

N.V. Slobodyanik. Influence of the style of psychological and pedagogical interaction of the teacher on the pupil's personality development. In the article the results of an empirical research of the influence of the style of psychological and pedagogical interaction of the teacher on pupil's personality development are analyzed. The most important condition for the formation of self-concept of pupils is the psychological and pedagogical interaction, in which the teacher acts not only as a repeater of professional knowledge, but also as a carrier of his personal position. Self-concept is considered as a complex entity, which is a unity of cognitive, affective and volitional components. It is emphasized that it should be considered as a kind of system, the individual substructures of which are often unconscious.

The empirical research allowed us to determine that psychological and pedagogical interaction significantly influence on two important components of the self-concept, namely: the personal position of the individual in his picture of the world and the formation of the components of stress-overcoming behavior. It was revealed that pupils who have a positive self-concept adapt better to the environment, and their process of socialization is successful. Pupils with a negative self-concept are prone to social disadaptation, which complicates the process of socialization. The study showed that pupils who study in educational groups with high efficiency of psychological and pedagogical interaction have a positively formed stable self-concept, characterized by a high level of volitional self-regulation, a positive emotional background, a formed body image, persistent social relations, moral norms of behavior, lack of signs of psychopathology, a subjective sense of control over the environment, a high ability to adaptation, the formation of the real and ideal self, as well as an adequate choice of the source of social support.

Keywords: *style, psychological and pedagogical interaction, self-concept, components, adaptation, socialization.*

Отримано: 10.06.2019

УДК 159.98.01:615.851+616-053.6

О.В. Тарнавська

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІДЛІТКАМ З ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

О.В. Тарнавська. Теоретичні засади психологічної допомоги підліткам з вегетативними дисфункціями. У статті розглядаються найбільш актуальні питання теоретичних засад психологічної допомоги в медичній психології та педіатрії в історичному та сучасному контексті під кутом зору сучасних вимог і завдань, що постали в Україні перед комплексним лікуванням підлітків з вегетативними дисфункціями. За останні роки в країні спостерігається тенденція до зростання розповсюдженості різних проявів вегетативних дисфункцій у підлітків.

Акцентовано, що на основі використання психолого-медичних детермінант та психологічних механізмів може бути створена інноваційна програма надання психологічної допомоги підліткам з вегетативними дисфункціями як у стаціонарі, так і в домашніх умовах.

Ключові слова: підлітки, вегетативна дисфункція, підлітковий вік, психологічна допомога, психотерапія, педіатрія.

Е.В. Тарнавская. Теоретические основы психологической помощи подросткам с вегетативными дисфункциями. В статье рассматриваются наиболее актуальные вопросы теоретических основ психологической помощи в медицинской психологии и педиатрии в историческом и современном контексте с точки зрения современных требований и задач, стоящих в Украине перед комплексным лечением подростков с вегетативными дисфункциями. В последние годы в стране наблюдается тенденция роста распространенности различных проявлений вегетативных дисфункций у подростков.

Акцентируется, что на основе использования психолого-медицинских детерминант и психологических механизмов может быть создана инновационная программа оказания психологической помощи подросткам с вегетативными дисфункциями как в стационаре, так и в домашних условиях.

Ключевые слова: подростки, вегетативная дисфункция, подростковый возраст, психологическая помощь, психотерапия, педиатрия.

Постановка проблеми. Основною ознакою сучасності є зміна соціально-політичних пріоритетів, низький рівень психологічної безпеки суспільства, окремої особистості та спільнот на рівні громади, об'єднань, сім'ї; наявність постійного тиску на психіку людей негативної соціальної, політичної, економічної, демографічної та екологічної інформації; недостатність соціально-психологічної підтримки у формуванні нових моделей поведінки та виживання. Ситуація, в якій опинилося молоде покоління України, надзвичайно тривожна. "Підлітковий вік є таким, що дуже коваріює з історією культури, отже вираз "сучасний підліток", насправді слід розуміти буквально: мова йде про те, що психологія сучасних дітей підліткового віку багато в чому принципово відрізняється від їх однолітків середини ХХ століття, не говорячи вже про більш ранні етапи філогенезу (історіогенезу) людини" [6]. У зв'язку з несприятливими економічними, політичними процесами, нестабільністю життя дорослих, різко загострилися проблеми дітей, які виховуються в умовах постійної розгубленості та психологічного напруження дорослих, втрати багатьох традиційних цінностей та набуття нових (гроші, влада). Сім'я та суспільство втратили чутливість до насильства на побутовому рівні. Підлітки, зокрема, страждають від браку спілкування, емоційного напруження у школі, невміння конструктивно вирішувати проблеми і конфлікти, неадекватності фактичного харчування індивідуальним фізіологічним потребам, порушення режиму харчування, його раціональності та регулярності дотримання, небезпечної залежності від мобільних телефонів та інтернету.

Сучасним підліткам притаманні синдром безпорадності, розгубленості, і як наслідок, збільшення захворюваності на вегетативні дисфункції у різних проявах, що надалі є початком багатьох психосоматичних розладів серцево-судинної системи у дорослому віці.

Методологія дослідження особливостей надання психологічної допомоги підліткам з вегетативними дисфункціями (ВД) спирається на розуміння особливостей когнітивного, емоційного і поведінкового компонентів в системі ставлень до хвороби, на знання психології здоров'я і особливостей особистісних ресурсів підлітків, на усвідомлення співвідношення психофізіологічних, психологічних механізмів особистісних розладів при виборі відповідних технік особистісно-орієнтованої і симптоматичної психотерапії. В Україні сучасна концепція лікування дітей, хворих на різні прояви ВД, ґрунтується на комплексному підході, який враховує значення патогенезу захворювання і застосування засобів із різним механізмом дії. Але надання психологічної допомоги підліткам з ВД поки що не набуло популярності в системі охорони здоров'я та повільно впроваджується у лікувальних закладах. Основними труднощами у використанні психологічної допомоги є соматичні (біологічні) прояви ВД, які маскують прихований емоційний конфлікт, особистісні характеристики підлітків, що мають пряме відношення до лікувальної мотивації та поведінки під час лікування; віднесення психологічної допомоги до немедикаментозних методів лікування, що нібито протиставляє її звичайним терапевтичним схемам; нерозуміння з боку батьків підлітків та лікарів-інтерністів. М. В. Хайтович підкреслює необхідність усвідомлення педіатрами значної ролі психогенії у генезі розповсюджених захворювань у дітей [14]. Враховуючи масовий характер психологічних проблем, у лікуванні найбільш доцільною є психологічна допомога (консультування, психологічна корекція, психотерапія), яка пов'язана з перебудовою внутрішньої картини хвороби і формуванням у пацієнтів більш адаптивних ціннісно-смыслових орієнтацій, зміною поведінки, розвитком особистості, пошуком шляхів вирішення проблем.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вегетативна дисфункція (ВД) є надзвичайно актуальною, поширеною і до кінця не вивченою проблемою. Деякі дослідники (В. І. Маколкин, С. А. Абакумов, Г. М. Покальов) вважають, що це самостійне захворювання, інші (О. М. Вейн і співавтори, Н. О. Белоконь, М. Б. Кубергер) розглядають його як синдром, який виникає при багатьох видах патології. За визначенням В.Г. Майданника, вегетативна дисфункція є захворюванням організму, що характеризується симптомокомплексом розладу психоемоційної, сенсомоторної та вегетативної активності, пов'язаним з надсегментарними та сегментарними порушеннями вегетативної регуляції діяльності різних органів та систем. ВД відносять до психосоматичних захворювань, які в сучасній класифікації МКХ-10 (або ICD-10-GM) називають соматоформними в окремій рубриці "F45.3. Соматоформна вегетативна дисфункція", що містять "невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади". Термін "соматоформний" замінив термін "психосоматичний", який застосовувався ра-

ніше. На думку Д. М. Ісаєва, педіатрія за своєю суттю є медициною психосоматичною, тобто не має альтернативи "соматична терапія – психотерапія", а є психосоматичною терапією [4,3].

Мета статті – розглянути історичні та сучасні теоретичні уявлення і практичні напрацювання в галузі психологічної допомоги в медичній психології та педіатрії.

Враховуючи генетико-психологічний погляд С. Д. Максименка на особистість підлітка як унікальну цілісність, що саморозвивається, саморегулюється, на особливості існування нужди в підлітковому віці, яка характеризується атрибутивними ознаками: гетерогенність (біологічне і соціальне складають суперечливу, але абсолютно нерозривну єдність), здатність до розвитку (саморозвитку), розвиток нужди є спрямованим і являє собою онтогенез, здатність до творчості, у своєму дослідженні ми ставили перед собою завдання визначити саме ті моделі психотерапії, які можуть ефективніше розв'язувати коло проблем, пов'язаних із супроводом, підтримкою та лікуванням підлітків, хворих на різні прояви ВД.

Основні результати дослідження. Дослідження останніх років показують, що рівень психосоматичних захворювань у дітей та підлітків значно підвищився та зберігається тенденція до його подальшого зростання. У 36% усіх дітей в соматичному стаціонарі має місце вегетативна дисфункція. Приблизно 19% підлітків страждають на депресію, причому у віці від 12 до 16 років поширеність депресії у підлітків зростає з 10 до 31% [14].

За даними результатів дослідження "Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді" (http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Analitikal_report_HBSC_2015_Internet.pdf), дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) повідомив про різні аспекти стану здоров'я та ставлення підлітків до свого здоров'я, вплив соціальних чинників на самопочуття та моделі поведінки юнаків і дівчат. Проведені серед учнів опитування доводять, що важливу роль у формуванні здорового способу життя підлітків відіграють батьки, вчителі та засоби масової інформації.

Самооцінка здоров'я українськими підлітками у всіх вікових категоріях є нижчою, ніж серед учнівської молоді країн Європи та Північної Америки. Кожен п'ятий підліток вважає власне здоров'я посереднім або поганим; підлітки скаржаться на те, що один раз на тиждень або частіше відчувають нервозність (36% хлопців та 51% дівчат); роздратування або поганий настрій – 46%; пригніченість – 27%, головний біль – 32%, безсоння – 19%. Третина учнівської молоді віком 11-17 років має досвід тютюнопаління. Приблизно 14% 11-річних та 76% 17-річних осіб мають досвід уживання будь-якого алкогольного напою. Серед 13-17-річних підлітків кожен 3-й хлопець та кожна 6-та дівчина мають досвід статевих стосунків. Третина учнівської молоді щонайменше один раз на рік вирі-

шувала конфлікт із застосуванням фізичної сили. Кожна п'ята дівчина "самостверджується", беручи участь у бійках. 36% учнів зазнали образ чи принижень щонайменше один раз на рік та 41% ображали інших учнів. Кожен восьмий підліток був ображений, принижений через SMS-повідомлення, повідомлення на "стіні" у соціальних мережах, електронному листі, на сайті. Майже кожен десятий підліток був ображений через розміщення фото без його дозволу в інтернеті в непривабливому вигляді.

Підлітковий вік – це умовне поняття. За даними Г. Навайтіса, підлітковий вік умовно класифікується на ранній від (12 до 14 років) та пізній (від 16 до 18 років), 15-річний – перехідний. М.М. Філіппов називає підлітковий вік пубертатним періодом (12-15 років – дівчата, 13-16 років -хлопці). На думку І. Ю. Кулагіної, підлітковий вік може розпочатися і в 11, і в 13 років. В конвенції ООН про права дитини говориться: "дитина – особа, яка не досягла 18-річного віку" [9; 10; 13].

На думку С.Д. Максименка, підлітковий вік являє собою доволі довгий і проблемний перехід від дитинства до дорослості. "Діти вельми помітно змінюються протягом кількох років, причому зміни ці є багатобарвними і багатогранными, вони далеко не обмежуються фізичним дозріванням, або бурхливим розвитком якоїсь психічної функції чи їх групи, як це було на ранніх етапах становлення особистості дитини. У цьому віці змінюється все, причому зміни починаються від цілісної особистості: відбувається подальше становлення її структури... розвиток особистості зовсім не детермінується виключно соціальними умовами, а має свою логіку і свої закономірності. Поява центральних психічних новоутворень, а отже – принципово новий тезаурус в структурі особистості в кінці молодшого шкільного віку вичерпує і руйнує соціальну ситуацію розвитку... Це означає, що зміст провідних соціальних відношень, які існували між дитиною і оточенням, втрачає значущість і цінність. Те, що було ще так недавно важливим, цінним – перестає бути таким. І, головне, зникають сформовані інтереси. Виникає гостра суперечність... криза інтересів є вихідною і кореневою проблемою підліткового віку" [6].

С. Д. Максименко також відмічає: "Виникає складний суперечливий вузол, в якому центральними й визначальними є три сили, породжені, в кінцевому рахунку, процесом становлення вихідного генетичного утворення інтенціональної природи – нужди. Ці три сили – біологічне дозрівання, соціальні умови існування і психологічні структури самої особистості – складно взаємодіють, приводячи до появи нових інтенцій, а отже – до подальшого саморозвитку людини... Вся особистість як цілісна система досягає напруженого, невірноваженого стану, який є готовністю до переходу системи в іншу, вищу форму єдності, саме таку, що ґрунтується на самосвідомості. Цей момент напруження і готовності до переходу відповідає хроно-

логічно початку підліткової кризи... Досягнення дитиною цього стану є закономірним і детермінованим психологічно, соціально і біологічно" [6].

У підлітковому або пубертатному періоді відбувається статеве дозрівання. Завершується розвиток гіпофіза, який забезпечує появу вторинних статевих ознак. Підвищується збудливість і функціональна рухливість, відбуваються ендокринні перебудови, які впливають на властивості вищої нервової діяльності, психіку. У поведінці підлітків помічаємо неприховане переважання збудження, відповідні реакції за силою і характером часто стають неадекватними подразникам, які їх зумовили. У цей період організм вкрай нестійкий, підвладний хворобам і зривам. Спостерігається психічна невідношеність з різкими переходами з одного стану в інший – від екзальтації до депресії. Виникає критичне ставлення до дорослих, особливо до батьків, сильна образливість, у дівчат – схильність до сліз. Гормональні зрушення, які відбуваються у цей період, змінюють рівновагу основних нервових процесів. Неприятливі умови навколишнього середовища, великі навантаження можуть сприяти прояву у підлітків невротичних станів. Дисоціація корково-підкоркових співвідношень виявляється у змінах моторики (незграбність, переривчатість моторних актів), емоційній нестійкості (швидка зміна настрою, висока конфліктність). Все це зумовлює швидку стомлюваність, запаморочення, часті головні болі. У підлітків спостерігається порушення вегетативних функцій (серцебиття, болі у серці, судинні розлади, задишка тощо) у вигляді "спалахів". Недосипання збільшує психофізіологічну напруженість функціонального стану підлітків. У пубертатний період тимчасово втрачається контроль над проявами емоцій [13].

Головна особливість підлітка – особистісна нестабільність. Анна Фрейд описала цю підліткову особливість як таку, що підлітки стають виключно егоїстичними, вважають себе центром всесвіту, інколи їх поведінка стосовно інших людей груба та зневажлива, хоча самі вони неймовірно ранимі. Їх настрої коливаються між сяючим оптимізмом і самим глибоким песимізмом [10]. Розрив між ідеальним "Я" та реальним призводить до невпевненості у собі, що ззовні може виражатися в образливості, впертості, агресивності. Зростаюча тривожність пов'язана з самооцінкою. Виникають внутрішні конфлікти і труднощі у відносинах з оточуючими.

Проведені в Японії дослідження показали, що у дітей, які грають в комп'ютерні ігри, можуть бути хронічні зміни розвитку головного мозку. Виявилось, що комп'ютерні ігри стимулюють лише ті осередки головного мозку, які відповідають за зір та рухи. Вчені занепокоєні тим, що у деяких дітей, які багато часу витрачають на комп'ютерні ігри, не розвиваються лобні частини мозку – осередки, що відповідають за поведінку, пам'ять, емоції, навчання [2].

Вивчення ролі психологічних факторів у появі хвороби, її перебігу і лікуванні, володіння спеціальними методами аналізу особистості хворої дитини можуть дати можливість глибше зрозуміти витоки та причини захворювання, допомогти у виборі методів лікування. Всі видатні клініцисти – С.П. Боткін, В.Ф. Зеленін, В.М. Бехтерев та ін. – підкреслювали глибокий взаємозв'язок між особистістю і хворобою, керівну роль психічного фактора у виникненні і перебігу хвороби.

Найбільш яскравими представниками і розробниками вітчизняної медичної психології, котрі стояли біля джерел її зародження були: І. А. Сікорський, В. Ф. Чиж, Г. І. Челпанов у Києві; В. М. Бехтерев, І. П. Павлов у Санкт-Петербурзі; П.І. Боткін, С.С. Корсаков, П.Б. Ганнушкін, С.І. Констроум, Ю.В. Каннабіх, Л.С. Виготський, О. Р. Лурія, П.П. Басов у Москві; М.М. Ланге в Одесі. Серед сучасних представників медичної психології і психотерапії української школи виділяються такі постаті: С. Д. Максименко, А. В. Михальський, А. І. Шинкарюк, В.Є. Гончаров, І. В. Іванін, А. І. Кудінова, В. В. Бабич, А. П. Слободяник, Ю. А. Корягін, В. І. Коростій, Н. С. Карвацька. Початковим психотерапевтичним феноменом, що викликав інтерес у вітчизняних психологів і психотерапевтів, став феномен групової психотерапії в її особистісно орієнтованій формі. Методологічним підґрунтям для особистісно орієнтованої психотерапії слугувала концепція неврозів В.М. М'ясищева. На сучасному етапі розвитку української психотерапевтичної школи важливими є дослідження в галузі психосоматичних розладів і захворювань серцево-судинної системи. Значна увага приділяється у психологічних дослідженнях проблематиці психологічної допомоги як у клінічній, так і позаклінічній галузі (О. Ф. Бондаренко, П. В. Лушин, А. С. Кочарян, П. Г. Горностаї, З. Г. Кісарчук й ін.). Значні зусилля докладаються до розвитку саме клінічно орієнтованої психотерапії (В. Ф. Простомолотов, Є. А. Поклітар, А. В. Михайлов, Є. В. Кришталь, О. С. Чабан, А. П. Чуприков) [5].

Методологічні проблеми психології є найбільш актуальними у розвитку психологічних досліджень у медицині. Поєднання методології теорії і практики є сутністю кваліфікованого консультування і психотерапії [1].

На думку О. Т. Соколової, психологічна допомога має стратегічні цілі: відновлення втраченого відчуття особистої цінності, відмову від закритих, захисних стратегій самоусвідомлення, затвердження власної індивідуальності через конструктивну поведінку та спілкування. Психологічне консультування, психологічна корекція і психотерапія – різні рівні психологічної допомоги. О.Ф. Бондаренко розглядає співвідношення цих рівнів за такими параметрами: проблематика, об'єкт і предмет діяльності, зміст діяльності, методи і психологічні парадигми допомоги, мета і результати.

Перша відмінність психологічного консультування від психотерапії полягає у відмовленні від концепції хвороби й орієнтованість на психічно здорову особистість. Психокорекція призначена як для здорових людей, так і для людей, які перебувають у стані ще не хворих, але вже нездорових, тобто людей з дезадаптованою поведінкою і невротичним реагуванням, що формується. Загальноприйнято вважати консультування короткотривалою допомогою – 1-5 зустрічей, психокорекцію – середньотривалою до 15 зустрічей, а психотерапію – довготривалою допомогою, що може тривати декілька років [15].

Відомі певні етапи психотерапії, напрями, рівні взаємодії: установлення психотерапевтичного контакту; сповідь хворого (розповідь про себе); психотерапія з використанням пізнавально-поведінкових механізмів психологічного захисту – раціональна, когнітивна, поведінкова, патогенетична; психоаналіз, функціональне тренування; психотерапія з використанням психофізіологічного захисту зміненої свідомості (гіпноз), гіпнокатарсис, навіювання, аутотренінг, медитація); емоційне стимулювання (хобі-психотерапія, творче самовираження) [14].

Ю. Альошина вважає, що локус скарги клієнта може вказувати на те, якої допомоги він потребує. Якщо в підлітка, що звернулися по допомогу, екстернальний локус скарги (тобто, він підкреслює негативну роль інших у виникненні власних життєвих труднощів), йому потрібно психологічне консультування. У разі, коли підлітка турбує власна нездатність контролювати і регулювати свій внутрішній стан, потреби і бажання (інтернальний локус скарги), він погребує і готовий до прийняття психокорекційної і психотерапевтичної допомоги [15].

Психотерапія, як головна складова в загальній структурі клінічної психології, в умовах співіснування двох моделей з різними методологіями – медичною і психологічною, реалізації вивчення і створення психологічних методів впливу на психіку людини з лікувальною і практичною метою – має спиратися на результати психологічних досліджень особистісного "Я". При цьому специфіка людської психіки не зводиться виключно до нейрофізіологічних і біохімічних процесів, бо ці процеси (робота нейромедіаторів, формування синаптичних зв'язків, синергійна діяльність різних ділянок мозку та гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи) спочатку детермінуються соціальними факторами [5].

Багато дослідників наголошують на тому, що дуже важливим у комплексному лікуванні психосоматичних захворювань є використання особистісно-орієнтованої і симптоматичної психотерапії у правильному співвідношенні між ними, а також визначення задач і вибір конкретних психотерапевтичних технік із урахуванням співвідношення клінічних, психофізіологічних і психологічних механізмів психосоматичних захворювань і його специфіки на різних етапах лікування.

М. І. Буянов підкреслював таку особливість психотерапії у дітей, як її нерозривний зв'язок з соціальною педагогікою. Схильність дітей до відволікання та переключення він рекомендує використовувати для зняття фіксації хворобливих симптомів і шкідливих звичок.

Дитяча психотерапія відділилась на початку ХХ століття від загальної психотерапії, пройшла разом з нею шлях від інтуїтивних емпіричних форм, що ставили акцент у терапії на зовнішні від пацієнта чинники (флюїди, гіпнотерапія) до особистісно-орієнтованої терапії, що спирається на вивчення та сприяння особистому розвитку дитини, нейтралізацію несприятливих факторів середовища, що гальмують і пригнічують цей розвиток [14].

Психологічна допомога (консультування і психотерапія) своїм народженням завб'язана Й. Брейсеру і З. Фрейду. Саме вони розробили метод "лікування розмовою" через катарсис. Психотерапевтична робота з дітьми та використання гри в терапії починається з клінічного випадку маленького Ганса, описаного Фрейдом в 1909 році. Лікування полягало в тому, що він пояснив батьку хлопчика, як реагувати на поведінку дитини, виходячи із своїх спостережень за грою Ганса. Йому належить пропозиція уважно ставитися до дитячих ігор: "Нам слід шукати в дитині перші кроки уяви. Найулюбленіша і всепоглинаюча діяльність для дитини – це гра. Дитина до гри ставиться дуже серйозно, щедро вкладаючи в неї свої емоції". Розвиток вчення Фрейда відбувся в роботах швейцарського психіатра Карла Юнга. Він показав чіткий взаємозв'язок між вербальною емоційною та вегетативною системами [15, 14].

Ідеї В. Джеймса про те, що емоції і дії, так само як і мислення та розум, є важливою складовою людського існування, вплинули на розвиток консультування як самостійної дисципліни.

Спосіб "лікування" страждань за допомогою духовного впливу і виховання запропонували давні релігійні лідери і філософи (Мойсей, Мухаммед і Будда, Лао-Цзи, Конфуцій, Сократ, Платон і Арістотель). Вони діяли як "консультанти", впливаючи на учнів за допомогою своїх вчень і стимулюючи тим самим їхнє емоційне, духовне і інтелектуальне зростання. Сучасні психологи успадкували кілька основних принципів з їхніх учень: на жодне запитання немає єдино правильної відповіді; існує безліч можливих інтерпретацій одного і того ж досвіду; будь-яка філософія абсолютно марна, якщо її не можна використовувати в повсякденному житті.

Унікальність психологічної допомоги полягає в тому, що вона з'явилася в надрах багатьох дисциплін (філософії, педагогіки, психіатрії, психології, соціології) і розвивалася разом з ними. Так, перші психотерапевтичні втручання, запропоновані більше тисячі років тому Гіппократом, лягли в основу більшості сучасних технік: системного діагностичного

інтерв'ю, збирання анамнезу, побудови психотерапевтичних відносин довіри і навіть інтерпретації снів та усвідомлення затамованих почуттів [15].

Початок наукового етапу розвитку психотерапії пов'язують з ім'ям Франца Месмера. Він вважав, що його теорія базується на фізіології та близька до теорій електрики або магнітів. Учень Месмера Пюїсеґюр надавав велике значення бажанню вилікувати пацієнта і хоча б якоюсь мірою врахувати його особистість. "Я певен, що крім знань і досвіду душевне тепло лікаря або сиділки – далеко не байдужий момент в лікуванні хвороби" [14].

Відкриттям ХХ століття в сфері психологічної допомоги стала теорія Карла Роджерса про те, що люди з проблемами в емоційній сфері не є "психічно хворими", більшості людей просто необхідне безпечне оточення, де вони можуть "пережити" свої проблеми. Він підкреслював важливість особливих, гарних стосунків "клієнт – психотерапевт". Карл Роджерс вважав, що психотерапевт безпосередньо бере участь у досвіді хворого завдяки створенню умов для відчуття ним почуття безпеки й особливої манери розмови, в якій пацієнт вчиться вирішувати свої проблеми власними силами. Ці ідеї отримали розвиток у напрямки недирективної ігрової терапії, яка повинна допомогти дитині побачити, усвідомити саму себе, свої переваги та недоліки, труднощі й успіхи [15; 14].

Дитячий психотерапевт Вірджинія Акслін (Virginia Axline), використовувала недирективну терапію Карла Роджерса в дитячій практиці. Актуальними є виведені нею 8 принципів недирективної дитячої психотерапії: швидкий розвиток теплих і дружніх взаємин з дитиною; повне прийняття дитини такою, яка вона є; установлення режиму "дозволеного", щоб дитина могла вільно виражати свої почуття, спілкуючись з психотерапевтом; уважне ставлення до почуттів дитини та відображення їх зворотно, для того, щоб вона могла досягти інсайту стосовно своєї поведінки; глибока повага до здатностей дитини вирішувати свої власні проблеми, якщо їй випадає така можливість, бажання зробити її відповідальною за вибір і перші кроки на шляху змін; не намагатись виправляти поведінку дитини: "Дитина веде, психотерапевт іде за нею"; не намагатись прискорити терапію; установлювати обмеження тільки для забезпечення зв'язку з реальністю та усвідомлення дитиною її відповідальності у взаєминах [14].

Вагомий внесок у розвиток дитячої психотерапії внесли Мелані Кляйн, Анна Фрейд. М. Кляйн вважала, що дитяча гра так само спрямовується прихованими мотиваціями та вільними асоціаціями, як і поведінка дорослих. Психотерапія, за Кляйн, полягає в "аналізі тривоги і захисту, пов'язаних із заздрістю та деструктивними імпульсами, чим можна досягти успіху в інтеграції". М. Кляйн та А. Фрейд були впевнені, що багато з дитячих психіатричних розладів базуються на несвідомих невротичних конфліктах і що перебіг цих розладів покращується завдяки само-

спостереженню, самоусвідомленню та інсайту. Це досягається за допомогою роз'яснень терапевта, який сприяє дозріванню дитячого "Его". Вони були впевнені в тому, що при взаємодії з терапевтом у бесіді або грі дитина весь час демонструє основні конфлікти, а інтерпретація почуттів, думок і мотивів дитини прискорюють дозрівання та набуття контролю над конфліктами.

Дональд Віннікот розробив оригінальний ефективний метод (гру в зигзаги як головний засіб спілкування) допомоги дітям з невротичними конфліктами, а також їх батькам в амбулаторних умовах.

Значний вклад у дитячу психотерапію вніс Ерік Еріксон. Він відмітив психологічні стадії розвитку "Я", в ході якого індивід установлює основні орієнтири стосовно себе та свого соціального середовища. Еріксон вважав, що становлення особи не закінчується в підлітковому віці, а розтягується на весь життєвий цикл. Кожній з п'яти стадій характерні свої власні параметри розвитку, які здатні набувати позитивних та негативних значень. Так, п'ята стадія – ідентифікація особи та плутанина ролей. При переході в цю стадію (12-18 років) дитина стикається з пробудженням "любові та ревнощів". Успішне вирішення цієї проблеми залежить від того, чи знайде вона предмет любові у власному поколінні. Важливе місце у нових особливостях психіки підлітка займає його інтерес до думок інших людей, думки про себе. Підлітки створюють собі ідеал сім'ї, релігії, суспільства, здатність виробляти та переймати теорії світогляду. Перед підлітком постає завдання об'єднати все, що він знає про себе самого як школяра, сина, друга. Усі ці ролі він повинен зібрати в одне ціле, осмислити їх, зв'язати з минулим, проектувати в майбутнє. Якщо молода людина успішно справились з цією задачею – психосоціальною ідентифікацією, то у неї з'являється відчуття того, хто вона є, де знаходиться і куди йде. На відміну від попередніх стадій, вплив батьків побічний. Якщо (завдяки батькам) підліток виробив довіру, самостійність, завзятість і умілість, то його шанси на ідентифікацію, на впізнання власної індивідуальності значно збільшуються.

Велике значення на розвиток дитячої психотерапії справили роботи Якоба Морено. Морено відмітив, що ігри дітей, якщо вони направляються освіченим психотерапевтом, є могутнім лікувальним фактором; завдяки визначеним стандартним ігровим сюжетам і "рольовим іграм", дитина в процесі гри звільняється від багатьох страхів, порушень поведінки, прихованого емоційного напруження.

Девід Леві рекомендував свій підхід структурованої ігрової терапії для роботи з дітьми, які пережили психотравмуючий випадок. На його думку, гра дає дітям можливість відреагувати. Терапевт створює такі умови, щоб спеціально підібрані іграшки допомогли дитині відновити свій досвід, який викликав у неї реакцію тривоги [14].

У дослідженні проблеми соціальної інтегрованості особистості найбільша заслуга належить Альфреду Адлеру, який стверджував, що не можна зберегти душевну рівновагу, відмежовуючись від своєї соціальної групи, оскільки сама структура особистості залежить від суспільства.

Гаррі Стек Салліван (автор соціально-психологічної теорії) вперше звернув увагу на міжособистісні стосунки. Згідно з його поглядами, особистість існує лише у взаємодії з іншими людьми, а її Я-система намагається уникнути тривоги у міжособистісних стосунках. Його ідеї лягли в основу створення особистісно-центрованої терапії.

Карен Хорні наблизилась до сприймання і допомоги особистості, яка переживає тривогу через переживання ізоляції та небезпеки. Вона вважала, що почуття невпевненості в собі рано чи пізно призводять дитину до переживання невротичних реакцій та прийняття ірраціональних рішень [15].

Погляди психоаналітиків стали могутнім джерелом у створенні різноманітних психологічних теорій та напрямів психотерапії.

А.Е Айві., М.Б. Айві, Л. Саймек-Даунінг наголошують на необхідності інтегрування методів пошуку позитивного. Найбільш відомі пошуки позитивного у працях: Л. Тайдер (психологія консультації) – виявлення ресурсів після вислуховування минулого досвіду клієнта, закріплення всього позитивного; гуманістична психологія К. Роджерса дозволяє відобразити позитивний сенс у твердженнях клієнта, які з першого погляду виглядають негативними; пошук нового смислу В. Франкла (в межах психодинамічної і гуманістичної теорії) – клієнт слідує від інконгруентності до більш позитивного погляду на ситуацію; техніка "фокусування", за Гендліном, починається з тіла та сенсорних систем перцепції, тобто клієнт навчається підсилювати негативні спогади, потім поєднує позитивну думку і почуття з проблемою [1].

Рефреймінг (переформатування) моделі зміни поведінки бере початок у працях Мілтона Еріксона, Бендлера, Гріндера, Ланктона. Клієнт приймає альтернативний погляд на проблему, тобто, як казав Сенека: "Важлива не подія, а ставлення до неї".

Мільтон Еріксон вніс значний вклад в дитячу психотерапію своїм унікальним використанням метафори у лікувальному процесі. Як результат його новаторських підходів у психотерапії – так званий еріксонівський гіпноз – метод психотерапії, що ліг в основу нейролінгвістичного програмування (НЛП), створеного Річардом Бендлером (R. Bandler) та Джоном Гріндлером (J. Grindler) у 70 роки ХХ століття. На думку Г. Навайтиса, саме методи НЛП дозволяють вирішувати проблеми непорозуміння підлітків з дорослими, зрозуміти помилкові оцінки їх вчинків та мотивів поведінки [1; 9].

Біхевіористична психологія через конструкції когнітивно-біхевіоральної теорії створила розвинену систему, яка спрямована на зміну клієнта. Головна ціль терапії за А. Беком – скорегувати спотворене мислення шляхом зміни патернів мислення і шляхів конструювання світогляду [1].

Альберт Елліс, автор раціонально-емотивної терапії, розглядав негативні емоції як результат невірних когнітивних установок – ірраціональних вірувань (англ. "irrational beliefs" – модель АВС), та головним завданням його терапії була заміна цих вірувань на нові, раціональні [12].

Позитивна психотерапія, запропонована Н. Пезешкіаном, основною ціллю ставить є зміну точки зору пацієнта на свою хворобу, і, як наслідок, нові можливості у пошуку резервів у боротьбі з хворобою [12].

Дослідження нового покоління психологів під керівництвом М. Селігмана базуються на наукових експериментах, які дозволяють зрозуміти такі феномени, як щастя, позитивне мислення, оптимізм, задоволення життям. У наш час позитивна психологія представлена науковцями Е. Динером, Ч. Снайдером, М. Чиксентмігаї. Засновник теорії оптимізму М. Селігман вважає, що незалежно від індивідуальних фізіологічних особливостей дітей, необхідною умовою запобігання виникнення захворювання є ставлення до світу, яке характеризується як базова довіра, впевненість у підтримці, що дозволяє дитині відчувати емоційний комфорт і впевненість у собі у будь-яких стосунках зі світом.

Фундатором наукової школи генетичної психології С. Д. Максименком розроблено і обґрунтовано принципи побудови експериментально-генетичного та генетико-моделюючого методу, який є одним із небагатьох у психології (поряд з лонгітюдним), що дають можливість дослідити розвиток психіки та її сутнісні особливості. Розкрито можливості методу для вікової та консультативної психології. Генетична психологія (і генетико-моделюючий метод як її основа) є тією областю психологічного знання, яка може забезпечити прогнозування розвитку особистості за умови реалізації ідіографічного (клінічного) підходу [7].

Система "антистресового світогляду" Г. Сельє, подолання індивідуально-психологічного синдрому стресової нестійкості, саногенного мислення Ю. Орлова, позитивного мислення М. Мольца та подібні до них системи допомагають людині ефективно використовувати інтелект, творчість, увесь особистісний потенціал для розв'язання власних життєвих проблем, для психічного самооздоровлення та оздоровлення близьких.

У дослідженнях Ю. Орлова мова йде про природу патогенної поведінки людини та роль саногенного мислення у подоланні руйнівного впливу негативних емоцій на особистість. При патогенному мисленні стрес, напруженість можуть посилюватись і підвищувати ймовірність виникнення психічних розладів. Джерело патогенного мислення – роздуми, уявлення, пов'язані з образою, соромом, заздрістю, невдачею, страхом, іншими

негативними емоціями. Кожна емоція є згубною, якщо вона повністю керує поведінкою людини, цілком володіє нею.

Саногенне (оздоровче) мислення сприяє подоланню негативних емоцій. Людина не може стати дійсно здоровою, якщо сама не навчиться керувати станом своєї душі, своїми емоціями та думками. Саногенне мислення має спиратися на внутрішні цілі, на досягнення більш повної інтеграції уявлення людини про себе, про суб'єктивні чинники своєї поведінки та діяльності. Аналіз змісту поняття "саногенне мислення" свідчить про те, що до процесу психічного самооздоровлення залучаються не тільки мислення та уява, а й інші психічні процеси, інтелект, емоційна сфера, "Я"-підструктура, в цілому вся особистість. Концепція саногенного мислення узгоджується з іншими відомими методами психічного самооздоровлення – від ідей східної філософії (йоготерапія) та християнських духовних пошуків до психоаналізу З. Фрейда і сучасних методів психорегуляції та психотерапії. Методи трансформації образу психотравмуючої ситуації подані Ю. Орловим близько до підходів нейролінгвістичного програмування. Його погляди багато в чому збігаються з антистресовим світоглядом Г. Сельє.

М. Мольц пропонує застосувати універсальний інтелектуальний засіб, який він називає позитивним мисленням. Його суть полягає в тому, щоб підсилити позитивний образ власного "Я" шляхом успішних вчинків та дій, не дати йому погіршитись або зруйнуватись у разі невдач або помилок поведінки, діяльності, взагалі життя. Запропоновані М. Мольцем методи спрямовані саме на розвиток творчої уяви, мисленнєве експериментування, формування моделей реагування за допомогою програвання ролей у штучних ситуаціях тощо [8].

Висновки. Сучасна медична психологічна корекція представлена багатьма напрямками: біхевіоральним, біологічним, когнітивним, психоаналітичним, гуманістичним, соціально-психологічним. Усі вони мають свою теоретико-концептуальну базу, методологічні принципи роботи та показання для застосування. Засвоєння цих форм медичної психокорекції дає можливість для більш свідомого і функціонального упровадження у вітчизняну медичну та психологічну практику ефективних методик допомоги пацієнтам.

Перспективи подальших досліджень. Проведене теоретичне дослідження виявило психолого-медичні детермінанти, психологічні механізми, на основі яких може бути розгорнута цілісна інноваційна програма надання психологічної допомоги підліткам з ВД як у стаціонарі, так і поза лікувальними закладами, зокрема в домашніх умовах.

Список використаних джерел

1. Айви А. Е., Айви М. Б., Саймэн-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. Москва, 2000. 487 с.

2. Бондаровська В. Стан інформаційно-психологічної безпеки в Україні. Вплив на моделі поведінки підростаючого покоління. Психолог. №16(256), квітень 2007. С. 14-16

3. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Санкт-Петербург: Речь, 2005. 400 с.

4. Майданник В. Г. Вегетативні дисфункції у дітей. Пароксизмальна вегетативна недостатність. Наукове видання / В. Г. Майданник, І. О. Мітюряєва-Корнійко, Н. М. Кухта, Г. В. Гнилоскуренко. Київ: Логос, 2017. 300с.

5. Максименко К. С. Особистісно-орієнтована психотерапія соматогеній: монографія. Київ: Інтерсервіс, 2018. 376 с.

6. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості. Київ: КММ, 2006. 240 с.

7. Максименко С. Д., Максименко К. С. Генетико-моделирующий метод: его эвристический и развивающий потенциал. Проблемы сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / За ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Вип. 22. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2013. С. 7-26.

8. Рибалка В. Особистість у практичній психології. Основи практичної психології. Київ: Либідь, 2001. С. 78-97

9. Навайтис Г. Профессиональная психологическая помощь подростку : монография / Г. Навайтис. Москва: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж : Издательство НПО "МОДЭК", 2007. 216 с. (Серия "Библиотека психолога").

10. Кулагина И. Ю. Возрастная психология (Развитие ребенка от рождения до 17 лет) : Учебное пособие. 5-е изд. Москва: Изд-во УРАО, 1999. 176 с.

11. Селигман Мартин Э. П. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни / Перев. с англ. Москва: Издательство "София", 2006. 368 с.

12. Таланов В. Л., Малкина-Пых И. Г. Справочник практического психолога. Санкт-Петербург: Сова, Москва: ЭКСМО, 2004. 928 с.

13. Філіппов М. М. Психофізіологія людини: Навч. посіб. Київ: МАУП, 2003. 136 с.

14. Хайтович М. В., Майданник В. Г., Ковальова О. А. Психотерапія в педіатрії. Ніжин: ТОВ "Видавництво "Аспект-Поліграф", 2003. 216 с.

15. Хомич Г. О., Ткач Р. М. Основи психологічного консультування: Навч. посіб. Київ: МАУП, 2004. 152 с.

Spysok vykorystanykh dzhrel

1. Ivy A.E., Ivy M. B., Sayman-Downing L. Psychological counseling and psychotherapy. Methods, Theories and Techniques: Practical Guide. – Moscow:, 2000 – 487 pp.

2. Bondarovskaya V. The state of information and psychological safety in Ukraine. Influence on the behavior model of the younger generation // Psychologist № 16 (256), April 2007, – p. 14-16

3. Isaev D. N. Emotional stress, psychosomatic and somatopsychic disorders in children. – SPb. : Speech, 2005. – 400 p.

4. Maydannik V.G. Vegetative dysfunctions in children. Paroxysmal autonomic insufficiency. Scientific publication / VG Maydannik, I.O.Mituryareva-Korniyako, N.M. Kukhta, G.V. Gnilosurenko. – K. : Logos, 2017. – 300 s.

5. Maksymenko K.S. Personality-oriented psychotherapy somatogeny: monograph / K. S. Maksymenko. Kyiv: Interservice, 2018 – 376 pp.

6. Maksymenko S.D., Genesis of Individualization / S.D. Maksymenko. – K. : KMM, 2006. – 240 p.

7. Maksymenko S. D., Maksymenko K. S. Genetic-modeling method: its heuristic and developing potential // Problems of modern psychology. 2013 Issue 22

8. Rebalco V. Personality in practical psychology // Fundamentals of practical psychology. – K.: Lybid, 2001. – p. 78-97

9. Navaytis G. Professional Psychological Aid for a Teenager: Monograph / G. Navaidis. – Moscow: Publishing House of the Moscow Psychological and Social Institute; Voronezh: Publishing house NGO "MODEK", 2007. – 216 p. – (Series "The Library of the Psychologist").

10. Kulagina I. Yu. Age psychology (Development of a child from birth to 17 years old): Textbook. 5th ed. – Moscow: Publishing house URAO, 1999. – 176 p.

11. Seligman Martin E. P. New Positive Psychology: A Scientific View of Happiness and the Meaning of Life / Trans. With ang. – Moscow: "Sofia" Publishing House, 2006 – 368 pp.

12. Talanov V. L., Malkina-Puchi, I. G. The reference book of the practical psychologist. – SPb., Owl, M. : EKSMO, 2004. – 928 s. : il.

13. Filippov M.M. Psychophysiology of man: Teach. manual – K. : MAUP, 2003. – 136 p. – The bibliographer: p. 130-133.

14. Khaitovich M.V., Maydannik V.G., Kovaleva O.A. Psychotherapy in pediatrics. – Nizhyn: Aspect-Polygraph Publishing House LLC, 2003.-216 p.

15. Khomich G. O., Tkach RM M. Fundamentals of psychological counseling: Teaching. manual – K. : MAUP, 2004. – 152 pp. : Il. – The bibliographer. at the end of section

O.V. Tarnavska. Theoretical foundations of psychological assistance to adolescents with autonomic dysfunctions. The article discusses the most topical issues of the theoretical foundations of psychological assistance in medical

psychology and pediatrics in a historical and contemporary context from the point of view of modern requirements and tasks facing complex treatment of adolescents in Ukraine with various manifestations of vegetative dysfunctions. In recent years, there has been a tendency to an increase in the prevalence of various manifestations of autonomic dysfunction in adolescents, which is a consequence of adverse economic, political processes, instability of life, a sharp exacerbation of social and psychological problems (emotional stress, lack of communication with peers, lack of understanding of their problems by their parents, a dangerous dependence on the Internet). The main difficulties in using psychological care are somatic (biological) manifestations of VD that mask hidden emotional conflict, personal characteristics of adolescents directly related to therapeutic motivation and behavior during treatment; the ratio of psychological care to non-medical treatment methods, which supposedly contrasts with its usual therapeutic regimens; Misunderstanding from the parents of adolescents and internists.

An attempt has been made to present the material in such a way that it allows the use of psychological-medical determinants and psychological mechanisms, on the basis of which an innovative program of psychological help can be created for adolescents with autonomic dysfunctions both in the hospital and at home.

Keywords: *adolescents, autonomic dysfunction, adolescent age, psychological help, psychotherapy, pediatrics.*

Отримано: 11.06.2019

УДК 159.923.2

Л.А. Терещенко, І.І. Карабаєва

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Л.А. Терещенко, І.І. Карабаєва. Психологічні особливості емоційної сфери дітей дошкільного віку. У статті розкриваються особливості емоційного розвитку дитини на етапі дошкільного дитинства та висвітлюється його значення у становленні дошкільника як особистості. Наголошується на єдності таких сильних регуляторів поведінки дитини, як мотиви й емоції.

Визначено, що найсильніше і найважливіше джерело переживань дитини дошкільного віку – її взаємини з іншими людьми. Доведено, що для нормального психічного розвитку і життєдіяльності дитини-дошкільника має емоційне благополуччя, яке залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх чинників. Виокремлено емоційні порушення у дошкільному віці. Охарактеризовані форми поведінки дітей з депресивними станами у спілкуванні з однолітками.

Ключові слова: *емоційний розвиток, емоційна сфера, дошкільний вік, мотиви, потреби, емоційне благополуччя.*

Л.А.Терещенко, И.И. Карабаева. Психологические особенности эмоциональной сферы детей дошкольного возраста. В статье раскрываются особенности эмоционального развития ребенка на этапе дошкольного детства и определяется его значение в становлении дошкольника как личности.