

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ДОШКІЛЬНОЇ ТА
ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ

ПРИЧИНИ ТА СПЕЦИФІКА
ПСИХОРЕАКТИВНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ

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

Виконала: студентка 471 групи

Спеціальності 012 Дошкільна освіта
Освітньо-професійної (наукової)
програми «Дошкільна освіта»

Садовніченко Анастасія Володимирівна

Керівник к.п.н., доцент Казаннікова О. В.
Рецензент директорка Херсонського закладу
дошкільної освіти №10 санаторного типу
Херсонської міської ради Романович О.М.

Херсон – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз причин та змісту психореактивних розладів в дитинстві	5
1.1. Характеристика реактивних станів як тимчасового розладу психічної діяльності.....	5
1.2. Особливості психічного розвитку в дитинстві.....	9
1.3. Причини та специфіка проявів реактивних психозів у дітей.....	13
РОЗДІЛ 2. Організація і зміст психологічної допомоги дітям із реактивними станами	17
2.1. Особливості психодіагностики реактивних розладів у дітей	17
2.2. Профілактика та корекція психореактивних станів у дітей.....	20
ВИСНОВКИ	24
СПИСОК ВИКРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	26
ДОДАТКИ	28
Додаток А. Схема формування реактивних станів у дітей.....	28
Додаток Б. Текст опитувальника ОДЕН Ю. Міланіч.....	29
Додаток В. Кодекс академічної доброчесності.....	32

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повноцінна нервово-психічна сфера є основою повноцінного психічного й особистісного розвитку. Сучасний світ висуває значні вимоги до психіки людини. Для багатьох людей навантаження, які пов'язані із ускладненням умов і прискоренням темпу життя, виявляються надмірними. Перевантаження нервової системи ускладнюють нормальне функціонування психіки. Помітною тенденцією сучасності є неухильне зростання нервово-психічних розладів, які відносять до категорії межових, психогенних розладів.

Проблемі реактивних розладів приділяли увагу закордонні науковці Е. Кречмер, З. Фрейд, К. Хорні, а також вітчизняні дослідники П.Б. Ганушкін, О.В. Кербіков, Н.І. Озерецький, В.П. Петренко, М.М. Смирнов, Г.Є. Сухарева, В.В. Чубаровський та інші.

Найбільш уразливими серед вікових груп є саме діти. Проблеми батьків позначаються на дітях і порушують їх психічну рівновагу. Виховання дітей в умовах постійного перенавантаження психіки є складним процесом і може бути невідповідними потребам і можливостям дитини, що, в свою чергу, може зумовити розлади психіки й поведінки у дітей. Невблаганна статистика свідчить про неухильне зростання кількості дітей із розладами психіки, серед яких суттєва частка це діти із реактивними станами.

Психореактивні (психогенні) порушення у дітей зустрічаються частіше ніж у дорослих внаслідок того, що нервова система і, відповідно, психіка знаходяться ще в процесі розвитку, тому є більш уразливими до негативних факторів. З усіх психічних розладів у дітей 27-30% - це психогенні розлади. Важливість дослідження таких станів обумовлена не тільки їх поширеністю, але головним чином тим, що без знання причин, механізмів, особливостей перебігу, неможливо ні діагностувати, ні попереджати, ні долати їх. Складність дослідження

психогенних розладів пов'язана також з тим, що вони можуть проявлятися і як самостійні розлади, і як початкова стадія інших психічних розладів.

Мета дослідження: проаналізувати особливості виникнення, змісту та перебігу психореактивних станів у дітей.

Завдання дослідження:

1. Розкрити сутність реактивних розладів як проявів порушення психічної діяльності.
2. Охарактеризувати особливості психічного розвитку в дитинстві.
3. Проаналізувати причини та специфіку прояві реактивних розладів у дітей..
4. Обґрунтувати стратегії та методики дослідження психореактивних станів у дітей.
5. Охарактеризувати методи профілактики та корекції психореактивних станів в дитинстві.

Об'єктом дослідження є психореактивні розлади психічної діяльності у дітей.

Предмет дослідження: причина та специфіка психореактивних станів у дітей.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань, досягнення мети використано загальнонаукові методи теоретичного рівня (аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення науково-теоретичних та емпіричних даних), психодіагностичні методики та методи математичної статистики.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН ТА ЗМІСТУ ПСИХОРЕАКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ДИТИСТВІ

1.1. Характеристика реактивних станів як тимчасового розладу психічної діяльності

Психічний фактор у житті людини відіграє надзвичайно важливу, але не однозначну роль. З одного боку він надзвичайно важливий для розвитку людських якостей психіки, з іншого боку може проявлятися як хворобливий фактор, який спричинює психічні порушення.

Загальною ознакою психічних розладів, які об'єднані в одну групу психогенних захворювань, є їх зв'язок із психічною травмою. Основними формами психогенних розладів є психореактивні стани (психогенні реакції, реактивні стани, психогенний розвиток особистості) та неврози. Безпосередньою причиною цих розладів є умовно-рефлекторні подразники, які травмують психіку людини. Людина із здоровою нервовою системою може витримати значні навантаження, однак все ж таки є межа її витривалості. При її перевищенні може виникнути за межеве гальмування в корі головного мозку із розвитком психічного захворювання. Цьому можуть сприяти різноманітні соматичні шкідливості, зумовлюючи неповноцінність біологічної основи, на яку впливає надсильний подразник, а також надмірні емоційні потрясіння, вищі ніж поріг фізичної витривалості коркових процесів (Батуєва А.С., Ільїна О.П., Соколова Л.В.) [24, с.437].

Реактивні стани виникають у відповідь на безпосередній емоційний стрес, який виникає у зв'язку із дією надсильної травми. Однак, не будь-яке негативне переживання слід кваліфікувати як травму, яка спричинює нервово-психічний чи психосоматичний розлад.

Реактивні стани можуть мати психотичний і непсихотичний характер. В дитинстві переважають саме непсихотичний рівень розладів.

Психогенні розлади не сполучаються із деструктивними змінами головного мозку, тому вони є відворотними, виліковними.

Реактивний психоз є тимчасовим відворотним розладом психічної діяльності, який виникає під впливом психічної травми, яка спричинює страх, образу, горе та інші негативні емоції.

Важливе значення для виникнення реактивного стану чи психозу мають характер і сила психічної травми, з одного боку, з іншого боку – конституційні особливості людини. Психічні травми бувають гострими і хронічними, саме гострі психічні травми спричинюють психози. Гострі психічні травми бувають шокowymi, пригноблювальними та тривожними. Реактивні стани частіше виникають в осіб, які послаблені тяжкими соматичними хворобами, інфекціями, інтоксикаціями, черепно-мозковими травмами. Важливу роль має і віковий фактор, найбільш уразливими для зовнішніх впливів є періоди криз. На виникнення реактивних станів впливають індивідуальні особливості людини, такі як тип нервової системи (слабкий), емоційна нестійкість.

Для визначення сутності психореактивних станів використовують «триаду Ясперса»:

- психогенні розлади спричинюються психічною травмою;
- психічна травма відображається у змісті симптомів цього розладу;
- реактивний стан припиняється із припиненням дії першопричини.

Механізм виникнення психореактивних станів можна пояснити як зрив нормальної діяльності головного мозку в результаті перенапруження процесів збудження і гальмування чи порушення їх рухливості (Гурьєва В.А.) [2, с.86].

Реактивні стани й психози бувають різних форм:

- 1) афективно-шокові психогенні реакції;
- 2) депресивні психогенні реакції (реактивна депресія);
- 3) психогенний параноїд (реактивні маревні психози);
- 4) істеричні психотичні реакції чи істеричні психози.

В більшості випадків всі варіанти реактивних станів супроводжуються психотичними проявами, таким як зміна свідомості, порушення пізнавальної діяльності, афективні розлади, відхилення в поведінці, а також залишають після себе постреактивну астеною, яка проявляється психічною слабкістю (підвищена втомлюваність, виснаженість, зниження працездатності, уповільненість психічних процесів, нестійкість настрою, підвищена подразливість). Позитивним є факт, що такі стани нетривалі й відворотні. Чим більший ступінь виразності стресу (подразника), тим більш яскравими є психотичні прояви, більш складні картини реактивних станів, при меншій інтенсивності стресу більше проявляються особистісні, характерологічні реакції, такі як страх, жах, гнів, образа, відчай.

Проаналізуємо більш детально основні форми психореактивних станів.

Афективно-шокові психогенні реакції спричинюються сильною й неочікуваною психічною травмою, особливо сильним переляком у зв'язку із загрозою для життя. Такі реакції бувають двох видів:

1. Гіперкінетична форма (психогенне збудження) проявляється хаотичним, неусвідомленим руховим неспокоєм. У хворого порушена орієнтація в оточенні, він не впізнає близьких, може бути небезпечним для себе. Такий стан нетривалий. Після одужання спостерігається амнезія. Прогноз сприятливий, психічне здоров'я відновлюється.
2. Гіпокінетична форма (реактивний, психогенний ступор) характеризується руховою загальмованістю, іноді до повної нерухомості. Людина не може зробити жодного рух (ступор), вимовити жодного слова (мутизм). Іноді виникає емоційний параліч, коли у

відповідь на психічну травму: тривала апатія із байдужим ставленням до загрозової ситуації та індіферентним ставленням до оточуючого.

Психогенна депресія (депресивні психогенні реакції). Стан вираженої меланхолії, внаслідок дії негативних факторів (смерть близької людини). Думки хворого зосереджені на обставинах психічної травми, він стає неконтактним, може відмовлятися від їжі, стає неохайним. Стан психогенної депресії посилюється у вечірній час, може супроводжуватися галюцинаціями, які відображають зміст психотравми. Перебіг реактивної депресії залежить як від змісту психічної травми, так і від особистісних властивостей хворого.

Психогенний параноїд проявляється у помилковому трактуванні дійсності. Хвороба виникає під впливом травмуючої ситуації, яка викликає недовірливість. У хворого знижується критичність, звужується свідомість, дійсність сприймається спотворено. Сприяють прояву цієї форми реактивних станів соматичні фактори – соматичні хвороби, асенізація, перевтомлення, зниження слуху, зору, тип нервової системи.

Істеричні реакції проявляються у вигляді псевдодеменції, пуерилізму, істеричного сутінкового затьмарення свідомості. При псевдо деменції спостерігається своєрідна загальмованість, виключення інтелектуальної діяльності, що нагадує ознаки слабкоумкості з різними формами змінної свідомості. Така реакція може бути наслідком як сильної психічної травми, так і тривалої несприятливої ситуації. Іноді прояв псевдо деменції є бажаним для хворого. При пуерилізмі спостерігається звуження свідомості, дитяча поведінка. Мовлення характеризується дитячими інтонаціями, неправильним вимовленням. Псевдодеменція і пуерилізм не є симулятивними реакціями (Гурьєва В.А.) [2, с. 85-87].

Слід зауважити, що між формами психореактивних станів відсутня чітка межа, що можна пояснити загальними механізмами їх виникнення.

Основною відмінністю психорективних станів (психозів) від неврозів є наявність у перших психотичних розладів, при неврозах спостерігаються непсихотичні розлади. При реактивних станах, як правило людина не усвідомлює свій хворобливий стан, при неврозах хворий критично оцінює свій стан. Однак, існує думка, що психореактивні стани можуть проявлятися у вигляді непсихотичних реакцій, які і переважають в дитинстві.

Отже, реактивні стани – це розлади психіки, які проявляються в поведінці та у зміні ставлення до оточуючого і супроводжуються порушенням відображення реального світу. Загальною ознакою психореактивних станів є їх зв'язок із психічною травмою. Безпосередньою причиною психореактивних розладів є умовно-рефлекторні подразники, які травмують психіку людини. Для виникнення реактивного стану чи психозу мають характер і сила психічної травми та конституційні особливості людини. Психогенні розлади не сполучаються із деструктивними змінами головного мозку, тому вони є відворотними, виліковними. Психореактивні стани можуть проявлятися і як самостійні розлади, і як складові компоненти інших психосоматичних порушень.

1.2. Особливості психічного розвитку в дитинстві

Розвиток дитини, як психічний, так і фізичний, відбувається за певними законами й поетапно. Кожний етап або віковий період є ступенем психічного й особистісного розвитку.

Дитинство це етап життя, на якому закладаються перспективи подальшого розвитку людини. В дитинстві набувається така кількість знань, умінь, навичок, опановується стільки видів діяльності, скільки потім не засвоюється протягом всього життя. В дитинстві закладаються основи повноцінного подальшого розвитку.

Дитинство складається з низки періодів, кожному з яких притаманні специфічні потреби, інтереси, способи дій, види діяльності, ставлення до навколишнього світу (Павелків Р.В., Цигипало О.П.) [13, с.63].

Періодами психічного розвитку дитини є наступні: період немовляти (0-1 рік), період раннього дитинства (1-3 роки), період дошкільного дитинства (молодший дошкільний вік 3-4 роки; середній дошкільний вік 4-5 років; старший дошкільний вік 5-6/7 років).

Структура кожного віку є не константною, а динамічною і здійснюється за наступними параметрами: соціальна ситуація розвитку, провідна діяльність та новоутворення, які є критеріями вікової періодизації (Павелків Р.В., Цигипало О.П.) [13, с.65].

Перший віковий період – *період немовляти* включає і фазу новонародженості, яка триває до 2-х місяців. Основною особливістю цього етапу розвитку дитини є пристосування до нових умов життя. Новонароджена дитина є абсолютно безпомічною, в чому криється її максимальна соціальність. Новонароджена дитина самостійно не зможе вижити, тому від народження є соціальною істотою. Протиріччя між абсолютною безпомічністю і максимальною соціальністю зумовлює психічний розвиток малюка. Наприкінці цього періоду виникає комплекс поживлення – система позитивних емоційно-рухових реакцій дитини у відповідь на появу близької людини (Павелків Р.В., Цигипало О.П.) [13, с.80]. Цей комплекс є діагностичним критерієм нормального розвитку дитини. Відсутність комплексу у цей період, його запізнення або недостатні виразності можуть свідчити про проблеми розвитку малюка.

Період немовляти є періодом інтенсивного розвитку. Соціальна ситуація розвитку дітей цього періоду характеризується залежністю від дорослого. Специфічність цієї соціальної ситуації полягає в тому, що малюк потребує уваги дорослого, але може вплинути на нього, оскільки

не володіє засобами спілкування. Це протиріччя реалізується у своєрідній провідній діяльності – емоційному спілкуванні дитини з дорослим. Цей віковий період є важливим для формування позитивних взаємин матері і дитини, які є надважливою умовою повноцінного психічного розвитку. За сприятливих умов задовольняються базові потреби дитини – потреба в любові, піклуванні, турботі, захисті. В цей період формується прихильність, яка забезпечує повноцінний розвиток і є основою формування новоутворень цього періоду: формування мовної структури і предметних дій. Перший рік життя закінчується кризою одного року, яка обумовлена зникненням необхідності в емоційній нерозривності дитини з дорослим.

Раннє дитинство – це період від 1 до 3-х років. Основою соціальної ситуації розвитку є спільна діяльність із дорослим на правах співпраці і реалізується у стосунках «дитина-предмет-дорослий». Така система взаємодії передбачає формування й засвоєння суспільно вироблених способів дії з предметами. Провідною діяльністю цього вікового періоду стає предметна діяльність, яка формується на основі маніпулятивних дій. Предметна діяльність є умовою і основою повноцінного психічного розвитку в цей період. На фоні і в процесі предметної діяльності розвиваються психічні пізнавальні процеси дитини: формуються перцептивні способи, зароджується інтелектуальна діяльність, розвивається мовлення дитини. В середині предметної діяльності зароджуються нові для дитини види діяльності: ігрова діяльність, зображувальна діяльність, побутова діяльність. Інтенсивно розвивається спілкування. Розвиток мовлення залежить від розуміння мовлення дорослого, що стає можливим за умови якщо дорослі розмовляють із дитиною (Павелків Р.В., Цигипало О.П., Забродський М.М., Молодушкіна І.В.) [4,12,13]. В ранньому дитинстві виникають передумови формування особистості дитини. Завершується період кризою трьох років, яка є ознакою народження особистості. Криза трьох

років свідчить про становлення самосвідомості, усвідомлення власного «Я» і проявляється у негативізмі, протесті, свавіллі, деспотизмі. Реалізація прагнення дитини у самостійності залежить від позиції дорослого і реалізується у новій провідній діяльності – сюжетно-рольовій грі.

Період дошкільного дитинства – період від 3 до 6-ти років. Характеризується новою соціальною ситуацією розвитку, яка орієнтована на розширення сфери взаємодії дитини. Сутність цієї соціальної ситуації полягає в тому, що дитина прагне до суспільно важливої і обов'язково суспільно оцінюваної діяльності. Це період реального бажання дитини бути дорослою. Однак, виконувати дорослу діяльність дитина не спроможна через його складність і власні обмежені можливості. Між прагненням бути включеним у доросле життя і неможливістю виконувати дорослу діяльність виникає протиріччя, яке може реалізуватися лише в ігровій діяльності. Сюжетно-рольова гра надає можливість дитині реалізувати те, що у звичайному житті є неможливим, тому ігрова діяльність стає провідною діяльністю (Павелків Р.В., Цигипало О.П.) [13, с. 155]. В середині ігрової діяльності виникають і розвиваються інші види діяльності, такі як зображувальна діяльність, конструктивна діяльність, трудова діяльність, а також навчальна діяльність, яка виступає підготовчим етапом початкової шкільної освіти.

В процесі ігрової діяльності, взаємодії в інших видах діяльності розвивається здатність до повноцінного спілкування. В цьому віковому періоді особливого значення набувають взаємини із однолітками, де, на відміну від взаємин із дорослими, взаємини розвиваються і здійснюються на основі позиції рівності (Сергієнкова О.П., Столярчук О.А.,) [22, с.130]. Дошкільний вік є періодом інтенсивного розвитку всіх пізнавальних процесів: формуються сенсорні еталони, мислення стає

наочно-образним, розвивається уява дитини. Поступово пізнавальні процеси та увага набувають довільності.

Базовими новоутвореннями дитини дошкільного віку є су порядність мотивів, становлення самооцінки, внутрішні етичні інстанції. Найбільшим загальним результатом психічного розвитку дитини дошкільного віку є інтегральне новоутворення – готовність до систематичного навчання в школі.

Отже, дитинство це період інтенсивного фізичного і психічного розвитку індивіда, впродовж якого відбувається підготовка дитини до дорослого життя. Дитинство триває протягом наступних періодів: період немовляти, період раннього віку та дошкільний період. В дитинстві інтенсивно розвиваються всі функції психіки. Роль дитинства передбачає формування готовності до участі у суспільно-трудоному житті дорослих.

1.3. Причини та специфіка проявів реактивних психозів у дітей

Дитинство є сенситивним періодом для розвитку всіх сторін психіки, але в той же час саме діти є найбільш уразливим до впливу різних шкідливостей, в першу чергу психотравмуючих ситуацій. Діти в першу чергу страждають від несприятливих сімейних умов, катаклізмів у соціумі. З усіх психічних захворювань у дітей 27-32% це психогенні розлади. Частота психогенних розладів залежить від віку дитини. Частіше за все психогенні розлади спостерігаються в дошкільному та молодшому шкільному віці. Слід згадати, що психічний розвиток в дитинстві відбувається нерівномірно, а у визначені періоди стає дисгармонійним, коли різні психічні функції розвиваються з різним темпом. Спектр таких розладів надзвичайно широкий, важливим є той факт, що значна вікова специфіка спричинює помилки у встановленні діагнозу. Більшість авторів, які досліджували цю проблему, вважають,

що психогенні розлади не минають безслідно, вони змінюють особистість і можуть позначитися на подальшому житті. Реактивні стани виникають у відповідь на безпосередній стрес.

У дітей переважають реактивні стани із непсихотичним характером. Слід також враховувати, що психогенна симптоматика у дітей виникає з нормальних, вікових психологічних особливостей (нормальне фантазування й маячне фантазування), тому важко відокремити зовнішні прояви загострення вікових особливостей від початку захворювання (Селецький А.І.) [21].

Реакції дитини в самому ранньому віці обумовлені мотивами безпосереднього задоволення інстинктів, тому перша психогенна травма проявляється у загрозах інстинктивного життя та сприяти появі перших психореактивних реакцій. Вік трьох років є важливішим періодом розвитку, який перебігає критично. Перші психогенні реакції проявляються поведінковими реакціями (протеста, відмови). Для порушення психічної рівноваги достатньо навіть незначних негативних впливів. Дитина може реагувати на будь-які події, ситуації патологічно, тому що подразник лякає чи пригнічує її. Під час другої кризи (5-7 років) посилюється вплив соціально-психологічних причин. Чітко проявляються під час цієї кризи незрілість нервової системи, нестійкість психічної рівноваги, що обумовлюють готовність до психогенних розладів. В цей віковий період психогенні розлади частіше проявляються елементарними психореактивними реакціями, основою яких є схильність до перевтомлення та психосоматичної асенізації.

В дитинстві особливого значення набуває негативний соціальний фактор, тому що саме він є основною причиною виникнення і закріплення психогенних розладів. Серед соціальних факторів найбільш суттєвими є неправильне виховання (гіперопіка гіпоопіка, неприйняття дитини, жорстоке ставлення до дитини тощо). Особливого значення набуває виховання дитини поза сім'єю – справжнє і соціальне

сиротинство, до якого долаються психотравмуючі відносини в дитячому угрупованні (Гурьєва В.А.) [2].

На частоту виникнення психогенних розладів в дитинстві впливають патологічно змінений ґрунт, до якого відносять функціональну чи органічну недостатність нервової системи. Такий патологічний ґрунт не тільки сприяє виникненню психогенній але й ускладнюють клінічну картину та перебіг хвороби (Гурьєва В.О.) [2].

Найбільш характерними для дітей є гострі афективно шоківі реакції. Такі реактивні стани виникають у відповідь на психологічний чи фізичний стрес, який характеризується виключною інтенсивністю психогенного фактору. В дитинстві інтенсивність психотравми може спричинитися неочікуваністю, новизною психологічного впливу, чим меншою є дитина, тим більшого значення набуває цей фактор. Причинами шоківих реакцій у дітей до 5 років можуть бути неочікувана поява тварин, гучний, пронизливий крик, різка зміна оточення.

Афективно шоківі реакції проявляються хаотичним руховим збудженням при звужені свідомості або страхом із виразною загальмованістю. Важливо, що ці варіанти є короточасними реактивними станами. Діти є менш витривалими до гострих психічних травм. Дитина дошкільного віку сприймає загрозову ситуацію так, як вона її бачить і відчуває тут і тепер. Майбутня небезпека дитиною не враховується (Гурьєва В.А.) [2, с.88].

Починаються такі реакції відразу після травмуючого впливу і супроводжується станом дезорієнтації, оглушення, зростаючої паніки. Основним симптомом початкової стадії є сильний страх. Через декілька днів після зникнення гострих явищ страх залишається у вигляді нападів, не пов'язаних із новою травматизацією. Будь-яка ситуація, яка нагадує пережите, спричинює відновлення страху і супроводжується підвищеною метушнею, безцільною руховою активністю. Діти кричать, не реагують на звернення. При руховій загальмованості, навпаки, дитина

завмирає, стає нерухомою, не може вимовити жодного слова. Іноді ці варіанти перебігу реактивних реакцій чергуються.

Не зважаючи на гостроту і короткочасність психореактивного стану до нього приєднуються соматичні ознаки у вигляді порушення функціонування судинної системи.

Таким чином, психореактивні розлади часто виникають в дошкільному віці. Основною причиною виникнення й закріплення реактивних станів в дитинстві є негативний соціальний фактор. На частоту виникнення психогенних розладів в дитинстві впливають функціональна чи органічна недостатність нервової системи. Виникнення реактивного стану у дитини відбувається в тому випадку, коли вона стає домінуючим переживанням. Найбільш характерними в дитинстві є гострі афективно шоківі реакції, які виникають у відповідь на психологічний чи фізичний стрес, обумовлений неочікуваністю, новизною психологічного впливу. Такі реакції проявляються хаотичним руховим збудженням при звуженні свідомості або страхом із виразною загальмованістю. Вони є короткочасними реактивними станами. Специфіко психореактивних станів є те, що дитина віку сприймає загрозову ситуацію так, як вона її бачить і відчуває. Майбутня небезпека дитиною не враховується.

Психогенні розлади не зникають безслідно, вони можуть негативно впливати на особистість і позначатися на подальшому житті дитини.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ І ЗМІСТ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ РЕАКТИВНИМИ СТАНАМИ

2.1. Особливості психодіагностики реактивних розладів у дітей

Актуальність дослідження психореактивних станів пояснюється не тільки значною кількістю, а й тим, що не розуміючи їх етіології, механізмів виникнення, особливостей перебігу, не можливо їх лікувати, корегувати поведінку, а також попереджати їх.

Психореактивні розлади є схожими на звичайні вікові прояви психіки в період криз розвитку, а також вони можуть проявлятися як незалежні розлади, а також як прояв розладу психіки у складі іншого захворювання. Ці аспекти ускладнюють процес діагностики і встановлення діагнозу (Селецький А.І.)[21].

Для того, щоб діагностика була ефективною і профілактика успішною необхідно дотримуватися наступних правил і принципів:

1. Діагностика повинна бути комплексною, що передбачає вивчення психореактивного стану як складової цілісної структури психіки. Також цей принцип передбачає дослідження явища фахівцями різного профілю лікарями, психологами, педагогами.

2. Необхідно вивчати реактивний розлад у системі факторів, з урахуванням анамнестичних відомостей.

3. Діагностика реактивних розладів не повинна обмежуватися встановленням актуального психічного стану дитини. Необхідним є визначення прогнозу подальшого розвитку дитини.

4. При діагностиці реактивних станів необхідно орієнтуватися на нормативи вікового розвитку (стандарти), а також враховувати індивідуальні особливості розвитку дитини.

5. Діагностика психічних розладів дитини повинна виявляти потенційні можливості дитини, що є умовою організації корекційного втручання.

Для діагностики психореактивних станів у дитини бажано використовувати комплекс психодіагностичних інструментів, а також залучати до діагностики батьків дитини, оскільки схильність батьків до емоційної неврівноваженості, реактивних розладів та інших нервово-психічних розладів чи хвороб може провокувати схожі реакції у дітей.

Для діагностики реактивних станів використовують методики як для дітей, так і для батьків. Опитувальники повинні бути орієнтовані на дорослих, оскільки діти дошкільного віку, а й особливо раннього віку не здатні до самооцінки, самоаналізу, самоопису. Для діагностики дітей з реактивними станами доцільно використовувати проєктивні методики.

Проєктивна методика «Малюнок родини»

Проєктивна методика «Малюнок родини» використовують для виявлення особливостей сімейних стосунків (у сприйнятті дитині) (Червона Т.) [3]. Дитині пропонують на аркуші паперу зобразити сім'ю, не уточнюючи деталі. Аналізують наступні показники:

- ознаки афективних переживань;
- ознаки страху та тривоги;
- уявлення дитини про статус кожного члена родини;
- прояви гендерної ідентичності;
- специфічні ознаки, які свідчать про наявність/відсутність психогеній.

Аналіз малюнка передбачає оцінку розміру фігури, місце розташування, послідовність малювання фігур, наявність додаткових деталей. Обов'язковим є порівняння зображених членів із реальним складом сім'ї. Про емоційне благополуччя свідчить наступне: наявність всіх членів сім'ї, ознаки контакту між ними, реальний розмір

зображених фігур, використання декору фігур членів родини. Відсутність таких ознак свідчить про наявність сімейних проблем.

Опитувальник діагностики емоційного неблагополуччя дітей (ОДЕН) Ю.М. Міланіч.

Методика спрямована на визначення емоційного неблагополуччя дитини, що може вказувати на наявність розладів психіки. Методика орієнтована на батьків та педагогів і може використовуватися як експертна оцінка. Опитувальник заповнюється батьками та вихователями. Методика дозволяє отримати інформацію за наступними показниками:

- Соматогенні порушення (порушення апетиту, сну, енурез, енкопрез).
- Преневротичні порушення (невпевненість у собі, коливання настрою, шкідливі звички, тривога і страхи).
- Поведінкові порушення (надмірна рухова активність або загальмованість).

Текст опитувальника представлений в додатках (додаток А).

Нами була проведена первинна діагностика з метою констатації наявності чи відсутності ознак псих реактивних станів. Дослідження проводилось під час педагогічної практики. У дослідженні взяли участь 23 дитини віком 4,5 – 5,3 роки, а також батьки і вихователі. Для оброблення результатів був використаний варіаційний аналіз, який дозволив з'ясувати наявність (кількість) вихованців з ознаками реактивних розладів. Результати розподілу за рівнями вираженості ознак емоційного неблагополуччя у відсотках представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.2.1.

Розподіл показників емоційного неблагополуччя за рівнями (n=23)

Рівні	Кількість n	%
Високий	6	26,1
Середній	12	52,2
Низький	5	21,7

Результати опитування батьків та вихователів показали, що в групі третина дітей (26,1%) мають ознаки емоційного неблагополуччя, а саме прояви невпевненості, тривожності, агресія, коливання настрою, а також погіршення апетиту, проблеми і засипанням. Наявність таких ознак ще не є підставою для постановки діагнозу, що є функцією лікарів, однак наявність симптомів дає підставу рекомендувати батькам звернутися до відповідного фахівця. Аналіз малюнків вихованців показав, що на малюнках відображені стосунки між членами родини, які також свідчать про негаразди в родині. Найбільш частими були ознаки – зменшення власної фігури на малюнку, іноді дитина відмовлялась себе малювати. В деяких фігурах батьків збільшені руки (може свідчити про використання фізичних покарань), промальовані зуби (ознаки вербальної агресії). Також на малюнках дітей з ознаками емоційного неблагополуччя помітні сліди затирань

Отже, психодіагностика психореактивних станів у дітей повинна включати комплекс методик, спрямованих на вивчення ознак психогенній у дітей, індивідуальних особливостей дитини, а також аналіз факторів, які свідчать про емоційне неблагополуччя дитини. Констатувальна діагностика виявила 26,1% вихованців з ознаками емоційного неблагополуччя, що може свідчити про психогенні розлади дітей.

2.2. Профілактика та корекція психореактивних станів у дітей.

Механізми психореактивних станів у дітей проявляються сматичними та психологічними симптомами, тому для їх лікування та корекції використовують лікувальні заходи та психологічну корекцію. Важливою є профілактика, яка спрямована на створення умов середовища, яке знижує можливість травматизації психіки. Знижує ризик виникнення психореактивних станів адекватне виховання,

загартовування, дотримання психогігієнічних вимог, уникнення нервових перевантажень дітей, тренування вегето-судинних функцій дитини, озброєння батьків знаннями про вікові та індивідуальні особливості розвитку дітей, про сутність психогенній, про причини їх виникнення. В більшості випадків психореактивні стани відворотні, виліковні завдяки лікувально-психологічним заходам та потенційним можливостям дитячої психіки (Селецький А.І) [21, с.202]. Важливим є Лікування психогенних розладів є прерогативою лікарів відповідного профілю, тому зупинимося на особливостям саме психологічної підтримки дітей із психореактивними станами.

Психологічна корекція – метод психологічного впливу передбачає оптимізацію розвитку психічних процесів і функцій й гармонізацію розвитку властивостей особистості (Батуєва А.С., Соколова Л.В.) [24, с. 440]. Психокорекція завжди здійснюється після проведення якісної психодіагностики, бажано паралельно або після лікування дитини. Використання психокорекції дозволяє сформувати новий соціальний досвід дитини, навчити новим формам взаємодії дитини з оточенням, адекватним способам реагування на несприятливі фактори.

Здійснення психокорекційних впливів повинно керуватися наступними принципами:

- Забезпечення почуття безпеки.
- Встановлення та підтримка продуктивного контакту.
- Емпатія та повага до маленького клієнта.
- Звернення до потенційних можливостей та особистісних ресурсів.
- Відповідність методів психокорекції віковим особливостям клієнта.

Враховуючи специфічні особливості психіки дитини (дошкільного віку, найбільш вживаними є наступні стратегії психокорекції:

1. Казкотерапія - це найдавніший психологічний і педагогічний метод, який використовують виявлення і від реагування емоційних

проблем дитини. Навіть просте читання казки дає позитивний ефект і допомагає долати життєві труднощі, ще більший ефект є від програвання улюблених казок. Казкотерапія сприяє формуванню самоконтролю, навчає дітей регулювати власні емоційні стани.

Психологічні казки - створюються для м'якого впливу на поведінку дитини. Їх сутність полягає у заміщенні неефективної поведінки на ефективний.

Одним з популярних варіантів казко терапії є піскові казки, які вважаються нейропсихологічною корекцією. Під час роботи дитина одночасно зображує різноманітних героїв, як позитивних, так і негативних, що дає можливість розігрувати різні проблемні ситуації., порівняти різні варіанти поведінки. Частіше за все дитина ідентифікує себе з головним героєм, що дає впевненість у своїх силах, стимулює бажання досягти результатів. Гра з піском дає ефект самотерапії, зменшує емоційну напругу, що особливо важливо для дітей із психореактивними станами.

2. Ігротерапія - це використання сюжетно-рольової гри для корекції неприємних або небажаних проявів власної особистості та поведінкових чи інших виразів «Я». У дошкільному віці цей напрям є найбільш актуальним, тому що ігрова діяльність є провідною діяльністю в дошкільному віці. Ігротерапія проводиться індивідуальною і груповою. В залежності від участі дорослого, керування ним ігрового процесу розрізняють директивну і недирективну гру.

3. Музична терапія здійснюється з використанням музики в будь-якому вигляді. Однак, для використання цього методу необхідно володіти інформацією про вікові особливості сприйняття музики. Відомо, що в дошкільному віці особливо актуальним є саме дитячий пісенний репертуар. Для нормалізації нервово-психічного стану дітей можна використовувати легку класичну музику, навіть як фон для інших видів діяльності. Пасивне прослуховування музичних творів позитивно

впливає на емоційну сферу дитини. Сьогодні ефективно застосовують колоколотерапію. Крисним також є використання музичних інструментів (дитячий варіант), що допомагає дитині виразити свої почуття.

4. Ізотерапія. Мова іде, в першу чергу, про малювання, яке є не тільки діагностичним інструментом, але і методом об'єктивації і пророблення внутрішніх конфліктів дитини. Малюнок є специфічною проекцією особистості і виступає як прийом посилення почуття ідентичності дитини. Саме малюнкові техніки є найбільш поширеними і простими у використанні, особливо для корекції психореактивних станів у дітей. Прагнення малювати властиве всім дітям, саме тому ця методика не потребує зусиль для залучення дітей до колекційної роботи. При малюванні найдоцільніше користуватися кольоровими олівцями.

Таким чином, психокорекція психореактивних станів у дітей повинна бути спрямована на гармонізацію розвитку властивостей особистості, на зменшення емоційного напруження, вироблення здатності до регуляції власних емоцій та поведінки дітей. Психокорекція передбачає вироблення адекватно реагувати на негативні фактори. Корекція психореактивних станів повинна бути особистісно орієнтована і включати роботу з іншими учасниками освітнього процесу. Важливим аспектом є профілактична робота.

ВИСНОВКИ

Аналіз теоретичних джерел та результатів емпіричних досліджень дозволив зробити наступні висновки:

1. Реактивні стани – це розлади психіки, які проявляються в поведінці та у зміні ставлення до оточуючого і супроводжуються порушенням відображення реального світу. Загальною ознакою психореактивних станів є їх зв'язок із психічною травмою. Безпосередньою причиною психореактивних розладів є умовно-рефлекторні подразники, які травмують психіку людини. Для виникнення реактивного стану чи психозу мають характер і сила психічної травми та конституційні особливості людини. Психогенні розлади не сполучаються із деструктивними змінами головного мозку, тому вони є відворотними, виліковними. Психореактивні стани можуть проявлятися і як самостійні розлади, і як складові компоненти інших психосоматичних порушень.

2. Дитинство це період інтенсивного фізичного і психічного розвитку індивіда, впродовж якого відбувається підготовка дитини до дорослого життя. Дитинство триває протягом наступних періодів: період немовляти, період раннього віку та дошкільний період. В дитинстві інтенсивно розвиваються всі функції психіки. Роль дитинства передбачає формування готовності до участі у суспільно-трудоному житті дорослих.

3. Психореактивні розлади часто виникають в дошкільному віці. Основною причиною виникнення й закріплення реактивних станів в дитинстві є негативний соціальний фактор. На частоту виникнення психогенних розладів в дитинстві впливають функціональна чи органічна недостатність нервової системи. Виникнення реактивного стану у дитини відбувається в тому випадку, коли вона стає домінуючим переживанням.

Найбільш характерними в дитинстві є гострі афективно шоківі реакції, які виникають у відповідь на психологічний чи фізичний стрес, обумовлений неочікуваністю, новизною психологічного впливу. Такі реакції проявляються хаотичним руховим збудженням при звуженні свідомості або страхом із виразною загальмованістю. Вони є короткочасними реактивними станами. Специфіко психореактивних станів є те, що дитина віку сприймає загрозову ситуацію так, як вона її бачить і відчуває. Майбутня небезпека дитиною не враховується.

Психогенні розлади не зникають безслідно, вони можуть негативно впливати на особистість і позначатися на подальшому житті дитини.

4. Психодіагностика психореактивних станів у дітей повинна включати комплекс методик, спрямованих на вивчення ознак психогенній у дітей, індивідуальних особливостей дитини, а також аналіз факторів, які свідчать про емоційне неблагополуччя дитини. Констатувальна діагностика виявила 26,1% вихованців з ознаками емоційного неблагополуччя, що може свідчити про психогенні розлади дітей.

5. Психокорекція реактивних станів у дітей повинна бути спрямована на гармонізацію розвитку властивостей особистості, на зменшення емоційного напруження, вироблення здатності до регуляції власних емоцій та поведінки. Психокорекція передбачає вироблення здатності адекватно реагувати на негативні фактори середовища. Корекція психореактивних станів повинна бути особистісно орієнтована, а також включати роботу з іншими учасниками освітнього процесу. Важливим аспектом є профілактична робота.

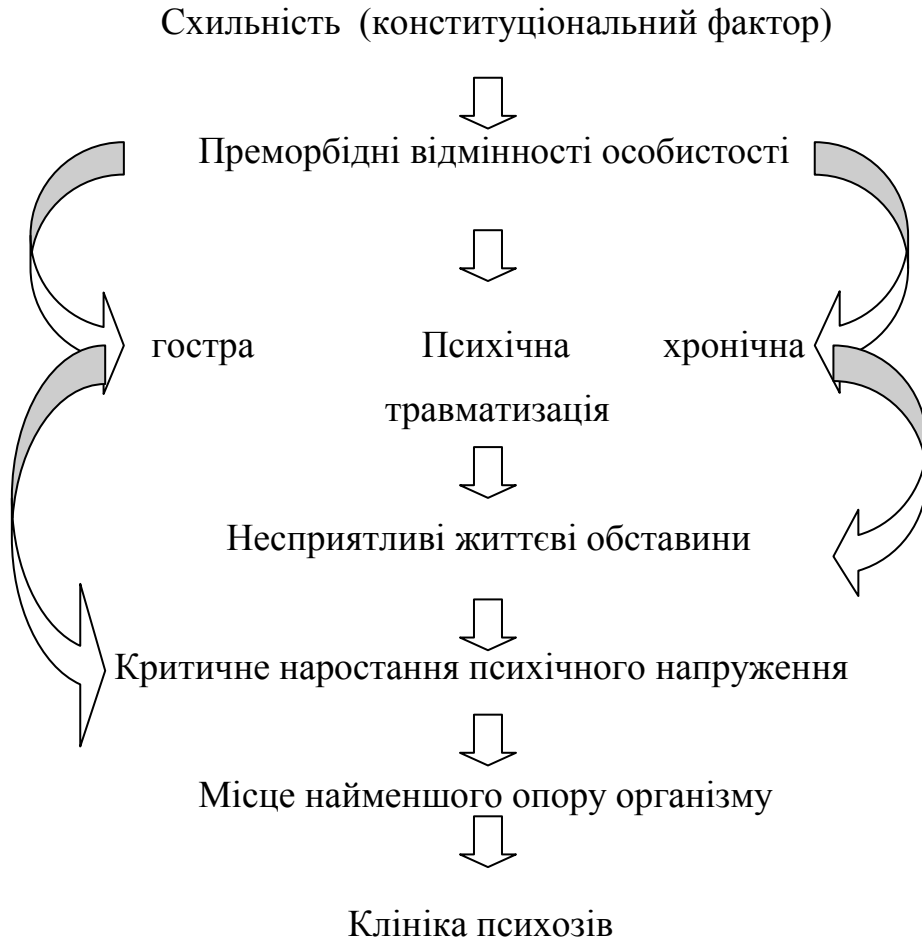
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гарбузов В. Нервные и трудные дети. М.: АСТ, 2005. 351с.
2. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. 208с.
3. Діагностика та корекція агресивності у дітей / Упоряд. Т. Червона. К.: Ред. заг. пед. газет, 2014. 128с.
4. Заброцький М.М. Основи вікової психології. Навч. посібник. Тернопіль: Навчальна книга Богдан, 2009. 112с.
5. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб.: СОЮЗ, 2000. 221с.
6. Исаев Д.И. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. 512с.
7. Максименко С.Д. Емоційний розвиток дитини. К.: Мікрос-СВС, 2003. 112с.
8. Мамайчук І.І., Смирнова М.І. Діти з розладами поведінки: психологічна допомога. К.: Редакції загально педагогічних газет, 2012. 120с.
9. Майерс Д. Минск: Попурри, 2008. 848с.
10. Марінушкіна О.Є., Замазій Ю.О. Корекційні програми на допомогу практичному психологу. Х.: Основа, 2008. 204с.
11. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. Советы педагогам и родителям. М.: Владос, 1997. 304с.
12. Молодушкіна І.В. Навігатор психологічного здоров'я дошкільників. Х.: Основа, 2018. 112с.
13. Пісоцький В.П., Горянська А.М. Психічний розвиток та формування особистості в онтогенезі. Навч.посібник. К.: КНТ, 2019. 144с.
14. Пов'якель Н.І. Психологія дитячих страхів. К.: Шкільний світ, 2011. 128с.

15. Проценко О.В. Профілактика соціальної дезадаптації дошкільнят. К.: Шкільний світ, 2011. 128с.
16. Психічне здоров'я дитини / Упоряд. Т. Гончаренко. К.: Ред. Загально педагогічних газет, 2003. 112с.
17. Психологічний супровід освітнього процесу в дошкільному навчальному закладі. Дайжест 6 / Упоряд. О.М. Байер. Запоріжжя: ЛПС ЛТД, 2008. 236с.
18. Психологія дитинства. Учебник / Под ред. А.А. Реана. СПб.: Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2003. – 368с.
19. Психопатологія дитячого віку. Хрестоматія / Под ред. А.Ю. Егорова. СПб.: Дидактика Плюс, 2002. 368с.
20. Савчин М.В., Василенко Л.П. Вікова психологія: Навчальний посібник. К.: Академвидав, 2005. 360с.
21. Селецкий А.И. Психопатологія дитячого віку. К.: Вища школа, 1987. 296с.
22. Сергєєнкова О.П., Столярчук О.А., Коханова О.П., Пасєка О.В. Вікова психологія. Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2012. 376с.
23. Терещенко Л.А. Як зберегти здоров'я дітей 5-7 років. К.: Ред. газет з дошкільної та початкової освіти, 2012. 104с.
24. Человек: анатомия, физиология, психология. Энциклопедический словарь / Под ред. А.С. Батуева, Е.П. Ильина, Л.В. Соколовой. СПб.: Питер, 2007. 672с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Схема формування реактивних станів у дітей
(О.І. Захаров)

Додаток Б

Текст опитувальник ОДЕН (Ю. Міланіч)

1. Знижений настрій
 - 1.1. Настрій знижений, часто плаче, дратується без усяких причин (3 б.);
 - 1.2. Настрій знижений, дратується з будь-якого приводу (2 б.);
 - 1.3. Настрій знижений, плаче, дратується, коли є серйозні причини
 - 1.4. Настрій рівний, не дратується, рідко плаче (0 б.);
2. Порушення сну
 - 2.1. Засинає повільно і/або часто прокидається і рухається у ліжку, і/або встає без бажання завжди (3 б.);
 - 2.2. Засинає повільно і/або прокидається і рухається у ліжку, і/або встає без бажання часто (2 б.);
 - 2.3. Засинає повільно і/або прокидається і рухається у ліжку, і/або встає без бажання іноді (1 б.);
 - 2.4. Засинає нешвидко, сон тривалий без прокидання, встає швидко і охоче (0 б.);
3. Порушення апетиту
 - 3.1. Апетит поганий і/або вибагливий у їжі завжди (3 б.);
 - 3.2. Апетит поганий і/або вибагливий у їжі часто (2 б.);
 - 3.3. Апетит поганий і/або вибагливий у їжі іноді (1 б.);
 - 3.4. Апетит добрий, в їжі невибагливий (0 б.)
4. Пітливість
 - 4.1. Загальна пітливість підвищена в денний час і/або вночі (3 б.);
 - 4.2. Долоні і/або голова пітніють завжди (2 б.);
 - 4.3. Долоні і/або голова пітніють іноді (1 б.);
 - 4.4. Долоні і голова не пітніють (0 б.);
5. Нетримання сечі
 - 5.1. Відбувається вночі практично кожний день (3 б.);
 - 5.2. Відбувається часто (2 б.);
 - 5.3. Відбувається іноді (1 б.);
 - 5.4. Нетримання сечі не буває (0 б.)
6. Шкідливі звички
 - 6.1. Гризе нігті і/або смокче палець, і/або грається з якою-небудь частиною тіла дуже часто (3 б.);
 - 6.2. Гризе нігті і/або смокче палець, і/або грається з якою-небудь частиною тіла часто (2 б.);
 - 6.3. Гризе нігті і/або смокче палець, і/або грається з якою-небудь частиною тіла іноді (1 б.);
 - 6.4. Ніколи не гризе нігті і/або смокче палець, і/або грається з якою-небудь частиною тіла (0 б.);
7. Скарги на самопочуття

7.1. Скаржитесь на болі в животі і/або голові, і/або на нудоту дуже часто (3 б.);

7.2. Скаржитесь на болі в животі і/або голові, і/або на нудоту часто (2 б.);

7.3. Скаржитесь на болі в животі і/або голові, і/або на нудоту іноді (1 б.);

7.4. Скаржитесь на болі в животі і/або голові, і/або на нудоту не частіше за інших дітей (0 б.);

8. Тривоги і страхи

8.1. Часто виражена тривога, страхи (за змістом) із рухливим неспокоєм (3 б.);

8.2. Часто тривожиться, легко лякається без виражених зовнішніх проявів (2 б.);

8.3. Нечасто тривожиться, боїться через неприємні фактори (1 б.)

8.4. Відсутні тривога та страхи (0 б.)

9. Порухення рухової активності

9.1. Метушливий, надто рухливий, погано концентрує увагу завжди (3 б.);

9.2. Метушливий, надто рухливий, погано концентрує увагу часто (2 б.);

9.3. Метушливий, надто рухливий, погано концентрує увагу іноді (1 б.);

9.4. Адекватно активний (0 б.)

Або:

9.1. Млявий, загальмований, погано концентрує увагу завжди (3 б.);

9.2. Млявий, загальмований, погано концентрує увагу часто (2 б.);

9.3. Млявий, загальмований, погано концентрує увагу іноді (1 б.);

9.4. Адекватно активний (0 б.)

10. Труднощі у спілкуванні з однолітками

10.1. Не прагне до спілкування і/або уникає спілкування через недобррозичливе ставлення дітей і/або уникає спілкування навіть при доброзичливому ставленні завжди (3 б.);

10.2. Не прагне до спілкування і/або уникає спілкування через недобррозичливе ставлення дітей і/або уникає спілкування навіть при доброзичливому ставленні часто (2 б.);

10.3. Не прагне до спілкування і/або уникає спілкування через недобррозичливе ставлення дітей і/або уникає спілкування навіть при доброзичливому ставленні іноді (1 б.);

10.4. Ніколи такого не буває, щоб не прагнув до спілкування і/або уникав спілкування через недобррозичливе ставлення дітей і/або уникав спілкування навіть при доброзичливому ставленні (0 б.);

Або:

10.1. Прагне до спілкування, але його не приймають і/або контакти супроводжуються конфліктами завжди (3 б.);

10.2. Прагне до спілкування, але його не приймають і/або контакти супроводжуються конфліктами часто (2 б.);

10.3. Прагне до спілкування, але його не приймають і/або контакти супроводжуються конфліктами іноді (1 б.);

10.4. Ніколи не буває, щоб прагнув до спілкування, але його не приймали і/або контакти супроводжувалися конфліктами (0 б.);

11. Невпевненість у собі

11.1. Ухиляється від змістовних ігор, від перевірки своїх реальних можливостей, боїться невдач завжди (3 б.);

11.2. Ухиляється від змістовних ігор, від перевірки своїх реальних можливостей, боїться невдач часто (2 б.);

11.1. Ухиляється від змістовних ігор, від перевірки своїх реальних можливостей, боїться невдач іноді (1 б.);

11.1, Ніколи не ухиляється від змістовних ігор, від перевірки своїх реальних можливостей, не боїться невдач (0 б.);

12. Надзвичайна чутливість до зауважень і покарань

12.1. Все сприймає близько до серця і/або проявляє вербальну чи фізичну агресію завжди (3 б.);

12.2. Все сприймає близько до серця і/або проявляє вербальну чи фізичну агресію часто (2 б.);

12.3. Все сприймає близько до серця і/або проявляє вербальну чи фізичну агресію іноді (1 б.);

12.4. Ніколи не сприймає все близько до серця і/або не проявляє вербальну чи фізичну агресію (0 б.);

13. Заїкання

13.1. Так (2 б.);

13.2. Іноколи (1 б.);

13.3. Ніколи (0 б.);

14. Тики

14.1. Наявні завжди (2 б.);

14.2. Наявні іноколи (1 б.);

14.3. ніколи не наявні (0 б.).

Опитувальник заповнюється дорослими (батьками, педагогами)

**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ
ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я, Садовніченко Анастасія Володимирівна,

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.

17.03.21

(дата)

Анастасія Садовніченко

(ім'я, прізвище)