


МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціально-гуманітарних технологій та менеджменту
Кафедра психології, педагогіки та соціології

Затверджено
Вченою радою факультету
соціально-гуманітарних технологій
та менеджменту
протокол від 08.06.2023 №14

Голова вченої ради  Н.І. Зикун

Конспект лекцій

навчальної дисципліни

«Діагностика та корекція девіантної поведінки»

для підготовки здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня

денної та заочної форми навчання

галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

спеціальності 053 «Психологія»

освітньо-професійна програма «Психологія»

Статус дисципліни: обов'язкова

Ірпінь 2023

Конспект лекцій навчальної дисципліни «Діагностика та корекція девіантної поведінки» складений на основі робочої програми навчальної дисципліни, затвердженої Вченою радою Університету ДПУ від 18.05.2023, протокол №7

Укладач



Л.М. Клевець, к. псих. н., доцент кафедри психології, педагогіки та соціології

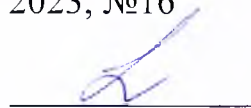
Гарант освітньої-професійної програми



О.Г. Льовкіна, д.філос.н., професор

Розглянуто і схвалено кафедрою психології, педагогіки та соціології протокол від «7» червня 2023, №16

Завідувач кафедри



І.О. Петухова, к.пед.н., доцент

Реєстраційний № _____

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	4
Лекція 1. Предмет вивчення девіантної поведінки	4
Лекція 2. Класифікація типів девіантної поведінки	16
Лекція 3. Детермінанти девіантної поведінки особистості.....	25
Лекція 4. Форми вияву девіантної поведінки.....	32
Тема 5. Надцінні захоплення та пато-характерологічні реакції.....	40
РОЗДІЛ 2.ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ВИДІВ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ. ПРОФІЛАКТИКА. ПСИХОКОРЕКЦІЯ.	47
Тема 6. Агресивна поведінка.....	47
Лекція 7. Адиктивна поведінка особистості. Алкогольна адикція	58
Лекція 8. Психологічна діагностика особистості з девіаціями поведінки	80
Лекція 9. Профілактика девіантної поведінки особистості.....	90
Лекція 10.Психологічна корекція девіантної поведінки.....	94
Лекція 11. Психологічне консультування, психотерапія девіантної поведінки	101
Література.....	119

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

Тема 1. Предмет вивчення девіантної поведінки

Мета. Вивченню підлягають поняття «девіантність» та «девіація», які пов'язують з іменем французького соціолога Еміля Дюркгейма (1998). Довести, що важливе місце у дослідженні девіантності посідали питання злочинності. З'ясувати, що у зовнішньому плані поведінка виявляється в системі послідовних дій, спрямованих на безпосередній практичний контакт організму з предметами оточення і основою певної поведінки живих організмів є їх *актуальні потреби*.

Ключові слова: *девіація, правові норми поведінки, психогенез відхилень, психологічне здоров'я.*

Вступ. Психологія девіантної поведінки – це міждисциплінарна галузь наукового знання, що вивчає механізми виникнення, формування динаміки і відхилень від норм поведінки, а також способи і методи їх корекції і терапії. Ця дисципліна є на стику клінічної психології та психіатрії. Саме тому вона потребує знань і навиків у цих галузях.

План

1. Психологія девіантної поведінки як галузь наукового знання.
2. Предмет вивчення психології девіантної поведінки
3. Правові норми, їх види.
4. Форми порушення соціалізації особистості
5. Причини (психогенез) психогенез відхилень форм поведінки
6. Психологічне здоров'я: рівні, підходи.

Висновок

1. Психологія девіантної поведінки як галузь наукового знання

Девіантологічне знання виникло як спеціальна теорія в межах соціології на початку ХХ століття. Визначення поняття «девіантна поведінка» неможливе без розгляду сутності й ролі соціальних норм поведінки людини. Психологічна енциклопедія (2006) визначає поведінку як активність живих організмів,

спрямовану на пристосування до навколишнього середовища і задоволення наявних потреб.

Поведінка девіантна (лат. *deviatio* – відхилення) – дії людини (девіанта), які порушують офіційно встановлені в суспільстві чи неофіційні в певній соціальній групі моральні та правові норми, що призводять до її покарання, ізоляції, виправлення або лікування (Психологічна енциклопедія, 2006).

Діагностика девіантної поведінки часто ускладнена причинами радше суб'єктивними, ніж об'єктивними, що бажання визнати відхилення будь-якої поведінки призводить до ігнорування основного принципу діагностики девіантної поведінки, яка реально спрямована на врахування реальності, навколишньої дійсності. Девіантна поведінка – це не просто поведінка, яка відрізняється від норм чи прийнятих у суспільстві стандартів, але і така, що не задовольняє соціальні очікування. Соціальні очікування – обумовлені поняттям соціального положення людини, етнічної та культурної приналежності, вікового діапазону, статі, професії т. д.

Девіантна поведінка (відхилення поведінки) — поведінка індивіда або групи, яка не відповідає загальноприйнятим нормам, внаслідок чого відбувається порушення цих норм. Проблема девіантної поведінки та її корекції завжди була важливою у педагогіці, психології, кримінології, останнім часом вона набуває масового характеру. Як вже зазначалося вище, девіантна поведінка це відхилення поведінки, яка поділяється на певні види. В науковій літературі, найбільш поширеним є *розподіл відхилень на різні види* в залежності від типу норми, що порушується (право, мораль, правила організації та ін.). При цьому *негативні відхилення* поділяються на *злочини*, інші правопорушення (адміністративні, цивільні, трудові, земельні й ін.), аморальні вчинки тощо. Практичне значення даної класифікації пов'язане з тим, що від неї залежить особливість застосовуваних санкцій, а також процедур виявлення і покарання винних. За характером норм, що порушуються, виділяють *соціальні відхилення у місцевому, регіональному, національному і міжнародному масштабах*.

Існує класифікація девіацій, в залежності від елементів їхньої внутрішньої структури, а саме, суб'єкт, об'єкт, об'єктивна і суб'єктивна сторони. Відтак:

- за *суб'єктом поведінки виділяють* поведінку окремих громадян, посадових осіб; діяльність трудових колективів і їхніх органів, а також неформальних соціальних груп;

- за *об'єктом поведінки*, що відхиляється, її можна, **по-перше**, віднести до різних сфер суспільного життя (економіка, суспільно-політична діяльність, культура, побут); **по-друге**, розглядати під кутом зору різної соціальної спрямованості (проти інтересів особистості, соціальної чи групи суспільства в цілому); **по-третє**, можуть бути виявлені конкретні цінності й інтереси, що виступають як безпосередні об'єкти правопорушень чи аморальних вчинків (життя, здоров'я, честь і гідність особи, майно, суспільний порядок);

- за *об'єктивною стороною* можна виділити соціальні відхилення, вчинені шляхом дії або бездіяльності; вчинені одноразово або тривалі в часі; вчинені в тих чи інших умовах місця і часу;

- за *суб'єктивною стороною* девіантна поведінка характеризується різною мотивацією, цілями, різним ступенем передбачення і бажання можливих наслідків. Переважна частка соціально-негативних дій вчиняється навмисне, хоча їхні результати суб'єкти передбачають далеко не повною мірою. Згідно ще одній *класифікації, що визначається суб'єктивною стороною девіацій*, вони поділяються на **дві групи**:

а) девіантна поведінка, орієнтована на зовнішнє середовище (*екстравертивна*)

- вона може бути цільовою, заздалегідь запланованою (корисливі та інші цілеспрямовані протиправні діяння й аморальні вчинки) або афективною (насильницькі злочини, сварки в родині);

б) девіантна поведінка, орієнтована суб'єктом на самого себе (*інтровертивна*)

- пияцтво й алкоголізм, наркоманія, самогубство та ін.

Дослідження соціологів кінця XIX - початку XX ст. встановили зв'язок між девіантною поведінкою і соціальними умовами існування людей. Статистичний аналіз різних аномальних проявів (злочинності, самогубств, проституції), проведений Ж. Кетле та Е. Дюркгеймом, показав, що число аномалій кожен раз неминуче зростало в періоди війн, економічних криз, соціальних потрясінь, що спростовувало **теорію "вродженого"** злочинця і *свідчило про соціальні корені цього явища*.

2. Предмет вивчення психології девіантної поведінки

Предметом вивчення психології девіантної поведінки є відхилення від різноманітних норм ситуаційних реакцій, психічних станів, а також форм розвитку особистості, що призводять до дезадаптації людини в суспільстві, або порушення самоактуалізації та прийняття себе в силу вироблених неадекватних патернів поведінки. У науковій літературі існують різні способи визначення норми. **Норма** – це явище групової свідомості у вигляді розділених групою уявлень із вимогами членів групи до загальної поведінки із врахуванням їх соціальних ролей, які створюють оптимальні умови побуту, з якими ці норми взаємодіють, і відтворюючи формують його (К. К. Платонов, 1986). Відповідно до цього визначення виокремлюють такі норми: – **правові**; – **моральні**; – **естетичні**. Науковець вважає таку поведінку нормальною, вона відповідає соціально прийнятим моральним нормам: справжня діагностика як психічних відхилень, так і індивідуально-психологічних особливостей людини в обов'язковому порядку повинна поєднувати діагностику у вузькому розумінні терміну і безпосереднє обстеження психологом клієнта (пацієнта), тобто інтерв'ювання.

В даний час діагностичний процес повністю відданий на відкуп лікарям-психіатрам. Це не можна визнати справедливим, оскільки лікар, в першу чергу, націлений на пошук симптому, а не на власне диференціацію симптому і феномена. Саме в силу перерахованих особливостей можна вважати обґрунтованим залучення клінічного психолога до діагностичного процесу в формі інтерв'ювання за оцінкою психічного стану піддослідних.

3. Правові норми, їх види.

Правові норми регламентовані законом, порушення яких передбачає покарання.

Моральні та естетичні – не регламентовані законом, саме тому про їх порушення можна говорити тільки, як про суспільний осуд. У першому випадку говорять, що людина поступає не згідно з законом, в другому – не «по-людськи».

Крім того, виокремлюють і **норми психологічного комфортного самопочуття** (переживання), рефлексії, задоволеності собою, порушення яких може призводити до емоційного дискомфорту і вияву психологічних комплексів. Кожен індивід свідомо бере на себе відповідальність за дотримання «писаних»

законів, які передбачають збереження прав і свобод людей, котрі його оточують, а також «неписаних» норм – традицій і стереотипів поведінки, прийнятих у тому чи іншому мікросоціальному середовищі.

Девіантною поведінкою вважається така, за якої спостерігається відхилення хоч би від однієї із суспільних норм. Поширеним є застосування статистичного критерію, який дає змогу визначити норму для будь-якого явища за допомогою становлення його частотності. Згідно з таким визначенням, нормою вважається те, що трапляється не менш як у 50% випадків.

Провідним показником **нормальності** поведінки, згідно із соціально-нормативним критерієм, є рівень соціальної адаптації особистості. Нормальна, успішна адаптація характеризується оптимальною рівновагою між цінностями, особливостями індивіда й правилами, вимогами його соціального середовища. Соціалізація, тобто процес входження у соціальне середовище, охоплює засвоєння мови, норм поведінки, моральних цінностей – загалом усього того, що становить культуру суспільства. Цей процес відбувається паралельно з онтогенезом, тобто доросла людина вже є соціалізованою. Повторна соціалізація дорослої людини відбувається лише в тому разі, якщо вона потрапляє в нове соціальне середовище (наприклад, міграція в країну, де мова та культура зовсім інші).

Процес входження дитини в соціальне середовище під керівництвом дорослої людини називається вихованням. **Виховання** є комплексом впливів, що забезпечують соціалізацію індивіда. Дорослий має передати дитині ті моральні цінності й норми поведінки, які відповідають вимогам суспільства. Якщо ж дитина не засвоює позитивного соціального досвіду, не може адаптуватись до зразків поведінки та вимог вихователя (який у цій ситуації уособлює для дитини соціум загалом), то процес соціалізації порушується, а поведінка дитини стає соціально дезадаптованою.

4. Форми порушення соціалізації особистості

Формами порушення соціалізації особистості (О. В. Змановська, 2010) є: **дезадаптація** (соціальна), **деіндивідуалізація** (конформізм), **дезінтеграція** (дисоціація), **десоціалізація**.

Під час вивчення девіантної поведінки варто розглянути явище соціальної дезадаптації. **Дезадаптація** – це небажання визнавати або невміння виконувати

вимоги соціального середовища, а також реалізувати свою індивідуальність у конкретних соціальних умовах. Загальні прояви соціальної дезадаптації у дітей та дорослих (Максимова Н. Ю., 2011): -постійна неуспішність у навчанні або нездатність заробляти власною працею;

-виражена неуспішність у життєво важливих сферах спілкування (у сім'ї, навчальній або виробничій групі, міжособистісних стосунках);

-порушення моральних і правових норм;

-ізоляція від оточення у поєднанні з ворожим ставленням до нього.

Форма соціальної дезадаптації та ступінь її вираженості є визначальними характеристиками девіантної поведінки. Норми (соціальні) є інструментом цілепокладання, проектування управлінських і виховних рішень. Так же природньо вони стають інструментом прогнозування, стимулювання творчої та соціальної активності людини, а також соціального контролю і корекції поведінки, що відхиляється від норми.

Девіантна поведінка певної особи несе загрозу іншим людям, порушуючи баланс стосунків у суспільстві. Вона буває руйнівною – деструктивною або аутодеструктивною, залежно від спрямованості. Водночас треба зважати на те, що самі соціальні норми старіють, а отже, не відповідають новим реаліям життя. У цьому разі порушення соціальних норм буде поштовхом до позитивних зрушень. Тому відхилення від соціальних норм можуть бути не тільки негативними, а й позитивними, якщо стимулюють її позитивний розвиток.

Для психології девіантної поведінки важливим є питання про механізми впливу соціальних норм на особистість. Згідно із загальними психологічними уявленнями, норми відображені в індивідуальній свідомості у формі соціально-психологічних установок. Установка як готовність, схильність суб'єкта сприймати чи діяти певним чином має різні форми (Д. Н. Узнадзе, 1997). Соціальна установка (атитюд) (У. Томас, Ф. Знанецькі) має три компоненти:

- когнітивний (уявлення, знання про об'єкт чи явище);

- афективний (емоційно-оцінкове ставлення до об'єкта);

- поведінковий (готовність особистості реалізувати певну поведінку стосовно об'єкта).

Соціальні установки переживаються людиною як особистісне ставлення до чого-небудь, як значення об'єкта чи явища для певної особистості, її особистісний сенс. Вони формують готовність людини до певного виду соціальної поведінки. Психологія девіантної (відхилення) поведінки в цьому контексті свого вивчення є типовим прикладом наукової галузі, в якій знання, отримані вченими різних спеціальностей, до нині ще не зумовили становлення окремої наукової дисципліни. Причиною цього є зіткнення ортодоксально психологічних і ортодоксально психіатричних поглядів на відхилення від норм поведінки. Саме тому не риторичним постає питання, чи варто відносити девіації поведінки до патологій (тобто до ознак психічних розладів і захворювань, що позначають як симптоми, синдроми), або їх потрібно визначити крайніми варіантами норми.

5. Причини (психогенез) відхилень від форм поведінки

Причинами (психогенезу) відхилень від форм поведінки, насамперед є - порушення мозкової діяльності, навиків адаптивної поведінки або соціальних очікувань, психофармакологічна терапія або психологічна корекція. Можна стверджувати, що психологія девіантної поведінки входить у спектр дисциплін, на одному з полюсів якого розміщена *психіатрія* (психопатологія і патопсихологія), на іншому – *загальна психологія*.

Принципова **відмінність** між дисциплінами полягає в підходах до діагностики і терапії девіацій поведінки. Необхідно визнати той факт, що ймовірність виявлення психопатологічної симптоматики тобто поведінкові відхилення вищі від представників психіатричної, а не психологічної спільноти. Це пов'язано не тільки з глибинними знаннями психіатра в галузі психопатології, скільки з його гіпердіагностичною парадигмою. Отже, один і той же поведінковий феномен може трактуватися спеціалістами і як психопатологічний симптом, так і психологічний феномен.

СХЕМА ПОЛОЖЕННЯ: психологія -психіатрія -девіантна поведінка- клінічна психологія – психологія.

Проміжне положення в наведеній схемі займають клінічна психологія та психологія девіантної поведінки. Щоб зрозуміти і уточнити термін «девіація поведінки» та саме *поняття* про **патологію** і **девіацію поведінки** особистості - важливо його співвіднести із *поняттям патології поведінки*.

Термін *«поведінкова патологія»* розкриває наявність у поведінці людини таких ознак, як:

- схильність до дезадаптації;
- тотальність;
- стабільність.

Схильність до дезадаптації передбачає існування патернів поведінки людини, що не спонукають до повноцінної адаптації її в суспільстві, і проявляються у вигляді конфліктності, незадоволення у взаємодії з іншими людьми, в протистоянні реальності, соціально-психологічній ізоляції. Крім адаптації, спрямованої назовні (міжособистісна дезадаптація), існує внутрішньоособистісна дезадаптація, за якої поведінка людини відображає незадоволеність собою.

Ознака тотальності вказує на те, що патологічно поведінкові стереотипи сприяють дезадаптації в більшості ситуацій, в які потрапляє людина.

Стабільність відображає тривалість вияву дезадаптивних якостей поведінки, а не їх ситуативність. Поведінкова (психічна) патологія може бути спричинена психопатологічними виявами (симптомами і синдромами), а також базуватися на патології характеру, сформованого під час соціалізації. Широка галузь наукового знання охоплює аномальну, відхиляючу, ненормативну, девіантну поведінку людини. Існує уявлення про те, що девіантні форми поведінки – це перехідні, нерозгорнуті варіанти поведінкової психічної патології.

Основним принципом її діагностики є, з одного боку, відсутність якостей поведінкової норми, з іншого – відсутність психопатологічних симптомів.

Однак більш адекватним є визначення як девіантного будь-якого відхилення від норми поведінкового стереотипу (без ознак як психічної патології, так і психічних розладів і захворювань).

В **основі поведінки** індивіда як адаптивної істоти, незалежно від національності, віросповідання та місця проживання, є поняття «психологічна культура», «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я» (Ю. Е. Альошина, 2000). Для того, щоб підтримувати своє психічне здоров'я на нормальному рівні, необхідно володіти психологічною культурою. Поняття психологічна культура охоплює: «турботу про своє психічне здоров'я, вміння виходити із психологічних криз самостійно і допомагати близьким людям.

Основу психологічної культури становлять: самопізнання, самооцінка, прагнення до пізнання інших людей, вміння управляти своєю поведінкою, емоціями під час спілкування. Всі ці компоненти є в структурі здорової особистості, тобто людини, яка володіє психічним та психологічним здоров'ям. Умовою психічного здоров'я є психологічне здоров'я, що виявляється в благополуччі, яке відчувається людиною на всіх рівнях (фізичному, психічному, духовному, соціальному).

6. Психологічне здоров'я: рівні, підходи

Психологічне здоров'я – це «динамічна сукупність психічних властивостей індивіда, що забезпечують гармонію між потребами індивіда і суспільства, що є передумовою орієнтації особистості на виконання свого життєвого завдання». (Психологічна енциклопедія, 2006). Психічне здоров'я – це стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну умовам дійсності регуляцію поведінки і діяльності. (Словник психологічних термінів, Головін, 1998).

Пристосування обирає гармонійна людина. Така людина може обирати і спосіб втечі від реальності, коли реальність може бути негармонійною, наприклад: добровільне пристосування до умов авторитарного режиму. Це пов'язано з тим, що реальність, також як і окремий індивід може носити негармонійний характер. Наприклад добровільне пристосування до умов авторитарного режиму, поділ його цінностей і вибір відповідної поведінки не можна розглядати як гармонійне. Поділ його цінностей і вибір відповідної поведінки не можуть розглядатись як гармонійні. Л. О. Запорожець зазначає, що **нормою** потрібно вважати не статистично середню особистість, а таку, яка в найбільш яскравій формі втілює сутнісні характеристики людини. Такий варіант взаємодії з реальністю рідкість, трапляється у не великої кількості підвищено обдарованих, талановитих людей з гіперздібностями в якійсь одній сфері. Щоб оцінити типи девіантної поведінки, треба знати, від яких норм суспільства вони можуть відхилятися. Норми бувають – правові, моральні, естетичні, сексуальної поведінки.

Можна виокремити такі **рівні психічного здоров'я**: *креативний, адаптивний, дезадаптивний.*

Креативний рівень психічного здоров'я: стійкість до впливів середовища, активне творче ставлення до дійсності, усвідомленість і цілеспрямованість зусиль, які докладаються.

Адаптивний рівень психічного здоров'я: адаптованість до соціуму супроводжується підвищеним рівнем тривожності.

Дезадаптивний рівень психічного здоров'я: внутрішні проблеми не вирішуються. Порушений баланс між внутрішнім світом і зовнішнім намагаються відновити за допомогою асимілятивного стилю поведінки (пристосування на шкоду своїм інтересам) чи акомодативного (агресивно-наступального, пристосування на шкоду інтересів інших).

Підходи до оцінки поведінкової норми, патології, девіацій В. Д. Менделевич (2005) визначає декілька підходів до оцінки поведінкової норми, патології і девіацій: *соціальний, психологічний, психіатричний, етнокультурний, віковий, гендерний, професійний, феноменологічний.*

Соціальний підхід ґрунтується на уявленні про суспільну небезпеку або безпеку поведінки людини. Відповідно до нього, до девіантного слід відносити будь-яку поведінку, яка явно або потенційно є небезпечною для суспільства, оточуючих. Акцентуємо на соціально схвалюваних стандартах поведінки, безконфліктності, конформізмі, підкоренні особистих інтересів суспільним. Під час аналізу поведінки, що відхиляється, соціальний підхід орієнтований на зовнішні форми адаптації та ігнорує індивідуально-особову гармонійність, пристосованість до самого себе, схвалення себе і відсутність психологічних комплексів і внутрішньособистісних конфліктів.

Психологічний підхід, на відміну від соціального, розглядає девіантну поведінку у зв'язку з внутрішньособистісним конфліктом, деструкцією і саморуйнуванням особистості. Мається на увазі той факт, що суттю девіантної поведінки слід вважати блокування особистісного зростання і навіть деградацію особистості, що і є наслідком, а іноді й метою поведінки, що відхиляється. Девіант, відповідно до цього підходу, усвідомлено або неусвідомлено прагне руйнувати власну самоцінність, позбавити себе унікальності, не дозволити собі реалізувати наявні задатки.

У межах **психіатричного** підходу девіантні форми поведінки розглядаються як преморбідні (до хвороби) характерні особистості, які сприяють формуванню тих або інших психічних розладів і захворювань. Під девіаціями часто розуміють характеристики особистості, що не досягли патологічної вираженості через різні причини відхилення поведінки, тобто ті «як би психічні розлади» (донозологічні), які не повною мірою відповідають загальноприйнятим критеріям діагностики симптомів або синдромів. Незважаючи на те, що ці відхилення і не досягли психопатологічних якостей, вони все ж таки позначаються терміном «розлад».

Етнокультурний підхід має на увазі той факт, що девіації необхідно розглядати крізь призму традицій того або іншого співтовариства. Вважається, що норми поведінки, прийняті в одній етнокультурній групі або соціокультурному середовищі, можуть суттєво відрізнятись від норм (традицій) інших груп. Унаслідок цього істотним визнається облік етнічних, національних, расових, конфесійних особливостей людини. Передбачається, що діагностика поведінки людини як такої, що відхиляється, можлива лише у разі, якщо така поведінка не узгоджується з нормами, прийнятими в мікросоціумі, або людина демонструє поведінкову ригідність (негнучкість) і нездатність до адаптації в нових етнокультурних умовах (наприклад, у разі міграції).

Віковий підхід розглядає девіації поведінки з позиції вікових особливостей і норм. Поведінка, не відповідна віковим шаблонам і традиціям, може бути визнана тою, що відхиляється. Це можуть бути і кількісні (гротескові) відхилення, відставання (ретардація) або випередження (прискорення) вікових поведінкових норм, і їх якісні інверсії.

Гендерний підхід виходить з уявлення про традиційні статеві стереотипи поведінки, що відповідають чоловічому і жіночому стилю поведінки. Девіантною поведінкою в межах цього підходу може вважатися гіперрольова поведінка й інверсія шаблонів гендерного стилю. До гендерних девіацій можуть належати і психосексуальні девіації у вигляді зміни сексуальних переваг і орієнтації.

Професійний підхід в оцінці поведінкової норми і девіацій ґрунтується на уявленні про існування професійних і корпоративних стилів поведінки і традицій. Мається на увазі те, що професійне співтовариство диктує своїм членам вироблення

строго визначених патернів поведінки і реагування в тих чи інших ситуаціях. Невідповідність цим вимогам дозволяє відносити таку людину до девіантів.

Перелічені підходи до оцінки поведінкової норми, патології та девіацій поза сумнівом доповнюють і збагачують діагностичний процес, дозволяючи здійснювати його з феноменологічних позицій і, зважаючи на всі аспекти проблеми.

Феноменологічний підхід до оцінки поведінкової норми, патології та девіацій, на відміну від соціального, психологічного або психіатричного, дозволяє враховувати всі відхилення від норми (соціально небезпечні або, які сприяють саморуйнуванню особи). Використовуючи його, можна діагностувати і нейтральні з погляду суспільної моралі та права поведінкові відхилення (наприклад, аутистична поведінка), і навіть позитивно забарвлені девіації (наприклад, трудоголізм). Крім того, феноменологічна парадигма дозволяє вбачати за кожним із цих відхилень у поведінці механізми психогенезу, що дозволяє надалі вибрати адекватну й ефективну тактику корекції поведінки. Так, трудоголізм як поведінкова девіація може бути розглянутий і тлумачитись як адикція, сформована на базі прагнення до відходу від реальності шляхом фіксації уваги на строго певному виді діяльності, і як вияв психопатологічних характеристик, наприклад, в межах маніакального синдрому. Лише феноменологічний підхід здатний неупереджено й об'єктивно проаналізувати поведінку, що відхиляється, і сприяти розумінню сутнісних мотивів поведінки людини.

Висновок Отже, девіантну поведінку людини можна визначити як систему вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийнятим у суспільстві нормам, які виявляються в незбалансованості психічних процесів, неадаптивності, порушенні процесу самоактуалізації й ухиленні від морального та естетичного контролю над власною поведінкою. Предметом вивчення психології девіантної поведінки є відхилення від різноманітних норм ситуаційних реакцій, психічних станів, а також форм розвитку особистості, що призводять до дезадаптації людини в суспільстві, або порушення самоактуалізації і прийняття себе в силу вироблених неадекватних патернів поведінки. Девіантна поведінка – це система вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийняттю у суспільстві нормативам і проявляються у вигляді: незбалансованості психічних процесів; не адаптивності, порушення процесу самоактуалізації, у вигляді ухилення від морального та естетичного контролю за

власною поведінкою. Для того, щоб оцінити девіантну поведінку людини, необхідно проаналізувати її взаємодію з реальністю, оскільки головний принцип (адаптивність) виходить з пристосування до чогось чи когось, тобто реального оточення.

Питання до теми

1. Загальні уявлення про психологію девіантної поведінки.
2. Сучасний стан поширення в Україні девіантної поведінки.
3. Поняття соціальної норми та її відносність.
4. Порівняльний аналіз норми, патології та девіацій.
5. Підходи до оцінки поведінкової норми, патології та девіацій за В. Д. Менделевичем.
6. Характеристика понять «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я», «психологічна культура».
7. Рівні психічного здоров'я та їх діагностичні ознаки.
8. Форми порушення соціалізації.
9. Характеристика поняття "девіантної поведінки".
10. На основі чого оцінюють поведінку.
11. Опишіть способи взаємодії індивіда з реальністю.
12. Дайте визначення нормальної поведінки.
13. Причини виникнення девіантної поведінки.
14. Опишіть підходи до оцінки поведінкової норми, патології, девіацій за В. Д.

Менделевич

Рекомендована література:

Основна: [1,3]

Допоміжна: [1,3,4]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання [5]

Тема 2. Класифікація типів девіантної поведінки.

Мета. Вивченню підлягають причини, що викликають делінквенти та умови, які сприяють їх поширенню в молодіжному середовищі, а також індивідуальні особливості особистості делінквента, тобто "правопорушника", специфіку його

соціалізації, делінквентні субкультури, питання профілактики та попередження правопорушень і ряд інших проблем.

Ключові слова: *делінквентна поведінка, аддиктивна поведінка, патохарактерологічна поведінка, психопатологічна поведінка, поведінка на базі гіперздібностей, емоційної нечутливості (стагнації).*

Вступ. Широка область наукового знання охоплює аномальну, девіантну поведінку людини. Аномалії і проступки, гуртуються на змінах, відхиленнях і порушенні. Особливо пильний інтерес у наукових дослідженнях приділяється підліткової делінквентності.

План.

1. Делінквентна поведінка.
2. Патохарактерологічна поведінка.
3. Психопатологічна поведінка.
4. Поведінка на базі гіперздібностей
5. Гендерні аспекти девіантної поведінки особистості

Висновок.

1. Делінквентна поведінка

Делінквентна поведінка - асоціальна, протиправна поведінка людини. Проявляється у вчинках (діях або бездіяльності), що завдають шкоди як окремим людям, так і суспільству в цілому. Зростання числа проступків, скоєних молодими людьми у неповнолітньому віці, збільшення питомої ваги тяжких насильницьких злочинів у їх складі являють собою загрозу суспільству. Заподіяння шкоди делінквентом пов'язане з посяганням на особу, її права і свободи, власність, права юридичних осіб, інші громадські та державні інтереси, а також встановлений державою правопорядок. Різні види делінквентної поведінки піддаються не тільки соціального осуду. **Делінквентна** поведінка, яка у крайніх своїх проявах є діями, що тягнуть за собою кримінальне покарання, характерна для людей:

- з нестійким внутрішнім світом; людина здійснює злочин під впливом обставин, що склалися, чи оточуючих осіб;-з високим рівнем правосвідомості, але пасивним ставленням до інших порушень правових норм;

- можуть лише випадково вчинити злочин.

У цих людей у межах вольової свідомості дії в силу індивідуально-психологічних особливостей *порушується чи блокується процес передбачення майбутнього результату делікту (проступку)* – не має істотної суспільної небезпеки. У таких людей сила спонукального мотиву *гальмує аналіз негативних його наслідків*. Часто делінквентні дії опосередковуються ситуаційно-імпульсивними чи афективними мотивами. Ці мотиви реалізуються без етапу попереднього планування і вибору адекватних об'єктів, цілей, способів і програми дії для задоволення актуальної потреби.

Делінквентна поведінка може проявитися в бешкетництві і бажанні порозважатись (наприклад, підліток з цікавості і за компанію може кидати з балкону важкі предмети чи їжу в перехожих, отримуючи задоволення від точності попадання в «жертву»; людина може зателефонувати в диспетчерську аеропорту і попередити про нібито закладену в літаку бомбу, щоб привернути до себе увагу; молодий чоловік може спробувати залізти на телевезійну вежу).

Виділяють різні варіанти відповідності: *Гомеостатичний, гедонічний та прагматичний.*

При *гомеостатичному* варіанті постулат «доцільність» виступає в **формі вимоги до усунення конфліктності у взаєминах із середовищем**, елімінація «напруги», встановлення «рівноваги». При *гедоністичному* варіанті дії людини детерміновані двома первинними афектами: **задоволенням і стражданням, і вся поведінка інтерпретується як максимізація задоволення і страждання**. *Прагматичний варіант* використовує **принцип оптимізації**, коли головним є вузькопрактична сторона поведінки (користь, вигода, успіх). При протидії реальності індивід активно намагається руйнувати ненависну йому дійсність, змінювати її відповідно до власних установок та цінностями. Він переконаний, що всі проблеми, з яким він стикається обумовлені факторами дійсності, і *єдиним способом досягнення своїх цілей є боротьба з дійсністю*, спроба переробити реальність під себе чи максимально отримати вигоду з що порушує норми суспільства поведінки.

Втеча від реальності – її свідомо чи несвідомо обирають люди, які розцінюють реальність негативно і опозиційно, вважаючи себе не здатними адаптуватися до неї. Вони можуть орієнтуватися не бажання пристосуватися до

дійсності, «яка не заслуговує того, щоб до неї пристосувались» через недосконалість, консерватизм, одноманітність, пригнічення екзистенційних цінностей чи відверту антигуманну діяльність.

Хворобливе протистояння – зумовлене ознаками психічної патології і психопатологічними розладами (зокрема, невротичними), при яких навколишній світ сприймається ворожим у зв'язку із суб'єктивним викривленням його сприймання і розуміння. Симптоми психічного захворювання порушують можливість адекватно оцінювати мотиви вчинків оточуючих і внаслідок цього – ефективна взаємодія з оточенням стає ускладненою. Якщо при протистоянні реальності здорова людина усвідомлено вибирає шлях «боротьби з дійсністю», то при хворобливому протистоянні у психічно хворої людини такий спосіб є єдиним і вимушеним. Протистояння реальності зустрічається при **делінквентній** поведінці: -спосіб взаємодії з дійсністю у вигляді відходу від реальності усвідомлено або неусвідомлено вибирають люди, які розцінюють реальність негативно і опозиційно, вважаючи себе нездатними адаптуватися до неї.

Ігнорування - проявляється в автономізації життя і діяльності людини, коли вона не бере до уваги вимог і норм реальності, існуючи у власному вузькопрофесійному світі. При цьому не відбувається ні зіткнення, ні протидії, ні втечі від реальності. Кожен існує сам по собі. Такий варіант взаємодії з реальністю рідкість, трапляється у не великої кількості підвищено обдарованих, талановитих людей з гіперздібностями в якійсь одній сфері. Щоб оцінити типи девіантної поведінки, треба знати, від яких норм суспільства вони можуть відхилитись. Норми бувають – правові, моральні, естетичні, сексуальної поведінки. Ігнорування реальності проявляється автономізацією життя і діяльності людини, коли він не бере до уваги вимоги і норми реальності, існуючи у власному світі. При цьому немає ні зіткнення, ні протидії, ні відходу від реальності. Кожен існує як би сам по собі.

Боротьба (протидія) – індивід активно намагається руйнувати ненависну йому дійсність, змінювати її відповідно до власних установок і цінностей. Людина переконана, що усі проблеми, з якими вона стикається, зумовлені факторами дійсності, і єдиним способом досягнення своїх цілей є боротьба з дійсністю, спроба переробити реальність під себе чи максимально витягти вигоду з поведінки, що

порушує норми суспільства. Зі сторони суспільства теж виникає протидія, вигнання чи спроба змінити індивіда, або «підлаштувати» його під вимоги реальності.

Протидія реальності трапляється при кримінальній та делінквентній поведінці.

2. Патохарактерологічна поведінка

Патохарактерологічний вид девіантної поведінки – поведінка, що зумовлюється патологічними змінами характеру, що сформувалися в процесі виховання. Зумовлений патологічними змінами характеру, які сформувались у процесі виховання: розлади особистості (психопатії), з явно вираженими акцентуаціями характеру, невротичним розвитком особистості. Дисгармонійність рис характеру, до зміни усєї структури психічної діяльності людини.

Мотиви: неадекватно завищений рівень домагань, тенденція домінування, володарювання, впертість, образливість, нетерплячість до протидії, схильність до самозвинувачення і пошуків приводів для розрядки афективного напруження, егоцентризм, жага визнань, завищена самооцінка, маніпуляції з оточуючими і контроль їх.

За невротичного розвитку особистості девіації проявляються у вигляді невротичних станів нав'язливості та ритуалів, які пронизують усю життєдіяльність людини та мають за мету зняти стан емоційного напруження і тривоги.

3. Психопатологічна поведінка.

Психопатологічний вид девіантної поведінки – ґрунтується на психопатологічних симптомах та синдромах – це прояви тих чи інших психічних порушень та захворювань. Мотиви хворого залишаються незрозумілими до тих пір, поки не будуть виявлені основні ознаки психічних розладів. Людина може проявляти поведінку через: порушення сприймання – галюцінації чи ілюзії; порушення мислення; порушення вольової активності. Різновидом патохарактерологічного та психопатологічного типу девіантної поведінки є саморуйнівна (аутодеструктивна) поведінка. Система вчинків у людини спрямована на деструкцію особистості. Агресія спрямована на себе, дійсність розглядається як щось опозиційне, що не дає можливості повноцінно жити і задовольняти наявні потреби. Аутодеструкція проявляється у вигляді суїцидальної поведінки, наркотизації, алкоголізації.

Мотиви саморуйнівної поведінки:

-адикції (нездатність поратись з буденним життям);

патологічні зміни характеру психопатологічні симптоми і синдроми.

4. Девіантна поведінка на базі гіперздібностей

Девіантна поведінка на базі гіперздібностей розглядається як тип відхиленої поведінки, що супроводжується девіаціями у повсякденному житті при особливій обдарованості, талант, геніальності в інших сферах діяльності людини. Людина, здібності якої значно перевищують середньостатистичні, розглядається як така, що виходить за рамки нормальної (це прояв обдарованості, таланту). Відхилення в бік обдарованості часто супроводжуються девіаціями у повсякденному житті. Така людина часто виявляється непридатною у повсякденному житті. Вона не здатна правильно розуміти і оцінювати вчинки та поведінку інших людей, виявляється наївною, залежною і не готовою до труднощів життя. При «гіперздатності» спостерігається ігнорування реальності. Людина існує не в реальності «тут і тепер», а живе у власній реальності. Для неї реальний світ як щось малозначиме, неістотне, події сприймає відсторонено. Вимушені контакти сприймаються як необов'язкові, тимчасові.

5. Гендерні аспекти девіантної поведінки особистості

У сучасній психології гендер розглядається як соціальна стать, що є комплексом *соматичних, репродуктивних, соціокультурних і поведінкових* характеристик, що забезпечує індивіду особистісний, соціальний і правовий статус чоловічини і жінки. **Гендер** – це соціальна особливість статі людини на відміну від біологічної статі, соціально-рольовий статус, який визначає соціальні можливості людини – чоловіка і жінки – в усіх сферах життєдіяльності. **Гендер** – це складний соціокультурний конструкт, який відображає відмінності між чоловіками і жінками в ролях, поведінці, ментальних і емоційних характеристиках. У межах цього підходу гендер розуміється як організована модель соціальних відносин між чоловіками і жінками, яка не тільки характеризує їх спілкування і взаємодію у сім'ї, а й визначає їхні соціальні відносини в основних інституціях суспільства.

У науковій літературі існує декілька **концепцій гендеру**. Це обумовлено і порівняною молодістю гендерного підходу, і складністю самого феномена. Для всіх них базовим положенням є розрізнення понять стать і гендер.

У зарубіжній психології як аналог поняття «*особистісне самовизначення*» є категорія «психосоціальна ідентичність», розроблена і введена в науковий простір Е. Еріксоном (1996). Суспільство створило систему поведінкових приписів, взірців, моделей поведінки, прийнятих для хлопчиків і дівчаток, чоловіків і жінок. Наслідком її є освоєння гендерної культури як системи стандартів, нормативів поведінки.

Важливим у контексті вивчення девіантної поведінки особистості постає поняття *гендерної ідентичності*. Термін «*ідентичність*» пов'язується з іменем Е. Еріксона, що означає внутрішню безперервність і тотожність особистості. Володіти ідентичністю означає:

1) Відчувати себе, своє буття як особистості незмінним, незалежно від ситуації, ролі, самосприйняття.

2). Відчувати минуле, сьогодення та майбутнє як єдине ціле.

3). Відчувати зв'язок між власною безперервністю та визнанням безперервності іншими людьми. Е. Еріксон розумів **розвиток ідентичності як взаємодію трьох процесів: біологічних, соціальних і еґо-процесів**, причому **Еґо** відповідає за інтеграцію перших і других процесів. Результат інтегративної роботи Еґо чи еґо-синтезу – конфігурація елементів ідентичності.

Еґо-синтез: Біологічне + Соціальне = Я = Ідентичність

Учені підкреслюють своєрідність вияву агресії залежно від статі: чоловіки частіше демонструють вищі рівні прямої та фізичної агресії, тоді як жінки – непрямой та вербальной. Такі вияви адиктивної поведінки як харчова залежність більш характерні жінкам, гемблінг та вживання наркотиків – чоловікам. Завершені суїциди частіше трапляються у чоловіків після 40 років. Існують злочини, характерніші для жінок, зокрема проституція, вбивство власних дітей, крадіжки в магазинах. Чоловіки частіше відбувають покарання за тілесні ушкодження, вбивства, розбій, викрадення автомобілів тощо. На думку Т. Говорун та О. Кікінеджи (2004), однією з причин розбіжності у формах вияву девіантної поведінки

особистості може бути гендер як жорстка регламентація поведінки особистості відповідно до її статі.

Гендерна соціалізація хлопчиків сприяє розвитку агресивності, напористості, активності, змагальності, а дівчаток – підлеглості, пасивності, слухняності. Так, зокрема, меншу кількість дівчат із девіантною поведінкою (порівняно з хлопцями) можна пояснити через більший вплив найближчого соціального оточення, що менш поблажливо ставиться до асоціальної поведінки дівчат, ніж хлопців.

Випадки **асоціальної поведінки дівчат**, як правило, стають об'єктом посиленої педагогічної уваги, внаслідок чого агресія таких дівчат набуває непрямой форми та вербального характеру. У зв'язку з цим хлопці з девіантною поведінкою частіше демонструють недостатній контроль поведінки, низьку тривожність, а дівчата – надмірний контроль і високу тривожність. Через це симптоми депресії частіше діагностують серед дівчат, ніж хлопців, особливо у підлітковому віці.

Переважання харчової залежності у жінок (90–95%) пояснюється насамперед через гендерні стереотипи щодо зовнішності жінок, а гемблінг чоловіків можна пов'язати з тендерними стереотипами щодо «справжнього чоловіка», що зумовлюють змагальний характер його дій задля досягнення першості в усьому, як того вимагають соціальні приписи. Саме *тендерні стереотипи* часто провокують і навіть схвалюють чоловічу агресивність насамперед фізичну.

Неадекватне статеve виховання в сім'ї також може спричинити неадекватне ставлення особистості до особи протилежної статі і, відповідно, девіантну поведінку. Поширеними помилками статевого виховання (О. М. Вроно, 2002) є:

- затискування природних реакцій (не тільки статевих, але й безпосередньо емоційних), що призводить до виникнення холодності, яка заважає нормальній сексуальності;

- занадто суворе виховання, ізоляція від осіб протилежної статі, що призводить до відсутності необхідного досвіду спілкування;

- формування зневаги до протилежної статі, придушення будь-яких виявів статевої суті та цікавості до іншої статі;

- згладжування статевих відмінностей, своєрідна статева уніфікація;

- уникнення питань щодо статевих особливостей і стосунків, викривлене висвітлення статевих проблем.

У психологічній науці є дані про встановлений зв'язок між негативним ставленням авторитарної матері до сина й сина до матері та сексуально делінквентною поведінкою чоловіка. Однією з психологічних передумов проституції є фізичне і психічне насильство, пережите в батьківській сім'ї (до 70% дівчат є жертвами зловживань, до 50% переживали наругу над собою неодноразово). Саме такі дівчата насамперед схильні втікати з дому, хоча загалом хлопців-бродяг значно більше. Аналіз наслідків цих фактів вимагає особливої уваги батьків до їхньої готовності щодо реалізації важливих аспектів статевого виховання дитини. Така готовність мала б охоплювати індивідуальні та групові психологічні консультації батьків, виступи-повідомлення психологів на батьківських зборах дошкільних, шкільних та інших дитячих колективів. Особливої уваги у цій проблематиці заслуговує питання ознайомлення батьків із колом науково-популярної літератури, в якій висвітлені аспекти статевого виховання дитини (К. Мейснер, 2010).

Висновок. Однією з головних рис у поведінці адиктивної особистості є прагнення до втечі від реальності. Типи девіантної поведінки детермінують форму її виявлення. Одна форма може зумовлюватися різними типами. Таким чином, девіантну поведінку людини можна відзначити як систему поступків чи окремі поступки, які являються протиріччям прийнятим у суспільстві нормам і проявляються у виді дисбалансу психічних процесів, не адаптованості, у порушенні процесу самоактуалізації або у виді відхилення від морального та естетичного контролю за своєю поведінкою. Отже, існують гендерно-вікові особливості девіантної поведінки, на які необхідно зважати під час надання психологічної допомоги особистості з девіаціями поведінки. Людина є «біосоціальна істота», нерідко заступає оцінку роздільного вкладу біологічних і соціальних факторів в становленні різних психічних феноменів розвитку людини в цілому. Для формування індивідуально-психологічних якостей людини значущим виявляється як біологічна, так і соціальна складові розвитку. Навчання, на думку Л.С. Виготського, завжди має йти попереду розвитку, створюючи у дитини «найближчу зону розвитку».

Питання до теми

1. Характеристика поняття “ Делінквентна поведінка”

2. Характеристика варіантів відповідності: *гомеостатичного, гедонічного та прагматичного.*

3. Характеристика поведінки “втеча від реальності”

4. Характеристика поведінки “хворобливе протистояння”

5. Характеристика поведінки “Ігнорування”

6. Характеристика поведінки “Боротьба”

7. “Патохарактерологічний” вид девіантної поведінки

8. “Психопатологічний” вид девіантної поведінки

9. Надати характеристику “*Девіантна поведінка на базі гіперздібностей*”

10. Чинники неадекватного статевого виховання в сім’ї

11. Загальна характеристика гендерних аспектів девіантної поведінки особистості.

Рекомендована література:

Основна: [1,3]

Допоміжна: [3,4,]

Інформ. ресурси Інтернет: [2]

Міжнародні видання [5]

Т 3. Детермінанти девіантної поведінки особистості

Мета. Вивченню детермінацій девіантної поведінки особистості підлягають різні наукові підходи багатьох теоретичних досліджень, що виокремлюють групи детермінацій як: *соціальні, соціально-психологічні та індивідуально-психологічні.*

Ключові слова: *детермінація, соціально-психологічні та педагогічні детермінанти девіантної поведінки, локус контролю, рівень самоповаги особистості.*

Вступ. Аналіз причин у відхиленнях в поведінці особистості, а також розладів поведінки впродовж багатьох десятиліть залишаються актуальними для вітчизняних та зарубіжних дослідників у різних сферах наукового знання: загальній, соціальній та віковій психології, психіатрії, педагогіці, соціології, юриспруденції.

План

1. Теоретична концепція підходів до девіантної поведінки

2. Соціальні та соціально-психологічні детермінанти девіантної поведінки
3. Педагогічні детермінанти девіантної поведінки
4. Особливості локусу контролю і рівень самоповаги особистості

Висновок

1. Теоретична концепція підходів до девіантної поведінки

Можна виокремити декілька основних теоретичних підходів до пояснення причин девіантної поведінки у психології. Так, відповідно до **психоаналітичного підходу**, девіантна поведінка особистості виявляється тоді, коли психологічний захист, спрямований на зменшення напруги внаслідок неефективної взаємодії трьох підструктур особистості Ід, Его і Супер-Его, є недостатнім для повноцінного функціонування особистості (З. Фрейд). Причинами девіантної поведінки, на думку А. Адлера, є недостатня або викривлена компенсація почуття неповноцінності, а за К. Хорні – почуття тривоги, що призводить до неврозів тощо.

Е. Фром пояснює девіантну поведінку особистості через певні психологічні механізми (конформізм, руйнівна поведінка та ін.), за допомогою яких людина вирішує суперечності між прагненням ствердити себе як індивідуальність і прагненням бути включеною до людської спільноти.

В. Франкл, представник екзистенційно-гуманістичного напрямку, вбачає причину девіантної поведінки у «екзистенційному вакуумі», тобто стані духовної пустки, відсутності чи втрати сенсу життя.

Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бек) пояснює причини девіантної поведінки через когнітивні викривлення, когнітивні стереотипи, що впливають на виникнення негативних емоцій, які, своєю чергою, мають вплив на зміну поведінки, яка може стати девіантною.

Поняття детермінації – це сукупність чинників, що викликають, провокують, посилюють чи підтримують відхильну поведінку (О. В. Змановська, 2001).

Загалом, відповідно до цих підходів, можна виокремити такі групи, що **детермінують девіантну поведінку** особистості:

соціальні – визначаються несприятливими соціальними, економічними, політичними й т. д. умовами існування суспільства;

соціально-психологічні – пов'язані з несприятливими особливостями взаємодії особистості зі своїм найближчим оточенням, з негативним впливом останнього на розвиток особистості; педагогічні – виявляються в недоліках сімейного та шкільного виховання;

індивідуально-психологічні – пов'язані з наявністю певних характеристик індивіда, що ускладнюють процес його соціалізації.

2. Соціальні та соціально-психологічні детермінанти девіантної поведінки.

До соціальних детермінант девіацій у поведінці особистості належать культ насильства, що ствердився в сучасному мистецтві, лібералізація статевої моралі. Тут особливу роль відіграють засоби масової комунікації, які демонструють багато фільмів, пісень тощо зі сценами насильства та аморальної поведінки, негативно впливаючи на духовний світ особистості.

Згідно з теорією соціального наuczіння А. Бандури, через це створюються моделі девіантної поведінки, які є своєрідним зразком для копіювання такої поведінки широкими верствами населення. Необхідно також зважити на несприятливу екологічну ситуацію. Адже, як показують результати досліджень, екологічні чинники здатні провокувати агресивну поведінку, вони позначаються на генетичному коді, спричинюючи, зокрема, спадкову (генетичну обтяженість) щодо адиктивної поведінки, погіршення стану фізичного і психічного здоров'я, збільшення кількості осіб, схильних до депресії, нав'язливих страхів тощо.

Серед соціально-психологічних детермінант девіантної поведінки особистості слід насамперед вказати на особливості взаємодії такої особистості із сім'єю і, зокрема, на досвід спілкування з батьками в дитинстві. Загалом сім'я порівняно з іншими соціальними інститутами має такі особливості, що позначаються на успішності соціалізації дитини:

- наявність усіх форм життєдіяльності людини, що реалізуються через функції сім'ї, сім'я фактично є суспільством у мініатюрі, з якого формується вся соціальна взаємодія;

- включеність дитини в сім'ю від дня її народження, формування саме в сім'ї перших уявлень про гарне і погане, про добро і зло, коли дитина є найсприйнятливішою до виховних впливів; - фактично сім'я є першою сполучною

ланкою між людиною і суспільством, що здійснює передачу від покоління до покоління генетичного коду, певних соціальних цінностей, що на суб'єктивному рівні є ціннісними орієнтаціями членів сім'ї; безперервність і тривалість, постійний контакт людей різної статі, віку, життєвого досвіду призводять до інтеріоризації дітьми норм і зразків поведінки, насамперед – батьків, і тільки потім інших людей поза сім'єю.

Переважно емоційний характер зв'язків між членами сім'ї на основі любові та симпатії створює сприятливу основу для опрацювання таких неусвідомлюваних дитиною соціально-психологічних механізмів впливу, як наслідування, навіювання, психічне зараження тощо; водночас забарвленість емоційних контактів впливає на формування почуття задоволення (незадоволення) собою і навколишнім світом. Я-образ і самооцінка, що навіюються дитині, можуть бути і позитивними, коли дитині навіюється, що вона є гарною, доброю, розумною, і негативними, коли дитині навіюється, що вона погана, зла, дурна тощо. У результаті дитина або погоджується з поглядом батьків, або найчастіше агресивно виступає проти нього. Батьки можуть впливати на формування Я-образу дитини також шляхом стимулювання такої поведінки дитини, що може підвищити чи понизити її самооцінку, змінити її власний образ. Це відбувається, наприклад, у результаті орієнтації дитини на реалізацію певних цілей і планів, досягнення тих чи інших стандартів. Якщо ці цілі та плани відповідають реальним психофізіологічним і психологічним можливостям дитини, її 33 схильностям та інтересам, то створена ситуація успіху сприяє формуванню позитивного Я-образу, підвищенню самоповаги.

А якщо ні, то невдача призводить до втрати самоповаги, непевності, тривожності тощо. Отже, до соціальних чинників девіацій у поведінці особистості належать культ насильства, що ствердився в сучасному мистецтві, лібералізація статевої моралі. Тут особливу роль у відіграють засоби масової комунікації, що демонструють багато фільмів, пісень і т. д. зі сценами насильства та аморальної поведінки, негативно впливаючи на духовний світ особистості. До соціально-психологічних чинників девіантної поведінки особистості насамперед належать особливості взаємодії особистості із сім'єю і, зокрема, досвід спілкування з батьками в дитинстві.

Типи акцентуацій підлітків

У вітчизняній та зарубіжній психології багато дослідників незалежно один від одного показують зв'язок розладів поведінки з акцентуаціями характеру й особливостями ситуаційних реакцій у пубертатному (підлітковому) віці (Личко, 1983). Підліткам із нестійкою акцентуацією характерна навіюваність, посилена схильність до наслідування, тому вони потребують постійного контролю, вимогливості, перебування у сприятливому середовищі, де прикладом для наслідування є позитивні лідери.

Підліткам із *гіпертимною акцентуацією* постійний контроль витримати дуже складно, їх бурхливу енергію необхідно спрямовувати в конструктивне русло, намагатися зацікавити новими творчими завданнями, які вони вирішуватимуть самостійно.

Для *істероїдних підлітків* «слабким місцем» є сильна потреба перебувати у центрі уваги оточуючих. Бродяжництво (бомжування) підлітків часто є наслідком несприятливих умов виховання в сім'ї, часто гіперопіки й авторитарного тиску, іноді діти втікають із дому через прагнення дистанціюватися від власної соціально неблагополучної сім'ї, особливо за наявності відповідних «вуличних» традицій у спільноті однолітків. Протиправна і злочинна поведінка підлітків часто пов'язана з їх недостатньо розвинутою правовою свідомістю, мотивоутворювальними структурами особистості, емотивністю поведінки, імпульсивністю і конформізмом тощо. За сприятливих умов, а також спеціальної роботи, можна запобігти виникненню девіантної поведінки підлітків або відкоригувати її небажані вияви. В іншому випадку негативні вияви поведінкових девіацій закріплюються, набуваючи особливо небезпечних форм у дорослому віці.

3. Педагогічні детермінанти

Педагогічні детермінанти девіантної поведінки Р. Р. Овчарова (1998) для оцінки педагогічних чинників розвитку особистості дитини пропонує такі параметри:

- характер виховання (орієнтоване на дитину, стабільне, таке, що позитивно впливає; нестійке, нестабільне, суперечливе;
- байдуже до дитини, нестабільне, таке, що дезорганізує;
- вороже, таке, що негативно впливає на дитину тощо);

- характер освітньої роботи з дітьми (особистісноорієнтована, розвивальна; репродуктивно-адаптивна, малоефективна;

- інформаційно-репродуктивна, неефективна тощо).

Зрозуміло, що ці чинники позначаються на розвитку дитини не безпосередньо, а заломлюючись через її внутрішню позицію (взаємодію, відносну незалежність, опірність; протидію, гіпернезалежність, негативізм, впертість; бездіяльність, гіперзалежність, нестійкість, конформізм тощо). Також великого значення набуває ставлення педагога до дитини з девіантною поведінкою, досліджуючи яке, І. Козубовська та Г. Товканець (1999) встановили, що:

- ставлення стійко-позитивного типу (одинакове, тепле ставлення, турбота, прагнення допомогти) є характерним лише для 10% досліджуваних педагогів;

- ставлення нестійкого типу (ситуативність поведінки педагога залежно від настрою, вчинків учня, загальної емоційно-позитивної спрямованості) виявляють близько 20% вчителів; - ставлення стійко-негативного типу (відкрито вороже ставлення, необ'єктивність оцінки, упередженість, зосередження уваги лише на негативних учинках, ігнорування позитивних якостей дитини) є характерним для 53% досліджуваних педагогів;

- байдуже ставлення (незацікавленість причинами неуспішності дитини, його особистістю, орієнтація на спілкування лише на офіційному, рольовому рівні) можна констатувати у 17% досліджуваних учителів.

Отже, особливо несприятливим для розвитку особистості є поєднання ворожого ставлення вихователів до дитини, авторитарного характеру навчання і виховання, а також пасивної або такої, що протидіє, позиції дитини. Індивідуально-психологічні детермінанти девіантної поведінки

4. Особливості локусу контролю і рівень самоповаги особистості

У становленні та розвитку девіантної поведінки особливо велику роль відіграють **особливості локусу контролю і рівень самоповаги особистості**, що актуалізуються в підлітковому віці. Відповідно до теорії девіантної поведінки, поведінку, що відхиляється від загальноприйнятих норм, можна розглядати як засіб підвищення самоповаги і психологічного самозахисту. Адже кожна людина прагне до позитивного Я-образу, відповідно низька самоповага переживається як

психотравмуючий стан, якого особистість хоче позбутися. Це спонукає її до вчинків, у яких вона прагне підвищити рівень самоповаги, долаючи виявлені недоліки. Однак це характерне не для всіх людей. Частина з них має негативне самосприйняття, що виявляється, по-перше, у стійкому переконанні особистості відсутності в неї особистісноцінних якостей або можливості здійснювати особистісно і суспільно значимі вчинки; по-друге, в оцінюванні ставлення з боку значущих для людини осіб як недоброзичливого або, взагалі, негативного; по-третє, відсутністю механізмів психологічного захисту, що дозволяють пом'якшити сприймання ситуації як негативної, або невмінням їх ефективного використання. У результаті така особистість опиняється перед вибором: або продовжувати переживати негативні емоції через невідповідність вимогам і нормам, або діяти в напрямку підвищення самоповаги в поведінці, що спрямована проти цих норм. В останньому випадку бажання відповідати очікуванням суспільства зменшується, а прагнення ухилитися від них зростає. Нова, негативна соціальна ідентичність формує і нові критерії самооцінки: те, що було погано в системі загальноприйнятих норм, стає хорошим у системі антинорм.

Висновок. Отже, утворюється порочне коло: здійснюючи антинормативні вчинки, особистість тим самим привертає до себе увагу, інтерес, отже, у власних очах, підвищує самоповагу. Формується негативне ставлення до санкцій із боку «нормальних» людей, що поступово призводить до зменшення частоти спілкування девіантної особистості з ними. Водночас відбувається активізація спілкування з девіантним середовищем, в якому девіантні вчинки особистості схвалюються, закріплюючи відповідну мотивацію поведінки та суб'єктивний особистісний сенс такої поведінки для людини загалом. Отже, відповідно до теоретичних підходів основних напрямів психології, можна виокремити такі групи чинників, що детермінують девіантну поведінку особистості: соціальні, соціально-психологічні, педагогічні, індивідуально-психологічні.

Питання до теми

1. Надайте характеристику “психоаналітичного підходу” до виявлення девіантної поведінки особистості.
2. Характеристика ”Когнітивно-поведінкового підходу” А. Бека
3. Розкрийте поняття “детермінації”

4. Характеристика груп, що детермінують девіантну поведінку особистості: *соціальні, соціально-психологічні, індивідуально-психологічні.*

5. Надати характеристику параметрів педагогічної детермінанти девіантної поведінки за Р. Р. Овчаровим.

6. Надати характеристику теорії “особливості локусу контролю і рівень самоповаги особистості”, що актуалізуються в підлітковому віці.

Рекомендована література:

Основна: [2,3]

Допоміжна: [2,4.]

Інформ. ресурси Інтернет: [1]

Міжнародні видання [6]

Тема 4. Форми вияву девіантної поведінки

Мета. Викласти теоретичні основи форм вияву девіантної поведінки, психологічні особливості та психосоматичні розлади підлітків, кризи пубертатного віку, психології та патопсихології ранньої юності. З’ясувати, що предметний зміст поняття про психологічні особливості та психосоматичні розлади підлітків, що кожна із клінічних форм девіантної поведінки може бути обумовлена різними типами поведінки, мотивом вибору тій чи іншій форми є кілька різновидів відхиленої поведінки. Довести, що в момент особливо різких ендокринних зрушень у підлітків відзначається виражене психічне занепокоєння, підвищений рівень тривожності. Намагаючись позбутися цієї тривожності, виплеснути її у поза, вони часто вступають в конфлікти. Розвитком ідентичності, вимірювані ступенем професійного, релігійного і політичного самовизначення молоді людини.

Ключові слова: *пубертатний вік, ідентичність, формування особистої ідентичності, «фемініст», реакція «опозиції», реакція "імітації", реакція "гіперкомпенсації, реакція "емансипації", реакція "групування", "автономна мораль.*

Вступ. Криза пубертатного віку є найгострішою і тривалою під час якої, в основі бурхливих і часом болісно пережитих соматичних змін організму підлітка - лежить інтенсивна перебудова ендокринної системи, що закінчується досягненням статевої зрілості. За принципом бінарної дії гормонів перебудова ендокринної системи не може протікати без відповідних змін в психіці.

План.

1. Криза пубертатного віку.
2. Психологія та патопсихологія ранньої юності.
3. Форми типових поведінкових реакцій підлітків

Висновок.

1. Криза пубертатного віку

Віковий підхід розглядає девіації поведінки з позиції вікових особливостей і норм. Поведінка, не відповідна віковим шаблонам і традиціям, може бути визнана такою, що відхиляється. Це можуть бути і кількісні (гротескові) відхилення, відставання (ретардація) або випередження (прискорення) вікових поведінкових норм, і їх якісні інверсії. Ранній емоційний досвід дитини є важливим чинником формування особистості. Фундамент розвитку здорової психіки закладається, коли дитина оточена любов'ю батьків, відчуває повне прийняття та захист. Несприятливий вплив родинних стосунків на формування особистості виявляється у незадоволенні її життєво важливих соціально-психологічних потреб у ранньому віці.

Характеризуючи вікові особливості девіантної поведінки особистості, слід зазначити, що у дошкільному віці говорити про девіантну поведінку як таку не доводиться через відсутність стійких моральних переконань у дітей. Водночас саме у цей період закладаються перші уявлення про добро і зло, моральні норми загалом, перший досвід спілкування із соціумом, особливості якого закладають специфіку самосприйняття, ставлення дитини до себе, до інших, до моральних норм.

Вікові іпсихологічні кризи - особливі, відносно нетривалі за часом (до року) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами. Для них також характерні:

- 1) розмитість кордонів початку і кінця;
- 2) різке загострення в середині вікового періоду;
- 3) відносно важке виховання дітей у порівнянні з періодом стабільного розвитку;
- 4) негативний, руйнівний характер («пустеля отроцтва», по Л.Н. Толстому).

Чим більш неповноцінний первинний матеріал і чим гірше враховує соціум індивідуальні особливості розвитку дитини, тим більше виражені вікові кризи, тим гірше вони можуть відбитися у майбутньому особистості. Тому для лікаря і клінічного психолога важливим є знання періодів і основних закономірностей розвитку психіки в кожному із них. В даний час більшістю психологів прийнята така вікова періодизація:

- підлітковий період - 12-16 років;

Кожен з вікових періодів має свої специфічні параметри норми і аномалій, в кожному з них можлива ретардація або прискорення розвитку, поява рис, властивих іншим віковим періодам, а також типові характерологічні реакції і психосоматичні взаємовпливу.

Підлітковий вік як перехідний від дитинства до зрілості завжди вважався критичним, проте криза цього віку (пубертатний) значно відрізняється від криз молодших вікових груп. Він є найгострішим і тривалим. Пов'язано це з поєднаним впливом на підлітка цілого ряду соматичних, психологічних і соціальних факторів. В основі бурхливих і часом болісно пережитих соматичних змін організму підлітка - лежить інтенсивна перебудова ендокринної системи, що закінчується досягненням статевої зрілості. Крім формування вторинних статевих ознак у підлітків відзначається зміна взаємовідносин частин тіла; тулуб - ще дитяче при швидкому розвитку кінцівок. Рухи при цьому стають незграбними і незграбними. Часто за бурхливим зростанням тіла (різке збільшення м'язової маси і зростання) не встигають внутрішні органи, що призводить до розвитку цілого ряду функціональних захворювань, особливо серцево-судинної системи. За принципом бінарної дії гормонів перебудова ендокринної системи не може протікати без відповідних змін в психіці. У зв'язку з цим в момент особливо різких ендокринних зрушень у підлітків відзначається виражене психічне занепокоєння, підвищений рівень тривожності. Намагаючись позбутися від цієї тривожності, виплеснути її у поза, вони часто вступають в конфлікти, нерідко відзначаються колективні бійки. Цим же пояснюється підвищена схильність підлітків до відвідування масових галасливих рок-концертів, вживання наркотиків і алкоголю. Поряд з психічними змінами, зумовленими виключно гормональним впливом, у підлітків спостерігаються і глибоко психологічні, особистісні зміни, які не пов'язані

безпосередньо з перебудовою ендокринної системи. До таких змін слід віднести формування нової самосвідомості з підвищеним почуттям власної гідності, власних можливостей і здібностей. Розвиваються і більш повно усвідомлюються високі почуття дружби і любові, причому любов аж ніяк не обумовлена сексуальними потребами, але навпаки носить виключно платонічний, духовний характер.

Типи акцентуацій підлітків.

У вітчизняній та зарубіжній психології багато дослідників незалежно один від одного показують зв'язок розладів поведінки з акцентуаціями характеру й особливостями ситуаційних реакцій у пубертатному (підлітковому) віці (Личко, 1983).

Підліткам із нестійкою акцентуацією характерна навіюваність, посилена схильність до наслідування, тому вони потребують постійного контролю, вимогливості, перебування у сприятливому середовищі, де прикладом для наслідування є позитивні лідери.

Підліткам із *гіпертимною акцентуацією* постійний контроль витримати дуже складно, їх бурхливу енергію необхідно спрямовувати в конструктивне русло, намагатися зацікавити новими творчими завданнями, які вони вирішуватимуть самостійно.

Для *істероїдних підлітків* «слабким місцем» є сильна потреба перебувати у центрі уваги оточуючих. Бродяжництво (бомжування) підлітків часто є наслідком несприятливих умов виховання в сім'ї, часто гіперопіки й авторитарного тиску, іноді діти втікають із дому через прагнення дистанціюватися від власної соціально неблагополучної сім'ї, особливо за наявності відповідних «вуличних» традицій у спільноті однолітків.

Протиправна і злочинна поведінка підлітків часто пов'язана з їх недостатньо розвинутою правовою свідомістю, мотивоутворювальними структурами особистості, емотивністю поведінки, імпульсивністю і конформізмом тощо. За сприятливих умов, а також спеціальної роботи, можна запобігти виникненню девіантної поведінки підлітків або відкоригувати її небажані вияви. В іншому випадку негативні вияви поведінкових девіацій закріплюються, набуваючи особливо небезпечних форм у дорослому віці.

2. Психологія та патопсихологія ранньої юності.

Як можна помітити, об'єктами вивчення дитячої психології є психічний розвиток, душевне життя дитини, причому хлопчик це чи дівчинка - не настільки важливо, і лише в підлітковому періоді, а більш явно в періоді ранньої юності починають проявлятися статеві психологічні відмінності: • рання юність - 16-19 років. Дуже чітко ці відмінності виявляються в процесі формування самосвідомості і образу «Я», тому логічним буде паралельний розбір цих психологічних феноменів юнацького віку. Центральним психологічним процесом розвитку самосвідомості в періоді ранньої юності є **формування особистої ідентичності - почуття індивідуальної самототожності, наступності та єдності**. До теперішнього часу в психології прийнято виділяти *чотири етапи розвитку ідентичності, вимірювані ступенем професійного, релігійного і політичного самовизначення молодої людини*:

1. «Невизначена, розмита ідентичність» характеризується тим, що індивід ще не виробив чітких переконань, не вибрав професії і не зіткнувся з кризою ідентичності.

2. «Дострокова, передчасна ідентифікація» має місце, якщо індивід включився в відповідну систему відносин, але зробив це не самостійно, в результаті пережитого кризи, а на основі чужих думок, слідуючи чужому прикладу і авторитету.

3. Для етапу «мораторію» характерно те, що індивід знаходиться в процесі кризи самовизначення, вибираючи свій, єдиний варіант розвитку.

4. Етап «зрілої ідентичності» характеризується завершенням кризи; індивід переходить від пошуку себе до самореалізації. Зазвичай до етапу «зрілої ідентичності» молоді люди приходять у віці 16-18 років, хоча деякі можуть назавжди залишитися на рівні розмитої ідентичності або піти шляхом дострокової ідентифікації, відмовившись від активного вибору і самовизначення. Разом з тим поняття «Зрілої ідентичності» і самі його критерії неоднозначні. Подання, що ідентичність формується перш за все у сфері професійної орієнтації, відображає традиційно чоловічу точку зору. У дівчат інша справа. У жіночому самосвідомості велике значення надається сім'ї, професії, хоча останнім часом все більше стає «Феміністок», орієнтованих, як і чоловіки, на професійні досягнення. Юнаки оцінюють себе головним чином за своїми предметним досягненням, в той час як для

дівчат важливіше міжособистісні стосунки. Звідси - різне співвідношення компонентів чоловічої і жіночої ідентичності. Юнак, що не здійснив професійного самовизначення, не може відчувати себе дорослим. Дівчина ж може засновувати свої домагання на дорослість на інших показниках, наприклад на наявності серйозних претендентів на її руку і серце. На відміну від підлітків, юнаки набагато більш стурбовані формуванням власних переконань, розвитком філософського світогляду. За даними зарубіжних психологів, самосприйняття підлітків орієнтується на зовнішні стандарти (навчальні позначки). Приблизно в 16 років з'являються власні критерії значимості, а 17-18-річні оцінюють себе перш за все з точки зору своєї внутрішньої шкали цінностей, уявлень про своє щастя і благополуччя. Помічено також, що при переході від підліткового віку до юнацького самоопису стають більш суб'єктивними, психологічними.

Психічні новоутворення та труднощі підліткового віку.

Підлітковий вік характеризується такими специфічними новоутвореннями, як *почуття дорослості, потреба у самоствердженні*. Розвиток дорослості є процесом становлення готовності дитини до життя в суспільстві. Він передбачає засвоєння суспільних вимог до особистості, діяльності, стосунків і поведінки дорослих.

Потреба підлітка у *самоствердженні*. Постійна взаємодія підлітка з однолітками породжує у нього прагнення зайняти належне місце серед них, що є одним із домінуючих мотивів поведінки та діяльності. Розглядаючи психологічні труднощі підліткового віку, передусім необхідно ставити акцент на особливостях *афективної сфери, потребової сфери, особливостях Я-концепції та поведінки*.

Афективна сфера охоплює сукупність переживань людиною свого ставлення до оточуючої дійсності і до самої себе. У підлітковому віці характерною є *легка збудливість, егоїстичність, різка зміна настроїв і переживань, імпульсивність у поведінці*, що часто зумовлює втечі з дому, демонстративні спроби самогубства тощо. Ці різко виражені психологічні особливості підліткового віку отримали назву **«підліткового комплексу»**.

Найгостріше у підлітковому віці виявляється *потреба в автономії*. Яскраво простежується *потреба у самоствердженні*. **Потреба в автономії** – потреба у набутті самостійності, незалежності, свободи, бажання прийняти права і обов'язки дорослої людини.

Поведінкова автономія – набуття незалежності і свободи, яка є достатньою для того, щоб без зовнішнього керівництва приймати самостійні рішення.

Емоційна автономія – потреба позбавлення від батьківської емоційної залежності.

Проблеми в підлітковому віці зумовлюються ще й особливостями самосвідомості (самооцінка/зовнішній вигляд). Підліткам характерна *реакція емансипації*.

Реакція емансипації – це прагнення підлітків звільнитися від опіки та контролю з боку дорослих.

Розрізняють 3 види емансипації:

- *Емоційна емансипація* виявляється у прагненні підлітків мати тісні емоційні контакти не з батьками, а з ровесниками.

- *Поведінкова емансипація* виявляється у прагненні звільнитися від контролю з боку батьків.

- *Нормативна емансипація* виявляється у прагненні відкидати ті норми та цінності, яких дотримуються батьки.

3. Форми типових поведінкових реакцій підлітків

Існують певні **форми типових поведінкових реакцій підлітків** на ту чи іншу соціальну ситуацію, що ще не є патологічними, але деколи містять у собі небезпеку переростання в такі, до таких реакцій прийнято відносити:

1. **Реакція "опозиції"** - активний протест. Причиною можуть бути надто високі вимоги, що висуваються до підлітка, непосильні навантаження, втрати, нестача уваги з боку дорослих. Реакція опозиції поділяється на активну і пасивну опозицію. активна характеризується грубістю, непослухом, непокорю, зухвалою поведінкою і епатажем оточуючих і «винуватців» реакції. Вона може супроводжуватися агресивними діями в вигляді фізичного впливу, нецензурної лайки, погроз та інших вербальних проявів агресії. Пасивна проявляється негативізмом, мутизмом, відмовою від виконання вимог і доручень, замкнутістю при відсутності агресивних дій.

2. **Реакція "імітації"** - проявляється у прагненні наслідувати певний зразок, модель якого диктується, як правило, компанією ровесників (зразок може бути асоціальним).

3. **Реакція "гіперкомпенсації"** - проявляється у наполегливому прагненні підлітка досягти успіху у тій сфері, в якій він слабкий; невдачі у деяких випадках закінчуються нервовим зривом.

4. **Реакція "емансипації"** - проявляється у прагненні звільнитись від опіки, контролю та покровительства старших. Вона поширюється і на порядки, закони і "стандарти" дорослих. Потреба в емансипації пов'язана з боротьбою за самостійність, за самоствердження себе як особистості. У повсякденній поведінці це - прагнення зробити усе "по-своєму", у крайніх варіантах - втечі з дому. В основі реакції емансипації лежить потреба в незалежності і самостійності, відмова від опіки, протест проти встановлених правил і порядків. У дорослих вона може проявлятися у вигляді залучення до руху за права національних або сексуальних меншин, феміністок, які борються за рівноправність чоловіків і жінок і т.д.

5. **Реакція "групування"** - групи підлітків виникають і функціонують за своїми, ще недостатньо вивченими соціально-психологічними законами, серед яких найбільш небезпечною є *"автономна мораль"*, яка не збігається з вимогами батьків, школи, законів. Реакція групування носить часто інстинктивний характер, проте вона можлива і на основі психологічних чинників, зокрема в групі людина шукає захисту, зняття відповідальності т.д. Особливо сильна вона в неповнолітніх правопорушників та злочинців. Особливо легко об'єднуються у групи наркомани, соціально розпущені, нестійкі підлітки, які мають досвід асоціальної поведінки. Послаблення впливу сім'ї, особливо батьківського начала, підвищує міру ідентифікації хлопчика-підлітка з групою, створюючи "ефект зграї".

Підліток усе більше починає задумуватися про свої власні почуття і думки, аналізує внутрішній стан інших людей. У цьому віці вперше усвідомлюється власна несхожість на інших. Підліток вперше стикається з таким важливим і таємничим психологічним станом, як самотність. У цьому віці люди частіше, ніж будь-коли, стають жертвами синдрому дисморфоманії (маячення фізичного недоліку), приділяючи велику увагу своїй зовнішності.

Висновок. Поряд з психічними змінами, зумовленими виключно гормональним впливом, у підлітків спостерігаються і глибоко психологічні, особистісні зміни. На відміну від підлітків, юнаки набагато більш стурбовані формуванням власних переконань, розвитком філософського світогляду. Проблеми в підлітковому віці зумовлюються ще й особливостями самосвідомості (самооцінка/зовнішній вигляд). Отже, у випадках хронічної соматичної патології і захворювань девіантні форми поведінки людини треба розглядати як форми психічного реагування, які із тривалістю часу і за збереження симптомів хвороби змінюють особистість чи блокують особистісний розвиток, призводячи до своєрідної деформації.

Питання до теми

1. «Невизначена, розмита ідентичність» характеризується..?
2. «Дострокова, передчасна ідентифікація» характеризується..?
3. Для етапу «мораторію» характерно?
4. Етап «зрілої ідентичності» характеризується?
5. Назвіть 3 види емансипації.
6. Реакція "опозиції".
7. Реакція "імітації".
8. Реакція "гіперкомпенсації".
9. Реакція "емансипації".
10. Реакція "групування".

Рекомендована література:

Основна: [1,3]

Допоміжна: [4,5]

Інформ. ресурси Інтернет [2]

Міжнародні видання [5]

Тема 5. Надцінні захоплення та пато-характерологічні реакції

Мета. З'ясувати предметний зміст поняття про надцінні психологічні захоплення та характерологічні і пато-характерологічні реакції. Довести, що об'єкт захоплення або надцінної діяльності стає визначальним вектором поведінки людини, який відсуває на другий план або повністю блокує іншу діяльність.

З'ясувати предметний зміст поняття про комунікативні девіації. Довести, що саме на підставі емоційної самооцінки можливо поділ самотності на гармонійне і дисгармонійне спілкування.

Ключові слова: *трудоголізм, гемблінг, колекціювання, паранойя здоров'я, фанатизм, філософська інтоксікація, сутяжництво, кверулянство, клептоманія, дромоманія, емансіпація, групування, опозиція, аутизм, гіпертовариськість, конформізм, елейність, псевдологія, нарцисизм, аморальна поведінка, неістетична поведінка, аутична поведінка.*

Вступ. Усі характеристики захоплення посилюються до гротеску. Потяги ж виникають імпульсивно, без мети та мотиву, періодично, при цьому свідомість у цей час звужена і спрямована на реалізацію цього потягу. Порушення комунікативної функції (спілкування) у повсякденному житті характеризується відсутністю пристосування до дійсності і вимогам, вибором самотності. Протилежністю самотності виступає гіпертовариськість, що характеризується підвищеною потребою в спілкуванні.

План

1. Надцінні психологічні захоплення: трудоголізм, гемблінг, колекціювання, паранойя здоров'я, фанатизм: «релігійний, спортивний, музичний», філософська інтоксікація, сутяжництво та кверулянство.

2. Різновиди маній: клептоманія, дромоманія, піроманія

3. Характеристика параметрів патологічних реакцій

4. Клінічні форми комунікативних девіацій.

Висновок

1. Надцінні психологічні захоплення.

"Трудоголізм", гемблінг, колекціонування, "параноя здоров'я", фанатизм - релігійний, спортивний, музичний тощо. Усі характеристики захоплення посилюються до гротеску. Об'єкт захоплення або надцінної діяльності стає визначальним вектором поведінки людини, який відсуває на другий план або повністю блокує іншу діяльність. Ознаки надцінних захоплень психологічного рівня:

- глибока і довготривала зосередженість на об'єкті захоплення;

- пристрасне емоційно насичене ставлення до об'єкта захоплення;
- втрата відчуття контролю за часом, який відводиться на це;
- ігнорування будь-якої іншої діяльності або захоплення;
- поява відчуття дискомфорту при втраті можливостей реалізувати своє захоплення.

Ознаки окремих надцінних психологічних захоплень:

1) *трудоголізм* - передбачає втечу людини від реальності у сферу діяльності і досягнень, при цьому захопленням стає робота або інша діяльність, де людина хоче досягнути великих успіхів;

2) *гемблінг* - надцінне захоплення азартними іграми, коли людина повністю присвячує себе грі, виключаючи іншу діяльність;

3) *фанатизм* - захоплення якою-небудь діяльністю у крайньому ступені вираження із формуванням культу та повною його підлеглистю людини, її індивідуальності;

4) *"параноя здоров'я"* - захоплення оздоровчими вправами, коли усі засоби досягнення здоров'я переходять у самоціль, і людина від цього отримує задоволення;

5) *колекціонування* - колекціонування без визначеної мети та змісту цього захоплення.

2. Розлади потягів (*клептоманія, дромоманія, піроманія*) - здатні призвести до внутрішньої дезорганізації особистості, а також до суттєвих зовнішніх проявів дисгармонії. Відмінність понять "захоплення" та "потяги" полягають у тому, що захоплення характеризуються усвідомленням мети та мотиву, їх динаміка безперервна і вони можуть з'являтися після складної боротьби мотивів. Потяги ж виникають імпульсивно, без мети та мотиву, періодично, при цьому свідомість у цей час звужена і спрямована на реалізацію цього потягу. До порушень поведінки, яка спричиняються розладами потягів належать: *клептоманія* - тяжке непереборне прагнення індивіда скоїти крадіжку; *дромоманія* - тяжке непереборне прагнення індивіда до бродяжництва; *піроманія* - тяжке непереборне прагнення індивіда до скоєння підпалів.

Одним з найбільш поширених видів поведінки, що відхиляється поза психопатологічних рамок вважаються надцінні психологічні захоплення. Захопленням називають підвищений інтерес до чого-небудь з формуванням упередженого емоційного відношення. При надцінному захопленні всі характеристики звичайного захоплення посилюються до гротеску, об'єкт захоплення або діяльність стають визначальним вектором поведінки людини, відтісняє на другий план або повністю блокує будь-яку іншу діяльність. Класичним прикладом пароксизмального захоплення і «гіперзахоплення» є стан закоханості, коли людина може бути повністю зосереджений на об'єкті і суб'єкті емоційного переживання, втрачати контроль за часом, присвяченим йому, ігнорувати будь-які інші сторони життєдіяльності.

2) На відміну від психологічних при психопатологічних надцінних захопленнях джерелом підвищеного інтересу і упередженого ставлення стають нетрадиційні для більшості людей предмети, явища або сфери діяльності. Наприклад, це може проявлятися колекціонуванням власних «комашок» або обстриженими нігтів, виділень з юнацьких вугрів, захопленням у вигляді записування номерів проїжджаючих машин або підрахування кількості вікон у будинках.

3). *Стереотипизація* реакцій людини на ті чи інші значущі події призводить до формування характерологічних або патохарактерологічних патернів.

3. Характеристика параметрів патологічних реакцій

На думку А.Е.Личко, патологічна реакція відрізняється від варіантів нормальної поведінки наступними параметрами:

1) схильністю до генералізації, тобто здатністю виникати в самих різних ситуаціях, в тому числі неадекватними приводами;

2) схильністю здобувати властивість патологічного стереотипу, повторюючи як кліше з різних приводів один і той же вчинок;

3) схильністю перевищувати «стелю» порушення поведінки, ніколи не перевищує тією групою, до якої він належить;

4) схильністю приводити до соціальної дезадаптації.

4. Клінічні форми комунікативних девіацій

Аутична поведінка характеризується відсутністю пристосування до дійсності і вимогам у повсякденному житті з відходом в світ фантазій, мрій, відмовою від спілкування і вибором самотності. Саме на підставі емоційної самооцінки можливо поділ самотності на гармонійне і дисгармонійний, тобто що супроводжується негативними переживаннями з приводу ізоляції і відсутність контактів або приймає беземоційно і не оцінює як даність положення поза суспільством і контактів. Перше слід позначити як власне самотність, друге - як аутизм. Таким чином, *поняття самотності включає і переживання його*, а аутизму - чисто зовнішні показники самотності та ізоляції. Kolbel розрізняв **чотири типи самотності**:

- а) позитивний внутрішній тип («горда самотність»), пережитий як необхідний засіб розкриття нових форм свободи або нових форм спілкування з іншими людьми;
- б) негативний внутрішній тип, пережитий як відчуження від свого «Я» і від інших людей, почуття відчуженості, навіть в оточенні інших людей;
- в) позитивний зовнішній тип, наявний в ситуації фізичного усамітнення, коли ведуться пошуки нового позитивного досвіду;
- г) негативний зовнішній тип, наявний в тому випадку, коли зовнішні обставини (смерть партнера, втрата контакту) ведуть до вельми негативним відчуттям самотності.

Протилежністю аутичної поведінки виступає *гіпертовариськість*, що характеризується підвищеною потребою в спілкуванні, бажанні розмовляти і взаємодіяти з багатьма партнерами по комунікації і протягом максимально можливого часу. Девіацією у такої людини стає невміння навіть короткий час перебувати на самоті, поза суспільством. *Гіпертовариськість* пов'язана з балакучістю, багатомовністю, а іноді і хронічної манією - станом тривалого підвищення настрою, що поєднується з невмінням структурувати час, з безпечністю, безвідповідальністю, необов'язковістю. Поведінка, що відхиляється зачіпає оточуючих, оскільки конфлікти у такого індивіда відбуваються через його невміння і небажання слухати співрозмовника.

Конформізька поведінка проявляється в схильності пристосовуватися до будь-якого оточення, до будь-яких точок зору і світогляду, немає власних інтересів,

а жити схемами, придуманими в суспільстві, ігнорувати або не мати свого погляду на що відбуваються події.

Конформіст - це людина без властивостей. Основна його здатність - бути непомітним, «Як всі», не проявляти жодних реакцій, які могли б відрізнитися від загальноприйнятих і традиційних, повне підпорядкування без внутрішньої боротьби. Задоволення такого індивіду приносить потрапляння в резонанс із загальними інтересами, звичками, навичками. Він схильний використовувати поведінкові і мовні штампи: одягатися за формою, трафаретно говорити, використовуючи, наприклад, бюрократичну мову.

Особливим різновидом комунікативних девіацій вважається поведінка, при якій людина керується **псевдологією**. При цій формі поведінки, що відхиляється, людина схильна активно і часто використовувати помилкові (неправдиві) висловлювання. Він бреше не заради отримання будь-якої вигоди, а з метою залучення до власної персони уваги, або для провокування оточуючих. *Псевдологічна* поведінка носить адиктивний або патохарактерологічний відтінок. Вигода полягає в зміні свого психологічного стану (*Задоволення від визнання і залучення уваги, радості від введення в оману або заплутування співрозмовника, заспокоєння від заподіяно партнеру шкоди*).

У сфері спілкування виділяється такий феномен як **елейність** поведінки. Даний тип девіантної поведінки зустрічається часто при епілептичних змінах особистості, а також в рамках епілептоїдних рис характеру. Під елейністю розуміють солодкуватість, ніжність і догідливість в поводженні з оточуючими, яка сприймається як неприродність і навмисність, тим більше, що за подобою зовнішньою поведінкою рідко стоять справжні почуття і емпатія.

Нарцисизмом позначається спрямованість сексуального потягу на себе. Він проявляється самозамилуванням, завищеною самооцінкою, підвищеним інтересом на власну зовнішність, половим органам, сексапільності. Часто нарцисизм поєднується з істеричними рисами характеру і т.зв. нарцисичним розладом особистості, які виділяються за американською класифікацією поведінкових розладів. Найбільш істотним стає стійкий *патерн претензійності, переконаності у власній привабливості в поєднанні з гіперсенситивністю до оцінок і критики з боку оточуючих*.

Поведінка, що відхиляється, може порушувати норми етики і моралі, які закріплені в понятті загальнолюдських цінностей. Під загальнолюдськими цінностями розуміється добровільна відмова загалом вчинків, які можуть завдати шкоди оточуючим. Вони встановлюються за допомогою звичаїв. Загальним для них є заповідь: *«Роби по відношенню до інших так, як хотів би, щоб поступали по відношенню до тебе»*.

Аморальна поведінка це крайня форма розтління особистості, що виражається у свідомому зневажанні моральних норм і цінностей, які утвердилися у певному суспільстві. Центральним пунктом даного виду девіантної поведінки є ступінь орієнтації цінностей особистості на такі параметри, як краса, гармонія, смак. **Неестетична поведінка** не є патологічним, як і аморальне або аморальне. Однак, воно здатне приводити до міжособистісних конфліктів і розглядатися як істотна складова цілісності особистості. До неестетичної поведінки відносять відмову від правил і принципів естетики в різних сферах: харчуванні, одязі, висловлюваннях і ін. Основою оцінки поведінки людини як неестетичного є **принципи: гармонійності, пропорційності, симетрії, краси, прекрасного і піднесеного, досконалості**. Неестетична поведінка це поведінка людини, яка не наслідує законів прекрасного, духовного тощо. У патології така поведінка може траплятися у дементних хворих або в олігофренів. Таку ж поведінку можуть демонструвати люди із протесними реакціями тощо.

Висновок. Захопленням називають підвищений інтерес до чого-небудь з формуванням упередженого емоційного відношення. Джерелом підвищеного інтересу і упередженого ставлення стають нетрадиційні для більшості людей предмети, явища або сфери діяльності. Поведінка, що відхиляється, може порушувати норми етики і моралі, які закріплені в понятті загальнолюдських цінностей. Однак, вона здатна приводити до міжособистісних конфліктів і розглядатися як істотна складова цілісності особистості.

Питання до теми.

1. Ознаки надцінних психологічних захоплень.
2. Розлади потягів -клептоманія.
3. Розлади потягів - дромоманія
4. Розлади потягів - піроманія

5. Ознаки психопатологічних надцінних захоплень.
6. Ознаки психологічних надцінних захоплень.
7. Клінічні форми девіантна поведінки.
8. Чотири типи самотності (Kolbel).
9. Поясніть поняття «Конформізм».
10. Поясніть поняття «елейність».
11. Поясніть поняття «нарцисизм».
12. Аморальна поведінка та неестетична поведінка

Рекомендована література:

Основна: [1,3]

Допоміжна: [4,5]

Інформ. ресурси Інтернет [3]

Міжнародні видання [3]

РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ВИДІВ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ. ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОКОРЕКЦІЯ

Тема 6. Агресивна поведінка

Мета. Викласти теоретичні основи форм вияву девіантної поведінки. З'ясувати, що кожна із клінічних форм девіантної поведінки може бути обумовлена різними типами поведінки. Мотивом вибору тій чи іншій форми є кілька різновидів відхиленої поведінки водночас.

Ключові слова: *агресія, аутоагресія, парасуїцидальній поведінці, самогубство, фетишизм, атарактична мотивація, гедоністична мотиваці, мотивація з гіперактивацією, субмісивна мотивація, псевдокультурна мотивація, анорексія, синдром дисморфофобії, перверзії, булімії, гіперсексуальність, некрофілія, фетишизм, нарцисизм, гомосексуалізм, трансвестизм, транссексуалізм.*

Вступ. Суттю девіантної поведінки стає значна зміна ієрархії цінностей людини. Агресія може проявлятися в прямій формі, коли людина з агресивною поведінкою не схильна приховувати це від оточуючих. Домінуючим видом аутоагресії є фізична агресія. Порушення харчової поведінки, до яких відносять

переїдання та голодування, мають стереотип споживання у станах стресу, з орієнтацію на образ свого тіла та діяльність з його формування. Відбувається зміна місця їжі в ієрархії цінностей. Сексуальні девіації або відхилення - це будь-яке кількісне або якісне відхилення від сексуальної норми. При цьому діагностичні критерії відхилень у сексуальній поведінці людини дуже складні та суперечливі наслідком інтеграції соціальних, психологічних, соціально-психологічних, біологічних чинників.

План

1. Поняття: “ Агресивна поведінка “, “Агресія “, “Агресивність “
2. Види агресивної поведінки. Теорії агресії в психології.
3. Вплив сім’ї та середовища на агресивність дітей.
4. Особливості прояву агресивної поведінки. Ситуативні чинники

Висновок

1. Поняття: “ Агресивна поведінка “, “Агресія “, “Агресивність

Агресивна поведінка – це форма девіантної поведінки, що проявляється в агресивності з певною постійністю в різних ситуаціях і деструктивними діями, ціль яких – заподіяння шкоди чи образи оточуючим (Ю. О. Клейберг, 2001).

У ХХ ст. людство пережило надзвичайні катаклізми, пов’язані з різними проявами агресії. Це війни, геноцид окремих народів, зокрема штучно створений голод, тероризм, радикалізм окремих суспільних рухів та угруповань, зростання злочинності та злочинів проти людини.

Агресія – це фізична або вербальна поведінка, метою якої є заподіяння шкоди (фізичної, психологічної) іншим людям. Існують різновиди агресії: фізична (завдання тілесних ушкоджень) та вербальна (словесні образи, імперативні та іронічні висловлювання у чиюсь адресу).

Агресивність – це властивість особистості, що виражається в готовності до агресивної поведінки.

2. Види агресивної поведінки. Теорії агресії в психології

Види: слід диференціювати «*ворожу*» та «*інструментальну*» агресію.

Джерелом *ворожої агресії* є гнів, її остаточна мета – заподіяти шкоду. Якщо заподіяння шкоди не є самоціль, а лише засобом досягнення якої-небудь іншої мети, то така агресія називається *інструментальною*. Більшість вбивств є результатом ворожості. Приблизно половина – наслідки сварок, інші – наслідки любовних трикутників або бійок, затіяних людьми, які перебували під впливом алкоголю чи наркотиків. Подібні вбивства імпульсивні, вони відбуваються в результаті емоційних вибухів – тому навіть покарання агресора смертною карою (за даними 110 країн) не зменшує загальної кількості таких злочинів. Розрізняють також агресію *контактну* (рукоприкладство, насильство, використання холодної зброї тощо) та *дистантну* (переважно за допомогою вогнепальної зброї).

Крім того, агресія поділяється на *зовнішню* (автоагресію), спрямовану на середовище та *внутрішню* (аутагресію), скеровану людиною на саму себе.

Існують такі види агресивних дій (Басс-Дарка):

- 1) Фізична агресія (напад, фізична дія).
- 2) Непряма агресія (плітки, жарти, крик, тупотіння ногами).
- 3) Схильність до роздратування (готовність до прояву негативних емоцій за найменшого емоційного збудження).
- 4) Негативізм (опозиційна манера поведінки від пасивного опору до активної боротьби).
- 5) образа (зависть і ненависть до оточуючих за їх реальні чи уявні вчинки).
- 6) Підозрілість (від недовіри й обережності до переконання, що всі інші люди завдають шкоду чи планують це зробити).
- 7) Вербальна агресія (сварка, крик, погрози, прокляття).

Різні види агресивних дій можуть бути зумовлені різними чинниками і входити в структуру різних типів девіантної поведінки (кримінальна, деліквентна, асоціальна, адитивна).

Теорії агресії в психології.

Біологічні теорії агресії. Біологи дослідили, що агресія пов'язана з діяльністю кори півкуль головного мозку. Вченим вдалося встановити, які саме ділянки нервової системи посилюють агресивну поведінку людини і тварин. Активація певних зон мозку призводить до посилення ворожості, а дезактивація – до її

послаблення. Це спричинило низку експериментів для перевірки гіпотези про те, що соціально агресивні люди (вбивці) мають дефекти певних ділянок мозку.

Генетичні чинники агресії. Успадкований людиною темперамент пов'язаний також із особливостями функціонування кори півкуль головного мозку, з властивостями вищої нервової діяльності. Типи темпераментів особистості відрізняють за силою, врівноваженістю, рухливістю процесів гальмування та збудження у корі мозку (І. Павлов).

Виокремлюють **чотири типи темпераментів:** збудливий, врівноважений, гальмівний, інертний.

Темперамент індивіда виявляється в дитинстві і, як правило, не змінюється впродовж усього життя. Трапляється так, що відважна, імпульсивна та запальна дитина може перетворитися на підлітка, схильного до насильницьких дій. До генетичних чинників агресії належить аномалія хромосом ХУУ. Відомо, що чоловіки мають пару хромосом – ХУ, а жінки – ХХ.

Дослідження показали, що *агресивність має генетичне підґрунтя* – це надлишок Y-матеріалу, який зумовлює розумову відсталість та агресію.

Біохімічні чинники агресії. Чутливість до збудників агресії залежить також і від хімічного складу крові. Алкогольне та наркотичне сп'яніння, інтоксикація в результаті захворювання впливає на агресивність. Агресивність також пов'язана з вмістом у крові чоловіків та жінок статевого гормону тестостерону.

Підлітки і дорослі чоловіки, рівень вмісту тестостерону в крові яких високий, більш схильні до правопорушень, наркоманії й агресивних реакцій на провокації. Спортсмени часто вживають різні гормональні препарати, які підвищують їх рівень алертності (войовничості), тобто спортивної «злості». Лікарські препарати, що знижують рівень тестостерону в крові здатні понизити рівень агресивності. Також причетним до агресивної поведінки є низький рівень вмісту в крові нейротрансмітера *серотоніну* – хімічної речовини, дефіцит якої характерний для людей, котрі перебувають у стані депресії.

Важливо пам'ятати, що зв'язок між поведінкою людини і вмістом тестостерону і серотоніну в її крові має взаємообернену дію. Так, тестостерон сприяє домінуванню й агресивності, але домінування або успіх в якій-небудь справі призводять до підвищення його концентрації в крові. Після перемоги улюбленої

футбольної команди вміст тестостерону в крові уболівальників зростає, а після програшу – знижується. У людей, які втратили свій соціально-економічний статус, рівень серотоніну в крові невеликий.

Еволюційні психологи припускають, що природа, можливо, так «готує» їх до того, щоб вони не боялися йти на ризик, який може принести їм успіх.

Психологічні теорії агресії

1. Теорія інстинктивної агресії та еволюційна психологія.

3. Фройд вважав, що джерелом людської агресії є саморуйнівні, деструктивні імпульси. Це перенесення на інших людей вродженої енергії примітивного прагнення до смерті («інстинкту смерті»).

К. Лоренц, який вивчав інстинктивну поведінку в природі (тварин та людей), вважав, що агресія є адаптивною, а не саморуйнівною. Він вважав також, що люди мають уроджені механізми блокування агресії, однак його турбували тенденції посилення «агресивних інстинктів» людини без одночасного розвитку механізмів їх блокування.

Проте і З. Фрейд, і К. Лоренц погоджувалися з тим, що агресія за своєю природою є інстинктивною (універсальною і незалежною від наущіння). Якщо людина не має змоги вивільнити негативну енергію шляхом помірної агресивної реакції (легітимної), то вона накопичується в організмі доти, поки не відбудеться сильний, руйнівний для оточення емоційний вибух. Теорія інстинктивної агресії була дуже популярною в соціології, вчені склали довжелезні переліки інстинктів соціальної поведінки, вміщуючи туди агресію. Окремі автори навіть висунули припущення, що «суспільство контролю», яке було характерним на початку-середині ХХ ст. для країн Європи спровокувало сильний вибух агресії. Вивільнення агресивної енергії великих мас людей, зокрема, пояснює, чому у війнах ХХ ст. було вбито більше людей, ніж за всю попередню історію людства.

1) *Теорія інстинктивної агресії* не може пояснити, чому різним людям і культурам агресія притаманна різною мірою. Хоча біологічні чинники і впливають на агресію, проте схильність людей до агресивних дій не можна остаточно називати інстинктивною поведінкою.

2) *Класична теорія «фрустрація-агресія»* (Дж. Доллард та Н. Міллер).

Учені зробили висновок, що фрустрація часто призводить до вияву агресії.

3) **Фрустрація** – це біль-менш тривалий негативний стан, породжений мотиваційним конфліктом, відчуттям людини неможливості досягнути бажаної мети. Фрустрація може спричинити пряму або заміщену агресивну реакцію, а може завершитися відмовою від мети. Тобто, фрустрація не обов'язково призводить до агресії. Людина може відмовитися від мети, впасти в апатію, пережити регрес (примітивізація поведінки), або ж фіксацію (нав'язливе повторювання певних дій, їх безрезультативність для мети).

ФРУСТРАЦІЯ (МЕТА) : Фактори, що провокують агресію +Агресія скерована назовні +Прямий вияв агресії ; Відмова від мети =Ауагресія (наприклад, самогубство) або Заміщена агресія.

Та все ж часто фрустрація спричиняє агресію. Страх індивіда перед осудом або покаранням за його агресивні дії у стосунку до джерела фрустрації (наприклад, певного суб'єкта) може переорієнтувати агресивність на яку-небудь іншу мішень або навіть на самого себе (ауагресія). Пригадайте старий анекдот про те, як повівся працівник, на якого накричав шеф. Він вдома влаштував скандал дружині, та, своєю чергою, вилаяла сина, син штовхнув ногою пса, а пес укусив листоношу. Цей анекдот – прекрасна ілюстрація заміщення агресії.

3) **Концепція заміщеної агресії** (Л. Берковіц). На думку Л. Берковіца, фрустрація спричиняє гнів – емоційну готовність до агресивних дій. Однак суб'єкт, який викликав фрустрацію є недосяжним. Тоді гнів (агресія) вихлюпується на суб'єкт (або об'єкт), який є поруч. Якщо в полі зору особи, яку охопив гнів, опиниться зброя, є чималий ризик, що вона її використає.

В країнах, де заборонено носити вогнепальну зброю, спостерігається менша кількість злочинів з її використанням. Причиною фрустрації (різниця між бажаним, метою та даністю, що переживається) може бути депривація (стан переживання неможливості задовольнити якусь потребу). Хоча фрустрація може і не залежати від депривації. Однак часто фрустрація посилюється, коли люди порівнюють себе з іншими.

Наступає відносна **депривація** – сприйняття свого становища як гіршого порівняно зі становищем інших. Насамперед сказане стосується людей із низькою самооцінкою: саме у них подібне «невтішне порівняння» здатне викликати відчуття

відносної депривації. Одне із можливих джерел подібної фрустрації – пропаганда розкоші телепрограмами і телевізійними рекламами.

У тих культурах, де телебачення стало невід’ємним елементом життя, воно здатне перетворити абсолютну фрустрацію (у мене немає того, що є у інших) у відносну депривацію (я позбавлений того, що є у інших).

4) *Теорія соціального навчіння агресії* (А. Бандура). Згідно з цією теорією, люди засвоюють навички агресивної поведінки шляхом спостереження та імітації за поведінкою інших, зокрема під впливом нагород та покарань. Цю теорію А. Бандура сформулював як результат низки експериментів, що показали таке. Діти, які не бачили агресивної поведінки експериментатора, рідко бавились або розмовляли агресивно. Вони поводитись спокійно, хоч і переживали фрустрацію. Ті з них, кому довелося бути свідками агресивних проявів експериментатора, частіше брали в руки молоток, щоб ударити ним ляльку, діти часто повторювали дії експериментатора, її слова. Спостереження за агресивною поведінкою дорослої людини навчило їх вияву агресії. Це показує, що найбільше агресивних реакцій виявляли діти, які попередньо спостерігали агресивну поведінку дорослих, а також фільм, де дорослі проявляли таку поведінку. Найменше агресивних реакцій діти виявляли після того, як спостерігали доброзичливу, зовсім неагресивну розмову дорослих. На думку А. Бандури, сім’я, субкультура і засоби масової інформації щодня дають дітям різні уроки агресивності

3. Вплив сім’ї та середовища на агресивність дітей

Психологічні дослідження показали, що у сім’ях, де практикується рукоприкладство як спосіб покарання, зростають діти, схильні до агресивних дій стосовно тих, що їх оточують. Хоча більшість людей, з якими жорстко поводитись у дитинстві є хорошими батьками, все ж третина з них переносить відомі їм із власного досвіду «методи виховання» на своїх дітей і карають їх частіше. У сім’ях насильство батьків часто породжує подальше насильство їх дорослих дітей, що стали батьками.

Соціальне середовище теж є джерелом прикладів для наслідування. Там, де ідеалом чоловіка є мачо (з іспанської «machо» – справжній чоловік), агресивний стиль поведінки переходить від батьків до синів. Так, заснована на насильстві

субкультура підліткових банд дає їх молодшим членам чимало прикладів агресивної поведінки. На таких спортивних заходах, як футбольні матчі, найбільш серйозні інциденти за участю агресивно налаштованих фанатів виникають у відповідь на жорстку гру футболістів. Немало агресивних дій є на совісті різних груп. Групову агресію провокують ті ж чинники, які породжують індивідуальну агресію. Однак групи реагують агресивніше, ніж індивіди. Це пояснюється феноменом групової поляризації – крайніх суджень та дій, зумовлених відсутністю персональної відповідальності.

Засоби масової інформації також можуть формувати агресію. Фільми та телевізійні передачі містять чималий арсенал жорстокості та насильства. Відтак це підвищує поріг чутливості глядачів (дітей, підлітків) до насильства, формує їх реакції на світ. А. Бандура вважає, що агресивні дії можуть бути спровокованими.

Аверсивний досвід (гнів, образа, фрустрація) викликає в людини емоційне збудження. Проте чи буде виявлятися агресія, залежить від того, яких можливих наслідків людина очікує. Отож, агресивні дії найбільш вірогідні тоді, коли людина збуджена, або ж їй здається, що вона безкарна і може одержати від агресії певну вигоду.

Агресія мотивується винагородою (психологічною, матеріальною). Коли людина не боїться наслідків, покарання за агресію, вона може легко вдаватися до неї. Агресія як результат аверсивного досвіду та винагороди (Д. Майєрс, 1999):
Аверсивний досвід -Емоційне збудження -Винагорода за агресію +Наслідки, які очікуються =**Агресія**

Отже, згідно з психологічною теорією Дж. Долларда та Н. Міллера, гнів і ворожість є наслідками фрустрації. За наявності збудників (підбурювачів) подібний гнів здатний Аверсивний досвід- Емоційне збудження- Винагорода за агресію- Наслідки, які очікуються Агресія - спровокувати агресивні дії

Л. Берковіц зробив уточнення цієї теорії та висунув концепцію заміщеної агресії. Крім того, фрустрація не є наслідком депривації, а результатом конфлікту між очікуваннями і реальними досягненнями.

Згідно з теорією соціального наuczіння А. Бандури, агресивна поведінка – це результат соціальної взаємодії та наслідування. Інколи агресія є вигідною поведінкою для деструктивних груп та окремих особистостей. Агресія може

допомагати їм досягати певної мети. Соціальне наочіння агресії відбувається під впливом сім'ї, субкультури і засобів масової інформації.

4. Особливості прояву агресивної поведінки. Ситуативні чинники

Для контролю агресії необхідно знати чинники, які проваюють аверсивні інциденти: больові відчуття, спека, образи, тіснява. Біль. Агресивність людей посилюється під впливом болю.

Психолог Л. Берковіц і його колеги довели це, провівши експеримент за участю студентів. Досліджувані тримали одну руку або в теплій воді, або в настільки холодній, що її починало «ломити». Серед тих, хто тримав руку в холодній воді виявили роздратованих, напружених, які зізналися, що ладні були з лайкою накинутися на інших. Відтак Л. Берковіц вважає, що найважливішим «спусковим гачком» ворожої агресії є не стільки фрустрація, скільки аверсивна стимуляція.

Спека. У свій час дослідники пов'язували темперамент певного народу з кліматичними умовами їх життя. Спочатку цю ідею висловив давньогрецький лікар Гіппократ. Упродовж різних сторіч про це писали англійські, французькі та навіть українські дослідники. І сам клімат, і його зміни можуть вплинути на поведінку людини. Психологи встановили, що підвищення температури в кімнаті (понад +32°C) викликає втому та агресивність до сторонньої людини. У спеку зростає кількість злочинів, що здійснюються із застосуванням насильства. Про це свідчать статистичні дані про рівень злочинності в багатьох містах. Атакуюча поведінка та агресія. Особливо сильним збудником агресії є атакуюча поведінка іншої людини. Навмисні напади (фізичні, вербальні) викликають у відповідь агресію – бажання помститися нападникові.

Тіснява. Джерелом стресу є відчуття людиною дефіциту простору. Людині, яка опинилася в переповненому автобусі, в автомобільних «корках» на дорогах, або мешкає з родичами у маленькій квартирі, може здаватися, що вона втрачає контроль над ситуацією. Сільським мешканцям, що приїзджають у місто, де щільність потоку перехожих на вулицях, є високою міське життя видається нестерпним.

Продукція ЗМІ. Телебачення, фільми демонструють багато прикладів агресивної поведінки. Психологічні експерименти стосовно візуального сприйняття сцен насильства засвідчують, що воно:

1) суттєво підсилює агресивну поведінку, особливо у збуджених індивідів;

2) робить глядачів менш чутливими до насильства, спотворює їхнє сприйняття реальності. Обидва ці висновки були зроблені на підставі вивчення впливу «жорсткого порно», який здатний підсилити чоловічу агресію стосовно жінок. Якщо візуальна продукція має такий вплив, то демонстрація на екрані зразків просоціальної поведінки може бути корисною для суспільства. У суспільстві слід налаштовувати за допомогою різних освітніх програм неконфліктну комунікацію, залучати осіб, які пов'язані з професіями типу «людина-людина» до тренінгу спілкування.

Послаблення агресії. Катарсис

Концепцію катарсису («очищення») зазвичай пов'язують з іменем Аристотеля. Концепцію катарсису («очищення») зазвичай пов'язують з іменем Аристотеля. Філософ вважав, що оглядаючи виставу-трегедію, людина переживає її та звільнюється від власних негативних емоцій. Як терапевтичний метод катарсис використовувався більше 100 років та був основою психоаналітичного лікування. Катарсис – це вивільнення негативних емоцій, очищення шляхом залученості індивіда до перетворювального переживання травматичних подій, які трапились у минулому.

Підхід, заснований на соціальному наuczінні.

Якщо агресивна поведінка – результат соціального наuczіння, то її чинники можна нейтралізувати.

1. Відомо, що фрустрація пов'язана з наявністю у людини очікувань, які не сповнилися. Ворожу агресію, що виникла під її впливом, можна нейтралізувати, якщо не спонукати людей до очікувань, які ніколи не зможуть зреалізуватися.

2. На інструментальну агресію впливають очікування певних винагород і вигод. Це означає, що потрібно винагороджувати неагресивну поведінку та співпрацю. Покарання агресорів здебільшого є менш ефективне.

3. Страх покарання запобігає агресії тільки в ідеальних умовах, коли покарання є невідкладним та достатньо адекватним провині, коли воно поєднується з винагородою за бажану поведінку.

Висновок. Отже, агресія – це фізична або вербальна поведінка, метою якої є заподіяння шкоди (фізичної, психологічної) іншим людям. Існують різновиди агресії: фізична (завдання тілесних ушкоджень) та вербальна (словесні образи, імперативні та іронічні висловлювання у чийсь адресу). Необхідно навчати людей неагресивним способам вирішення конфліктних ситуацій. Покарання дітей у сім'ях можуть мати негативні побічні ефекти. Покарання – це аверсивна стимуляція, воно моделює ту ж поведінку, якій намагається запобігти. Саме тому агресивні батьки, схильні до жорсткого поводження з власними дітьми, часто походять із сімей, де дисципліна підтримувалась за допомогою фізичних покарань. Щоб людський світ був добрішим, із ранніх років необхідно 100 демонструвати людям зразки гуманної поведінки та співпраці, винагороджувати їх за ці вияви. Педагогів, батьків, усіх, хто працює з дітьми, доречно в межах різних освітніх програм навчати навичкам міжособистісного спілкування – методам контролю за гнівом і способам морального впливу, що і буде профілактикою девіантної поведінки особистості.

Питання до лекції

1. Теорії агресії в психології.
2. Поняття агресії в психології девіантної поведінки.
3. Характеристика видів агресивної поведінки
4. Теорії агресії в психології.
5. Біохімічні чинники агресії.
6. Назвіть причини агресивної поведінки особистості.
7. Генетичні чинники агресії.
8. Характеристика поняття "фрустрація"
9. Теорія "соціального научіння агресії" (А. Бандура).
10. Характеристика концепції "катарсису"
11. Вплив сім'ї та середовища на агресивність дітей.
12. Ситуативні чинники формування агресивної поведінки

Рекомендована література:

Основна: [1,3]

Допоміжна: [2,4]

Інформ. ресурси Інтернет[2]

Міжнародні видання [6]

Тема 7. Адиктивна поведінка особистості. Алкогольна адикція

Мета. Вивченню підлягають причини, що викликають делінквенти, умови, що сприяють їх поширенню в молодіжному середовищі, особливості особистості делінквента (правопорушника), специфіка його соціалізації, делінквентні субкультури, питання профілактики та попередження правопорушень і ряд інших проблем.

Ключові слова: *делінквентна поведінка, аддиктивна поведінка, патохарактерологічна поведінка, психопатологічна поведінка, поведінка на базі гіперздібностей, емоційної нечутливості (стагнації).*

Вступ. Широка область наукового знання охоплює аномальну, девіантну поведінку людини. Аномалії і проступки, гуртуються на змінах, відхиленнях і порушенні. Особливо пильний інтерес у наукових дослідженнях приділяється підліткової делінквентності.

План.

1. Характеристика виду “Адиктивної поведінки”
2. Види чинників адиктивної поведінки
3. Особистісні детермінанти залежної поведінки
4. «Комплекс неповноцінності» адиктивних особистостей
5. Алкогольна адикція
6. Форми прояву та стадії розвитку алкоголізму

Висновок.

1. Характеристика виду “Адиктивної поведінки”

Особливе місце у девіантній поведінці посідає адиктивний вид. Адиктивна поведінка (залежна) – це одна із форм деструктивної поведінки, яка виражається у прагненні до втечі від реальності шляхом зміни свого психічного стану засобом прийому деяких речовин (алкоголь, наркотики і т. д.) чи постійної фіксації уваги на

певних предметах чи активних видах діяльності (їжа, праця, гра і т. д.), що супроводжуються розвитком інтенсивних емоцій (Ц. П. Короленко, 1991, 2000).

Адиктивна – одна із форм девіантної поведінки з формуванням прагнення до втечі від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану через вживання деяких речовин чи постійну фіксацію уваги на певних видах діяльності, що спрямоване на розвиток і підтримання інтенсивних емоцій. Основний мотив особистостей, схильних до адиктивних форм поведінки, - *активна зміна психічного стану, що не задовольняє їх і розглядається ними як «сірий», «нудний», «монотоний», «апатичний»*. Такій людині не вдається і виявити в реальній дійсності, якісь сфери діяльності, здатні привабити надовго їх увагу, захопити, викликати якусь істотну і виражену емоційну реакцію. Життя їй бачиться не цікавим через його буденність і одноманітність. Людина не сприймає того, що вважається в суспільстві нормальним: необхідності щось робити, чимось займатись, дотримуватися прийнятих у сім'ї чи суспільстві традицій і норм. Адиктивна активність має вибіркового характер – у тих сферах життя, які хоч на якийсь час, але приносять людині задоволення і виривають її із світу **емоційної нечутливості (стагнації)**, вона може проявити велику активність для досягнення мети. Загалом адиктивну поведінку можна поділити на дві великі **групи**: *хімічні* види адикцій та *нехімічні* види адикцій.

До **хімічних видів** адиктивної поведінки належать: алкогольні адикції та наркотичні адикції.

До **нехімічних видів** – ігрові адикції, інтернет-адикції, ТВ-адикції, харчові адикції, шопоголіз, трудоголізм і т. д.

2. Види чинників адиктивної поведінки

Чинники, які детермінують залежну поведінку, можна поділити на 3 великі групи: *біологічні, соціальні, особистісні*.

Біологічні детермінанти залежної поведінки:

- ступінь початкової толерантності (наприклад, до речовини, якою зловживають);
- родові травми;

- часті інфекційні захворювання і черепно-мозкові пошкодження в дитячому віці;

- мозкові дисфункції й органічні ураження мозку;

- спадкова обтяженість до алкоголізму і наркоманії, особливо першого ступеня спорідненості;

- затримки в психічному та фізичному розвитку.

Соціальні детермінанти залежної поведінки:

- **макросоціальні чинники:**

- соціально-економічна нестабільність суспільства;

- невизначеність соціальних норм, цінностей у суспільстві;

- традиції, звичаї, закони, терпимість до аморальних і антигромадських форм поведінки;

- доступність алкоголю і наркотиків;

- висока оплачуваність некваліфікованої праці, що не стимулює підлітків до здобуття якісної вищої освіти та ін.;

- **мікросоціальні чинники:**

- вплив сім'ї, групи однолітків і всього близького соціального оточення людини; схильність -референтної групи до того або іншого виду залежної поведінки;

- недостатній рівень виховної роботи в школі;

- незадовільний клімат у класі.

У сучасному суспільстві існують **чинники**, які *стимулюють* розвиток адиктивної поведінки:

- традиції, звичаї, закони, споживання алкоголю й інших наркотичних речовин;

- нестабільність суспільного розвитку;

- невизначеність соціальних норм, терпимість до аморальних і антигромадських форм поведінки;

- позитивне уявлення про алкоголь і наркотики, відсутність об'єктивної інформації; доступність алкоголю і наркотиків;

- висока оплачуваність некваліфікованої праці, що не стимулює підлітків до здобуття якісної вищої освіти.

Крім того, певні стереотипи мислення, система популярних соціальних іміджів (мода), ідеологічні установки «працюють» на зростання кількості адиктів у суспільстві. Поручена система цінностей і негативні моделі поведінки в окремих молодіжних групах значно впливають і тиснуть на здорову популяцію однолітків.

Сім'я вважається одним із найважливіших чинників ризику та запобігання залежності. Водночас головна роль належить не рівню матеріального добробуту, соціального статусу сім'ї, а *психологічним аспектам* – внутрішньосімейним відносинам.

Основні сімейні чинники, що детермінують виникнення залежної поведінки, такі:

- порушення взаєностосунків у сім'ї (батьківськочитячі, подружні);
- непослідовний стиль виховання;
- конфліктні відносини; емоційно-холодні відносини (байдужість, відгородження);
- негативна дія на дітей з боку батьків (фізична агресія, психологічний тиск, образи, сексуальні домагання);
- відсутність духовного (культурного) спілкування;
- порушена система сімейних цінностей;
- позитивне ставлення в сім'ї до алкоголю, тютюну;
- традиції та норми сім'ї, що допускають уживання легальних наркотиків батьками й іншими членами сім'ї;
- соціальне неблагополуччя батьків (безробіття, надмірна зайнятість, матеріальні утруднення, соціальна ізоляція);
- часті переїзди та ін.

І. П. Короленко і Г. А. Донських описали **чотири типи виховання в сім'ї**, які створюють високий ризик виникнення залежної поведінки: *гіперопіка, гіпоопіка, пред'явлення непомірних вимог, непрогнозовані емоційні реакції батьків*.

Кожний із цих типів виховання по-своєму порушує процес розвитку та становлення особи. Так, в сім'ях із непомірними вимогами до дитини виникнення залежної поведінки обумовлено, з одного боку, відсутністю достатніх навиків спілкування, заснованого на взаєморозумінні, з іншого – постійним страхом невдач, поразки, страхом виявитися «не на висоті».

Відсутність навиків емоційного спілкування штовхає людину на заміну природних форм спілкування спілкуванням із предметами або явищами; постійна напруга, страх виявитися неспроможним викликає прагнення позбутися цих суб'єктивно неприємних станів за допомогою різних видів адиктивного поведінки.

М. С. Курек (2001) виокремлює два типи сімей, що сприяють виникненню адиктивної поведінки: сім'ї з грубими порушеннями спілкування (особливо емоційного) батьків і дітей; сім'ї, де один із батьків – алкоголік або наркоман. Психоаналітичні концепції у формуванні залежної поведінки відводять величезну роль матері.

Так, відповідно до В. Буріану, вирішальним чинником формування залежності в підлітковому віці є алекситимія – труднощі вербалізації почуттів. Автор вважає, що цей дефект виникає в ранньому дитинстві через порушену інтеракцію матері та дитини.

У групу **соціальних чинників**, що визначають залежну поведінку, також входять: - схильність референтної групи до того або іншого виду залежної поведінки;

- недостатній рівень виховної роботи в школі; незадовільний клімат у класі;
- безпосередньо передуючі зловживанню трагічні події в сім'ї; вимушена розлука з особою, до якої була сильна емоційна прихильність;
- «сімейний крах», соціальний психологічний статус підлітка, що різко змінився.

3. Особистісні детермінанти залежної поведінки

Виникнення адикції залежить від ступеня досконалості особи, її можливостей адаптації до вимог суспільства.

Добре інтегрована особа справляється із труднощами.

Погано організована – потребує штучного полегшення і, якщо суспільство не засуджує прийом якої-небудь речовини, починає вживати його.

Залежний тип особистості – особа невротична, що вимагає постійної сторонньої допомоги.

Основний мотив особистостей, схильних до адиктивних форм поведінки, – активна зміна психічного стану, що не задовольняє їх і розглядається ними як

«сірий», «нудний», «монотонний», «апатичний». Такій людині не вдається виявити в дійсності якісь сфери діяльності, здатні привабити надовго її увагу, захопити, викликати якусь істотну й виражену емоційну реакцію. Життя їй бачиться нецікавим через його буденність і одноманітність. Людина не сприймає того, що вважається в суспільстві нормальним: необхідності щось робити, чимось займатись, дотримуватися прийнятих у сім'ї чи суспільстві традицій і норм. Адиктивна активність має вибіркового характеру у тих сферах життя, які хоч на деякий час, але приносять людині задоволення і виривають її із світу емоційної нечутливості (стагнації), вона може проявити велику активність для досягнення мети.

В. Д. Менделевич визначає декілька найхарактерніших *рис залежної особистості*. Насамперед це **інфантильність**, яка є стрижнем залежної особи. Залежній особі надзвичайно характерна **навіюваність**: багато що з того, що відбувається, глибоко не аналізується і не піддається осмисленню. Особистість, схильна до формування залежної поведінки, виявляється некритичною, часто до легковірної, податливої груповій дії, авторитарного управління. Крім того, характерними для такої людини є підпорядкованість, спрямованість на зняття з себе і передачу іншому відповідальності за поведінку, вирішення життєвих питань і планування майбутнього.

Як правило, *залежність, інфантильність і навіюваність* як якості залежної особистості чудово співіснують і гармоніюють. Також однією з важливих характеристик залежної особистості вважається нездатність повною мірою й адекватно планувати та прогнозувати майбутнє, зокрема спрямованість лише на один-єдиний суб'єктивний значущий прогноз розвитку подій за ігнорування всіх інших.

Особистісні характеристики людей із *адиктивними формами поведінки* (В. Segal):

- знижена витривалість до труднощів повсякденного життя поряд із хорошою витривалістю у кризових ситуаціях;
- прихований комплекс неповноцінності, який поєднується із перевагою, яка зовнішньо виявляється;
- зовнішня соціабельність, яка поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;

- прагнення говорити неправду;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;
- прагнення до втечі від відповідальності в ухваленні рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;
- тривожність.

Передбачуваність, заданість власної долі – дратуючий момент адиктивної особистості. Кризові ситуації з їх непередбачуваністю, ризиком і вираженими афектами є для них тим ґрунтом, на якому вони набувають впевненості у собі, самоповаги, відчуття переваги над іншими. Відзначається феномен «спраги гострих відчуттів» (В. А. Петровський).

Е. Берн виокремив шість типів голоду, які є в людини:

- за сенсорною стимуляцією;
- за визнанням;
- за контактом і фізичним погладженням;
- сексуальний;
- структурний або за структуруванням часу;
- з а інцидентами.

4. «Комплекс неповноцінності» адиктивних особистостей

У межах адиктивного типу виокремленні типи загострюються – людина не задовольняє відчуття голоду в реальному житті та прагне зняти дискомфорт і незадоволення реальністю, стимуляцією тих чи інших видів діяльності. Вона намагається досягти підвищеного рівня сенсорної стимуляції (віддає перевагу інтенсивним впливам, голосному звуку, різким запахам, яскравим зображенням), визнання неординарністю вчинків (зокрема сексуальних), наповненістю часу подіями. Погана витривалість до труднощів повсякденного життя і докоряння у непристосованості та відсутності життєлюбства зі сторони близьких формують в адиктивних особистостей прихований «комплекс неповноцінності» – вони страждають тому, що відрізняються від інших та нездатні «жити як люди». Цей комплекс проявляється гіперкомпенсаторною реакцією – від заниженої самооцінки людина переходить відразу до завищеної (обминаючи адекватну); з'являється

відчуття переваги над іншими, це захисна психологічна функція, що сприяє підтриманню самоповаги у несприятливих мікросоціальних умовах (наприклад, за конфронтації з сім'єю чи колективом).

На адиктивну людину має великий вплив соціум, їй доводиться підлаштовуватись під норми суспільства, вона навчається формально виконувати ті соціальні ролі, які їй нав'язуються суспільством (зразкового сина, уважного співрозмовника, порядного колеги). Зовнішня соціабельність, легкість налагодження емоційних контактів супроводжується маніпулятивною поведінкою та поверхневістю емоційних зв'язків. Така людина боїться стійких і тривалих емоційних контактів через швидку втрату інтересу до однієї й тієї ж людини чи виду діяльності, через страх відповідальності за якусь справу (наприклад, мотивом поведінки «закоренілого холостяка», коли переважають адиктивні форми поведінки, може бути страх відповідальності за можливу дружину і дітей та залежності від них). Намагаючись приховати власний «комплекс неповноцінності», людина проявляє прагнення говорити неправду, обманювати оточуючих, звинувачувати інших у власних помилках і промахах.

Однією з основних рис у поведінці адиктивної особистості є прагнення до *«втечі»* від реальності (В. Д. Менделевич). *«Втеча»* полягає в тому, що замість гармонійної взаємодії з усіма аспектами дійсності відбувається активація в якомусь одному напрямі; водночас людина зосереджується на вузько спрямованій сфері діяльності (часто негармонійній і такій, що руйнує особистість), ігноруючи решту.

Н. Пезешкіан визначає чотири види «втечі» від реальності:

- *«втеча в тіло»* – переорієнтація на діяльність, спрямовану лише на власне фізичне чи психічне удосконалення; гіперкомпенсаторним стає захоплення оздоровчими заходами («параноя здоров'я»), сексуальними взаємодіями, власною зовнішністю, якістю відпочинку та способами розслаблення;

- *«втеча в роботу»* – дисгармонійна фіксація на службових справах;

- *«втеча в контакти чи самотність»* – спілкування стає або єдино бажаним способом задоволення потреб, замінюючи інші, або кількість контактів зводиться до мінімуму;

- *«втеча в фантазії»* – схильність до роздумів і відсутність бажання щось втілювати в життя.

5. Алкогольна адикція

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 23% усіх причини інвалідності зумовлені розладами, спричиненими зловживанням психоактивних речовин, та психічними захворюваннями. До найбільш поширених у світі психоактивних речовин належить алкоголь. Серед усіх видів адиктивної поведінки найпоширенішою є алкогольна адикція (алкогольне uzалежнення). Саме тому цей вид адиктивної поведінки треба розглянути особливо розгорнуто.

Алкоголь (етиловий спирт або етанол) завжди присутній в організмі людини. Звичайна його концентрація в крові, необхідна для задоволення енергетичних витрат організму становить 0,01–0,07%. Якщо кількість етанолу в крові збільшується до 0,08–0,15%, фіксується невеликий ступінь сп'яніння, який викликає зміни в емоційному стані, сприйманні, мисленні. Водночас у людини, як правило, виникає легкий стан ейфорії. Проте стан ейфорії може й не виникнути, якщо в людини немає установки на сп'яніння або цьому перешкоджають більш сильні мотиви: не втратити контроль над своєю поведінкою в цій ситуації, бажання залишитися тверезим, щоб проаналізувати поведінку оточуючих, тощо. Не відчують ейфорії також хворі алкоголізмом або наркоманією II-III стадії.

Дослідження біологів, фізіологів, медиків доволі чітко і детально демонструють вплив алкоголю на мозок, судини, серце, печінку та інші органи й системи організму. Вважається, що основною ознакою алкогольної спадковості є соматичні порушення та недоумство дитини. Проте найважчий патологічний вплив алкоголізму на спадковість виявляється одразу після народження – це алкогольний синдром плода.

Причиною такої патології є і генетична обтяженість, і вплив етанолу, присутнього у крові батьків. Зауважимо, що присутність алкоголю в організмі батьків, які не є алкоголіками, також спричиняє цю аномалію.

Алкогольний синдром плода – це комплекс порушень розвитку, який проявляється в затримці розвитку плода (а потім і дитини), у специфічних змінах зовнішності (особливості форми очей, перенісся, вух, носо-губної складки тощо), неврологічних та соматичних відхиленнях, які фіксуються вже в новонароджених (Н. Ю. Максимова, 2006). Більшість таких дітей помирає в ранньому дитинстві; до

підліткового віку доживає не більше 40%. Народження дитини з алкогольним синдромом можливе не тільки в сім'ї алкоголіків, а й у помірно питущій сім'ї, якщо в крові матері був присутній алкоголь під час вагітності, а також у період перед зачаттям (впродовж місяця до зачаття). Визначити критичну дозу етанолу, яка викликає алкогольний синдром плода, практично неможливо, бо це залежить від стану здоров'я, ваги тіла, генотипу жінки, статі майбутньої дитини та багатьох інших чинників. Тому, за даними різних авторів, ця цифра коливається від 14 до 210 г чистого алкоголю. Неповноцінні діти народжуються також від батька, що вживає алкоголь, навіть якщо дружина ніколи не вживала спиртного. Наприклад, якщо в помірно питущій сім'ї впродовж місяця до зачаття дружина взагалі не вживала алкогольних напоїв, а майбутній батько вживав (у середній дозі 30 мл чистого алкоголю), то ризик народження дитини з порушеннями розвитку дуже значний.

Діти, що народилися з алкогольним синдромом, на все життя залишаються хворими. Вони страждають на розумову відсталість, невротичні відхилення (зокрема істеричні реакції, заїкання, енурез тощо), підвищену агресивність, хронічні соматичні захворювання. Можна підкреслити, що негативні наслідки впливу алкоголю на ембріон і в період внутрішньоутробного розвитку дитини не обмежуються тяжкими та наявними вже в ранньому віці наслідками. Найчастіше наслідки зловживання батьків алкоголем проявляються пізніше, особливо коли дитина досягає шкільного віку. Найпоширенішим тут є так званий *когнітивний дефіцит*, який зумовлює труднощі в навчанні.

Симптоми. Дітям із такою вадою складно зосередитися, вони постійно відволікаються і тому погано розуміють, про що йдеться на уроці. У них фіксуються послаблення пам'яті, зниження асоціативного мислення, невірноваженість, імпульсивність поведінки, емоційна нестійкість. Природно, все це викликає нарікання, конфлікти з однолітками, погану успішність, що призводить до негативних емоційних переживань у дитини зрештою до деформації її особистості.

Можливий і інший варіант, коли наслідки алкогольної інтоксикації плода проявляються ще пізніше, в *підлітковому віці*. Такі діти засвоюють навчальний матеріал без особливих труднощів, але в міру дорослішання у них починають проявлятися патологічні риси характеру.

Психопатоподібні та психопатичні прояви, декомпенсація акцентуацій, делінквентна поведінка – все це ускладнює соціальну адаптацію підлітків. Дослідження показують, що діти, які народилися навіть із легкими проявами алкогольного синдрому плода, стаючи дорослими, значно частіше виявляються соціально дезадаптованими, ніж діти, які не підпадали під вплив алкоголю в період внутрішньоутробного розвитку та не мали алкогольної генетичної обтяженості.

Соціальна дезадаптація, своєю чергою, призводить до правопорушень (злочинів), алкоголізму та наркоманії, ранньої загибелі. Отже, порушення в розвитку дитини, які детермінуються впливом алкоголю, можуть виникнути з двох причин:

1) безпосереднього впливу алкоголю на плід або ще раніше – на яйцеклітину та сперматозоїд;

2) генетичної алкогольної обтяженості (алкогольна спадковість).

Однак алкогольний синдром плода демонструє лише найбільш наочні прояви впливу етанолу на організм майбутньої дитини. Насправді діапазон шкідливих наслідків зловживання батьками алкоголем значно ширший. Це не тільки зниження інтелекту, соматичні порушення, а й такі малопомітні спочатку відхилення, як м'яко виражена психопатологія, когнітивний дефіцит, синдром дитячої гіперактивності, патологічні форми реакцій на ситуації ускладнення задоволення потреб.

Однією із найбільш прихованих, а тому й підступних форм алкогольної спадковості є **біологічна схильність до алкоголізму** (Н. Ю. Максимова, 2011). Вона проявляється у високому рівні толерантності (тобто відсутності опору) до алкоголю, аж до відсутності захисної реакції на передозування. Саме тому люди із біологічною схильністю до алкоголізму не відчують негативних наслідків сп'яніння навіть під час вживання великої кількості алкоголю. Вони п'яніють значно менше, ніж діти здорових батьків, за однакової концентрації алкоголю в крові. Схильні до алкоголізму можуть випивати набагато більше, тому що часто в них від народження відсутнє почуття насичення алкоголем. Усе це призводить до того, що ймовірність стати алкоголіком у людей з алкогольною спадковістю в 4 рази вища, ніж у дітей здорових батьків. У разі алкогольної спадковості схильність передається переважно чоловічою лінією: більша частота захворювання алкоголізмом спостерігалася у синів батьків-алкоголіків, менша – у дочок матерів-алкоголічок.

На сьогоднішньому етапі вченими-медиками відкрито низку закономірностей, що доводять наявність біологічної схильності до алкоголізму. Наприклад, результати досліджень демонструють, що потреба в алкогольних напоях пов'язана з ускладненням утилізації глюкози – головного джерела енергії для центральної нервової системи. Етиловий спирт відшкодовує нестачу енергії, і в людини виникає потяг до алкоголю.

Чинники механізму схильності до алкоголізму. Велику роль у механізмі біологічної схильності до алкоголізму відіграє порушення синтезу активного ацетилу через обмін оцтової кислоти. Активний ацетил необхідний організму для синтезу таких життєво важливих сполук, як холестерин, амінокислоти, ацетилхолін, кільцеві структури гемоглобіну тощо. Етанол під дією ферментів також перетворюється на активний ацетил. Тому в разі порушення процесу природного синтезу активного ацетилу виникає потреба в алкоголі як джерелі штучної «сировини» для його вироблення. Дисбаланс між гормоном надниркових залоз (адреналіном) та продуктами його розпаду (адренохромом та адренолітином) також пов'язаний із потягом до алкоголю. Якщо концентрація адреналіну перевищує концентрацію продуктів його розпаду, то в людини виникає стан немотивованої тривоги та напруженості. Відомо, що першою реакцією організму в стресовій ситуації є «викид» у кров адреналіну. Полегшення цього психічного стану досягається через вживання алкоголю, оскільки він знижує рівень адреналіну в крові, завдяки чому порушений баланс нормалізується.

Науково доведено також, що потяг до алкоголю може бути спричинений порушенням функціонування різноманітних систем організму – насамперед ферментативних та гормональних. Ці порушення мають спадковий характер. Проте передається не сама залежність від алкоголю, а механізми, що відповідають за нормальне функціонування обмінних процесів. Аналогічні порушення можуть бути результатом не тільки пияцтва батьків, а й інших шкідливих впливів на генетичний код людини, зокрема, радіаційних, хімічних, токсичних. Важливим є поняття дози вживання алкоголю. Доза вживання алкоголю – це така мінімальна кількість етанолу, яка в здорової дорослої людини викликає стан легкого сп'яніння, навіть непомітного для оточуючих.

За міжнародними нормами, такою дозою вважається 15–20 г чистого алкоголю (етанолу). (Н. Ю. Максимова, 2006). В перерахунку на горілку (тобто спирт, наполовину розбавлений водою) це становить 30–40 г (невелика чарочка), в перерахунку на натуральне вино (міцність якого не перевищує 10–13 градусів) 150–200 г вина.

У здорової дорослої людини така кількість чистого алкоголю легко метаболізується (тобто розкладається та виводиться з організму) впродовж години. Якщо людина випиває протягом години дві дози, то стан ейфорії посилюється, з'являється радісне збудження, людина відчуває себе піднесено, вільно, розкуто, хоча координація рухів уже частково порушується. Після третьої дози виникають помітніші зрушення в поведінці: людина стає розв'язною, поводить себе недоречно; в неї порушується відчуття такту та соціальної дистанції. Той, хто випив, переоцінює свої можливості, стає хвалькуватим, здійснює необачні вчинки. Наприклад, він згадує, що йому потрібно терміново з'ясувати з кимось стосунки або вернути забутий борг, та розвиває таку бурхливу діяльність, яку й сам не може пояснити, коли протверезіє.

1. Зловживання алкоголем – це таке вживання спиртних напоїв, коли дія етанолу завдає значної, а інколи і непоправної шкоди організму людини, яка п'є, або її потомству (Н. Ю. Максимова, 2006). Зловживання алкоголем має такі ознаки: Вживання алкоголю, навіть у мінімальних дозах, особами, яким не виповнилося 21–22 роки. Відомо, що тільки в 21–22 роки організм людини досягає повної фізіологічної зрілості. Звісно, статевая зрілість настає значно раніше; за зовнішнім виглядом молодий парубок, а надто дівчина схожі на зовсім дорослих. Однак тканини і системи організму (зокрема нервова і гормональна, на які насамперед впливає алкоголь) ще не сформовані. Якщо в цей період завершення росту організму (а тим більш – раніше) алкоголь надходить до крові, то етанол ніби вплітається в біохімію тканин. Так здійснюється ніби штучна трансплантація біологічної схильності до алкоголізму. Це зумовлює злякисну течію хвороби, коли алкогольний гомеостаз утворюється в декілька разів швидше, ніж у фізіологічно зрілої людини.

2. Другою причиною заборони на вживання алкоголю до 21 року є ризик наявності в парубка або дівчини біологічної (природженої) схильності до

алкоголізму. Як зазначалося, у цьому випадку навіть одноразове вживання спиртного може бути стартовою дозою для руху до алкоголізму.

3. Вживання алкоголю особами, які мають біологічну схильність до алкоголізму. 4. Вживання алкоголю чоловіком та жінкою в період перед зачаттям майбутньої дитини. За місяць до планованого зачаття майбутньому батькові та майбутній матері необхідно цілком відмовитися від спиртного.

5. Вживання алкоголю жінкою в період вагітності та вигодовування дитини груддю.

6. Вживання алкоголю особами, які перебувають у стадії ремісії після лікування від алкоголізму. Навіть одноразове вживання спиртного в мінімальній дозі (цукерки з лікером, квас або компот, що забродив, інші напої, де є хоча б 1% спирту) може викликати рецидив захворювання.

7. Вживання алкоголю особами, яким протипоказано пити спиртне через соматичне захворювання.

8. Вживання алкоголю в кількості та з частотою, що відповідає третьому та четвертому рівням – рівень небезпечного вживання та продром алкоголізму.

9. Вживання алкоголю в ситуаціях підвищеного ризику для життя – свого або інших людей: водій за кермом, диспетчер атомної електростанції тощо.

6. Форми прояву та стадії розвитку алкоголізму

Як уже було сказано, алкоголізмом хворіють не тільки ті, хто до цього біологічно схильний. Певною мірою їм навіть легше: вони роблять вибір один раз і на все життя. Той, хто біологічно не схильний до алкоголізму, мусить робити вибір під час кожного вживання спиртного, порівнюючи кількість випитого зі стандартними дозами та рівнями вживання. Зважаючи на слабку поінформованість населення в питаннях визначення алкоголізму, довести оточуючим те, що людина перебуває вже у продромі або на першій стадії захворювання, доволі складно. Під час застілля веселий тамада, який п'є, не п'яніючи, вигадує нові тости, звичайно викликає захоплення та повагу. Справді, оскільки більшість людей у нас має хибне уявлення про алкоголізм, дуже часто за «уміння пити» вони сприймають симптом підвищення толерантності до етанолу. Оточуючі не розуміють, що компанійський

хлопець, завжди готовий взяти участь у пиятиці та запросто, без будь-яких умовлянь п'є, скільки б не пригощали, насправді вже за крок від хвороби.

Продром алкоголізму – це перехідна стадія між зловживанням алкоголем та захворюванням на алкоголізм, тобто це перед хвороба (Н. Ю. Максимова, 2006). Цю стадію називають ще побутовим пияцтвом. Фізіологічний механізм виникнення продрому алкоголізму такий. Постійна алкоголізація підвищує активність опіатних рецепторів (вони ніби вимагають все більш і більш призначених ним нейропептидів). У відповідь на це організм синтезує дедалі більше енкефалінів та ендорфінів. Така надлишкова стимуляція призводить до виснаження відповідних систем, і тоді кількість ендорфінів та енкефалінів у мозку катастрофічно знижується. Суб'єктивно це сприймається людиною як стан нудьги, незадоволеності, тривоги, дратівливості. Тепер уже відсутність в організмі чергової дози алкоголю викликає в опіатних рецепторів своєрідний голод, що відображається у свідомості людини як бажання випити. Потяг до спиртних напоїв, нехай ще слабкий та легко переборюваний свідомістю, свідчить про початок захворювання: організм вимагає інтоксикації (тобто отруєння алкоголем) для підтримання нового, хворобливо зміненого балансу нейронмедіаторів та нейропептидів.

Продром алкоголізму супроводжується поліпшенням настрою, високою активністю, гарною опірністю організму шкідливим впливам. Людина стає витривалішою. Вона може безладно харчуватися, вживати неякісну їжу, не висипатися, перевтомлюватися без будь-яких наслідків для здоров'я.

Емоційний фон поведінки радісний, піднесений (адже людина здебільшого «напідпитку»). Спрощується процес становлення контактів із людьми, з'являються відкритість, привітність, приязність. Природно, що такий стан подобається людині, вона впевнена, що алкоголь їй не шкодить, а тільки йде на користь. Розуміючи, що «пити багато», що «пити треба в міру», оскільки інакше будуть неприємності, алкоголік-початківець неусвідомлено переглядає свої уявлення про те, що таке «пити багато». У період передхвороби (продрому алкоголізму) вже формується висока (порівняно зі звичайною) толерантність до алкоголю. Людина може випити у 2–3 рази більше своєї початкової дози без явищ алкогольного отруєння.

Основною ознакою алкоголізму, що починається, є заперечення людиною фактів свого зловживання алкоголем. Небажання визнати, що вживання спиртного

стало занадто частим, що неприємності, хуліганські дії під час сп'яніння, свари та бійки, конфлікти з міліцією є результатами випивки (а не спричинені обставинами, що невдало виникли), це вже прояв анозогнозії, тобто симптому відмови хворого визнати себе хворим. Слід сказати, що в період передхвороби людина ще може критично ставитися до тих, з ким вона п'є; людина ще спроможна відмовитися від випивки. Її, як і раніше, радує те, що звичайно надавало задоволення. Це означає, що стан сп'яніння ще не набув для неї найважливішого значення. Людина впевнена, що може обходитися без алкоголю, каже, що просто любить спиртне, але з будь-якої нагоди із задоволенням занурюється в стан сп'яніння. Дедалі частіше в неї трапляються випадки важкого сп'яніння, оскільки виникає бажання «добавити». Це прагнення посилити сп'яніння свідчить про те, що формується потяг до алкоголю, характерний першій стадії. Однак поки що бажання «добавити» контролюється: людина може стриматися, тобто потяг до алкоголю з'являється тільки в стані сп'яніння.

На етапі *продрому алкоголізму* ще зберігаються почуття насичення алкоголем та блювотний рефлекс на передозування. Тривалість продрому алкоголізму може бути різною: вона значною мірою залежить від віку та особливостей особистості людини.

Молодий вік – основна передумова швидкого переходу продрому в першу стадію алкоголізму. Тому в тих, хто почав зловживати спиртним до настання повної фізіологічної зрілості (21–22 роки), продром алкоголізму триває від півроку до 2 років. Для тих, хто почав зловживати алкоголем уже дорослою людиною, цей період може розтягнутися і до 5 років. Інколи продром алкоголізму триває 10 і навіть 20 та більше років. Це буває у тому випадку, коли під тиском обставин (вимоги рідних, умови роботи тощо) людина вимушена періодично знижувати рівень вживання, а потім повертатися за можливості до продрому алкоголізму. Якщо в людини достатньо розвинутий самоконтроль, вона сама (тобто без зовнішньої стимуляції у вигляді вимог оточення) може регулювати рівні вживання алкоголю від продрому до помірного і навпаки. За таких умов алкоголізм не розвивається, однак унаслідок зловживання спиртним виникають соматичні захворювання: алкогольна кардіоміопатія («пивне», або «бичаче», серце); емфізема легенів; виразка шлунку, дванадцятипалої кишки, гастрит; панкреатит, гіпертонія, цироз печінки тощо.

Серйозно захворівши, людина звичайно припиняє вживати спиртні напої або знижує їх вживання до рівня незначного ступеня ризику. Якщо ж цього не відбувається, вона вмирає від соматичних захворювань, першопричиною яких є алкоголь.

Фізіологічним показником переходу продрому алкоголізму до *першої стадії* алкоголізму є підвищення переносимості дози алкоголю в 3–4 рази порівняно з початковою, яка колись викликала сп'яніння. Відповідно пізніше спрацьовує й ефект насичення алкоголем у стані сп'яніння. Потім він поступово зникає, як і блювотний рефлекс на передозування. Життєрадісність та активність, що характерні перехідному етапові передхвороби, поки що зберігаються, але тепер людина частіше буває дратівливою, брутальною, може поводитися зухвало і нахабно. Незважаючи на доброзичливий її настрій (яким супроводжується стан ейфорії) в стані сп'яніння, вона інколи безцеремонно втручається в чужі розмови, нав'язливо привертає до себе увагу оточення, а інколи поводитьсь взагалі недоречно і нетактовно. Це свідчить про зниження самоконтролю, надлишкову емоційність, розгальмованість потягів. На цьому етапі вже починають виникати конфлікти з оточенням, виявляються ознаки соціальної дезадаптації: сварки в сім'ї; інколи антигромадська поведінка в стані сп'яніння; прогули на роботі або за місцем навчання, зниження успішності, а потім і взагалі припинення навчання тощо. Однак під час переходу від продрому до першої стадії алкоголізму швидкість зниження соціальної адаптованості здебільшого залежить від норм і вимог соціального середовища. Якщо пияцтво є звичним для того мікросередовища, де живе алкоголік-початківець, то хвороба формуватиметься швидше. Якщо ж громадська думка засуджує зловживання спиртними напоями, то це звичайно примушує людину обмежувати себе. Вона ще намагається контролювати частоту пиятик та кількість спиртного, пробує приховати запах алкоголю, зберігає задовільну працездатність. Але тверезий стан стає дедалі більш болісним, а потяг до алкоголю зростає. Важливою відмінністю першої стадії алкоголізму від передхвороби є потяг до алкоголю навіть у тверезому стані. Тепер уже людина ніколи не відмовляється від пропозицій випити і, крім того, сама починає шукати приводи до пиятики: організує вечірки, поїздки за місто, запрошує родичів або друзів на недільний обід; охоче йде в гості туди, де буде спиртне. Очікування застілля з пиятикою викликає в неї радісне

збудження. Якщо ж ці наміри не здійснюються або виникає якась перешкода, то людина стає дратівливою, гнівається, висловлює незадоволення. Вона здебільшого навіть не усвідомлює, що причина незадоволення – відсутність алкоголю, висуваючи звичайно інші претензії та звинувачення оточенню.

Межею між побутовим пияцтвом і алкоголізмом є момент трансформації групи основних симптомів:

Симптом uzалежнення. Якщо для продрому алкоголізму характерний симптом бажаності алкоголізації, коли різні обставини (зустріч із приятелем, день народження співробітника, вдала купівля, просто наявність вільного часу та грошей) наштотують на думку про пиятику, то в разі алкоголізму цей симптом перетворюється на патологічний. Патологічний симптом uzалежнення від алкоголю проявляється в тому, що думки про випивку стають нав'язливими, людина не може усунути їх зі свідомості, придушити obsesивний потяг до спиртного. Втрата кількісного контролю. Підвищення толерантності до алкоголю, яке виникає вже в продромі, супроводжується запізненням «включення» феномена насичення. Нагадаймо, що це проявляється в тому, що людина випиває спиртного в 3–4 рази більше порівняно зі своєю первісною дозою, яка раніше викликала сп'яніння.

Захворівши на алкоголізм, людина практично втрачає контроль над кількістю випитого, виходячи за межу біологічної переносимості, що призводить до глибокого ступеня сп'яніння, інколи близького до коми.

Втрата ситуаційного контролю. В продромі алкоголізму людині складно відмовитися від випивки. Особливо неприємно, коли доводиться згорнути застілля, що вже розпочалося. Однак, якщо цього вимагають обставини (наприклад, тількино розпочали відмічати день народження співробітника, як від начальства надійшло термінове завдання), людина ще здатна відмовитися від уживання спиртного. Межею захворювання необхідно вважати той момент, коли негативні емоції (почуття досади, розчарування, злості) за відмови від випивки перетворюються в неможливість відмовитися. Почавши пити, людина не може зупинитися, не звертаючи уваги на несхвальні погляди оточуючих (наприклад, на офіційній зустрічі, ділових переговорах), на зауваження дружини (наприклад, у гостях у родичів). У цьому проявляється симптом втрати ситуаційного контролю.

Отже, **критеріями алкоголізму** є симптом узалежнення та симптоми втрати контролю. Очевидно, що наведені критерії є психологічними. Як правило, алкоголіки в першій стадії не потрапляють у поле зору лікарів. Вони не вважають себе хворими і до лікаря не звертаються. У відповідь на тривожні розпитування, а тим більш докори рідних (дружини, матері), алкоголік-початківець намагається виправдовуватися, придумуючи ніби об'єктивні й поважні причини зловживання алкоголем. Розповідати про свої відчуття він не збирається, тому близькі люди можуть тільки здогадуватися про наявність захворювання, ретельно й об'єктивно аналізуючи свої спостереження та зіставляючи факти. Орієнтиром у цій копіткій роботі можуть бути такі об'єктивні критерії: заперечення людиною того, що вона стала пити більше, ніж півроку рік тому; відмова визнавати, що її пиятики мають негативні наслідки (сварки з дружиною, неприємності на роботі, конфлікти з друзями, невиконання обіцянок, надмірна витрата грошей на випивку та організацію застілля тощо); прагнення пояснити ці негативні факти будь-якими іншими причинами, непов'язаними зі зловживанням спиртним; кількість уживаного алкоголю стає в 3–4 рази більшою, ніж первісна доза, яка раніше викликала сп'яніння; наявність хоча б двох-трьох випадків сп'яніння з наступною амнезією, тобто коли людина, протверезівши, не пам'ятає, що вона робила в стані сп'яніння.

У кінці *першої стадії алкоголізму* є помітними зміни в зовнішності людини. Вона не завжди чепурна, «підтягнута», з'являється неохайність в одязі. Обличчя набуває рожевого відтінку; трохи набрякле, пастозне, воно ніби «повніє». Очі втрачають яскравість. Волосся тьмяніє, скуйовджується. Голос стає гучнішим, грубішим, втрачає м'які інтонації, виразність. Під час розмови в людини виникають ускладнення у виборі слів, вона часто повторює стереотипні, шаблонні звороти мови, їй складно зосередитися й інтелектуально мобілізуватися. Тривалість першої стадії алкоголізму в середньому коливається від одного до чотирьох років.

У *другій стадії алкоголізму* поведінка хворого й у стані сп'яніння, й в тверезому стані значно змінюється. Якщо раніше після вживання спиртного людина була веселою, рухливою, щедрою на вигадки, доброзичливою, привітною, то тепер картина інша. Емоції нестійкі; спалахи гніву і злості виникають із найнезначнішого приводу; хворий стає прискіпливим, дратівливим, упертим. Притаманні раніше активність і рухливість замінюються метушливістю,

безладністю дій, дезорганізацією поведінки. У тверезому стані думки хворого зайняті алкогольною темою, оскільки бажання випити присутнє постійно і для випивки вже не потребується будь-якого приводу. Загальне самопочуття погіршується, людина стає млявою, апатичною й виявляє активність тільки в тому випадку, якщо це необхідно для отримання алкоголю. Апетит відсутній, сон стає тяжким, неспокійним, ніби пунктирним, із частими пробудженнями, і не приносить відпочинку. Хворий прокидається вранці в злобному, похмурому настрої. Щоб поліпшити свій стан, людині вже необхідно прийняти алкоголь. Тепер вживання алкоголю практично не дає ефекту ейфорії (настільки цей ефект слабкий і короточасний), і людина п'є тому, що її нормальне фізичне і психічне самопочуття неможливе без чергової дози. Тільки в стані сп'яніння алкоголік у другій стадії хвороби може відчувати апетит, добре спати, здійснювати сексуальні функції.

Психобіологічний механізм описаних змін полягає в тому, що встановлюється **алкогольний гомеостаз**. Це означає, що як тільки звичний для алкоголіка рівень етанолу крові знижується, у людини виникає компульсивний (тобто фізичний, який іде від тіла і тому здебільшого непідвладний свідомості) потяг до алкоголю. Компульсивний потяг настільки сильний, що діє ніби проминаючи рівень свідомої регуляції поведінки, і реакція в цьому випадку фактично інстинктивна, так же як ми інстинктивно робимо вдих у разі зниження рівня кисню в крові.

Формування компульсивного потягу до алкоголю, або, інакше кажучи, – виникнення вже фізичного uzалежнення, свідчить про наявність абстинентного синдрому – основного критерію визначення другої стадії алкоголізму.

Абстинентний синдром проявляється у стані гострого психічного та соматичного дискомфорту: тремтіння рук, «спрага, відраза до їжі, головний біль, пітливість, болісні відчуття у всьому тілі, пригнічений настрій, відчуття тривоги, страху, нудьги. У хворого можна спостерігати буквально «вегетативну бурю» в період абстиненції, яка одразу ж припиняється після вживання алкоголю. Якщо алкоголь відсутній, то стан хворого загострюється і може виникнути алкогольний делірій («біла гарячка»). Це стан гострого психозу, коли людина поводитья як божевільна, бачить галюцинації й не доступна контакту.

Другій стадії алкоголізму відповідає ще більш висока переносимість алкоголю: в 4–5 разів більше порівняно з первісною кількістю, що викликала

сп'яніння. Захисний блювотний рефлекс на передозування цілком утрачений. Випадки сп'яніння з амнезією стають систематичними. Глибоке сп'яніння стає нормою поведінки. Людина може виконувати тільки некваліфіковану роботу, і то неякісно. Алкоголік у другій стадії дедалі більше втрачає зв'язок із реальністю. Йому нікого і нічого не потрібно, окрім алкоголю. Навіть компанія пияків його не приваблює. Зауважимо, що алкоголіки на другій стадії вже не є колишнім веселим гуртом, що крокує вулицями у пошуках пригод або залюбки гомонить у дворі, як це було в першій стадії алкоголізму. Тепер алкоголіки, якщо й збираються, то тільки для того, щоб роздобути спиртне, разом випити, а потім компанія швидко розпадається і вони розходяться, занурені самі в себе. На другій стадії алкоголізму відбуваються подальші зміни зовнішності хворого. Рожевуватий відтінок шкіри обличчя переходить у застійну червоність або блідість, на тлі якої проступають червоні прожилки дрібних кровоносних судин. Обличчя ще більш пастозне, часто одутле невиразне. Міміка примітивна, лінія рота ніби розпущена внаслідок розслабленості кругового м'яза рота; нижня губа відвисає. Людина деградує не тільки особистісно, а й психічно. У молодому віці ця стадія звичайно триває півтора – два роки, оскільки хворий або починає лікуватися, або гине внаслідок травми (бійка, автомобільна катастрофа) чи самогубства.

У разі продовження вживання спиртних напоїв настає **третя стадія алкоголізму**, яка характеризується повним розпадом особистості людини та виснаженням усіх психофізіологічних функцій. Синдром психічного uzалежнення від алкоголю змінюється через поглиблення та посилення фізичного uzалежнення. Алкоголік приймає етанол, щоб зменшити фізичний дискомфорт. Толерантність до спиртного знижується, і тепер уже людина швидко п'яніє, доходячи до тяжких станів інтоксикації навіть від малих доз. Хворі в третій стадії часто вживають сурогати, бо вони за меншої кількості випитого дають більший ефект сп'яніння. Амнезії майже постійні, глибокі та стійкі. В цій стадії алкоголік п'є запоєм: 3–4 дні безперервного вживання алкоголю чергуються з 10–15 днями так званого світлого проміжку. Може бути й навпаки. Особистість хворих нівелюється, алкоголіки в третій стадії навіть зовнішньо схожі один на одного: спустошені, байдужі до оточення, з явними ознаками недоумкуватості. Фіксуються такі органічні симптоми

недоумкуватості, як погіршення пам'яті, зниження критичності, загальні порушення складу особистості.

Неврологічна симптоматика загострюється, можуть з'явитися системні порушення, мозкові синдроми, порушення координації рухів тощо. Алкоголіки в третій стадії обов'язково мають соматичні захворювання: цироз печінки, виразка шлунка, серцевосудинні захворювання тощо. У них спостерігаються часті судинні з наступними паралічами та парезами. Крім того, у цих хворих у край знизена опірність організму, в результаті чого вони вмирають не стільки від інфаркту, інсульту та інших небезпечних для життя хвороб, скільки від звичайних, як правило, виліковних захворювань: грип, запалення легенів тощо. Третя стадія алкоголізму в середньому формується через 8–10 років після початку зловживання.

Висновок. Науково доведено також, що потяг до алкоголю може бути спричинений порушенням функціонування різноманітних систем організму – насамперед ферментативних та гормональних. Ці порушення мають спадковий характер. Критеріями діагностики алкоголізму є симптом узалежнення та симптоми втрати контролю. Діти, що народилися з алкогольним синдромом, на все життя залишаються хворими. Вони страждають на розумову відсталість, невротичні відхилення (зокрема істеричні реакції, заїкання, енурез тощо), підвищену агресивність, хронічні соматичні захворювання.

Питання до лекції

1. Поясніть стадії виникнення алкогольного узалежнення.
2. Що таке продром алкоголізму?
3. Як визначається доза вживання алкоголю?
4. Розкрийте зміст поняття «психоактивна речовина».
5. Які ситуації вживання алкоголю належать до зловживання алкоголем?
6. Які головні симптоми на першій та другій стадії алкоголізму?
7. У чому полягає біологічна схильність до алкоголізму?
8. Розкрийте зміст алкогольного синдрому плода.

Рекомендована література:

Основна: [1,3]

Допоміжна: [2,5]

Інформ. ресурси Інтернет [1]

Тема 8. Психологічна діагностика особистості з девіаціями поведінки

Мета. Довести, що водночас психодіагностика є допоміжним засобом яка вирішує проміжні практичні завдання. З'ясувати, що психологічна допомога особистості з девіантною поведінкою передбачає насамперед її психологічну діагностику, що має на меті встановити і різновид девіантної поведінки особистості та чинники, що її зумовили.

Ключові слова: *психологічна превенція, психологічна інтервенція, психологічна діагностика, спостереження, опитування, бесіда.*

Вступ. Психологічна діагностика передбачає всебічний і поглиблений аналіз особистості, виявлення недоліків у її поведінці та їх причин, позитивних аспектів і є спрямована на вирішення практичних завдань – гармонізацію розвитку особистості, сприяння її особистому зростанню.

План

1. Напрями психологічної допомоги особистості
2. Завдання психологічної діагностики
3. Методи дослідження девіантної поведінки

Висновок

1. Напрями психологічної допомоги особистості

Власне, психологічна допомога особистості здійснюється за такими напрямками, як *психологічна превенція* (попередження, профілактика) і *психологічна інтервенція* (подолання, корекція, реабілітація).

Традиційно причини девіантної поведінки шукають, виявляючи особливості сімейного оточення, роботи школи чи трудового колективу, впливу неформального оточення. Незаперечуючи важливості аналізу цих чинників, у психологічній діагностиці слід насамперед зосередитися на, власне, психологічних проявах девіантної поведінки. Важливо не просто лише зафіксувати щось (наприклад, участь особистості в певному неформальному угрупованні), а й виявити, які саме потреби вона задовольняє (прагнення самоствердитися або відчутти захищеність у групі), виявити шлях, що призвів до входження особистості до цієї групи,

суб'єктивне ставлення до себе, до своєї поведінки, довкілля, чіткість і реалістичність усвідомлення себе і свого оточення тощо.

Якщо ж є факти зловживання алкоголем, то обов'язково слід визначити, наскільки вживання спиртного пов'язане з особливостями виховання, проблемами соціальної адаптації та мотивами поведінки; встановити, з якого віку людина почала вживати спиртні напої і за яких обставин, чи виявляє вона власну ініціативу у вживанні напоїв, який із психологічних компонентів сп'яніння приваблює людину, які потреби вона водночас задовольняє, чи існує фізична і психічна залежність від алкоголю тощо.

2. Завдання психологічної діагностики

Водночас обстеження особистості з девіаціями поведінки має здійснюватись на основі прийняття досліджуваного, гуманного ставлення до нього, співпраці з ним і характеризуватися:

- 1) цілеспрямованістю, чітким визначенням предмета і мети спостереження;
- 2) системним підходом, що дозволить відрізнити випадкове від типового, закономірного, врахувати всі ознаки девіантної поведінки, розглядати всі чинники девіантної поведінки в їхньому взаємозв'язку;
- 3) планомірністю й аполітичністю, що передбачає наявність чітко визначеної мети, засобів, послідовності дій, не тільки з констатацією фактів, а й їхнім поясненням, виявленням психологічної природи;
- 4) реєстрацією результатів, що дозволяє виключити помилки пам'яті, зменшити тим самим суб'єктивізм висновків і узагальнень;
- 5) оперуванням системою однозначних понять, спеціальних термінів, що сприяють чіткому, недвозначному позначенню матеріалу, який спостерігається, а також забезпеченню єдиного підходу до інтерпретації результатів;
- 6) прогностичним характером, що дозволить визначити умови і засоби надання психологічної допомоги особистості тощо.

Виокремлюють такі стадії психологічної діагностики: попередня стадія (виявлення зовнішніх особливостей девіантної поведінки, попереднє

формулювання гіпотези щодо можливих причин відхилень у поведінці особистості); стадія уточнення (аналіз соціально-психологічних, педагогічних та індивідуально-психологічних чинників девіантної поведінки, уточнення гіпотези); заключна стадія (вивчення індивідуально-психологічних якостей особистості, її фізичного і психічного здоров'я для уточнення причин відхилень у поведінці й прогнозування тенденцій особистісного розвитку).

3. Методи дослідження девіантної поведінки

Для діагностики особливостей девіантної поведінки використовується низка методів, серед яких слід відзначити насамперед спостереження. Як відомо, спостереження в психології полягає у фіксації проявів психічних явищ у поведінці на основі їхнього безпосереднього сприйняття.

Предметом спостереження є вербальні та невербальні акти поведінки у певних ситуаціях. Це насамперед мовна діяльність (зміст, послідовність, тривалість, частота, спрямованість, інтенсивність), експресивні реакції (виразні рухи обличчя, тіла), положення тіла у просторі (переміщення, нерухомість, відстань, швидкість, напрямок руху), фізичні контакти (торкання, поштовхи, удари, передачі, спільні зусилля). Саме ці акти поведінки, будучи виокремлені та зареєстровані належним чином, стають характеристиками інтелектуального й особистісного розвитку, динаміки досягнень, виразності психічних станів тощо.

Так, Н. Ю. Максимова (2011) пропонує під час спостереження фіксувати такі особливості поведінки і зовнішнього вигляду досліджуваного з девіантною поведінкою:

- *загальний зовнішній вигляд* (загальний соматотип, фізичні особливості, наявність фізичних недоліків або диспропорцій, постава, міміка і жестикуляція, тримається скуто чи вільно, адекватно чи ні, охайність в одязі, зачісці, чистота тіла, ступінь загальної рухливості тощо);

- *особливості мовлення* (інтенсивність і тембр голосу, темп мовлення, чіткість вимови, словниковий запас, наявність жаргону, брутальних висловів, специфіка висловлювання думок – ступінь послідовності, логічності, чіткості, швидкості словесної реакції);

- **соціальна поведінка** (особливості встановлення контактів, ступінь невимушеності, товариськість, наявність соціальних навичок, вихованість, специфіка поведінки за ступенем домінування, агресивності, підлеглості та довірливості тощо);

- **настрій** (ейфорія, безтурботність, врівноваженість, серйозність, відсутність гумору, поганий настрій, тривога тощо);

- **ставлення до обстеження** (ступінь зацікавленості: від активного небажання або недовіри, байдужості до надмірної зацікавленості).

Особливості діяльності під час обстеження (ступінь уважності, швидкість виконання поставлених завдань, особливості орієнтувальної основи дій – намагання знайти загальний спосіб вирішення завдання або дії методом спроб і помилок, темп роботи – ступінь рівномірності, швидкості, сумлінність і охайність під час виконання завдань, реакція на невдачі – агресивна, звинувачення себе, відмова від діяльності, байдужість та ін.).

Спостереження здійснюється за певною схемою, в якій традиційно виокремлюють такі етапи:

1. Визначення мети спостереження (для чого, навіщо воно здійснюється?).
2. Вибір об'єкта дослідження (який індивід, чи якого виду група підлягають вивченню?).
3. Уточнення предмета дослідження (які саме вияви поведінки розкривають зміст досліджуваних психічних феноменів?).
4. Планування ситуацій спостереження (у яких випадках, чи за яких умов предмет дослідження виявляє себе найчіткіше?).
5. Підбір способу спостереження, що найменше впливає на об'єкт і забезпечує збирання необхідної інформації (як спостерігати?).
6. Встановлення тривалості загального часу: досліджень і числа спостережень (скільки спостерігати?).
7. Вибір способів реєстрації досліджуваного матеріалу (як вести записи?).
8. Прогнозування можливих помилок спостереження і пошук можливостей їхнього запобігання.
9. Здійснення попереднього, пілотного спостереження, необхідного для уточнення дій попередніх етапів і виявлення організаційних недоробок.

10. Уточнення програми спостереження.
11. Здійснення спостереження.
12. Обробка й інтерпретація отриманої інформації.

Прийнято доцільним здійснення спостереження декількома спостерігачами впродовж доволі тривалого часу в різноманітних умовах життєдіяльності досліджуваних. Водночас важливо, щоб попередньо виокремлені категорії поведінки, що фіксуються у спостереженні, оцінювалися за частотою їх прояву. Наприклад: (5 балів, якщо цей вид поведінки виявляється практично завжди; 4 бали, коли часто; 3 бали, якщо складно сказати, чи частіше виявляється ніж не виявляється; 2 бали, якщо іноді; 1 бал, коли практично не виявляється). Це дає змогу отримати результати спостереження за шкалою рейтингу і водночас полегшити їх обробку та інтерпретацію.

Однією із відомих методик спостереження є *карта спостережень* Д. Стотта (Додаток Ж), яка дозволяє не тільки фіксувати характер поведінки «важких дітей» у школі, але й виявити характер дезадаптації поведінки дитини.

Карта спостереження містить 198 фрагментів фіксованих форм поведінки, що згруповані в 16 синдромів. Наявність чи відсутність цих форм фіксується у спеціальному реєстраційному бланку, в якому закреслюються цифри, якими позначені відповідні форми поведінки.

Під час підрахунку балів симптом, що містяться в колонці: «Порушення», оцінюється в один бал, а в колонці «Непристосованість» – 2 бали. Далі підраховуються сума балів за кожним синдромом окремо і загальний «коефіцієнт дезадаптованості» – за сумою балів за всіма симптомами. Цю карту може заповнювати і психолог, і педагоги або, за окремими симптомами, батьки, що дасть змогу їм порозумітися під час встановлення «діагнозу», а також під час складання корекційно-розвиваючих програм, хоча змістова інтерпретація результатів дається тільки психологом, оскільки передбачає ґрунтовне знання психологічних характеристик особистості та закономірностей її розвитку.

Важливим методом дослідження девіантної поведінки особистості є такий різновид **опитування**, як вільне інтерв'ю або бесіда, який має на меті визначити ставлення респондента до певних проблем, його ціннісні орієнтації, з'ясувати факти з його біографії, плани на майбутнє тощо під час усного безпосереднього

спілкування. Передбачає реєстрацію й аналіз відповідей на запитання, а також вивчення особливостей невербальної поведінки досліджуваних. Як правило, у бесіді виявляються можливі чинники, що спричинили девіантну поведінку особистості насамперед у її мікросоціальному оточенні (характер стосунків із батьками, з однолітками, з іншими людьми, ставлення до людей, до навчання, праці, успішність у навчанні, праці, самопочуття досліджуваного, його ставлення до себе, задоволеність життям).

Вимоги до бесіди як методу психології:

1. Невимушеність. Не можна перетворювати бесіду на допит. Найбільший результат приносить бесіда, коли встановлений особистісний контакт дослідника з досліджуваною людиною, довірливі стосунки.

2. Ретельне продумування бесіди (у формі конкретного плану, завдань, проблем, що підлягають з'ясуванню).

3. Припускання постановки запитань досліджуваними. Така двостороння бесіда дає більше інформації з проблеми, що вивчається, ніж тільки відповіді досліджуваних на поставлені запитання.

4. Застосовування таких формулювань запитань: «Деякі люди думають, що..., а що думаєте Ви?» (даємо зрозуміти, що є й інші особи, подібні до цієї). «Якщо хтось порушуватиме порядок у громадських місцях, Ви самі закличете його до порядку або викличете представників закону?» (припускаємо можливість двох альтернативних рішень). «Чи зможете Ви це зробити?» (замість категоричного «Зробіть це!», щоби воно виглядало прийнятними для людини). «Через що Ви посварилися з ...?» (замість «Чи сварилися Ви з...?», щоби не ставити людину в ситуацію, коли через феномен «соціальної бажаності» чи страх вона заперечуватиме неправильну поведінку). «Що Вам подобається..., а що ні?» (даємо можливість знайти позитив, а не тільки негатив).

5. Фіксування поведінки досліджуваного (особливості мови, жестів, міміки, емоційне ставлення до конкретних явищ).

6. Уточнення фактів під час безпосередньої бесіди, невдаючися до її протоколювання.

Запис найчастіше позбавляє бесіду невимушеності, насторожує людину, робить її відповіді штучними, надуманими, тому вони, зазвичай, фіксуються після

проведення бесіди. У дослідженні особистості з девіантною поведінкою використовуються й тести.

Тестування як психологічний метод передбачає визначення наявності, особливостей і рівня розвитку певних психічних характеристик досліджуваного, його статусу в міжособистісних стосунках на основі виконання ним певних завдань. Як відомо, тестування здійснюється за допомогою, власне, тестів (передбачають використання стандартизованих запитань і завдань, що мають певну шкалу значень), опитувальників, проєктивних методик, соціометричної методики тощо.

Так, наприклад, для *визначення рівня домагань* досліджуваного застосовується **методика Хоппе**, що наближена до експериментальної. За цією методикою досліджуваному пропонується виконати завдання різного ступеня складності, водночас завдання вибирає сам досліджуваний. Після виконання завдання дослідник повідомляє про успішність його вирішення і пропонує вибрати нове. Особистість із завищеним рівнем домагань прагне навіть у ситуації неуспіху вибрати завдання складніше за попереднє. Людина із заниженим рівнем домагань у ситуації успіху, зазвичай, вибирає завдання простіше (хоча мала б вибрати складніше). Водночас велике значення має аналіз поведінки досліджуваного під час тестових завдань, зокрема його емоцій, наполегливості в подоланні труднощів.

Опитувальники – це стандартизовані самозвіти, що мають на меті визначення рис розвитку особистості, мотивів, інтересів, ціннісних орієнтацій, настановлень тощо.

У контексті дослідження девіантної поведінки часто використовують **опитувальник Басса-Дарки**, призначений для *діагностики агресивних та ворожих реакцій* людини.

Опитувальник містить такі **шкали**:

- 1) фізична агресія (застосування фізичної сили проти інших осіб);
- 2) непрямая агресія (спрямована через обхідні шляхи на іншу особу (плітки) або взагалі не спрямована ні на кого конкретно, наприклад, вибух люті – крик, тупотіння ногами та ін.);
- 3) роздратування (готовність до гарячкування, прояву брутальності за найменшого збудження);

4) негативізм (опір авторитету, встановленим звичаям і законам із пасивним опором аж до активної боротьби проти них);

5) образа (зздрість та ненависть до інших людей, зумовлені справжніми або, зазвичай, вигаданими стражданнями);

6) підозрілість (недовіра й обережність у ставленні до людей, що ґрунтується на переконанні в їх готовності заподіяти шкоду певній особі);

7) вербальна агресія (вираження негативного ставлення до людини через форму (крик) і зміст (прокльони, погрози) словесних відповідей);

8) почуття провини (переживання докорів сумління через прояви поведінки, які зазвичай забороняються нормами суспільства, і через це – переконання людини в тому, що вона погана, бо вчиняє зло).

За результатами відповідей вираховуються індекси ворожості й агресивності. Водночас слід урахувати, що цей опитувальник через ефект «соціальної бажаності» відповідей варто використовувати спільно з іншими методиками, зокрема, проєктивними.

Часто використовують опитувальник для *визначення рівня тривожності* (Д. Тейлор), що дає змогу вчасно виявити підвищений рівень тривожності та запропонувати методи її корекції з метою запобігання розвитку девіантної поведінки.

Характерологічний **опитувальник К. Леонгарда** діагностує наявні **акцентуації характеру**, що, зокрема, у підлітковому віці може сприяти виникненню девіантної поведінки.

Для комплексної діагностики схильності до адиктивної поведінки особистості використовують:

1. тест «Схильність до залежної поведінки» (В. Д. Менделевич),

2. опитувальник для виявлення ранніх ознак алкоголізму (К. К. Яхін, В. Д. Менделевич),

3. скринінгову діагностику комп'ютерної залежності (Л. Н. Юрьєва, Т. Ю. Ботьот).

Стандартизовані самозвіти, які, власне, є опитувальниками, зазвичай використовуються для *прямої самооцінки досліджуваних* власних психічних станів, наприклад, самооцінка депресії.

Проективні методики передбачають створення для досліджуваного доволі невизначеної ситуації, коли в її тлумаченні головним виявляється не об'єктивний, а суб'єктивний зміст – це те ставлення, яке ця ситуація викликає в досліджуваного.

Так, зокрема, можна використовувати набір малюнків, за якими досліджуваний має сформулювати певну розповідь. Під час її аналізу зважається і на логічність у викладенні подій, і на те, який особистісний зміст вкладає досліджуваний у пояснення сюжету. Широко також використовуються проективні методики, в яких слід намалювати певні зображення, вони називаються «Неіснуюча тварина», «Дім, дерево, будинок», «Намалюй людину», «Малюнок сім'ї» тощо, що дозволяють судити не тільки про ставлення людини до себе загалом, але й про окремі прояви її особистості.

Особливості емоційного реагування під час взаємодії з іншими людьми в ситуації перешкод на шляху досягнення мети, задоволення потреб можна дослідити *за методикою вивчення фрустрації, розробленої С. Розенцвейгом.*

На основі цієї методики, що має дитячий і дорослий варіанти, можна виявити такі типи реакцій досліджуваного: з фіксацією «на перешкоді» і з фіксацією «на самозахисті», а також спрямованість реакції – інтропунітивну (коли реакція спрямована на самого себе, через що суб'єкт або бере на себе відповідальність за виправлення цієї ситуації, або звинувачує себе), екстрапунітивну (коли реакція спрямована на живе чи неживе оточення, а вирішення ситуації перекладається на іншу особу чи зовнішні обставини взагалі), імпунітивну (коли ситуація фрустрації розглядається досліджуваним як малозначуща, як дещо таке, що може бути виправлено само собою, варто лише зачекати). Аналіз типу і спрямованості реакцій дає змогу визначити ступінь адаптованості досліджуваного до власного соціального оточення. *Перевагою проективних методик є можливість дослідити неусвідомлювану сферу особистості.* Водночас тлумачення результатів є доволі суб'єктивним, крім того, існує ймовірність, що дослідник може зосередитися насамперед на даних, що мають особливу значущість не для досліджуваного, а для нього особисто (через існування власних неусвідомлюваних проблем). За допомогою *соціометричної методики* можна визначити статус особистості в малих групах.

До методів дослідження девіантної поведінки особистості може також належати **метод незалежних характеристик**, що дозволяє *виявити особливості поведінки та психічні якості досліджуваних* у різних ситуаціях через сприймання різних осіб. Так, наприклад, на основі цього методу Р. Овчарова розробила комплексну експресдіагностику соціально-педагогічної занедбаності дітей, що передбачає надання незалежних характеристик психологом і педагогом. У розробці методики дослідниці спиралася на те, що ознаками педагогічної занедбаності дітей є:

- порушення Я-образу, виражене в неадекватній самооцінці та рівні домагань;
- низький соціальний статус, що проявляється через неприйняття однолітків, «відкидання» батьками й обструкцію педагогів;
- труднощі та неуспішність у навчанні, пов'язані з дисгармонією розвитку в соціально-педагогічному середовищі, зокрема, через гіперсоціалізованість і авторитарність педагогів і батьків;
- неадекватна поведінка у соціальних ситуаціях тощо.

У результаті були виокремлені відповідні шкали – властивості самосвідомості, особливості спілкування, навчальної діяльності та інші, які дозволяють охарактеризувати дитину в контексті ймовірного ступеня її педагогічної занедбаності. У цій методиці використані матеріали спостереження, аналізу продуктів діяльності дитини, бесіди з батьками, застосовано також медичну карту тощо.

Висновок. Отже, психодіагностика виконує важливу роль у визначенні напрямку допомоги особистості, що є схильною до девіантної поведінки.

Питання до лекції

1. Цілі психодіагностики девіантної поведінки.
2. Етапи психодіагностики девіантної поведінки.
3. Стадії психодіагностики девіантної поведінки.
4. Принципи психодіагностики девіантної поведінки.
5. Особливості проведення методів психодіагностики девіантної поведінки.

Рекомендована література:

Основна: [1,3]

Допоміжна: [1,4,5]

Інформ. ресурси Інтернет [2]

Міжнародні видання [7]

Тема 9. Профілактика девіантної поведінки особистості

Мета. Дослідити методи, види психолого-педагогічної допомоги та профілактично-корекційної роботи психолога. Визначити традиційну профілактику та корекцію девіантної поведінки в українській психолого-педагогічній науці. Вивчити етапи профілактики відхилень у груповій роботі з дітьми.

Ключові слова: *профілактика, корекція, етапи, групова робота.*

Вступ. Психолого-педагогічну допомогу особистості, схильної до девіантної поведінки, можна розглядати як комплекс соціально-психологічних і педагогічних заходів. В українській психолого-педагогічній науці відомі давні традиції профілактики і корекції девіантної поведінки через створення спеціального розвиваючо-виховуючого середовища.

План

1. Види психолого-педагогічної допомоги та профілактично-корекційної роботи психолога
2. Традиції профілактики і корекції девіантної поведінки в українській психолого-педагогічній науці
3. Етапи профілактики відхилень у груповій роботі з дітьми

Висновок

1. Види психолого-педагогічної допомоги та профілактично-корекційної роботи психолога

Психолого-педагогічну допомогу особистості, схильної до девіантної поведінки, можна розглядати як комплекс соціально-психологічних і педагогічних заходів, що спрямовані на:

- виявлення і виправлення умов, які сприяють проявам девіантної поведінки;
- створення передумов попередження відхилень у поведінці, зокрема, через пропаганду здорового способу життя;

- створення сприятливого соціально-психологічного клімату в мікросоціальному оточенні дитини; створення можливостей для самореалізації особистості у суспільстві тощо.

Виокремлюють первинну та вторинну профілактику девіантної поведінки особистості.

Первинна профілактика – це комплекс засобів та заходів, які спрямовані на попередження девіантних форм поведінки саме тоді, коли вони ще не виникають.

Вторинна профілактика – це спеціально організована робота фахівців (психологів, педагогів, соціальних працівників) щодо зменшення проявів та наслідків девіантної поведінки, власне профілактично-корекційна робота. Вторинна профілактика девіантної поведінки особистості спрямована на:

- розхитування і руйнування девіантних настановлень, уявлень, мотивів, стереотипів поведінки та формування нових, позитивних;
- розвиток соціальної активності, інтересу до себе й оточуючих, сприяння у здобутті певного статусу в позитивно спрямованих угрупованнях;
- навчання навичкам саморегуляції, співпраці, адекватному прояву активності, вмінню здійснювати правильний вибір форм поведінки;
- розвиток інтересу і здатності до творчості;
- оптимізацію позитивного досвіду, створення і закріплення зразків позитивної поведінки.

Профілактично-корекційна робота психолога з особистостями, схильними до девіацій, спрямована на реалізацію таких функцій:

- виховну (поновлення позитивних якостей, що переважали до появи девіантної поведінки);
- компенсаторну (формування прагнення компенсувати певні соціальні недоліки, активізація діяльності у тій сфері, де особистість може досягти успіху, реалізувати потребу в самоствердженні);
- стимулюючу (активізація позитивної суспільно корисної діяльності через зацікавлене емоційне ставлення до особистості);
- коригувальну (виправлення негативних якостей особистості, коригування мотивації, ціннісних орієнтацій, атитюдів, поведінки);

- регулятивну (забезпечення впливу учасників міжособистісної взаємодії для зміни ступеня участі особистості у груповій діяльності з поступовим переходом до саморегуляції та самоконтролю).

2. Традиції профілактики і корекції девіантної поведінки в українській психолого-педагогічній науці

Профілактика девіантної поведінки нерозривно пов'язана з процесом соціалізації особистості та залежить від таких умов, як комплексність (проведення спільних заходів не тільки на соціально-психологічному, але й економічному, правовому, медико-санітарному, педагогічному рівнях), послідовність, диференційованість (залежно від індивідуально-психологічних особливостей людини й особливостей її оточення), своєчасність (надання допомоги на ранніх етапах виникнення схильності до девіантної поведінки), пріоритет превентивності соціальних проблем, прогностичність (спрямованість у майбутнє, насичене позитивними цінностями та цілями, планування життєвих планів без девіантної поведінки).

Форми первинної психопрофілактичної роботи (О. В. Змановська, 2010):

1) організація соціального середовища, в межах якої передбачається соціальна реклама щодо формування настанов на здоровий спосіб життя;

2) створення негативної громадської думки щодо проявів девіантної поведінки насамперед через засоби масової інформації;

3) формування соціальних «зон підтримки», зокрема, через організацію та підтримку громадських організацій, молодіжних рухів та ін.;

4) інформування, що передбачає вплив на когнітивні процеси особистості для підвищення її здатності ухвалювати конструктивні рішення щодо власної поведінки;

5) здійснюється через організацію лекцій, бесід, групових дискусій, поширення відео- і телефільмів тощо;

6) активне соціальне навчання соціально-корисним навичкам, активізація особистісних ресурсів, що реалізується через групові тренінги, зокрема, тренінги асертивності або тренінги резистентності до негативних соціальних впливів, участь у групах спілкування та особистісного зростання тощо;

7) організація діяльності, альтернативної девіантної поведінки, зокрема, через залучення особистості до пізнавальної діяльності, спорту, мистецтва, випробування себе у «позитивній» діяльності (подорожі, похід у гори, екстремальні види спорту тощо);

8) організація здорового способу життя, що передбачає, зокрема, розвиток екологічної культури особистості, дотримання режиму праці й відпочинку та виключає прояви надмірності;

9) мінімізація негативних наслідків девіантної поведінки, яка застосовується у разі сформованої схильності до девіантної поведінки і спрямована на профілактику рецидивів або їх негативних наслідків.

3. Етапи профілактики відхилень у груповій роботі з дітьми

Зокрема профілактика відхилень у поведінці молодшого школяра як суб'єкта спілкування, ефективна у груповій роботі з дітьми, яка здійснюється в 3 етапи: - **орієнтувальний** (дає можливість, з одного боку, виявити стереотипні поведінкові реакції учасників, а з іншого – згуртувати групу, створити почуття безпеки та захищеності);

- **реконструктивний** (створення нових форм поведінки і накопичення нового досвіду спілкування на основі задоволення потреб у безпеці та прийнятті-визнанні, що відбулося на першому етапі);

- **закріплюючий** (сприяння розвитку навичок довільного управління діяльністю і поведінкою, а також – закріпленню набутих конструктивних навичок взаємодії з іншими).

Особлива увага водночас має бути приділена психологічній просвіті та психологічному консультуванню батьків і педагогів для попередження шкільної дезадаптації учнів, виникнення «шкільних» неврозів тощо.

Висновок. Отже, профілактика девіантної поведінки особистості – це комплекс соціально-психологічних і педагогічних заходів, що спрямовані на виявлення та виправлення умов, які сприяють проявам негативних форм поведінки.

Питання до лекції

1. Психологічна профілактика емоційного вигорання та професійної деформації особистості педагога як передумова запобіганню несприятливим тенденціям розвитку особистості дитини.

2. Особливості взаємодії психолога з батьками щодо профілактики та корекції девіантної поведінки дитини.

3. Психологічні особливості самовиховання як фактор попередження та подолання поведінкових девіацій.

4. Основні напрями соціально-психологічної реабілітації особистості з девіантною поведінкою

Рекомендована література:

Основна: [1,2]

Допоміжна: [1,3,5]

Інформ. ресурси Інтернет [3]

Міжнародні видання [6]

Тема 10. Психологічна корекція девіантної поведінки

Мета. З'ясувати поняття “Психологічна корекція” девіантної поведінки. Дослідити “індивідуальні форми” психокорекції девіантної поведінки. Вивчити програму роботи з дітьми молодшого шкільного віку та “групові форми” психокорекції девіантної поведінки школярів.

Ключові слова: *психологічна корекція, індивідуальні форми, групові форми.*

Вступ. Психологічна корекція – це тактовне втручання у процеси психічного й особистісного розвитку людини для виправлення відхилень у цих процесах і часто впливає не лише на особистість, а й на її оточення, організацію життєдіяльності.

План

1. Характеристика поняття “Психологічна корекція” девіантної поведінки
2. Індивідуальні форми психокорекції девіантної поведінки
3. Програма роботи з дітьми молодшого шкільного віку
4. Групові форми психокорекції девіантної поведінки

Висновок

1. Характеристика поняття “Психологічна корекція” девіантної поведінки

Психологічна корекція – це тактовне втручання у процеси психічного й особистісного розвитку людини для виправлення відхилень у цих процесах і часто впливає не лише на особистість, а й на її оточення, організацію життєдіяльності.

Психологічна корекція девіантної поведінки передбачає психологічне втручання в особистісний простір для стимулювання позитивних змін, послаблення або усунення тих форм поведінки особистості, що перешкоджають її соціальній адаптації, тактовне втручання у процеси психічного й особистісного розвитку людини для виправлення відхилень у цих процесах і часто впливає не лише на особистість, а й на її оточення, організацію життєдіяльності. Зрозуміло, що надання психологічної допомоги у цьому випадку буде ефективним за умови бажання таких змін з боку девіанта.

Тому *основними завданнями психологічної інтервенції* за девіантної поведінки особистості є такі:

- створення сприятливих соціально-психологічних умов для особистісних змін або одужання, розвиток мотивації на соціальну адаптацію або одужання;
- стимулювання особистісних змін; корекція поведінки з урахуванням специфіки її проявів у процесі психологічного консультування або психотерапії.

Так, наприклад, у разі делінквентної поведінки особистості важливими завданнями психокорекційної роботи є створення саногенного середовища або «психотерапевтичних оаз», тобто груп або стосунків, вільних від деструктивних впливів, у яких підкріплюються позитивні способи поведінки, відбувається зниження чутливості до кримінальних, стресових впливів, соціальне навчання і підвищення здатності особистості конструктивно вирішувати проблеми в делінквентному оточенні й успішно виходити з нього.

Етапи профілактично-корекційної роботи психолога з особами, схильними до девіацій:

- формулювання проблеми, висування гіпотези про причини девіації; - діагностичний етап для перевірки й уточнення гіпотези;
- вибір адекватних методів і технологій надання психологічної допомоги особистості;
- складання програми психологічної допомоги та її реалізація;

- контроль за ходом реалізації програми і за необхідності внесення до неї корективів. Виокремлюють декілька *підходів із надання психологічної допомоги особистості в профілактиці та корекції* девіантної поведінки відповідно до напрямку психологічної науки. Так, зокрема, *гештальтпсихологія і тілесно-орієнтована терапія* спрямовані насамперед на подолання «внутрішнього розколу» між тілесним і духовним, формування почуття довіри поняттям «тут» і «тепер».

Екзистенціальний підхід передбачає сприяння особистості у переосмисленні екзистенціальної ізоляції, підкресленні цінності й розмаїття світу, створенні привабливої життєвої перспективи, осмисленні сенсу життя.

Поведінкова психологія розглядає способи встановлення адекватних контактів із іншими людьми через навчання відповідним засобам соціальної поведінки, зокрема, через тренування входу до певної ролі та виходу з неї тощо, детальне відпрацювання поведінкових реакцій. Інтераціоналістський підхід фокусується на прагненні людини поділити своє життя з іншими у пошуках вирішення соціальних ситуацій через обігрування певних ролей, забезпечення гнучкості їх меж за допомогою інших людей.

Завдання індивідуальної та групової психокорекції фокусуються на трьох складових самосвідомості:

1. Саморозуміння (когнітивний аспект).
2. Ставлення до себе (емоційний аспект).
3. Саморегуляція (поведінковий аспект).

2. Індивідуальні форми психокорекції девіантної поведінки **Індивідуальна психокорекція** – це цілеспрямований безпосередній вплив на конкретну людину з боку психолога, який використовує для цього різні методи роботи.

Покази для індивідуальної (а не групової) роботи з психокорекції:

- дошкільний вік дитини;
- наявність істотних дефектів зовнішності або важких соматичних захворювань;
- ситуації «швидкої допомоги» (якщо під час обстеження виявляються інтенсивні агресивні й аутоагресивні тенденції).

Одним із методів надання соціально-психологічної підтримки є так званий «телефон довіри», що дозволяє провести анонімне консультування особистості, схильної до девіантної поведінки (Львів – 1558 <http://youtu.be/9MdxM2fqi2U>).

Виокремлюють такі етапи психологічної допомоги під час роботи телефону довіри.

Етапи роботи телефону довіри:

- початковий етап – людині надається впевненість у тому, що вона звернулася туди, де її зрозуміють і підтримають;
- уточнювальний етап – уточнення запиту на основі безумовного прийняття особистості людини, котрій надається допомога;
- діагностичний етап – допомога клієнту оволодіти проблемою, сформуванню об'єктивної й чіткої картини подій;
- психотерапевтична робота – мобілізація всіх ресурсів клієнта, встановлення і підтримка всіх здорових, позитивних ухвалень рішень – спільне відпрацювання варіантів вирішення проблеми; усвідомлення та прийняття клієнтом оптимального варіанта її вирішення; спільне формування плану дій, спрямованого на подолання критичної ситуації;
- заключний етап – підтримка та максимальне схвалення рішення клієнта якостей особистості, сприяння у підвищенні самооцінки, впевненості у собі; пошук ресурсів.

3. Програма роботи з дітьми молодшого шкільного віку

Програма роботи з дітьми молодшого шкільного віку в разі порушень розвитку особистості (Р. Овчарова):

- зняття стану емоційного дискомфорту;
- створення ситуації успіху;
- гармонізація внутрішньої суперечливості особистості;
- корекція залежності від оточуючих;
- зняття ворожості, формування адекватних форм соціальної поведінки;
- корекція тривожності, виховання впевненості у собі.

Прийоми корекційно-виховного впливу на підлітків-девіантів (Ю. Клейберг):

- зниження вимог до підлітка до досягнення ним соціальної та психологічної адаптації;

- залучення до колективних видів діяльності, стимулювання розвитку творчого потенціалу, самовираження;

- організація ситуацій успіху, розробка відповідних заходів для заохочення; – - демонстрація та роз'яснення позитивних зразків поведінки (через особистий приклад, образи з художньої літератури, періодики, біографій видатних людей) тощо. Такий підхід сприятиме поступовій орієнтації підлітка на самовиховання як важливий чинник попередження девіантної поведінки в майбутньому.

4. Групові форми психокорекції девіантної поведінки

Групові форми психокорекції девіантної поведінки

• Групова психокорекція – це цілеспрямоване використання групової динаміки, тобто всієї сукупності відносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи і психолога, в корекційних цілях. До групових форм психокорекції (Н. Рудестам, Д. Карвасарський, К. Левін, Т. Яценко, Н. Максимова) належать:

- Тренінгові групи
- Т-групи (тренінг комунікативності, тренінг особистісного зростання і т. д.).
- Соціально-психологічний тренінг.
- Групи взаємопідтримки (АА, АН, АІ, співузалежних).

Психокорекційна група:

- це штучно створена мала група, об'єднана цілями міжособистісного дослідження, особистісного навчання, саморозкриття (8–12 учасників);
- це взаємодія «тут» і «тепер», за якої учасники вивчають, що відбувається з ними в процесі міжособистісної взаємодії в цей момент і в цьому місці.

Фактори, що впливають на ефективність психокорекційної роботи:

1. Універсальність.
2. Прийняття.
3. Альтруїзм.
4. Катарсис.
5. Саморозкриття.
6. Зворотній зв'язок.

7. Інсайт (усвідомлення).
8. Корекційний емоційний досвід.
9. Перевірка нової поведінки.
10. Надання інформації, навчання спостереженню.

Завдання групи тренінгу:

1. Дослідження психологічної проблеми кожного члена групи та надання йому допомоги в її вирішенні.
2. Зміна неадаптивних стереотипів поведінки та досягнення адекватної соціальної адаптації.
3. Придбання знань про закономірності міжособистісних і групових процесів як основи для більш ефективного та гармонійного спілкування з людьми.
4. Сприяння процесу особистісного зростання, реалізації людського потенціалу, досягненню оптимальної працездатності, відчуття щастя.
5. Усунення хворобливих симптомів, що відповідають різним емоційним проблемам.
6. Корекція тривожності.
7. Корекція агресивності.
8. Корекція психотравми.
9. Корекція самооцінки.
10. Корекція конформності.
11. Формування асертивної поведінки.

Ефективною та науково доказовою є програма групової психокорекції дітей, які пережили психотравмуючі події, що слугує засобом профілактики девіантної поведінки дітей та підлітків від 8 до 18 років і має такі складові:

- теоретична база – когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ).
- попередня психодіагностика (опитувальник психотравмуючих подій – СВІТS); - час проведення – 10 зустрічей; робота з батьками та вчителями.

Важливе місце у груповій психокорекції девіантної поведінки посідає **робота груп анонімних алкоголіків** (а також анонімних наркоманів тощо).

Анонімні Алкоголіки:

- це співтовариство чоловіків та жінок, які діляться один з одним своїм досвідом, силою та надією з метою вирішити їхню спільну проблему та допомогти іншим одужати від алкоголізму;

- громадська організація, яка об'єднує людей, котрі бажають позбутись алкогольної залежності, а також створює умови для обміну досвідом цілковитого утримання від алкоголю і взаємної підтримки на шляху одужання.

Перша подібна спільнота виникла 1935 року в США, але з часом нові групи почали з'являтися і в інших країнах. На території України діють приблизно 100 груп анонімних алкоголіків: 24 – у Києві, 14 – у Луцьку, 15 – у Львові. Зокрема, у Полтаві сформована єдина в Україні Група анонімних алкоголіків, яка діє у Полтавській виправній колонії (№ 64) протягом чотирьох років. 12 кроків – це програма духовного переорієнтування для залежних від алкоголю чи наркотиків. **Метою** є визнання своєї залежності, апелювання до «вищої сили» для лікування, відшкодування шкоди, завданої іншим в результаті залежності та донесення цілющого знання до інших залежних. Значною мірою покладається на прийняття «вищої сили» або Бога, який може розумітися по-різному, але є обов'язковою діючою силою в одужанні. Ми визнали своє безсилля перед алкоголем, визнали, що ми втратили контроль над собою. Переконані, що тільки Сила більш могутня, ніж ми, може повернути нам розсудливість. Ухвалили рішення доручити нашу волю та життя Богу, як ми Його розуміли. Глибоко та безстрашно оцінили себе і своє життя з морального погляду. Визнали перед Богом, собою і будь-якою іншою людиною справжню природу наших оман. Повністю підготували себе до того, щоб Бог позбавив нас від усіх наших недоліків. Смиренно просили Його виправити наші вади. Склали список усіх тих людей, кому ми заподіяли зло, і сповнилися бажанням загладити свою провину перед ними. Особисто відшкодовували заподіяний цим людям збиток, де тільки можливо, крім тих випадків, коли це могло зашкодити їм або кому-небудь іншому. Продовжували самоаналіз і, коли допускали помилки, відразу визнавали це. Прагнули шляхом молитви та міркування поглибити зіткнення з Богом, як ми розуміли Його, молячись лише про знання Його волі, яку нам слід виконати, і про дарування сили для цього. Досягнувши духовного пробудження, до якого призвели ці кроки, ми намагалися донести зміст наших ідей до інших алкоголіків і застосовувати ці принципи у всіх наших справах.

Висновок. Отже, психокорекція девіантної поведінки особистості – це тактовне втручання у процеси її психічного та особистісного розвитку для виправлення відхилень у її поведінці, що часто впливає не лише на саму особистість, а й на її оточення, організацію життєдіяльності.

Питання до лекції

1. Поняття психокорекції.
2. Розуміння індивідуальної психокорекції.
3. Розуміння групової психокорекції.
4. Психокорекційна група та її значення.
5. Види психокорекційних груп.
6. Методи і форми індивідуальної психологічної допомоги.
7. Фактори ефективності психокорекційної роботи.
8. Етапи роботи «телефону довіри».
9. Методи та форми групової психологічної допомоги.

Рекомендована література:

Основна: [1,3]

Допоміжна: [3,4]

Інформ. ресурси Інтернет [3]

Міжнародні видання [3]

Тема 11. Психологічне консультування та психотерапія девіантної поведінки

Мета. Викласти теоретичні основи поняттю «Психологічне консультування».

З'ясувати предметний зміст поняття про традиційні види психологічної допомоги.

Довести, що види психологічної допомоги являють собою вплив на різні сторони особистості і мають різні цілі і способи, можуть застосовуватися окремо і в поєднанні.

Ключові слова: невротичні, психосоматичні розлади, характерологічні девіації, особистісні аномалії, психотерапія, психологічне консультування, психологічна корекція, раціоналізація, проекція, витіснення, ідентифікація, компенсація, гіперкомпенсація, фантазування, саморегуляції.

Вступ. Психологічна допомога є практичною реалізацією теоретичних досліджень клінічного психолога на основі наукового аналізу психічного статусу і індивідуально-психологічних особливостей людини, типів його реагування на різні фрустраційні події, в першу чергу, хвороби і конфліктні ситуації.

План.

1. Поняття психологічної допомоги при поведінкових девіаціях
2. «Психологічне консультування» особистостей з девіантною поведінкою
3. Саморегуляція, її ефекти та способи при поведінкових девіаціях
4. Психотерапія девіантної поведінки

Висновок.

1. Поняття “психологічної допомоги” при поведінкових девіаціях

Однією з найбільш значущих проблем клінічної психології є надання психологічної допомоги клієнтам з різноманітними життєвими проблемами, які перебувають в кризових ситуаціях, а також пацієнтам з соматичними та психічними захворюваннями, які мають невротичні, психосоматичні розлади, характерологічні девіації і особистісні аномалії.

Під психологічною допомогою розуміється *надання людині інформації про його психічний стан, причини і механізми появи психологічних феноменів або психопатологічних симптомів і синдромів, а також активний, цілеспрямований психологічний вплив на індивіда з метою гармонізації його психічного життя, адаптації до соціального оточення, купірування психопатологічної симптоматики і реконструкції особистості для формування фрустраційної толерантності, стресо- і неврозостікості.* Психологічна допомога є практичною реалізацією теоретичних досліджень клінічного психолога на основі наукового аналізу психічного статусу і індивідуально-психологічних особливостей людини, типів його реагування на різні фрустраційні події, в першу чергу, хвороби і конфліктні ситуації. Традиційно виділяють **три види психологічної допомоги: психологічне консультування, психокорекцію та психотерапію.** Вони являють собою вплив на різні сторони особистості і мають різні цілі і способи, можуть застосовуватися окремо і в поєднанні.

2. «Психологічне консультування» особистостей з девіантною поведінкою

Основною метою психологічного консультування є формування особистісної позиції, специфічного світогляду та погляду на життя, принципів і непринципові сторони людського існування, формування ієрархії цінностей.

Завданням психологічної корекції є вироблення і оволодіння практичними навичками оптимальної для індивіда і ефективної для збереження здоров'я психічної діяльності, сприяє особистісному зростанню і адаптації людини в суспільстві.

Консультування в процесі надання психологічної допомоги має на увазі спільне обговорення лікаря, клінічного психолога, з одного боку, і пацієнта або клієнта, з іншого, що виникли у людини проблем, можливих варіантів їх подолання та профілактики, а також інформування індивіда про його індивідуально-психологічні якості, специфічних типах реагування, методах саморегуляції. **Консультування направлено** на вироблення активної позиції людини по відношенню до психологічних проблем, фрустрації та стресів з метою навчання способам відновлення або збереження емоційного комфорту в критичних життєвих ситуаціях. Діагностичні процес в структурі психологічного консультування включає клінічне інтерв'ювання і використання батареї експериментально-психологічного методик для визначення особливостей функціонування психічних процесів і параметрів індивідуальності. істотним при консультуванні в практичному відношенні є процес інформування людини про об'єктивних параметрах його психічної діяльності і властивості індивідуальності, а також навчання способам психічної саморегуляції.

У процесі консультування клієнтів підліткового віку практичний психолог, використовує і діагностичні, і терапевтичні методи роботи, вони використовуються і в роботі із девіантними схильностями дітей. Проте, використовуючи діагностичні методи, психолог повинен переконатися чи дійсно у підлітка саме прояви девіантної поведінки. Саме для цього психологу-консультанту потрібно здійснити всебічний аналіз необхідної інформації про підлітка, його ситуацію і визначити проблеми, що змусили його звернутися за допомогою. З'ясовуються джерела і чинники виникнення девіантної поведінки, якщо така є. Коли за результатами діагностичного процесу виявлено девіації або інші проблеми, проводиться процес реалізації психологічної допомоги з використанням спеціальних прийомів і технік:

психологічна підтримка, оптимізацію психічного стану й актуалізацію власних психологічних ресурсів підлітка. Потрібно сказати, що реалізувати вище описані етапи консультативного процесу практичний психолог, перш за все, повинен налагодити контакт із клієнтом. Цей процес встановлення довірливих стосунків досить важливий, бо потрібно, щоб підліток «включився» у процес, відчував себе у безпеці, захищеним. Це важче ніж з дорослою людиною, оскільки не завжди, підлітки самостійно звертаються за допомогою, їх приводять батьки або вчитель. Тому важливим є, щоб підліток усвідомлено підходив до процесу консультування, не очікував від психолога вирішення проблем, а безпосередньо був ініціатором їх вирішення, мав бажання працювати, змінюватися [5].

Зрозумілим є те, що основними умовами при роботі практичного психолога з підлітком є добровільність, конфіденційність та відповідальність, які забезпечать впевненість у тому, що психолог позитивно налаштований, не розповість зміст діалогу, бесіди і загальних результаті роботи ні вчителям з батьками, ні одноліткам з класу. Підліток повинен відчувати безпеку та не відчувати себе осудженим за свій вчинок. Мається на увазі, що психолог повинен приймати підлітка який потребує допомоги, цікавитися його життям, створити, певною мірою, дружні стосунки, що забезпечать злагоджену консультативну роботу із обох сторін. У консультативному процесі роботи із підлітками, практичний психолог може використовувати техніки активного слухання, заохочення, перефразування, зворотній зв'язок. Потрібно, щоб підліток максимально був залучений до роботи, аналізував свої вчинки, приймав себе та хотів змін на краще. Загалом, можна сказати, що психологічне консультування підлітків із проявами девіантної поведінки характеризується певними відмінностями від принципів консультативного процесу із дорослими, проте це не виключає можливість використання психологом-консультантом і загально-прийнятих технік психологічного консультування. Нами проаналізовано особливості підліткового віку, що включають новоутворення, ситуацію розвитку та взаємостосунків у соціумі, відповідно до цього, описано поняття девіантної поведінки та її різновиди, що можуть виникати у підлітків під впливом як зовнішніх, так і внутрішніх чинників: умов соціалізації, взаємостосунків, розвитку новоутворень. Спираючись на особливості підліткового віку та прояви девіантної поведінки у підлітків, ми охарактеризували основні особливості психолого-

консультативного процесу даної вікової категорії із певними відхиленнями. Згідно чого, дійшли до висновку, що психологічне консультування підлітків загалом відрізняється від консультування дорослої людини, оскільки повинні враховуватися вікові особливості розвитку підлітків, усвідомленість чи неусвідомленість проблеми клієнтом та часта несаможиттєвість звернення за психологічною допомогою, що зменшує «включеність» та продуктивність роботи психолога-консультанта і підлітків загалом.

3. Саморегуляція (поведінковий аспект). Індивідуальні форми психокорекції девіантної поведінки Індивідуальна психокорекція – це цілеспрямований безпосередній вплив на конкретну людину з боку психолога, який використовує для цього різні методи роботи. Покази для індивідуальної (а не групової) роботи з психокорекції:

- дошкільний вік дитини;
- наявність істотних дефектів зовнішності або важких соматичних захворювань;
- ситуації «швидкої допомоги» (якщо під час обстеження виявляються інтенсивні агресивні й аутоагресивні тенденції). Одним із методів надання соціально-психологічної підтримки є так званий «телефон довіри», що дозволяє провести анонімне консультування особистості, схильної до девіантної поведінки. Виокремлюють такі етапи психологічної допомоги під час роботи телефону довіри. Етапи роботи телефону довіри: • початковий етап – людині надається впевненість у тому, що вона звернулася туди, де її зрозуміють і підтримають;
- уточнювальний етап – уточнення запиту на основі безумовного прийняття особистості людини, котрій надається допомога;
- діагностичний етап – допомога клієнту оволодіти проблемою, сформуванню об'єктивної й чіткої картини подій;
- психотерапевтична робота – мобілізація всіх ресурсів клієнта, встановлення і підтримка всіх здорових, позитивних ухвалень рішень – спільне відпрацювання варіантів вирішення проблеми; усвідомлення та прийняття клієнтом оптимального варіанта її вирішення; спільне формування плану дій, спрямованого на подолання критичної ситуації;

• заключний етап – підтримка та максимальне схвалення рішення клієнта якостей особистості, сприяння у підвищенні самооцінки, впевненості у собі; пошук ресурсів. Програма роботи з дітьми молодшого шкільного віку в разі порушень розвитку особистості (Р. Овчарова):

- зняття стану емоційного дискомфорту;
- створення ситуації успіху;
- гармонізація внутрішньої суперечливості особистості;
- корекція залежності від оточуючих;
- зняття ворожості, формування адекватних форм соціальної поведінки;
- корекція тривожності, виховання впевненості у собі.

Прийоми корекційно-виховного впливу на підлітків-девіантів (Ю. Клейберг):

- зниження вимог до підлітка до досягнення ним соціальної та психологічної адаптації;
- залучення до колективних видів діяльності, стимулювання розвитку творчого потенціалу, самовираження;
- організація ситуацій успіху, розробка відповідних заходів для заохочення;
- демонстрація та роз'яснення позитивних зразків поведінки (через особистий приклад, образи з художньої літератури, періодики, біографій видатних людей) тощо. Такий підхід сприятиме поступовій орієнтації підлітка на самовиховання як важливий чинник попередження девіантної поведінки в майбутньому.

Групові форми психокорекції девіантної поведінки

Групова психокорекція – це цілеспрямоване використання групової динаміки, тобто всієї сукупності відносин і взаємодій, що виникають між учасниками групи, включаючи і психолога, в корекційних цілях. До групових форм психокорекції (Н. Рудестам, Д. Карвасарський, К. Левін, Т. Яценко, Н. Максимова) належать:

- Тренінгові групи – Т-групи (тренінг комунікативності, тренінг особистісного зростання і т. д.).
- Соціально-психологічний тренінг.
- Групи взаємопідтримки (АА, АН, АІ, співузалежних).

Психокорекційна група:

- це штучно створена мала група, об'єднана цілями міжособистісного дослідження, особистісного навчання, саморозкриття (8–12 учасників);

• це взаємодія «тут» і «тепер», за якої учасники вивчають, що відбувається з ними в процесі міжособистісної взаємодії в цей момент і в цьому місці.

Фактори, що впливають на ефективність психокорекційної роботи:

1. Універсальність.
2. Прийняття.
3. Альтруїзм.
4. Катарсис.
5. Саморозкриття.
6. Зворотній зв'язок.
7. Інсайт (усвідомлення).
8. Корекційний емоційний досвід.
9. Перевірка нової поведінки.
10. Надання інформації, навчання спостереженню.

Завдання групи тренінгу:

1. Дослідження психологічної проблеми кожного члена групи та надання йому допомоги в її вирішенні.
2. Зміна неадаптивних стереотипів поведінки та досягнення адекватної соціальної адаптації.
3. Придбання знань про закономірності міжособистісних і групових процесів як основи для більш ефективного та гармонійного спілкування з людьми.
4. Сприяння процесу особистісного зростання, реалізації людського потенціалу, досягненню оптимальної працездатності, відчуття щастя.
5. Усунення хворобливих симптомів, що відповідають різним емоційним проблемам.
6. Корекція тривожності.
7. Корекція агресивності.
8. Корекція психотравми.
9. Корекція самооцінки.
10. Корекція конформності.
11. Формування асертивної поведінки.

Ефективною та науково доказовою є програма групової психокорекції дітей, які пережили психотравмуючі події, що слугує засобом профілактики девіантної поведінки дітей та підлітків від 8 до 18 років і має такі складові:

теоретична база – когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ). попередня психодіагностика (опитувальник психотравмуючих подій – СВІТС);

час проведення – 10 зустрічей; робота з батьками та вчителями.

Важливе місце у груповій психокорекції девіантної поведінки посідає робота груп анонімних алкоголіків (а також анонімних наркоманів тощо).

Анонімні Алкоголіки:

- це співтовариство чоловіків та жінок, які діляться один з одним своїм досвідом, силою та надією з метою вирішити їхню спільну проблему та допомогти іншим одужати від алкоголізму;

- громадська організація, яка об'єднує людей, котрі бажають позбутись алкогольної залежності, а також створює умови для обміну досвідом цілковитого утримання від алкоголю і взаємної підтримки на шляху одужання. Перша подібна спільнота виникла 1935 року в США, але з часом нові групи почали з'являтися і в інших країнах. На території України діють приблизно 100 груп анонімних алкоголіків: 24 – у Києві, 14 – у Луцьку, 15 – у Львові. Зокрема, у Полтаві сформована єдина в Україні Група анонімних алкоголіків, яка діє у Полтавській виправній колонії (№ 64) протягом чотирьох років. 12 кроків – це програма духовного переорієнтування для залежних від алкоголю чи наркотиків.

Метою є визнання своєї залежності, апелювання до «вищої сили» для лікування, відшкодування шкоди, завданої іншим в результаті залежності та донесення цілющого знання до інших залежних. 136 Значною мірою покладається на прийняття «вищої сили» або Бога, який може розумітися по-різному, але є обов'язковою діючою силою в одужанні. Ми визнали своє безсилля перед алкоголем, визнали, що ми втратили контроль над собою. Переконані, що тільки Сила більш могутня, ніж ми, може повернути нам розсудливість. Ухвалили рішення доручити нашу волю та життя Богу, як ми Його розуміли. Глибоко та безстрашно оцінили себе і своє життя з морального погляду. Визнали перед Богом, собою і будь-якою іншою людиною справжню природу наших оман. Повністю підготували себе до того, щоб Бог позбавив нас від усіх наших недоліків. Смирено просили Його

виправити наші вади. Склали список усіх тих людей, кому ми заподіяли зло, і сповнилися бажанням загладити свою провину перед ними. Особисто відшкодовували заподіяний цим людям збиток, де тільки можливо, крім тих випадків, коли це могло зашкодити їм або кому-небудь іншому. Продовжували самоаналіз і, коли допускали помилки, відразу визнавали це. Прагнули шляхом молитви та міркування поглибити зіткнення з Богом, як ми розуміли Його, молячись лише про знання Його волі, яку нам слід виконати, і про дарування сили для цього. Досягнувши духовного пробудження, до якого призвели ці кроки, ми намагалися донести зміст наших ідей до інших алкоголіків і застосовувати ці принципи у всіх наших справах. Отже, психокорекція девіантної поведінки особистості – це тактовне втручання у процеси її психічного та особистісного розвитку для виправлення відхилень у її поведінці, що часто впливає не лише на саму особистість, а й на її оточення, організацію життєдіяльності.

3. Саморегуляція, її ефекти та способи при поведінкових девіаціях

Саморегуляція - це управління своїм емоційним станом, який досягається шляхом впливу людини на самого себе за допомогою слів, уявних образів, управління м'язовим тонусом і диханням.

Ефекти саморегуляції:

- ефект заспокоєння (усунення емоційної напруги);
- ефект відновлення (послаблення проявів втоми);
- ефект активізації (підвищення психофізіологічної реактивності)

Способи Саморегуляції:

- сміх, посмішка, гумор;
- роздуми про хороше, приємне;
- різні рухи по типу потягування, розслаблення м'язів;
- розглядання квітів, пейзажів, фото та інших приємних серцю речей;
- уявне звернення до вищих сил (Бога, Всесвіту, великих ідей);
- “купання” (уявне або реальне) в сонячних променях ;
- “подихи” свіжим повітрям;
- читання віршів, співання пісень”;
- слухання музики;

- висловлювання похвали, комплементів кому-небудь, просто так.

Завдання. Дайте відповіді на питання:

- 1) Що допомагає вам підняти настрій, переключитися?
- 2) Що ви можете використати з вище перерахованих способів, додайте свої?

Способи саморегуляції.

1. Способи, пов'язані з управлінням дихання: управління диханням — це засіб впливу на тонус м'язів та емоційні центри мозку. Повільне і глибоке дихання (за участю м'язів живота) знижує збудливість нервових центрів і сприяє м'язовому розслабленню, релаксації. Часте (грудне) дихання, навпаки, забезпечує високий рівень активності організму, підтримує нервово-психічну напруженість.

2. Способи, пов'язані з управлінням тонусом м'язів, рухом. Під впливом психічних навантажень викликає м'язове напруження. Уміння його розслабити дозволяє зняти нервово-психічне напруження і швидко відновити сили.

3. Способи, пов'язані з впливом слова. Словесний вплив задіє свідомий механізм самонавіювання, йде безпосередній вплив на психофізіологічні функції організму. Формулювання самонавіювання будується у вигляді коротких і простих тверджень, з позитивною спрямованістю (без частинки “не”).

4. Способи, пов'язані з самопрограмуванням. У багатьох ситуаціях доречно “озирнутися назад” і згадати про свої успіхи в аналогічних обставинах. Минулі успіхи говорять про ваші можливості, приховані резерви у інтелектуальній, духовній, вольовій сферах і вселяють впевненість у своїх силах.

5. Спосіб самосхвалення. Люди часто не отримують позитивної оцінки своєї поведінки з боку оточення. Особливо в ситуаціях, коли є підвищення нервово-психічних навантажень це одна з причин збільшення нервозності, роздратування. Тому важливо заохочувати себе самому.

6. Аутогенне тренування.

Відомо 8 принципів мудрого відношення до життя.

1. Вміти відрізнити головне від другорядного.
2. Знати міру впливу на події, тобто знати реальну оцінку як власних можливостей, так і ситуації, в якій ви знаходитесь.
3. Вміти підходити до проблеми з усіх сторін.
4. Готувати себе до будь-яких неочікуваних подій.

5. Сприймати діяльність такою, якою вона є в реальності, а не в нашій уяві.
6. Прагнути розуміти інших.
7. Вміти здобувати позитивний досвід з всього, що відбувається.
8. Ганс Сельє пропонує цілий кодекс правил, які здатні реалізувати ці принципи. Не зупиняючись на них, можна назвати лише одне- “жити повним життям”.

4. Психотерапія девіантної поведінки

Психотерапія у вузькому розумінні терміна основним своїм завданням ставить купірування психопатологічної симптоматики, за допомогою чого передбачається досягнення внутрішньої і зовнішньої гармонізації особистості. Надання ефективної психологічної допомоги немислимо без кооперування перерахованих видів психологічного впливу, оскільки адекватний стиль взаємодії людини з навколишнім світом неможливий як без сформованої особистісної позиції, що виявляється в теоретичному осмисленні реальності і виборі найбільш придатною світоглядної платформи з ієрархією цінностей, так і без конкретних психологічних навичок, подолання життєвих труднощів, а також «саногених» умінь. **Психотерапія** у вузькому розумінні терміна є видом активного психологічного впливу на пацієнта, що має психопатологічні симптоми і синдроми і знаходиться в стані кризи, фрустрації, стресу або душевної хвороби. психотерапія передбачає як купірування хворобливих клінічних проявів, так і корекцію індивідуально-психологічних властивостей людини з метою вторинної профілактики психогенних (Невротичних, психосоматичних) розладів і захворювань за допомогою спеціальних способів психотерапевтичного впливу. При широкому тлумаченні терміна «психотерапія» підданим видом психологічного впливу мають на увазі всі види спрямованого психологічного впливу на індивіда (консультування, корекцію і терапію).

Інформування клієнтів представляє досить делікатний і складний процес, оскільки передбачає не тільки неупереджене вручення фактів, а й врахування можливих реакцій людини на інформацію про себе. Існує кілька стратегій інформування, принципово різняться ступенем використання оціночних категорій, фокусуванням і використовуваної термінологією. Навчання навичкам саморегуляції в процесі психологічного консультування здійснюється різними способами з

орієнтацією на пріоритетність надання клієнтові або пацієнту максимально можливої інформації про засоби і методи психологічної захисту і компенсації, сано- і патогенетичних патернах мислення і прогнозування, закономірності розвитку, етапах та наслідки міжособистісних і внутрішньо-особистісних конфліктів. Індивід в процесі консультування **навчається** навичкам *рефлексивного стилю мислення, розсудливості і адаптивним формам реагування* виключно за допомогою інформування, оскільки тренінговий спосіб входить в структуру іншого виду психологічної допомоги - **психокорекції**. В першу чергу, клієнт або пацієнт набувають знання способів психологічної захисту. Суттю їх є **збереження балансу між зовнішніми силами, що діють на людини, і внутрішніми ресурсами**.

Виділяють наступні **варіанти психологічних захисних механізмів**: *раціоналізація, проєкція, витіснення, ідентифікація, компенсація, гіперкомпенсація, фантазування, домінуючі ідеї (М. Ярош)*.

Раціоналізація - прагнення до самовиправдання, пошук причин і мотивів своїх вчинків у зовнішньому середовищі. Звинувачення, наприклад, тих, що оточують людей у виникненні хвороби або психологічної проблеми. Хворий при цьому намагається знайти максимально переконливі і правдоподібні докази зовнішньої обумовленості його хворобливих висловлювань і неадекватних вчинків, прагнучі свідомо чи підсвідомо піти від визнання важкого факту розвитку у нього хвороби.

Проєкція - приписування іншим своїх несприятливих рис характеру. такий механізм особистісної захисту найбільш часто відзначається у пацієнтів з психічною патологією (при особистісних розладах і неврозах). Хворий свідомо чи несвідомо намагається створити у лікаря враження, що його хворобливий зрив є наслідком негативних рис характеру близьких йому людей.

Витіснення - проявляється в забуванні, ігноруванні очевидних фактів неправильного поведінки або симптомів хвороби, аж до повного її невизнання. Найбільш яскраво витіснення проявляється при істеричних розладах - пацієнт часто не пам'ятає найбільш неприємні і важкі для нього події.

Ідентифікація - досягнення внутрішнього психічного заспокоєння шляхом зіставлення, ідентифікації себе з ким-небудь іншим (наприклад, зі своїми дітьми - бажання, щоб вони досягли в житті того, чого він не досяг сам).

Компенсація заснована на прагненні до досягнення успіху в якійсь області і, таким чином, до компенсації невдач в іншій області, викликаних, наприклад, недостатніми фізичними здібностями, відсутністю обдарувань, дефектом мови (наприклад, посилені заняття музикою, щоб чимось відрізнятись від когось і привернути до себе увагу).

Гіперкомпенсація - прагнення до досягнення успіху і почуття значимості саме в тій області, яка до сих пір була найбільш важкою (фізично слабкий за допомогою інтенсивних тренувань намагається бути найсильнішим в будь-якому виді спорту, боязкий і полохливий людина прикривається напускною розбещеністю і грубістю, брехлива людина прагне переконати інших і почасти навіть сам переконаний у своїй винятковій чесності).

Фантазування проявляється у вигляді уяви виконання нездійснених бажань або успішного вирішення якоїсь важкої ситуації, в ідентифікації себе з якимсь літературним або билинним героєм. Воно сприяє зниженню обтяжливого внутрішнього психічного напруження, викликаного життєвою невдачею або хворобою.

Домінуючі, або надцінні, ідеї - переконання з сильним емоційним зарядом, які приймаються за найважливіші в житті і служать мотиваційним стимулом до досягненню якоїсь певної мети, не дивлячись на виникаючі труднощі. При цьому власні незручності і наносяться оточуючим образи не приймаються в розрахунок.

Психотерапія

Активність клієнта або пацієнта полягає лише *в бажанні змінитися*, але аж ніяк не в екзистенціальній роботі над собою. Людина готова «вручити себе» клінічному психологу або психотерапевту для того, щоб той заповнив наявні недоліки, виправив відхилення, прищепив нові вміння і навички. Навіть, якщо мова йде про психокорекцію особистісних або характерологічних властивостей, то мається на увазі, що основним способом змін і психологічної допомоги має бути *процес навчання ефективному прийняттю себе і реальності, а не філософське осмислення свого місця в світі, своїх можливостей і здібностей*. Психокорекція на відміну від психологічного консультування використовує в якості основних **методів маніпулювання, формування і управління людиною**, маючи чіткі уявлення про шуканому стані, рівні розвитку психічних функцій або індивідуально-особистісних якостей. Заданими виявляються еталони та ідеали. Людина виступає в ролі

матеріалу, з якого «ліпиться» оптимальний для нього або ідеальний для суспільства образ. Відповідальність за психологічні зміни лягає винятково на психолога. Класичним є спектр маніпулятивних методик: від рад **Карнегі** до **нейролінгвістичного програмування і різноманітних тренінгів** (жіночої чарівності, особистісного зростання, сексуальний тренінг і ін.).

Психодинамічний підхід бере початок від принципів і методів психоаналізу, що виходить з динамічного розуміння психічних явищ "... як прояви боротьби душевних сил, як вираження цілеспрямованих тенденцій, які працюють згідно один з одним або один проти одного" (З Фрейд, 1915). Мета психотерапії - зрозуміти і вирішити внутрішні емоційні конфлікти, що виникли в найбільш ранніх відносинах, що визначають суб'єктивне значення наступного досвіду і відтворюють в подальшому житті.

Терапевтичні відносини використовуються для того, щоб виявити, пояснити і змінити ці суб'єктивні значення. Відносини "терапевт-пацієнт" розглядаються як відображення висхідних до раннього досвіду суб'єктивних значень, емоційних конфліктів. У ході терапевтичних відносин пацієнт несвідомо переносе на терапевта сформовані в ранньому досвіді значення і почуття, які таким чином стають доступні усвідомлення. У свою чергу, терапевт може також несвідомо переносити на пацієнта свої суб'єктивні значення і почуття. Усвідомлення системи переносів і контрпереносів, що визивають опорів і утворюють основну тканину психодинамічного підходу.

Він представлений різними школами: З. Фрейда, А. Адлера, К.Г. Юнга, К. Хорні, Ж. Лакана, а в дитячій психотерапії - школами А. Фрейд, М. Кляйн, Г. Хак-Хельмут. У рамках цього підходу можна розглядати гештальт-терапію Ф. Перлза, трансактний аналіз Е. Берна, психодраму Дж. Морено та ін. методи.

Поведінковий (біхевіоральний) підхід

Суть цього підходу, висхідного до теорій І.П. Павлова і Б. Скіннера, полягає в модифікації поведінкових стереотипів через використання принципів теорії навчання. Поведінкові та емоційні проблеми розуміються як закріплені в результаті заохочення і підкріплення дезадаптивних відповідей на подразники середовища. Завдання психотерапії полягає в їх ліквідації або модифікації. Поведінковий терапевт відповідає на 4 питання:

1. Яка поведінка є мішенню для зміни і що в що спостерігається поведінці підлягає посилення, послаблення, підтримки?
2. Які події підтримували і підтримують це поведінка?
3. Які зміни в середовищі і систематичні втручання можуть змінити цю поведінку?
4. Як може одного разу усталене поведінку бути підтримано та / або розповсюджений на нові ситуації за обмежений час?

Терапевт не прагне проникнути у витoki конфлікту (симптому, проблеми) - він змінює спостерігаються поведінкові стереотипи. Психотерапія починається з детального аналізу поведінки. Мета аналізу - отримати якомога більше докладний сценарій виникнення симптому, що описується в спостережуваних і вимірюваних поняттях що, коли, де, за яких обставин, у відповідь на що, як часто, як сильно і т.д. Потім разом з пацієнтом аналізуються запускають і підтримують симптом фактори. Потім складається і реалізується у спільній та самостійної роботи детальний покроковий план дій. У порівнянні з психодинамічним, цей підхід чітко директивний.

Когнітивний підхід

Сходить до робіт А. Бека і спирається на уявлення про вирішальну роль мислення, пізнавальних (когнітивних) процесів в походженні порушень.

Подібно психодинамічного підходу він звертається до неявним, прихованим причин порушень і подібно біхевіоральному - до дезадаптивних поведінковим стереотипам. Але фокус уваги цього підходу зосереджений не на динаміці основних психічних сил і переживань, і не на стимул-реактивних ланцюжках, а на схемах мислення: будь-яка відповідь на зовнішніобставини опосередкований внутрішньою організацією психічних процесів, патернами мислення. Збій цих патернів запускає "негативні пізнавальні схеми", що принципово можна порівняти з помилками програмування та вірусними спотвореннями комп'ютерних програм.

Різні школи в рамках цього підходу підкреслюють значення індивідуальних когнітивних стилів, когнітивної складності, когнітивного балансу, когнітивного дисонансу. Цілі і завдання психотерапії орієнтовані на "перепрограмування" мислення і когнітивних процесів як механізму виникнення проблем і освіти

симптомів. Коло методів дуже широкий - від раціональної психотерапії за П. Дюбуа до раціонально-емотивної психотерапії А. Елліса. Подібно поведінковому, когнітивний підхід базується на директивній позиції терапевта.

Гуманітарний (екзистенційно-гуманістичний) підхід

Бере початок в гуманістичній психології та роботах її засновників - К. Роджерса, Р. Мея, А. Маслоу. Сутнісне ядро цього підходу - в розумінні людини як неподільної і принципово цілісної єдності тіла, психіки та духу, а відповідно - у зверненні до інтегральних переживань (щастя, горя, провини, втрати), а не до окремих ізольованих аспектів, процесів і проявів. Категоріальний апарат гуманітарного підходу включає в себе уявлення про "Я", ідентичності, автентичності, самореалізації та самоактуалізації, особистісному зростанні, екзистенції, сенс життя. Методичний апарат пов'язаний з гуманістично-екзистенційним переосмисленням життєвого досвіду і психотерапевтичного процесу. З цим підходом пов'язаний широке коло методів: недирективна клієнт-центрована психотерапія (К. Роджерс), психологічне консультування (Р. Мей), біоенергетика (В. Райх), сенсорне усвідомлення (Ш. Сільвер, Ч. Брукс), структурна інтеграція (І. Рольф), психосинтез (Р. Ассаджіолі), логотерапія (В. Франкл), екзистенційний аналіз Р. Мея і Дж. Бугенталя. Сюди ж можна віднести арттерапію, поетичну терапію, терапію творчим самовираженням (М. Є. Бурхливо) , музикотерапію (П. Нордоффа і К. Роббінс).

Системний підхід

Визначається не орієнтацією на теоретичні моделі, а сфокусованість на партнерстві, сім'ї, шлюбі, групах як самостійних організамах, цілісних системах зі своєю історією, внутрішніми закономірностями і динамікою, етапами розвитку, ціннісними орієнтаціями і т.д. Терапія в рамках цього підходу виходить з того, що дисфункціональна система відносин визначає дизадаптації її учасників. Терапевт займає позицію включеного спостерігача або граючого тренера. Системний терапевт в достатній мірі директивну: він задає питання, спостерігає і контролює, структурує комунікацію учасників, драматизує відносини і моделює конфлікти, дає домашні завдання.

Інтегративний підхід

Стає все більш визначальною тенденцією, всередині якої виділяють методичний еkleктизм, психотерапевтичну поліпрагмазію, теоретичну інтеграцію.

У практичній площині інтеграція направляє принципом Г. Пауля (1967): яка психотерапія і ким проведена найбільш ефективна для цієї людини з його специфічними проблемами в його обставинах і оточенні або - за висловом М. Еріксона (1975): для кожного пацієнта - своя психотерапія. Змішання різних факторів і стилів інтеграції створює "дику психотерапію", небезпечну, як підкреслює А. Лазарус (1995), непередбачуваними ефектами.

Навчання навичкам саморегуляції в процесі психологічного консультування здійснюється різними способами з орієнтацією на пріоритетність надання клієнтові або пацієнту максимально можливої інформації про засоби і методи психологічної захисту і компенсації, сано- і патогенетичних патернах мислення і прогнозування, закономірності розвитку, етапах та наслідки міжособистісних і внутрішньо - особистісних конфліктів.

Індивід в процесі консультування **навчається навичкам рефлексивного стилю мислення, розсудливості і адаптивним формам реагування виключно за допомогою інформування**, оскільки тренінговий спосіб входить в структуру іншого виду психологічної допомоги – психокорекції.

Висновок. Категоріальний апарат гуманітарного підходу включає в себе уявлення про "Я", ідентичності, автентичності, самореалізації та самоактуалізації, особистісному зростанні, екзистенції, сенсу життя. В Інтегративному підході виділяють методичний еkleктизм, психотерапевтичну поліпрагмазію, теоретичну інтеграцію. У Системному підході терапія виходить з того, що дисфункціональна система відносин визначає дезадаптації її учасників.

Сутнісне ядро гуманістичного підходу - в розумінні людини як неподільної і принципово цілісної єдності тіла, психіки та духу, а відповідно - у зверненні до інтегральних переживань (щастя, горя, провини, втрати), а не до окремих ізольованих аспектів, процесів і проявів.

Когнітивний підхід спирається на уявлення про вирішальну роль мислення, пізнавальних (когнітивних) процесів в походженні порушень. Психологічна допомога є практичною реалізацією теоретичних досліджень клінічного психолога на основі наукового аналізу психічного статусу і індивідуально-психологічних

особливостей людини, типів його реагування на різні фрустраційні події, в першу чергу, хвороби і конфліктні ситуації. ». Взаємодія різних психологічних складових людини, спрямованих на підтримку гармонії можна уявити як піраміду. Лише при наявності сукупності представлених складових можна говорити про гармонійності людини в сфері подолання фрустрацій, стресів і конфліктних психотравмуючих ситуацій і можливості особистісного зростання.

Питання до теми.

1. В чому полягає активність клієнта або пацієнта при психологічному консультуванні?
2. Характеристика Психодинамічного підходу.
3. Характеристика Когнітивного підходу.
4. Характеристика Гуманітарного (екзистенційно-гуманістичного) підходу.
5. Характеристика Системного підходу.
6. Характеристика Інтегративного підходу.
7. Що розуміється під психологічною допомогою?
8. Основною метою психологічного консультування є ?
9. Завданням психологічної корекції є?
10. Що є видом активного психологічного впливу на пацієнта, що має психопатологічні симптоми і синдроми?
11. Основні методи психокорекції.
12. При яких умовах використовується психотерапія у клінічній психології.
13. Назвіть варіанти психологічних захисних механізмів.

Рекомендована література:

Основна: [1,3]

Допоміжна: [1,2,5]

Інформ. ресурси Інтернет [2]

Міжнародні видання [5]

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. "Посібник клініциста з психологічної оцінки та тестування: З формами та шаблонами для ефективної практики" Джон М. Спорес (2021)
2. Психологія сім'ї: підручник / за ред. В. М. Поліщука. Суми: Університетська книга, 2021. 248 с.
3. Основи медичної психології : конспект лекцій / укладач Т. В. Іванова. Суми : Сумський державний університет, 2022. 275 с. URL: <http://surl.li/gwpor>

Допоміжна

1. Медична психологія : підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с. URL: <http://surl.li/gwpoz>
2. Лісовенко А.Ф. Медична психологія: методичні рекомендації (для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти факультету психології, політології та соціології). Одеса: Фенікс. 2020. 60 с. URL: <http://surl.li/gwpph>
3. Основи медичної психології : конспект лекцій / укладач Т. В. Іванова. Суми : Сумський державний університет, 2022. 275 с. URL: <http://surl.li/gwpor>
4. Посібник з питань психічного здоров'я у виправних установах" за редакцією Томаса Фейгана та Роберта К. Акса (2021)
5. Психологія сім'ї: підручник / за ред. В. М. Поліщука. Суми: Університетська книга, 2021. 248

Інформаційні ресурси в Інтернет

1. Національна медична бібліотека України URL: <https://library.gov.ua>
2. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України. URL: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/>
3. Статті із психології. URL: <https://meclee.com/blog/obshchie/psihoanaliticheskiy-metod-sut-i-naznachenie-metoda>.
4. Сімейні стосунки: типи сімейних відносин та поради, як налагодити тісний зв'язок з родиною URL: <https://ukr.media/psihologiya/384270/>

Міжнародні видання

1. Psychological journal: <http://www.apsijournal.com/index.php/psyjournal>

2. Psihologiã à osobistist'(Online) Psychology and personality
<http://psychpersonality.inf.ua/>

3. Journal of Abnormal Child Psychology: https://elibrary/ip_restricted.asp