

ДО ПРОБЛЕМИ ПРОЯВУ ДЕПРЕСІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

*А. П. Мороз,
магістрант спеціальності «Психологія»,
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Проблема депресії у даний час є однією з основних, як у психологічній, так і в медичній практиці. Кількість осіб, які страждають на цей розлад, стрімко зростає. Варто зауважити, що депресія може проявлятися не лише у підлітків та дорослих людей. Останнім часом даний розлад все частіше діагностується фахівцями і серед дітей. Так, ще у 40-х роках ХХ ст. була описана клінічна депресія у дітей першого року життя. Проте, з часом почала панувати точка зору про те, що діти такого віку занадто маленькі і, відповідно, не здатні відчувати ті емоції, які є характерними для депресивного розладу [3]. Така точка зору була актуальною до 1980-х років, після чого інтерес науковців до прояву цього захворювання у дітей почав поступово зростати. Почали проводитися різного роду дослідження та експерименти, спрямовані на вивчення особливостей виникнення та протікання депресії у даної вікової групи. Внаслідок цього вже до кінця ХХ століття була напрацьована значна кількість теоретичного та практичного матеріалу, у якому виокремлюється такий розлад, як дитяча депресія.

У дослідженнях Еріка Меша та Девіда Вольфа описуються основні концепції до пояснення природи виникнення дитячої депресії [7]. Пропонуємо короткий зміст кожної з них. З психоаналітичної точки зору депресія розглядається як один із важливих етапів розвитку дитини. Прояв депресії розглядається як перетворення агресивної енергії. Автор теорії прив'язаності, Джон Боулбі, пов'язував прояв депресії у дитячому віці з наслідками батьківської депривації.

Біхевіористська точка зору підкреслює важливість навчання, впливів з боку оточення і роль дефіциту деяких навичок у виникненні і розвитку депресивного стану. Депресія пов'язується з відсутністю умовної реакції позитивного підкріплення. Це може бути зумовлено трьома основними причинами. По-перше, дитина або не здатна використовувати доступне йому підкріплення, часто через те, що цьому заважає стан тривоги. По-друге, зміни в навколишньому середовищі, наприклад втрата важливої в житті дитини людини, може привести до відсутності доступу до винагороди. По-третє, у дитини можуть бути відсутні навички, необхідні

для створення міжособистісних взаємин, які приносять винагороду і задоволення.

Когнітивні теорії фокусують увагу на зв'язку між негативним мисленням і настроєм. У їх основі лежить припущення того, що ставлення до самої себе і навколишнього світу буде впливати на настрій і поведінку дитини.

Нейробіологічні концепції дитячої та підліткової депресії приділяють увагу ролі генетичної схильності і нейробіологічних процесів. Поява депресії у дітей реалізується в умовах дисбалансу нейромедіаторних систем. Різноманіття більшості клінічних варіантів депресії у дітей залежить від концепції «низького мелатоніну». Іншими словами, депресивні розлади будуть проявлятися, якщо рівень мелатоніну виявиться заниженим. А те, наскільки він буде низький, визначатиме тип депресії. Щодо випадків соматизації депресивного радикалу, вони навпаки зумовлюються перевагою високих рівнів мелатоніну.

Міжособистісні концепції розглядають розриви у взаєминах між людьми як головний причинний фактор виникнення і збереження депресивного стану. Концепції соціального оточення досліджують взаємозв'язок життєвих обставин, що призводять до стресу і депресії. Деякими життєвими факторами, пов'язаними з виникненням депресивного розладу, є: низький соціальний статус сім'ї, відсутність одного з батьків, багатодітна родина, недостатня соціальна підтримка та ін.

У даний час депресія визначається як хворобливий стан із характерним почуттям туги, пригніченості, відчаю, з розумовою і рухливою загальмованістю. Згідно МКХ-10, депресія розглядається переважно з позиції «розладів настрою» [5]. Діагноз «депресія» може бути поставлений при наявності певних симптомів, які умовно можна поділити на основні та додаткові. До перших відносяться знижений настрій протягом більшої частини дня; втрата інтересів і здатності отримувати задоволення від того, що раніше радувало; наявність почуття втрати (зниження) енергії і підвищена стомлюваність. До другої групи симптомів відносять: зниження концентрації уваги; зниження самооцінки; ідеї самознищення і винності; порушення сну будь-якого типу; зниження апетиту, зменшення маси тіла; суїцидальні тенденції.

Слід зауважити, що у дітей даний розлад проявляється дещо інакше. Це пов'язано, перш за все, із неможливістю дитини в повній мірі зрозуміти та проявити власні емоції та переживання. Унаслідок цього найчастіше

батьки та вихователі не надають значення змінам настрою та поведінки дітей, вважаючи, що це звичайний прояв дитячих капризів.

Більшість дослідників [1, 2, 4] схильні виокремлювати низку показників депресії, та вказують на те, що дитячу депресію розпізнати зовсім нескладно. Найчастіше вона виявляється в поступово наростаючій моторній млявості, у дитини знижуються емоційні прояви, з'являється безпричинне тривале скиглення, невмотивований плач. Навіть задоволення її бажань не призводить до припинення такого стану.

При депресії у дітей переважає знижений настрій, спостерігається помітне падіння активності в мовленнєвій і / або моторній сфері. Зазвичай порушується сон і апетит. Відзначається відсутність інтересу до ігор, у які дитина раніше грала, небажання ходити на прогулянки. Можливі прояви агресії, раптові напади печалі, почуття непотрібності, неповноцінності, що може виявлятися в таких висловлюваннях, наприклад, як «мама мене не любить, бо я поганий / некрасивий», замкненість. У депресивних дітей зростає цікавість до неживих предметів на противагу тому, що інтерес до взаємодії з дітьми та дорослими суттєво знижується навіть до повної відсутності. Найчастіше такими предметами виступають іграшки, рідше – предмети побуту або природи. Дитина може розповідати їм про свій стан, або ж асоціювати себе з неживими предметами і самотійно програвати сюжетні ігри з ними. До речі, це є досить показовим критерієм для правильної діагностики дитячої депресії. Вираз на обличчі депресивної дитини практично незмінний, на ньому ніби застигла маска байдужості або печалі.

У дітей, які знаходяться в стані депресії, відмічається поява болю різної локалізації. Розпізнати наявність таких больових відчуттів у дитини просто – вони не прибираються анальгетиками. До психосоматичних проявів депресії можуть відноситися також енурез, закрепи, тіки, нав'язливості і будь-яка нетипова поведінка у дитини. Характерною ознакою є затримка мовлення та росту. У дітей, які знаходяться у депресивному стані, може спостерігатися гіперестезія. Вони не переносять гучного шуму і різких звуків, дитині постійно заважає комір, светр або шапка. У ряді випадків у депресивної дитини спостерігається регрес: смоктання пальців, елективний мутизм (виборче неговоріння) тощо.

Однією за найефективніших форм терапії цього розладу є фізична активність, що може проявлятися у тривалих прогулянках, заняттях спортом і т.д. Позитивний ефект має також застосування фахівцями низки психотерапевтичних методів – ігрова, групова і сімейна терапія. Основна

мета психотерапії – підвищення самооцінки дитини, розвиток у неї здатності до вираження почуттів, до активного впливу на різні ситуації, що склалися, до пристосування до соціальних відносин. При виборі методу психотерапії враховується вік дитини, рівень її психічного розвитку, особистісні властивості, наявність педагогічної занедбаності, наявність дезадаптації, рівень соціалізації особистості, а також умови соціальної ситуації розвитку, характер дитячо-батьківських взаємовідносин. У важких клінічних випадках психотерапевтичні заходи зазвичай доповнюються медикаментозним лікуванням [6].

Зниження у дитини інтересу до навколишнього світу, як правило, не завжди вчасно помічається батьками та вихователями. У більшості випадків депресивна дитина тиха, спокійна, не бігає, не кричить, і це сприймається батьками як норма, а оточуючими як «ідеальна та вихована дитина». Нажаль несвоєчасне виявлення даного розладу може мати серйозні наслідки, які суттєво перешкоджають процесу подальшого фізичного та психічного розвитку дитини. Саме тому, важливим є своєчасна організація кваліфікованої психологічної допомоги, яка має бути спрямована на корекцію емоційного стану дитини.

Таким чином, знання основних симптомів дитячої депресії та вміння своєчасно відрізнити їх від звичайної млявості чи втоми є надзвичайно актуальним, оскільки це дає можливість швидко та вчасно надати кваліфіковану допомогу, що безумовно сприятиме не тільки зміцненню та збереженню психічного здоров'я дитини, але й її подальшому благополучному розвитку.

Література

1. Андраханова Н. Детская депрессия. В17. ru – сайт психологов. 2018. URL: <https://www.b17.ru/article/103142/> (дата обращения: 20.10.2019)
2. Ибраева Н. Как распознать детскую депрессию. В17. ru – сайт психологов. 2018. URL: <https://www.b17.ru/article/65616/> (дата обращения: 21.10.2019)
3. Киселева М. Г. Депрессия у детей младенческого и раннего возраста. Национальный психологический журнал. 2017. №4 (28). С. 95-104
4. Князева Л. РДА – Расстройства привязанности – Депрессия у детей до трех лет. В17. ru – сайт психологов. 2018. URL: <https://www.b17.ru/article/110299/> (дата обращения: 21.10.2019)

5. Ковров Г. В., Лебедев М. А., Палатов С. Ю. Депрессия в общей практике. Российский Медицинский журнал. Т. 18. № 6. 2010. С. 1-5
6. Костик Л. Депрессии у детей и подростков. Социальная сеть работников образования «Наша сеть». 2018. URL: <https://nsportal.ru/nachalnaya-shkola/psikhologiya/2018/05/07/depressii-u-detey-i-podrostkov> (дата обращения 27.10.2019)
7. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК. 2003. 511 с.

ДО ПРОБЛЕМИ ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

О. І. Мохній,
*магістрант спеціальності «Психологія»,
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Хворі, які мають діагноз ВІЛ, відносяться до особливої категорії осіб, оскільки опинившись під впливом такого сильного стресового фактору, як позитивна відповідь на ВІЛ статус, вони часто замикаються в собі і свідомо обмежують своє спілкування, сприймаючи інших людей навколо себе як ворожих. Слід зазначити, що у більшості випадків ВІЛ-інфіковані на перших порах після виявлення захворювання залишаються один на один зі своїми переживаннями, оскільки страх розголошення діагнозу, страх бути відкинутим виступає суттєвим психологічним бар'єром для підтримки взаємодії з іншими, встановлення довіри до оточуючих. Така ситуація значно збільшує ризик для переживання ВІЛ-інфікованими стану самотності.

Мета статті – проаналізувати особливості переживання самотності у ВІЛ-інфікованих.

Аналіз наукової літератури показав, що під станом самотності прийнято розуміти переживання людиною втрати внутрішньої цілісності і зовнішньої гармонії зі світом, виражене порушенням гармонії між бажаною і досягнутою якістю соціального спілкування [2, с. 93]. Для розуміння феномену самотності необхідно розрізняти болісне переживання самотності як відокремленості, ізольованості від людей і переживання,