого, який активно взаємодіє з дитиною. Необхідні їй здібності дитини до навчання у вигляді придбання спочатку простих, а потім і складніших умовних рефлексів.

На відміну від тварин, новонароджений виявляється настільки безпорадним, що *дорослий для нього завжди є “психологічним центром”*. У цей період розвитку дитина виявляється особливо чутливою до мови дорослого і готовності до

спілкування. Почуття задоволення вона виявляє емоційною реакцією — мімікою, жестами, вокалізацією. Позитивна емоційна реакція на людину, частіше матір, виникає раніше, ніж на фізичні об'єкти. Це явище було позначено як *комплекс по-жвавлення*.

Період новонародженості — це перший місяць життя дитини (від народження до 28 дня). Цей час є *критичним етапом адаптації* від внутрішньоутробного життя до зовнішнього світу, що вимагає колосальної перебудови всіх систем організму: дихальної, кровоносної, травної, нервової. Хоча цей період традиційно розглядається з позиції фізіології, сучасні дослідження підтверджують, що він має і свої унікальні психічні особливості, які формують основу для подальшого психічного розвитку. Будь-які *порушення в процесі адаптації, як фізіологічні, так і психологічні*, можуть призвести до *розвитку психосоматичних розладів*, де емоційні та психологічні фактори проявляються через соматичні (тілесні) симптоми.

Ця характеристика розглядає *психічні особливості новонароджених, аналізує механізми виникнення психосоматичних розладів у цей період, їхні клінічні прояви та сучасні підходи до діагностики та допомоги*.

1. Психічні особливості новонародженості: Базові механізми. У свідомості новонародженого немає чіткого розмежування між "Я" і зовнішнім світом. Його психіка функціонує на рівні базових потреб і відчуттів, які тісно пов'язані з його тілом.

Перцептивні здібності та сенсорний світ.

Новонароджений — це не "tabula rasa" (чиста дошка). Він народжується з унікальними перцептивними здібностями, які є основою для взаємодії зі світом.

- *Зір*: Новонароджений бачить розмито, але здатний фокусувати погляд на об'єктах на відстані 20-30 см (ідеальна відстань для контакту "око-в-око" з

матір'ю). Він надає перевагу контрастним зображенням, особливо людському обличчю, що є еволюційною адаптацією.

- *Слух*: Слух добре розвинений. Дитина чує голос матері ще в утробі, а після народження відрізняє його від інших звуків. Високі та ніжні інтонації (так званий "бебі-ток") заспокоюють немовля.

- *Нюх і смак*: Добре розвинені. Новонароджений розрізняє запах матері та реагує на нього. Це є ключовим для формування прив'язаності.

- *Тактильні відчуття*: Дотики є одним із найважливіших джерел інформації та комфорту. "Контакт шкіра до шкіри" є не лише фізіологічно, а й психологічно важливим для стабілізації стану дитини.

Рефлекси та комунікація. Психічне життя новонародженого проявляється через рефлекси та комунікаційні сигнали.

- *Рефлекси*: Смоктальний, хапальний, пошуковий та інші рефлекси є не лише біологічними, а й психологічними актами, що забезпечують виживання.

- *Крик*: Крик – це універсальний спосіб комунікації. За його характером (голосний, тихий, істеричний) можна судити про стан дитини: голод, біль, дискомфорт, страх.

- *Фази сну та неспання*: Новонароджений проходить через різні стани: глибокий сон, дрімота, бадьорість. Ця циклічність є ознакою функціонування його нервової системи.

Прив'язаність та емоційний зв'язок. Незважаючи на відсутність свідомого мислення, у новонародженого вже починає формуватися прив'язаність. Це емоційний зв'язок з основною фігурою догляду (зазвичай, матір'ю), який є основою для подальшого розвитку. Якість цього зв'язку залежить від того, наскільки чутливо і своєчасно дорослий реагує на потреби дитини.

2. Психосоматичні розлади в період новонародженості.

Психосоматичні розлади в період новонародженості: Клінічний аспект.
Психосоматичні розлади в немовлят – це ситуації, коли емоційний дискомфорт, стрес або порушення стосунків з матір'ю проявляються у вигляді тілесних симптомів, для яких немає органічної (фізичної) причини.

Механізми виникнення психосоматичних розладів.

- *Емоційний резонанс*: Нервова система новонародженого ще не здатна регулювати власні емоції. Вона знаходиться в тісній взаємодії з нервовою системою матері. Тривога, депресія або хронічний стрес у матері передаються дитині, викликаючи в неї фізіологічну реакцію.

- *Дисрегуляція вегетативної нервової системи*: Стрес, що передається від матері, викликає збудження вегетативної нервової системи дитини (симпатична

нервова система), що впливає на роботу внутрішніх органів, зокрема травної системи.

- *Порушення прив'язаності:* Нечутлива, нерегулярна або емоційно відсторонена реакція дорослого на потреби дитини призводить до того, що дитина відчуває постійний стрес і тривогу, які проявляються через тіло.

Основні клінічні прояви психосоматичних розладів. До характерних для дітей у період новонародженості, дитинства та раннього дитинства є такі психосоматичні розлади (за Д. Н. Ісаєвим): *дитяча колика, аерофагія, відрижки, відсутність апетиту (анорексія), спотворення апетиту, жуїка (меріцизм), недостатнє збільшення маси тіла або ожиріння, запор, енкопрез (нетримання калу і т.д.).*

- *Коліки новонароджених:* Це один із найпоширеніших психосоматичних розладів у немовлят. Дитяча колика, або “колика тримісячного” виявляється у вигляді приступів, що супроводжуються фізичним болем та емоційною реакцією на неї у вигляді гучного крику у дитини 3–4-х місяців, що виникають, звичайно, у другій половині дня і тривають від кількох хвилин до кількох годин. Хоча вони можуть мати фізіологічні причини (наприклад, незрілість травної системи), у багатьох випадках вони посилюються або спричиняються емоційною напругою в парі “мати-дитина”. Нерегулярний режим годування, тривога матері, напруженість у стосунках можуть викликати спазми кишківника.

- *Аерофагія* характеризується заковтуванням великої кількості повітря у дітей, що жадібно смочуть, з наступним голосним звуком викидання повітря назовні (відрижкою). Зригування у вигляді виверження невеликих кількостей їжі, що починається в дитини під час годування, спостерігаються у віці 4–18-ти місяців і при психосоматичному генезі пов'язані з процесом надмірно жадібного заковтування їжі, швидкого смоктання.

- *Порушення харчової поведінки:* Часті зригування, відмова від їжі, повільний набір ваги. У випадках, коли немає органічної патології, ці симптоми можуть бути пов'язані з напруженістю під час годування, депресією матері або нечутливою реакцією на сигнали дитини.

- *Анорексія* належить до структури невропатичних виявів та характеризується втратою потягу до їжі і негативізмом при годуванні. Значущим є психогенний фактор у вигляді неправильного виховання (наприклад, відриву від матері). Спотворення апетиту (симптом Піка) зазвичай розвивається на 2–3-му році життя і характеризується вживанням у їжу неїстівних речовин (вугілля, глини, паперу), що може бути пов'язано з неправильним типом виховання.

- *Жуїка (меріцизм)* розглядається як невропатичний симптом і виявляється у вигляді повторного пережовування їжі після того, як проковтнута та переварена

їжа відригується. Зміни маси тіла (недостатня прибавка або огрядність) характерні для невропатичних реакцій при депривації тих чи інших психогенних факторів.

- *Запор* може пов'язуватися з емоційними порушеннями, щовиявляються у вигляді депресії, порушень комунікації з формуванням нав'язливого страху перед дефекацією через хворобливість акту або підвищеної сором'язливості дитини. У другому випадку запор виявляється у нових умовах або поза домом, а потім це стає пов'язаним із фізіологічними закономірностями.

- *Енкопрез* (нетримання калу) у вигляді мимовільного виділення калу у відповідній ситуації, що зумовлено ретардацією формування контролю за діяльністю анального сфінктера. Нерідко цей симптом зумовлений невропатичними розладами та психогеніями.

- *Порушення сну*: Надмірно тривожний, неспокійний сон, часті пробудження, крики під час сну. Це може бути пов'язано з підвищеною тривожністю дитини, викликану емоційним станом матері або порушенням режиму дня.

- *Шкірні висипи та атопічний дерматит*: Стрес у немовлят може проявлятися через шкіру. Напруга, яка не може бути виражена іншим чином, "виходить" через тіло. Психологічна напруга може впливати на імунну систему та підвищувати схильність до алергічних реакцій.

- *Часті респіраторні захворювання*: Деякі дослідження припускають, що хронічний стрес у немовляти може негативно впливати на імунну систему, роблячи його більш вразливим до інфекцій.

Фактори ризику та діагностика.

Фактори ризику:

- *З боку дитини*: Недоношеність, мала вага при народженні, ускладнення під час пологів (що призводять до гіпоксії), підвищена збудливість нервової системи.

- *З боку матері*: Післяпологова депресія, хронічна тривога, нерозв'язані психологічні травми, відсутність соціальної підтримки, відсутність емоційного контакту з дитиною.

- *З боку середовища*: Нестабільна сімейна ситуація, соціальна ізоляція, бідність.

Діагностика. Діагностика психосоматичних розладів у немовлят вимагає комплексного підходу:

1. *Медичне обстеження*: Спочатку необхідно виключити будь-які органічні захворювання.

2. *Спостереження за взаємодією*: Фахівець (педіатр, психолог) спостерігає за взаємодією матері та дитини під час годування, ігор, сну.

3. *Оцінка психоемоційного стану матері*: Важливо оцінити наявність післяпологової депресії, тривоги та її ставлення до дитини.

Профілактика та клінічні втручання. Профілактика та допомога при психосоматичних розладах у новонароджених ґрунтується на концепції "діади" (пара "мати-дитина"). Втручання має бути спрямоване не лише на дитину, а й на матір.

- **Підтримка матері:** Надання психологічної підтримки, лікування післяпологової депресії, робота з тривогою. Важливо, щоб матір відчувала себе впевнено і не відчувала провини.

- **Навчання батьків:** Навчання батьків розуміти сигнали дитини (різні види крику, міміку), навичкам чутливого догляду.

- **"Контакт шкіра до шкіри":** Заохочення батьків до "кенгуру-методу" (носіння дитини на грудях), масажу, що допомагає стабілізувати нервову систему дитини.

- **Робота з тілом:** Використання м'якого масажу, колискових, ритмічного гойдання для регуляції станів дитини.

Період новонародженості є не лише фізіологічним, а й глибоко психологічним етапом, де закладаються основи психічного здоров'я. Психічні особливості новонароджених, хоча й здаються примітивними, є основою для розвитку взаємодії та прив'язаності.

Психосоматичні розлади в цей період – це не примхи, а серйозні сигнали про емоційний дискомфорт дитини, який найчастіше є дзеркалом емоційного стану дорослого. Розуміння цього зв'язку є критично важливим для педіатрів, психологів та батьків. Інвестиції в психологічну підтримку молодих матерів, заохочення чутливого догляду та раннє виявлення проблем – це найефективніший шлях до забезпечення здорового майбутнього для дитини. Це питання демонструє, наскільки тісно пов'язані тіло і психіка людини вже з перших днів життя, і підкреслює важливість емоційної гармонії в парі "мати-дитина".

Тема 3. Психічні особливості та психосоматичні розлади в період першого року життя.

1. Етапи психічного розвитку протягом першого року життя

Перший рік життя, від народження до 12 місяців, є періодом вибухового розвитку, який закладає основи для всього подальшого життя людини. Це час, коли фізичний, емоційний та когнітивний розвиток відбувається з неймовірною швидкістю. Протягом цього року дитина перетворюється з безпорадної новонародженої, керованої рефlekсами, на рухливу, допитливу істоту, яка починає ходити та говорити. **Цей період характеризується формуванням ключових психічних особливостей, таких як прив'язаність, емоційна регуляція та**

первинне сприйняття світу. Водночас, тісний зв'язок між тілом і психікою в цей час робить дитину особливо вразливою до психосоматичних розладів, коли емоційний дискомфорт та стрес проявляються через соматичні симптоми.

Ця характеристика розглядає ключові етапи психічного розвитку протягом першого року життя, аналізує механізми виникнення психосоматичних розладів та їхні клінічні прояви, а також окреслює сучасні підходи до допомоги та профілактики.

Психічний розвиток у цей період відбувається у постійній взаємодії з дорослим, що доглядає за дитиною (зазвичай, матір'ю). **Цю взаємодію називають "діадою".**

Перший квартал (0-3 місяці): Адаптація та початок взаємодії. У перші місяці життя дитина активно адаптується до зовнішнього світу. Її психіка функціонує на рівні відчуттів та рефлексів. Ключова потреба – безпека, задоволення фізіологічних потреб (голод, тепло) та тактильний контакт.

Емоційний розвиток: Основні емоції – задоволення (усмішка) та дискомфорт (крик). Наприкінці цього періоду з'являється "комплекс пожвавлення" — бурхлива реакція дитини на дорослого, що свідчить про формування емоційного зв'язку.

Когнітивний розвиток: Дитина починає фіксувати погляд, розрізняти обличчя та голоси, слідкувати за рухомими об'єктами.

Другий квартал (3-6 місяців): Активне пізнання та емоційна регуляція. Цей період відзначається значним розвитком моторики (дитина починає перевертатися) та активним пізнанням світу.

Емоційний розвиток: Дитина починає сміятися, виражати радість, зацікавленість. Вона вже здатна емоційно "віддзеркалювати" настрій дорослого.

Когнітивний розвиток: Починає хапати предмети, перекладати їх з руки в руку. З'являється лепет ("агу", "ба-ба-ба"), що є першим кроком до мовлення.

Третій квартал (6-9 місяців): Формування прив'язаності та страх розлуки.

Це ключовий період для формування стійкої прив'язаності до основної фігури догляду. Дитина починає розрізняти "своїх" і "чужих".

Емоційний розвиток: Виникає тривога розлуки (дитина плаче, коли мати залишає кімнату) та страх перед незнайомцями. Ці реакції є нормальними показниками здорового формування прив'язаності.

Когнітивний розвиток: Розвивається координація "око-рука", дитина починає повзати, що розширює її можливості для дослідження світу.

Четвертий квартал (9-12 місяців): Самостійність та емоційна референція.

Наприкінці року дитина стає більш самостійною. Вона починає ходити, що є великим кроком до незалежності.

Емоційний розвиток: З'являється емоційна референція: дитина дивиться на обличчя дорослого, щоб зрозуміти, як реагувати на нову ситуацію (наприклад, чи можна брати незнайому іграшку). Це свідчить про розвиток емоційного інтелекту.

Когнітивний розвиток: З'являються перші слова ("мама", "тато"). Дитина може виконувати прості вказівки.

2. Психосоматичні розлади в період першого року життя.

Психосоматичні розлади у немовлят – це тілесні реакції на психологічний стрес, що є наслідком порушень у взаємодії "дорослий-дитина".

Механізми виникнення.

Недостатня емоційна регуляція: Нервова система дитини ще не дозріла. Вона використовує тіло для вираження емоційного дискомфорту, який не може бути виражений словами.

Порушення діади: Нечутлива, нерегулярна або відсторонена реакція дорослого на потреби дитини створює хронічний стрес, що проявляється через соматичні симптоми.

Вплив материнського стресу: Депресія, тривога або вигорання матері можуть прямо впливати на фізіологію дитини через "емоційний резонанс".

Основні клінічні прояви.

Розлади травлення:

Хронічні коліки: Часто зберігаються або посилюються, якщо емоційна напруга в сім'ї не зникає.

Функціональна диспепсія: Часті зригування, відмова від їжі без органічної причини, що може бути пов'язано з напругою під час годування.

"Румінація" (жування): Повторювані рухи язиком, що нагадують жування, можуть бути проявом стресу та аутоstimуляції.

Порушення сну:

Безсоння, часті пробудження, нічні страхи: Можуть бути пов'язані з тривогою розлуки, страхом дитини залишитися на самоті або загальною тривожною атмосферою в сім'ї.

Невротичні рухи: Похитування головою або тілом, що можуть бути проявом самозаспокоєння.

Шкірні прояви: Атопічний дерматит, екзема: У багатьох випадках ці стани посилюються або провокуються психологічним стресом, як у дитини, так і у матері.

Надмірне потовиділення, тремор: Можуть бути проявом вегетативної дисфункції, пов'язаної з хронічною тривогою.

Порушення моторного розвитку: Апатичність, пасивність: Дитина, яка живе в середовищі емоційного нехтування, може бути пасивною, нецікавою до іграшок та навколишнього світу.

Гіпертонус м'язів: Надмірне напруження м'язів, що може бути як фізіологічним, так і психосоматичним проявом тривоги.

Фактори ризику та діагностика.

Фактори ризику:

З боку батьків: Післяпологова депресія, післятравматичний стресовий розлад (ПТСР), вигорання, нестабільна прив'язаність батьків до власних батьків, відсутність соціальної підтримки.

З боку дитини: Передчасні пологи, низька вага при народженні, підвищена збудливість нервової системи.

З боку середовища: Соціальна ізоляція, фінансові труднощі, конфлікти в сім'ї.

Діагностика.

Діагностика психосоматичних розладів у немовлят вимагає комплексного підходу та виключення органічних причин.

Медичне обстеження: Лікар-педіатр має ретельно обстежити дитину, щоб виключити будь-які фізіологічні патології.

Психологічна оцінка: Психолог або психотерапевт оцінює взаємодію в парі "мати-дитина", аналізує стиль догляду, емоційний стан матері та її чутливість до потреб дитини.

Збір анамнезу: Ретельне збирання інформації про вагітність, пологи, сімейні стосунки, соціальне оточення.

Профілактика та клінічні втручання. Втручання у цьому віці має бути зосереджене на роботі з діадою "мати-дитина".

Психологічна підтримка матері: Надання допомоги при післяпологовій депресії, робота з тривогою. Здорова і спокійна матір є ключовою для психічного здоров'я дитини.

Навчання чутливому догляду: Навчання батьків розуміти сигнали дитини, реагувати на її потреби, встановлювати регулярний режим сну та годування, що створює відчуття передбачуваності та безпеки.

Сенсорна інтеграція: Використання масажу, ритмічних рухів, співання колискових, що допомагає регулювати нервову систему дитини.

Групи підтримки для молодих батьків: Створення просторів, де батьки можуть ділитися досвідом, отримувати інформацію та емоційну підтримку.

Психотерапія діади: У складних випадках рекомендована спеціалізована психотерапія, яка працює з динамікою стосунків у парі "мати-дитина".

Перший рік життя є фундаментом для формування психічного здоров'я. У цей період психічні особливості (прив'язаність, емоційна регуляція) і психосоматичні

розлади (коліки, порушення сну) є двома сторонами однієї медалі, яка відображає якість взаємодії в парі "мати-дитина". Тісний зв'язок між тілом і психікою робить емоційний стан дорослого життєво важливим для фізичного благополуччя дитини.

Розуміння цих процесів дозволяє нам перейти від лікування симптомів до роботи з причинами. Інвестиції у психологічну підтримку сімей, навчання батьків навичкам чутливого догляду та забезпечення доступу до кваліфікованої допомоги – це стратегічно важливі кроки для формування здорового майбутнього. Це питання підкреслює, що здоров'я дитини – це не лише фізіологічний, а й емоційний та соціальний процес, що вимагає уваги та підтримки з боку суспільства.

До кінця першого місяця у відповідь на ласкавий вираз обличчя дорослої людини у дитини починає з'являтися посмішка — перший соціальний жест, психічне новоутворення, що знаменує перехід від періоду новонародженості до періоду дитинства. На третьому місяці життя немовляти “комплекс по- жвавлення” оформлюється в цілісну систему, що включає в себе додатково рухове по- жвавлення та вокалізацію. На третьо- му етапі весь “комплекс по- жвавлення” стає вже звичною фор- мою вираження позитивних емоцій, що виконує соціальну функцію спілкування. Сенсорна й емоційна психічна депривація, особливо протягом першого півріччя, навіть за умови повноцінного догляду за дитиною може призвести до затримки його психічного, а нерідко й моторного розвитку.

Встановлено, що емоційне спілкування дорослого з дитиною значно збільшує емпатичний потенціал дитини, робить її психіку більш гнучкою та пластичною, розвиває пізнавальну активність. Своєю чергою, зміна емоційного спілкування на ситуативно-ділове з використанням мови підвищує мовну активність дитини,

вона досягає ази соціальної взаємодії, опановує моторикою, пізнає простір. До кінця періоду дитинства з'являється здатність до розуміння людської мови, починають вимовлятися перші самостійні слова. Немовля опановує найпростіші предметні дії.

Провідне значення у психічному розвитку дитини набуває задоволення його нових потреб — у спілкуванні з людьми, у нових враженнях.

Дитячий вік закінчується кризою першого року життя, зумовленим становленням ходьби й мови. У цей період для немовляти бувають характерними акти протесту, опозиції, протиставлення себе іншим. У деяких випадках опозиція дитини виражається в “істериках”, афективно-респіраторних судобах, випадках.

Тема 4. Психічні особливості та психосоматичні розлади в період раннього дитинства.

1. Психічні особливості періоду раннього дитинства.

Раннє дитинство охоплює вік від 1 до 3 років — це період інтенсивного розвитку, що є містком між немовлячим віком і дошкільним. Це час "першої незалежності", коли дитина починає ходити, опановувати мову і активно взаємодіяти з навколишнім світом. Саме в цей період закладаються основи самосвідомості, формується уявлення про власні межі та можливості, а також розвивається емоційна автономія. Будь-які порушення у цій важливій фазі, особливо у взаємодії з дорослими, можуть призвести до серйозних психологічних проблем, які проявляються у формі психосоматичних розладів. У цьому віці зв'язок між психікою та тілом залишається надзвичайно тісним, і емоційний дискомфорт часто "виражається" через тіло.

Ця характеристика розглядає **ключові психічні особливості періоду раннього дитинства**, аналізує фактори, що сприяють виникненню психосоматичних розладів, їхні прояви та підходи до корекції.

Психічні особливості періоду раннього дитинства: Ключові досягнення.

Цей період називають *кризою 3 років*, але її початок припадає вже на кінець першого року життя. Це час, коли дитина вчиться бути "окремою" від батьків.

Розвиток самосвідомості та автономії. "Я сам!": Це головний лейтмотив цього віку. Дитина прагне самостійності: одягатися, їсти, гратися. Це ключовий етап для формування автономії та ініціативності, що є основою для подальшої впевненості у собі.

"Криза трьох років": Ближче до трьох років ця потреба в автономії переростає у "кризу", яка проявляється у впертості, негативізмі, протестах та істериках. Це не "погана поведінка", а необхідний етап розвитку, під час якого дитина вчиться відстоювати свої бажання та межі.

Розвиток мовлення та мислення. Мовлення: Активне засвоєння мови є революцією в розвитку. Дитина переходить від окремих слів до речень. Мова стає головним інструментом для вираження потреб, почуттів та думок.

Символічне мислення: Дитина вчиться використовувати символи: слова для позначення предметів, жести, ігрові дії. Це дозволяє їй гратися в "наслідування", "годувати ляльку" тощо, що є важливим для розвитку уяви.

Емоційна сфера.

Розвиток емоцій: З'являються складніші емоції, такі як сором, провина, гордість. Дитина вчиться розпізнавати емоції дорослих і реагувати на них.

Регуляція емоцій: Це головне завдання цього віку. Дитина вчиться стримувати свої імпульси. Якщо дорослий допомагає їй у цьому, вона розвиває навички саморегуляції. Якщо її істерики ігноруються або караються, вона вчиться придушувати свої емоції або, навпаки, маніпулювати ними.

2. Психосоматичні розлади в період раннього дитинства. Прояви та механізми.

В ранньому дитинстві психологічний стрес часто проявляється через тіло, оскільки дитина ще не може повністю виразити свої емоції словами.

Механізми виникнення.

Внутрішній конфлікт: Конфлікт між потребою в автономії ("я хочу сам") і залежністю від дорослого ("я не можу") створює внутрішню напругу, яка може "виходити" через тіло.

Емоційне віддзеркалення: Дитина "вбирає" напругу, тривогу або депресію дорослих, які її оточують, і виражає цей стрес через фізіологічні реакції.

Недостатня емоційна підтримка: Якщо батьки не приймають істерики, не допомагають дитині впоратися з емоціями, вона шукає інший спосіб "сказати" про свій дискомфорт, і цим "словом" стає тіло.

Основні клінічні прояви.

Розлади травлення: "Невротична" блювота або відрижка: Блювота, що не пов'язана з органічними захворюваннями. Часто виникає як реакція на стрес, надмірний тиск під час годування або конфлікт з батьками.

Проблеми з апетитом: Вибіркове харчування, відмова від їжі або, навпаки, надмірний апетит можуть бути пов'язані з напругою навколо процесу годування.

Функціональний запор: Часто виникає у період привчання до горщика. Це може бути формою протесту, що проявляється через тіло, або наслідком підвищеної тривожності.

Розлади сну: Нічні страхи, кошмари: Можуть бути пов'язані з денними стресами, тривогою розлуки або перезбудженням нервової системи.

Сноходіння (сомнамбулізм): Часто є ознакою глибокого внутрішнього конфлікту або стресу.

Шкірні прояви: Нейродерміт, atopічний дерматит: Часто загострюються або вперше виникають у цьому віці. Емоційний стрес може викликати свербіж, що, у свою чергу, посилює розчісування і погіршує стан шкіри. Це створює "порочне коло", де тіло реагує на емоції.

Проблеми з диханням: "Психогенний" кашель: Кашель, що не має фізіологічної причини, але посилюється у стресових ситуаціях або при приверненні уваги дорослих.

Невротичні рухи: Тіки (моргання, посмикування), покусування нігтів, смоктання пальців, мастурбація. Ці рухи можуть бути способом самозаспокоєння в умовах стресу.

Взаємодія факторів ризику та діагностика.

Фактори ризику.

З боку дитини: Підвищена збудливість, вразливість нервової системи, слабкий імунітет.

З боку батьків: Надмірна вимогливість, авторитарний стиль виховання, відсутність емоційного контакту, гіперопіка, тривожність.

З боку середовища: Постійні конфлікти в сім'ї, стресові ситуації, що травмують психіку дитини, — наприклад, переїзд, розлучення батьків.

Діагностика.

Діагностика психосоматичних розладів у цьому віці вимагає співпраці педіатра, дитячого психолога і батьків.

Медичне обстеження: Першочергове завдання — виключити органічну патологію.

Спостереження за поведінкою: Оцінка емоційного стану дитини, її ігор, взаємодії з дорослими.

Аналіз сімейних стосунків: Важливо оцінити стиль виховання, емоційний клімат у сім'ї, рівень стресу у батьків.

Профілактика та клінічні втручання. Корекція психосоматичних розладів у ранньому дитинстві базується на принципах роботи з усією сім'єю, а не лише з дитиною.

Психологічна допомога батькам: Навчання батьків розуміти емоції дитини, приймати її "кризи", допомагати їй справлятися з істериками.

Створення безпечного середовища: Забезпечення стабільного режиму дня, ритуалів перед сном, щоб дитина відчувала безпеку і передбачуваність.

Ігрова терапія: Допомагає дитині виразити свої емоції та конфлікти через гру, що знижує напругу.

Сенсорна інтеграція: Використання ігор з піском, водою, пластиліном, що допомагають регулювати сенсорні відчуття та знижують тривожність.

3. Психотерапія в дитячому віці, особливості і спрямування.

Застосування психотерапії в період раннього дитинства (1-3 роки) має свою специфіку, оскільки дитина ще не може виражати свої думки та почуття вербально. Методи тут спрямовані не на "розмови", а на відновлення здорових стосунків та взаємодії між дитиною і дорослим, що доглядає за нею.

Головна мішень: Діада "дорослий-дитина". У цьому віці психотерапевтичний вплив зосереджується на діаді (парі) "батьки-дитина". Проблеми дитини розглядаються як сигнал про труднощі у стосунках із дорослим. Тому робота ведеться не лише з дитиною, а й з батьками.

Основні методи психотерапії.

Ігрова терапія (недирективна): Це основний метод роботи з дітьми цього віку. Іграшка для дитини – це її слова. Через гру дитина може виразити свої страхи, гнів, тривогу та внутрішні конфлікти. Терапевт створює безпечний простір, де дитина може гратися вільно. Він спостерігає за грою та допомагає інтерпретувати її, відображаючи почуття дитини.

Дитячо-батьківська терапія: Цей метод безпосередньо працює з взаємодією між дитиною та батьками. Терапевт спостерігає за їхньою спільною грою або повсякденними ритуалами (годування, укладання спати) і надає батькам зворотний зв'язок. Мета – навчити батьків краще розуміти сигнали дитини, реагувати на її емоції та створювати безпечну прив'язаність.

Сенсорна інтеграція: Цей підхід використовується, коли психосоматичні розлади пов'язані з порушеннями обробки сенсорної інформації. Через ігри з піском, водою, м'ячами та іншими матеріалами дитина вчиться регулювати свої тілесні відчуття, що допомагає заспокоїти нервову систему.

"Терапія корисних дотиків" та масаж: Тактильний контакт є життєво важливим для дитини. Масаж, спеціальні ігри з дотиками допомагають відновити емоційний зв'язок і знизити рівень стресу.

Ключові принципи дитячої психотерапії.

Невербальна комунікація: Терапевт спирається на спостереження за поведінкою, грою, мімікою та жестами дитини, оскільки мовлення ще не розвинене.

Симптом як сигнал: Симптом (наприклад, запор або агресія) розглядається не як "погана поведінка", а як сигнал про емоційний дискомфорт або невирішений конфлікт.

Просвіта батьків: Важливо навчити батьків краще розуміти етапи розвитку дитини, її потреби та способи справлятися з кризою.

Психотерапія в ранньому дитинстві – це насамперед сімейна терапія. Її методи спрямовані на відновлення гармонії у стосунках, що є основою для здорового психічного розвитку. Замість "лікувати" дитину, терапевт допомагає батькам стати для неї найкращими "терапевтами". Це м'який, недирективний підхід, що використовує гру та взаємодію як основні інструменти для зцілення.

Період раннього дитинства є часом, коли закладається основа для автономії та самосвідомості. Це період, що вимагає від батьків гнучкості, терпіння та розуміння. Психосоматичні розлади в цьому віці є тривожним сигналом про те, що внутрішня напруга, яку дитина не може виразити, знаходить вихід через тіло. Розуміння цієї тісної взаємодії між психікою та фізіологією є ключем до ефективної допомоги.

Надання психологічної підтримки батькам, навчання їх чутливій взаємодії з дитиною та створення підтримуючого середовища є найкращою профілактикою

цих розладів. Це питання підкреслює, що психічне здоров'я дитини — це результат складної взаємодії її внутрішнього світу та зовнішнього середовища, і саме батьки є головними провідниками у цьому світі.

Тема 5. Психічні особливості та психосоматичні розлади у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

1. Психічні особливості дошкільного віку (3–7 років).

Періоди дошкільного (3-7 років) та молодшого шкільного (7-10 років) віку є ключовими етапами розвитку, які визначають подальшу траєкторію життя людини. У цей час дитина виходить за межі сім'ї та інтегрується в ширше соціальне середовище – дитячий садок, школа. Вона освоює нові ролі, вчиться взаємодіяти з однолітками та авторитетними дорослими (вихователями, вчителями). Якщо в ранньому дитинстві психічні проблеми проявлялися переважно через тіло, то в дошкільному та молодшому шкільному віці зв'язок між психікою та соматикою стає ще складнішим, а психосоматичні розлади набувають більш виражених форм. Емоційна напруга, стрес, тривога та конфлікти у цьому віці вже можуть "обирати" конкретні органи та системи, створюючи "тілесні маски" психічних проблем.

Ця характеристика аналізує основні психічні особливості цих вікових періодів, механізми виникнення психосоматичних розладів та їхні клінічні прояви, а також сучасні підходи до діагностики та корекції.

Розвиток уяви: У цьому віці бурхливо розвивається фантазія. Діти створюють уявних друзів, вигадують історії, що є важливим для розвитку креативності та емоційної саморегуляції.

Розвиток самосвідомості та емоційної сфери: "Криза 3 років": Продовжується етап боротьби за автономію. Прояви впертості, негативізму та протесту – це не "неслухняність", а здорова потреба дитини у ствердженні своєї волі.

Емоції: Емоції стають більш диференційованими. Дитина може відчувати сором, провину, гордість, радість. Вона вже краще розуміє емоції інших і вчиться співпереживати.

Статева ідентичність: У віці 4-5 років формується усвідомлення своєї статі.

Соціальні навички. Інтеграція в групу: Дитина вчиться ділитися іграшками, домовлятися, сперечатися. Успішна соціалізація в дитячому садку є важливою для формування адекватної самооцінки.

Дошкільний вік це вік активної гри, формування ідентичності та "першої соціалізації". Соціальна ситуація **розвитку дошкільного віку полягає в**

розширенні предметного світу і необхідності дій у світі реальних речей унаслідок формування самосвідомості. Для дитини цього віку не існує абстрактного пізнання, критичного споглядання, і тому спосіб освоєння навколишнього світу — це дії у світі реальних предметів і речей, але дитина поки не володіє способами здійснення цих дій. Ця суперечність може вирішитися тільки в одному типі діяльності — грі, мотив якої лежить не в результаті, а в змісті самої дії.

Гра для дошкільників є провідною діяльністю і характеризується: уявною ігровою ситуацією; виділенням знань і смислів, що лежить в основі формування образно-схематичного мислення; розвитком активного запам'ятовування; узагальненим характером ігор, наявністю ролей (такі ігри, в яких розігруються узагальнені соціальні функції (вершник, доктор, солдат тощо).

У процесі гри дитина починає виконувати певну соціальну роль. Беручи на себе ті чи інші ролі, вона ніби приміряє певні соціальні функції. У рольовій грі можна порівняти свої можливості з можливостями інших дітей, краще пізнати себе.

Натомість “Я сам” поступово формується справжня самосвідомість. Із розвитком дитини рольові ігри переростають в ігри з правилами. Ігри з правилами стимулюють досягнення певних соціально значущих цілей. Формується самооцінка, рівень домагання. З іншого боку, в іграх з правилами дитина навчається обмежувати свої бажання, підкорятися заборонам. Вона набуває досвід керівництва, але не такий, який їй хочеться, а відповідно до певних вимог, норм та заборон. У грі відбувається становлення моральних основ, формуються мотиви поведінки і волі дитини як провідного виду діяльності, в якому активно формуються психічні процеси: збагачуються сприйняття, активна пам'ять і увага.

Ігрова діяльність як провідна. Рольова гра: Головна діяльність дошкільника — це гра. У грі дитина засвоює соціальні ролі ("мама", "лікар", "продавець"), вчиться взаємодіяти з іншими, переживати різні емоції та програвати стресові ситуації

Рольова гра спричинює перехід від наочно-дієвого мислення до словесно-логічного, освоєння смислів, формування уяви, розвитку моторики.

Гра створює “зону найближчого розвитку”. Л. С. Виготський писав: “Гра в конденсованому вигляді містить у собі, як у фокусі збільшувального скла, всі тенденції розвитку...” Ігрова діяльність як провідна повинна підготувати дитину до школи, розвинути у дошкільнят ті властивості особистості й психічні процеси, які необхідні для успішного навчання в початкових класах. До старшого дошкільника висуваються такі вимоги: *сформованість насамперед образного мислення та наявність умінь виділити навчальну задачу і перетворити її в самостійну мету діяльності (пізнавальна потреба). Інтелектуальна*

готовність дитини до школи важлива, але не єдина передумова успішного навчання. Важливим є ставлення дитини до школи, до навчання, до вчителів, до самого себе (“соціальна позиція”).

Формування **“соціальної позиції”** відносно школи вимагає не лише усвідомлення як джерела знань, а й її емоційного ставлення. Дитині потрібно навчитися входити в дитяче товариство, діяти спільно з іншими, поступатися, підкорятися. Особливе місце в психологічному розвитку старшого дошкільника займає **спілкування з дорослими**, яке носить переважно особистісний характер. Таке спілкування характеризується засвоєнням дитиною особливої позиції стосовно дорослого — позиції учня, що є цінною передумовою для навчання у школі. Перехід із дошкільного віку в молодший шкільний нерідкосупроводжується **кризою 7-ми років**, для якої характерні:

- 1) *втрата дитячої безпосередності;*
- 2) *манірність, капризи, у поведінці — безглуздість, вертлявість, блазнювання;*
- 3) *початок диференціації внутрішньої та зовнішньої сторони особистості дитини;*
- 4) *об’єктом аналізу стають суб’єктивні переживання: “Я радію”, “Я засмучуюсь”;*
- 5) *формування афективного узагальнення, логіка почуттів.*

2. Психічні особливості молодшого шкільного віку (7-10 років).

Перехід до школи є **“кризою 7 років”**, яка змінює провідну діяльність з гри на навчання.

Навчальна діяльність як провідна.

Нова соціальна роль: Дитина стає школярем, що накладає на неї нові обов'язки та відповідальність.

Розвиток пізнавальних процесів: Активно розвивається мислення, пам'ять, увага, уява. Мислення стає більш логічним та абстрактним.

Формування “Я-концепції” та самооцінки.

Порівняння з іншими: Самооцінка дитини починає залежати від її успіхів у навчанні та стосунків з однолітками. Оцінки вчителя, критика батьків, порівняння з іншими дітьми можуть сильно впливати на самосприйняття.

Розвиток емоційно-вольової сфери: Дитина вчиться керувати своєю поведінкою, стримувати емоції, проявляти терпіння. Це важлива передумова для успіху в школі.

Стосунки з однолітками.

Дружба: З'являються стійкі дружні стосунки, які ґрунтуються на спільних інтересах.

Булінг: На жаль, у цьому віці поширюється булінг. Несприятливі стосунки з однолітками стають потужним фактором стресу.

3. Психосоматичні розлади у дошкільному та молодшому шкільному віці

До віку 6–7 років однією з основних змін психологічної діяльності дитини, її особистісних особливостей є формування нової провідної діяльності — навчальної. сутність навчальної діяльності полягає у засвоєнні наукових знань через збагачення й перебудову особистості дитини, що виявляється у змінах рівня знань, навичок, умінь, у розумових операціях і в особливостях особистості. Проте, *перехід із дошкільного в молодший шкільний вік відбувається не автоматично, а шляхом переведення ігрової діяльності в навчальну.*

Розвиток особистості молодшого школяра може порушуватися унаслідок двох причин:

- 1) *неправильного розуміння ієрархії потреб у результаті недоліків виховання й навчання;*
- 2) *недостатнього розвитку функціональних систем мозку, що забезпечують навчальну діяльність.*

Своєю чергою, навчальна діяльність пов'язана з формуванням *самооцінки особистості*. Для дітей позначки, які вони отримують, важливі не тільки як спосіб оцінювання їхніх знань, а й одночасно як оцінка їхньої особистості, їхніх можливостей і місця серед інших. Тому у відмінників формується завищена самооцінка, а в тих, хто погано встигає — занижена. Корекція самооцінки — важливий момент, який вимагає порівнювання дитини лише із самим собою.

Значущим є і використання заохочення. Похвала важлива у присутності інших, осуд — наодинці. Як похвала, так і осуд повинні стосуватися не глобально людини, а окремих сторін її особистості або окремих операцій.

Навчальна діяльність приводить до зміни й психічних процесів, серед яких велике значення відіграє розвиток вищих почуттів — почуття товариства, боргу, відповідальності, колективізму; інтелектуальних почуттів — допитливості, здивування, сумніву, задоволення від вдалого виконання завдання. Успіх у навчанні — єдине джерело внутрішніх сил дитини, що народжують енергію для подолання труднощів.

Психосоматичні розлади в цьому віці часто є "тілесним вираженням" емоційної напруги, пов'язаної з адаптацією до нових соціальних умов (дитячий садок, школа).

З типових для дитини **дошкільного та молодшого шкільного віку психопатологічних синдромів** можна назвати **синдром уходу та бродяжництва, синдроми патологічного фантазування**.

Синдром уходу та бродяжництва характеризується повторюваними уходами дитини з дому чи школи, поїздками в інші райони міста чи інші населені пункти, прагненням бродяжити і подорожувати. Нерідко він зумовлений мікросоціальним середовищем та реакцією дитини на психотравмуючу ситуацію в сім'ї або в школі. **Синдроми патологічного фантазування** включають жвавість уяви, схильність до змішування вимислу, фантазії і реальності. Часто першою ознакою синдрому патологічного фантазування виступає своєрідність ігрової діяльності дитини, під час якої вона на тривалий період здатна "перевтілитися" в тварину, вигаданий образ чи неживий предмет. **Можливі різні шляхи формування такого синдрому — від психогенно-особистісного, пов'язаного із формуванням та переважанням шизоїдного або істеричного радикалу в характері дитини, до ендogenous (шизофренічного), зумовленого порушеннями комунікативних здібностей.**

Із **психосоматичних розладів** провідну роль відіграють **цефалгії (головні болі) та болі в животі, лихоманки неясного генезу, психогенна блювота, запори або проноси (діарея) та енкопрез**.

Механізми виникнення.

Емоційна дизрегуляція: Діти ще не вміють ефективно керувати стресом. Невиражені емоції (гнів, тривога, страх) можуть блокуватися і знаходити вихід через тіло, впливаючи на вегетативну нервову систему.

Вторинна вигода: У деяких випадках хвороба може несвідомо використовуватися для отримання уваги, уникнення неприємних обов'язків (наприклад, йти до школи).

"Переживання-програвання": Травматичні події (наприклад, конфлікти в сім'ї або булінг) можуть несвідомо програватися через тілесні симптоми.

Основні клінічні прояви.

Розлади травлення.

Синдром подразненого кишечника: Біль у животі, закрепи або діарея, що посилюються перед важливими подіями (контрольна, іспит, похід до школи).

Функціональна диспепсія: Нудота, блювота, що не мають органічної причини.

Розлади харчової поведінки: Відмова від їжі, вибірковість.

Розлади дихання: "Психогенний" кашель: Напади кашлю, що виникають у стресових ситуаціях.

Бронхіальна астма: Хоча астма має органічну природу, її напади часто провокуються або посилюються психологічним стресом.

Шкірні прояви: Нейродерміт, атопічний дерматит: Часто загострюються у відповідь на стрес, особливо в нових соціальних умовах.

Алопеція (випадіння волосся), що може бути пов'язана з емоційним потрясінням.

Розлади сечовиділення: Енурез (нічне нетримання сечі): Якщо після 5 років дитина продовжує мочитися уві сні, це часто є психосоматичним проявом стресу, тривоги, страху.

Головні болі та мігрені: Головні болі напруги: Часто пов'язані з емоційним напруженням, стресом у школі, перевантаженням.

Фактори ризику та діагностика.

Фактори ризику.

Сімейні фактори: Висока вимогливість батьків, авторитарний стиль виховання, надмірний контроль, сімейні конфлікти, розлучення, насильство.

Шкільні фактори: Шкільна дезадаптація, булінг, конфлікти з учителями, високе академічне навантаження, страх невдачі.

Особистісні особливості: Підвищена тривожність, перфекціонізм, низька самооцінка, емоційна вразливість.

Діагностика.

Медичне обстеження: Необхідно повністю виключити будь-яку органічну патологію, яка може бути причиною симптомів.

Збір анамнезу: Ретельний збір інформації про сімейну ситуацію, стосунки в школі, стресові події, які передували появі симптомів.

Психологічна діагностика: Використання проєктивних методик (малюнки, гра), бесіди з дитиною (якщо дозволяє вік), анкетування батьків та вчителів для виявлення психологічних проблем.

4. Профілактика та корекція психосоматичних розладів у дошкільному та молодшому шкільному віці.

Корекція психосоматичних розладів у цьому віці вимагає комплексного підходу, що включає роботу з дитиною, батьками та шкільним середовищем.

Індивідуальна психотерапія:

Ігрова терапія: Допомогає дитині виразити невиражені емоції та переживання через гру.

Арт-терапія: Малювання, ліплення, робота з глиною допомагають знизити напругу.

Сімейна терапія: Навчання батьків: Допомога батькам у встановленні емоційного контакту з дитиною, підтримка, а не критика. Налагодження комунікації: Робота з конфліктами в сім'ї.

Робота з середовищем: Співпраця зі школою: Допомога вчителям у роботі з дитиною, боротьба з булінгом, зниження академічного тиску. *Навчання саморегуляції:* Навчання дитини методам релаксації, дихальним вправам, що допомагають їй справлятися зі стресом.

Дошкільний та молодший шкільний вік – це періоди, коли дитина активно інтегрується у світ, освоюючи нові соціальні ролі. Психосоматичні розлади в цей час є своєрідним "криком" тіла про емоційний дискомфорт, з яким психіка дитини не може впоратися. Розуміння психічних особливостей кожного віку дозволяє правильно інтерпретувати ці сигнали. Лікування тут неможливе без участі батьків і врахування соціального контексту (сім'я, школа). Комплексний підхід, що поєднує медичне обстеження з психологічною допомогою, є ключем до розриву порочного кола "стрес-симптом" і забезпечення здорового розвитку дитини.

Тема 6. Психічні особливості та психосоматичні розлади в підлітків.

1. Психічні особливості підлітків

Період *підліткового віку* – це критичний етап у розвитку особистості, що характеризується значними психологічними, фізіологічними та соціальними змінами. З огляду на ці зміни, підлітки часто переживають емоційні труднощі, які можуть призводити як до порушення психічного здоров'я, так і до розвитку психосоматичних розладів. У зв'язку з цим вивчення психічних особливостей підлітків, причин виникнення психосоматичних розладів та методів їх психотерапевтичної корекції є вкрай актуальним.

У наш час до підлітків прийнято зараховувати дітей 12–15 років, причому період 10–13 років визначається як *предпубертатний період*, а 13–15 років — як *пубертатний*.

Підлітковий вік як перехідний від дитинства до зрілості завжди вважався критичним, однак криза цього віку (пубертат) значно відрізняється від криз молодших віків. Він є найгострішим і найтривалішим. Пов'язано це з поєднаною дією на підлітка низки соматичних, психологічних і соціальних факторів.

В основі соматичних змін організму підлітка лежить інтенсивна перебудова ендокринної системи, що закінчується досягненням статевої зрілості. Крім формування *вторинних статевих ознак у підлітків відбувається зміна*

співвідношення частин тіла (дитячий тулуб при швидкому розвитку кінцівок).

Рухи при цьому стають незграбними. Часто за швидким ростом тіла (різке збільшення м'язової маси і зріст) не встигають внутрішні органи, що призводить до розвитку ряду функціональних захворювань, особливо серцево-судинної системи. За принципом бінарності дії гормонів перебудова ендокринної системи не

може протікати без відповідних змін у психіці. У зв'язку з цим **у момент особливо різких ендокринних зрушень у підлітків відзначається виражене психічне занепокоєння, підвищений рівень тривожності.** Намагаючись позбутися цієї тривожності, виплеснути її назовні, вони часто вступають у конфлікти, не-

рідко відмічаються колективні бійки. Цим самим пояснюється підвищена схильність підлітків до відвідування масових галасливих рок-концертів, вживання наркотиків та алкоголю.

Поряд із психічними змінами, зумовленими виключно гормональним впливом, **у підлітків спостерігаються і глибоко психологічні, особистісні зміни, не пов'язані безпосередньо з перебудовою ендокринної системи. До таких змін слід віднести формування нової самосвідомості з підвищеним почуттям власної гідності, власних можливостей і здібностей. Розвиваються високі почуття дружби і любові, причому любов аж ніяк не зумовлена сексуальними потребами, а навпаки носить виключно платонічний, духовний характер.**

Протягом підліткового періоду ламається та перебудовується колишнє ставлення дитини до навколишнього світу і до самого себе, формується та життєва позиція, з якою підліток починає своє самостійне життя. Вступ у доросле життя — не одномоментна подія, а тривалий процес, біологічні та соціальні сторони якого мають свої сили, свій ритм і темпи розвитку. У зв'язку з високими, але не синхронними темпами фізичного й психічного розвитку підлітків у них виникає багато таких потреб, задовольнити які в умовах ще недостатньої соціальної зрілості не завжди можливо. Тому **депривація потреб у підлітковому віці** спостерігається частіше і виражена значно сильніше, ніж у молодшому віці, і подолати її через відсутність синхронності в психічному та соціальному розвитку підлітка дуже важко.

Основним новоутворенням підліткового віку є формування почуття дорослості, тобто стан, коли основна маса потреб підлітка нічим не відрізняється від таких у дорослих. Однак при об'єктивно наступаючому подорослішанні соціальна ситуація для нього, звичайно, не змінюється — він залишається учнем і перебуває на утриманні у батьків, позбавлений низки цивільних прав. Високі домагання приводять до нерозв'язних труднощів, входять у конфлікт з реальною

дійсністю. У цьому й криється основна причина *психосоціальної кризи підліткового віку*.

Одним з найбільш помітних і важливих виявів психологічної перебудови підлітка є різка зміна відносин з дорослими, зокрема з батьками. Відбувається зміна значущих осіб, і підлітки в багатьох життєвих ситуаціях орієнтуються виключно на думку однолітків, майже повністю ігноруючи думку батьків та інших дорослих. Пік впливу батьків на формування особистості дітей припадає не на перехідний вік, а на перші роки життя дитини. В підлітковому віці явно слабшають емоційні зв'язки батьків і дитини. Підліток прагне звільнитися від опіки. Розширення прав призводить до того, що він не пасивно очікує від батьків будь-яких благ, а навпаки активно пред'являє до батьків завищені матеріальні вимоги. Якщо в дитинстві батько часто виступає прикладом для наслідування, то в підлітковому періоді його гідності критикуються, а недоліки помічаються. Однак, незважаючи на помітне падіння авторитету сім'ї в очах підлітка, вона все одно залишається тим місцем, де він почуває себе впевнено й спокійно. І якщо підлітки вважають за краще проводити дозвілля, розважатися, ділитися інтимними переживаннями виключно з однолітками, то за порадою в скрутну хвилину вони звертаються до батьків.

Психологічний бар'єр між батьком і підлітком пояснюється не тільки віковим егоцентризмом і максималізмом підлітка, а й абсолютною впевненістю у непогрішності власного досвіду, неможливістю поглянути на світ очима підлітка з боку батьків. Відомо, що підлітки більш об'єктивно оцінюють своїх батьків, ніж ті своїх дітей.

Слід зауважити, що потреба в *неформальному спілкуванні з батьками* дуже велика у підлітків, але задовольняється вона менше ніж наполовину. Так, лише третина підлітків задоволена спілкуванням з матір'ю і лише кожний десятий — з батьком. Серед школярів, що мають довірчі відносини з батьками, стійку самооцінку дають переважна більшість із них, а серед тих, у кого спілкування жорстко регламентовано, — тільки чверть. Крім батьків, іншими значущими дорослими в житті підлітка є вчителі.

Слід визнати, що останнім часом робота вчителя помітно ускладнилася, причому особливо важко мати справу зі старшокласниками. Статус сучасного підлітка-школяра неоднозначний. З одного боку, положення старшого накладає на підлітка додаткову відповідальність, перед ним ставлять складніші завдання, з нього більше питають. З іншого боку, за своїми правами він цілком залежить від учителів і шкільної адміністрації.

Внутрішня позиція учня щодо школи складається з його ставлення до неї як установи, до процесу навчання і знань, до вчителів, до однокласників. При цьому слід зауважити, що на відміну від старшокласників установка підлітків менш

диференційована і зводиться до того, що вони просто “люблять” або “не люблять” школу.

Провідною діяльністю підлітка залишається навчання. Якщо в 1–2 класах дитина ще не усвідомлює самого змісту навчання та орієнтується головним чином на оцінку, за якою до нього стоїть певне відношення вчителя, то для підлітка навчання стає насамперед засобом завоювати престиж в однолітків, така репутація далеко не завжди сприяє завоюванню авторитету, якщо не навпаки. У підлітковому віці значно складнішими й диференційованими стають відносини з учителями, що й становить одну з причин **шкільної дезадаптації підлітків**.

Подібно батькам, учитель у свідомості дитини виконує такі функції: заміна батьків, влада, розпорядження покараннями та заохоченнями, авторитетне джерело знань у певній галузі, старший товариш і друг. Молодший школяр не розрізняє цих функцій, сприймаючи вчителя загалом і оцінюючи за тими самими критеріями, що й батьків. З віком ситуація змінюється. Підліток вже не бачить у вчителі втілення батька й матері. Вчительська влада так само невелика — він навіть не може відсторонити недбайливого учня від відвідування занять.

Підліток починає пред’являти з відповідним йому максималізмом певні вимоги до вчителя. Так, в образі “ідеального вчителя” на перший план виходять його індивідуальні якості — здатність до розуміння, емоційного відгуку, сердечність. На другому місці стоїть професійна компетентність, рівень знань і якість викладання, на третьому — вміння справедливо розпоряджатися владою. Природно, далеко не всі вчителі мають гармонійну сукупність цих якостей, звідси диференціація вчителів і самих відносин з ними, виникнення усіляких конфліктів, що часто призводять до наполегливого небажання підлітків відвідувати школу. З іншого боку, нерідкі випадки прихильності до улюбленого вчителя у формі пристрасного захоплення та безоглядної відданості.

Однак таких уподобань не може бути багато, в більшості підлітків тісний емоційний зв’язок існує з одним-двома вчителями, причому з віком ці відносини стають усе більш виборчими. Головною перешкодою, що заважає взаєморозумінню учня і вчителя, є абсолютизація ролевих відносин, наївно-бюрократична “школа”, за якими криється низький рівень підготовки педагогів, небажання, а часом і страх побачити у своїх учнях особистості. Особистісний підхід — не просто врахування індивідуальних особливостей учнів.

Одна з **головних тенденцій перехідного віку** — переорієнтація спілкування з батьками, вчителями і взагалі старшими ровесниками. Потреба в спілкуванні з однолітками, яких не можуть замінити батьки, виникає у дітей досить рано, а з віком посилюється. Поведінка ж підлітків за своєю сутністю є колективно-груповою. Спілкування з однолітками представляє дуже важливий специфічний канал інформації. Наприклад, переважну частину інформації з

питань статі підліток отримує від однолітків. Також спілкування підлітків — це специфічний вид міжособистісних відносин.

Групова гра та інші види спільної діяльності виробляють необхідні передумови соціальної взаємодії, уміння підкорятися колективній дисципліні і водночас обстоювати свої права, співвідносити особисті інтереси із суспільними. І, нарешті, це *специфічний вид емоційного контакту*. Свідомість групової належності, солідарності, товариської взаємодопомоги не лише полегшує підлітку автономізацію від дорослих, а й дає йому надзвичайно важливе почуття емоційного благополуччя та стійкості.

2. Інтенсивний розвиток психіки в пубертатному періоді.

Підлітковий вік (від 11 до 17 років) — це період інтенсивного розвитку психіки, який супроводжується:

1. *Акцентуацією емоцій* — емоції стають глибшими, інтенсивнішими, проте менш стабільними. Спостерігається підвищена вразливість, дратівливість, образливість, схильність до драматизації подій.

2. *Пошуком ідентичності* — підліток починає усвідомлювати себе як окрему особистість, прагне незалежності від батьків, часто через протест, що іноді супроводжується агресією або замкнутістю.

3. *Формуванням самооцінки та самосвідомості* — у цей період відбувається активна побудова уявлень про себе, які можуть бути нестійкими або суперечливими, що може призводити до внутрішніх конфліктів.

4. *Підвищенням рівнем тривожності* — через складнощі в адаптації до соціальних вимог, конфлікти з батьками, вчителями та однолітками.

5. *Вразливістю до соціальних впливів* — думка однолітків часто є визначальною, що може як позитивно, так і негативно впливати на психічне здоров'я.

3. Особливості підліткового віку у плані підліткової психіатрії.

Необхідно знати *особливості підліткового віку* не тільки у плані психологічних і соціальних підходів, а й у *плані підліткової психіатрії*. Тут *треба звернути увагу на певні форми типових поведінкових реакцій підлітків на ту чи іншу соціальну ситуацію, ще не є патологічними, а іноді криють у собі небезпеку переростання у “крайові психопатії”*.

До зазначених реакцій прийнято відносити реакції опозиції, імітації, компенсації, гіперкомпенсації, емансипації, групування та деякі ін.

Реакція “опозиції” — це активний протест, причиною якого можуть бути занадто високі вимоги, що пред'являються до підлітка, непосильні навантаження,

втрата, брак уваги з боку дорослих. Виникаючи в дитинстві, опозиція посилюється в підлітковому віці.

Реакція “імітації” виявляється у прагненні наслідувати певним зразкам, модель якого диктується, зазвичай, компанією однолітків. Реакція може бути причиною порушення поведінки, якщо зразок для наслідування асоціальний.

Реакція “гіперкомпенсації” виражається у наполегливому прагненні підлітка досягти успіху у тій сфері, в якій він слабкий. Невдачі в деяких випадках закінчуються нервовим зривом. Реакція “емансипації” виявляється у прагненні звільнитися від контролю і опіки старших. Вона поширюється і на порядки, закони й “стандарти” дорослих. Потреба в емансипації пов’язана з боротьбою за самостійність, за самоствердження себе як особистості. У повсякденній поведінці — це прагнення зробити усе “по-своєму”, в крайніх варіантах — втечі з дому.

Реакція “групування” — філогенетичний стадний інстинкт. Групи в середовищі підлітків виникають і функціонують за своїми, ще недостатньо вивченими, соціально-психологічними законами, серед яких найбільшу небезпеку становить так звана “автономна мораль”, що не збігається з вимогами батьків, школи, законів. Особливо сильна вона у неповнолітніх правопорушників і злочинців. Саме група стає регулятором поведінки для педагогічно занедбаних підлітків. Легко об’єднуються в групи наркомани, нестійкі підлітки, які мають досвід асоціальної поведінки.

Слід зауважити, що перехідний вік, особливо 12–14 років, супроводжується значними змінами в змісті та структурі “Я-концепції”. У підлітків помітно посилюються схильність до самостереження, сором’язливість, егоцентризм, знижується стійкість образів “Я”, дещо знижується загальна самоповага й істотно змінюється самооцінка деяких якостей. Підліткам значно частіше, ніж іншим дітям, здається, що батьки, вчителі й однолітки про них поганої думки, і вони частіше відчують **депресивні стани**.

Самі юнаки та дівчата насамперед сприймають період “важкого віку” як період фізичних змін, **становлення психосексуальної ідентифікації**. У перехідному віці люди частіше, ніж коли б то не було, стають жертвами **синдрому дисморфоманії**, приділяючи велику увагу своїй зовнішності. Таким чином, у підлітковому віці у людини починає активно формуватися самосвідомість, починається становлення образу “Я”.

Психосоматичні розлади: поняття та природа.

Психосоматичні розлади — це хвороби, в основі яких лежать психологічні чинники, що викликають або поглиблюють фізичні симптоми. До найпоширеніших психосоматичних захворювань у підлітків належать:

- бронхіальна астма;
- гастрит, виразкова хвороба шлунка;

- головні болі, мігрень;
- нейродерміт, псоріаз;
- порушення сну;
- вегетативно-судинна дистонія;
- розлади харчової поведінки (анорексія, булімія).

Причини психосоматичних розладів у підлітків:

1. ***Хронічний стрес*** – перевантаження у навчанні, проблеми в родині, булінг у школі.
 2. ***Психічна травма*** – втрата близьких, насильство, приниження.
 3. ***Нереалізовані емоції*** – невисловлені страхи, образи, гнів.
 4. ***Несформованість механізмів психологічного захисту.***
 5. ***Соматизація конфліктів*** – перенесення внутрішньої напруги на тіло.
- Зв'язок психічного стану і соматичного здоров'я.***

Психосоматичні симптоми є "мовою тіла", коли підліток не може вербально виразити свої емоції. Наприклад, шлункові болі можуть свідчити про тривогу, а головні болі – про перенапруження через почуття провини чи відповідальності.

Соматичні прояви часто є способом "ухилення" від небажаної ситуації: конфлікту в школі, складного контролю, небажаного спілкування. Таким чином, тіло "говорить" замість психіки, яка не справляється із внутрішнім конфліктом.

4. Психотерапія психосоматичних розладів у підлітків

Ефективне лікування психосоматичних розладів вимагає комплексного підходу, який включає роботу психолога/психотерапевта, лікаря-терапевта, педагогів та, за необхідності, психіатра.

Основні методи психотерапії:

1. ***Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).*** Допомогає виявити і змінити деструктивні думки та поведінкові шаблони, що викликають тривогу, страх чи вину. Вона дозволяє підлітку навчитися адекватно реагувати на стресові ситуації.
2. ***Арт-терапія.*** Через творчість (малюнок, ліплення, музика) підлітки можуть безпечно виразити внутрішні переживання, які не здатні описати словами.
3. ***Тілесно-орієнтована терапія.*** Спрямована на відновлення зв'язку з тілом, зниження м'язового напруження, роботу з диханням, зняття психосоматичних затисків.
4. ***Сімейна терапія.*** Часто джерело психосоматичних порушень – це конфліктна або надконтрольна атмосфера в родині. Робота з батьками допомагає нормалізувати емоційний клімат та змінити деструктивні взаємодії.
5. ***Психоосвіта.*** Навчання підлітків і батьків основам психічного здоров'я, розуміння зв'язку між емоціями та тілом, способам емоційної саморегуляції.

6. **Групова психотерапія.** Дозволяє відчувати підтримку з боку однолітків, підвищити самооцінку, навчитися спілкуванню, подолати ізоляцію.

Роль батьків і школи. Психічне здоров'я підлітка великою мірою залежить від того, наскільки емоційно безпечною є його сім'я та шкільне середовище.

Батьки мають:

- приймати емоції підлітка без засудження;
- надавати підтримку, а не тільки вимоги;
- заохочувати самовираження;
- навчитися розпізнавати ранні ознаки психоемоційного виснаження.

Педагоги повинні:

- створювати атмосферу підтримки, а не тиску;
- вчасно звертати увагу на зміни у поведінці підлітка;
- співпрацювати з шкільним психологом, соціальним педагогом.

Психосоматичні розлади в підлітків – це прояв глибших психічних проблем, які потребують уважного і комплексного підходу. Знання психічних особливостей підліткового віку дозволяє своєчасно виявити внутрішні конфлікти й надати необхідну допомогу. Успішна психотерапія залежить не лише від фахівця, а й від підтримки сім'ї, школи, соціального середовища. Важливо формувати культуру психічного здоров'я ще з раннього віку, щоб запобігати розвитку хвороб, що виникають на тлі емоційних травм.

Тема 7. Психічні особливості та психосоматичні розлади ранньої юності.

1. Психічні особливості ранньої юності.

Рання юність — це перехідний період між підлітковим віком і дорослістю (приблизно 15–18 років), який є надзвичайно важливим для становлення особистості. У цей період людина стикається з низкою психологічних, фізіологічних і соціальних змін, що можуть стати джерелом як позитивного зростання, так і психоемоційних розладів. Особливої уваги вимагають **психосоматичні порушення**, які виникають через тісний взаємозв'язок між психічним і фізичним станом. Вивчення цього періоду з позицій психічних особливостей, факторів ризику та можливостей психотерапевтичної допомоги є важливим для профілактики та лікування таких порушень.

Центральним психологічним процесом розвитку самосвідомості в періоді ранньої юності є формування особистої ідентичності — почуття індивідуальної самототожності, наступності та єдності. До теперішнього часу в психології прийнято виділяти **чотири етапи розвитку ідентичності**, що вимірюються ступенем професійного, релігійного і політичного самовизначення

молодої людини. У ранній юності психіка переживає глибокі трансформації, зокрема:

1. **“Невизначена, розмита ідентичність”** характеризується тим, що індивід ще не виробив чітких переконань, не вибрав професії і не зіткнувся з кризою ідентичності. Провідною психологічною потребою є самовизначення: хто я, чого прагну, які мої цінності? Юнак або дівчина експериментують із зовнішністю, стилем поведінки, соціальними ролями, іноді — навіть із гендерною чи світоглядною ідентичністю. Це може супроводжуватися внутрішніми конфліктами, сумнівами, зниженням самооцінки.

2. **“Дострокова, передчасна ідентифікація”** має місце, якщо індивід включився у відповідну систему відносин, але робив це не самостійно, в результаті пережитої кризи, а на основі чужих думок, слідуючи чужому прикладу й авторитету.

3. Для етапу **“мораторію”** характерно те, що індивід знаходиться у процесі кризи самовизначення, вибираючи свій, єдиний варіант розвитку.

4. Етап **“зрілої ідентичності”** характеризується завершенням кризи, індивід переходить від пошуку себе до самореалізації.

5. **Посилення самосвідомості.** Підлітки стають здатними до абстрактного мислення, починають аналізувати власні вчинки, дії інших, моральні принципи. Зростає рівень рефлексії, але водночас підвищується ризик тривожних та депресивних переживань.

6. **Емоційна нестабільність.** Гормональні зміни та психологічні труднощі провокують емоційні гойдалки — від ейфорії до апатії. Часто юнаки схильні до екстремальних дій, імпульсивності, в тому числі — до вживання психоактивних речовин, самоушкодження, втеч з дому.

7. **Соціальна переорієнтація.** Пріоритет у спілкуванні зміщується від родини до однолітків, зростає вплив романтичних стосунків. Прийняття групою та партнером стає критично важливим — його відсутність може викликати глибокі переживання.

8. **Амбівалентність.** Юнак може одночасно прагнути незалежності і боятися відповідальності, бути критичним до дорослих, але й шукати від них підтримки. Це створює внутрішню напругу, яка, не знаходячи виходу, здатна "переноситися" в тіло.

Зазвичай до етапу “зрілої ідентичності” молоді люди приходять у віці 16–18 років, хоча деякі можуть назавжди залишитися на рівні розмитої ідентичності чи піти шляхом дострокової ідентифікації, відмовившись від активного вибору та самовизначення. Водночас поняття “зрілої ідентичності” і самі його критерії неоднозначні. Уявлення, що ідентичність формується насамперед у сфері професійної орієнтації, відображає традиційно чоловічу точку зору.

У жіночій самосвідомості велике значення надається сім'ї, професії, хоча останнім часом усе більше стає жінок, орієнтованих на професійні досягнення. Юнаки оцінюють себе головним чином за своїм предметним досягненням, тоді як для дівчат важливіше міжособистісні відносини. Звідси — різне співвідношення компонентів чоловічої та жіночої ідентичності. Юнак, який не здійснив професійного ніжа, наприклад, на наявність серйозних претендентів на її руку та серце.

На відміну від підлітків, юнаки набагато більше стурбовані формуванням власних переконань, розвитком філософського світогляду. Приблизно в 16 років з'являються власні критерії значущості, а 17–18-річні оцінюють себе передусім з точки зору своєї внутрішньої шкали цінностей, уявлень про своє щастя й благополуччя.

Головне психологічне надбання ранньої юності — відкриття свого внутрішнього світу. Для юнака зовнішній світ — лише одна з можливостей суб'єктивного досвіду, осередком якого є він сам. Знаходячи здатність занурюватися в себе, у свої переживання, він заново відкриває цілий світ нових емоцій, красу природи, звуки музики. У цей час людина починає сприймати й осмислювати емоції вже не як похідні від якихось зовнішніх подій, а як стан власного “Я”.

2. Психологічні статеві відмінності в ранній юності.

Психологічні статеві відмінності виявляються у юнаків та дівчат саме у сфері самосвідомості. Дівчата набагато частіше юнаків стурбовані тим, що про них думають інші, значно більш вразливі, чутливі до критики, глузуванням тощо. Дівчата раніше, ніж юнаки, починають вести щоденники, частіше роблять записи, і, найголовніше, дівочі щоденники відрізняються великою інтимністю — це опис та аналіз почуттів і переживань, особливо любовних, і постійна розмова із собою і про себе. Юнацькі щоденники більш різноманітні і предметні, в них відбиваються насамперед інтелектуальні інтереси та інтереси авторів, їх практична діяльність. Емоційні переживання описані набагато стриманіше.

Самосвідомість і самооцінка юнаків та дівчат залежать від стереотипних уявлень про те, якими мають бути чоловіки та жінки, а ці стереотипи, своєю чергою, походять від історично прийнятих в тому чи іншому суспільстві диференціацій статевих ролей. Жінки зазвичай більш тривожні та частіше відчувають страх, ніж чоловіки. У той же час об'єктивні (за допомогою електрофізіологічних приладів) дослідження емоційних реакцій у стресових ситуаціях показують, що статеві відмінності великі.

Ймовірно тут має місце вплив традиційної чоловічої ролі, яка забороняє хлопчикам відчувати страх, у зв'язку з чим юнаки пригнічують або приховують частину своїх відчуттів, не відповідних ідеалу мужності, тоді як дівчата говорять про них відкрито.

Юнаки схильні вважати себе більш сильними, енергійними, владними і діловими, ніж дівчата, при цьому вони нерідко переоцінюють свої здібності й положення серед однолітків, не люблять визнавати свої слабкості. Дівчата більш самокритичні та чутливі. Характерно, що юнаки, вдаючи, на відміну від дівчат, байдужість до реакції навколишніх, в той же час значно більше вихваляються заради зовнішнього ефекту.

Знання відмінностей психічної діяльності юнаків та дівчат, що становить основні психологічні механізми статевої поведінки, здатне допомогти клінічному психологу в роботі з підлітками та молодими людьми.

3. Психосоматичні розлади та особливості психотерапії у період ранньої юності

Психосоматичні розлади — це фізичні захворювання або симптоми, що мають значний психологічний компонент у походженні. У ранній юності, в умовах стресу, напруження, невирішених конфліктів, психіка не завжди справляється, і емоційний біль трансформується у тілесні симптоми.

Найпоширеніші психосоматичні прояви:

- **Головні болі, мігрень** (як відповідь на перевантаження, тиск, страх).
- **Болі в животі, диспепсія** (тривожність, пригнічення емоцій, конфлікти).
- **Порушення серцевого ритму, тиск, тахікардія** (страх, панічні атаки).
- **Проблеми з шкірою** (псоріаз, акне, нейродерміт — часто мають психоемоційне підґрунтя).

- **Розлади харчової поведінки** — анорексія, булімія, переїдання.

- **Розлади сну** (безсоння, нічні жахи, сонливість).

- **Функціональні розлади дихання** — задишка, відчуття нестачі повітря.

Причини:

1. **Хронічний емоційний стрес** (іспити, проблеми в стосунках, тиск з боку дорослих).

2. **Сімейні конфлікти**, відсутність емоційної підтримки.

3. **Складнощі у прийнятті себе**, низька самооцінка, булінг.

4. **Психотравмуючі події** (смерть близького, розлучення батьків, насильство).

5. **Несвідома "втеча в хворобу"** як спосіб уникнути труднощів, привернути увагу.

Особливості психотерапії у період ранньої юності. Ефективна психотерапія вимагає комплексного підходу з урахуванням вікових, особистісних, соціальних факторів.

Принципи терапевтичної роботи:

- Налагодження довірливих стосунків (без осуду, з прийняттям особистості юнака).
- Робота з усвідомленням емоцій і тілесних відчуттів.
- Підвищення самооцінки та розвиток рефлексивності.
- Корекція деструктивних установок і поведінкових стратегій.

Основні методи:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Навчає юнака відстежувати і змінювати автоматичні думки, що викликають стрес, страх або провину. Добре працює з тривожними розладами, панічними атаками, харчовими порушеннями.

2. Арт-терапія. Через творчість (малюнок, письмо, музика, театр) юнак вивільняє пригнічені емоції, символічно опрацьовує конфлікти. Це безпечний простір для самовираження.

3. Психосвітня робота. Пояснення зв'язку між психікою та тілом, розвиток навичок саморегуляції (дихання, релаксація, ведення щоденника емоцій).

4. Елементи тілесної терапії. Дихальні практики, релаксація, йога, масаж, усвідомлення тілесних реакцій з метою зменшення соматичних симптомів.

5. Гештальт-підхід. Підлітки навчаються помічати свої почуття «тут і зараз», брати відповідальність за свої потреби, знаходити шляхи для їх екологічного задоволення.

6. Сімейна терапія. Працює з усією родиною. Якщо проблема викликана деструктивною комунікацією або надмірною опікою, терапія допомагає змінити систему взаємодії.

Роль середовища у психотерапії. Юнак не існує у вакуумі — тому значну роль відіграють *родина, освітній простір, професійна діяльність, дружні зв'язки.*

Батьки повинні:

- Демонструвати прийняття і підтримку.
- Поважати особисті межі.
- Бути емоційно доступними.
- Не знецінювати переживання юнака.

Педагоги мають:

- Бути уважними до змін поведінки.
- Сприяти розвитку емоційного інтелекту в учнів.
- Не провокувати додатковий стрес оцінюванням чи тиском.

Суспільство загалом повинно:

- Формувати культуру психічного здоров'я.
- Доступно інформувати про допомогу.
- Усувати стигматизацію психотерапії.

Рання юність — вік великих можливостей, але й високих ризиків. У цей період особливо гостро виявляються психосоматичні порушення, які є результатом нерозв'язаних внутрішніх конфліктів, емоційного виснаження, стресу. Психотерапія — важливий інструмент допомоги, здатний не лише зменшити симптоми, а й сприяти розвитку зрілої особистості. Успіх лікування залежить від системного підходу: індивідуальна робота з юнаком, залучення родини, підтримка середовища. Пріоритет — не лише лікувати, а й *навчити жити усвідомлено, в гармонії з тілом, емоціями та світом*.

Тема 8. Психічні особливості та психосоматичні розлади в людей зрілого та похилого віку.

1. Психічні особливості осіб зрілого та похилого віку,

Зрілість та старість — важливі етапи життєвого циклу людини, які супроводжуються значними фізіологічними, психологічними та соціальними змінами. Вони несуть у собі як ресурси досвіду, мудрості, стабільності, так і численні виклики, пов'язані з віковими кризами, хворобами, втратою близьких, змінами у статусі. Ці зміни нерідко призводять до виникнення психосоматичних розладів — порушень, які виникають через тісну взаємодію психіки і тіла. Саме в похилому віці спостерігається підвищення уразливості до таких станів.

Вікові особливості зрілого та похилого віку

Періоди зрілого та похилого віку:

- *Рання зрілість* — 30–45 років
- *Пізня зрілість* — 45–60 років
- *Похилість* — 60–75 років
- *Старість (глибока старість)* — після 75 років

Психічні особливості людей зрілого віку:

- *Пік професійної реалізації.* У пізній зрілості відбувається перегляд досягнень і очікувань.
- *Рефлексія життєвого шляху.* Людина оцінює свій внесок у родину, кар'єру, суспільство.
- *Зміни у самосвідомості.* Часто виникає потреба переосмислити власну ідентичність, цінності.
- *Початок вікових криз.* Пов'язані з втратою фізичної сили, появою хвороб, зміною соціального статусу.

Психічні особливості людей похилого віку:

- *Зниження когнітивної активності.* Уповільнення мислення, зменшення обсягу пам'яті, складність адаптації до нових умов.
- *Емоційна вразливість.* Частіше з'являється тривога, депресивні настрої, дратівливість.
- *Зосередженість на втраті.* Втрата близьких, статусу, сенсу життя — джерело екзистенційної кризи.
- *Зниження соціальної активності.* Звуження кола спілкування, самотність, відчуття ізоляції.
- *Посилення страхів.* Особливо перед смертю, хворобами, залежністю від інших.

Віковий період, наступний за юністю, характеризується стійкістю психічної діяльності людини, набуттям цілісності й, головне, зрілості. Під зрілістю особистості розуміють усвідомлення свого місця серед інших людей, самоідентифікацію, прийняття та інтеріоризацію соціальних норм, відповідальність за власні вчинки. Основною у зрілому віці є професійна діяльність, яка до літнього та похилого віку поступається місцем цінності існування та загальнолюдських цінностей.

Б.С.Братусь визначає два рубежі розвитку зрілої особистості: у віці 30 ± 2 роки у вигляді переоцінки свого життєвого шляху, коли людина не лише замислюється над правильністю віку у віці Христа) та передпенсійна криза у віці 55 ± 3 роки, коли настає період планування свого пенсійного життя. У зрілому віці основною психологічною проблемою стає ідентичність, самовираження та прийняття себе (об'єктивізація особистості). Частіше за інших ідентифікація зрілого віку ґрунтується на ідентифікації у сфері професійної діяльності, досягнень та статусу, а трудова діяльність виступає як умова та форма вияву зрілості.

К.А.Абульханова-Славська виділяє наступні типи ідентифікації у професії:

- *I тип* — ідентифікація відбувається через вибір професії, що максимально відповідає, близька до характеристик особистості (наприклад, якщо особистість схильна до ризику, то обирається професія, пов'язана з роботою у важких умовах, небезпекою для життя);
- *II тип* — ідентифікація з професією, що дає можливість руху особистості у професії;
- *III тип* — ідентифікація, при якій рух у професії здійснюється через розвиток і вдосконалення якостей та здібностей особистості (якщо в момент вибору професії здібності перебували у потенційному стані, то професія актуалізує їх і тим самим відкриває перспективу розвитку особистості);

- *IV тип* — ідентифікація, для якої збіг з професією зумовлений не лише наявними здібностями, а й творчою активністю особистості загалом.

Криза середнього віку може виникнути в разі істотної розбіжності при звірці наявної ситуації з віком, коли людина очікує “пожинати плоди”. Неузгодженість у сфері професійної ідентичності, що включає незадоволення успішністю кар’єри, сформованим авторитетом, рівнем матеріального благополуччя, є лише одним із значущих неузгодженостей більш важливих для чоловіка, ніж для жінки. *Другою такою сферою виступає сімейне життя*, в якому криза може викликати незадоволення сімейним статусом, вибором партнера та друзів, відносинами з близькими, добробутом сім’ї тощо. *Третя сфера*, за якою відбувається процес звірки ідеалу й реальності, — це сфера особистісного зростання, що включає задоволеність собою — самоактуалізацію. Людина середніх років схильна аналізувати затребуваність себе для суспільства, ступінь розкриття у процесі життя своїх потенційних можливостей та здібностей.

При переході до літнього й похилого віку людина поступово упокорюється тій ролі та положенню, яких вона досягла у процесі життя. Вона націлюється на гідне завершення життя, орієнтується на власне здоров’я й загальнолюдські цінності (наприклад, справедливості).

У старовинному французькому прислів’ї — “Кожен старіє так, як він жив” — намічено лише одну з тенденцій, властивих літньому й похилому віку. Вона не відображає інших закономірностей цього вікового періоду. Насправді старості притаманний свій образ, що ріднить досі несхожих людей. Сюди відноситься і деяка егоцентричність, і повільність в ухваленні серйозних рішень, і особлива недовірливість. Вважається, що вихід на пенсію є немов би розділом між віком активних дій, здоров’я й бадьорості та періодом старості, коли активність змінюється пасивністю, життя перетворюється на боротьбу за здоров’я, інтереси знижуються — життя тече за типом “сімейно-побутових картинок”.

Прийнято вважати, що для старості характерні хвороби, як для молодості — здоров’я. З незапам’ятних часів старість і хвороби асоціювалися. Зрештою більшість людей вважали, що вік означає неминучий перехід до хвороб, безсилля й нерухомості.

У психічному та психологічному плані основною проблемою старості є самотність і внаслідок цього втрата необхідних і бажаних контактів, беззахисність перед навколишніми, що несе, як здається літнім, лише загрозу їх добробуту та здоров’ю. При цьому стосунки між літніми сусідами не завжди носять доброзичливий характер. Найчастіше болісна підозрілість самотньої літньої людини провокує спалахи гніву у його близького оточення. Вияви

психічної хвороби у літніх, залучених до конфлікту із сусідами, дуже схожі з виявами недружніх стосунків, проте їх можливо розпізнати.

2. Типові психосоматичні розлади та підходи до їх психотерапевтичного лікування.

Психосоматичні захворювання — це стани, що виникають під впливом психоемоційних чинників і проявляються в тілесних симптомах. Люди в зрілому та похилому віці схильні до таких порушень через кумуляцію стресу, психологічних травм і зниження здатності до адаптації.

Основні психосоматичні порушення:

1. Серцево-судинні захворювання:

- *артеріальна гіпертензія;*
- *ішемічна хвороба серця;*
- *інфаркти;*
- *серцева аритмія.*

Емоційні чинники: *пригніченість, тривожність, хронічний стрес, невдоволення життям.*

2. Шлунково-кишкові розлади:

- *гастрит, виразка;*
- *синдром подразненого кишечника;*
- *функціональна диспепсія.*

Психічні причини: *емоційна напруга, страх, "переживання через шлунок".*

3. Дихальні порушення:

- *астма;*
- *задишка;*
- *гіпервентиляційний синдром.*

Часто супроводжують *тривожні розлади, панічні атаки.*

4. Порушення опорно-рухового апарату:

- *остеохондроз;*
- *артрит;*
- *хронічні болі у спині, шийі.*

Пов'язані з психоемоційним напруженням, нерозв'язаними внутрішніми конфліктами.

5. Порушення сну:

- *інсомнія;*
- *ранні пробудження;*
- *безсоння на тлі тривоги або депресії.*

6. Шкірні хвороби:

- псоріаз;
- екзема;
- нейродерміт.

Шкіра часто "реагує" на психологічне виснаження, стрес, внутрішнє напруження.

7. Онкологічні захворювання (психосоматичний компонент):

Не є психосоматичними за природою, але часто супроводжуються депресією, втратою волі до життя, що впливає на перебіг і прогноз.

Причини психосоматичних порушень у літньому віці.

- Кумулятивний стрес — пережиті втрати, хронічна тривога, негативний досвід.
- Емоційна ізоляція, самотність.
- Нереалізовані внутрішні конфлікти (невдоволення життям, розчарування, почуття провини).
- Залежність від близьких, відчуття втрати контролю.
- Сором звернутися по психологічну допомогу, стигматизація психотерапії.
- Погане розуміння власних емоцій, низький рівень психологічної гнучкості.

До типових психологічних або психопатологічних феноменів осіб літнього й похилого віку відносять підвищену тривожність, підозрілість та недовіру, страх бути обдуреним. Із особистих якостей визначається зменшення з віком таких якостей, як честолубство при одночасному зниженні товариськості та людинолюбства. Якщо порівняти вияви емоційних переживань літніх та молодих людей, то з віком відбувається значне зменшення переживань у вигляді туги й печалі зі збільшенням тривоги, дратівливості, похмурості, страху.

Виникненню афективних розладів сприяє поява “рольової невизначеності” й соціальної ідентичності.

К. Висневська-Рошковська виділяє такі основні “життєві позиції” літніх людей:

1. **“Конструктивна” позиція.** Люди з такою орієнтацією усе життя були спокійними і задоволеними. Вони позитивно ставляться до життя, здатні змиритися зі смертю, що наближається, активні й налаштовані на надання допомоги іншим. Із старості трагедії не роблять, шукають розваг та контактів з людьми.

2. **“Залежна” позиція** властива літнім людям, які все життя не цілком довіряли собі, були слабовільними, пасивними. Старіючи, вони ще з більшим зусиллям шукають допомоги, визнання, не отримуючи яке відчують себе нещасними.

3. **“Захисна” позиція** формується у людей з підвищеними механізмами опору. Вони не прагнуть зближення з людьми, не бажають отримувати від кого б то не

було допомоги, тримаються замкнено, відгороджуючись від людей, приховуючи власні почуття. Старість сприймається ними з обуренням та ненавистю.

4. **Позиція “ворожості до світу”.** Це “гнівні старі”, схильні звинувачувати навколишніх та суспільство в усіх невдачах, які вони зазнали в житті. Такі люди підозрілі, агресивні, нікому не вірять, не хочуть від кого-небудь залежати, відчувають відразу до старості, намагаються триматися за роботу.

5. **Позиція “ворожості до себе і свого життя”** виражається у пасивності, зниженні інтересів та ініціативи. Такі люди схильні до зниженого настрою і фаталізму, відчувають себе самотніми й непотрібними. Своє життя вони вважають невдалим, до смерті ставляться безболісно, як до позбавлення від існування. Коло інтересів по мірі старіння значно звужується і поступово людина схильна концентрувати свою увагу лише на собі й власних потребах (егоцентризм). Тож **специфічним психічним відхиленням літніх людей виступає “маячення збитку (обкрадання, псування)”**.

Слід враховувати знання про вікові особливості при проведенні експериментально-психологічного обстеження, діагностики психопатологічних симптомів і синдромів, а також при інтерв'юванні та наданні терапевтичної допомоги.

3. Психотерапевтична допомога людям зрілого і похилого віку.

Психотерапія в цьому віці повинна враховувати як психологічні, так і фізіологічні особливості. Її мета — не лише зменшення симптомів, а й покращення якості життя, адаптації, повернення до емоційного балансу.

Принципи психотерапії:

- *Прийняття та повага до життєвого досвіду.*
- *Повага до ритму роботи, уникнення інтенсивного навантаження.*
- *Робота з екзистенційними темами: сенс життя, прийняття старіння, підготовка до смерті.*

- *Підтримка автономії, навіть у дрібницях.*

- *Індивідуальний підхід, з урахуванням фізичного стану.*

Ефективні психотерапевтичні методи:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

- *Робота з деструктивними переконаннями («я ні на що не здатен», «все скінчено»).*

- *Техніки релаксації, когнітивна реструктуризація.*

Екзистенційна терапія.

- *Допомагає знайти сенс у прожитому житті, прийняти втрати, старіння, зростити внутрішній спокій.*

Арт-терапія.

- Використання мистецтва для вивільнення емоцій, опрацювання втрат, самовираження.

Психоосвіта.

- Навчання клієнтів розпізнавати стрес, його вплив на тіло, опановувати навички емоційної саморегуляції.

Групова терапія.

- Зменшує відчуття самотності, дає підтримку однолітків, сприяє обміну досвідом.

Тілесно-орієнтована терапія.

- Включає легкі вправи, дихальні техніки, спрямовані на зняття тілесного напруження.

Родинна терапія.

- Пояснення сім'ї змін, що відбуваються з людиною, зниження конфліктності, покращення спілкування.

Профілактика та підтримка психічного здоров'я.

Що може допомогти літній людині залишатись психічно здоровою:

- Фізична активність — ходьба, йога, плавання.
- Хобі, захоплення — малювання, музика, рукоділля.
- Соціальні контакти — участь у клубах, спілкування з родиною.
- Осмислення досвіду — написання мемуарів, передача знань.
- Віра, духовність — дає опору, прийняття, цінності.
- Доступ до психологічної допомоги.

Зрілість та старість — складні, але не менш важливі періоди життя, що потребують особливої уваги до психічного та соматичного стану. Психосоматичні порушення в цей час є дуже поширеними, ігнорування яких призводить до погіршення якості життя. Вчасна психотерапія дозволяє не лише впоратися з симптомами, а й дати людині новий сенс, підтримку, внутрішню опору. Суспільство, медицина і родина мають об'єднати зусилля, щоб забезпечити людині в похилому віці не просто довге, а гідне і повноцінне життя.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Гаврилюк, О. О. (2016). Психосоматичні розлади: психологічний вимір. Практична психологія та соціальна робота, №6, с. 12–16.
2. Гребенькова, В. М. (). Психосоматичні захворювання в осіб похилого віку: психотерапевтичний підхід. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, №1, 2021.- с. 73–78.

3. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. Посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
4. Клінічна психодіагностика: практикум/ Редактор-упорядник М.В.Миколайський. Івано-Франківськ: Місто НВ, 2006. 228с.
5. Клінічна психологія: словник-довідник / Авт.-уклад. С. В. Діденко Київ : Академвидав, 2012. 320 с.
6. Клінічна психологія [Текст] : навч. посіб. / А. М. Османова, Г.В Хорунженко. Київ: Університет «Україна», 2023. 183 с
7. Кулеша-Любінець М.М. Клінічна психологія : методичні рекомендації для студентів спеціальності 053 «Психологія» Івано-Франківськ: Видавець Кушнір Г. М., 2016. 72 с.
8. Максименко С. Д. Медична психологія / [Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І. А., Максименко К. С.]; за заг. ред. С. Д. Максименка Київ, 2014. 520 с.
9. Мушкевич М. І. Клінічна психодіагностика: методичні рекомендації для студентів ф-ту психол. Луцьк, 2006. 170 с.
10. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник [Електронний ресурс]. Київ: КНТ, 2016. 368 с. Режим доступу: http://culonline.com.ua/Books/klinychna_psychologia.pdf
11. Основи клінічної психології: навч.посібник/ Г.М.Закалик, О.В.Войцеховська, Н.М.Шувар. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2020. 432 с.
12. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. 2-ге видання, виправлене і доповнене. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.
13. Федосова Л. О. Клінічна психологія: навчальний посібник Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2013. 248 с.
14. Чабан О.С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) Київ, 2000.

Допоміжна література:

1. Вплив бойового досвіду та травм на поведінку ветерана та особливості взаємодії з ветеранами. Психоедукаційні рекомендації для ветеранів війни та членів їх сімей / Олеся Ольшевська, Ганна Бабіна. Проєкт «Психосоціальна підтримка ветеранів, які проходять лікування в госпіталі» за підтримки Міжнародного фонду «Відродження». ГО «Центр -соціально психологічної реабілітації Миколаївщини», 2024.
2. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія та практика. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 338 с.

3. Гоян І. М. Методи діагностики психічного розвитку дітей / І. М.Гоян, А. А. Палій // За ред. А. А. Палія. Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2014. 652 с.
4. Кулеша-Любінець М. М. Особливості копінг-стратегій в осіб з ішемічною хворобою серця [Електронний ресурс] / М. Кулеша-Любінець // Збірник наукових праць: психологія Вип. 21. Івано-Франківськ, 2016. С.134-141. – Режим доступу: <http://www.journals.pu.if.ua/index.php/psp/article/view/1424/0>.
5. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Д.Бусько, наук. ред. К.Явна (Серія «Сам собі психотерапевт»). Львів: Вид-во УКУ: Свічадо, 2014.120 с.
7. Найкращі практики роботи з підлітками. Методичний посібник / І.О. Нерубаєва, А.П. Павловський, А.В. Шебардіна. Київ, 2020. 180 с.
8. Подолати панічний розлад. Дейвід Вестбрук, Хадіжа Рауф/ Оксфордський центр когнітивної терапії. Ворнфордська лікарня. Оксфорд./Переклав з англійської Ігор Грицюк. Львів: Вид-во УКУ, 2014. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.octc.co.uk
9. Посібник із розладів аутистичного спектра. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mail.google.com>
10. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Протокол надання послуг дітям та підліткам. 2023. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mail.google.com>
11. П'ять сильних книг про аутизм. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://autism.ua/about-autism/21-korysni-materialy/810-piat-sylnykh-knyh-pro-autyzm>
12. РДУГ: перезавантаження. Ефективні стратегії для повноцінного життя з розладом дефіциту уваги та гіперактивністю в дітей та дорослих. Едвард Гелловелл, Джон Рейті. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mail.google.com/mail.com>
13. Романчук О. Сім'я що зцілює: Основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання. Путівник для прийомних батьків і не тільки [Електронний ресурс]/ О. Романчук. – Режим доступу: <http://ipz.usu.edu.ua/books/healingfamily>.
14. Синапсис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ipz.org.ua/index.php/vydavnytstvo/94-knyhy-3/190-protokoly-z23>.
15. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник / Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 91 с.

Посилання на інформаційні ресурси в Інтернеті, відео-лекції, інше методичне забезпечення

1. Міжнародний класифікатор хвороб. Режим доступу:
https://uk.wikipedia.org/wiki/Міжнародний_класифікатор_хвороб.
3. http://culonline.com.ua/Books/klinychna_psychologia.pdf
<http://ulit.inf.ua/klinicheskaya-psihologiya-2>.
4. наукова бібліотека (<http://www.lib.uzhnu.edu.ua/>)
5. е-репозитарій (<https://www.uzhnu.edu.ua/uk/cat/university-it/dspace>)
6. сайт е-навчання (<https://elearn.uzhnu.edu.ua/>).
7. Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>
8. Харківська державна наукова бібліотека ім. В.Г. Короленка
<http://korolenko.kharkov.com>.
9. Центральна наукова бібліотека Харківського національного університета
імені В. Н. Каразіна <http://www-library.univer.kharkov.ua/ukr>
10. Сайт дистанційної освіти ННІ УІПА ХНУ ім. В.Н. Каразіна
<https://moodle.karazin.ua/course/view.php?id=10493>

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Алексєєва Людмила Андріївна

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

Конспект лекцій
для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня
денної та заочної форм здобуття вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 24.04.2026. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 3,07. Обсяг 0,921 Мб. Зам. № 156/26.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна