

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет № 6  
кафедра соціології та психології*

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

**з навчальної дисципліни «Психотерапія дітей та підлітків»  
обов'язкових компонент освітньої програми  
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти**

*053 Психологія (практична психологія)*

**Тема № 13. «Психотерапія та психокорекція емоційних та поведінкових розладів дітей та підлітків»**

**Харків 2023**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол № 7 від 30.08.2023 р.

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету № 6  
Протокол № 7 від 25.08.2023 р.

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією Науково-методичної ради  
ХНУВС з гуманітарних та соціально-економічних дисциплін  
Протокол № 7 від 29.08.2023 р.

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології  
Протокол № 8 від 15.08.2023 р.

**Розробник:**

Доцент кафедри соціології та психології, кандидат біологічних наук, доцент Шахова О.Г.

**Рецензенти:**

1. Доцент кафедри загальної психології факультету психології ХНУ імені В.Н. Каразіна, кандидат психологічних наук, доцент Невоєнна О.А.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 ХНУВС, кандидат психологічних наук, доцент Жданова І.В.

### **План лекції.**

1. Психологічна характеристика дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю.
2. Методи психотерапії дітей з дефіцитом уваги і гіперактивністю.
3. Теоретичне обґрунтування психотерапії дітей з агресивними розладами.
4. Методи психотерапії дітей з агресивними розладами.
5. Психотерапія девіантної поведінки у підлітковому віці.

### **Рекомендована література:**

#### **Основна:**

1. Андрушко Я.С. Психокорекція : навч.-метод. Посібник. Львів : ЛьвДУ-ВС, 2017. 211 с.
2. Каліна М.Ф. Психотерапія: підручник. К.: «Академвидав», 2010. 288 с.

#### **Допоміжна:**

3. Михальченко Н.В. Психотерапія з психокорекційною роботою. Навчально-методичний посібник. / Автор-упорядник Михальченко Н.В. Миколаїв: МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2018. 236 с.
4. Brems C., Rasmussen C. Child psychotherapy and counseling. Long Grove: Waveland Press, 2019. 434 p.

### **Інформаційні ресурси в Інтернеті**

1. Філіпова Е.В. Дітяча і підліткова психотерапія. [Електронний ресурс].  
Режим доступу:  
[https://stud.com.ua/43092/psihologiya/dityacha\\_i\\_pidlitkova\\_psihoterapiya](https://stud.com.ua/43092/psihologiya/dityacha_i_pidlitkova_psihoterapiya)

### **Текст лекції**

#### **1. Психологічна характеристика дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю.**

Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) представляє виключно актуальну проблему у зв'язку з високою поширеністю серед дитячого населення, що сягає за даними вітчизняних і зарубіжним досліджень 4-10 %, вираженими труднощами навчання і порушеннями поведінки у дітей цієї групи. Соціальна значущість проблеми визначається тим, що до підліткового віку у цих дітей може спостерігатися наростання порушень поведінки. Підлітки з СДУГ входять до групи ризику по здійсненню антисоціальних дій і правопорушень, розвитку алкоголізму і наркоманій. Тому зусилля фахівців повинні бути направлені на своєчасну діагностику і корекцію СДУГ. Клінічну картину СДУГ визначають не тільки надмірна рухова активність і імпульсна поведінка, але також порушення когнітивних функцій (уваги і пам'яті) і рухова незручність, обумовлена статико-

локомоторною недостатністю. Ці прояви в значній мірі пов'язані з недостатністю організації, програмування і контролю психічної діяльності і указують на важливу роль дисфункції префронтальних відділів великих півкуль головного мозку в генезі СДУГ. Формування концепції СДУГ мало тісний зв'язок з розвитком уявлень про мінімальні мозкові дисфункції (ММД). СДУГ є найбільш поширеним варіантом ММД. Крім того, діти і підлітки з СДУГ випробовують масу проблем у взаєминах з батьками, вчителями, друзями і людьми взагалі. Таким неповнолітнім часто дуже важко справитися з багатьма вимогами суспільства, і це приводить до пониженої самоповаги і самого сприйняття. Інтенсивність реакцій, недостатність емоційної регуляції, бідність думок, «неузгодженість» соціальних інтеракцій, очевидні проблеми з підтримкою дисципліни і ризик токсикоманії і делінквентності в майбутньому - всі ці чинники руйнівню впливають на дітей, сім'ї і школи.

По-перше, приблизно в половині випадків СДУГ є чіткий зв'язок з вираженою симптоматикою агресивного спектру.

По-друге, у 1\3 дітей СДУГ поєднується з так званими «інтераналізуючими» розладами, для яких характерні тривожність, замкнутість і депресія.

По-третє, приблизно в одного з п'яти- шістьох дітей з СДУГ також наголошується виражена ненавчена, що виражається в значній невідповідності рівня знань і шкільних навиків (особливо при читанні) і IQ. Тому пріоритет віддається психосоціальним втручанням, націленим безпосередньо на учбові проблеми.

При СДУГ часто наголошується порушення сімейних відносин, діти з СДУГ випробовують значне відкидання з боку однолітків.

Ще однією областю, в якій у дітей з СДУГ помітні порушення, є їх схильність до різного роду нещасним випадкам, включаючи достатньо серйозні, - вони падають, ламають кістки; їх збивають машини; вони ненавмисно проковтують різні отруйні речовини.

## **2. Методи психотерапії дітей з дефіцитом уваги і гіперактивністю.**

Переважний підхід, на думку більшості фахівців, поведінкова психотерапія. Враховуючи широкий спектр сімейних проблем, причетних до патопластичі розладів і виникаючих у відповідь на їх, показана сімейна психотерапія. Після закінчення курсу доцільна підтримуюча психотерапія, що включає дитину і сім'ю. Наявність медико-психологічних служб дозволяє включати в систему допомоги роботу з педагогами / вихователями, направлену на їх реактивні проблеми і таку, що розширює можливості підтримки дитини з їх сторони. Частота і тривалість: щотижневі сесії з відкритим закінченням курсу.

Медикаментозне лікування признається, але його організація досить суперечлива. Частина лікарів орієнтовані на медикаментозне «заспокоєння» дитини, що найчастіше не досягає ефекту через дві причини: а) поведінкова разгальмованість частіше є слідством дефіциту уваги, ніж первинним симптомом, із-за чого звичайно використовувані «заспокійливі» препарати не досягають ефекту; б) структура механізмів разгальмованості (переважання збудливості або недостатності гальмівних процесів), що розрізняється, вимагає і різного підходу – в другому плані доцільно використання препаратів із стимулюючим ефектом. Звичайно це амбулаторне лікування. Але можлива також організація спеціальних лікувальних програм (напівстаціонарного типу) і спеціальних класів з пониженим числом учнів, спеціальною підготовкою викладачів.

**Корекційна робота** з гіперактивною дитиною направлена на рішення наступних задач:

1. Нормалізація обстановки в сім'ї дитини, його взаємин з батьками і іншими родичами. Важливо навчити членів сім'ї уникати нових конфліктних ситуацій.

2. Досягти у дитини слухняності, прищепити йому акуратність, навички самоорганізації, здатність планувати і доводити до кінця початі справи. Розвинути у нього відчуття відповідальності за власні вчинки.

3. Навчити дитину пошані прав навколишніх людей, правильному мовному спілкуванню, контролю власних емоцій і вчинків, навикам ефективної соціальної взаємодії з навколишніми людьми.

4. Встановити контакт з шкільними педагогами, ознайомити їх з інформацією про суть і основні прояви синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, про ефективні методи роботи з гіперактивними учнями.

5. Добитися підвищення у дитини самооцінки, упевненості у власних силах за рахунок засвоєння їм нових навичок, досягнень успіхів в навчанні і повсякденному житті. Необхідно визначити сильні сторони особи дитину і добре розвинені у нього вищі психічні функції і навички, з тим щоб спиратися на них в подоланні наявних труднощів.

**Робота з батьками.** Як правило, батьки не розуміють, що відбувається з їх сином або дочкою, а поведінка гіперактивної дитини їх дратує. Батьки і інші члени сім'ї (особливо бабусі і дідусі) нерідко схильні бачити причину поганої поведінки дитини в «неправильному вихованні», і тому починають звинувачувати в цих проблемах самих себе і один одного. Ці звинувачення можуть ще більше посилитися після спілкування з малоінформованим фахівцем, що не знає про причини і прояви синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, особливо якщо він підтвердить побоювання про те, що порушенням поведінки дитини сприяли помилки батьків.

Тому дуже важливо допомогти їм розібратися в поведінці дитини, причинах труднощів, що є у нього, розвіяти помилки, пояснити, на що реально можна сподіватися і як правильно поводитися з ним. Добитися зникнення таких симптомів, як гіперактивність, імпульсна і неуважність, в короткі терміни (за декілька місяців і навіть років) не представляється можливим. Якщо ознаки гіперактивності звичайно зменшуються самі по собі у міру дорослішання дитини, то порушення уваги, відволікаємість і імпульсна можуть залишатися у нього на довгі роки і навіть зберігатися, коли він стане дорослим. Проте і їх можливо в значній мірі подолати, але при цьому від батьків буде потрібно немало сил і терпіння.

Батькам можна порекомендувати ряд прийомів для модифікації (зміни) поведінки гіперактивної дитини. До подібних прийомів належать: використання певних правил позитивного підкріплення, повсякденне виконання певного розпорядку дня, складання списків необхідних справ регулювання інформації, застосування колірних позначень, контролем за поганими звичками і змінами дій, використання нагадувань у вигляді плакатів (малюнків). Ці нескладні заходи щеплять дитині навички планування і організації власної діяльності. Не треба скупитися на заохочення і невеликі призи, якщо дитина з синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю правильно поводить себе. Особливі труднощі діти з синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю випробовують в тому, щоб організувати свою діяльність, правильно планувати і розподіляти власні час. Тому разом з батьками діти розробляють розпорядок дня, який повинен виконуватися з максимально можливою точністю. Час їди, ігор, прогулянок, виконання домашніх завдань і обов'язків по будинку, а також час сну чітко регламентуються. Якщо дитина навчиться виконувати режим дня, то це допоможе йому компенсувати недостатньо розвинені навички самоорганізації, а його поведінка стане більш послідовною і збалансованою.

Домашня обстановка повинна бути доброзичливою і спокійною. Для того, щоб добитися поліпшення концентрації уваги при виконанні домашніх завдань, для дитини необхідно знайти в квартирі тихе місце з мінімальною кількістю відволікаючих і дратівливих чинників.

Для досягнення оптимальних результатів в навчанні учня з дефіцитом уваги і гіперактивністю педагогу необхідно підтримувати тісні контакти як з самою дитиною, так і з його батьками.

Методи психолого-педагогічної корекції СДУГ направлені не тільки на подолання недостатності уваги і функцій організації, програмування контролю психічної діяльності, але також порушень наочно-образного мислення, просторового сприйняття, рухово-моторної координації і тонкої моторики, властивих цим дітям, і труднощів формування основних шкільних навичок, що нерідко спостерігаються у них, — листи, читання, рахунки.

**Психотерапія.** Методи сімейної і індивідуальної психотерапії при синдромі дефіциту уваги гіперактивністю направлені на зменшення психологічної напруженості в сім'ї, створення сприятливої для дитини обстановки. Невід'ємна частина психотерапії — пояснення дитині на зрозумілій йому мові, в чому причина його невдач. Психотерапія може бути результативною навіть при значно виражених проявах синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, оскільки дитина вже відчула на собі негативні наслідки цього захворювання. Крім того, психотерапія показала при наявності супутніх порушень - заниженою самооцінкою, тривожності, страхів, опозиційної поведінки, агресивності, які часто спостерігаються у гіперактивних дітей. Групова психотерапія направлена на розвиток у дітей навиків спілкування, соціальної взаємодії.

### **3. Теоретичне обґрунтування психотерапії порушень поведінки дітей та підлітків.**

Особу з порушеннями поведінки можна взнати перш за все по її патернах, що повторюються, поведінка, яка ущемлює права інших або обмежує розвиток самого індивіда. На відміну від осіб з порушеннями розвитку, в яких ще лише потрібно сформувати навиків і умінь діяти, і на відміну від осіб з соціальною компетентністю, які мають в своєму розпорядженні багато альтернатив дії, особи з порушеннями поведінки характеризуються або а) відсутністю альтернатив дії, або б) дуже сильно розвиненими, але неадекватними альтернативами дії.

**Порушення уваги.** При порушенні уваги, що виявляються в моториці, розладах навчання і нейропсихологічних функціональних розладах, в німецькомовній літературі говорять ще і про «гіперкінетичний синдром». Цей розлад характеризується порушеннями уваги, неадекватними рівню розвитку, імпульсивністю, гіперактивністю і підвищеною збудливістю. У більшості дітей з дефіцитом уваги виявляються розлади навчання і відповідна затримка в розвитку.

**Агресивність** - одне з порушень соціальної поведінки, від наслідків якого найбільшою мірою суб'єктивно страждає навколишній світ і яке зі всіх порушень поведінки розпізнається найпростішим. Згідно діагностичним критеріям Керівництву після статистики і діагноста психічних розладів DSM-IV, агресивність діагностується в тому випадку, якщо проблемна поведінка стабільно виникає принаймні протягом шести місяців. Агресія виявляється як у вербальній, так і невербальній формі і може бути направлена проти людей і тварин, а також на руйнування матеріальних об'єктів; може виражатися в обмані і крадіжці.

У сучасних дослідженнях діти з високою агресивністю описуються по наступних ознаках: - немає стабільних дружніх стосунки з однолітками; - домінують егоїстично мотивовані дії; - немає відчуття провини або розкаяння; - для них не характерна позитивна соціальна поведінка; - спотворене

сприйняття соціальної взаємодії; - недостатній самоконтроль в сенсі здатності затримувати свої агресивні імпульси і обдумувати їх; - невміння думати про інших людей і недостатня здатність до емпатії.

Тут існують певні пересічення з порушеннями уваги, обумовлені, ймовірно, в першу чергу недостатньо розвинутою здатністю реалізовувати моторний спокій і релаксацію. З точки зору диференціальної діагностики агресивність і порушення уваги розрізняються інтенціями, лежачими в основі поведінки. Так, під «агресивністю» розуміється цілеспрямовано заподіююча шкода способів поведінки, переслідуючий як мету виконання своїх власних егоїстичних інтересів. А діти з порушеннями уваги часто самі страждають від нездатності цілеспрямовано управляти своєю поведінкою. От поведінки агресивних дітей, необхідно відрізнити і випадки упертості, яка характеризується опозиційною поведінкою по відношенню до батьків або інших осіб, проте без наміру заподіяти їм шкоду.

Тривожні розлади. Тривожні розлади є переважно «домашніми» відхиленнями від норми, від яких більше страждає саме дитя і його сім'я, чим далеке оточення. У DSM - IV тривожний розлад, викликаний страхом перед розлукою, розглядається як специфічне в дитячому або підлітковому віці, тоді як розлад з уникненням контактів і розлад з надмірною тривожністю не розглядаються як специфічні лише для дитячого віку страхи класифікуються під рубриками «соціальна фобія» і «генералізоване тривожний розлад», тобто під рубриками розладів у дорослих. Це пояснюється тим, що для обох розладів не було знайдено проявів, специфічних лише для дитячого віку.

У агресивних дітей, як правило, спостерігається спотворена і неадекватна переробка інформації, що наводить до неправильної інтерпретації соціальних ситуацій. Для соціального сприйняття таких дітей типово те, що вони мають в своєму розпорядженні невелику кількість альтернативних вирішень міжособових проблем, сильніше концентруються на цілях, чим на засобах і дорогах їх досягнення і нечутливі до конфліктних ситуацій. Їх сприйняття себе та інші частенько спотворено, і у них спостерігається виразна дефіцитарність при зіткненні з проблемами і фрустраціями. Тому основне завдання при плануванні «лікування агресивності» полягає в тому, аби прищепити агрес. дітям нові соціальні навички, які зробили б агресивність як засіб формування контактів зайвою і поліпшили їх соціальне сприйняття.

#### **4. Методи психотерапії агресивних розладів дітей і підлітків.**

Багато дослідників підкреслюють, що досягти довготривалої, стабільної зміни поведінки агресивних дітей у край складно, що не в останню чергу пов'язане з недостатньою готовністю до терапії, часто пізнім початком терапії і безліччю порушених сфер життя. Ті комплексні поведінкові терапев-



тичні програми, які орієнтовані на як можна раніший початок лікування, досягають найкращих результатів.

Метою одного з цікавих підходів було навчити агрес. дітей поводитися з негативними емоціями (гнівом або люттю). При розробці тренінгу контролю над гнівом автори виходили з того, що на агресію істотний вплив роблять гнів і лють. Згідно цьому підходу, «автоматизм гнев/ярість - агресія» можна перетворити на три етапи: 1. коли агрес. діти шукають і сприймають альтернативну поведінку, 2. коли вони його тренують і з часом закріплюють, 3. коли вони реалізують його в ускладнених умовах.

Ці етапи здійснюються за допомогою ролевих ігор, в ході яких агресивні діти вчаться по-новому оцінювати ситуацію, яка до цих пір була пов'язана з агресією.

Комплексний тренінг для дітей запропонувала група А.П. Гольдштейна. Автори виходили з того, що агресивна поведінка відповідає характерній поведінковій послідовності: спочатку подія інтерпретується дітям як аверсивное, це веде до підвищеного афектного збудження; оскільки у агресивного дитяти відсутні комунікативні і просоціальні навички того, що адекватного упоралося з такими подіями, виникає агресивна поведінка чи ні.

Разом з вже описаним тренінгом контролю над гнівом, головним чином в цілях зменшення моторного занепокоєння і зниження рівня збудження агресивних дітей можна використовувати методи релаксації. Гольдштейн і Келлер рекомендують метод прогресуючої релаксації Джейкобсона. Петермнн і Петерманн спеціально для маленьких дітей розробили короткочасну релаксацію, що проводиться за допомогою картинок, в основі якої лежить аутогенний тренінг.

Інші автори рекомендують покращувати у агресивних дітей навички вирішення проблем. Такий тренінг здатний змінити когнітивні процеси переробки інформації, лежачі в основі неадекватної поведінки, тобто процеси сприйняття, атрибуції, розмови з самим собою, чекання, стратегії вирішення проблем і тому подібне Мета - зробити можливим використання дітьми в проблемних ситуаціях альтернативної поведінки. Для цього звертається увага на те, як дитя сприймає і оцінює яку-небудь подію в якій-небудь ситуації. В результаті тренінгу дитя освоює методи, за допомогою яких він поступово зможе вирішити свої проблеми; використовуються, наприклад, самоінструктирование і самоврядування. Тренінг містить вимоги в ігровій формі, що структурують, і когнітивні завдання, що поступово уподібнюються повсякденним проблемам дитяти. Психотерапевт грає під час тренінгу активну роль, демонструючи дитяті стратегії самоінструктирования. Для того, щоб дитя могло перейняти і засвоїти стратегії вирішення проблем, використовуються різні методи поведінкової терапії (наприклад, навчання по моделях, ролеві ігри, домашні завдання).

Петерманн і Петерманн об'єднали окремі ефективні тренінгові стратегії і різні тренінги в єдиний комплекс. Цей комплекс декілька ширше за звичайні стратегії для дітей і комбінує індивідуальний і груповий тренінг для агресивних дітей з систематичною роботою з батьками. За допомогою тренінгу досягаються наступні цілі:

- \* звичне сприйняття змінюється за рахунок диференційованого само-спостереження і спостереження іншими; » тренується адекватне самоствердження як альтернатива агресивності, а також кооперація і надання допомоги як альтернативна поведінка;

- \* зменшується звичка до агресивної поведінки на основі нових вирішень проблем, які дитя засвоює в ролевій грі;

- \* підкріплюється потенціал гальмування за рахунок емпатії, оскільки демонструється, як буває жертвам агресивних дій;

- \* формується самоконтроль;

- \* по-новому оцінюються можливі наслідки за рахунок рефлексії в ході ролевої гри і реалізації придбаної поведінки в повсякденному житті.

Тренінг розроблений для дітей від 7 до 13 років і проводиться щонеділі в течію (шести місяців). Для агресивних і делинквентних підлітків існує більш структурований варіант цієї програми. Контроль терапевтичної ефективності підтверджує як короткочасний, так і довготривалий ефект, який виявляється в редукції агресивної поведінки і поліпшенні просоціальних навиків. Тоді як для успішного тренінгу маленьких дітей дуже важлива спільна робота з батьками, у міру дорослішання дітей успіх все більше залежить від того, чи вдається залучити в тренінг соціальне оточення, перш за все однолітків.

Ефективність когнітивно-поведінкових методів і тренінгу вирішення проблем добре доведена у ряді досліджень видів терапії. Агресивна поведінка може бути зредуквана і на досить великий термін. Повідомлялося також про позитивні результати відносно самоконтролю, поведінка в школі і в рідній домівці, а також відносно самоповаги. Діти і підлітки, прошедшие цей тренінг, пізніше менше були схильні до зловживання психоактивними речовинами і делинквентної поведінки. Правда, як показав один метааналіз, ці методи придатні перш за все для дітей старше 11 років. Відомо, що для більш маленьких дітей когнітивно-поведінкові методи взагалі малоефективні.

### **5. Психотерапія девіантної поведінки у підлітковому віці.**

Девіантна поведінка –це поведінка відхилена від діючих соціальних норм суспільного порядку. Ці визначення охоплюють широке коло розладів, яке виключає типічні для дитячого віку асоціальні дії, постійні конфлікти, брехливість, втечі з дому, а також злочинність, які пов'язані з насиллям.

Існують багато різноманітних форм девіантної поведінки у дитячому й підлітковому віках. Тому сьогодні ми зупинимся тільки на такій формі девіантної поведінки як ранній алкоголізм.

Торкаючись історії проблеми, можна відмітити, що психотерапія алкоголізму на території колишнього радянського союзу пройшла від симптомцентричної (вироблення відворотності до алкоголю) до нозоцентричної, при якій головна увага приділялась алкоголізній хворобі та переборювання алкогольної анозогнозії. Наступним етапом розвитку психотерапії алкоголізму явилось формулювання задач особисто-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії, заснованої на концепції відношень В.Н.М'ясищева. Як показали дослідження при алкоголізмі спостерігаються порушення системи визначних відношень особистості, в першу чергу відношення до себе, перекручується ієрархія відношень. Ці порушення можуть передувати хворобі й сприяти розвитку алкогольної залежності. Проте у більшості випадків вони є наслідком захворювання й можуть перешкоджати формуванню стійко ремісії. Тому дослідження системи відношень хворих продвжує мати важливе значення для удосконалення психотерапевтичних підходів, так як виконання основної задачі психотерапії алкоголізму – вироблення установки на тверезість – виконується на основі реконструкції відношень пацієнта.

У зв'язку з відміченим за останні роки підйомом частки осіб молодого віку, серед тих хто звернувся за лікуванням, велике значення набуває дослідження особистостісних взаємовідношень у батьківській родині підлітків, хворих алкоголем. У сучасних сімейних дослідженнях фокус уваги зрушується з вивчення діадних взаємовідношень (алкоголіки, та їх жінки, батьки-алкоголіки та їх діти) на вивчення сімейної системи в цілому та структури родинних зв'язків. З позиції системного підходу вживання алкоголю людиною завжди носить змістовий, адаптивний, гомеостатичний характер. Алкоголізм не є тільки наслідком зловживання алкоголю, а результат глибоких змін динаміки у «сімейній системі». Висока напруга, конфліктність, іноді й розпад сім'ї відбувається внаслідок порушення спілкування. Звичайно зі сфери спілкування випадає одна з важливих частин – спілкування суб'єкта з рівними йому людьми, внаслідок цього зберігаються форми спілкування типу «батьки-дитина», що призводить до підвищеної конфліктності у батьківській родині.

Алкоголізм – одна з форм аддиктивної поведінки. Аддиктивна поведінка виражається у прагненні виходу від реальності шляхом змінення свого психічного стану за допомогою вживання деяких речовин або постійної фіксації на відповідних предметах, або видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій.

Алкоголізм – хвороба, яка виникає на основі непомірного вживання алкоголю, проявляється патологічною залежністю від алкоголю та іншими

химерними психічними, соматичними й неврологічними розладнаннями, а також супроводжується порушеннями різноманітних соціальних функцій хворого. Ранній (підлітковий) алкоголізм включає формування ознак хоча б першої стадії у віці 18 років.

Рання алкоголізація – не хвороба, цим і відрізняється від алкоголізму; це – антисуспільна форма поведінки, яка проявляється у зловживанні алкоголю без ознак залежності від нього, яка включає знайомство з сп'янюючими дозами алкоголю у віці до 16 років й регулярне вживання в більш старшому віці.

Ознаками підвищеного ризику розвитку раннього алкоголізму вважаються:

- алкоголізм батька, що розвився до народження підлітка;
- алкоголізм матері, особливо для дочок;
- конституціональні психопатії з перевагою рис збудливості;
- атипичні реакції на перші оп'янюючі дози алкоголю (слабке сп'яніння від великої кількості спиртного й відсутність розладів рухів);
- дисфоричні й амнестичні картини сп'яніння;
- сполучення низької споконвічної толерантності до алкоголю зі швидким її наростанням у міру зловживання;
- перевага міцних напоїв слабким, додавання до алкоголю різних засобів, що підсилюють сп'яніння;
- резидуальна органічна поразка головного мозку з картиною вираженої енцефалопатії;
- черепно-мозкові травми з втратою свідомості в минулому;
- зловживання інгалянтами, що передують або перемежуються з алкоголізацією;
- ранній початок алкоголізації - до 10 - 12 років.

Хоча необхідність психотерапії при ранньому алкоголізмі ніким не заперечується, проте, є певні вказівки на недостатню ефективність у підлітків як індивідуальної раціональної, так і групової психотерапії. Було відзначено, що коли підлітка насильно змушують лікуватися, то саме лікування, включаючи спілкування з психотерапевтом, розглядається ним як форма покарання й викликає лише протест. У цих умовах на успіх психотерапії, як і всього антиалкогольного лікування, розраховувати досить важко.

Індивідуальна раціональна психотерапія звичайно малоефективна при хронічному алкоголізмі, якщо він розвився на фоні емоційно нестійкого розладу особистості прикордонного типу (нестійкої психопатії). Основний шлях впливу лікаря - роз'яснення шкоди алкоголю для здоров'я й соціального статусу в сьогоденні й майбутньому - залишає таких підлітків (для яких характерні не сформованість образу власного «я» і внутрішніх переваг) байдужими.

«Ключі психотерапевтичного доступу» до підлітків з диссоціальним розладом особистості нерідко полягають у їхній турботі про власне здоров'я (хвора людина слабшала, а слабого - не пощадають). Небезпека постраждати або піддатися переслідуванням у безпомічному стані «відключення» може виявитися для них хвилюючою проблемою. Але в цьому випадку потрібні не тільки підхід до підлітка, його довіра до психотерапевта, але й упевненість самого підлітка у високій компетентності й особливій увазі до нього психотерапевта. Інформація про шкоду алкоголю «взагалі», представлена у формі, особисто його не зачіпає, для такого пацієнта малозначима. Диссоціальному підліткові буває корисно показати результати його обстежень, наприклад електроенцефалограму, електрокардіограму, аналізи крові, шлункового соку й т.п., і зіставити їх з нормами, проведеними у керівництві, з аналогічними дослідженнями у його однолітків, щоб очевидними стали виражені відхилення саме його показників (електроенцефалограма особливо зручна в цих цілях). Роблять іноді також враження розповіді про тяжкі наслідки вчинків, зроблених у стані «відключення».

У підлітків з формуючим імпульсивним або істеричним розладом особистості завдання психотерапії інша - постаратися знайти поле діяльності, більше привабливе, чим випивки, і здатне задовольнити спрагу спілкування з товаришами, відкрити можливість престижного положення в їхньому середовищі.

При тривожних і залежних розладах особистості психотерапія повинна носити не стільки «антиалкогольний» характер, скільки бути спрямованим на подолання тих труднощів і життєвих проблем, які підштовхнули підлітка до алкоголізації.

Підлітка з шизоїдними (аутистичними) рисами особистості, для якого алкоголь нерідко служить «комунікативним допінгом», треба постаратися вмовити взяти участь у груповій психотерапії, завданням якої є навчання вербальним і невербальним прийомам контактів з однолітками.

Групова психотерапія може виявитися не тільки марною, але й шкідливою, якщо група з підлітків, що зловживають алкоголем і не мають щирого наміру припинити випивки. Така група лише споює зібраних підлітків в алкогільну компанію, а до групових обговорень шкоди алкоголю вони віднесуться байдуже або іронічно.

Для багатьох підлітків групова психотерапія може мати сенс, якщо їх включають у неалкоголізуючу групу (але не пишаються своєю тверезістю), де сам процес групового спілкування виявляється для них привабливим у силу спільних інтересів, можливості виявити себе, знайти емоційні прихильності й т.п. У цілому групова психотерапія звичайно виявляється успішною, якщо вона ставить не прямі протиялкогольні цілі, а служить способом оптимізації особистісного росту.

Всі інші психотерапевтичні методи (сугестивна терапія, емоційно-стресова терапія й інші) у підлітків можуть виявитися ефективними тільки при одній попередній умові - бажання лікуватися.

Стресопсихотерапія алкоголізму один з найпоширеніших у цей час методів психотерапії алкоголізму як у дорослих, так й у підлітків.

Показаннями до застосування стресопсихотерапії А.Р.Довженко (1984) вважає:

1. добровільне бажання лікуватися;
2. не менш чим двотижнєве попереднє утримання від спиртних напоїв.

Абсолютними протипоказаннями до застосування даного методу є: порушення свідомості; стан сп'яніння або вираженої абстиненції; гіпертонічний криз; виражена серцево-судинна недостатність.

Стресопсихотерапія алкоголізму має велику кількість модифікацій.

«Класичний» варіант стресопсихотерапії по А.Р.Довженко, викладений його автором у методичних рекомендаціях.

В останні десятиліття все більшу популярність в усім світі здобувають недирективні гіпносугестивні методи лікування алкоголізму й інших форм аддиктивного поведіння.

**Висновки.**

Отже, методи сімейної і індивідуальної психотерапії при поведінкових та емоційних розладах направлені на зменшення психологічної напруженості в сім'ї, створення сприятливої для дитини обстановки. Невід'ємна частина психотерапії — пояснення дитині на зрозумілій їй мові, в чому причина її невдач. Психотерапія може бути результативною навіть при значно виражених проявах синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, оскільки дитина вже відчула на собі негативні наслідки цього захворювання. Крім того, психотерапія показала при наявності супутніх порушень - зниженої самооцінки, тривожності, страхів, опозиційної поведінки, агресивності, які часто спостерігаються у гіперактивних дітей. Групова психотерапія направлена на розвиток у дітей навиків спілкування, соціальної взаємодії.

**Питання для підготовки до семінарських та практичних занять.**

1. Охарактеризуйте основні симптоми дітей зі СДУГ.

1.1. Надайте психологічну характеристику дітей з синдромом дефіциту уваги і гіперактивністю.

1.2. Охарактеризуйте методи психотерапії дітей з дефіцитом уваги та гіперактивністю.

2. Агресивні розлади.

2.1. Надайте теоретичне обґрунтування психотерапії дітей з агресивними розладами.

2.2. Охарактеризуйте методи психотерапії дітей з агресивними розладами.

3. Охарактеризуйте зміст психотерапії девіантної поведінки в підлітковому віці.

## **2 ЛЕКЦІЯ ЗА ТЕМОЮ № 5. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ОБ'ЄКТИВНИХ СТРАХІВ У ДІТЕЙ.**

### **План лекції:**

1. Причини виникнення страхів у дітей.
2. Сучасні підходи до психологічної корекції об'єктивних страхів у дітей.
3. Принципи та техніки проведення занять з корекції страхів.
4. Поведінковий підхід у психологічній корекції страхів.

### **Рекомендована література:**

#### **Основна:**

1. Андрушко Я.С. Психокорекція : навч.-метод. Посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 211 с.
2. Каліна М.Ф. Психотерапія: підручник. К.: «Академвидав», 2010. 288 с.
3. Цимбалюк І.М. Психологічне консультування та корекція / І.М. Цимбалюк. – К.: „Професіонал”, 2007. – 544 с.

#### **Допоміжна:**

4. Михальченко Н.В. Психотерапія з психокорекційною роботою. Навчально-методичний посібник. / Автор-упорядник Михальченко Н.В. Миколаїв: МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2018. 236 с.
5. Brems C., Rasmussen C. Child psychotherapy and counseling. Long Grove: Waveland Press, 2019. 434 p.

#### **Інформаційні ресурси в Інтернеті**

1. Філіпова Е.В. Дітяча і підліткова психотерапія. [Електронний ресурс].  
Режим доступу:  
[https://stud.com.ua/43092/psihologiya/dityacha\\_i\\_pidlitkova\\_psihoterapiya](https://stud.com.ua/43092/psihologiya/dityacha_i_pidlitkova_psihoterapiya)  
а

### **Текст лекції**

#### **1. Причини виникнення страхів у дітей.**

Синдром страхів є одним з найбільш поширених у дітей. Основними ознаками патологічних страхів є довга тривалість існування, схильність до генералізації. Страху можуть мати нав'язливий, надцінний та маячний характер. Страху можуть бути реакцією психіки на психотравмуючі події, проявом невроту і, досить рідко, шизофренії.

### *Причини виникнення страхів:*

1. Сімейні фактори – низька згуртованість та непорозуміння у сім'ї, протиріччя, непослідовність виховання, надмірна опіка, надмірна стимуляція можливостей дітей, в тому числі з використанням погроз, засудження; підвищена емоційна чутливість, збудливість, нестійкість настрою матерів, намагання батьків (особливо мам) грати значну, ведучу роль у стосунках з оточуючими, егоцентризм, відсутність гнучкості суджень, гіперсоціальність, негативне відношення до дитини.

2. Вчитель та інші значимі дорослі. В молодшому шкільному віці вже з'являються судження про власну соціальну значимість – соціальна самооцінка складається завдяки розвитку самосвідомості і зворотнього зв'язку з тими з оточуючих, чиєю думкою дорожить дитина, а це батьки, однолітки і, звичайно, вчителі.

3. Однокласники. По мірі послаблення зв'язку з батьками дитина все більше починає відчувати необхідність у підтримці зі сторони товаришів. Вони стають для дитини тим своєрідним фільтром, через який вона пропускає ціннісні установки батьків.

4. Система навчання та виховання (система шкільної взаємодії).

5. Неадекватність, протиріччя у вимогах до дитини з різних джерел (чи навіть з одного джерела), які не відповідають вимогам і намірам дитини, формують непослідовну особистість, сприяють розвитку невпевненості, тривожності дитини.

Також причинами виникнення страху можуть бути різноманітні психотравми, коли страх є наслідком одноразового чи багаторазового травматичного досвіду взаємодії суб'єкта з певним об'єктом.

## **2. Сучасні підходи до психологічної корекції об'єктивних страхів у дітей.**

Програма корекції включає 2 компоненти:

### **1. Психопрофілактика:**

- створення у сім'ї та школі умов, які сприяють особистісному та інтелектуальному розвитку дитини;
- створення у школі оптимально зручного режиму навчання та виховання дітей;
- надання вчителем грамотної психологічної допомоги дитині у процесі навчання та виховання його в класному колективі;
- створення режиму прийнятності у системі школа – сім'я з виховання та навчання дитини;
- підвищення психологічної грамотності адміністрації, педагогів та батьків.

### **2. Психокорекція:**



- корекція шкільних об'єктивних страхів дітей;
- підвищення впевненості дітей у собі;
- розвиток компенсаторних можливостей дітей;
- корекція батьківсько-дитячих стосунків у сім'ї.

Тому корекція передбачає не тільки роботу з дітьми, але й включення в роботу як адміністрації школи та вчителів, так і батьків.

**Робота з адміністрацією школи** включає декілька занять, на яких розглядаються наступні питання:

- актуальність та важливість питання емоційного благополуччя школярів;
- відображення емоційних проблем на психічному здоров'ї та особистісному благополуччі;
- необхідність урахування психофізіологічних особливостей.

Необхідно розібрати якості успішного педагога (робота в малих групах з наступним спільним обговоренням):

1. Доброта та щире бажання допомогти дитині без надмірної опіки та хвилювання. Прийняти кожну дитину такою, якою вона є. Враховувати індивідуальність, своєрідність темпераменту, характеру та особистості Ваших дітей, направляючи розвиток без штучного випередження чи уповільнення природного темпу.

2. Свідомий вибір свого заняття, професії. Професійна компетентність.

3. Терпіння та послідовність.

4. Здатність стати на сторону дитини, подивитись на себе його очима.

5. Готовність до змін. Бути достатньо гнучкими та безпосередніми у спілкуванні з дітьми, вчасно визнавати свої помилки, довіряти та „поступатись принципами”, якщо це необхідно.

6. Узгодженість з батьками за основними принциповими пунктами у вихованні дітей.

7. Вчасно помічати психологічний дискомфорт та нервовість дітей, у тому числі наростаючі страхи та хвилювання, поганий настрій, підвищену схильність до образ та капризності, втомлюваність, порушення сну та апетиту.

8. Спільно з батьками, психологом, валеологом та іншими спеціалістами розібратись у причинах та внести корективи у стосунки з дітьми.

### **Заняття з батьками**

Робота з батьками направлена перш за все на розуміння батьками особливостей розвитку дітей, створення умов для сприятливого психологічного та особистісного розвитку, цілісності сім'ї та школи у вихованні дітей. Для діагностики особливостей виховання сімейного виховання можна використовувати опитувальник батьківських відносин з обговоренням отриманих результатів. Робота з батьками детально розбирається у монографії А.С.

Співаковської „Профілактика неврозів у дітей» та в монографіях О.І. Захарова.

### **3. Принципи та техніки проведення занять з корекції страхів.**

На даний час виділяють наступні підходи до корекції страхів:

1. Відреагування наявного напруження (у бесіді, через гру, танець, творчість).
2. Формування конструктивних способів поведінки у тяжких ситуаціях, ситуаціях, що лякають, оволодіння прийомами, які дозволяють впоратись з надмірним хвилюванням, страхами (різноманітні техніки саморегуляції, аутотренінгу).
3. Усвідомлення причин та джерел виникнення стану. Оволодіння контролем ситуації.
4. Укріплення впевненості в собі, розвиток особистості.
5. Для корекції стану страху у дітей найчастіше використовують рольові та сюжетні ігри, малювання з наступним аналізом намальованого, розповіді - проговорювання різноманітних речей та подій, що лякають, з відреагуванням психічного напруження, імпрровізації, метод парадоксального співставлення, а також засоби, що розвивають сенсори ку дитини, зміцнюють її зв'язок зі світом: малювання, музика, хореографія.
6. За корекції емоційної сфери важливими є принципи послідовної десенсибілізації та дотримання комплексності методів корекції, використання індивідуального підходу, акцент на психопрофілактиці відхилень емоційної сфери.
7. Важливо збагачувати умови виховання та розвитку дитини, створювати в навчальних закладах гнучку систему попередження емоційних відхилень.

Загальні принципи проведення корекційних занять – принципи ігрової корекції. Спонтанність та емоційна розрядка у процесі гри створюють власне корекційну, а принципи організації гри та зміни ролей навчальну направленість (чи функцію) ігрових занять.

#### Направлене усунення страхів

Усунення страху починається з пропозиції намалювати себе у школі.

Графічне зображення не призводить до його посилення, а навпаки, знижує напруженість від тривожного очікування його реалізації. У малюнках страх вже багато в чому реалізований як дещо те, що вже відбулося, фактично сталось, залишається менше недоговореного, неясного, невизначеного. Разом все це знімає афективно - травмуюче значення страху у психіці дитини. Суттєво й те, що завдання дає вчитель, якому дитина довіряє, та й саме малювання відбувається у життєрадісній атмосфері спілкування з однолітками, що забезпечує незримий підтримку з їхньої сторони, вже не говорячи про схвалення самого вчителя. Після аналізу малюнків психолог/

вчитель пропонує дітям намалювати малюнок на тему „Чого я боюсь у школі”. Якщо дитина відмовляється, то її не примушують малювати. Якщо діти говорять, що в них багато страхів, то просять намалювати на вибір один з них або найслабший страх.

#### Рольова корекція страхів

Рольова корекція страхів починається з драматизації у групі історій на „страшні” шкільні теми, що залишились після малювання. У ряді умовних історій, запропонованих дітьми, відображаються і проблеми їх взаємин в групі, та негативні риси характеру та поведінки дітей. Це вказує на зростання критичності у стосунках, ріст групової свідомості та посилення колективістської, тепер вже не стільки орієнтації, скільки стійкої направленості групи. Програвання умовних історій чи ситуацій розвиває здатність дітей до прийняття ролей, без чого, власне кажучи, група і не існує як соціально-психологічне явище.

#### Програвання реальних історій

Від умовних історій не важко перейти до заключного етапу роботи з групою у вигляді програвання реальних історій. Вони відтворюють те, що відбувалось колись раніше чи відбувається зараз з ким-небудь з дітей у класі. До проведення цього заключного етапу роботи необхідно зняти страхи, що залишились після малювання, які створюють відчуття внутрішньої невпевненості та заважають активному спілкуванню з однолітками. Ігрова корекція та профілактика шкільних страхів та тривожності можлива і на перервах, уроках фізкультури, у групі продовженого дня.

#### **4. Поведінковий підхід у психологічній корекції страхів.**

За індивідуальної психологічної корекції страхів використовують методи поведінкової психологічної корекції: Систематична десенсибілізація в уяві, в реальності, емотивне уявлення, метод конфронтації, арт-терапія (малювання страхів, сновидінь, програвання сновидінь, „кіно”).

Сам факт зображення страхів за завданням лікаря діє як терапевтично десенсибілізуючий фактор. „За завданням лікаря” – тобто дитина повинна намалювати свій страх, зробивши ряд дій. Безпосередньо, він повинен самостійно продумати композицію малюнка, подолати внутрішнє напруження та страх страху і, мобілізувавши свою творчу фантазію, виконати завдання за допомогою більш чи менш тривалого вольового зусилля. Переступаючи свій страх свідомим зображенням, дитина виступає у ролі творця, постулюючи своє активне начало. Так як завдання дає психолог і дитина знає про його особливу роль, то воно мимоволі асоціюється з покращенням стану. Таким чином, десенсибілізація до страху відбувається у результаті дії багатьох факторів, включаючи роль незримой підтримки лікаря та непрямого навіювання з його сторони.

Психокорекція страхів за допомогою малювання ефективна у віковому діапазоні 4 – 11 років, насамперед у 6 – 9 років, коли у найбільшій мірі

проявляється природня цікавість до малювання. За допомогою малюнків можна усунути страхи, які мають переважно конкретний і, головне, графічно відтворюваний характер, наприклад страхи тварин, комах, чудовиськ, вогню (пожежі), а також ті, що виникають у темряві, сновидіннях та т.п. Менш ефективно усунення страхів відвернуто - абстрактного характеру у вигляді страхів невідомого, насилля, нещастя, хвороби та смерті. Відсутній ефект від малюнків за надцінних страхів за інших осіб, перш за все близьких.

Конкретизація страху, проникнення в нього, драматизація пов'язаного з ним переживання та умовність зображення обумовлюють відповідно ефекти інсайту, катарсису та десенсибілізації. Наступне терапевтичне моделювання на малюнку психотравмуючої ситуації є, по суті, перебудовою сценаріїв під впливом непрямого (установочного) навіювання. Останнє являє собою вираження віри у можливість дитини, що підкреслено контрастом „ти боїшся – вже не боїшся”. У наявності і ефект навчання, оскільки дитина слідує певній послідовності дій у відношенні подолання страху. Малювання дає дитині різноманітні можливості для символічного відреагування страху. Так, на малюнках вона кидає Бабу-Ягу у вогнище, відрубую дракону голову та т.п.

На відміну від ігрової терапії, ефект якої обумовлений прийняттям ролі персонажа, що фруструє, у терапії малюнком дитина залишається сама собою, що полегшує її використання у клієнтів зі страхом зміни „Я”. Замість малюнків може бути запропоноване зробити маски чи виліпити страшенні для нього персонажі. У всіх випадках продукти зображувальної діяльності хворих залишаються у кабінеті психолога у вигляді настінних малюнків, зібрань масок, що використовуються у іграх, ліпних витворів. Це прийняте з дозволу дитини рішення діє у якості підкріплюючого сугестивного факту і значить, що вона „віддала” свої страхи психологу, який їх „прийняв” і відтепер „тримає” в себе.

Надійність усунення страхів залежить від успішності психокорекційної роботи з батьками.

### **Загальні висновки.**

Отже, методи сімейної і індивідуальної психотерапії при поведінкових та емоційних розладах направлені на зменшення психологічної напруженості в сім'ї, створення сприятливої для дитини обстановки. Невід'ємна частина психотерапії — пояснення дитині на зрозумілій їй мові, в чому причина його невдач. Психотерапія може бути результативною навіть при значно виражених проявах синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, оскільки дитина вже відчула на собі негативні наслідки цього захворювання. Крім того, психотерапія показала прим наявності супутніх порушень - заниженою самооцінкою, тривожності, страхів, опозиційної поведінки, агресивності, які часто спостерігаються у гіперактивних дітей. Групова пси-

хотерапія направлена на розвиток у дітей навиків спілкування, соціальної взаємодії.

**Питання для підготовки до семінарських та практичних занять.**

1. Охарактеризуйте причини виникнення страхів у дітей.
2. Охарактеризуйте сучасні підходи до психологічної корекції об'єктивних страхів у дітей.
3. Проаналізуйте принципи та техніки проведення занять з корекції страхів.
4. Розкрийте сутність поведінкового підходу у психологічній корекції страхів.