

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

Кваліфікаційна робота (проект)  
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

**ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДУ УВАГИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЯК  
НАСЛІДОК АСТЕНО-НЕВРОТИЧНОГО СИНДРОМУ**

Виконала: здобувачка 2 курсу 231М групи  
Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійної програми Психологія  
Головіна А.О.  
Керівник кандидатка психологічних наук,  
доцентка Бабатіна С. І.

Рецензент Колесник Д.А., практичний  
психолог  
реабілітаційного відділення КНП  
«Херсонська міська клінічна лікарня ім. О.С.  
Лучанського»

**Херсон – 2021**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз факторів розвитку невротичних розладів у підлітків.....</b>	<b>8</b>
1.1 Особливості невротичних розладів в підлітковому віці.....	8
1.2 Характеристика розвитку психічних процесів в підлітковому віці.....	22
1.3 Фактори, що визначають астеноневротичний синдром (АНС). Профілактика і лікування.....	29
<b>РОЗДІЛ 2. Характеристика вибірки, методів та методик дослідження.....</b>	<b>35</b>
2.1 Порушення уваги при невротичних розладах у підлітків.....	35
2.2 Особливості корекційної роботи при невротичних розладах у підлітків.....	37
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>49</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>51</b>
<b>ДОДАТОК</b>	
<b>А.....</b>	<b>57</b>

## Вступ

Астено-невротичний синдром – це психічний тривожний розлад, викликаний нервовим перенапруженням і фізичним виснаженням, яке виявляється різкою зміною маси тіла, головними болями, порушенням функцій пам'яті, зниженням працездатності, м'язовою слабкістю, мимовільними рухами рук і ніг в сидячому положенні, підвищенням температури тіла до 37,2°, пітливістю, забудькуватістю, неухважністю, образливістю, дефіцитом уваги, загальною слабкістю, плаксивістю, песимізмом, втраченим відчуттям гумору, безпорадністю, дратівливістю, байдужістю, замкнутістю, нервовими тіками (гіперкінезами) на обличчі, енурезом, швидкою стомлюваністю, безсонням, тахікардією, нудотою, зниженим апетитом, апатією, істериками, часто безпричинною тривоною, інколи агресивною поведінкою, демонстративністю, запальністю, припадками, різкими рухами, зайвою емоційністю тощо. Усе це може супроводжуватись болями в шийному відділі хребта і запамороченнями. Невротичні розлади можуть бути уродженими і набутими на фоні мінімальної мозкової дисфункції і вегето-судинної дистонії. Вони підрозділяються на дві форми: гіпостенічну і гіперстенічну. АНС може носити спадковий характер. Може виникати при натальній та внутрішньочеревній гіпоксії, а також бути наслідком хронічних інфекцій, ендокринних порушень і черепно-мозкових травм. Неповноцінне харчування, куріння, уживання алкоголю також є проваючими чинниками виникнення астено-невротичного синдрому у малюків і спостерігатися упродовж онтогенезу.

Звичайно АНС супроводжується сильними переживаннями і постійним стресом.

Наприклад, школярам з таким діагнозом дуже складно утримувати увагу, виконувати чіткі інструкції і запам'ятовувати їх, що згодом позначається на навчанні, стосунках з батьками, однолітками і вчителями. У них відсутня мотивація і якийсь інтерес вчитися. Може бути відсутнім інтерес до власного життя та інтересів позашкільного життя. Як правило, у таких дітей мало друзів, просліджуються труднощі соціальної адаптації, ігрові залежності, авторитарний стиль поведінки, опора лише на власну думку, демонстративність, небажання реагувати на прохання і прислухатися до іншої думки, ілюзорність, зайва мрійливість, ідеалізація чого б то не було, упевненість в своїй правоті і правильності дій, небажання визнавати помилки.

Нині порушена проблема є актуальною і ускладнюється тим, що описаний діагноз (синдром) встановлюється дітям з 5 років і супроводжується складностями психолого-педагогічного виховання дітей у нуклеарних сім'ях. Невміння, небажання батьків чути і поважати свою дитину межує з крайністю в прояві гіперопіки і вседозволеності. У підлітків просліджується зловживання алкоголем і наркотичними речовинами, ранні статеві зв'язки, скарги з боку вчителів, загроза виключення з шкіл та ліцеїв.

І зазвичай вони залишаються наодинці зі своєю проблемою, абсолютно не маючи внутрішньої опори та резистентності справлятися з «валом» зовнішніх справ, ситуацій та проблем. Завдання батьків вчасно виявити зміни у поведінці, спілкуванні у родині та і з однолітками і звернутися за допомогою до фахівців (психолога, соціального працівника).

**Зв'язок кваліфікаційної роботи з науковою темою випускової кафедри:**

Кваліфікаційна робота написана в межах тематичного плану кафедри психології, факультету психології, історії та соціології Херсонського державного університету «Соціально-психологічні виміри становлення та розвитку особистості» (державний реєстраційний номер 0119 U 101096).

**Мета кваліфікаційного дослідження:** виявити загальні риси особистості підлітків, які проявляються при діагнозі астеноневротичного синдрому зі зниженням уваги (соціально-психологічний контекст).

**Визначена мета дослідження дозволила сформулювати наступні завдання:**

1. Провести теоретичне аналізування за порушеною темою, визначити та виокремити із наукових праць провідних учених психологічні риси особистості, притаманні підліткам з астеноневротичним синдромом.
2. Провести порівняльний аналіз особистісних якостей учасників дослідження з астеноневротичним синдромом та нормативної поведінки підлітків.
3. У констатувальній частині кваліфікаційного дослідження провести опис конкретних випадків за визначеним алгоритмом у дослідженні, провести психологічний розбір випадку та описати план корекційного впливу.

**Об'єкт дослідження.** Особливості афективно-пізнавальної сфери осіб підліткового віку.

**Предмет дослідження:** індивідуально-психологічні особливості осіб підліткового віку з розладами уваги та афективної сфери.

**Методи дослідження:** Для досягнення мети та розв'язання означених завдань порушеної теми застосовані наступні методи: теоретичного аналізування (опрацювання і критичне осмислення наукових концепцій і джерел за порушеною темою, синтез та аналіз напрацьованих матеріалів, порівняння та співставлення отриманих результатів) та дослідницькі:

психодіагностична бесіда. Інтервенції психолога, постановка діагнозу та планування корекційного втручання для вирівнювання психо-емоційного стану досліджуваних.

Узагальнення результатів було реалізовано з використанням інтерпретаційних методів отриманих даних (якісна схема обробки отриманих даних упродовж констатувального дослідження).

**Наукова новизна кваліфікаційної роботи та отриманих результатів** полягає у інтеграції діагностичного та реабілітаційного втручання у вирівнювання психоемоційного стану осіб підліткового віку, які страждають нервово-психічним виснаженням та розладами уваги як наслідок астено-невротичного стану. Поглиблено та систематизовано праці провідних учених напряму дослідження розладів психо-емоційної сфери осіб підліткового віку та проаналізовано зачатково його механізм культивування .

**Практичне значення отриманих результатів кваліфікаційного дослідження** полягає у виявленні закономірностей та рекомендацій, що можуть бути використані у роботі практикуючих психологів при підготовці психокорекційних програм на базі реабілітаційних відділень і центрів, а також в закладах загальної середньої освіти.

**Апробація результатів роботи:** Результати дослідження обговорено на плановому засіданні випускової кафедри (протокол № 3 від 04. 10. 2021 р.).

**Апробація результатів** дослідження здійснювалася шляхом участі у міжнародних конференціях, зокрема:

1. VI Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених, аспірантів та студентів «Соціально-психологічні технології розвитку особистості» (м. Херсон, 22 квітня, 2021р.).

2. III Міжнародна науково-практична конференція «Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості» (м. Херсон, 30 вересня-1 жовтня, 2021р.).

Результати апробації **оприлюднено** у науковій публікації:

1) Головіна А. О. Вивчення розладу уваги у дітей і підлітків, як наслідку астено-невротичного синдрому на базі КНП О. С. Лучанського. Соціально-психологічні технології розвитку особистості : Зб. Наук. праць за матеріалами VI Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів. Херсон : ФОП Вишемирський В. С., 2021. С. 74-77

[https://www.kspu.edu/FileDownload.ashx/22.04.2021\\_ПСИХОЛОГІЯ\\_конференція\\_ЗБІРНИК.pdf?id=0cf7fcac-651c-4778-97cc-82f32fb99761](https://www.kspu.edu/FileDownload.ashx/22.04.2021_ПСИХОЛОГІЯ_конференція_ЗБІРНИК.pdf?id=0cf7fcac-651c-4778-97cc-82f32fb99761)

**Структура роботи:** кваліфікаційна робота містить вступну частину, два розділи, узагальнення після розділів та загальний висновок, список використаних джерел, додатки.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

#### 1.1 Особливості невротичних розладів в підлітковому віці

В історії вивчення неврозів виділяють два підходи: біологічний і психологічний. Засновник біологічного підходу І.П. Павлов вважає, що основою неврозів є перенапруження процесів гальмування і збудження. Збій фізіологічних механізмів був встановлений в його школі патофізіології неврозів.

Перенапруження процесу роздратування виникає через переживання життєвих невдач, частого горя, страхів, важких переживань. А перенапруження гальмівного процесу відбувається тоді, коли виникає постійна необхідність стримувати себе і надмірний контроль над своїми думками і почуттями [3;5;11].

На думку З. Фрейда, причиною неврозу можуть бути сексуальні переживання в ранньому дитинстві, пригнічені в несвідоме.

«Вважається, що в умовах впливу на людину психічної травми виникає альтернатива: або через стресостійкість і під впливом методів психологічного захисту людина залишається психічно і соматично здоровою, або хворіє неврозом або психосоматичним захворюванням [23].

Учень В. Вундта Едвард Тітченер був переконаний, що необхідно вивчати свідомість зсередини. «Експериментальний самоаналіз – наш єдиний надійний метод пізнання себе», – впевнено заявив він.

К.Хорні вважала тривогу причиною неврозів, особливостями яких є переконання у власній непривабливості, некомпетентності і неповноцінності. Таким людям важко планувати своє життя і є нездатність висловити свої бажання, відстежуються проблеми з самоствердженням.



В.Д. Менделевич звертає увагу на висловлювання зарубіжних вчених, а саме: «На думку Н. Пезешкіана, фактичний конфлікт, що формується на основі психічної травми, складається з життєвих подій і мікротравм, роль яких особливо підкреслює автор. До останніх відносяться, наприклад, такі як непунктуальність, недобросовісність, несправедливість, нечесність, невірність учасника комунікативного процесу. Такі мікротравми, діючи щодня і одноманітно, можуть викликати і утворювати невротичні симптоми. Таким чином, на перший погляд виноситься не стільки значення або інтенсивність psi-гарячих травматичних ефектів, скільки рецидив, однорідність і тривалість мікротравм, що суперечать уявленням людини про «правильні якості» [23].

А. Маслоу запропонував теорію самоактуалізації, яка є головною потребою кожної людини. Вона виникає через засвоєння емоційного досвіду і є основою психологічного здоров'я. На його думку, невроз формується саме через обмеження в поведінці і неможливість переживання емоційного досвіду [11].

В останнє десятиліття невротична депресія була виділена як тип невротичного розладу. Характеризується моторним гальмуванням, що виражається зниженням настрою, відволіканням уваги, забудькуватістю, зниженням концентрації уваги, втратою ваги, інтересом до життя і звичною повсякденною діяльністю, втратою здатності насолоджуватися життям, песимістичні погляди, порушеннями сну.

На думку В. В. Козлова: «це етап в житті особистості, який характеризується наявністю порушень у функціонуванні центральної нервової системи, що проявляється в його поведінці і сомообладанні» [17]. Учений виділяє такі фази розвитку невротичного розладу:

1. Нездатність задовольнити будь-яку потребу;
2. Підвищена розумова втома, зниження фізичної працездатності, виснаження центральної нервової системи. [там само, с.180]

С.Д.Максименко стверджував: «Велике значення у формуванні неврозів має минуле людини, її дитинство, середовище виховання» [21].

Мясищев В.Н. розділив психічну травму на об'єктивно значущу і умовно патогенну, тим самим підкресливши семантичну роль події. «Об'єктивно значущими розуміються життєві події, значення яких можна вважати високим для переважної більшості людей – смерть близької людини, розлучення, звільнення і т. д. Умовно патогенні події - це події, які стають психічними травмами, що викликають переживання через особливості ієрархії людських цінностей (наприклад, втрата штампа з колекції філателістів)». Учений обґрунтовує, що причиною неврозу нав'язливих станів та батьківська гіпер-турбота, сприяє формуванню особистості, не пристосованої до життєвих труднощів.

Істеричний невроз є наслідком невідповідної (різнонаправленої) поведінки батьків, коли усі бажання дитини задовольняються і їй надається повна свобода дій. Згодом це призводить до вразливості, вразливості і розчарування. Якщо підлітку кажуть, що він кращий з усіх і повинен бути першим у всьому, це призводить до нездатності впоратися з життєвими невдачами і подальшим розвитком неврозів, в підсумку.

Багато підлітків, вчорашні школярі, розуміють, що втратили звичне ставлення до себе. І якщо дитина звикла бути в центрі уваги, а батьки при першому дзвінку виконували усі її бажання, дуже складно змиритися з іншим станом справ і іншим ставленням до себе [20; 22; 35].

Краснов В.Н. виділяє деякі види відносин, які призводять до нейротизму особистості:

- 1) конкуренція – з доброзичливим ставленням до партнера, вираженим прагненням до першості. А за рахунок реальної переваги здійснюється самоствердження;

- 2) конкуренція – бажання придушити і обійти партнера будь-якими способами. Такі відносини наповнені ревностями і заздрістю до успіху один одного, запеклою боротьбою за першість і лідерство;
- 3) антагонізм – несумісність інтересів, невідповідність відносин, втрата емоційної прихильності і хронічний конфлікт [18].

Невротичні розлади мають багатогранний характер, М. Мументалер вважав, що такі порушення викликані неможливістю адаптуватися до навколишнього світу, а також особистісними особливостями особистості (характеру). І цим він підкреслив подвійну природу походження і формування неврозів. До таких симптомів він відніс:

- 1) дратівливість і збудливість;
- 2) фіксація обставин травматичної події;
- 3) втеча від реальності;
- 4) схильність до агресивних реакцій;
- 5) схильність до неконтрольованих дій [24].

Психотравма, викликана життєвою подією, впливає на емоційний фон і життя людини в цілому, що позначається і на якості її життя.

Навколишнє середовище, епізоди з ситуації життя можуть призвести до неврозів. При аналізі травматичної ситуації враховуються наступні фактори:

- 1) Інтенсивність
- 2) Сенс
- 3) Значимість і актуальність
- 4) патогенність
- 5) Гострота зовнішнього вигляду (раптовість)
- 6) Тривалість
- 7) Повторюваність
- 8) зв'язок з преморбідними особистісними характеристиками.

Ц. П. Короленко і Н. В. Дмитрієва наводять приклад інших проявів невротичної особистості:

- 1) необґрунтована наполегливість і вимогливість до інших людей;
- 2) недовіра до чужих здібностей, неухильне дотримання встановлених правил;
- 3) надмірна відданість роботі і фіксація її результатів; презирство до всього, що з ним не пов'язано;
- 4) систематичне невдоволення результатами своєї роботи, надмірна прихильність до регульованих стандартів;
- 5) розкутість в деталях, занадто багато уваги приділяється дрібницям, через які втрачається весь сенс виконаної роботи;
- 6) жорсткий «моральний кодекс», непорушна точка зору або думки;
- 7) витратити багато часу і систематичних труднощів при прийнятті рішень; – ощадливість, що межує з комерціалізмом, на тлі особистої вигоди;
- 8) занадто дбайливе ставлення до всіх старих речей [13].

У етіології неврозів, як психогенних захворювань, завжди відбувається психотравматична подія, хронічна психотравматична ситуація, наприклад: шкільна невдача, конфлікти в сім'ї, пияцтво або розлучення батьків, знуцання в школі, труднощі соціальної адаптації, недружнє ставлення педагогічного колективу до дитини тощо.

Неврози проявляються афективними розладами, такими як депресія, раптові перепади настрою, тривога і страх. В основі неврозів лежать порушення вищої нервової діяльності, які виражаються соматовегетативними і руховими порушеннями [32].

Невротичні розлади спостерігаються в будь-якому віці, проте вони набувають невротичну форму у віці від п'яти до 18 років включно. Неврози – це кількість нейропсихіатричних захворювань, одна з його форм. Дані деяких вибіркового досліджень дозволяють стверджувати, що

наявність невротичних розладів у підлітків перевищує показники диспансерної реєстрації.

Серед внутрішніх умов, що сприяють розвитку неврозу, є деякі риси характеру і риси особистості, пов'язані з підвищеною боязливістю, тривогою, психічним інфантилізмом і схильністю до страхів. Важливу роль відіграють зміни реактивності нервової системи, особливо в період статевого дозрівання. Вища нервова активність забезпечує пристосованість людини до зовнішнього світу. Розвитку асеноневротичного синдрому також сприяє емоційна нестабільність. Люди з астенічним типом конституції більш схильні до неврозів, через підвищену збудливість нервової системи.

До зовнішніх факторів, що провокують виникнення неврозів, відносять несприятливі соціальні і життєві умови, неправильне виховання і труднощі в шкільній адаптації [7, с.234].

У етіології неврозу значну роль відводиться емоційна депривація – дефіцит позитивних емоцій: прихильність, заохочення, любов і прийняття. Патогенний вплив психотравматичних факторів визначається наявністю несприятливих внутрішніх і зовнішніх станів, а також залежить від значних травматичних переживань, пов'язаних з нещасними випадками, серйозними життєвими невдачами, хворобою або смертю близьких.

Таким чином, етіологія неврозів має складний характер. Однак основною причиною є психотравма.

У другій половині ХХ століття вчені, вивчаючи невротичні розлади, прийшли до висновку, що невроз є наслідком низки пов'язаних подій, що відбулися на певному етапі життя людини. «Невротизм накопичується поступово, відчуваючи, перш за все, як напруга і викликана ним втома, астенія (нервова слабкість)» [8, с. 84].

Стадії патогенезу неврозів передуює психогенез, коли виникають переживання психотравматичного сиану з негативним ефектом страху

образи, тривоги. Це включає в себе захисні та компенсаторні механізми, такі як придушення перемикання, деактуалізація.

Г.Ш. Габдеева в ході опитування і дослідження здоров'я студентів з'ясувала: «що 32% першокурсників скаржаться на нестабільний психоемоційний фон, дратівливість, періодичну підвищену втому, прискорене серцебиття. Дійсно, дані біохімічних досліджень, електроенцефалограми і кардіограми показують зниження і порушення ряду функцій». В результаті пристосування негативного впливу, пов'язаного з психотравмою, слабким механізмом психологічного захисту, що сприяє внутрішнім факторам і зовнішнім станам, виникає «перенапруження нервових процесів і їх рухливість» – дисфункція центральної нервової системи в результаті встановлених фізіологічних механізмів [8, с.235].

Важливе місце займають біохімічні зміни метаболізму адреналіну і зниження дофаміну при хронічному стресі. Дані, отримані пізніше, були досить гнітючими. Згідно з дослідженням В. Є. Хазанова: «з 200 респондентів 46% мали ознаки неврозу, 72% респондентів скаржилися на запаморочення, часті головні болі, порушення сну, труднощі із засинанням та інші психосоматичні явища. У 5,5% опитаних студентів проявилися ознаки психопатії» [17].

1) Вікові особливості патогенезу асеневротичного синдрому у підлітків погано вивчені. Навколо класифікації неврозів ведуться дискусії. Згідно з класифікацією МКБ-10, клінічно розроблені психічні розлади діагностувалися у вигляді соматоформних розладів і розладів адаптації [18, с.40]. В цілому, вчені, виділяють основні форми неврозів:

- 1) Астенічний невроз
- 2) Істеричний невроз
- 3) Невроз нав'язливих станів

В.Н. Мясичев визначив поряд з цими формами системні неврози, клінічна картина яких супроводжується домінуючими симптомами, що порушують функціонування окремих фізіологічних систем: серцево-судинної системи, рухової функції, функціонування мовного апарату.

На основі провідного психопатологічного синдрому Куликов Л.В. запропонував класифікацію неврозів, що поєднує основні клінічні прояви в підлітковому і дитячому віці. У цій класифікації вказуються дві підгрупи неврозів:

1. *Загальні неврози*, що характеризуються переважанням вегетативних і психічних розладів: неврози страху, неврастенія, іпохондрія, невроз нав'язливих станів, істеричний невроз, депресивний невроз.

2. *Системні неврози*: невротичні тіки, невротичний розлад сну, невротичні заїкання, невротична відсутність апетиту, невротичні енкопрези, а також кусання нігтів, мастурбація, смоктання пальців, трихотіломанія та ін.

Це не самостійні хвороби. Вони входять до великої нозологічної групи психогенних захворювань. Міжнародна класифікація неврастенії захворювань зашифрована з кодом F 48.0 F40 - F48 «Невротичні, стресові та сомато формні розлади. При цьому розладі проявляється значна мінливість. Існує два основних типи розладів, в значній мірі перекриваються один з одним. Головною характерною особливістю першого типу є скарги на підвищену втому після психічного стресу, що часто пов'язано з деяким зниженням виробничих показників або продуктивності в повсякденних справах. Психічна втома описується пацієнтом як неприємне виникнення відволікання, ослаблення пам'яті, нездатність зосередитися і неефективність розумової діяльності. При іншому типі розладу основний акцент робиться на відчутті фізичної слабкості і виснаження навіть після мінімальних навантажень, що супроводжуються відчуттям болю в м'язах і неможливістю розслабитися. Обидва типи розладів характеризуються рядом поширених неприємних

фізичних відчуттів, таких як запаморочення, сильний головний біль і відчуття загальної нестабільності. Загальними особливостями також є занепокоєння з приводу зниження розумових і фізичних здібностей [20]. Група F43 відповідає на сильний стрес і порушення адаптації. Ця група розладів відрізняється від інших груп тим, що включає розлади, які виявляються не тільки на основі симптомів і характеру перебігу, але і на основі очевидного впливу однієї або навіть обох причин: виключно несприятливої події в житті, що викликала гостру стресову реакцію, або значної зміни в житті, що призводить до тривалих неприємних обставин і викликає порушення адаптації. Хоча менш важкий психосоціальний стрес (життєві обставини) може прискорити виникнення або сприяти прояву широкого спектру порушень, представлених у цьому класі захворювань, його етіологічне значення не завжди ясне, і в кожному випадку буде визнана залежність від індивіда, часто від його гіперчутливості і вразливості (тобто життєві події не є обов'язковими або достатніми для пояснення виникнення і форми розладу). Розлади, зібрані в цій колонці, навпаки, завжди розглядаються як прямий наслідок гострого сильного стресу або тривалої травми. Стресові події або тривалі неприємні обставини є первинним або переважаючим причинним фактором, і розлад не міг виникнути без їх впливу. Таким чином, розлади можна розглядати як адаптивні реакції на сильний або тривалий стрес, тоді як вони перешкоджають успішному управлінню стресом і, отже, призводять до проблем соціального функціонування».

На думку Краснова В.М., до фундаментальних діагностичних критеріїв неврозів слід віднести:

- 1) залежність виникнення і перебігу (динаміки) неврозів від психогенної ситуації;
- 2) зв'язок психогенії з особистістю пацієнта, з нездатністю пацієнта в конкретних умовах вирішити конфліктну ситуацію;



3) значущий зв'язок між характером психотравми і клінічними проявами неврозів і патологічною фіксацією на фрустрації і пов'язаних з ним переживаннях [18].

У теорії поведінки виділяються основні стратегії подолання: «вирішення проблем» – це набір навичок ефективного управління проблемними ситуаціями, «пошук соціальної підтримки» – пом'якшує вплив стресорів на організм, тим самим зберігаючи здоров'я і благополуччя людини і є одним з найпотужніших ресурсів подолання і «уникнення» – стає провідною стратегією у формуванні адиктивної поведінки, спрямованої на боротьбу зі стресом, сприяючи її зниженню, але забезпечуючи функціонування і розвиток особистості на більш низькому функціональному рівні. Одним з найважливіших механізмів є «вирішення проблем» стратегії подолання. Вирішення соціальних проблем розглядається як когнітивно-поведінковий процес, за допомогою якого індивід відкриває ефективні стратегії подолання проблемних ситуацій, що зустрічаються в повсякденному житті. Стратегія «пошуку соціальної підтримки» може мати не тільки позитивний, але і негативний ефект, пов'язаний з надмірною і недоречною підтримкою, що може призвести до втрати почуття контролю і безпорадності (С. Л. Вотман, Д. Леман, 1985). Усе різноманіття механізмів психологічного захисту близьке до поняття подолання, але відрізняється параметрами – «активність-пасивність», «конструктивність-неконструктивність». Підсумовуючи вищесказане, різниця між стратегіями подолання і механізмами психологічного захисту вбачається в тому, що перші використовуються індивідом свідомо і спрямовані на пом'якшення ситуації, а другі несвідомі, пасивні і спрямовані на пом'якшення психічного дискомфорту.

Невротичний розлад у підлітків – це оборотний психічний процес, який викликаний нервовим перенапруженням і фізичним виснаженням, Зазвичай астеноневротичний синдром супроводжується сильними

переживаннями і постійним стресом. Учням з таким діагнозом важко тримати увагу і слідувати чітким інструкціям, що згодом впливає на їх академічну успішність, відносини з батьками, однолітками і вчителями.

В даний час важко виявити конкретні причини розвитку дитячих неврозів. Найчастіше патологічний процес відбувається на тлі складного впливу різних факторів: *соціально-психологічних*: часті конфлікти в сім'ї, нетипові сімейні ролі у батьків, відсутність спілкування з однолітками тощо; *соціокультурних*: булінг в колективі, надмірно напружений ритм життя і т.н.; *соціально-економічних*: незадовільні умови життя, розлучення або відсутність другого з батьків, раннє відвідування дитячого садка; *біологічних*: спадкові особливості психіки, родові травми, куріння або вживання алкоголю майбутньою матір'ю під час вагітності, материнські захворювання під час вагітності тощо.

У психологічній практиці часто виявляються типові форми невротичних розладів в дитячому і підлітковому віці. Іпохондричний невроз часто зустрічається в передпубертатному і статевому періоді як самостійна форма захворювання. Причинами виникнення може послужити особливий стиль виховання з тривожним ставленням до здоров'я дитини, сам період статевого дозрівання, а також довгострокова психотравматична ситуація, пов'язана з тривалою хворобою близьких родичів. Симптомами можуть бути страхи і побоювання з приводу здоров'я, короткочасні вегетативні розлади, що проявляються у вигляді швидкого серцебиття, непритомності. Часто переходить в невротичний розвиток особистості, схильний до тривалого перебігу.

На відміну від хворих іпохондриків, підліткам зі страхом неврозу не вистачає активного бажання подолати свої страхи. Невроз страху виникає при будь-якому неврозі, але для дитячого віку його часто виділяють як самостійний вид порушення. Він також розглядається як невроз нав'язливих станів. У етіології цього неврозу важливу роль відіграють:

гострий переляк, шоківий стан, а також психотравматична довгострокова ситуація. При неврозі страху характерний відхід від такої травматичної ситуації. Страх може поширюватись на інші об'єкти, він стає суперцінним, гіпертрофованим, тому що виникає раніше, ніж конкретні побоювання. Це може бути страх темряви, самотності, втрати здоров'я, страх перед змінами, страх за своє життя і життя близьких, що ще більше впливає на поведінку дитини. Фактор схильності включає сугестивність (біосугестія, навіювання), підвищену вразливість, тривожну підозрілість [1, с. 92].

У сім'ї таких дітей батьки схильні до гіпер-турботи і тривожних страхів за дитину. Часто в шкільній практиці виникає страх не відповідати очікуванням оточуючих, що спостерігається перед написанням діагностичної роботи, відповіддю біля дошки, страхом перед вчителями. В основі цього страху лежить внутрішній конфлікт між «так треба» і «я можу».

Згідно з дослідженням Арцимович Н.Г., невроз страху може протікати в затяжній формі від декількох місяців до 3 років і може бути недовговічним. Короткочасний невроз страху характерний для маленьких дітей і триває до 4 тижнів. Затяжний варіант неврозу страху частіше зустрічається у підлітків і розширюється ускладненнями розладів. Це є порушення сну, апетиту, іпохондричні страхи, соматовегетативні розлади. Сім'я, яка живе за принципом: «Глава сім'ї – це король, і бог, в якому кожен повинен беззаперечно підкорятися одній людині, ніколи не буває щасливою» [1, с.171].

Системний невроз впливає на функціонування певної системи органів: опорно-рухового апарату, видільної системи, мови. Це домінуючі симптоми, які виявляються в неврозах органів. Клінічна картина виглядає як порушення діяльності однієї з соматичних функціональних систем, таких як серцево-судинна система, шлунково-кишковий тракт. Невротичні

розлади є типовим моносимптомним проявом системного неврозу у вигляді нервових тиків, енурезу, порушень сну, апетиту, енкопрезу, патологічних звичок, таких як кусання нігтів, смоктання пальців рук, онанізм, висмикування брів, волосся та вій.

Невротичні тики проявляються у вигляді автоматизованих, елементарних, звичних рухів, таких як миготіння очей, посмикування плечей, зморщування чола, кусання губ, посмішка, мимовільний рух кінцівок. Можуть з'явитися так звані респіраторні тики, що проявляються у хмикання носом, кашлі, хрюкаючих звуках. Це свідчить про підвищений нейротизм і наочно демонструє наявність конфліктної ситуації в житті дитини. Цей стан може погіршитися з додаванням інших невротичних розладів, таких як сльозливість, порушення сну, емоційна лабільність, астеничні прояви. Невротичні тики зникають під час сну і навіть можуть бути пригнічені зусиллям волі. Вони досить часто поєднуються з заїканням і нічним енурезом. При невротичній формі енурезу в його етіології лежать психотравматичні події, які включають переїзд на нове місце проживання або перебування у поєднанні зі страхами, тиками і астеничними проявами. Тимчасове зникнення травматичних ефектів може сприяти його зменшенню і припиненню. Він сприймається дитиною як серйозний недолік в молодшому шкільному віці, який може погіршити загальну картину неврозу. Енкопрез також є невротичним розладом. Це несвідоме виведення калу в основному в стані бадьорості, при розслабленні дитини і відсутності об'єкту, який є деспотично-суворим до дитини, і як наслідок на рівні тіла йде нервово-психічне утримання від випорожнення. Дитина сама може цього не помітити, але в майбутньому починає соромитися і може проявляти надмірну акуратність або навпаки. У цьому стані визначаються загальні невротичні синдроми, такі як страхи і астеничні симптоми. У своїй етіології значну роль відводиться

порушенням материнсько-дитячих відносин: депривації, симбіотичний характер прихильності (В. В. Ковальов, С. Ю. Циркін)

«Показано, що сучасні психотравми відрізняються перенесенням акцентів з мікросоціального на макросоціальний рівень. Це супроводжується переходом психотравми з індивідуально значущих мікрогруп на рівні (сім'я, друзі, робота) на індивідуально значущі на рівні макрогруп (соціально-економічна ситуація в країні, екологічні проблеми, тотальні катастрофи). При цьому підкреслюється, що сучасні психотравми характеризуються масивністю, складністю і «соціалізацією», викликаючи ситуацію перебування людини в хронічному дистресі [16; 29].

Вона також зазначає, що: «У молодих людей домінують істеричні і тривожно-фобічні прояви. Вивчення невротичної патології у віковому аспекті показало, що вона формується у всіх вікових групах. При аналізі психічного здоров'я обдарованих дітей, які навчаються в школах нового типу, 47,0% з них були визначені як непсихотичні психічні розлади, серед яких переважають астенічні (24,1%) та астеновегетативні (21,8%) невротичні реакції. При тривожно-фобічних розладах «відродження» органічної патології проявляється збільшенням частоти панічних атак з вираженим вегето-судинним компонентом (94,7%), астенічні (24,1%) та астено-вегетативні (21,8%) невротичні реакції» [4, с.39].

При неврозах часто проявляються порушення пам'яті, що виражається в нездатності зосередитися на повсякденних справах, читанні книг, виконанні домашніх завдань. Порушення функції уваги і пам'яті пов'язано з тим, що людина фіксує хворобливі симптоми свого стану і йому не вистачає уваги до зовнішнього світу. Основні психоемоційні розлади пов'язані з порушенням концентрації.

Отже, підлітковий вік є одним з важливих етапів розвитку. У період онтогенезу формуються індивідуальні фізіологічні особливості організму і соціальна поведінка індивіда, важливо вплив доброзичливого середовища.

## 1.2 Характеристика розвитку психічних процесів в підлітковому віці

Кожен вік має свої труднощі і особливості. Підлітковий вік охоплює онтогенетичний період людського розвитку від 11 до 17 років. Л. С. Виготський вважає цей вік віком реструктуризації та розвитку нових інтересів.

Підлітковий вік має 3 стадії:

1 стадія: від 11 до 13 років – молодший підлітковий

2 стадія: від 13 до 15 років – середній підлітковий вік.

3 стадія: від 15 до 17 років – старший підлітковий вік.

*Розглянемо основні параметри підліткового віку:*

- соціальна ситуація розвитку;
- провідна діяльність;
- вікові психічні новоутворення;
- пізнавальна сфера;
- комунікативна сфера;
- розробка «Я -концепції»;
- криза вікового розвитку;
- акцентуації характеру

Межі підліткового віку чітко не встановлені, вони індивідуальні для всіх. У цей період відбувається швидкий розвиток емоційної сфери людини. Підлітковий вік характеризується імпульсивністю, полярністю почуттів, збудливістю, переживаннями і різкими змінами настрою без видимих і значущих причин. З'являються нові враження у зв'язку з особистісним зростанням, розширенням кола знайомств, інтересів. З'явився новий досвід спілкування, емпатії, емпатії.

Л.С. Виготський виділяє кілька груп інтересів підлітка за домінантами:

- «еґоцентричний» – інтерес до власної особистості;
- «домінуючий» – постановка у великих масштабах діяльності

- «домінанта зусиль» – тяга до вольової напруги, до опору (впертість, протест);
- «домінанта романтики» – прагнення до ризику, героїзму, невідомості.

Дослідники підліткової психології, проблеми розвитку в підлітковому віці формулюють векторно, відповідно чотирьох основних напрямків: сфери тіла, сфери мислення, сфери суспільного життя, сфери самосвідомості.

Щоб сформувати зрілу, здорову особистість, підлітку важливо перебувати в атмосфері любові, розуміння і підтримки суспільства. У цей період може спостерігатися збільшення асоціативних почуттів при наявності несприятливих умов. Такими факторами можуть бути недружні відносини з вчителями і друзями, складна ситуація і скандали в сім'ї, розлучення батьків, підвищена або низька самооцінка дитини. Нехтування значущими дорослими і недружнє ставлення учасників навчального процесу до особистості підлітка, його бажаннями і прагненнями часто виражається проявом агресії, гніву і образи.

Ще в 1966 році канадський психолог Джеймс Марша визначив чотири етапи розвитку ідентичності як ступінь релігійного, політичного та професійного самовизначення особистості:

1. «Невизначена, розмита ідентичність». Людина характеризується відсутністю хоча б якихось чітких переконань, впевненістю в професії і ще не стикалася з кризою ідентичності.
2. «Рання, передчасна ідентифікація. Може бути, якщо людина знаходиться у відповідній системі відносин, але не у результаті самостійно пережитих криз, а тому чужого прикладу або керуючись авторитетною думкою».

3. «Етап мораторію характеризується виявленням індивіда в процесі нормативної кризи самовизначення, відбираючи з численних варіантів розвитку свій, єдиний істинний».

4. «Досягнута зріла ідентичність» .Вона характеризується завершенням кризи і переходом від «самопошуку» до практичної самореалізації» [26].

Підлітковий вік пов'язаний із статевим дозріванням і межі цього періоду чітко не визначені. Криза статевого дозрівання може виникнути як у віці 11 років, так в13 років. Зазвичай цей період дуже важкий для дитини і для навколишнього середовища та сім'ї [11, с.281; 28].

Починаються різкі зміни в організмі дитини, враховуючи інтенсивну діяльність ендокринної системи і виділення статевих гормонів і гормонів росту. Виникають труднощі у функціонуванні легенів, серце і кровопостачання мозку через швидкий фізичний і фізіологічний розвиток. І дитина змушена постійно пристосовуватися до цих змін. Зміни судинного і м'язового тонусу викликають зміну фізичного стану, відповідно, і настрою теж. У цей період спостерігається набагато більше вироблення статевих гормонів, ніж у дорослої людини [18, с. 282].

Швидко дозріває дитина, та може довго не відчувати фізичних навантажень, а потім впасти від втоми в спокійний проміжок часу, відсторонитися від дійсності. У цьому віці емоційний фон підлітка стає нестабільним. Нестабільність посилюється сексуальним збудженням, яке супроводжує статеве дозрівання. На думку західних психологів, підлітки орієнтовані на закономірності маскулінності і жіночності у прояві особистих якостей і в своїй поведінці. Завдяки швидкому зростанню і перебудові організму інтерес власної зовнішності різко зростає.

Формується новий образ фізичного «Я». У цей період гостро відчуються всі недоліки зовнішнього вигляду: коливання ваги, висипання на обличчі, незграбність рухів і непропорційність організму. Все це засмучує підлітка, призводить до ізоляції, іноді до почуття



неповноцінності і навіть неврозу. Є випадок анорексії, коли дівчата прагнули стати елегантними, приносили собі суворі дієти до повного фізичного виснаження. Важкі емоційні реакції пом'якшуються теплими, дружніми, довірчими відносинами з близькими родичами, які виявляють такт, любов і розуміння. І навпаки, нетактовні зауваження, іронія і крики ще більше погіршують ситуацію і невротизують.

### *Розвиток когнітивної сфери підлітків*

Молодший підлітковий вік (11-12 років) характеризується збільшенням пізнавальної активності і розширенням інтересів. Під впливом спілкування і навчання психічні функції перетворюються в доволіно контрольовані, організовані процеси. Одночасно із зовнішніми проявами дорослого життя виникає імітація і відчуття дорослого життя – відчуття дорослості в якійсь мірі і ставлення до себе як до дорослої людини. Діти починають копіювати важливу для них поведінку дорослих, прагнуть набути ті ж якості і хочуть, щоб до них ставилися як до дорослих. Імітують зовнішній вигляд і копіюють поведінку старшокласників.

Сприйняття вибіркоче і цілеспрямоване. Якісно поліпшуються параметри уваги: об'єм, стабільність, інтенсивність, комутація і можливість розподілу. Обсяг пам'яті збільшується. Запам'ятовувати і відтворювати інформацію має сенс і є фізіологічна готовність.

А до 13-15 років процес мислення поступово перебудовується. Конкретне уявлення замінюється теоретичним мисленням. Відмінності в інтелектуальній активності зростають. Міркування ґрунтуються на здатності порівнювати поняття і переходити від одного висновку до іншого. Ініціативність проявляється в пізнавальній діяльності і розвивається самостійне мислення.

У підлітковому періоді від 17 до 19 років вдосконалюються інтелектуальні навички аналізу і синтезу, аргументації і доказу, абстракції

і теоретичного узагальнення. Для хлопчиків і дівчаток цього віку характерно проявляти систематичне і критичне мислення. Існує тенденція до цілісної оцінки явищ реальності і узагальненого розуміння світу, встановлення причинно-наслідкових зв'язків. Інтелект підлітків дозволяє сформулювати уявлення про майбутнє, зрозуміти різницю між минулим і сьогоденням, спланувати своє майбутнє. Інтерес до школи і навчання помітно зростає, набуваючи життєво важливого значення, пов'язаного з майбутнім. Чим старші підлітки стають, тим більше вони звертають увагу на самореалізацію [13].

Розглянемо психологічну функцію уваги. Характер уваги викликає серйозні розбіжності в психологічній науці, а деякі вчені навіть вважають, що такої функції в принципі немає, а сама увага є лише частиною інших психічних процесів. Однак відкриття уваги нейронів, клітин-детекторів, вивчення функціонування і розвитку домінант, функціонування ретикулярного утворення відкрили світло на це питання і, як виявилось, увага дійсно має свою фізіологічну кореляцію, тобто це окрема психічна функція.

Увага – це когнітивний процес, який протікає невлучимо і вбудований в процес сприйняття та мислення. Увага не має власного продукту. Її продукт можна вважати більш точним сприйняттям об'єкта або ефективно вирішеною проблемою. Увага вибіркова і дозволяє відволіктися з якихось причин, і зосередитися на чомусь більш важливому. Наприклад, людина звертає увагу на найважливіші з навколишніх впливів, виділяє найбільш актуальну і пріоритетну думку з шуму багатьох власних думок. Процес уваги передбачає підбір і подальшу обробку інформації. Вона різноманітна і може бути спрямована в зовнішній світ або на власні думки і переживання. Увага впливає на інші когнітивні процеси. Залежно від діяльності людини в організації його уваги виділяють кілька видів уваги:

1) мимовільна увага приділяється концентрації на будь-якому об'єкті, в силу особливостей самого об'єкта, наприклад, його новизни і контрастності, привабливості. Мимовільна увага характеризується новизною подразника або дією подразника, пов'язаного з його значенням або необхідністю такого подразника. Можна виділити чуттєву увагу, спрямовану на зовнішній світ, що володіє яскравим емоційним забарвленням, моральними почуттями, інтелектуальними (спрямованими на внутрішній досвід і власні думки) і естетичними особливостями. Він заснований на візуальному слуховому і тактильному сприйнятті.

Один з класиків психології Едвард Тітченер назвав три подразники, які привертають таку вимушену увагу за замовчуванням: «гучний звук, жовтий колір, запах мускусу». Ми мимоволі звертаємо увагу на продуктовий магазин, коли ми голодні, коли хочемо поїсти. Але в інших випадках ми б цього не помітили. Також спостерігається звичайна увага, коли лікар звично помічає перші симптоми захворювання у людини, де інший їх не помітить. Косметолог звертає увагу на поганий стан шкіри, а майстер манікюру – на суху шкіру рук. І всі вони спеціально не налаштовані на це звертати на це увагу.

Мимовільна увага вказує на те, що у людини немає конкретної мети зосередитися на певному об'єкті, явищі, ситуації або почуттях. Це вимушена увага. Інтерес є основною причиною тривалості і зосередження уваги на конкретному предметі, явищі або ситуації. І навпаки, увага може бути довільною, коли людина хоче прочитати книгу і згадати сюжет, а вона відволікається на родичів, інші справи, проте продовжує утримувати увагу для конкретної мети.

2) довільна увага вже є свідомо регламентованим напрямком уваги, в той час як людина ставить перед собою мету, докладає певних зусиль і використовує певні засоби для утримання уваги. Довільна увага, за своєю суттю, не природна, а асоціальна, і, звичайно ж, вона складніша, ніж

мимовільна. Довільна увага пов'язана з метою і досягається вольовими зусиллями. Свідома мобілізація сил і регулювання концентрації на діяльності відчувається інтенсивно, зберігаючи увагу на об'єкті. Довільна увага формується за рахунок прийнятих рішень. Вольові зусилля допомагають якомога менше відволіктися і помилитися в діях на шляху до мети. Довільна увага характеризується концентрацією сили волі на важливому об'єкті або діяльності.

3) також виділяють післядовільну увагу – це увага, яка має цілеспрямований характер, але не вимагає ніяких зусиль для її реалізації. Така увага виникає, коли спочатку не викликає ніякого інтересу діяльність, привертає увагу людини, а потім здійснюється як би автоматично, тобто немає необхідності в довільному утриманні уваги. Післядовільна увага цікава тим, що немає необхідності цілеспрямовано утримувати увагу. Ми звертаємо увагу на те, що дійсно важливо і необхідно для нас [14; 21].

Відрізнити інтенсивність і стабільність уваги можна за ступенем активності самої людини, в залежності від її готовності концентруватися і об'єктивувати у свідомості певну кількість предметів чи образів. Інтенсивність уваги може зберігатися упродовж 40 хвилин довільно, без помітного ослаблення і мимовільного переключення уваги. Надалі її інтенсивність знижується. Стабільність уваги – це тривалість часу, упродовж якого людина може триматися за певну діяльність або об'єкт. Це особливо важливо при монотонній роботі.

Отже, існують різні типи уваги, наприклад: довільна, мимовільна, післядовільна. Увага приділяється внутрішньому або зовнішньому світу. Увага може бути непрямом і негайною. Протилежністю уваги є неувважність. Вона породжується або неувважністю, пов'язаною з високим і швидким переключенням, або, навпаки, надмірною концентрацією на якомусь об'єкті, або, врешті-решт, простою втомою. Існують різні теорії

уваги, хоча найбільш визнаними є «теорія нервової дратівливості» і «теорія нервового придушення, зокрема, ця теорія була розроблена О.О. Ухтомським. Звичайно, застосовуються і визнаються інші теорії у залежності від основного спрямування і фокусу дослідження.

### **1.3 Фактори, що визначають АНС. Профілактика і лікування**

Атеноневротичний синдром може виникнути при наявності будь-якої патології в організмі. Це позбавляє дорослих здатності адекватно реагувати на реальність, а дітям не дозволяється розвиватися відповідно до їх віку. Астеноневроз часто діагностується у дітей з тонкою психічною організацією. Лікування полягає в легкій психокорекції, встановленні соціальних відносин, контролі своїх емоцій.

Емоційна нестабільність у дітей погіршує розвиток і розвиток нових навичок, уповільнює інтелектуальні процеси і гальмує правильне формування нейронних зв'язків. ВСД часто супроводжує астенічні неврози у дітей і дорослих. Зазвичай поведінкові проблеми дитини пов'язані з поганим вихованням. Але, згідно з міжнародною класифікацією захворювань 10 перегляду, атеноневротичний синдром визнається захворюванням, при цьому призначається індивідуальний код F48.0.

Пацієнти з астеноневротичним синдромом часто скаржаться на:

- 1) труднощі із запам'ятовуванням різної інформації;
- 2) відсутність задоволення від будь-якого бізнесу, яким вони займаються;
- 3) відчуття втоми, яке не триває після тривалого відпочинку.

Атеноневротичний синдром є наслідком впливу на організм факторів, що виснажують нервову систему:

- 4) психічна і фізична втома, пов'язана з хронічними емоційними переживаннями;
- 5) функціональне перенапруження;
- 6) соматичні захворювання;
- 7) відсутність відпочинку і короткої сон.

Основними симптомами невротичного розладу є швидка збудливість дитини, з одного боку, і таке ж швидке виснаження, з іншого [19; 38]. Вона проявляється незалежно від віку і вказує на дратівливу слабкість. Неврастенія – тимчасовий, хворобливий стан, який може тривати від декількох місяців до декількох років, що проявляється комплексом соматичних і психічних розладів.

Типовий тип такої дитини: бліде обличчя; млява мімікрія; розслаблені рухи, швидко змінюються в момент емоційного підйому; стають стрімкими і швидкими, мімікрія оживляється, обличчя покрите рум'янцем. Дитина, починає скаржитися на погане самопочуття, яке має фізіологічний і психологічний характер.

*Фізіологічні симптоми включають:*

- 1) втрата або зниження апетиту (невротична анорексія, булімія);
- 2) вечірній ажіотаж;
- 3) підвищення температури тіла до 37,3
- 4) порушення сну (безсоння, перерваний нічний сон через нічні кошмари, особливо у дітей від трьох до 6 років;
- 5) запаморочення, головні болі, спазми судин головного мозку;
- 6) погано переключється увага, гальмування мислення;
- 7) наявність частої тахікардії;
- 8) відчуття втоми вранці набагато більше, ніж ввечері;
- 9) утрудненість розумової діяльності; м'язова слабкість, млявість, втома; нервовий кашель, нічний енурез, енкопрез;
- 10) біль, спазматичний характер в шлунку і серці;

11) порушення рухових функцій (мимовільні рухи, судоми);

12) нервові тики (неконтрольоване скорочення м'язів, посмикування плечей, махання головою);

Дитячі та підліткові неврози також мають психологічний характер.

*Психологічні симптоми включають:*

1) чутливість, вразливість, істеричність (більш характерно для дітей у віці від 3 до 6 років);

2) істерики, ридання з падінням на підлогу;

3) всі можливі страхи, фобії;

4) відчуття туги;

5) легке виникнення емоційного збудження, пригнічене з великими труднощами;

6) Відволікання і депресія є переважаючим фоном;

7) зміна настрою без видимих причин, дратівливість;

8) пригнічений, депресивний стан (характерний для підлітків).

При цьому підвищується збудливість всіх аналізаторів: в нервовій ситуації дитина плаче, пальці тремтять, вона погано переносить яскраве світло, різкі звуки, гучний голос і шум [28 с.199]. Розвиток астенічного неврозу впливає на якість життя особистості, затримує інтелектуальний і фізичний розвиток і може привести до депресивного стану. Корекція і лікування астенічного неврозу передбачає поєднання різних методів (психологічних інтервенцій та утручань і супровід ерготерапевта).

Вираз «нервова дитина» неправильно витлумачений. Не кожному вперту і примхливу дитину можна назвати нервовою. У школярів, які не справляються з вимогами навчання, спостерігаються і контролюються симптоми, характерні для невротичного розладу. Проте це не означає, що у дитини невроз. Це свого роду реакція психогенного характеру, обумовлена труднощами в навчанні, самотійністю, страхом за погані оцінки. Діти з такою формою психогенної реакції стають примхливими,

скиглять, не можуть зосередитися, скаржитися на забудькуватість. Швидка втома дітей і підлітків викликає нестабільність уваги, труднощі концентрації і зниження інтелектуальних характеристик. Підлітки не справляються з вимогами, які до них пред'являють школа і сім'я, оточення. Вони почасти відсторонюються від інших, стають недовірливими, настороженими і підозрілими. Зниження інтелектуальних здібностей відрізняється від того, що спостерігається при органічних захворюваннях головного мозку [28, с.199]. Тільки процеси концентрації та проєкції, активної уваги є дефектними, відхиляючими від нормативно-визначених показників специфічно віку досліджуваних. Після відпочинку і корекції ці здібності поступово відновлюються, що свідчить про функціональні зміни у роботі центральної нервової системи.

Таким чином, можна сказати, що діти і підлітки, які страждають атеноневротичним синдромом, перебувають в стані дратівливої слабкості, швидкого збудження і виснаження, позбавлені бадьорості і наполегливої життєрадісності. Цей хворобливий стан розвивається на тлі порушеного режиму і негативних психогенних факторів, які діють тривалий час і систематично. Основними і частими причинами надмірних емоційних реакцій у дітей і підлітків є:

- 1) фізичне і психічне перенапруження;
- 2) тривале збудження;
- 3) складні відносини з однолітками;
- 4) несприятливі умови в сім'ї;

Діти, які живуть в несприятливих умовах, особливо ті, хто має недостатній фізіологічний розвиток, знаходяться у групі ризику розвитку АНС. Якщо заходи не вжити вчасно, хвороба затримується на тривалий період.

*Основні провокатори астенічного неврозу:*

- 1) травми голови;
- 2) стрес, викликаний трагічними подіями;



- 3) інфекційні захворювання;
- 4) хронічна патологія печінки або нирок;
- 5) гормональний розлад;
- 6) дефіцит вітамінів групи В;
- 7) шкідливі звички вагітної жінки
- 8) гіпоксія, і як наслідок, порушення внутрішньоутробного розвитку мозку у плоду;
- 9) особливості виховання і темпераменту;
- 10) нездорова ситуація в сім'ї;
- 11) погана соціальна адаптація.

Розпізнавання астеноневтичного синдрому представляє певні труднощі, вимагає уваги і обережності, адже за неврастенічними симптомами можна не помітити справжнє психічне захворювання, особливо шизофренію [28 с.199; 32; 44].

На думку вчених, у навчальному процесі і відносинах є 3 аспекти, які впливають на розвиток неврозів:

- 1) невротичний вплив навчального процесу на підлітка;
- 2) невротичний вплив виховної роботи на вчителя;
- 3) невротична комунікація між учнем і викладачем [54; 55].

*Згубний вплив на психічне здоров'я дітей і підлітків надають:*

- 1) неправильно організований навчальний процес;
- 2) всілякі конфліктні відносини під час навчання;
- 3) нестерпні психічні навантаження і фізичні навантаження;
- 4) завищені вимоги вчителів та очікування батьків;
- 5) відсутність вільного часу для реалізації особистих планів, бажань і потреб;
- 6) недотримання правил менталітету навчального процесу.

Кожен має базову потребу в повазі, захопленні, схваленні, розумінні, самоповазі та підтримці. Будь-яка життєва подія впливає на психіку

людини, особливо травматична – погано впливає на самопочуття і настрій. По суті, це робить людину беззахисною від впливу інших людей і впливу зовнішнього світу. З огляду на психофізіологічні симптоми нервових розладів, до лікування цих захворювань слід підходити комплексно.

Хороші результати лікування забезпечують:

- 1) зміна режиму дня і стилю повсякденного життя;
- 2) сенсорна інтеграція; піскова терапія;
- 3) помірна фізична активність;
- 4) регулярний відпочинок, якщо це можливо, і в денний час;
- 5) усунення стресових факторів; вживання здорової їжі;
- 6) дотримання режиму праці та відпочинку.

*Лікування і профілактика астенічних неврозів проводиться за допомогою таких фахівців:*

1) Невропатолог, який встановлює діагноз і при необхідності призначає медикаментозне лікування.

2) Сімейний і дитячий психолог, який складає психокорекційну програму і допомагає створити сприятливу атмосферу для оздоровлення в сім'ї.

3) Психотерапевт, який допомагає лікувати синдром нав'язливої коми. Робота з цим фахівцем особливо важлива для підлітків.

4) Масажист, який допомагає позбутися від м'язових спазмів і привести м'язи в нормоторний стан.

5) Інструктор лікувальної фізичної культури, який проводить заняття, які нормалізують роботу всіх органів і систем організму.

7) Ендокринолог, який займається і вивчає гормональний станом організму.

8) Ерготерапевт неврологічного профілю, який допомагає відновити інтелектуальну функцію за допомогою діяльності.

9) Психіатр (за потреби), який виключає або встановлює серйозні захворювання і розлади.

10) Логопед і дефектолог.

**Комплексний підхід і своєчасне лікування допомагає повністю усунути захворювання і відновити вітальну функцію життя, бажань і прагнень.**

## **РОЗДІЛ 2**

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ, МЕТОДІВ ТА МЕТОДИК ДОСЛІДЖЕННЯ**

#### **2.1 Порушення уваги при невротичних розладах у підлітків**

Сприйняття зовнішніх вражень – найперший процес пізнання навколишнього світу. Пізнавальна активність проявляється у першу чергу, у в живій увазі і неможливо без високої розумової активності довго орієнтуватися на певне явище. У психічному житті людини домінує активна «жива» (фокусування, концентрація) увага. Важливе кожне нове враження, що служить поштовхом до розвитку здібностей. Можливість помітити нові явища досить важлива. Жива увага певного напрямку підвищує тонус рецепторного апарату (слуху і погляду). Незліченні подразнення приймає кора головного мозку і людина диференціює комплекс вхідних подразників за допомогою аналізу. Для створення адаптації до зовнішнього середовища і регулювання процесів, що відбуваються в організмі, необхідний синтез, щоб узагальнити виявлені аналізом подразнення, в цілісну функціональну систему.

Людина, потрапляючи в нове середовище, отримує ряд вражень, на яких зосереджує свою увагу, завдяки особливим, значущим для неї параметрам.

У патології уваги велику роль відіграють розлади. Перш за все, страждає активна увага. Пацієнти неуважні, не можуть довго концентрувати увагу на одному об'єкті, що не дозволяє їм зосередитися, ледь виконуючи розумову роботу. Такі серйозні розлади уваги відзначаються у пацієнтів з невротичними розладами і у психічно хворих.

Такі розлади уваги можуть спостерігатися як у психічно хворих, так і у невротиків. Відволікання, що спостерігається у пацієнтів з маніакально-депресивним психозом, є особливою формою патологічного розладу уваги.

Пацієнти швидко помічають найменші зміни в навколишньому просторі. Вони дуже спостережливі, але довгий час їх увага не може залишатися на об'єкті, оскільки вона нестійка і відволікається в пошуках нових вражень. Пасивна увага не завжди розладжується паралельно з активною увагою. Так, наприклад, пацієнти з шизофренією помічають все, що відбувається, при всій своїй явній розсіяності і неуважності.

Існують так звані негативні сторони процесу уваги або порушення уваги: відволікання; неуважність; гіперрухливість; інертність; звуження об'єму уваги, нестійкість уваги (порушення концентрації уваги).

Щоб організувати увагу дитини, треба включити його в дію, розбудити інтелектуальний інтерес до змісту і результатів діяльності. Неуважність – це нездатність зосередитися на чому-небудь певному упродовж тривалого часу. Термін «неуважність» означає поверхневу, змінну увагу. Відволікання уваги – це мимовільне переміщення уваги з одного об'єкта на інший. Воно виникає під час дії сторонніх подразників на людину, зайняту в цей момент якоюсь діяльністю.

*Причин істинно розсіяної уваги є багато. Найпоширенішими є наступні:*

- 1) загальне ослаблення нервової системи (неврастенія),
- 2) погіршення стану здоров'я;

- 3) фізична і розумова перевтома;
- 4) наявність важких переживань, травм;
- 5) емоційне перевантаження внаслідок великої кількості вражень (позитивних і негативних);
- 6) недоліки виховання ;
- 7) порушення режиму праці й відпочинку;

Концентрація уваги може страждати навіть при легких соматичних захворюваннях, при підвищенні температури і фізичній слабкості такі порушення завжди трапляються. Рівень уваги у людини може змінюватися під впливом зміни її стану – високої температури, сонливості або застосування психоактивних речовин і як наслідок вона стає розсіяною і неуважною.

Слушною є думка у порушеній темі науковиці Марії Фалікман, яка обґрунтовує, що саме вторинні властивості уваги використовуються у всіх тестах для дошкільнят і школярів для визначення їх концентрації в навчальному процесі.

## **2.2 Особливості корекційної роботи при невротичних розладах у підлітків**

У своїй професійній діяльності мною накопичено значний досвід проведення сімейної психотерапії у дітей і підлітків. Діагностика сімейних відносин включає визначення негармонійного виховання дітей, дезорганізації сім'ї, виявлення порушень і причинно-наслідкових зв'язків між формуванням особистості дитини, її потребами і психічними розладами.

Використовується метод включеного спостереження і психологічні методи для побудови адекватної сімейної діагностики. Працює команда фахівців, які комплексно підходять до вирішення патологій.

Метод включеного спостереження допомагає зрозуміти всю найважливішу і цінну інформацію про функціонування сім'ї. Це свого роду природний експеримент подальшим резервом і вдосконаленням якого є діагностичне тестування, яке визначає ряд відхилень у вихованні, виявлення їх причин і складання психокорекційних програм.

Застосування таких методів дає можливість проводити більш об'єктивне вивчення сім'ї на основі узагальнення з урахуванням клінічного досвіду.

Розглянувши велику кількість методів, які існують на сьогоднішній день по реабілітації дітей з АНС, ми будемо проводити дослідження комплексно.

Дослідження було проведено індивідуально на дітях різного віку з офіційно установленим діагнозом АНС. Кожному з них була розроблена своя індивідуальна програма супроводу і корекції.

Слід зазначити, що усі поведінкові види тестування визначають присутність певних навичок і поведінки без співвідношення до стандартів населення або до шкали розвитку. Тобто, ці тести визначають, чи існує певна поведінка або ні, і якщо існує – то як проявляється. На основі такого виду тестів неможливо дійти висновку в якому віці і на якому етапі повинна була проявитися ця поведінка, а також яким навичкам в першу чергу повинен віддаватися пріоритет.

Серед досліджуваних було виявлено 3 основні типології особистості, схильних до невротичного синдрому за індивідуально-психологічними особливостями: флегматик з високим рівнем нейротизму, холерично-сангвінічний тип в поєднанні з середнім і високим рівнем нейротизму, меланхолійний- холеричний тип в поєднанні з дуже високим невротичним балом.

*План корекції і етапність роботи з кожним досліджуваним реалізовується за наступним алгоритмом:*

- 1) Познайомитися з внутрішнім світом дитини, його думками і способом життя.
- 2) Сформувати довірливі відносини з дитиною.
- 3) Задаючи провідні питання, показати вирішення своїх проблем.
- 4) Окреслити робочу гіпотезу.
- 5) Провести зустріч-опитування (збір анамнезу) і бесіду з батьками.
- 6) Скласти індивідуальний план корекції психоемоційного фону настрою дитини і поведінки батьків.
- 7) Надати рекомендації, для повноцінного і функціонального життя усіх членів сімейної системи відповідно віку дитини та особливостей батьківського ставлення і взаємовідносин у сім'ї.

Для опису випадків, що будуть аналізуватися у дослідженні визначимо алгоритм опису кожного конкретного випадку. Опис є постфактум праці у системі «спеціаліст-дитина».

Алгоритм представлення випадку діагностично-корекційної взаємодії

1. Учасник
2. Анамнез
3. План корекції
4. Результат
5. Прогноз і рекомендації

Далі у нашій роботі буде представлено опис і розбір індивідуальних випадків корекції і супроводу осіб з діагностованими синдромом хронічної втоми та емоційного виснаження.

### *Досліджуваний 1*

Відвідав 9 (занять-консультацій)

1. Учасник: хлопчик Єгор 11 років з діагнозом: Астено-невротичний синдром.
2. Анамнез: нервові тики на обличчі в периорбітальній області.

3. Первинна гіпотеза: (уседозволеність, доступ до бажаного, уникнення відповідальності та вимог, самовпевненість) надмірний ентузіазм до ігор через додаток у телефоні, переважно насильницький характер). Небажання слухати, нездатність привернути увагу дитини до настільних ігор або інших занять. Дефекти виховання. Грубість і зневажання у відповідь на прохання дорослих, заохочувалися в сім'ї хлопчика.

4. Розмова з батьком дитини не привела до позитивного результату. Тато не побачив проблеми і відмовився брати участь у вихованні і корекції поведінки дитини. Мати не прийшла взагалі.

5. Прогноз: поведінка дитини погіршиться в майбутньому і АНС набере більш стабільну форму. У дитини порушена щоденна режим: сон і неспання. Батьки призначають нестерпну на свій вік відповідальність і завдання, з якими йому важко впоратися. В результаті такого способу життя порушується увага і бажання щось зробити. Відсутність такого виховання і уваги до дитини компенсується фінансовою складовою (поїздки в Єгипет, покупки, подарунки). Допускається грубість в сім'ї і грубість по відношенню до батьків. Все вищесказане призводить до розладу функції уваги, зниження успішності, як наслідок.

### *Досліджуваний 2*

1. Учасник: Хлопчик Дамір 11 років

2 Історія з діагнозом: АНС, нічний енурез

3. Первинна гіпотеза: відсутність уваги з боку значущих дорослих, емоційна нестабільність, необхідність догодити оточуючим, прагнення до визнання. Впертість і наполегливість є оборонними за своєю природою. Орієнтація на власні думки системним підходом до вирішення проблем, необхідністю поваги.

4. Розмова з матір'ю дитини привела до взаєморозуміння. План корекції складено з урахуванням інтересів і бажань дитини, з 1 по 12 лютого проведено 10 консультативних прийомів, в результаті чого самопочуття



хлопчика покращилося. Його мати перереєструвала дитину на консультації з 24.02 2021 по 11.03 2021.

5. Прогноз: Дамір і мати знайшли спільну мову, в результаті чого покращилася увага дитини, піднявся настрій і зменшилася частота енурезу. Відвідали 22 консультації, тривалістю 40 хвилин - 60 хвилин.

### *Досліджуваний 3*

1. Учасниця: дівчина Поліна 16 років з діагнозом АНС і тривожний розлад.

Відвідали 13 консультаційних прийомів. До 12-го візиту загальний стан здоров'я покращився. Консультація триває 60-120 хвилин.

2. В історії АНС, зниження уважності, порушення сну.

3. Первинна гіпотеза: невпевненість у собі, низька самооцінка, зарозумілість, марнославство, які є захисними. Неможливість взаєморозуміння з матір'ю. Відсутність уваги і спілкування з боку матері в дитинстві, і в даний час. Страх перед власною матір'ю.

4. Бесіда та розмова з матір'ю дитини не дала бажаних результатів. Дівчинка сама виявила бажання продовжувати курс терапії.

5. Прогноз: потреби дитини були задоволені, що відразу відобразилось на її настрої і покращення загального самопочуття. Нажаль, взаємини з мамою дівчинка розірвала і виказала повне небажання спілкуватися з нею. В ході консультацій дівчинці було надано психологічну підтримку та можливість дивитися на обставини з різних сторін. Це сприяло розвиненню уваги на самих важливих для неї речах.

### *Досліджуваний 4*

Відвідав 10 консультацій.

1. Учасник хлопчик Максим 14 років

2. Анамнез: АНС, преубертатний період.

3. Первинна гіпотеза: емоційна нестабільність, невпевненість у власних силах. порушено увагу і поведінку.

4. Розмови з матір'ю були частими і довгими, незважаючи на небажання хлопчика відвідувати терапію. Скарги на вітчима, що той його бив. Зневіра у свої здібності та інтелект із-за вродженої патології головного мозку. Небажання вчитися, афективна поведінка. Комплексна робота спеціаліста і батьків, призвела до бажаного результату. Атмосфера в сім'ї налагодилася.

5. Прогноз, рекомендації: На п'ятий день терапії атмосфера в сім'ї покращилася. Максим і його брат стали відповідати на прохання підготувати домашнє завдання до наступного уроку і стали уважніше ставитися до деталей. Мамі порадили змінити спосіб спілкування з дітьми і поліпшити спілкування між ними. А також частково захиститися від спілкування з власним батьком, який приніс розлад до сім'ї, будучи колишнім чоловіком. Старшого сина рекомендується віддати в гурток, яке веде тренер чоловічої статі, від якого можна взяти гідний приклад, як фігуру, що замінює батька. Відрегулювати поведінку чоловіка, встановити вітчиму допустимі межі в поведінці. Заборонити йому бити свого сина.

### *Досліджуваний 5*

Учасник: хлопчик Денис 11 років

2 Анамнез: АНС, препубертатний період.

3. Первинна гіпотеза: апатія, повне небажання робити що-небудь, відсторонений погляд. захоплення комп'ютерними іграми. Немає цілей і бажань. Імпульсивні реакції. Агресивна поведінка. Самовпевненість. Зарозумілість. Радості немає. Самоствердження за рахунок слабких.

4. Під час бесіди з матір'ю виявлено упущення в режимі дня, дефекти у вихованні, надмірне залучення дитини до комп'ютерних ігор, з проявом агресивного компоненту.

5. Скоригувати поведінку дитини. Більше проводити часу з синами, щоб допомогти їм налагодити взаєморозуміння. Так як старший син більше підвладний впливу зі сторони батька, а молодший прив'язаний до матері. На цьому підґрунті склалися погані відносини між дітьми. Батько налаштовує старшого сина проти матері, а молодший прихильний до матері. Вітчим декілька разів вдарив старшого сина за грубе відношення до матері, що визвало у нього ще більшу злість на свою родину.

6. Рекомендації. Започаткувати, встановити сімейні традиції і кожної неділі займатися сумісною домашньою роботою, цікавою діяльністю та відвідування розважальних центрів (кіно, атракціони, парки, поїздки до родичів.)

### *Досліджуваний 6*

1. Учасник, хлопець Даніель 16 років.

2. Анамнез: головний біль, запаморочення, АНС, цефалгія напруги, знижена концентрація уваги, забудькуватість, відчуття нереальності. Анамнез: струс головного мозку першого ступеня в 2018 році. Непритомніє від фізичного перевантаження.

Первинна гіпотеза: страх смерті, страх самотності. Часта дратівливість, гнів на поведінку людей. Бажання ізолюватися від інших, нетерпимість до моралі суспільства. Страх провалитися на ЗНО. Найчастіше відчувається смуток, сум, гнів.

3. У мами така історія хвороби: післяопераційний стан щитовидної залози. Син їй співчуває, відчуває страх за життя матері і за своє життя теж. Батьки розлучені. Тато маніпулює сином, бо розуміє, що той від нього залежить фінансово. Хлопцю не вистачає коштів, а батько цим користується. Погані стосунки з дідусем і дуже напружені стосунки з батьком. На прийомі веде себе дуже неспокійно: мимовільні рухи ногами, руками, стукання пальців по екрану телефона, потирання обличчя долонями. Страх смерті, страх самотності. Втрачає свідомість під час

фізичних навантажень – один раз на тренуванні з боксу і двічі під час прогулянки з друзями.

Даніель відвідав 10 прийомів, а із 5-го візиту почав відзначати поліпшення свого внутрішнього стану. На 9-му сеансі відзначив значне поліпшення свого стану.

4. Розмова з батьками не відбулася, адже хлопець прийшов на прийом самотійно.

5. Рекомендується до перегляду фільми, ведення щоденника для відстеження свого стану, зміни світогляду і періодичні візити до психолога.

### *Досліджуваний 7*

1. Учасниця: дівчина Аліна 15 років

2. Анамнез: АНС, період пубертата.

3. Первинні гіпотези і анамнез: ізоляція, неможливо встановити контакт, не йде на розмову під будь-яким приводом. Зрозуміло, що їй потрібна допомога, але вона не може про це сказати, адже відчуває сором і вважає це проявом слабкості. Дівчинку привезла а мати.

4 Під час розмови з Аліною і спільних занять з матір'ю вдалося встановити, що мати занадто захищає дівчинку, порушуючи її особисті кордони, роблячи нескінченні зауваження. В ході проведення психологічної корекції і стабілізації психоемоційного фону дитини вдалося налагодити з нею контакт і сформувані довірливі відносини, виявити її інтереси, захоплення і дізнатися про її потреби. Аліна відвідувала 18 занять, а з 12-ї сесії почала говорити про свої потреби.

5. В результаті були виявлені незадовільні стосунки в сім'ї між найближчими родичами. Гіперзахисна мама, яка постійно робить зауваження і дуже погані стосунки з батьками батька дівчинки. Непотрібні вимоги про допомогу, без будь-якої подяки. Постійні докори і ворожість з

боку найближчих людей зробили Аліну, красиву дівчину, невпевненою в її привабливості з низькою самооцінкою. Ці прояви були подолані, надавши дитині необхідну їй інформацію, яку вона боялася запитати у найближчих людей

6. Аліні рекомендується захищати свої кордони. Наприкінці візитів дівчина дійшла висновку, що просити про допомогу – це нормально. Цілі, які я поставила, були успішно вирішені. Сама дівчинка була на зв'язку і попросила матір записати її до суміжних фахівців. Мама була дуже уважна і враховувала всі рекомендації. Разом ми встановили контакт між матір'ю і Аліною, в результаті чого вони обидва завоювали довіру одна в одній.

### *Досліджуваний 8.*

1. Дівчина Катя 16 років

2. У дівчинки в анамнезі вегето-судинна дистонія, статеве дозрівання, скарги на роздратування і гнівні реакції, астеноневротичний синдром, порушення постави.

2. Прийшла у зв'язку зі скаргами на неї в коледжі власних однокласників. Вона розуміє, що робить неправильно, але не може стримувати свій гнів і образи на адресу інших. Виникають труднощі соціальної адаптації, деструктивний спосіб захисту від стресів і конфліктів. Катерина прийшла на прийом непривабливою і роздратованою.. Поведінка є демонстративною. Реакція афекту не відповідає подразнику.

3. Гіпотеза: виникає яскрава психотравматична ситуація або психотравматична ситуація, яка систематично повторюється. Надмірна емоційність підлітка заважає розумному ставленню до ситуації, дії позбавлені продуманості. Виглядає нещасливою і проявляє гнівні реакції. Немає ніякого контролю над поведінкою. Під час розмови з Катериною вдалося визначити її тісні стосунки з хлопцем, через сварки з яким вона виявляла агресивність і випліскувала цю агресію на інших. Як з'ясувалося

пізніше, стосунки з матір'ю не встановлені. Вона п'є щодня, і, можливо,, б'є свою дочку. Коли мова йде про матір, простежуються реакції страху.

4.Рекомендації: подумати про фільм і відео, яке пропонувалося переглянути і виділити негативні якості ззовні, для кращої наочності і демонстрування такої поведінки, яка є неприйнятною в суспільстві і притаманна Катерині. Купіть яскравий блокнот і запишіть в ньому всі свої переваги і успіхи в житті, а також недоліки, над якими потрібно працювати. Катя відвідувала заняття 15 разів, тривалість яких коливалася від 45 до 60 хвилин.

5.Результат: психологічна корекція була виражена і помітна всім навколо мене, але як фахівця дівчина знецінила мої зусилля, стверджуючи, що це тільки її заслуга. Атмосфера в колективі коледжу була налагоджена, і випадково зустрівши Катерину на вулиці, дівчина знову вирішила звернутися за моєю допомогою самостійно.

### *Досліджувана 9.*

1.Дівчина, Ніколь 9 років

2.Анамнез: прийшла налякана, боялася людей, замкнута бліда, не входила в контакт. Невротичний розлад, астеничний синдром, порушення сну.

3.Корекція полягала в стабілізації емоційного фону дитини. Під час розмови з Нікою з'ясувалося, що вчителька кричала на неї в класі. Принижує, називаючи всілякими словами. Дівчинка боїться гучних звуків, високих тонів голосу. Живе з бабусею. Мама не виховує дівчинку, так як працює за кордоном і планує забрати туди дочку.

4.В ході спілкування і розмов з Нікою була виявлена необхідність сильної, глибокої прихильності, емоційного комфорту і захисту від зовнішніх впливів та інших людей. Дуже чутливий характер, тонка психічна організація. Існують особливості підвищеної акуратності і уваги до деталей. Відчуває себе самотньою, виглядає неспокійно. Дівчина дуже ніжна і чуйна, не сприймає грубої критики.

5.Рекомендації: бабусі потрібно захистити її від присутності некомпетентного вчителя, який своїми діями і висловлюваннями спровокував розвиток невротичного розладу у дитини.

### *Досліджуваний 10*

1.Хлопчик Богдан 17 років

2.Анамнез: невротичний розлад, нервові тики верхніх кінцівок.

3.При зовнішній послідовності і спокої є внутрішні переживання через складання зовнішнього незалежного тестування.

4.Турбота про своє майбутнє і нерозуміння своїх бажань, Неможливість визначити професійну діяльність. Стан стресу через відсутність радісного спілкування і безтурботного існування. Болісно переживається потреба подібатися іншим.

5. Рекомендації: Богдану було запропоновано підбірку літератури для отримання більшої впевненості в собі, отримання стійкої самооцінки і придбання чоловічих ділових якостей, які йому потрібні і для нього важливі. Прочитавши назви книг рекомендованих авторів, він залишився задоволений назвою і наявністю такої літератури. Він відвідував мої заняття ерготерапії, віддававши перевагу своїм одноліткам і спілкуванню зі мною особисто. У групових заняттях охоче ходив спілкувався з іншими дітьми, молодшими за віком. Отримавши необхідну йому інформацію, він залишився задоволений.

### *Досліджувана 11*

1.Софія, дівчина 11 років

2.В анамнезі: атеноневротичний синдром, невротичний заїкання, які систематично не проявляюся.

3.Гіпотеза: емоційна нестабільність, швидке переключення уваги, підвищена чутливість. Високий, але не стабільний рівень самооцінки, на який впливають інші, звідси і потреба визнання, елементи демонстративної поведінки. Гнівливості в конфліктних ситуаціях.

4. Під час розмови з батьком-вітчимом Софії, з'ясувалося, що він висміює її такими словами, як «корова» тощо. Щоб поговорити з Софією, виявилось, що саме такі заяви її шкодять і травмують її тонкий чутливий характер. Батько-вітчим доставив її в клініку для лікування. Також під час розмови з'ясувалося, що Соню в класі ображає хлопчик і про цю ситуацію батьки не знали.

5. Рекомендації: вітчиму змінити ставлення до дівчинки і вибрати слова, щоб не зачепити чутливе серце дитини і не завдати непоправної шкоди самооцінці Софії. У школі слід поговорити з класним керівником і з батьками хлопчика про систематичний булінг з його боку.

Підібраний матеріал для діагностування типології особистості і рівня нейротизму:

- 1) діагностична методика “Айзенка.”
- 2) Таблиці Шульте
- 3) Аналіз сімейних взаємин
- 4) Інтегративний тест тривожності

Отже, провівши індивідуальні дослідження на 11 дітях різного віку з офіційно встановленим діагнозом АНС та супутніми поведінковими розладами, було встановлено, що майже у всіх випадках комплексного втручання наявна позитивна динаміка у психоемоційному стані досліджуваного та підвищується рівень концентрації уваги та уважності. Можемо констатувати, що хронічна втома і її наслідки прямо впливають на організацію уваги особистості, а отже ці процеси є взаємовиключними, нервова астенія провокує розсіяння уваги.

З означеного можна констатувати, що своєчасне втручання, супровід і реабілітація допомагають бути зрозумілими і почутими, набутти соціальної і психологічної цілісності. Головне дитині відчувати себе потрібною, емоційно прихильною у сім'ї і це є запорукою успішної соціалізації та особистісного становлення. Сім'я є основним осередком психоемоційного



спокою і формування повноцінної функціональної особистості у сучасному соціумі.

## ВИСНОВКИ

В результаті порушеної теми кваліфікаційного дослідження, мета і цілі означені у роботі було досягну і розкрито. Отримані результати дозволили виявити загальні риси особистості підлітків, які проявляються при діагнозі астеноневротичного синдрому зі зниженням уваги (соціально-психологічний контекст), а саме – підвищена тривожність, низька самооцінка, підвищена дратівливість, фізична та вербальна агресія, високий півень нейротизму, порушення сну та ін.

**Досягнута мета дослідження дозволила сформулювати наступні положення, що виносяться на захист:**

1. Проведено теоретичне аналізування за порушеною темою, визначено та виокремлено із наукових праць провідних учених провідні психологічні риси особистості, притаманні підліткам з астеноневротичним синдромом.

2. Проведено порівняльний аналіз особистісних якостей учасників дослідження з астеноневротичним синдромом та нормативної поведінки підлітків, встановлено основні предиктори формування та прояву астенії, нейротизму. Розмежовано, що є специфічно віку досліджуваних, а що є сформованим оточуючим середовищем.

3. У констатувальній частині кваліфікаційного дослідження проведено опис конкретних випадків за визначеним алгоритмом у дослідженні, проведено психологічний розбір випадків (звернення до спеціаліста з постановкою діагнозу астено-невротичного синдрому), описано план корекційного впливу та надано рекомендації по кожному розглянутому випадку у дослідженні. На жаль, у дослідженні не можна досягнути усіх питань з якими стикається спеціаліст, який працює з дітьми, адже це робота комплексна, суто індивідуальна з урахуванням віку досліджуваних, особливостей соціальної ситуації розвитку, умов життя, ближнього оточення, взаємин з батьками та однолітками.

Якщо узагалі проаналізувати усе описане вище, і підсумувати, то можна означити наступне, астено-невротичний синдром це наслідок, а не причина, це стомленість від постійної полізадачності, швидкого темпу життя, високих вимог – це люди, підлітки, діти які втомилися і не мають «внутрішнього ресурсу», тієї батарейки, що дозволить повноцінно бажати, планувати, функціонувати та досягати. Дітям, дорослим і особливо підліткам потрібна підтримка і зайняття для душі, що дозволить здійснювати переключення уваги, виконувати діяльність із задоволення і «заряджати» власну батарейку – бути ресурсним і наповненим, а отже – ні нервовій астенії! Астено-невротичний синдром – це питання хронічної втоми, повного розфокусування уваги та уважності. Він проявляється на різних рівнях нашого життя на фізичному: втома, поганий сон, пітливість, високий кров'яний тиск; емоційному: песимізм, безпорадність, байдужість, драгівливість, тривога; поведінковому: бажання змінити напрям діяльності, зловживання алкоголем; інтелектуальному: втрата почуття гумору, апатія; соціальному: втрата інтересу до відпочинку, хобі, ізоляція.

Отже допомога, супровід особистості яка страждає на астено-невротичний розлад повинна бути комплексна і зачіпати усі рівні прояву і фізичний, і психічний, і емоційний та ін. Краще профілактика і попередження, ніж лікування і корекція наслідків стану хронічної втоми, тривоги та розфокусування уваги. Успішність психокорекційного впливу передбачає поєднання зусиль у пошуку підвалин труднощів налагодження приязного спілкування та комфортних взаємин між людьми.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: Эксмо, 2012. 150 с.
2. Александрова О. Н. Психология социальной работы. Александрова О. Н., Боголюбова О. Н., Васильева Н. Л. и др. ; под общ. ред. М. А. Гулиной. СПб.: Питер, 2002. С. 223–231.
3. Арцимович Н. Г. Синдром хронической усталости: монография. Н. Г. Арцимович, Т. С. Галушина. М.: Научный мир, 2001. 221 с.
4. Байер О. О. Життєві кризи особистості : навчальний посібник. Д. : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. 244 с.
5. Блейенберг Г. Синдром хронической усталости и возможности психологической терапии. Г. Блейенберг, И. Феркулен, Е. Базелманс. *Соц. и клинич. психиатрия*. 1998. № 3. С. 21–29.
6. Блинова О.Є. Особистісні чинники розвитку соціальних стереотипів. *Наукові записки Інституту психології імені Г.С.Костюка АПН України* : зб. наук. праць. За ред. С.Д.Максименка. К. : Міленіум, 2006. Вип.28. С.67-73.
7. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика. Бондаренко А. Ф. 3-е изд., испр. и доп. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 336 с.
8. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика, вид. 4-е, випр. та доп. К. : Освіта України, 2017. 332 с.
9. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И Проективные методы: теория и практика применения к исследованию личности ребенка. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2013. 352 с.
10. Бурлачук Л.Ф., Михайлова Н.Б. К психологической теории ситуации. *Психологический журнал*. 2002. т.23. № 1. С. 12-21.

11. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. М.: Академия, 2001. 352 с.
12. Гавриленко М. Синдром хронической усталости. Как повысить свой жизненный тонус. М.: Эксмо, 2006. 384 с.
13. Довгань О. Специфіка кризи особистості в юнацькому віці. *Психологія і суспільство*. 2004. № 2. С. 144–150.
14. Дормашев Ю.Б., Романов В.Я. Психология внимания. 3-е изд., испр. М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2002. 376 с.
15. Загальна психологія: Підручник / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. К.: Либідь, 2005. 464 с.
16. Злобіна О.Г. Особистість: на перетині соціального та індивідуального. Як будувати власне майбутнє : життєві завдання особистості : монографія. Т.М.Титаренко, О.Г.Злобіна, Л.А.Лепіхова [та ін.] ; за наук. ред. Т.М.Титаренко; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2012. С.131-141.
17. Козлов В. В. Работа з кризисной личностью. М.: Изд. Института психотерапии, 2003. 301 с.
18. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
19. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків : Клінічний посібник. Харків : Фоліо, 2001. 271 с.
20. Куликов Л. В. Здоровье и субъективное благополучие личности. Психология здоровья; под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. С. 405–442.

21. Максименко С. Д. Загальна психологія: Навчальний посібник. К.: Центр навч. літератури, 2004. 272 с.
22. Малкина-Пых И. Г. Возрастные кризисы взрослости: Справочник практического психолога. М.: ЭКСМО, 2005. 416 с.
23. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс, 2010. 592 с.
24. Мументалер М., Маттле Х. Неврология. М.: Медпресс-информ, 2007. 907 с
25. Наративні психотехнології. Н. В. Чепелева, М. Л. Смульсон, О. М. Шиловська, С. Ю. Гуцол; за заг. ред. Н. В. Чепелевої. К. : Главник, 2007. С. 144. (Серія «Психологічний інструментарій»)
26. Немов Р. С. Психология: Словарь-справочник: В 2-х ч. Ч.1. М.: Владос-ПРЕСС, 2003. 304 с.
27. Общая психопатология: курс лекций. А. В. Снежневский. 7-е изд. М.: МЕДпрессинформ, 2013. 208 с.
28. Основи практичної психології: Підручник . За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. К.: Либідь, 2003. 536 с.
29. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія. за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
30. Поліщук В. Вікові кризи у психічному розвитку особистості. *Психологія*. Збірник наукових праць НПУ імені М. П. Драгоманова. Випуск 1 (8), 2000. С. 126–130.
31. Попович І. С. Роль соціальних очікувань в саморегуляції поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015.

Вип. 28. С. 481–490.

32. Посттравматичні стресові розлади : діагностика, лікування, реабілітація : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. та ін. Харків, 2002. 47 с.

33. Психологія життєтворення особистості в сучасному світі : монографія / Ю. Д. Гундертайло, В. О. Климчук, О. Я. Кляпець та ін. ; за ред. Т. М. Титаренко ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. К.: Міленіум, 2016. 320 с.

34. Психологія життєтворення особистості в сучасному світі: монографія / Ю. Д. Гундертайло, В. О. Климчук, О. Я. Кляпець та ін. ; за ред. Т. М. Титаренко ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. К. : Міленіум, 2016. 320 с.

35. Психологічні особливості девіантної поведінки сучасних підлітків. / Н.В.Юнг: «Наука і освіта» ПДПУ ім. К.Д.Ушинського. Одеса, 2008. №8-9. С.128-133с.

36. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании. изд. 4-е. М.: Владос, 2015. 526 с.

37. Сапогова Е. Е. Микросоциум семьи и семейный нарратив как психологическая основа культурного социогенеза. *Индивидуальные и стилевые особенности личности*. Ростов-на-Дону : ЮРГИ, 2012. С. 177-190.

38. Сидоров П. И. Введение в клиническую психологию: Учебник [для студентов медицинских вузов] / Сидоров П. И., Парняков А. В. Екатеринбург: Деловая книга, 2010. 416 с. (Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии).

39. Синдром хронічної втоми: діагностика, профілактика і лікування / укл. Н. М. Калька, І. Я. Середницька, О. І. Шиян. Львів: ЛОППО, 2008. 36 с.

40. Система ціннісних орієнтацій при побудові життєвої перспективи у юнацькому віці. / Н.В.Юнг, І.Л.Розенберг, С.К.Калашник. Науковий журнал «Габітус». 2020 № 19 С.202-208.

41. Смульсон М.Л. Смысл життя у структурі ментальної моделі світу старої людини *Актуальні проблеми психології : Психологічна герменевтика*. К.: Міленіум, 2006. Т.2, вип. 4. С. 36-44.

42. Соціокультурні та психологічні вектори становлення особистості : колективна монографія / О. Є. Блинова, С. І. Бабатіна, Т. М. Дудка, А. М. Одінцова та ін. [Текст] / відпов. ред. О. Є. Блинова. Херсон : Вид-во ФОП Вишемирський В. С., 2018. 428 с.

43. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2015. 376 с.

44. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах : метод. посіб. / за ред. Пінчук І. Я., Бабова К. Д., Гоженка А. І. К. : ТОВ Видавничий дім «Калита», 2014. 92 с.

45. Титаренко Т. М. Життєві завдання як практики самоконституювання особистості *Соціальна психологія*. 2008. № 6. С. 3-11.

46. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: Соціальна необхідність та безпека. К., 2009. 76 с.

47. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування. К. : Главник, 2004. 96 с.

48. Функциональный диагноз в психиатрии. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Бурковский Г.В. [и др.]. СПб. : СпецЛит, 2013. 231 с.

49. Цимбалюк І. М., Яницька О. Ю. Загальна психологія. Модульно-рейтинговий курс для студентів вищих навчальних закладів. К.: Професіонал, 2004. 215 с.

50. Чепелева Н.В. Теоретические основы психологической герменевтики. *Психологічна герменевтика*. За ред. Н.В.Чепелевої. К., 2001. Вип. 1. С. 5 - 19.



51. Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.

52. Шебанова В. І. Іпохондричний дискурс сучасності як базова основа викривленої турботи про себе (нав'язливе прагнення зниження ваги). *Проблеми сучасної психології* : Зб.наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України / За наук. ред. С.Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 25. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. С. 638– 651.

53. Шебанова В.І. Психологічна корекція агресії за рахунок активізації рівневих механізмів емоційної регуляції. *Психологія: Збірник наукових праць. НПУ ім. Драгоманова, Випуск 12*. К., 2001. С. 199 – 206.

54. Шестопалова Л. Ф. Застосування психокорекційно-психотерапевтичного комплексу при розладах адаптації. Шестопалова Л. Ф., Болотов Д. М., Кожевникова В. А. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2006. № 2 (10). С. 43–44.

55. Шиян О. І. Валеопрактикум: методичний посібник. Львів, 2004. 34 с.

56. Як будувати власне майбутнє: життєві завдання особистості : [наук. моногр.] / [Т.М. Титаренко, О.Г. Злобіна, Л.А. Лепіхова та ін.] ; за наук. ред. Т.М.Титаренко; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2012. 512 с.

**ДОДАТОК А**  
**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ**  
**ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО**  
**ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я,

---

учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

**ЗАЯВЛЯЮ**, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

– не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;

– не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;

– не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;

– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;

– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

**УСВІДОМЛЮЮ**, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

---

(дата)

---

(підпис)

---

(ім'я, прізвище)